



HAL
open science

La place du patient dans la professionnalisation des infirmiers en psychiatrie et santé mentale

Géraldine Hostein

► **To cite this version:**

Géraldine Hostein. La place du patient dans la professionnalisation des infirmiers en psychiatrie et santé mentale. Education. Université de Nanterre - Paris X, 2022. Français. NNT : 2022PA100119 . tel-04097516

HAL Id: tel-04097516

<https://theses.hal.science/tel-04097516>

Submitted on 15 May 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.

Membre de l'université Paris Lumières

Géraldine HOSTEIN

La place du patient dans la professionnalisation des infirmiers en psychiatrie et santé mentale

Thèse présentée et soutenue publiquement le 05/12/2022
en vue de l'obtention du doctorat de Sciences de l'éducation
de l'Université Paris Nanterre

sous la direction de M. Olivier Las Vergnas (Université Paris Nanterre)

Jury * :

Membre du jury	Monsieur Philippe CARRE	Professeur émérite des Universités en Sciences de l'Education, Université Paris-Nanterre
Membre du jury	Monsieur Olivier COTTENCIN	Professeur des Universités en Psychiatrie et Addictologie, Université de Lille
Directeur	Monsieur Olivier LAS VERGNAS	Professeur des Universités en Sciences de l'Education, Université Paris-Nanterre
Membre du jury	Monsieur Julien DE MIRIBEL	Maître de conférences en Sciences de l'Education, Université de Lille
Rapporteur	Monsieur Jean-Manuel MORVILLERS	Cadre supérieur de santé FPH, GHU Paris-Psychiatrie et Neurosciences et Laboratoire Education et Promotion de la Santé Université Sorbonne-Paris-Nord
Rapporteuse	Madame Elisabeth NOEL HUREAUX	Maître de conférences en Sciences de l'Education, Université Paris XIII (HDR Retraitée)
Rapporteur	Monsieur Bernard PACHOUD	Professeur des Universités en psychopathologie, Université Paris-Diderot

Résumé

La place du patient dans la professionnalisation de l'infirmier en psychiatrie et santé mentale

Dans un contexte de déprofessionnalisation et de reprofessionnalisation fragile de l'infirmier en psychiatrie et d'urgence d'un usager en santé mentale acteur de son rétablissement, nous nous sommes demandé quels étaient les apprentissages perçus par les infirmiers en psychiatrie auprès des patients, dans le quotidien de la relation de soin. Nous avons ainsi mené, dans le cadre d'une étude qualitative, vingt-trois entretiens semi-directifs auprès d'infirmiers en psychiatrie diplômés entre 1980 et 2016, exerçant en intra et en extrahospitalier, au sein d'un établissement de santé spécialisé en psychiatrie.

L'analyse de ces entretiens a commencé par la mise en lumière de deux types d'apprentissages transformateurs, défensifs et communicationnels/expansifs, à l'aide d'une analyse thématique. Elle s'est poursuivie par la mise en évidence de facteurs susceptibles d'expliquer la nature de ces apprentissages, à l'aide de différents types d'analyses dont une analyse conceptuelle comparative, une analyse par théorisation ancrée et une analyse lexicométrique. Les facteurs explicatifs possibles identifiés à l'issue de ce travail sont : l'apprenance auprès d'autrui, des genres professionnels biomédical, psychologique et social, des vécus professionnels plus ou moins agréables, des comportements de reliance au patient ou à l'inverse de déliance de ce dernier et certains facteurs sociodémographiques (la durée de l'expérience en psychiatrie, la période d'obtention du diplôme et le lieu d'exercice, intra ou extrahospitalier).

La mise en relation de ces facteurs avec les apprentissages dans le méta-cadre théorique de Carré (2020) a conduit à l'émergence de deux régimes hypothétiques d'apprentissages des infirmiers en psychiatrie auprès des patients : un régime d'apprentissages transformateurs communicationnels et expansifs et un régime d'apprentissages transformateurs défensifs. Dans une recherche de confirmation de la validité de nos hypothèses, nous nous sommes engagés dans une enquête quantitative. 254 infirmiers issus de 53 établissements de santé spécialisés et généralistes répartis dans 12 régions de France, ont répondu à notre questionnaire. Une analyse en composantes principales (ACP) nous a permis de confirmer et d'infirmer certaines corrélations envisagées, mais aussi de produire de nouveaux résultats, dans le sillage de Glaser and Strauss (2017), à savoir, de nouvelles relations au sein des régimes d'apprentissage et des profils d'infirmiers en psychiatrie.

La mise en relation de ces profils avec les stades de développement des infirmiers de Benner (Benner et al., 2009) a montré leur inscription dans une trajectoire de transformations de la déliance du patient à la reliance avec ce dernier. Leur rapprochement avec les caractéristiques de l'intra et de l'extrahospitalier puis des données sociodémographiques a montré un « modelage » des profils par ces lieux d'exercice, s'inscrivant dans un parcours de professionnalisation tacite, de l'intra vers l'extrahospitalier. Cette étude pointe enfin, la vulnérabilité de certains profils d'infirmiers en lien avec des phases de construction identitaire, des vécus professionnels difficiles, une faible formation en psychiatrie, le parcours de professionnalisation tacite sus-cité et de possibles pratiques institutionnelles de récompense de l'ancienneté.

Mots clés : infirmier en psychiatrie, professionnalisation, apprentissage transformateur, apprentissage informel, apprenance, reliance.

Abstract

The place of the patient in the professionalisation of mental health nurses

Nurses in the psychiatric healthcare sector have increasingly experienced conditions of de-professionalisation and precarious re-professionalisation. Meanwhile, there has been a growing awareness within the sector of recognising the patient as an agent of their own care. This backdrop has prompted the question over how psychiatric nurses perceive their learnings from the patient in their day-to-day healthcare practices.

This research has begun with a qualitative study involving 23 semi-structured interviews with psychiatric nurses who obtained their qualifications between 1980 and 2016, working in both in-patient and community care within the psychiatric healthcare sector.

Through a thematic analysis of these interviews, two distinct types of transformative learnings were uncovered, namely defensive and expansive/communicational learning. This has led to uncovering potential factors of explanatory value in understanding the nature of these learnings by mobilising different analytical tools, namely a conceptual and comparative analysis, grounded theory and lexicometric analysis. The explanatory factors were: learning with the other, professional profiles in biomedicine, psychology and social care, more or less pleasant workplace experiences, behavioural patterns of reliance and conversely, deliance with the patient, and associated sociodemographic factors (years of experience in psychiatry, the time elapsed between graduation and formal start of career in in-patient and community care).

The association of these transformative learnings and explanatory factors as part of Carré's (2020) meta-theoretical framework has led to the emergence of two hypothetical learning paradigms that psychiatric nurses foster with their patients, namely communicational/expansive, and defensive learning paradigms.

In order to confirm the validity of our guiding hypotheses, quantitative surveys were engaged, accumulating a sample size of 254 psychiatric nurses working in 53 specialist and general practice facilities spread out across 12 French regions. A subsequent Principal Component Analysis (PCA) has not only enabled the confirmation and rejection of correlatory and causal relationships between variables, but has also provided new insights, in the vein of Glaser and Strauss (2017), namely novel relationships within learning paradigms and the personal profiles of psychiatric nurses.

By combining these profiles with Benner et al's (2009) concept of nurses' developmental milestones/stages, it has been revealed that they in fact belong to a broader transformative trajectory from deliance to reliance with the patient. By bringing these combined elements into the fold with the specific requirements of in-patient and community care as well as the socio-demographic data, it has been possible to formulate a « modelage » of these profiles by place of practice as part of a broader trajectory of tacit professionalisation from in-patient to community care. This study reveals the vulnerability of some of these nursing profiles in relation to stages of identity construction, challenging workplace experiences, deficient psychiatric training, the afore-mentioned trajectory of tacit professionalisation, and institutional promotion practices which favour seniority.

Key words : mental health nurse, professionalisation, transformative learning, informal learning, apprenance, reliance.

Remerciements

Mes remerciements vont tout d'abord à mon directeur de thèse, Olivier Las Vergnas. Merci d'avoir accepté de me suivre durant ces neuf années, malgré des périodes d'inactivité totale... Merci pour les suggestions, réflexions, qui n'ont cessé de guider ce travail de recherche et qui, au-delà, me guident aussi désormais dans la vie.

Je remercie également Emmanuelle Jouet pour ses relectures, encouragements et recommandations.

Merci aux collègues doctorants pour leurs *feed-backs* qui ont nourri ma réflexion.

Je remercie Philippe Carré, Olivier Cottencin, Julien de Miribel, Elisabeth Noël Hureaux et Bernard Pachoud d'avoir accepté d'être membres du jury.

Ma reconnaissance va également à tous les acteurs des établissements hospitaliers sollicités dans le cadre de cette recherche. Merci tout particulièrement à Françoise Bourgeois, responsable de formation au sein du Groupe Hospitalier Paul Guiraud, qui, alors directrice des soins, m'a ouvert les portes de l'établissement et accompagné dans la découverte du « monde » de la psychiatrie. Je remercie également Natali Desserprit, directrice des soins chez Paul Guiraud, qui, à la suite de Françoise Bourgeois m'a permis de rencontrer infirmiers et infirmières de l'établissement. Un merci chaleureux également à Jean-Paul Lanquetin qui a été d'une grande aide dans la diffusion du questionnaire alors que l'épidémie de Covid 19 sévissait et au-delà, a contribué à me donner à voir et comprendre le métier d'infirmier en psychiatrie.

Ma gratitude est grande envers les infirmières et infirmiers que j'ai eu la chance d'interviewer et ceux qui ont répondu au questionnaire. Tout au long de ce travail, j'ai eu à cœur de « trahir » le moins possible leur parole et de retenir mes jugements, en suivant leur exemple.

Enfin, je remercie ma famille pour son soutien et plus particulièrement, Amandine et Tony pour leur contribution à ce travail, que ce soit par nos échanges, ou encore la traduction du résumé de ce travail en anglais.

Merci enfin à Olivier, pour son indéfectible soutien.

Sommaire

Introduction.....	12
--------------------------	-----------

Partie 1 : Etude du contexte et émergence de la question de recherche	17
---	-----------

1. L’infirmier en psychiatrie : entre professionnalisation, déprofessionnalisation et reprofessionnalisation de 1955 à nos jours.....	19
--	-----------

1.1 L’infirmier en psychiatrie : professionnalisation et déprofessionnalisation.....	19
---	-----------

1.1.1 Une dynamique de professionnalisation d’un groupe d’infirmiers spécialisés en psychiatrie de 1955 à 1992.....	19
---	----

1.1.2 Une déprofessionnalisation de l’infirmier en psychiatrie, actée par les pouvoirs publics dès 1992.....	22
--	----

1.1.3 Signes de déprofessionnalisation du travail de l’infirmier en psychiatrie.....	35
--	----

1.1.4 Synthèse : l’infirmier en psychiatrie, professionnalisation et déprofessionnalisation....	46
---	----

1.2 L’infirmier en psychiatrie : une reprofessionnalisation fragile	47
--	-----------

1.2.1 Une dynamique de reprofessionnalisation par la formation continue depuis 2004, inégale et incertaine.....	45
---	----

1.2.2 Une dynamique de reprofessionnalisation par la référentialisation de l’activité et la production et validation de savoirs.....	70
--	----

1.2.3 Synthèse de l’étude du mouvement de reprofessionnalisation des IDE en psychiatrie ..	77
--	----

2. Emergence d’un usager en santé mentale acteur de son rétablissement et de coopérations réflexives dans le système de santé ?	79
--	-----------

2.1 Emergence et reconnaissance d’un usager en santé mentale acteur de son rétablissement ?.....	79
---	-----------

2.1.1 Un patient acteur dans la psychanalyse et la psychothérapie institutionnelle.....	80
---	----

2.1.2 De la reconnaissance des savoirs expérientiels à celle d’un patient apprenant et « travaillant ».....	80
---	----

2.1.3 Développement et inscription dans la loi des groupes d’auto-support	81
---	----

2.1.4 Des programmes d’autogestion de la maladie chronique à l’institutionnalisation de l’éducation thérapeutique du patient en France.....	82
---	----

2.1.5 De l’émergence du paradigme du rétablissement à son déploiement	85
---	----

2.2 Emergence d’un usager en santé mentale, partenaire réflexif du système de santé ?	87
--	-----------

2.2.1 Professionnalisation et mobilisation de patients partenaires.....	87
---	----

2.2.2 Promotion de l’instauration d’un partenariat réflexif dans la relation de soin.....	94
---	----

2.2.3 Coopérations entravées.....	96
-----------------------------------	----

2.3. Des pratiques infirmières en psychiatrie, freins potentiels à la coopération réflexive avec les patients, dans la relation de soin.....	99
---	-----------

2.3.1 Le potentiel maintien d'une relation de dépendance du patient vis-à-vis du soignant.....	100
2.3.2 Une relation de force entre contrainte manifeste et discrète.....	101
2.3.3 Une stigmatisation des usagers de la psychiatrie.....	105
2.3.4 Synthèse de l'étude sur l'émergence d'un usager en santé mentale acteur de son rétablissement et de coopérations réflexives dans le système de santé et de ses obstacles.....	112

3. Apprendre auprès des patients : un levier de transformation de la relation de soin vers plus de coopération ? 113

3.1 Apprentissages formels et informels et dynamiques de transformations identitaires dans le cadre de dispositifs.....113

3.1.1 Apprentissages formels et transformations identitaires dans le cadre de la formation continue.....	113
3.1.2 Apprentissages informels et formels et transformations identitaires dans le cadre d'un dispositif de pair-aidance et de formation.....	114
3.1.3 Apprentissages informels et transformations identitaires dans le cadre d'un dispositif d'ETP.....	115

3.2 Apprentissages informels et dynamiques de transformations identitaires dans l'espace de la relation de soin.....116

3.2.1 Apprentissages des étudiants en médecine auprès des patients dans le cadre de stages.....	116
3.2.2 Apprentissages informels et transformations identitaires des infirmiers en psychiatrie auprès de patients	118
3.2.3 Apprentissages informels et transformations identitaires de médecins formateurs auprès de patients.....	119

4. « Qu'apprennent les infirmiers en psychiatrie auprès des patients » ? 124

4.1 Professionnalisation fragile des infirmiers en psychiatrie et usager sachant : une opportunité de professionnalisation auprès des patients ?.....124

4.2 Apprendre auprès des patients : un enjeu de transformation de la relation entre l'infirmier et le patient.....	125
4.3 Faible étayage de la professionnalisation informelle auprès des patients.....	125

Partie 2 : Emergence de deux régimes d'apprentissages des infirmiers en psychiatrie auprès des patients 127

5. Modalités de réalisation de l'étude qualitative 129

5.1 L' « enquête qualitative de terrain ».....129

5.1.1 Modalités de composition de l'échantillon.....	129
5.1.2 Description de l'échantillon.....	131
5.1.3 Des entretiens à la croisée de l'entretien compréhensif, d'explicitation et du récit de vie.....	139

5.2. Démarche d'analyse qualitative.....	142
5.2.1 Inscription dans une démarche empirico-inductive.....	143
5.2.2 Une analyse en deux phases : étude des apprentissages et des facteurs les influençant.....	143
5.2.3 Une triangulation méthodologique et théorique.....	144
6. Identification de perceptions d'apprentissages informationnels et transformateurs 146	
6.1 Une analyse thématique des apprentissages.....	146
6.2 Un cadre conceptuel : des apprentissages informationnels et transformateurs.....	147
6.2.1 Les apprentissages informationnels.....	147
6.2.2 Les apprentissages transformateurs.....	148
6.3 Résultats de l'analyse	162
6.3.1 Les apprentissages sur les pathologies, le patient et sur soi : des apprentissages informationnels.....	162
6.3.2 L'apprentissage du renoncement au pouvoir du soignant : un apprentissage transformateur régressif (ATR).....	165
6.3.3 L'apprentissage d'une posture de soignant « en maîtrise » et distanciée du patient: entre apprentissages transformateurs instrumentaux (ATI) et instrumentaux défensifs (ATID)....	169
6.3.4 L'apprentissage d'une relation intersubjective avec le patient : des apprentissages transformateurs communicationnels et expansifs (ATCE)	173
6.3.5 Conclusion et choix de se centrer sur l'étude des AT.....	180
7. Identification de facteurs d'influence possibles et premières hypothèse, d'après le méta-cadre théorique de Carré.....	182
7.1 L'apprentissage : résultat d'un processus tridimensionnel.....	183
7.2 Du rapprochement de concepts à l'hypothèse d'une influence de l'apprenance sur la nature des AT perçus	184
7.2.1 Les ATCE: produits d'une apprenance élevée auprès des patients.....	184
7.2.2 Les ATID et ATR : produits d'une faible voire absence d'apprenance.....	186
7.2.3 De l'apprenance « en général » à l'apprenance auprès des patients.....	187
7.2.4 Hypothèses	188
7.3 De l'analyse thématique quantitative aux hypothèse d'une influence d'éléments socio-démographiques sur la nature des AT perçus et de l'existence d'une trajectoire de socialisation professionnelle des infirmiers auprès des patients	189
7.3.1 Démarche d'analyse quantitative.....	189
7.3.2 Profils d'infirmiers en fonction des différents types d'AT déclarés	190
7.3.3 Evolution des AT en fonction des caractéristiques biographiques.....	191
7.3.4 Du continuum d'AT d'Illeris à une trajectoire de transformations identitaires et relationnelles des infirmiers en psychiatrie auprès du patient, à l'échelle d'une carrière.....	194
7.3.5 La trajectoire de transformations des infirmiers en psychiatrie : un processus de socialisation professionnelle auprès des patients ?	198

7.4 Des « mondes lexicaux » à l’hypothèse d’une influence des genres professionnels biomédical, psychologique et social sur la nature des AT perçus	202
7.4.1 Emergence de « mondes lexicaux » biomédical, psychologique et social.....	202
7.4.2 Manifestations des genres professionnels bio, psycho, social dans les entretiens.....	216
7.4.3 Conclusion et hypothèses	230
7.5 Du repérage de vécus professionnels difficiles et agréables à l’hypothèse de leur influence et de celle du SEP sur la nature des AT perçus	233
7.5.1 Des vécus plutôt difficiles dans la relation avec les patients.....	233
7.5.2 Vécu difficile en lien avec les collègues et l’institution.....	239
7.5.3 Des vécus agréables en lien avec les patients	240
7.5.4 Vécu agréable en lien avec les collègues et l’institution.....	240
7.5.5 Conclusion et hypothèses	242
7.6 Des catégories conceptualisantes à l’hypothèse d’une influence de comportements reliants et déliants sur la nature des AT perçus	244
7.6.1 L’analyse par théorisation ancrée.....	244
7.6.2 Emergence des catégories conceptualisantes.....	246
7.6.3 Essai de définition des concepts de reliance et déliance.....	263
7.6.4 Mise en relation des catégories conceptualisantes et des concepts de reliance et de déliance.....	268
7.6.5 Conclusion et hypothèses	279
7.7 De l’analyse thématique quantitative à l’hypothèse d’une influence du lieu d’exercice intra ou extrahospitalier sur la nature des AT perçus.....	280
8. De l’émergence de régimes hypothétiques de perceptions d’apprentissages des infirmiers en psychiatrie auprès des patients à l’enquête quantitative.....	281
8.1 Emergence d’un régime de perceptions d’ATCE des infirmiers en psychiatrie auprès des patients.....	281
8.1.1 Influence des facteurs endogènes sur la perception d’ATCE.....	281
8.1.2 Influence des facteurs énatifs sur la perception d’ATCE.....	283
8.1.3 Influence des facteurs exogènes sur la perception d’ATCE.....	283
8.1.4 Représentation schématique du régime hypothétique de perceptions d’ATCE	284
8.2 Emergence d’un régime de perceptions d’ATD des infirmiers en psychiatrie, auprès des patients	286
8.2.1 Influence des facteurs endogènes sur la perception d’ATD.....	286
8.2.2 Influence des facteurs énatifs sur la perception d’ATD	288
8.2.3 Influence des facteurs exogènes sur la perception d’ATD.....	288
8.2.4 Représentation schématique du régime hypothétique de perceptions d’ATD	288
8.3 Vers l’enquête quantitative.....	290
Partie 3 : Etude quantitative	291
9. De la construction à la diffusion du questionnaire.....	293
9.1 Les règles de construction du questionnaire.....	293

9.2 Le questionnaire.....	293
9.2.1 Le questionnaire dans sa globalité.....	294
9.2.2 Les blocs construits selon une approche sociométrique.....	294
9.2.3 Les blocs adaptés d'échelles psychométriques existantes.....	298
9.2.4 Intégration de l'échelle d'apprenance « en général ».....	299
9.2.5 Choix des données sociodémographiques.....	299
9.3 Le test et la diffusion du questionnaire	300
9.3.1 Le test du questionnaire.....	300
9.3.2 Les modalités de diffusion du questionnaire.....	300
10. Caractéristiques de l'échantillon	302
10.1 Nombre de répondants.....	302
10.2 Répartition des répondants par région et types d'établissements.....	302
10.3 Répartition des répondants par caractéristiques personnelles	303
10.3.1 Répartition par sexe.....	303
10.3.2 Répartition par âge	304
10.3.3 Répartition en fonction de l'expérience personnelle de maladie chronique	304
10.4 Répartition en fonction des parcours de formation initiale et continue.....	305
10.4.1 Répartition par période d'obtention du diplôme d'infirmier.....	306
10.4.2 Répartition par diplôme obtenu autre que le diplôme d'infirmier.....	305
10.4.3 Une formation en psychiatrie en plus du diplôme d'infirmier	306
10.4.4 Tutorat	306
10.5 Répartition en fonction de l'expérience professionnelle.....	306
10.5.1 Répartition en fonction du lieu d'exercice actuel : intrahospitalier et/ou extrahospitalier	307
10.5.2 Répartition en fonction du rapport entre l'expérience intrahospitalière et extrahospitalière	307
10.5.3 Répartition en fonction du rapport entre l'expérience avec des malades en phase aiguë et chronique	308
10.5.4 Répartition en fonction de l'expérience en psychiatrie et MCO	308
10.5.5 Répartition en fonction du nombre d'établissements fréquentés	308
10.5.6 Répartition en fonction du nombre d'ateliers d'ETP animés	309
10.6 Tableau récapitulatif de l'échantillon	309
11. Préparation du tableau des données pour l'Analyse en Composantes Principales (ACP).....	311
11.1 L'ACP.....	311
11.1.1 Objectifs de l'ACP.....	311
11.1.2 Identification de corrélations entre variables quantitatives.....	311
11.1.3 Distinction de groupes d'individus caractérisés par des variables qualitatives.....	312
11.2 Préparation du tableau de données	314

11.2.1 Codage des données.....	314
11.2.2 Définition des variables quantitatives.....	315
11.2.3 Réalisation des moyennes de scores de chacune des variables quantitatives.....	320
12. Des régimes d'apprentissage et des profils d'infirmiers en psychiatrie.....	321
12.1 Régimes d'apprentissage et profils d'infirmiers issus de la mise en relation de variables quantitatives.....	321
12.1.1 Un régime de perceptions d'ATCE partiellement confirmé et incrémenté.....	321
12.1.2 Un régime de perceptions d'ATD partiellement confirmé et incrémenté.....	330
12.2 Vers l'émergence de profils d'infirmiers	337
12.2.1 Caractérisation de profils d'infirmiers d'après les variables quantitatives.....	337
12.3 Régimes d'apprentissage et profils d'infirmiers mis en relation avec les variables qualitatives (sociodémographiques).....	340
12.3.1 Sélection des données sociodémographiques les plus discriminantes avec l'ACP...341	
12.3.2 Rapprochement des données sociodémographiques avec les profils d'infirmiers et les régimes d'apprentissage	343
12.3.3 En synthèse.....	352
13. Interprétations.....	361
13.1 De « déliant biomédical défensif » à « reliant » : un continuum de transformations lié à des stades de développement professionnel	361
13.1.1 Le profil « déliant biomédical défensif » : des caractéristiques des stades « <i>advanced beginner</i> » et « <i>competent</i> ».....	362
13.1.2 Le profil « apprenant de/par la relation » : des caractéristiques du stade « <i>proficient</i> ».....	364
13.1.3 Le profil « reliant » : des caractéristiques du stade « <i>expert</i> ».....	366
13.2. Le modelage par les environnements intra et extrahospitaliers : résultat d'un parcours de professionnalisation, à tonalité biomédicale, tacite.....	369
13.2.1 Un « modelage » des profils par les environnements intra et extrahospitalier.....	369
13.2.2 Un « modelage » inscrit dans un parcours de professionnalisation, à tonalité biomédicale, tacite ?.....	375
13.3 Les déliants biomédicaux défensifs et les désengagés : des infirmiers vulnérables.....	377
13.3.1 Les déliants biomédicaux défensifs et les désengagés faiblement expérimentés : causes possibles de vulnérabilité.....	377
13.3.2 Les désengagés expérimentés : causes possibles de vulnérabilité	381
13.4 En conclusion	384
4ème partie : Discussion et conclusion	385
14. Les forces de cette recherche.....	387
14.1. L'apprentissage auprès des patients : un sujet d'importance peu exploré.....	387

14.2 L'étude des apprentissages transformateurs professionnels informels, expansifs et défensifs.....	387
14.3 Les approches méthodologiques utilisées.....	388
14.4 L'utilisation des concepts de reliance et de déliance pour évoquer la relation de soin	390
14.5 L'adaptation de l'échelle d'apprenance « en général » à l'apprenance auprès des patients.....	390
14.6 Les éclairages apportés sur la professionnalisation des infirmiers en psychiatrie.....	390
15. Faiblesses et limites.....	391
15.1 Les outils de recueil des données.....	392
15.2 Un échantillon limité.....	392
16. Prolongements possibles.....	392
16.1 Une échelle de reliance à améliorer et opérationnaliser.....	393
16.2 Mener une réflexion sur l'articulation de l'intra et de l'extrahospitalier dans les premiers temps de la formation des infirmiers en psychiatrie.....	393
16.3 L'apprenance en fonction des statuts des individus.....	393
Bibliographie.....	395
Table des tableaux.....	422
Table des figures.....	423

Introduction

C'est la fréquentation d'un établissement de santé, en tant qu'ingénieure de formation, qui nous a sensibilisée à la question de la professionnalisation des soignants. Questionnée par les difficultés rapportées par des professionnels de santé en lien avec les différences de compétences, de culture, de collègues étrangers titulaires d'un diplôme européen, et souhaitant réaliser une étude sur ce sujet, nous nous sommes « attelés » à la recherche d'un établissement susceptible de se transformer en terrain de recherche. Cependant, la résolution de ces difficultés n'était pas à l'ordre du jour de nos interlocuteurs. C'est finalement, la directrice des soins du Groupe Hospitalier Paul Guiraud, établissement spécialisé en psychiatrie, qui nous a proposé de réorienter notre questionnement vers la professionnalisation des infirmiers nouveaux en psychiatrie, « véritable sujet » pour le Groupe. Une collaboration à deux niveaux s'est ainsi engagée. Dans un premier temps, nous avons mené, au sein de cet établissement, un accompagnement visant la facilitation de l'intégration et de la professionnalisation des infirmiers nouveaux en psychiatrie, travail qui nous a permis de renforcer notre connaissance d'un milieu qui nous était totalement inconnu. Dans un second temps, nous avons réalisé nos entretiens de recherche, puis diffusé nos questionnaires auprès des infirmiers de l'établissement. C'est plus tard que la question de « la place du patient dans la professionnalisation de l'infirmier en psychiatrie » s'est présentée, suite à une première approche du contexte.

Tout d'abord, le problème exprimé comme un « manque de formation des infirmiers nouveaux en psychiatrie » posé par le Groupe Hospitalier Paul Guiraud s'est révélé être un problème majeur « dans le milieu de la psychiatrie », trouvant son origine dans la suppression du diplôme spécialisé en psychiatrie en 1992, son remplacement par un diplôme général d'infirmier, et la réduction des contenus de formation propres à la psychiatrie à peau de chagrin avec la dernière réforme du référentiel de formation en 2009 (Annexe 3 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier).

Parallèlement à cette déprofessionnalisation des infirmiers en psychiatrie, les pays occidentaux dont la France, voient émerger, depuis les années 80, des patients ou plutôt des usagers des services de santé, acteurs de leur soin et de leur rétablissement, l'épidémie du SIDA apparaissant comme un moment décisif dans cette transformation. Cette aspiration des usagers à l'*empowerment* dans laquelle « la personne reprend [...] du pouvoir d'agir sur sa vie en s'appuyant sur ses forces et ses ressources individuelles et collectives » (Jouet, 2019, p. 389) concerne également les usagers des services de santé mentale.

Par ailleurs, au-delà du nombre de personnes touchées par des troubles mentaux_ selon l'OMS, 1 Européen sur 4 est touché par des troubles psychiques au cours de sa vie (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018, p. 3), qui fait de l'accompagnement des personnes en souffrant, un sujet majeur, le caractère chronique de ces troubles, les nombreuses questions restantes concernant leur traitement et les effets délétères sur les personnes (stigmatisation, exclusion etc.) justifient, plus que jamais, l'intérêt pour les savoirs expérientiels de ces patients.

Enfin, dans le domaine des Sciences de l'Education, un intérêt croissant pour les savoirs expérientiels des personnes et les apprentissages professionnels informels, des professionnels de santé notamment, a achevé de nous convaincre de l'intérêt d'étudier « la place du patient dans la professionnalisation de l'infirmier en psychiatrie ».

L'objectif de notre recherche est donc, dans un premier temps, d'étudier les apprentissages perçus par les infirmiers en psychiatrie auprès des patients, au quotidien, leur nature et les situations dans lesquelles ils se produisent. Notre démarche est empirico-déductive. Cela signifie que nous nous sommes engagés dans une recherche exploratoire, à visée compréhensive et que nos hypothèses ont émergé au fur et à mesure de nos analyses.

Dans une première partie, nous mènerons une étude approfondie du contexte, dans laquelle nous analyserons les mouvements de professionnalisation, déprofessionnalisation et reprofessionnalisation fragile, de l'infirmier en psychiatrie, de 1955 à nos jours. Puis, nous étudierons les manifestations de l'émergence d'un usager en santé mentale acteur de son rétablissement et de coopérations réflexives avec ce dernier, dans le système de santé. Après avoir pointé les difficultés de cette coopération et les obstacles potentiels à sa mise en œuvre dans le quotidien de la relation de soin, nous nous pencherons sur les études relatives à l'apprentissage des soignants auprès des patients et montrerons en quoi il constitue un levier possible de transformation de la relation de soin. Forts de ces analyses, nous formulerons alors notre question de recherche.

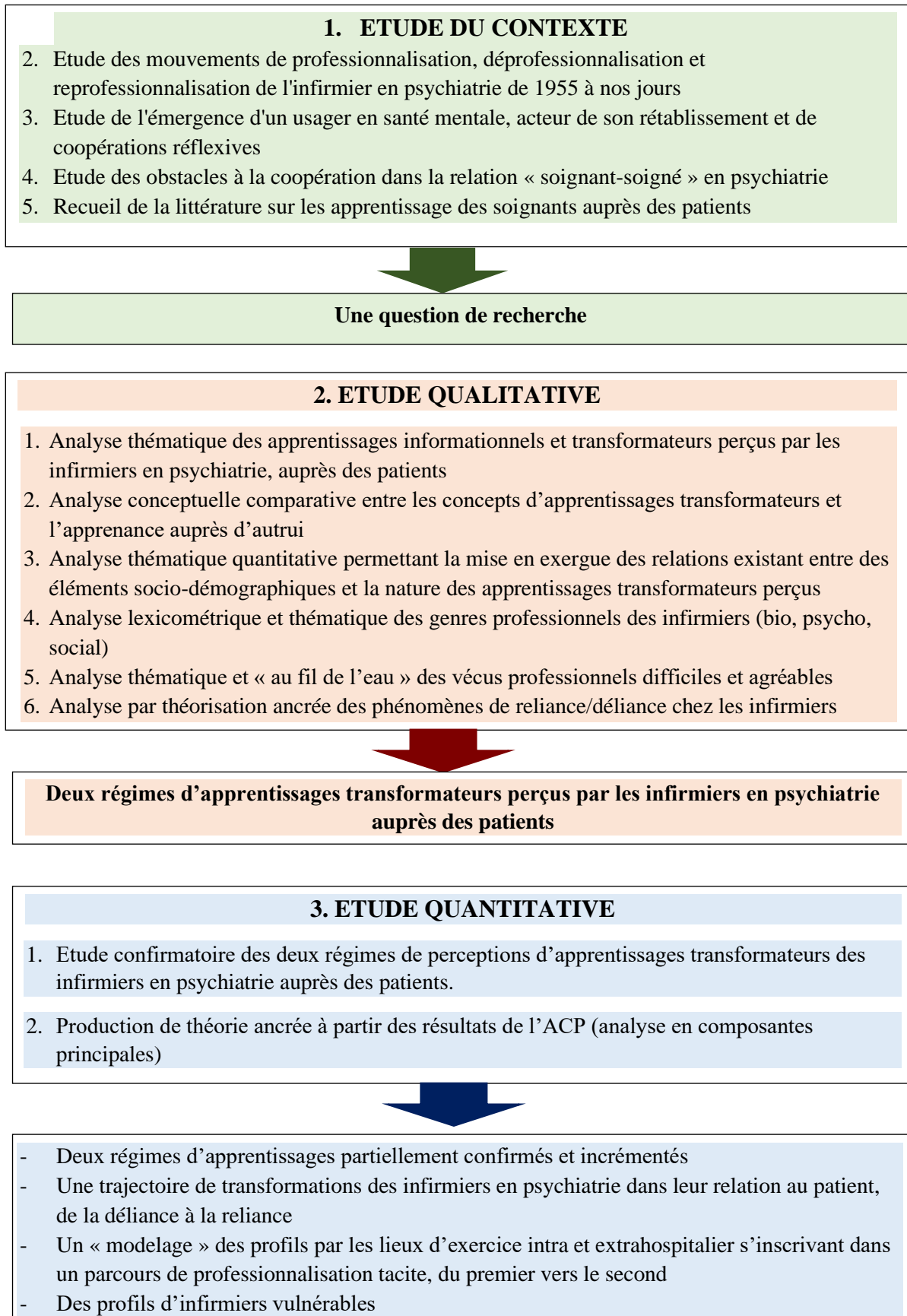
Notre deuxième partie sera consacrée à l'étude qualitative. Après avoir présenté ses étapes, modalités de réalisation et les méthodes d'analyse utilisées, nous identifierons les perceptions d'apprentissages à l'aide du cadre conceptuel des apprentissages transformateurs et informationnels. Suite à la découverte d'apprentissages transformateurs de plusieurs natures, nous tenterons d'identifier des facteurs susceptibles de les influencer.

Dans ce but, nous conduirons successivement les analyses suivantes : une analyse conceptuelle comparative entre les concepts d'apprentissages transformateurs perçus et l'apprenance auprès d'autrui ; une analyse thématique quantitative permettant la mise en exergue des relations existant entre des éléments socio-démographiques et la nature des apprentissages transformateurs perçus (cette étude mettra en lumière l'hypothèse de l'existence d'une trajectoire de transformations identitaires auprès des patients) ; une analyse lexicométrique et thématique des genres professionnels des infirmiers (biomédical, psychologique, social) ; une analyse thématique et « au fil de l'eau » des vécus professionnels difficiles et agréables ; une analyse par théorisation ancrée des phénomènes de reliance/déliance chez les infirmiers. Ces différentes études nous conduiront à la construction de deux régimes hypothétiques de perceptions d'apprentissages, que nous inscrirons dans le méta-cadre théorique de Carré (2020).

Dans notre troisième partie, dans une recherche de confirmation de la validité de nos hypothèses, nous détaillerons l'enquête quantitative à laquelle 254 infirmiers issus de 53 établissements de santé spécialisés et généralistes répartis dans 12 régions de France, ont répondu. Une analyse en composantes principales (ACP) nous permettra, par la vérification de nos hypothèses, de confirmer et d'infirmer certaines corrélations envisagées, mais aussi de produire de nouveaux résultats, dans le sillage de Glaser and Strauss (2017), à savoir, de nouvelles relations au sein des régimes d'apprentissage et des profils d'infirmiers en psychiatrie.

Enfin dans une dernière partie, nous proposerons une discussion sur les forces et faiblesses de notre travail de recherche et les prolongements qui pourraient lui être donnés.

Pour plus de clarté, nous représentons les principales études menées dans le schéma ci-dessous et leurs résultats .



Partie 1 :
Etude du contexte et
émergence de la question de recherche

Cette première partie de notre recherche aura pour objet l'analyse du contexte. Nous y étudierons les mouvements de professionnalisation, déprofessionnalisation et reprofessionnalisation de l'infirmier en psychiatrie de 1955 à nos jours, les manifestations de l'émergence d'un usager en santé mentale, acteur de son rétablissement et de coopérations réflexives, les obstacles à la coopération dans la relation de soin en psychiatrie, avant de nous intéresser aux études relatives à l'apprentissage des soignants auprès des patients et à leur possible effet de transformation de la relation de soin. Forts de ces études, nous formulerons alors notre question de recherche.

1. L'infirmier en psychiatrie : entre professionnalisation, déprofessionnalisation et reprofessionnalisation de 1955 à nos jours

A la dynamique de professionnalisation d'un groupe d'infirmiers en psychiatrie constatée dès 1955 avec l'émergence des infirmiers des hôpitaux psychiatriques puis des infirmiers de secteur psychiatrique (ISP), a succédé, dès 1992, sous l'impulsion des pouvoirs publics, un mouvement de déprofessionnalisation de l'infirmier exerçant dans ce domaine, en lien avec la création d'une profession d'infirmier polyvalent. Face aux difficultés rencontrées par les titulaires du diplôme de 1992 dans l'exercice de leur métier, une dynamique de reprofessionnalisation a été lancée au milieu des années 2000, par des recommandations ministérielles visant le renforcement de la formation des infirmiers nouveaux en psychiatrie mais aussi, entre autres, des travaux de référentialisation de l'activité des infirmiers en psychiatrie et le développement de recherches dans ce domaine.

1.1 L'infirmier en psychiatrie : professionnalisation et déprofessionnalisation

Nous tenterons, dans cette première partie, de mettre en évidence, après la dynamique de professionnalisation amorcée en 1955, le mouvement global de déprofessionnalisation de l'infirmier en psychiatrie, acté, dès 1992, par les pouvoirs publics.

1.1.1 Une dynamique de professionnalisation d'un groupe d'infirmiers spécialisés en psychiatrie de 1955 à 1992

Durant la seconde moitié du 20^{ème} siècle, on assiste à la constitution progressive d'un groupe professionnel d'infirmiers en psychiatrie à travers la mise en place de formations et la création de diplômes spécialisés mais aussi, à une dynamique d'émancipation du pouvoir médical et d'affirmation de la spécificité de l'infirmier. En cela, ce mouvement s'apparente à la professionnalisation d'un groupe, lequel, « grâce à ce processus et plus encore à son action propre en faveur de ce processus, verrait son statut social et son autonomie professionnelle augmenter » (Bourdoncle, 2000, p. 118).

1.1.1.1 Spécialisation de la formation des infirmiers en psychiatrie

Au sortir de la seconde guerre mondiale, la question de l'amélioration de la formation des

infirmiers des hôpitaux psychiatriques est prégnante, peut-être davantage parmi les psychiatres que parmi les syndicats d'infirmiers d'ailleurs, selon Jaeger : « leur propre place dans la médecine est en jeu : ils doivent avoir les auxiliaires qu'ils méritent » (Jaeger, 2017 p. 120). L'émergence et le développement du mouvement de psychothérapie institutionnelle dès la fin des années 40 ainsi que l'apparition des premiers traitements biologiques dans les années 50 accentuent la nécessité d'avoir un personnel qualifié.

Ainsi, des années 50 aux années 70, on assiste à une spécialisation progressive de la formation des infirmiers en psychiatrie. En 1955, l'arrêté du 28 juillet relatif à la « réorganisation de la formation professionnelle du personnel soignant des hôpitaux psychiatriques : infirmiers et infirmières », réglementait le premier diplôme commun pour les infirmiers des hôpitaux psychiatriques, valable dans tous les hôpitaux de cette spécialité. Il établissait une formation de deux ans. La première revue professionnelle destinée aux infirmiers psychiatriques donne un aperçu des savoir-faire attendus. Au-delà des qualités morales (politesse, sérieux, constance), l'infirmier des hôpitaux psychiatriques doit savoir : « dissimuler et maîtriser sa peur ; faire le ménage ; faire un lit ; prendre la température d'un malade ; changer les malades gâteux « sitôt qu'ils sont gâtés » (Jaeger, 2017, p. 123). Ajoutons que dès la fin des années 40 sont mis en place, dans le cadre d'une recherche d'humanisation du traitement des malades impulsée notamment par Daumézon, les stages avec les CEMEA (Centres d'Entraînement aux Méthodes d'Education Active) avec, pour objectif, d'amener les infirmiers en psychiatrie à considérer les malades mentaux comme des êtres humains à part entière (Rose, 1999). Ces stages contribueront à la transformation de la relation « infirmier-malade » mais également de la relation « infirmier-médecin » (Jaeger, 2017, p. 122).

La circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales marque le début de la sectorisation et une évolution notable des dispositifs de soins et des pratiques cliniques de la psychiatrie. L'ISP remplace, en 1969, l'infirmier des hôpitaux psychiatriques et en 1973, l'arrêté du 16 février relatif à la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique précise le contenu de la nouvelle formation sanctionnée par le Diplôme d'Infirmier de Secteur Psychiatrique (DISP). Le programme est allongé à 28 mois (contre 24 en 1955) et les contenus sont inspirés des réflexions partagées notamment lors des journées du groupe de Sèvres, sur le secteur et la participation des infirmiers à la psychothérapie. Dans un bloc d'enseignements de 400 heures, « Cycle d'initiation », apparaissent des enseignements nouveaux, portant sur la prise en charge par l'équipe (« Sensibiliser à la vie collective, Acquérir des méthodes de travail de groupe, Aider l'élève à se situer au sein d'une équipe soignante dans la rencontre avec le malade mental, Mettre en valeur la nécessité de la continuité des soins dans les institutions de santé mentale ») et sur la connaissance de soi et de l'humain (« Connaître l'homme dans son unité, Sensibiliser à la connaissance de soi, Acquérir des méthodes de travail personnel ») (cité dans de Miribel, 2017, p. 224). Ce programme est tourné essentiellement vers la psychiatrie. L'intervention de l'ISP, professionnel spécialisé, demeure limitée aux secteurs psychiatriques et aux personnes âgées et le DISP n'est pas un diplôme d'état mais un diplôme départemental.

On entrevoit l'émergence d'un corps d'infirmiers psychiatriques également à travers

l'apparition de dénonciations et revendications communes, pour la défense de leurs droits et de ceux des « psychiatisés ».¹

1.1.1.2 Dynamique d'émancipation du pouvoir médical et d'affirmation de sa spécificité

C'est dans les années 70, dans un contexte post-soixante-huitard, que la voix des infirmiers en psychiatrie, associée à celle des « psychiatisés » se fait véritablement entendre, à travers notamment trois revues : *Garde Fous*, *Psychiatisés en lutte* éditée par le GIA (Groupe information asile) et *Le journal de l'AERLIP*. L'AERLIP (Association pour l'étude et la rédaction du livre des institutions psychiatriques), collectif d'infirmiers au niveau national, rédige par ailleurs un *Livre blanc* en psychiatrie. Dans ces textes, les infirmiers dénoncent le système psychiatrique :

Pavillons bouclés, patients maltraités, trousseaux de clés monstrueux, pratiques d'alcoolisme, niveau très bas, expérimentations médicales en tous genres, administrations qui ne s'impliquent que pour sévir en cas de problème, mentalités rétrogrades, manque de motivation à la limite de la maltraitance, routine mortifère, serpillothérapie (ménage en tout genre), certains médecins qui n'adressent la parole qu'aux surveillants, les surveillants qui menacent de blâme quand les infirmiers parlent avec les malades. (Leyreloup 2010, p. 125)

Pour la première fois, la parole des soignants, mais aussi des malades est entendue hors de toute contrainte médicale ou politique (Leyreloup 2010, pp. 125-126).

La revendication, auprès du corps médical, de la participation aux décisions les concernant, devient par ailleurs manifeste à l'occasion d'un congrès de psychiatrie et de neurologie tenu à Auxerre en 1974 et présidé par Daumézon. Ce congrès, « Rôle et formation de l'infirmier psychiatrique », auxquels les intéressés n'avaient pas été conviés, fut finalement investi par un groupe les représentant :

Si nous sommes ici ce matin, c'est parce que nous nous sommes aperçus que nous existions et que nous avons notre mot à dire quand il s'agit de psychiatrie : c'est notre boulot, c'est notre pratique quotidienne et nous vous refusons l'exclusivité d'un discours en vase clos. La psychiatrie, nous voulons en parler, nous en avons assez de nous taire » (Ayme, 1995, p. 274).

Cet évènement donna lieu à la publication d'un rapport intitulé « Des infirmiers psychiatriques prennent la parole » (Leyreloup, 2010).

Les infirmiers revendiquent également la spécificité de leur action auprès du patient par rapport à celle du médecin. Dans les cahiers de l'Aerlip en 1974, au sujet de l'entretien individuel, les infirmiers écrivent :

La prise en charge des malades par l'infirmier a été vue longtemps sous l'angle de l'entretien individuel, un peu comme si l'on cherchait « à copier » le rôle du médecin auprès du malade... Ces entretiens font partie également du travail de l'infirmier, mais ils ne se déroulent pas du tout de la même façon, médecin et infirmier n'étant pas du tout vécu de la même façon par le malade, d'une part ; d'autre part l'entretien que pourra avoir le malade avec l'infirmier pourra aussi bien avoir lieu en prenant un pot « au bar », en aidant le malade à faire sa chambre, en allant faire ses courses dehors avec lui : il y aura toujours un moment propice dans la journée, un moment plus favorable parce que plus chaleureux (Friard, 2017, p. 3).

¹ Terminologie employée dans les années 70, dans la revue du GIA (Groupe Information Asile) notamment.

On entrevoit ainsi, à travers ces quelques éléments, qu'un corps professionnel d'infirmiers psychiatriques, conscient de détenir un savoir spécifique et regroupé en collectifs pour la défense de leurs droits et de ceux des patients, était en cours d'émergence, dans la seconde moitié du 20^{ème} siècle.

1.1.2 Une déprofessionnalisation de l'infirmier en psychiatrie, actée par les pouvoirs publics dès 1992

La fin de cette dynamique de professionnalisation est actée en 1992 par les pouvoirs publics. Un mouvement inverse, de déprofessionnalisation de l'infirmier en psychiatrie, s'amorce avec la déspecialisation de la formation initiale en psychiatrie, renforcé par l'élaboration d'un décret de compétences et d'un référentiel des activités et des compétences infirmières, généraux, et les difficultés de mise en œuvre des parcours de professionnalisation prescrits dans le référentiel de 2009.

1.1.2.1 Déspecialisation de la formation initiale en psychiatrie

La déprofessionnalisation comme l'« inverse de la professionnalisation » (Maubant et al., 2013) est un processus de déspecialisation des acteurs et de leurs savoirs professionnels :

La déprofessionnalisation affecte l'activité du travail, et en premier lieu, pose la question des savoirs professionnels requis pour agir en situation de travail. Différents textes traitent de cette question. Hochart (2006) associe la déprofessionnalisation à la déqualification. Prades (2011) considère qu'elle constitue une déspecialisation des acteurs de terrain [...] Si la déprofessionnalisation se traduit par des formes ou processus de déqualification ou de déspecialisation, cela touche directement les savoirs professionnels, autrement dit, les éléments requis pour agir avec compétence et pour négocier son statut et sa fonction dans l'organisation sociale. (Maubant et al., 2013, pp. 94-95)

Aussi, c'est dans la formation que nous observerons principalement ce phénomène à travers la suppression du DISP et la création d'un diplôme d'infirmier unique et polyvalent dès 1992 accompagné de la déspecialisation des contenus de la formation initiale.

Suppression du DISP et création d'un Diplôme d'Etat d'Infirmier unique et polyvalent en 1992

Avec l'arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier, le DISP est supprimé et un Diplôme d'Etat d'Infirmier (DEI) commun à tous les infirmiers est créé. On formera désormais des Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) au sein d'Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) et non plus d'écoles d'infirmières. La création d'un diplôme d'infirmier unique, issue d'une injonction européenne d'harmonisation des diplômes, s'inscrit dans un mouvement visant à disposer de professionnels autonomes, flexibles et mobiles. Initié dans les années 70 et touchant l'ensemble des secteurs professionnels, ce mouvement est alors justifié « par l'importance d'accompagner le développement de la polyvalence dans les activités de travail ainsi que la mobilité professionnelle (et sociale) » (Wittorski, 2016, p. 47). Le DEI doit ainsi permettre à tous ses titulaires d'apporter des soins à tout individu, dans ses dimensions biopsychosociales, quels que soient ses troubles. Le programme des études d'infirmier de 1992 a en effet pour objectif

de faire émerger « un infirmier polyvalent apte à dispenser des soins infirmiers prenant en compte l'ensemble des problèmes posés par une atteinte fonctionnelle et une détresse physique ou psychologique qui frappe une personne » (Présentation de l'ancien programme de formation des étudiants en soins infirmiers, Infirmiers.com, 2020). Enfin, ce diplôme permet aux futurs IDE exerçant en psychiatrie de bénéficier d'un diplôme reconnu au niveau national, par l'obtention d'un diplôme d'Etat, alors que le DISP était un diplôme départemental.

Au-delà, la suppression du DISP traduit la remise en question de l'utilité des savoirs et des compétences des professionnels titulaires de ce diplôme et touche, par-là, directement à leur identité :

La remise en cause des savoirs professionnels est une conséquence de processus de déprofessionnalisation. Cette mise en question invite le travailleur à discuter des fondements de sa pratique. Mais elle a pour effet aussi de bousculer l'identité professionnelle, dont on sait combien elle se forge dans et par une identification du travailleur aux savoirs professionnels mobilisés et par une capacité du travailleur à donner sens à l'usage de ces savoirs dans l'activité. Affirmer cela souligne combien la question des savoirs professionnels résonne avec celle des compétences. Interroger le sens et la fonction opératoire des savoirs professionnels dans l'exercice de l'activité du travail, c'est mettre en question les processus d'acquisition de ces savoirs, c'est discuter de leurs fonctions sociales comme indices d'un pouvoir dans l'organisation, c'est interroger l'activité dans ses composantes de construction cognitive et affective, c'est enfin remettre en cause les compétences réelles et les compétences déclarées par le travailleur. (Maubant et al., 2013, p. 94)

Aussi, la suppression du DISP, actée par le décret du 23 mars 1992, a-t-elle été vécue, par le groupe des ISP, comme une négation de la valeur de ses savoirs. De plus, alors que les jeunes diplômés étaient autorisés à exercer en psychiatrie, les ISP se voyaient refuser, malgré d'après négociations, la possibilité d'obtention d'une équivalence de diplôme (suite à un temps d'adaptation au poste) et la possibilité d'exercer en soins généraux (de Miribel, 2020, pp. 84-85).

Réduction du temps de formation psychiatrique

Les enseignements en lien avec la psychiatrie ont été fortement réduits avec la création de ce diplôme polyvalent, c'est un fait comme le soulignent Lanquetin et Tchukriel :

L'arrêté de 1979 portait à 33 mois la durée de la formation initiale, dont une première année commune, et à 1376 heures l'enseignement théorique de la psychiatrie. Seules 440 heures de ces derniers enseignements étaient maintenues dans cette réforme du diplôme d'infirmier du 23 mars 1992. La division est vite faite, et ce volume est encore significatif par rapport à la dernière réforme de 2009 où 80 heures d'enseignement sur les processus psychopathologiques surnagent de ces refontes successives. (Lanquetin & Tchukriel, 2012)

Par ailleurs, plus récemment, de Miribel a montré, dans sa recherche doctorale (de Miribel, 2017), l'affirmation progressive des disciplines somatiques dans les contenus de formation. Notre analyse se propose de compléter les résultats déjà mis en évidence.

Afin de caractériser l'évolution de la formation en psychiatrie des quatre dernières décennies, nous avons analysé les programmes de formation au DISP de 1973 et 1979 ainsi que les programmes de formation au Diplôme d'Etat d'Infirmier (DEI) de 1992 et 2009. Pour ce

faire, nous avons observé les évolutions des durées de formation et les évolutions terminologiques.

Pour la réalisation du tableau de l' « Evolution des temps de formation obligatoires, potentiels et maximaux, spécifiques à la psychiatrie et aux contenus somatiques et transversaux, entre 1973 et 2009 », ci-dessous, nous avons suivi les étapes suivantes :

1. Nous avons distingué les enseignements faisant référence explicitement à la psychiatrie dans leurs intitulés, des enseignements autres, « somatiques » et transversaux. Les enseignements « somatiques » se rapportent au corps et les enseignements transversaux, aux modules tels que l'éthique, la déontologie, la santé publique et les méthodes de travail. Dans le référentiel de formation de 2009 (Annexe 3 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier), les contenus transversaux concernent également les « sciences et techniques infirmières » de même que l'« intégration des savoirs et posture professionnelle infirmière » car elles ne se réfèrent à aucune discipline en particulier, ni somatique, ni psychiatrique.
2. Nous avons ensuite comptabilisé les heures d'enseignements théoriques et de stages dédiées à chacune de ces deux catégories.
3. Nous avons séparé les « temps de formation obligatoires » et les « temps de formation potentiels » dédiés à la psychiatrie et aux contenus « somatiques » et transversaux. Le temps de formation obligatoire fait référence au tronc commun de formation des étudiants. Le temps de formation potentiel est un temps de formation qui varie selon les étudiants. Dans ce temps, est laissé à ces derniers la possibilité de donner une orientation à leur parcours : un étudiant infirmier souhaitant exercer en psychiatrie par exemple pourra faire en sorte de réaliser la majorité de ces stages dans ce domaine².
4. Nous avons ensuite additionné ces deux temps, afin d'obtenir les « temps de formation maximaux (obligatoire + potentiel) », pour la psychiatrie d'une part et les contenus « somatiques » et transversaux d'autre part.

² Cette influence de l'étudiant sur son parcours de formation et sur l'utilisation de ce temps est néanmoins limitée par les réalités du terrain comme : la disponibilité des lieux de stage, la nécessité pour les formateurs des IFSI d'accompagner les étudiants dans la validation de toutes les compétences infirmières pour l'obtention du diplôme, qui prime sur une « spécialisation » de l'étudiant et peut amener ce dernier à réaliser plusieurs stages dans une « famille de situation » (Soins de courte durée ; Soins en santé mentale et en psychiatrie ; Soins de longue durée et soins de suite et de réadaptation ; Soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie) ne correspondant pas à son projet professionnel.

			DISP 1973 ³	DISP 1979 ⁴	DEI 1992 ⁵	DEI 2009 ⁶
A	Temps7 obligatoire dédié à la psychiatrie	Théorie	690	800	440	80
B		Stages	2620	1120	420	175
C	Total (théorie+ stages)		3310	1920	860	255
D	Temps potentiel dédié à la psychiatrie	Théorie	0	0	160	0
E		Stages	0	640	735	1085
F	Total (théorie+ stages)		0	640	895	1085
G	Temps de formation maximal (obligatoire + potentiel) en psychiatrie		3310	2560	1755	1340
H	Temps obligatoire dédié aux contenus somatiques et transversaux	Théorie	890	1480	1640	2020
I		Stages	240	1240	1120	595
J	Total (théorie+ stages)		1130	2720	2760	2615
K	Temps potentiel dédié aux stages somatiques et transversaux	Théorie	0	0	160	0
L		Stages	0	640	735	1330
M	Total (théorie+ stages)		0	640	895	1330
N	Temps de formation maximal (obligatoire + potentiel) dédié aux contenus somatiques et transversaux		1130	3360	3655	3945
O	Temps de formation	Théorie	1580	2280	2240	2100
P	Temps de formation	Stages	2860	3000	2275	2100
Q	Total (théorie+ stages)⁸		4440	5280	4515	42009

Tableau 1 : Evolution des temps de formation obligatoires (théorie et stages) potentiels et maximaux, spécifiques à la psychiatrie et aux contenus somatiques et transversaux, entre 1973 et 2009.

Réduction de la part de la psychiatrie et augmentation de la part des contenus « somatiques » et transversaux dès 1979

On constate tout d'abord la **réduction progressive de la part du « temps de formation total maximal » en psychiatrie**. Alors qu'elle représentait 75% de la formation en 1973, cette part « tombait » déjà à 48% en 1979, alors que le diplôme était spécialisé en psychiatrie, à 39% en 1992 puis 32% en 2009 (voir le tableau 1 : G/Q). **Pour ce qui est de la part de la formation en psychiatrie dans le socle obligatoire**, alors qu'elle représentait 75% en 1973 (il n'existait pas d'options dans ce diplôme), elle descend à 41% en 1979, 24% en 1992 et 9% en 2009 (voir le tableau 1 : C/J+C). **Inversement, la part des contenus transversaux et**

³ D'après le tableau de J. de Miribel établi à partir de l'annexe 1 de l'arrêté du 16 février 1973 portant sur la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique (de Miribel, 2017, p. 224)

⁴ D'après le tableau de J. de Miribel établi à partir de l'annexe tirée de l'arrêté du 26 avril 1979 portant sur la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique (de Miribel, 2017, p. 225) et d'après le *Programme d'études préparatoires au diplôme d'infirmier et d'infirmière de secteur psychiatrique* (Grillet, s.d.).

⁵ D'après les tableaux de J. de Miribel tirés de l'annexe de l'arrêté du 23 mars 1992 relatifs au programme des études conduisant au diplôme d'état d'infirmier, p. 22-24 (de Miribel, 2017, pp. 227-228) et d'après l'arrêté du 28 septembre 2001 modifiant l'arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier.

⁶ D'après l'annexe 3 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

⁷ Les temps du tableau sont en heures.

⁸ Q n'est pas la somme de G+N.

⁹ Nous n'avons pas inclus dans ce tableau les 900 heures de travail personnel de l'étudiant, portant la durée totale de la formation de 2009 à 5100 heures.

« somatiques » n'a cessé d'augmenter depuis 1979. La part du « temps de formation total maximal » est passé de 25% en 1973 à 63,6% en 1979, 81% en 1992 à 94% en 2009 (voir le tableau 1 : N/Q). La formation obligatoire, elle est passée de 25% avec le diplôme de 1973, à 51% avec celui de 1979, puis, 76% en 1992. Depuis 2009, elle représente 91% de la formation obligatoire des infirmiers (voir le tableau 1 : J/(J+C) *100). Au-delà du constat de déspecialisation évident depuis 1992, on s'aperçoit que le mouvement était amorcé au sein même du DISP, dès 1979 porté probablement par le mouvement de développement de la polyvalence de l'époque. Aussi, à ce jour, un infirmier souhaitant exercer en psychiatrie bénéficiera-t-il d'une formation reposant principalement sur des contenus « somatiques » et « transversaux ».

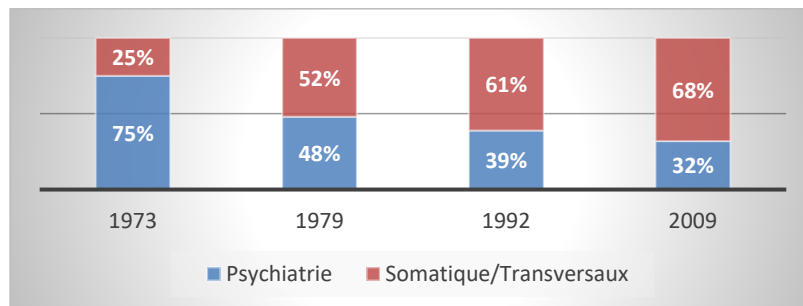


Figure 1 : Réduction de la part de la psychiatrie et augmentation de la part des contenus somatiques et transversaux dans la formation des futurs infirmiers en psychiatrie, entre 1973 et 2009

Réduction du temps obligatoire et augmentation du temps potentiel de formation en psychiatrie dès 1979 : une « optionnalisation » de la psychiatrie ?

Le temps obligatoire de formation en psychiatrie a été réduit : il est passé de 3310 heures en 1973, à 1920 heures en 1979, à 860 heures en 1992, puis 255 heures en 2009 (voir le tableau 1, ligne C). On remarque que la réduction est drastique en ce qui concerne le temps d'enseignement théorique obligatoire : la première réduction de taille se fait entre 1979 et 1992, on passe de 800 à 440 heures d'enseignements puis à 80 heures à partir de 2009 (voir le tableau 1, ligne A). Pour ce qui est des stages en psychiatrie, le temps obligatoire (voir le tableau 1, ligne B) a été divisé par 15 entre 1973 et 2009 (de 2620 à 175 heures) mais aussi par 2,5 en passant de 420 à 175 heures entre 1992 et 2009 au sein même du DEI.

Le « temps potentiel de formation » a parallèlement augmenté (voir le tableau 1, ligne F) : d'une formation en psychiatrie dont tous les contenus (théorie et stages) étaient obligatoires, nous sommes passés progressivement à une formation de plus en plus, « optionnelle » : 640 heures en 1979, 895 heures en 1992, 1085 heures en 2009 (voir le tableau 1, ligne F).

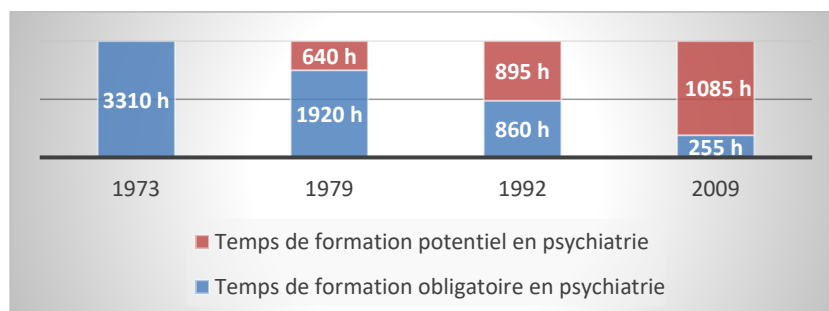


Figure 2 : Intensification de l'« optionnalisation » de la psychiatrie dans la formation des futurs infirmiers en psychiatrie, entre 1973 et 2009

Réduction du « temps de formation total maximal » en psychiatrie dès 1979

Enfin, il est important de retenir ici, que le « temps de formation total maximal » en psychiatrie (spécifiquement)¹⁰ a été réduit de plus de moitié entre 1973 et 2009. Ainsi, un infirmier souhaitant se former en psychiatrie pouvait en 1973 bénéficier d'une formation d'une durée de 3310 heures alors que depuis 2009, sa formation durera, au maximum, 1340 heures (voir le tableau 1, ligne G). On peut opposer à ce constat celui qu'au moins, depuis 1992, tous les infirmiers exerçant en psychiatrie ont bénéficié d'une formation à minima...

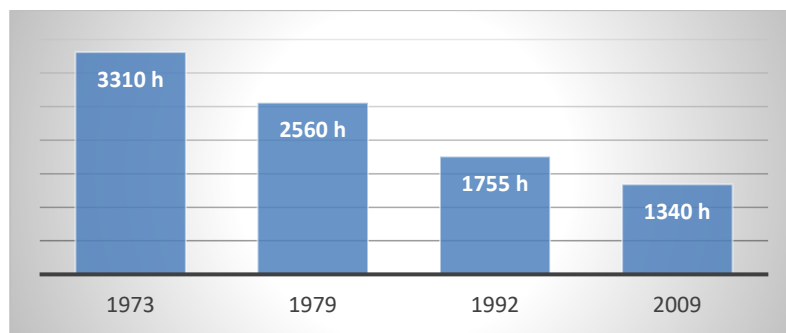


Figure 3 : Réduction du « temps de formation maximal en psychiatrie » dans la formation des futurs infirmiers en psychiatrie, entre 1973 et 2009

« Dilution » de la discipline psychiatrique

Nous avons par ailleurs associé à l'analyse de l'évolution des durées de formation une analyse du lexique et de l'organisation des programmes.

Déspécialisation terminologique depuis 2009

D'une organisation des programmes de formation en disciplines médicales en 1979 et 1992, on passe à un référentiel de formation organisé, en 2009, autour des actes et compétences infirmiers transversaux avec, en perspective, une prise en charge holistique des patients. Ainsi, si dans les programmes de formation de 1979 et de 1992, les modules étaient répartis en enseignements somatiques et psychiatriques (« Soins infirmiers en psychiatrie générale », « Soins infirmiers en pathologie somatique » ou encore en 1992, en « Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections respiratoires », « Soins infirmiers aux adolescents, aux adultes et aux personnes âgées atteints de troubles psychiatriques ») (Programme d'études préparatoires au diplôme d'infirmier et d'infirmière de secteur psychiatrique, Psychiatrie Infirmière, s.d.), depuis 2009, ce sont les actes infirmiers transversaux qui président au découpage, comme en témoignent les énoncés suivants : « Accompagnement dans la réalisation des soins quotidiens », « Evaluation d'une situation clinique » etc. (Annexe 3 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, 2009, p. 280). Cette « nouvelle donne » s'accompagne d'une déspécialisation terminologique. Le vocabulaire des disciplines s'efface. Ainsi les vocables « psychiatrie » et « santé mentale » ont quasiment disparu des référentiels de 2009 de même que, les mots « somatique », « chirurgie », « dermatologie », « urologie » notamment, au profit d'une terminologie transversale. On parle désormais de

¹⁰ Nous avons « isolé » les modules, Unités d'Enseignement (UE), intitulés de stages comprenant les vocables « psychiatrie, santé mentale, psychopathologies ».

« processus inflammatoires et infectieux », « processus psychopathologiques », « processus obstructifs », « processus thérapeutiques » notamment (Annexe 3 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, 2009, pp. 278-279).

Dissémination des enseignements psychiatriques depuis 2009

Au-delà, cette nouvelle organisation de la formation a pour conséquence la dissémination des enseignements psychiatriques spécifiques dans les différentes unités d'enseignement (UE) : dans « Législation, éthique, déontologie », il est précisé que seront abordés « les droits des patients, notamment en santé mentale et psychiatrie, obligation de soins etc. » (Annexe 3 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, 2009, p. 293) ; dans le module « Thérapeutiques et contribution au diagnostic médical » ce sont « les activités sociothérapeutiques, les actes à visée psychothérapeutique, la médiation thérapeutique » (Annexe 3 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, 2009, p. 327) ; ou encore dans la « Communication et conduite de projets », il s'agit « d'identifier les besoins spécifiques de relation et de communication en situation de détresse, de fin de vie, de deuil, de déni, de refus de soins, de conflit et d'agressivité » (Annexe 3 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, 2009, p. 337). D'autres exemples de ce type peuvent être trouvés dans le référentiel de formation 2009.

Avec la déspecialisation terminologique et la dissémination d'éléments relatifs à la psychiatrie, cette dernière serait à la fois partout et nulle part. Ce dernier constat peut nous conduire à nuancer celui de réduction du temps dédié à la psychiatrie et à considérer qu'un certain nombre d'UE, non explicitement spécifiques à la psychiatrie entretiennent néanmoins des liens étroits avec elle et permettent de s'y former. Ce serait le cas notamment des UE : « Psychologie, sociologie et anthropologie » (90 heures), « Pharmacologie et thérapeutiques » (65 heures) et « Soins relationnels » (78 heures) » (Annexe 3 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, 2009).

On constate que cette déspecialisation atteint son paroxysme en 2009, avec l'universitarisation de la formation professionnelle¹¹, laquelle, devrait pourtant représenter, selon Bourdoncle, par la rationalisation de l'activité qu'elle permet, un pilier de la professionnalisation de l'activité :

La professionnalisation d'une activité repose sur divers dispositifs dont le principal nous semble être l'universitarisation de sa formation professionnelle. Ceci entraînerait la rationalisation de sa pratique grâce à l'acquisition par les praticiens des savoirs de haut niveau produits par les universitaires de la profession (Bourdoncle, 2000, p. 121).

La dynamique de professionnalisation promue par les pouvoirs publics, qui s'appuie sur des savoirs infirmiers transversaux consacre, ainsi, avant toute chose, la reconnaissance d'un savoir infirmier indépendant du médecin. Cette reconnaissance est parachevée par la création du diplôme d'infirmier de pratique avancée (IPA)¹² et la création des sciences infirmières

¹¹ Le référentiel de 2009 fait entrer le diplôme d'Etat d'Infirmier de plain-pied dans le système LMD (Licence, Master, Doctorat). En partenariat avec l'Université, la formation prépare désormais en 3 ans au diplôme d'Etat d'Infirmier et à l'obtention du grade Licence.

¹² « Un IPA sera un infirmier expérimenté, d'au minimum 3 ans d'exercice, ayant obtenu son diplôme d'Etat d'IPA précisant la mention choisie et reconnu au grade universitaire de master. Afin d'exercer dans le ou les

intégrées à la 92e section du CNU (Décret n° 2019-1107 du 30 octobre 2019 modifiant le décret n° 87-31 du 20 janvier 1987 relatif au Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques, 2019).

1.1.2.2 Mise en œuvre des prescriptions de parcours de professionnalisation, entravée

Si la déprofessionnalisation se manifeste par une déspecialisation des contenus de formation, elle est renforcée par la difficile mise en place des parcours professionnalisants prescrits par le référentiel de formation de 2009.

Des prescriptions de professionnalisation

L'objectif annoncé dans le référentiel de formation de 2009 est clair : « professionnaliser le parcours de l'étudiant, lequel construit progressivement les éléments de sa compétence à travers l'acquisition de savoirs et savoir-faire, attitudes et comportements » (Annexe 3 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, 2009, p. 275).

Les modalités pédagogiques prescrites s'inscrivent dans cette perspective avec un programme reposant sur l'articulation de la formation théorique et de la pratique. Il est ainsi indiqué, pour chacune des UE, les compétences qu'elle doit permettre de développer. Par exemple, les unités d'enseignement en relation avec la compétence 1 « Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier » sont : UE 2.3.S2 Santé, maladie, handicap, accidents de la vie ; UE 3.1.S1 Raisonnement et démarche clinique infirmière ; UE 3.1.S2 Raisonnement et démarche clinique infirmière » (Annexe 3 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, 2009, p. 278).

Une pédagogie expérientielle est par ailleurs retenue qui s'appuie sur des « situations professionnelles apprenantes [...] utilisées comme moyens pédagogiques » (Annexe 3 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, 2009, p. 278). Ces situations sont analysées et « des travaux de transposition à de nouvelles situations » sont proposés (Annexe 3 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, 2009, p. 278).

La pratique réflexive est également placée au cœur de l'articulation « savoirs et actions ». Comme le souligne Le Boterf, « la professionnalisation suppose la mise en place de moyens de développer la réflexivité et la distanciation critique des professionnels sur leurs pratiques, leurs compétences et leurs ressources, leurs représentations, leurs façons d'agir et d'apprendre » (Le Boterf, 2011, p. 153). Dans le référentiel de formation, le professionnel infirmier « produit » apparaît ainsi comme « un praticien autonome, responsable et réflexif, c'est-à-dire un professionnel capable d'analyser toute situation de santé, de prendre des décisions dans les limites de son rôle et de mener des interventions seul et en équipe pluriprofessionnelle » (Annexe 3 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, 2009, p. 275). Cet objectif sera atteint à travers « l'entraînement réflexif [...] une

domaines d'intervention définis, l'IPA devra avoir validé le ou les mentions correspondantes. La formation sera organisée autour d'une 1ère année de tronc commun permettant de poser les bases de l'exercice infirmier en pratique avancée et d'une 2ème année centrée sur les enseignements en lien avec la mention choisie.» accessible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee> - Consulté le 9 février 2020

exigence de la formation permettant aux étudiants de comprendre la liaison entre savoirs et actions, donc d'intégrer les savoirs dans une logique de construction de la compétence » (Annexe 3 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, 2009, p. 275).

Le portfolio : un outil de professionnalisation non opérationnel

Cette pratique réflexive est soutenue par le portfolio, rythmé par des moments d'écriture d'analyse de pratique (Annexe 3 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, 2009, p. 358). Il apparaît que ces analyses de pratiques écrites permettent de développer

la capacité de prise de recul par rapport à un événement ; la conscientisation des apprentissages réalisés ; l'identification des besoins individuels pour combler les écarts, favorisée par la rétroaction fournie par le formateur ; l'habileté à s'auto-évaluer ; la capacité de transfert des nouvelles connaissances et la valorisation de l'image de soi (Garnier & Marchand, 2012, p. 111).

Au-delà d'être un support de la réflexivité, le portfolio permet la mise en place d'une évaluation en continu, en situations de soin, dans les différents lieux de stage, sur les trois ans que dure la formation, alors que le caractère ponctuel et artificiel des mises en situations professionnelles (MSP) issues du diplôme de 1992, au nombre de six en tout, ne favorisaient pas cela (Présentation de l'ancien programme de formation des étudiants en soins infirmiers, Infirmiers.com, 2020).

Néanmoins, cet outil nécessite une « traduction » pour être opérationnel. Construit sur la base d'un référentiel transversal déconnecté des situations de travail réelles, les tuteurs et les professionnels de proximité doivent rattacher les compétences infirmières à des situations professionnelles concrètes. Cette difficulté, nous l'avons constaté dans nos interventions auprès des infirmiers en psychiatrie du Groupe Hospitalier Paul Guiraud et d'autres infirmiers et cadres en soins généraux, peut donner lieu à l'élaboration de « référentiels intermédiaires contextualisés » réalisés à partir des situations de soin réellement rencontrées. Le Centre Hospitalier Valvert et des IFSI ont ainsi élaboré une grille d'évaluation en psychiatrie adaptée à leurs contextes (Benrberbia et al., 2007). Ces référentiels « intermédiaires » permettent également de garder la mémoire, par une complétion au fur et à mesure du stage, des activités que l'étudiant a réalisées. Les éléments recueillis dans ces outils font ensuite l'objet d'une « traduction » dans le portfolio de l'étudiant.

Une coopération des formateurs et acteurs de terrain prescrite, entravée

Par ailleurs, cette articulation travail/formation ne peut avoir lieu sans une coopération des formateurs et acteurs de terrain. Pour Le Boterf, « la qualité et la continuité des parcours de professionnalisation dépendent fortement de la qualité des liens de coopération qui existent en les divers acteurs (formateurs, tuteurs, encadrement de proximité...) qui interviennent sur ces parcours » (Le Boterf, 2011, p. 153). Le référentiel insiste sur l'importance de la coopération entre les IFSI et les lieux de stage : « Des liens forts sont établis entre le terrain et l'institution de formation, aussi les dispositifs pédagogiques et les projets d'encadrement en stage sont-ils construits entre des représentants des IFSI et des lieux de soins et sont largement partagés » (Annexe 3 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, 2009, p. 278).

Pourtant, dans les faits, cette coopération ne va pas de soi. Son organisation apparaît comme un impensé et se confronte à plusieurs obstacles. Dans une étude portant sur la coopération des formateurs d'IFSI et des tuteurs de stage, au cœur du dispositif, T. Piot met tout d'abord en évidence l'existence de deux topiques, à la fois concurrentes et complémentaires chez les formateurs et les tuteurs :

Il y a donc deux logiques, on pourrait dire deux topiques, ayant chacune une cohérence et une logique propres : la première serait centrée sur les savoirs savants dont l'archétype est le cours magistral en IFSI, adossé à une pédagogie assez proche de la forme scolaire classique (Vincent, 1994), avec des savoirs pédagogiques directement hérités du système éducatif ordinaire, même si le travail effectué en travaux dirigés vient, à partir de son adossement assez souvent à des formes de travail issues des pédagogies actives, atténuer cette remarque ; la seconde topique, propre aux tuteurs, serait adossée aux savoirs profanes que sont les gestes professionnels ajustés, issus de la confrontation à des classes de situation récurrentes mais aussi à la construction de routines d'action efficaces dans des situations données. (Piot, 2017, p. 66)

A cela viennent s'ajouter des cadres de référence pédagogiques différents. Pour le tuteur, « ce qui importe est l'observation active par le stagiaire à partir de la démonstration par le tuteur chevronné de ses gestes professionnels experts, avec, le cas échéant une explicitation des points importants à prendre en compte pour conduire et contrôler l'exécution d'un soin » (Piot, 2017, p. 67), alors que le cadre de référence des formateurs d'IFSI « s'adosse au référentiel de compétences et à un « savoir analysé » (Altet, 1994) des situations cliniques : c'est le cadre de référence du professionnel réflexif, véritable ingénieur des soins [...] » (Piot, 2017, p. 67). Enfin, Piot souligne l'absence d'espaces/temps formalisés d'échanges entre tuteurs et formateurs (tout en rappelant l'existence d'échanges informels utiles) :

un frein objectif à la collaboration et aux potentiels partages de savoirs, consiste en la rareté d'espaces dialogiques (Bakhtine, 1978) qui sont aussi des occasions de faire connaissance, de controverser, de s'exprimer de manière directe ou indirecte au sujet de ses savoirs ou gestes professionnels, des postures et modalités pédagogiques, convoqués dans les échanges au sujet des étudiants (Piot, 2017, p. 68).

Attribution d'un rôle pédagogique clé à des acteurs de terrain non préparés

La compétence pédagogique des tuteurs et professionnels de proximité _ le référentiel de formation parle de « fonction pédagogique » pour ces professionnels (Annexe 3 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, 2009, p. 281) _ est également fondamentale. Ces acteurs devraient intervenir principalement dans :

- l'identification de situations apprenantes : « des situations professionnelles apprenantes sont choisies avec des professionnels en activité » (Annexe 3 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, 2009, p. 278).
- l'évaluation formative et sommative : « le tuteur évalue la progression des étudiants dans l'acquisition des compétences » (Annexe 3 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, 2009, p. 281). Le tuteur, en collaboration avec les professionnels de proximité et le maître de stage contribue également à la validation ou non de l'acquisition des compétences de l'étudiant sur le lieu de stage.
- l'accompagnement de la pratique réflexive : « Le retour sur la pratique, la réflexion et le questionnement sont accompagnés par un professionnel chargé de la fonction tutorale et un

formateur. Ceci contribue à développer chez l'étudiant la pratique réflexive nécessaire au développement de la compétence infirmière » (Annexe 3 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, 2009, p. 280). Les professionnels de proximité « accompagnent l'étudiant dans sa réflexion et facilitent l'explicitation des situations et du vécu du stage, ils l'encouragent dans ses recherches et sa progression » (Annexe 3 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, 2009, p. 281).

Cependant, là encore, des obstacles de taille nuisent à l'implémentation de telles recommandations. Parmi eux, on trouve la charge de travail et le manque de temps pouvant être dédié aux étudiants : « les charges de travail ordinaire trop lourdes et d'autre part le manque de temps pour assurer le cœur de métier (la sécurité et la qualité des soins adressés aux patients) nuisent à l'encadrement des étudiants » (Piot, 2017, p. 68) ; la marginalisation du travail pédagogique : « les tuteurs déplorent que la fonction pédagogique reste marginalisée au sein de services » (Piot, 2017, p. 68) ; enfin, le manque de formation des tuteurs et à fortiori des professionnels de proximité.

Réduction de la formation à l'empirisme¹³ ?

Enfin, si l'on prend comme référence le temps de formation maximal « dédiable » à la psychiatrie (comportant le temps de formation obligatoire et potentiel), **on constate que depuis 2009, la formation à la psychiatrie d'un infirmier souhaitant exercer dans ce domaine reposerait presque exclusivement sur les stages, qui représenteraient 94% de cette formation** (notre calcul s'appuie sur les 80 heures dédiées à la théorie en psychiatrie, les 175 heures de stages obligatoires dans le domaine et 1085 heures de stages potentiels estimés). Cette augmentation de la part des stages dans le temps de formation maximal « dédiable » à la psychiatrie est par ailleurs importante puisque cette part s'élevait respectivement à 68 et 66% en 1979 et 1992 (voir le tableau 1 : (B+E) /G) et la figure 4 ci-dessous).

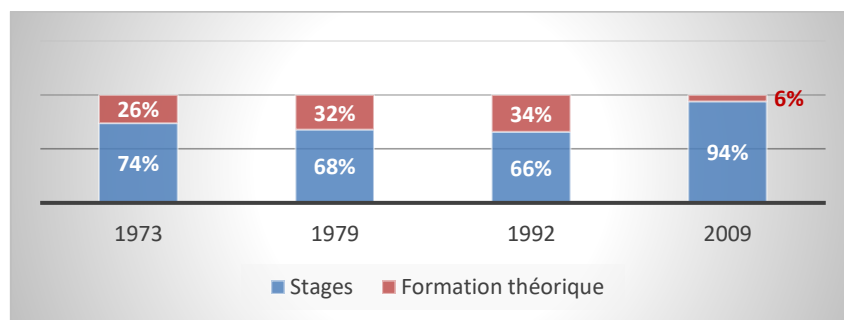


Figure 4 : Augmentation de la part des stages et réduction des enseignements théoriques spécifiques à la psychiatrie, dans le temps de formation maximal en psychiatrie, en 2009 ¹⁴.

Serait-on en train d'assister au transfert de la formation initiale des infirmiers en psychiatrie aux établissements ? De plus, au vu du contexte décrit précédemment, ne peut-on se demander si la formation initiale des futurs infirmiers en psychiatrie n'a pas été réduite, ces

¹³ Nous entendons ici l'empirisme dans sa double acception : formation reposant principalement sur l'expérience et le hasard.

¹⁴ Ce graphique prend comme base de calcul, le temps de formation total maximal en psychiatrie (ligne G du tableau 1).

dernières années, à une formation reposant sur l'acquisition d'une expérience sur le tas, et donc à l'empirisme ?

Notons que les 1085 heures de stage laissent entrevoir l'opportunité d'une « spécialisation » par le stage, pour un étudiant motivé par l'exercice en psychiatrie. Néanmoins, ces heures doivent être réparties entre différents lieux conformément aux directives du référentiel de 2009¹⁵ et ce temps de stage obligatoire, « dédiable » à la psychiatrie est largement soumis aux aléas de l'environnement (orientation réalisée par les formateurs pour le choix des stages afin de valider les compétences nécessaires à l'obtention du diplôme, disponibilité et proximité des lieux de stages etc.).

1.1.2.3 Un décret des compétences et des référentiels des activités et des compétences « généraux »

Enfin, l'effacement de la psychiatrie est visible à la fois dans le décret des compétences du 29 juillet 2004, régissant l'exercice et les actes de la profession d'infirmier, et dans le référentiel d'activités et de compétences issu de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

Dans le décret des compétences du 29 juillet 2004, J. Merklings, cadre supérieur de santé relève que sur les 42 actes relatifs au rôle propre infirmier recensés, seuls trois relèvent spécifiquement de la santé mentale : « l'entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ; aide et soutien psychologique ; observation et surveillance des troubles du comportement » (art. R. 4311-5). A cela, s'ajoutent quatre actes spécifiques à la santé mentale : « entretien d'accueil du patient et de son entourage ; activités à visée sociothérapeutique individuelle ou de groupe ; surveillance des personnes en chambre d'isolement ; surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier et le patient » (art. R. 4311-6) (Mekling, 2017, p. 89). Un constat similaire est fait pour les actes de l'infirmier relevant d'une prescription médicale ou d'un protocole. Sur 43 actes, les seuls actes infirmiers relevant de la santé mentale sont « les entretiens individuels, les techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapique ainsi que la mise en œuvre des engagements thérapeutiques associant médecin, infirmiers et patient » (Mekling, 2017, p. 89). A ces actes peuvent être ajoutés : « la possibilité pour l'infirmier d'entreprendre et à d'adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin (art. R. 4311-8) ; les techniques de régulation thermique (art. R. 4311-9) ; les cures de sevrage et de sommeil (art. R. 4311-9) ; la sismothérapie et insulinothérapie à visée psychiatrique. » (art. R. 4311-10) (Mekling, 2017, pp. 89-90).

¹⁵ « Quatre types de stages sont prévus, ils sont représentatifs de « familles de situations (1) », c'est à-dire des lieux où l'étudiant rencontre des spécificités dans la prise en soins : 1. Soins de courte durée : l'étudiant s'adresse à des personnes atteintes de pathologies et hospitalisées dans des établissements publics ou privés. 2. Soins en santé mentale et en psychiatrie : l'étudiant s'adresse à des personnes hospitalisées ou non, suivies pour des problèmes de santé mentale ou de psychiatrie. 3. Soins de longue durée et soins de suite et de réadaptation : l'étudiant s'adresse à des personnes qui requièrent des soins continus dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale, en établissement dans un but de réinsertion, ou une surveillance constante et des soins en hébergement. 4. Soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie : l'étudiant s'adresse à des personnes ou des groupes qui se trouvent dans des lieux de vie (domicile, travail, école... » (Annexe 3 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, 2009, p. 282).

Pour Mekling, ces actes sont loin de refléter la multiplicité et la diversité des actes de l'IDE en psychiatrie (Mekling, 2017, p. 90). Tout d'abord, de nombreux actes ne figurent pas dans les actes du décret. C'est le cas par exemple des actes réalisés en intrahospitalier, « soins interstitiels, impromptus, informels » (Mekling, 2017, p. 90), échanges « concernant la prise d'un traitement [...] les réponses aux demandes multiples [...] l'échange autour d'une idée délirante », en bref toute une fonction étayante qui constitue un véritable savoir-faire spécifique à la psychiatrie (Mekling, 2017, p. 90).

De plus, certains des actes se rapportant à la psychiatrie ne reflètent pas la réalité de l'activité et sont davantage adaptés à la prise en charge d'un patient « simplement » névrosé . Par exemple, « l'aide et soutien psychologique » ne sont pas de « l'étayage affectif, de la stimulation ou du modeling comportemental » (Mekling, 2017, p. 89). Là encore, la psychiatrie, quand elle n'est pas « effacée » peut apparaître aux professionnels édulcorée et bien éloignée des réalités professionnelles.

On constate également que les activités en lien avec la psychiatrie sont disséminées au sein du référentiel d'activités de 2009 (Annexe 2 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, 2009). On retrouve par exemple dans l'une des 9 activités principales de l'IDE « Soins et activités à visée préventive, diagnostique, thérapeutique » des activités proprement psychiatriques comme la « Réalisation de soins visant à la santé psychologique ou mentale : activités à visée thérapeutique ou psychothérapeutique ; activités ludiques à visée d'éveil ou de maintien de la conscience ou de la mémoire ; activités à visée socio-thérapeutique ; contrôle et suivi des engagements thérapeutiques, des contrats et des objectifs de soins » (Annexe 2 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, 2009, p. 262). Des activités en santé mentale sont également bien présentes, dans une terminologie déspecialisée : « Accueil de la personne soignée et de son entourage », « Observation du comportement relationnel et social de la personne » (Annexe 2 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, 2009, pp. 260-261).

Par ailleurs, le référentiel des compétences de l'IDE est parfaitement transversal comme le montrent les trois premières compétences recensées (sur les dix que le référentiel comporte) : « Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier ; Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers ; Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens » (Annexe 2 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, 2009, p. 266). Dominique Le Bœuf, Présidente du Conseil national de l'Ordre des infirmiers exprimait ainsi sa perplexité face à ce nouveau référentiel :

Le référentiel d'activités et de compétences élaboré décline les activités en items généralistes n'ayant plus aucun lien avec les expertises cliniques nécessaires dans les domaines spécialisés de la médecine. Cette démarche est fortement déstabilisante car elle occulte toutes les approches cliniques et médicales auxquelles les infirmiers se réfèrent dans leurs pratiques quotidiennes, renvoyant aux stages la charge d'acquérir ces savoirs spécifiques (Debout et al., 2010)

En conclusion, un mouvement de déprofessionnalisation de l'infirmier en psychiatrie a été amorcé en 1992, visible à travers la déspecialisation de la formation initiale mais aussi les difficultés à mettre en œuvre les prescriptions de professionnalisation du référentiel de 2009,

les conditions n'étant pas réunies pour permettre aux établissements de santé de devenir les premiers acteurs de la formation initiale des futurs infirmiers en psychiatrie. Ce phénomène apparaît d'autant plus « aigu » qu'il semblerait que la formation initiale à la psychiatrie ait été transférée aux établissements, au vu de la part des stages, dans cette formation. Ce mouvement de déprofessionnalisation apparaît également à travers l'effacement de la psychiatrie des décret et référentiel des activités et des compétences. Ces constats ne vont pas sans poser la question de la fragilité de la formation initiale dont la consolidation ne semble pas être à l'ordre du jour : « Lors des réunions de concertation sur la pratique avancée infirmière avec la DGOS en 2018, il a été très clairement exprimé la volonté de ne plus créer de spécialité infirmière » (Perrin Niquet, 2020, p. 514).

1.1.3 Signes de déprofessionnalisation du travail de l'infirmier en psychiatrie

La déprofessionnalisation est aussi « un processus de transformation affectant l'activité du travail » (Maubant et al., 2013, p. 93). Ce processus est perceptible à travers l'observation des tâches du professionnel. Pour Demailly et de la Broise, on parle de déprofessionnalisation lorsque,

dans le quotidien du travail, les supérieurs hiérarchiques, les tutelles, des acteurs ayant du pouvoir sur le professionnel, le contraignent à faire des choses qu'il ne sait pas, ne veut pas, n'a pas choisi de faire. Les tâches qui constituent le cœur de son métier ne prennent plus qu'une part réduite de son emploi du temps ou bien sont gênées, empêchées, contredites, quant à leur exécution. (Demailly & de la Broise 2009, p. 3)

Ce processus est observable également à partir de ses conséquences sur les individus : « des pertes de sens [...], laissant place à des sentiments d'inutilité sociale ou de travail mal fait. Les capacités de résistance elles-mêmes sont souvent sidérées » (Demailly & de la Broise 2009, p. 3).

Dans cette partie divisée en trois temps, nous nous demanderons en quoi la relation est centrale dans l'activité de l'IDE en psychiatrie puis nous observerons les signes manifestes d'une déprofessionnalisation à savoir, la réduction du temps relationnel, l'augmentation du recours à l'isolement et aux contentions et, le détournement d'un outil du soin psychiatrique à des fins gestionnaires, le cadre thérapeutique.

1.1.3.1 La relation au centre du soin

Demailly propose une modélisation qui permet d'estimer le degré d'importance de la relation dans un métier à l'aide de deux indicateurs. Le premier est la place relative de la relation par rapport à d'autres outils de travail (techniques, médias). Le métier est estimé comme étant plus ou moins relationnel en fonction de :

l'usage de la relation comme outil central ou non de la pratique. A un pôle, la consistance propre de la relation fournirait une donnée essentielle de la définition de la pratique professionnelle (pour la psychothérapie ou l'enseignement). A un autre, la relation est un outil juxtaposé à d'autres moyens de travail, subordonnée à des fins externes à lui-même, instrumentalisé (Demailly, 2008, p. 22).

Le second indicateur est le degré de transformation visé de l'« objet » (autrui), soit partiel (la transformation vise « certains comportements, émotions, pratiques, qualités » etc.) soit plus global (la transformation vise « la personne en tant que telle, de manière assez globale ») (Demailly, 2008, p. 22-23). Elle précise cependant qu'in fine, « les catégories ne peuvent être objectivistes. Elles dépendent du sens que l'agent confère à sa pratique et du style d'interaction avec le destinataire. » Une infirmière peut interpréter son métier comme plus relationnel ou plus technique (Demailly, 2008, pp. 22-23).

La centralité de la relation dans le soin en psychiatrie est mise en avant par les infirmiers en psychiatrie par la mise en exergue d'un soin relationnel comme « principe actif des soins », compétence spécifique de l'infirmier, et socle du soin. Enfin, cette relation est centrale du point de vue de Demailly (2008) du fait de sa visée de transformation de la personne dans sa globalité.

Le soin relationnel : « principe actif des soins »

Les infirmiers en psychiatrie, qu'ils soient ISP ou jeunes diplômés considèrent que la dimension relationnelle est l'essence de leur métier. Pour Françoise, ISP interviewée dans le cadre de notre accompagnement du Groupe Hospitalier Paul Guiraud, la relation est une condition du soin : « S'il n'y a pas cette rencontre tout simplement, il n'y a pas de possibilité de soin. » Elle complète son propos en insistant sur le fait que les activités non relationnelles, techniques, sont secondaires et non représentatives de de son travail : « Le travail d'un infirmier psy, c'est pas de distribuer des médicaments, c'est pas de poser des perf, c'est pas de prendre la tension. Alors, ça fait partie de notre charge de travail, mais ce n'est pas notre travail. » La dimension relationnelle du soin serait de plus, une des raisons de l'engagement des plus jeunes en psychiatrie :

Pour les jeunes diplômés sortant des Instituts de formation en soins infirmiers, ce choix a de toute évidence un lien fort avec l'altruisme et une motivation réelle pour l'aspect relationnel [...]. La prise en charge d'un sujet dans ses problématiques les plus profondes, la prise en compte de son histoire personnelle sont des éléments moteurs pour ces jeunes soignants. Leur volonté est forte de s'investir en tant qu'acteurs au sein d'une relation humaine [...]. (« Infirmier(e)s en psychiatrie : un véritable choix », 2013).

De même, pour J. Merklings, la relation « soignant-soigné » en psychiatrie est la « substance thérapeutique », elle possède un pouvoir intrinsèque de soins :

La relation, dans les soins psychiatriques, est le principal moyen thérapeutique, le principe actif des soins. Elle n'est donc pas, comme en milieu somatique, une composante des soins : elle en est intégralement constitutive. Les soins se réalisent dans et par la relation (Merklings, 2017, p. 156).

Ici, J. Merklings fait allusion au « soin relationnel », littéralement le soin par la relation.

Le soin relationnel : un savoir-faire spécifique

Ce soin par la relation va bien au-delà de la « simple » relation de soin et de la manifestation de qualités de disponibilité, de présence, d'ouverture (Merklings, 2017, p. 155). Le soin relationnel, il le définit comme « l'ensemble des actes et dispositions mobilisés par un

soignant pour répondre à une souffrance psychique (que celle-ci soit corrélée ou non à un problème somatique). Lorsque cette souffrance est liée à un trouble d'ordre psychiatrique, le soin devient psychiatrique » (Merkling, 2018, p. 38). Le soin relationnel apparaît ainsi comme un acte intentionnel, visant, par une démarche consciente et construite à soulager une souffrance. C'est donc un soin psychique « technique » qui nécessite des savoirs et savoir-faire spécifiques. Pour mettre en œuvre un soin relationnel, il faut mobiliser un vouloir, pouvoir et savoir agir déterminés. Le vouloir-agir se manifeste lorsque le soignant « se sent concerné par l'autre » et lorsque son intention est d'apporter un mieux-être au patient. Le pouvoir agir est une disponibilité physique, cognitive et émotionnelle, du soignant, et le savoir-agir, une capacité à objectiver l'intersubjectivité, c'est-à-dire, à réfléchir la relation avec le patient, l'analyser et la comprendre, à l'aide d'un « bagage » théorique, permettant sa mise en sens (Merkling, 2018, pp. 40-41).

Le soin relationnel : une multitude de micro-actes, socle du soin psychiatrique

Les actes du soin relationnel, tel que définis par Merkling, prennent forme dans *Le carnet du Soclecare* (Lanquetin et al., 2015) issu de la recherche de J.-P. Lanquetin et S. Tchukriel, *L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie*, (Lanquetin & Tchukriel 2012). Dans cette étude, les deux infirmiers chercheurs ont mis au jour, au moyen d'observations et d'entretiens, les actes informels réalisés au quotidien par les infirmiers en psychiatrie au sein de structures intrahospitalière. *Le carnet du Soclecare*, support à la fois pédagogique et de réflexion pour les soignants, décrit le socle du soin en psychiatrie, à savoir 139 micro-actes de soins relationnels identifiés durant l'étude (Lanquetin et al., 2015). Ces actes représenteraient « entre 50 et 75 % du temps de travail du soignant au quotidien » (Lanquetin et al., 2015, p. 4).

Le travail de la relation y apparaît comme un acte dirigé vers le patient : « Aller à la rencontre sans autre objectif : Pouvoir activer une activité de type « traîne savate » dans laquelle il s'agit d'expérimenter la relation. C'est une immersion qui participe à la qualité d'ambiance » (Lanquetin & Tchukriel, 2015, p. 44) ou encore, « Mettre en dérivation : Face à une excitation individuelle ou groupale, le soignant orientera la charge pulsionnelle vers une autre scène proposée par l'infirmier (ex. punching ball, sport, ...). Objectif : faire retomber la tension. » (Lanquetin & Tchukriel, 2015, p. 18). **Le travail de la relation avec le patient y apparaît également comme un travail du soignant sur lui-même** : « Adopter une posture réflexive : Se questionner personnellement et partager ce questionnement concernant ses « actions de soins » dans le but d'un retour améliorant » (Lanquetin & Tchukriel, 2015, p. 68) ou encore « Activer sa capacité de rêver : Laisser vagabonder son esprit permettrait de trouver des solutions non formatées, imaginer d'autres voies d'accès au patient qui peuvent dès lors être expérimentée » (Lanquetin & Tchukriel, 2015, p. 44) et enfin, « Accueillir » : C'est la réception que l'on fait à quelqu'un. C'est faire en soi une place à l'autre. Faire signe de réceptivité au symptôme, à l'étrangeté, aux émotions. « On est là pour vous ! » Pour ce faire, il est nécessaire de montrer un état authentique d'être touché par autrui » (Lanquetin & Tchukriel, 2015, p. 22).

Enfin, Merkling dans *L'infirmier en santé mentale recense*, les actes qui, sans être exhaustifs, « fondent le rôle infirmier en psychiatrie » (Merkling, 2017, p. 243) :

- les actes de soin informels (ceux décrits dans *Le carnet du Soclecare*) ; les entretiens en face

à face (entretiens en première intention, relation d'aide rogérienne, psycho-réhabilitation, les thérapies cognitivo-comportementales, les thérapies systémiques, les thérapies d'inspiration psychanalytiques) ; les activités thérapeutiques de groupe (maintien et reconstruction des compétences sociales, des capacités cognitives, mobilisation corporelle, relaxation, les activités centrées sur le développement de la créativité, les activités thérapeutiques cognitives de groupe etc.) (Merkling, 2017, p. 243).

Le travail de la relation apparaît ainsi, à travers les travaux des soignants, comme central dans la pratique de l'infirmier en psychiatrie.

Une visée de transformation de la personne dans sa globalité

Comme nous l'avons vu plus haut, plus la transformation visée de l'« objet » est globale, plus la dimension relationnelle du métier est importante :

Une première polarité des activités de relation concerne l'« objet » à transformer, avec, à un pôle, la transformation de la personne saisie dans sa globalité (ex : une cure psychanalytique), à l'autre, celle d'une fraction de la personne : comportement ponctuel (d'achat, par exemple) ou morceau du corps (un organe) » (Demailly, 2008, p. 22).

Dans le cadre du soin relationnel évoqué et à l'instar des psychothérapeutes, la mission de l'infirmier en psychiatrie et santé mentale est de permettre un mieux-être, l'autonomie, faire que la personne puisse vivre dans la cité, avec sa pathologie, sans trop de souffrance. Ainsi, la mission de l'infirmier vise, en principe, une transformation de la personne dans sa globalité.

Notons tout de même que dans ce « métier relationnel », le traitement biologique revêt une importance fondamentale. Comme le soulignent A. Perrin-Niquet, L. Morasz, C. Barbot et J.-P. Vérot :

Les traitements pharmacologiques sont le corollaire indispensable des soins psychiques. Les traitements contribuent à apaiser le patient, à le rendre coopérant, capable de rétablir des relations et de communiquer avec les autres. Ils ont permis les soins ambulatoires, la limitation des hospitalisations, la diminution de la durée d'hospitalisation, et de favoriser le maintien de la personne dans son milieu social. (Perrin-Niquet et al., 2012, p. 163)

Aussi, le travail relationnel mis en œuvre par les infirmiers en psychiatrie ne doit pas occulter la prégnance de la dimension biologique du soin à laquelle la relation peut, dans un contexte de manque d'effectifs, de réduction du temps d'hospitalisation, se retrouver asservie.

1.1.3.2 Perception de travail empêché et perte de sens

Depuis plusieurs années, nombreux sont les professionnels de la psychiatrie, dont les infirmiers qui dénoncent l'impossibilité de remplir leurs missions. Au début de l'année 2019, à l'occasion de grèves et de manifestations, ils réclament plus d'effectifs pour « des soins plus humains » et veulent « alerter la population de la situation dramatique de la psychiatrie publique ». Les manifestants dénoncent le nombre trop faible de personnels (« deux infirmiers pour trente patients ») ainsi que la « dynamique industrielle » qui a comme seul objectif celui de faire sortir les patients le plus vite possible pour libérer des lits au risque de les voir revenir « parce que le travail de fond n'a pas été fait » (de la Bahía, 2019).

Dans la même veine, M. Combret, cadre supérieur de santé en psychiatrie relaie une perception, chez les soignants, de « perte de sens de leur pratique » (Combret, 2018, p. 48). Cette perte de sens est associée très souvent à une perception de régression de la dimension relationnelle du soin, « une perte considérable de cette dimension (relationnelle) dans les pratiques quotidiennes ». Pour lui, « l'accroissement des passages à l'acte agressifs peut être considéré, [...] comme l'une des conséquences majeures de cette régression. » Il prône ainsi « un retour aux fondamentaux de la psychiatrie » (Combret, 2018, p. 50).

On retrouve dans ces dénonciations des professionnels (déshumanisation des soins, perception de travail mal fait, perte de la dimension relationnelle, perte de sens) les conséquences de la déprofessionnalisation, évoquées précédemment par Demailly et de la Broise (Demailly & de la Broise, 2009, p. 3).

1.1.3.3 Réduction du temps relationnel

En relation avec le point développé précédemment, la déprofessionnalisation se manifeste par la réduction du temps relationnel « soignant-soigné ». Les soignants se plaignent d'un manque de temps pour réaliser leur mission de soin et cela ne date pas d'hier. En 2007, une infirmière en psychiatrie interviewée par C. Cintas déclarait :

Souvent ce sont les patients qui viennent nous voir pour nous avertir du problème. On prend pas le temps pour chacun, c'est un peu à la file indienne...on n'a pas le temps de discuter, on rentre dans leur chambre, on fait leur toilette, on les assoit dans un coin et au suivant...c'est une espèce d'abattage. Là, la qualité de la prise en charge... » (infirmière psychiatrique) (Cintas, 2007, p. 213).

Augmentation des tâches administratives

L'introduction d'un *New Public Management* (Van Haepelen, 2012, p. 85)¹⁶ avec la loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires) de 2009, à des fins de rationalisation des dépenses budgétaires, la généralisation de la démarche qualité lancée avec la loi de réforme hospitalière du 31 juillet 1991, se sont traduites sur le terrain par un manque de personnels et de moyens financiers mais aussi, une inflation des tâches liées à la traçabilité.

Concrètement, depuis l'introduction du dossier patient informatisé (DPI), les soignants doivent renseigner, de l'entrée du patient à sa sortie, toutes les données le concernant. Ces activités sont détaillées dans les fiches de poste :

Réaliser les démarches administratives liées à l'entrée du patient (vérifier la conformité des différents certificats et des modes d'hospitalisation, remettre les différents documents, livret d'accueil, règlement intérieur de l'unité, inventaire, dépôt des valeurs...); Tenir à jour les mouvements (entrées permissions, mouvements internes et sorties de patients); S'assurer de la

¹⁶ « L'idée principale du NPM est que le secteur public, organisé selon les principes de la bureaucratie wébérienne, est inefficace, et qu'il est souhaitable de transposer dans le secteur public les méthodes de gestion du secteur privé. À la rigidité d'une administration bureaucratique centralisée, focalisée sur son propre développement, le NPM oppose un secteur public reposant sur les trois E « Économie, Efficacité, Efficience », capables de répondre à moindre coût aux attentes des citoyens, désormais devenus des clients (Amar et Berthier, 2007) » (Van Haepelen, 2012, p. 85).

bonne traçabilité des informations dans le dossier patient sur les parties relevant de la responsabilité infirmière (tenue du dossier patient) ; S'assurer de la transmission des informations relevant de la responsabilité infirmière aux professionnels de soins participant à la prise en charge (réalisation d'une fiche de liaison infirmière) ; Participer aux différentes actions liées à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins internes au pôle (connaissance et diffusion des protocoles, réalisation d'audits liées aux soins...). (Groupe Hospitalier Paul Guiraud, communication personnelle, 2018)

Ce temps de traçage de l'activité prend du temps. Dès 2007, C. Cintas constate que « le personnel soignant voit sa part d'activité administrative augmenter au détriment du temps passé avec le patient » (Cintas, 2007, p. 218). Une étude plus récente montre que « les infirmiers attribuent la détérioration perçue de la relation au patient à l'augmentation de la charge administrative [...] » (Castel & Guillot, 2015, p. 8). Ce constat est fait également par Perrin-Niquet, qui voit dans l'augmentation des tâches administratives, une cause de la réduction du temps passé avec le patient et de l'appauvrissement de la qualité de la relation avec ce dernier :

À ces conditions s'ajoute un nombre important de prescriptions de tous ordres à connaître et respecter. En découle une augmentation du travail administratif lié aux activités de traçabilité, de vérification, de contrôle. Dès lors, sur la durée d'un poste de travail, l'attention des soignants ne peut être entièrement consacrée aux patients et au soin psychique, qui mobilise aussi d'autres registres cognitifs. Cette attention est une qualité de présence à l'autre et une disponibilité matérielle avec les patients ; une fine connaissance et une évaluation clinique continue s'acquièrent. (Perrin-Niquet, 2020, p. 516)

Diminution des activités sociothérapeutiques

Parallèlement à l'augmentation des tâches administratives, soignants, chercheurs, contrôleurs des lieux de privation de liberté, alertent sur la forte réduction du temps consacré aux patients, manifeste notamment à travers la diminution voire la disparition d'activités contribuant au soin, comme les activités sociothérapeutiques.

Le contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) constatait en 2017 que le temps consacré aux patients par les infirmiers, dans le cadre des activités quotidiennes, était réduit au strict minimum :

La gestion de la crise chez un patient agité relève du rôle propre de l'infirmier exerçant en psychiatrie, néanmoins dans la vie quotidienne le temps consacré aux patients se limite parfois à répondre aux demandes pour: sortir de l'unité, fumer une cigarette ou utiliser son téléphone portable, notamment lorsque ces derniers font l'objet de nombreuses restrictions. (CGLPL, p. 15, 2017)

En 2007, l'étude de Cintas mettait en avant le fait que « le manque de personnel ne permet plus de mettre en place des projets avec les patients. Les soignants sont moins disponibles ; ceci ne permet plus d'assurer des activités comme le jardinage, les ateliers de peinture » (Cintas, 2007, p. 218).

Castel et Guillot font un constat identique en 2015, dont ils attribuent la cause au manque de moyens financiers :

Le manque de moyens financiers apparaît aussi comme un facteur de détérioration de la relation car il conduit à la réduction de certaines activités pourtant jugées utiles, telles que les

sorties thérapeutiques. Celles-ci se font plus rares alors qu'elles sont pourtant essentielles dans l'esprit de la sectorisation de permettre aux patients un retour progressif en société. (Castel & Guillot, 2015, pp. 10-11).

Enfin, le CGLPL alertait, dans son rapport de 2017, sur cette problématique :

La mise en place d'ateliers et d'activités pour les patients fait partie intégrante du soin. Lorsque les effectifs sont restreints dans les unités d'hospitalisation, ces activités sont reléguées au second plan ou inexistantes. Quand bien même des « activités intersectorielles » destinées à l'ensemble des unités sont organisées au sein de certains établissements, les patients non autorisés à sortir seuls des unités n'y ont pas toujours accès faute de personnel en nombre suffisant pour les prendre en charge. Le constat est identique concernant les promenades dans l'enceinte de l'établissement, l'accès à la cafétéria ou les sorties à l'extérieur dont les patients ne peuvent bénéficier faute de personnel pour les accompagner. (CGLPL, 2017, p. 15)

De façon plus générale, les infirmiers déplorent une discontinuité du soin, source de stress : « les infirmiers rapportent l'expérience d'une discontinuité dans un format temporel comprimé, de multiples interruptions de tâches, sources d'erreur et de stress » (Perrin-Niquet, 2020, p. 516). Cette difficulté à rencontrer les patients touche même les psychiatres : « Les entretiens menés en binôme avec le psychiatre ne peuvent pas toujours être réalisés alors qu'ils sont essentiels pour offrir une prise en charge cohérente » (CGLPL, 2017, p. 15).

1.1.3.4 Augmentation du recours à l'isolement et aux contentions

Enfin, l'augmentation du recours à l'isolement et aux contentions aurait, parmi ses causes, la détérioration voire l'impossibilité parfois de la relation entre le soignant et le patient dans le contexte précédemment décrit, de manque de temps et de préparation des soignants les plus novices, à l'exercice en psychiatrie.

La contention et l'isolement, en tant que mesures de restriction de la liberté de l'individu, doivent répondre « à des indications précises » (Perrin-Niquet et al., 2012 p. 146) et être utilisées en dernier recours, afin de protéger le patient de lui-même, les autres patients ainsi que les soignants, et doit rester l'exception. Néanmoins, la Haute Autorité de Santé (HAS) a constaté que le recours à l'isolement n'était « pas toujours motivé par des raisons thérapeutiques » (HAS, 2017, p. 4). Entre 2011 et 2015, elle fait même le constat d'une augmentation de ces pratiques :

Concernant l'isolement, les données du Rim-P retrouvent qu'en 2015, 28 100 patients hospitalisés à temps plein en psychiatrie ont été placés en isolement, soit 8,3 % des patients hospitalisés. Ces chiffres seraient en augmentation ces dernières années, avec 6,6 % des patients hospitalisés à plein temps en 2011 concernés par l'isolement, et 7,2 % en 2013.¹⁷ (HAS, 2017, p. 5)

En ce qui concerne le recours à la contention, l'Assemblée nationale mentionne au Journal Officiel le 21 avril 2015 (Carvalho, 2015) qu'« aucune statistique n'est actuellement disponible pour étayer le recours à la contention », cependant une étude française, portant sur ce sujet, a été réalisée dans le service des urgences de Saint-Anne à Paris, et a trouvé une prévalence d'usage de la contention mécanique de 1,4 %, avec une durée moyenne de 120

¹⁷ Aucune étude n'avait été réalisée sur le sujet auparavant.

minutes » (HAS, 2017, p. 5).

En 2016, était ajouté à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, un article redéfinissant et limitant les conditions d'isolement et de contention dans les établissements de santé mentale :

L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin. Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L.3222-1.

Or, dans le rapport d'activité 2018 du CGLPL remis par A. Hazan, rapport s'appuyant sur la visite de 23 établissements et unités de soins psychiatriques, il est mis en évidence que les dispositions de ce nouvel article ne sont pas appliquées dans les établissements de santé. Une augmentation des projets d'aménagement de chambres d'isolement est même constatée : « des projets d'aménagement incluent un doublement du nombre des chambres d'isolement alors que la loi impose d'en réduire la fréquence ». Sont soulignés également des isolements longs : « des mesures se prolongent parfois jusqu'à huit jours » (Hazan, 2019, p. 46).

1.1.3.5 Détournement d'un outil du soin psychiatrique : le cadre thérapeutique

Cette déprofessionnalisation de la pratique infirmière se manifeste par ailleurs par, ce qui nous apparaît comme le détournement du cadre thérapeutique, de sa fonction première.

Pour Racamier, psychiatre et psychanalyste, le cadre thérapeutique consiste en : « Un lieu, des temps, des règles et des seuils. Des personnes, un objectif, une ambiance, et surtout une conception » (Racamier, 2001, p. 33). Cette définition est reprise et précisée par des professionnels de santé :

Le cadre thérapeutique désigne l'ensemble des conditions pratiques et psychologiques qui, ajustées aux possibilités du patient, permettent un processus soignant. Ce sont des éléments fixes non rigidifiés – un espace, un rituel, des repères temporels, des règles et des seuils –, mais également des personnes, un objectif, une ambiance et surtout une conception, celle de l'esprit du soin. (Alberhe, 2012)

Ainsi, le cadre apparaît ici comme un ensemble de ressources multiples et diverses (objets, personnes etc.) ajustables au patient et favorisant le soin.

La notion de cadre thérapeutique, issue de la psychothérapie institutionnelle pour laquelle l'hôpital possède un caractère « soignant » (de Luca-Bernier, 2011, p. 99)¹⁸ peut être éclairée utilement par le concept d'environnement capacitant (Fernagu Oudet, 2012). Le cadre thérapeutique s'y apparente en effet sous différents aspects.

¹⁸ de Luca-Bernier n'utilise pas ce terme mais rappelle que pour la psychothérapie institutionnelle, « l'hôpital est considéré comme un instrument de soins, incluant une analyse permanente de l'institution et du personnel selon une visée thérapeutique. »

Dans sa visée tout d'abord : le cadre est « thérapeutique », comparé par certains à « un écrin qui permet à un processus thérapeutique d'advenir » (Miazza, 2020, p. 42), il vise l'amélioration de l'état du patient, tout comme l'environnement capacitant, qui constitue un « environnement favorable au développement du pouvoir d'agir des individus » (Fernagu Oudet, 2012).

Reprenant les mots d'Alberne (2012), cité précédemment, le cadre est également pourvoyeur de ressources « pratiques et psychologiques ». Dans l'environnement capacitant, « l'exercice effectif d'un pouvoir d'action [dépend] des possibilités (les ressources) offertes par l'environnement [...] » (Fernagu Oudet, 2012).

Enfin, le soignant, par son travail de mise en sens d'une transgression du cadre par exemple, aide le patient à en utiliser les ressources : « il ne s'agit pas d'être rigide [...] ou souple [...] mais de s'appuyer sur le cadre comme un marchepied vers l'appropriation subjective de l'expérience [...] » (Poupart, 2020, p. 22). Et, comme le souligne S. Fernagu Oudet, pour devenir véritablement capacitant, pour le développement du pouvoir d'agir, l'environnement doit « aider les individus à mobiliser et utiliser les ressources qui sont à leur disposition et pas seulement les mettre à disposition » (Fernagu Oudet, 2012).

Aussi pouvons-nous interpréter le cadre thérapeutique comme un espace se voulant capacitant pour le patient, la condition de cette capacitation résidant dans la démarche d'aide du soignant, qui vise à donner du sens à ce que vit le patient. Ainsi, la transgression du cadre, loin d'être un évènement qu'il faudrait réprimer, apparaît comme une opportunité pour le patient d'« avancer » et devrait être « nommée, discutée, resituée dans la dynamique psychique singulière du patient à partir de la dynamique intersubjective de la relation soignante (« Qu'est-ce que ça me fait lorsqu'il transgresse ? ») » (Poupart, 2020, p. 23).

Or, depuis quelques années, le cadre de soin tendrait à se réduire au cadre réglementaire, « un carcan » pour certains praticiens (Combret, 2018, p. 38 ; Poupart, 2020, p. 20). Pourtant, comme le rappellent certains d'entre eux :

Le cadre n'est pas le règlement. Il n'est pas ce système concret d'interdictions ou d'injonctions mais un système symbolique. Si certains prolongements peuvent se formuler dans des règles de fonctionnement, le cadre ne peut pour autant s'y réduire. [...]. En ce sens, la légitimité et la pertinence du cadre de soin sont très dépendantes de la qualité du travail de mise en pensée qui s'y opère. (Perrin-Niquet et al., 2012, p148)

Vidé de son sens, de « l'esprit du soin », le cadre tendrait à se détourner de sa fonction première pour devenir un instrument contraignant.

L'appel au « cadrage » ou « recadrage » du patient semble être entré dans les pratiques langagières soignantes. En 2012, la revue *Santé mentale* titrait un de ses articles « Il faut poser un cadre au patient ! » (Stantzios & Schneebeli, 2012). Quelques années plus tard, en octobre 2019, les organisateurs des *5èmes rencontres soignantes en psychiatrie* renchérisaient en intitulant ces rencontres : « Il faut le recadrer ! Quelles limites pour quels soins ? ».

Le recadrage, en psychologie est une pratique clinique qui s'applique à une situation : « tout ce qui modifie pour un patient ou une famille son modèle de représentation de la réalité. Cet

éclairage conduit souvent à favoriser une vision plus neutre ou même positive » (Faulx, 2006). Or, le « recadrage », chez les soignants en psychiatrie, s'applique à des personnes, à l'instar du « recadrage » managérial. Absent du Larousse comme pratique visant des personnes, il est défini cependant par un dictionnaire en ligne comme le « Fait de redonner un cadre à l'action d'une personne » (La langue française, s.d.). « Recadrer », c'est redonner des limites, un cadre, à la personne qui en serait sortie, c'est, en quelque sorte la « remettre dans le droit chemin ». Le « recadrage » réduit les ressources du cadre thérapeutique (les règles, l'alliance thérapeutique, les contentions etc.) à des instruments de coercition. Cette coercition peut être considérée comme « douce », lorsqu'elle prend la forme d'un rappel des règles, d'une recherche d'influence, ou « dure », lorsqu'elle implique la menace et la contention physique et/ou chimiothérapique des patients. Dans les exemples rencontrés, ces instruments peuvent être utilisés comme outils de « rappel des statuts », instruments de punition ou encore de gestion organisationnelle. Quel que soit leur usage, ne perdons pas de vue qu'ils permettent au soignant de protéger son intégrité physique et psychique, dans un contexte difficile.

Pour Mougeot tout d'abord, le rappel des règles permet au soignant de rappeler au soigné leur différence de statut. Il sert, en quelque sorte, une fonction identitaire. Pour lui, « les rappels réguliers des règles fixant des relations strictes et inflexibles entre soignants et patients [...] » (Mougeot, 2019, pp. 68-69) visent à « figer dans le temps les rôles sociaux des différents acteurs de l'hôpital, et à établir une frontière entre soignants et soignés » (Mougeot, 2019, pp. 68-69).

Le cadre peut être par ailleurs mobilisé comme instrument de punition. Une situation de violence, dans laquelle le soignant a été insulté ou agressé physiquement par un patient, peut conduire le soignant à vouloir « en découdre » et le recadrage qui s'ensuivra prendra des allures de loi du talion :

C'est ainsi qu'à l'hôpital B., à la suite d'une interaction marquée par la violence des propos d'un patient envers le personnel soignant, l'ensemble des infirmiers présents dans l'unité, accompagnés d'une aide-soignante et d'infirmiers de renfort des unités voisines, ont sanctionné le patient par une visite impromptue de « recadrage » dans sa chambre [...]. Appliquant la loi du talion, les infirmiers se détournent ponctuellement d'un modèle d'action fondé sur la clinique. (Mougeot, 2019, p. 105)

Perrin-Niquet décrit comment le soignant peut réagir à l'agressivité d'un patient par exemple, par « un passage à l'acte » et le recours à des mesures coercitives :

En pratique clinique, le recours à ce mode psychopathologique de relation provoque souvent un curieux effet de miroir qui va pousser les soignants qui y sont confrontés à répondre dans le registre de l'agir. Ce passage à l'acte réactionnel des soignants vise à obtenir un effet rupteur de détente anxiolytique sur l'angoisse de l'inélaborable et de l'inélaboré qui les envahit, par une sortie rapide, une mutation, une contention chimique, un durcissement inadéquat du cadre [...] (Perrin-Niquet, 2012, p. 100)

C'est le constat réalisé également par le CGLPL concernant l'isolement : « des mesures d'isolement sont prises dans une logique punitive » (Hazan, 2019, p. 46). Ces réactions résulteraient d'une difficulté des soignants à prendre du recul par rapport à la situation vécue et à considérer le patient comme une personne malade.

Le cadre peut par ailleurs être utilisé comme outil de gestion organisationnelle. Le recours à l'isolement par exemple peut être mis au service de la gestion d'un service et dans cet esprit, organisé. Le CGLPL, dénonce le recours aux mesures coercitives pour ce motif : « des isolements à visée préventive, des décisions de placement « si besoin » sont préparées à l'avance » ; des mesures d'isolement sont prises [...] par commodité pour le service » (Hazan, 2019, p. 46). Mougeot fait le même constat :

La gestion à flux tendu de l'isolement thérapeutique fait souvent l'objet de conflits entre le personnel médical et les infirmiers. Pour les médecins, il convient d'organiser au plus vite la sortie des patients. Pour les infirmiers qui sont en première ligne face aux patients de l'unité, leur retenue en isolement permet de limiter les sollicitations. L'usage de la chambre d'isolement répond ainsi à cette exigence de régulation. [...] l'isolement thérapeutique fait partie des prescriptions médicales en psychiatrie qui permettent une régulation des relations à l'échelle de l'unité de soin. (Mougeot, 2019, p. 48)

Le recours à la régulation chimiothérapique comme moyen d'amélioration des conditions d'exercice des soignants est également relevé par Mougeot : « L'action du médicament sert de variable d'ajustement pour des équipes qui sont « en première ligne » et qui considèrent ne plus pouvoir « contenir » de façon suffisamment efficace les patients » (Mougeot, 2019, p. 52).

Enfin, F. Mougeot pointe également, dans son étude, l'instrumentalisation de l'alliance thérapeutique pour l'observance du traitement et *in fine*, la gestion des flux de patients. Dans un contexte de réduction du temps d'hospitalisation, les soignants reçoivent l'injonction contradictoire de prendre soin mais aussi de raccompagner, dans les délais les plus brefs, les patients vers la sortie. Or, la sortie du patient dépend fondamentalement de son observance médicamenteuse. Ainsi, le travail du soignant, tout au moins, en intrahospitalier « est avant tout orienté vers l'observance thérapeutique qui consiste à s'assurer du bon suivi par les patients des traitements prescrits par le médecin » (Mougeot, 2019, p. 48). Dans ce cadre, « les soignants développent ainsi des aptitudes leur permettant de faire accepter les traitements psychopharmacologiques aux patients de leur unité » (Mougeot, 2019, p. 48). Nous comprenons ici, que Mougeot souligne, par l'emploi de guillemets, le caractère « factice » de cette alliance :

Les « primo », ceux qui font pour la première fois l'expérience d'une hospitalisation en psychiatrie, expriment souvent des craintes à propos du traitement qui leur est prescrit, observant les autres patients de l'unité. Les infirmiers tentent de les rassurer afin de créer les conditions d'une « alliance thérapeutique » nécessaire à l'observance de leur traitement (Mougeot, 2019, p. 49).

Ainsi, à travers les regards des soignants, du sociologue et de l'autorité administrative (CGLPL), nous entrevoyons comment, sous l'effet d'un contexte défavorable, un cadre soignant, capacitant peut se transformer en un cadre « contentionnant », limitant, privant le patient de ses mouvements aussi bien physiques que psychologiques. Cette situation participe de ce que Mougeot appelle « la rugosité des relations de soin » (Mougeot, 2019, p. 58). On mesure également à quel point les effets de cette réduction du temps relationnel avec le patient et le détournement du cadre thérapeutique de sa fonction peuvent être délétères, à la fois pour la relation entre l'infirmier et le patient, pour la santé des patients mais aussi celle des soignants.

Nous retiendrons ici que les infirmiers en psychiatrie tendent à placer la relation de soin au cœur de leur métier. Cependant, dans un contexte d'organisation gestionnaire des soins, de manque de temps, d'effectifs réduits et de manque de formation des nouveaux diplômés, la relation avec les patients peine à s'établir. Cette difficulté à mettre en œuvre le soin relationnel s'apparente à un phénomène de déprofessionnalisation du travail de l'infirmier, perceptible à travers : la perception de travail empêché et une perte de sens des professionnels, la réduction effective du temps relationnel, l'augmentation du recours à l'isolement et aux contentions et la transformation du cadre thérapeutique en cadre coercitif à des fins gestionnaires. Cette situation semble être particulièrement prégnante dans le contexte de l'hôpital.

1.1.4 Synthèse : l'infirmier en psychiatrie, professionnalisation et déprofessionnalisation

A l'issue de cette première étude, nous comprenons qu'à un mouvement de professionnalisation de l'infirmier en psychiatrie s'étendant de 1955 à 1992 a succédé un mouvement de déprofessionnalisation, perceptible à travers la déspecialisation de la formation initiale, les difficultés à mettre en œuvre les prescriptions de professionnalisation du référentiel de formation de 2009 et un effacement de la psychiatrie du décret et du référentiel de compétences. La déprofessionnalisation du travail des infirmiers est observable également à travers la difficulté à mettre en place le soin relationnel, considéré comme le cœur de métier de l'infirmier en psychiatrie, le détournement d'« outils » du soin à des fins gestionnaires et la perception par les professionnels d'un travail « empêché », dont le sens tendrait à disparaître.

1.2 L'infirmier en psychiatrie : une reprofessionnalisation fragile

Parallèlement au processus de déprofessionnalisation des infirmiers en psychiatrie évoqué, on assiste à un mouvement de « reprofessionnalisation », au sens de professionnaliser « à nouveau après avoir été en arrière » (Weill, 2009, p. 136). Nous nous intéresserons au processus de reprofessionnalisation au sens de « fabrication d'un professionnel » (Wittorski, 2015, p. 32) observable à travers le renforcement de la formation continue préconisé par les pouvoirs publics dès 2004, des initiatives de référentialisation de l'activité de l'infirmier en psychiatrie et des activités de recherche dans le domaine, émanant de collectifs d'infirmiers.

1.2.1 Une dynamique de reprofessionnalisation par la formation continue depuis 2004, inégale et incertaine

En 2004, cette dynamique de reprofessionnalisation s'est exprimée ainsi à travers la préconisation de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) (rebaptisée depuis, Direction générale de l'Offre de soins, DGOS) de la mise en place d'un dispositif de formation et de tutorat pour les infirmiers nouveaux en psychiatrie. Néanmoins, l'analyse d'une littérature grise et « classique » (programmes de formation, documents variés décrivant des dispositifs de formation et tutoraux et articles, thèse etc.) fait apparaître, au-delà d'un socle commun, d'importantes disparités dans l'interprétation, par les différents acteurs, de ces recommandations, ainsi que les obstacles à la mise en œuvre de celles-ci. Nous tenterons de mettre en évidence ces trois constats, pour la formation de consolidation des savoirs puis le tutorat.

1.2.1.1 Un dispositif professionnalisant des IDE nouveaux en psychiatrie, préconisé

Parallèlement au processus de déprofessionnalisation précédemment décrit et de façon, à première vue, paradoxale, des mesures visant une reprofessionnalisation sont prises par les pouvoirs publics.

A l'origine de cette dynamique, on trouve les recommandations issues du rapport d'un groupe de travail : *L'évolution des métiers en santé mentale : recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mental caractérisé* (Direction générale de la Santé, 2002). Ce groupe mit en exergue « certaines difficultés rencontrées avec les infirmiers diplômés depuis 1995 [...] concernant « la question de la gestion des troubles du comportement, notamment l'angoisse, l'agressivité, la violence, liés à une désorganisation psychique [...] » (Direction générale de la Santé, 2002, p. 50) et formula des préconisations variées. Celles-ci vont de la reconnaissance d'une spécialisation (par exemple 1500 heures de formation après l'obtention du diplôme d'Etat et deux ans au moins d'exercice en secteur de psychiatrie) à l'augmentation du nombre d'années de formation initiale (formation par branche en Y, avec un tronc commun et une poursuite de la formation dans certains domaines, dont celui de la santé mentale), en passant par le suivi de sessions de formation continue spécifiques (Direction générale de la Santé, 2002, pp. 52-53).

C'est finalement la formation continue qui l'emporta, donnant lieu à la note de cadrage DGS-SD6C/DHOS-P2 no 234 du 8 juillet 2004 relative à :

la mise en place dès 2004 d'un dispositif régional d'appui à la conception et à la mise en œuvre de la formation hospitalière prioritaire visant la consolidation et intégration des savoirs et des pratiques en soins pour l'exercice infirmier en psychiatrie et son annexe relative aux travaux menés par le groupe de travail de Direction générale de la Santé (DGS) sur la formation des infirmiers exerçant en psychiatrie (janvier 2004).

Puis, une circulaire complémentaire (DHOS/P2/O2DGS/6C no 2006-21 du 16 janvier 2006) fut diffusée, relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie. Ces recommandations se sont transformées en objectifs dans le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 (Ministère de la Santé, 2005, pp. 48-49).

Ces initiatives actent la nécessité de renforcer la formation des infirmiers en psychiatrie par la formation continue et transfèrent ainsi la responsabilité de professionnaliser les infirmiers nouveaux en psychiatrie, aux établissements, déjà très sollicités dans la formation initiale des étudiants.

Une formation en psychiatrie à visée professionnalisante : la consolidation des savoirs

Cette professionnalisation passe par la formation « Consolidation et intégration des savoirs et des pratiques en soins pour l'exercice infirmier en psychiatrie d'une durée de 15 jours (5 × 3 jours) modularisés sur 2 ans » qui vise une « adaptation à la spécificité de l'exercice en psychiatrie ».

L'analyse du cahier des charges de la formation à la consolidation des savoirs, nous apprend que celle-ci reprend des thématiques propres à la psychiatrie comme **les techniques de soins** : « les techniques de soins à visées psychothérapeutiques par l'infirmier ; thérapies systémiques brèves ; technique de médiation et d'animation de groupe ; formation gestion de l'agressivité/la violence : la crise ; formation à la réhabilitation psychosociale [...] » (Annexe 1 de la note de cadrage DGS-SD6C/DHOS-P2 no 234 du 8 juillet 2004 relative au cahier des charges de la formation « consolidation des savoirs », 2004).

De plus, c'est une formation qui se veut professionnalisante. Pour Wittorski, une formation peut être qualifiée de professionnelle lorsqu'elle s'emploie à :

proposer des situations apprenantes susceptibles de faciliter le développement d'apprentissages méthodologiques et techniques permettant aux stagiaires de détenir progressivement les savoirs, mais également les méthodes de travail permettant de « traiter » efficacement les situations professionnelles qui leur seront proposées dans l'exercice ordinaire de leur activité à venir. Nous pourrions dire que les apprentissages visés sont bien entendu de l'ordre de savoirs théoriques et scientifiques, mais également de savoirs d'action ou pratiques au sens où il s'agit d'énoncés concernant des façons de faire jugées efficaces (le critère de validation est bien ici celui de l'efficacité de l'action » (Wittorski, 2012, p. 8).

La formation à la consolidation des savoirs se veut professionnelle dans ses objectifs : « Permettre à l'infirmier optant pour un exercice en soins psychiatriques, d'être professionnellement opérant au quotidien en favorisant une prise de fonction optimale lorsqu'il intègre le champ de la psychiatrie ». Elle se veut professionnalisante dans la méthode

pédagogique qu'elle préconise, favorisant l'articulation des savoirs théoriques et situations vécues : « une méthode pédagogique d'analyse des pratiques professionnelles, à partir de situations vécues par les participants lors de leur exercice professionnel en psychiatrie » s'appuyant sur des savoirs théoriques tels que « la connaissance de soi dans la relation de soin ; le transfert/contre-transfert » ; « les techniques de soins à visées psychothérapeutiques par l'infirmier » (Annexe 1 de la note de cadrage DGS-SD6C/DHOS-P2 no 234 du 8 juillet 2004 relative au cahier des charges de la formation « consolidation des savoirs », 2004).

C'est une formation qui se veut par ailleurs professionnalisante en ce qu'elle vise à « favoriser une logique de transmission des savoirs entre générations de professionnels (privilégier comme intervenants des professionnels ou des formateurs ayant parallèlement une pratique professionnelle pour la mise en œuvre de la formation). » Comme le souligne Wittorski, au-delà de former

aux outils, techniques... nécessaires pour agir dans l'exercice ordinaire du métier, [...] cette transmission se réalise en référence aux conduites professionnelles jugées légitimes par le groupe professionnel. Une formation professionnalisante a donc pour enjeu la construction identitaire, le rapport au métier en lien avec l'identité collective. Elle nécessite la constitution préalable ou simultanée d'un groupe professionnel capable de tenir un discours sur les « bonnes pratiques. (Wittorski, 2015, p. 38)

L'incitation à avoir recours à des professionnels expérimentés, capables de formaliser et de transmettre leurs savoirs et leurs pratiques, tendrait à reconnaître et (re)légitimer (finalement) les pratiques des infirmiers en psychiatrie et à intégrer la construction identitaire dans cette formation.

Le tutorat : un dispositif d'intégration et de professionnalisation

Le second pilier du dispositif est le tutorat, comme nous l'avons évoqué précédemment. La proposition de cahier des charges pour la formation des tuteurs (Annexe 2 de la circulaire DHOS/P2/O2DGS/6C no 2006-21 du 16 janvier 2006 relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie, 2006) et l'exemple de modalités de mise en place du tutorat (Annexe 3 de la circulaire DHOS/P2/O2DGS/6C no 2006-21 du 16 janvier 2006 relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie, 2006) invitent les établissements à mettre en place de véritables dispositifs d'intégration et de professionnalisation, en situation de travail. Dans cette sous-partie, nous analyserons les contenus de ces deux annexes.

Acteur de l'intégration du nouvel infirmier (l'intégration entendue comme se produisant « dans la phase d'entrée dans l'organisation » (Guerfel-Henda et al., 2012, p. 58)), il participe à l'« organisation de l'accueil des nouveaux arrivants ».

Il est aussi, et cela apparaît à plusieurs reprises, un tuteur de proximité. Son action est envisagée à l'échelle d'un service : « organisation du tutorat entre le tuteur, le cadre de santé et le médecin chef de service » dans lequel le tuteur apparaît comme facilement accessible « Accompagner l'infirmier en étant disponible à ses questions [...] ». Cette proximité doit favoriser l'analyse des situations vécues : « Le tutorat devra s'exercer en proximité de façon à ce que le tuteur et la personne tutorée puissent analyser ensemble des

situations vécues dans un environnement identique ». Cette dernière phrase fait écho à Barbier qui pose cette proximité comme une des conditions de la survenue de « l'activité de formalisation, de mise à distance, de mise en représentation des actes de travail et des processus plus larges dans lesquels ils s'inscrivent » (Barbier, 1996, p. 13) lorsqu'il dit que :

Pour que ces échanges et communications caractéristiques de la fonction tutorale puissent survenir sur l'acte de travail ou sur le procès de travail, elles supposent entre tuteur et tutoré une proximité d'engagement dans la situation de travail, ce qui donne aux tuteurs de proximité et aux tuteurs opérationnels un rôle essentiel dans la fonction tutorale. (Barbier, 1996, p. 13)

Au-delà, pour Barbier, un vécu commun, dans la proximité, va permettre à des phénomènes d'identification mutuels d'advenir :

l'espace du tutorat se caractérise [...] par le fait que le tuteur et le tutoré se trouvent dans la même situation, en l'occurrence la situation de travail, même s'ils n'ont pas le même statut dans cette situation, ce qui au contraire va enrichir et renforcer considérablement les phénomènes d'identification, d'ailleurs dans un sens réciproque (Barbier, 1996, p. 13).

Ce vécu commun va permettre ainsi la création d'une relation spéciale : « Ceci donne aux relations tuteur-tutoré une charge affective qui leur est propre et qui constitue probablement une composante essentielle du tutorat » (Barbier, 1996, p. 13). Cette relation donne « aux tuteurs un rôle majeur dans l'intégration des tutorés aux collectifs de travail et aux organisations ; elles permettent aussi plus largement l'adoption par ceux-ci, des règles, des attitudes et des valeurs des groupes dans les activités desquelles ils se trouvent engagés » (Barbier, 1996, p. 13).

Le tuteur apparaît également comme un ingénieur pédagogique, capable de concevoir et d'implémenter un dispositif de professionnalisation en situation : « Transmettre les bonnes pratiques (pédagogie d'adultes) : identifier des cas cliniques révélateurs de l'activité ; évaluer les acquis du tutoré en situation de travail avec des outils adaptés ; apprendre à superviser le travail du tutoré : analyse réflexive ; évaluer la démarche d'apprentissage : méthodes, outils ; Organiser concrètement l'accompagnement des formés sur le terrain. » Cette fonction du tuteur fait écho à l'une des spécificités du tutorat identifiée par Barbier comme « l'organisation de situations et de parcours de travail formatifs » (Barbier, 1996). Pour lui :

la fonction tutorale consistera donc fréquemment en une organisation de situations et de parcours permettant de maximiser la production de compétences. Ces parcours sont conçus et mis en œuvre par les tuteurs souvent à partir de leur propre expérience, de leur place dans l'organisation, des interactions qu'ils entretiennent avec le tutoré. (Barbier, 1996, p. 14).

Le tuteur apparaît également comme l'animateur de moments d'analyse de situations et de la pratique réflexive : « Analyser avec l'infirmier des situations cliniques rencontrées dans le service sous la forme d'échanges de pratiques ; apprendre à superviser le travail du tutoré : analyse réflexive » et celui qui permet l'articulation entre la théorie et la pratique : « Permettre de réaliser la liaison entre les situations vécues dans le service et les formations suivies (initiale et consolidation des savoirs). » Pour Barbier :

le tutorat fonctionne comme une mise à distance de la situation de travail. C'est la distinction qui est généralement faite entre la notion d'immersion qui peut être une situation de simple « transmission du travail » (Delbos et Jorion) et la notion de tutorat proprement dite qui suppose

une activité de formalisation, de mise à distance, de mise en représentation des actes de travail et des processus plus larges dans lesquels ils s'inscrivent » (Barbier, 1996, p. 12).

Cela suppose que le tuteur soit lui-même devenu un « praticien réflexif »¹⁹ capable de formaliser son savoir. La formation de tuteur prévoit de le former notamment à : « Formaliser les bonnes pratiques de soins » et « définir les compétences à mobiliser ».

Enfin, le succès du tutorat ne peut reposer sur les épaules du seul tuteur. Il est donc également préconisé d'impliquer les acteurs à tous les niveaux de l'établissement « direction d'établissement, représentants du personnel, cadres de santé, chefs de service... » et « l'équipe pluridisciplinaire » qui doit se mobiliser dans l'accompagnement du nouveau afin « d'éviter une individualisation de la transmission de savoirs en psychiatrie », par l'apport de points de vue, expertises, vécus, autres que celui du tuteur, et ce, dans le cadre de temps de réunions de partage de pratiques.

Nous retiendrons que le tutorat préconisé ici est donc un tutorat de socialisation organisationnelle favorisant l'acquisition de savoirs et savoir-faire « techniques » mais aussi de compétences sociales. Les activités pédagogiques du tuteur vont de la conception et de l'animation de parcours formatifs, à l'accompagnement de l'analyse des pratiques professionnelles.

En somme, les recommandations de la circulaire et le PPSM 2005-2008 posent les bases d'un cadre commun de professionnalisation des infirmiers nouveaux en psychiatrie, ambitieux dans ses objectifs, mais limités, nous semble-t-il dans les moyens envisagés pour sa mise en œuvre. La formation de consolidation des savoirs préconisée s'étend sur 15 jours, soit 105 heures alors que, même si les exercices ne sont pas strictement comparables, la formation de l'infirmier puériculteur s'effectue en 1500 heures (Arrêté du 21 octobre 1996 modifiant l'arrêté du 12 décembre 1990 modifié relatif à la scolarité, au diplôme d'Etat de puéricultrice et au fonctionnement des écoles, 1996), celle de l'IADE (infirmier anesthésiste) en deux ans (Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste, 2012) et celle de l'IBODE (infirmier de bloc opératoire) en deux ans désormais, depuis la réingénierie du diplôme réalisée en avril 2022 (Arrêté du 27 avril 2022 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire, 2022). Enfin, la durée de formation du tuteur à ses multiples fonctions, 3 jours, apparaît bien légère...

Plusieurs questions se posent alors. Dans quelle mesure ces préconisations ont-elles été adoptées par les acteurs de la formation, organismes de formation et établissements de santé ? Quelles adaptations ont été réalisées ? Dans le contexte de manque d'effectifs et de temps pour l'accompagnement des étudiants infirmiers et la relation avec les patients, ce dispositif de formation et tutorat peut-il être véritablement implémenté ?

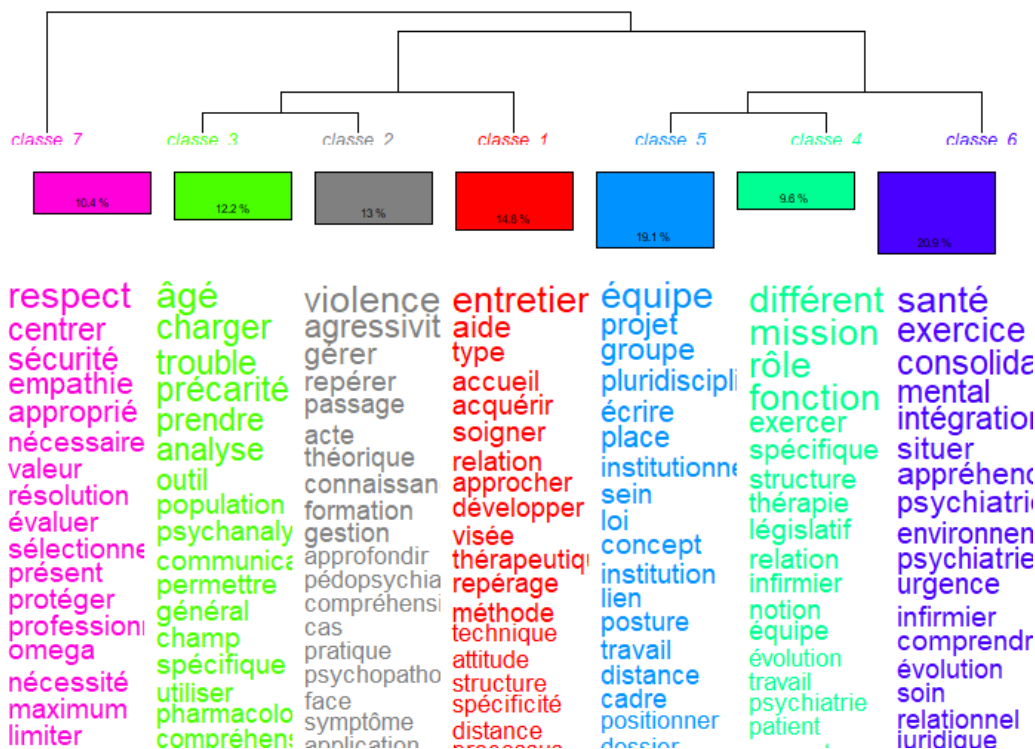
1.2.1.2 La consolidation des savoirs : des thématiques de formation conformes au cahier des charges de la DHOS, poids de la gestion de la violence, durées variées et implémentation aléatoire

¹⁹ Nous faisons ici référence au titre du livre de D. Schön (1993), *Le praticien réflexif. A la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*.

Afin de nous faire une idée plus claire des contenus et volumes de formation proposés dans la formation « Consolidation des savoirs en psychiatrie », de leurs points communs et variations, et de les comparer avec le cahier des charges de la DHOS, nous avons examiné les programmes 2019 et 2020 de « Consolidation des savoirs » de neuf organismes de formation privés et référencés par la revue Santé mentale : le GRIEPS (GRIEPS Formation Conseil Santé, s.d.), Formavenir Performance (Formavenir Performances, s.d.), l'INFIPP (INFIPP, s.d.), INFOR Santé (INFOR Santé, s.d.), Anaxis Santé (Anaxis Santé, s.d.), Afar (Afar, s.d.), AGFOR Santé (AGFOR Santé, s.d.), l'Institut Régional Jean Bergeret (Institut Régional Jean Bergeret, s.d.), le CNEH (Centre National de l'Expertise Hospitalière, 2016), ainsi que les programmes proposés dans cinq établissements : le GHU Paris Psychiatrie Neurosciences (GHU Paris Psychiatrie Neurosciences, s.d.), le Groupe Hospitalier Paul Guiraud en partenariat avec l'école Montsouris et l'Université Paris-Est-Créteil (Université Paris-Est Créteil Val de Marne, s.d.), l'EPSM Lille Métropole (de Miribel, 2017), le Centre Hospitalier Saint Cyr au Mont d'Or (Lanquetin, communication personnelle, 2015) et l'APHM (Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille). Le tableau synthétique des programmes de formation est disponible dans le tome des annexes en page 3. Nous avons eu recours à une analyse lexicométrique, réalisée avec Iramuteq qui nous a permis de dégager les grands thèmes de formation, puis une analyse de contenus pour identifier les principales différences.

Quatre grandes thématiques conformes au cahier des charges de la DHOS

Nous avons dans un premier temps dégagé les principales thématiques à l'aide d'une analyse lexicométrique. Celle-ci nous a permis de faire apparaître quatre grandes thématiques de formation présentes dans les différents programmes : le rôle de l'infirmier, la gestion et prévention de la violence et de l'agressivité, les outils et méthodes de soin s'appuyant sur la relation, le soin aux populations spécifiques. Ci-dessous est représenté le dendrogramme des sept classes issues de la CHD :



Le rôle de l'infirmier en psychiatrie et santé mentale

Le premier pôle thématique (classes 4,5,6) par le poids, il représente 50% du corpus, porte sur le rôle de l'infirmier en psychiatrie. Les formations à la consolidation des savoirs proposent ainsi des contenus en relation avec l'environnement institutionnel et juridique de l'infirmier en psychiatrie, comme en témoignent les lexèmes « environnement, contexte, juridique, loi, législatif ... » complété par le rôle de l'infirmier dans l'institution et dans l'équipe : « équipe, place, posture, institution, mission... ». Cette thématique fait écho aux modules 1 et 4 du cahier des charges de la DHOS : « Premier module : Sciences humaines et santé publique. Santé mentale - handicap psychique (rappels). Santé mentale, psychiatrie, législations (rappels) ; « Quatrième module : Le soin infirmier en psychiatrie : fonction thérapeutique des dispositifs de soins - équipe pluriprofessionnelle sous l'autorité du chef de service » (DHOS, 2006).

La gestion et la prévention de la violence

La classe 2 (13%) fait par ailleurs référence à la gestion de la violence avec les lexèmes : « gérer, gestion, repérer, agressivité, passage, acte etc. ». Mais ce n'est pas la seule. Une autre classe, la classe 7 (10,7%), renvoie à la formation « Prévention de la violence » aussi appelée Omega : « Omega, respect, sécurité, empathie, professionnalisme. » Ces lexèmes correspondent aux valeurs clés de cette formation.

Les outils et méthodes de soin s'appuyant sur la relation

La classe 1, qui représente 14,8% du corpus et y tient ainsi une place moins importante que les thématiques précédentes a principalement trait aux outils et méthodes de soin, s'appuyant sur la relation et représente comme le montre les lexèmes suivants : « entretien, accueil, aide, relation, méthode, technique, repérage, visée, thérapeutique, soigner ». Elle renvoie au deuxième module du programme préconisé par la DHOS : « Formation à l'accueil ; La relation (entretien d'aide etc.) ; Les outils de soins ».

L'accompagnement de populations dites « spécifiques »

La classe 3, qui représente 12,2% du corpus, avec les lexèmes « âgé, précarité, population, champ, spécifique » met par ailleurs en évidence la formation des infirmiers au travail auprès des populations dites « spécifiques ». Cette thématique fait écho à une partie du module 3 du cahier des charges de la DHOS : « Troisième module : Populations spécifiques ».

Elle manifeste par ailleurs l'extension du champ de la psychiatrie à celui de la santé mentale amorcé dès les années 80 et souligné par le rapport De la Psychiatrie vers la Santé Mentale des docteurs É. Piel et J-L.Roelandt publié en 2001 (Piel & Roelandt, 2001). Pour Alain Ehrenberg, citant Michel Foucault c'est un nouveau « jardin des espèces » (Ehrenberg, 2004, p. 77) qui est sorti de terre. Il ne s'agit plus seulement de soigner la schizophrénie et autres psychoses mais aussi :

dépression, stress posttraumatismes, abus sexuels, troubles obsessionnels compulsifs (TOC), attaques de panique, consommations massives de médicaments psychotropes et de drogues multiples (y compris dans le monde du travail), addictions s'investissant dans les objets les plus divers (le jeu, le sexe, la consommation), anxiété généralisée (le fait d'être en permanence angoissé), impulsions suicidaires et violentes (particulièrement chez les adolescents et les jeunes adultes), syndromes de fatigue chronique, « pathologies de l'exclusion », souffrances « psychosociales », conduites à risques, psychopathies, etc. (Ehrenberg, 2004, p. 77)

Cette extension a pour conséquence la « psychiatisation » de problèmes sociaux selon lui : « Les problèmes de santé mentale ne sont plus seulement des problèmes spécialisés de psychiatrie et de psychologie clinique ; ils relèvent également de problèmes généraux de la vie sociale qu'ils traversent de part en part » (Ehrenberg, 2016).

Cette analyse lexicométrique met ainsi en exergue des thématiques de formation présentes dans les recommandations de la DHOS et les poids différents de chacune d'entre elle, dans les descriptions des programmes de formation. Bien que ces « poids » soient à prendre avec précaution, il nous semble que le temps accordé à la prévention et à la gestion de la violence n'est pas des moindres, en comparaison notamment avec les outils et méthodes de soins s'appuyant sur la relation et l'accompagnement de populations dites « spécifiques ».

Importance de la part la formation dédiée à la gestion de la violence ?

On constate que la plupart des établissements de santé examinés (Groupe Hospitalier Paul Guiraud, EPSM Lille Métropole, CH Saint Cyr au Mont d'or et le GHU Paris Psychiatrie Neurosciences²⁰) proposent dans leur « package » de formation à destination des infirmiers nouveaux en psychiatrie, une formation à la gestion de la violence d'une durée de 4 à 5 jours. Ces formations, « Omega » ou « APIC » (Approche préventive et intervention contrôlée) visent le développement d'une compétence de protection mutuelle du soignant et du patient, dans des situations de crise (agressivité, violence du patient) : « assurer la sécurité du personnel, sans négliger celle des usagers » (Boyer, Guay et Goncalves, 2014, p. 11). Les objectifs détaillés insistent sur cette finalité : « identifier les éléments à risque présents dans son milieu de travail ; choisir et de prendre les dispositions de protection physique appropriées à la situation ; sélectionner et appliquer le mode d'intervention verbale/psychologique le plus approprié à l'agressivité exprimée ; appliquer des techniques simples d'esquive et d'immobilisation » (Omega de base, s.d.). La première, créée en 1997 au Québec et « débarquée » en France à l'EPSM Lille Métropole en 2005, dans le contexte du « Drame de Pau »²¹, apparaît comme un « incontournable » de la formation des infirmiers nouveaux en psychiatrie.

Cette formation « pèse » dans certains dispositifs de formation puisqu'elle représente environ un quart du parcours recommandé par le GHU Paris Psychiatrie Neurosciences et un cinquième de la formation totale proposée par le Groupe Hospitalier Paul Guiraud et l'EPSM Lille Métropole. Et, comme nous l'avons vu précédemment avec l'analyse lexicométrique, la référence aux contenus en lien avec la prévention et la gestion de la violence, semble peser dans les programmes de formation. Le cahier des charges de la DHOS fait certes référence, dans son quatrième module à une « formation gestion de l'agressivité/la violence : la crise » cependant, cette dernière y est présentée comme une technique de soin parmi d'autres, donnant l'impression qu'une importance limitée lui est accordée (DHOS, 2006).

²⁰ Nous ne disposons pas de cette information pour l'APHM, cependant, cette formation apparaît dans son plan de formation.

²¹ En 2004, à l'hôpital psychiatrique de Pau, une aide-soignante et une infirmière ont été tuées dans un bâtiment de l'hôpital psychiatrique par un patient souffrant de schizophrénie paranoïde.

La place faite à la gestion de la violence dans la formation des IDE en psychiatrie fait cependant écho aux recommandations de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) :

Recommandation n°62 : Mettre en œuvre des formations spécifiques à destination des nouvelles recrues, toutes catégories professionnelles confondues, pour apprendre à prévenir et à gérer les situations d'agressivité ; Recommandation n°63 : Développer, dans le cadre de la formation continue, des stages sur les procédures de sécurité, sur la prévention des incidents et la conduite à tenir lorsqu'ils surviennent et proposer des entraînements physiques réguliers au contrôle des agressions à l'ensemble des personnels (par exemple des exercices de mise en situation par le biais d'activités sportives...). (Lalande & Lepine, 2011, p. 110)

Elle résonne également avec le « kit » de prévention et de gestion de la violence proposé par l'HAS en 2016 composé « d'un guide méthodologique présentant les étapes de la prise en charge (prévention initiale, secondaire et tertiaire), 15 programmes (de formation) d'amélioration des pratiques ; 14 outils pour l'amélioration des pratiques, 1 rapport bibliographique » (HAS, 2016).

Si, en 2000, Richard Rechtman, estimait que : « Pour la psychiatrie contemporaine, il ne s'agit plus tant de protéger la société contre les dangers de la folie, que de protéger les « fous » contre les dangers de la société » (Rechtman, 2000, p. 57), le développement de l'« arsenal défensif » précédemment décrit marquerait-il un changement de paradigme dans lequel les soignants seraient passés de protecteur du patient à potentielles victimes de celui-ci ? Pour Dominique Friard, infirmier de secteur psychiatrique, depuis le « Drame de Pau » en 2004, « il ne s'agit plus de protéger les patients de leur violence par des entretiens, des activités et une réflexion clinique acérée mais de se protéger de leurs passages à l'acte » (Friard, 2017, p. 12). Friard, dénonce ici la perte d'un savoir-faire clinique ou tout au moins l'absence de son utilisation, qui conduit au renforcement d'un besoin de protection contre le patient.

Une offre de formation comprise entre 8 et 35 jours

Par ailleurs, la plupart des organismes de formation et des établissements de santé se sont émancipés du cadre du cahier des charges ces dernières années, en proposant des formations aux durées inférieures à 15 jours. C'est le cas des organismes de formation Formavenir Performances et AGFOR Santé et de l'APHM, lesquels proposent des formations de 8 jours. C'est également celui de l'INFIPP, qui offre 11 jours de formation, du GRIEPS et de l'Institut Régional Jean Bergeret, ces derniers affichant des formations de 12 jours.

Trois organismes, INFOR Santé, Anaxis Santé, Afar proposent encore des formations de 15 jours et parmi les établissements, le GHU Paris Psychiatrie Neurosciences offre 15 jours de formation à ses infirmiers nouveaux en psychiatrie et le Groupe Hospitalier Paul Guiraud et l'EPSM Lille Métropole, 20 jours (nous incluons, pour les établissements, la formation à la prévention et gestion de la violence).

Autre fait notable, tous les établissements de l'ancienne région Rhône-Alpes, soit 46

établissements alors (Lanquetin, communication personnelle, 2015²²), ont pu bénéficier de la prolongation du financement de la formation Consolidation des savoirs jusqu'en 2016, comme le souligne le Docteur Ynesta, de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes à l'occasion de la 4^{ème} journée régionale du tutorat en psychiatrie, le 15 décembre 2016²³ (Ynesta, 2016, p. 8), alors qu'il cessait à l'issue du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008, dans le reste de la France. Ainsi, certains établissements ont mis à profit cette aide afin de proposer une consolidation des savoirs plus dense. Au Centre Hospitalier Saint Cyr au Mont d'Or par exemple, un parcours de 35 jours est proposé aux infirmiers et éducateurs de l'établissement, à réaliser durant les deux ans suivant l'entrée dans l'établissement : « Pour les infirmiers et éducateurs, un parcours de 35 jours de formation (245 heures) est mis en place. Ce parcours est financé à hauteur de 15 jours par l'ARS Rhône-Alpes et pour 20 jours par le CH St Cyr » (Lanquetin, communication personnelle, 2015).

Notons enfin que l'EPSM Lille Métropole prévoit, en plus de la formation de 20 jours à suivre dans les 6 mois suivant l'entrée dans l'établissement, 19 jours de formation à suivre dans les 5 années suivant l'intégration.

Les documents ainsi examinés montrent qu'un infirmier nouveau en psychiatrie, dans un établissement disposant d'un dispositif de professionnalisation complémentaire, aura la possibilité de bénéficier d'une formation de consolidation des savoirs pouvant aller de 8 à 35 jours, soit du simple au quadruple. Cette analyse est bien entendu limitée du fait d'un échantillon réduit mais aussi du fait qu'elle ne prend pas en compte les formations hors dispositif de consolidation des savoirs dont les infirmiers nouveaux en psychiatrie pourraient cependant bénéficier dans le cadre du plan de formation continue.

Une implémentation aléatoire

Plusieurs obstacles se dressent à l'implémentation de la formation à la consolidation des savoirs. Tout d'abord, celle-ci n'est pas obligatoire. Comme le rappelle le GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, dans le cadre de son « Parcours recommandé pour les infirmiers nouvellement recrutés en psychiatrie » figurant dans son plan de formation 2020 : « Les infirmiers diplômés découvrant le secteur psychiatrique sont invités durant leurs deux premières années d'exercice professionnel à suivre un cycle de formation modulaire. Cette formation s'inscrit autour de 5 modules pour les infirmiers » (GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, communication personnelle, 2020).

Ensuite, il n'est pas toujours possible, en raison du manque d'effectifs, de « libérer » les infirmiers, pour le suivi de cette formation. C'est ce que nous avons constaté lors d'échanges informels avec des infirmiers nouvellement recrutés par le Groupe Hospitalier Paul Guiraud. Par ailleurs, la réduction du nombre de jours de formation constatée, ses six dernières années,

²² A l'occasion de la Journée de recherche organisée par le Groupe Hospitalier Paul Guiraud sur le tutorat des infirmiers en psychiatrie, le 6 novembre 2015, J.-P. Lanquetin a réalisé une présentation étayée par un support powerpoint intitulé « Transmettre son savoir en psychiatrie par le tutorat avec des seniors pairs », non accessible en ligne.

²³ Cette journée a été organisée par le Centre Hospitalier de Saint Cyr au Mont d'Or en collaboration avec le Centre Ressources Métiers et Compétences et le soutien de l'Agence Régionale de Santé Auvergne Rhône-Alpes.

dans des organismes comme le GRIEPS (passage de 15 à 12 jours dont 3 en e-learning) et l'INFIPP (passage de 18 à 11 jours dont 1 en e-learning) semble attester d'une adaptation à cette difficulté des établissements. Comme le souligne Christophe Lety, responsable de formation au CH de la Chartreuse, dans son témoignage sur le site du GRIEPS :

Cette formation était devenue compliquée à mettre en œuvre dans un contexte institutionnel où un fort renouvellement infirmier se concentrait sur les unités intra. Comment absorber ces absences de 5 x 3 jours de formations qui concernent parfois 3 agents d'un même service tout en conservant des contenus de qualité ? (Lety, 2015)

Le recours à l'e-learning semble avoir facilité pour cet établissement, la mise en place de la formation à la consolidation des savoirs.

En synthèse, nous retrouvons dans les programmes de consolidation des savoirs examinés des thématiques prenant en compte les spécificités de la psychiatrie et ses évolutions en écho au cahier des charges de la DGOS. Nous notons également l'existence d'offres de formation variées en termes de contenus et de durées ainsi que le poids de la formation à la prévention et gestion de la violence. Enfin, nous retenons le caractère aléatoire de cette formation en lien avec son caractère non obligatoire et les difficultés d'intégration dans les plannings de travail. Nous en tirons la conclusion d'une inégalité de formation des infirmiers nouveaux en psychiatrie. Nous sommes conscients néanmoins du caractère limité de cette analyse, réalisée sur un échantillon réduit et ne prenant pas en compte les plans de formation continue des établissements.

1.2.1.3 Des tutorats variés et aléatoires

Le rapport d'évaluation du *Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015* constate l'existence de dispositifs additionnels de professionnalisation au sein des établissements, sous la forme de formations et/ou de tutorats (Haut Conseil de Santé Publique, 2016, pp. 104-105) et il en décrit succinctement quelques-uns. Afin d'étayer ce constat, nous avons collecté différents documents qui nous ont permis de nous faire une idée plus claire des dispositifs proposés par les établissements psychiatriques de différentes régions de France. Nous avons recueilli et analysé tout d'abord, des informations concernant les dispositifs de tutorat de 22 établissements à partir de sources variées rédigées entre 2015 et 2020. Ces sources sont de six sortes : des présentations de dispositifs réalisées par des établissements dans le cadre de rencontres publiques, des livrets d'accueil et d'intégration du personnel soignant, un document de définition du tutorat issu d'un groupe de travail, les actes d'une journée dédiée au tutorat, une thèse de doctorat et des articles. Notons par ailleurs que ces sources concernent majoritairement la région Auvergne-Rhône-Alpes. Le tableau descriptif de ces sources est disponible dans les annexes, page 4.

Nous avons identifié, dans ce matériau : deux types de tutorat, l'un, « d'intégration des savoirs » (Nicolas, 2016a), l'autre, de socialisation organisationnelle ; des modalités d'accompagnement allant du « simple » moment d'analyse réflexive au parcours apprenant ; des tutorats plus ou moins denses, d'une dizaine d'heures à une centaine ; des profils de tuteurs variés, du tuteur occasionnel à l'expert clinique.

Entre tutorat « d'intégration des savoirs » et de socialisation organisationnelle

On distingue, dans les dispositifs rencontrés deux principales conceptions du tutorat : un tutorat « d'intégration des savoirs » et un tutorat de socialisation organisationnelle.

Un tutorat « d'intégration des savoirs »

Nous avons ainsi identifié un tutorat « d'intégration des savoirs » (Nicolas, 2016a) focalisé sur la mise en relation des savoirs théoriques avec les situations de soin à travers un accompagnement réflexif : « Le tutorat vise une transmission de savoir-faire et savoir-être dans un travail de prise de distance, de compréhension de ce qui se joue dans la relation de soin » (Nicolas, 2016a, p. 3).

Cette focalisation apparaît d'autant plus clairement du fait que le tutorat « d'intégration des savoirs » n'intègre, ni l'accueil, ni l'accompagnement dans l'appropriation de l'environnement du poste, travail des pairs et du cadre du service : « Ce dispositif n'est pas de l'adaptation à l'emploi (organisation de l'unité, apprentissage des logiciels). Ce travail d'adaptation à l'emploi doit être réalisé au sein de l'unité par les pairs et l'encadrement dans une démarche [...] de compagnonnage. Le tuteur ne doit pas exercer dans la même unité. (Nicolas, 2016a, p. 6). Et J.-P. Lanquetin, de « renchérir » :

Un point aujourd'hui largement acquis est la différence entre accueil et adaptation au poste et le temps tuteur. Ce sont deux temps différents dans le parcours professionnel. La prise de poste consiste en une découverte de son environnement de travail, de sa responsabilité professionnelle et d'un certain nombre de savoirs procéduraux. Ensuite, une fois que l'on est familiarisé à minima avec cet environnement et ce positionnement de base, on peut aborder la question des contenus. (Lanquetin, 2016, p. 15)

Dans ce tutorat, que l'on retrouve principalement dans les établissements de la région Auvergne-Rhône-Alpes et au sein du GHU Paris Psychiatrie Neurosciences, les activités du tuteur sont tournées vers :

- l'accompagnement de la pratique réflexive du tuteur et l'aide à l'analyse des situations vécues. Au GHU Paris Psychiatrie Neurosciences, les objectifs du tuteur sont : « Permettre d'analyser des situations interpellantes de travail ; Analyser les pratiques professionnelles, susciter le questionnement et la réflexion autour de l'exercice en santé mentale / psychiatrie / pédopsychiatrie » (GHU Paris Psychiatrie Neurosciences, communication personnelle, 2018). Les membres du CRMC voient dans le tutorat le moyen de l'« accompagnement d'une pensée réflexive chez le professionnel tuteur » (Nicolas, 2016a).
- l'articulation entre formation théorique et pratique professionnelle : « Ce dispositif constitue une passerelle entre formation (initiale et consolidation des savoirs) et pratique professionnelle » (Nicolas, 2016a, p. 1) ; « Apprendre à transférer ses compétences dans des situations de soins nécessitant de mobiliser les savoirs et savoirs faire » (GHU Paris Psychiatrie Neurosciences, communication personnelle, 2018).
- l'apport d'éléments théoriques : « Le tuteur apporte la possibilité d'une mise à distance, d'une mise en perspective des situations en apportant des repères cliniques, théoriques » (Nicolas, 2016a, p. 2) ; « Solliciter les champs théoriques des pratiques professionnelles ». (GHT Paris Psychiatrie Neurosciences, communication personnelle, 2018)

Un tutorat de socialisation organisationnelle

Pour les autres établissements observés, nous avons choisi de parler de « tutorat de socialisation organisationnelle » du fait qu'est intégré, dans le dispositif, à la fois la transmission des connaissances sociales et celle des savoirs et savoir-faire « techniques » relevant du cœur de métier de la psychiatrie. Lacaze définit en effet la socialisation organisationnelle comme « le processus par lequel un individu acquiert les connaissances sociales et les compétences nécessaires pour assumer un rôle dans une organisation » (Lacaze, 2005, p 20).

Cela se traduit dans les dispositifs, par un spectre d'intervention plus large du tuteur, incluant, au-delà de l'accompagnement de la pratique réflexive, des activités comme l'accueil et l'intégration et l'accompagnement dans la découverte de l'environnement de travail. C'est le cas du dispositif tutoral de l'EPSM de Lille Métropole qui inclut :

- un temps d'accueil et d'intégration des nouveaux : « 35 heures de découverte du dispositif de soins du pôle d'affectation correspondant à l'accueil et à l'intégration des nouveaux professionnels non médicaux » (Bourgeois et al., communication personnelle, 7 décembre 2018).

- un temps de formation au métier : « 2 heures à 3 heures de face à face pédagogique avec le tuteur tous les 15 jours sur 42 semaines (soit 49 heures) ; 6 participations aux journées à thème de 7 heures chacune (soit 42 heures) ; 3 participations au minimum » (Bourgeois et al., communication personnelle, 7 décembre 2018).

- un temps de mise en relation avec l'environnement (secteur) organisé et accompagné par le tuteur, les « stages croisés » (de Miribel, 2020, p. 98).²⁴

Nous notons par ailleurs que J. de Miribel constatait une pratique de « doublage », qui consiste « pour le néo-professionnel à suivre le tuteur dans son quotidien et à l'observer travailler. Ce faisant, le tuteur élabore un apprentissage construit à partir d'un exemple en situation montré au néo-infirmier. Le lien avec l'activité soignante est ici étroit » (de Miribel, 2015, p. 294). Ainsi, à l'EPSM de Lille Métropole, le tutorat ne semble pas strictement focalisé sur la transmission exclusive d'un savoir psychiatrique, mais autorise l'intervention du tuteur dans des activités d'accompagnement de la découverte de l'environnement.

C'est aussi le cas du dispositif conçu avec le Groupe Hospitalier Paul Guiraud dans lequel le tuteur a pour mission d'« accompagner l'intégration dans le service » et plus précisément de « Présenter, avec le cadre, le service d'affectation avant la prise de fonction », de « Participer à l'entretien d'accueil du nouveau aux côtés du cadre » ; de « Présenter toutes les unités du secteur » (Groupe Hospitalier Paul Guiraud, communication personnelle 2014).

Enfin, la responsable du dispositif tutoral de l'ASM 13, dit de ce dernier qu'il peut aussi se concevoir « comme une appropriation du lieu de travail, des méthodes, des conceptions » (2017, p. 37).

²⁴ « Le tuteur organise un parcours pendant lequel le nouvel infirmier est amené à observer chaque unité de soins du secteur dans lequel il est affecté. [...]. L'objectif est ici de permettre au néo-infirmier de connaître l'ensemble des personnes et des structures de soins de son secteur d'exercice. En effet, s'il est généralement affecté à une unité de soins de manière permanente, les patients suivis sont amenés à passer d'une structure à une autre au cours de leur prise en charge, ceci en fonction de l'évolution de leur parcours de soins. De ce fait, le travail infirmier s'efforce de prévenir toute rupture entre les lieux de soins et d'assurer une « continuité » du parcours du patient » (de Miribel, 2020, p. 98).

Dans ces dispositifs, le tuteur est ainsi un tuteur de proximité comme, on le perçoit dans le dispositif du Groupe Hospitalier Paul Guiraud. C'est le cas aussi dans le dispositif de l'EPSM de Lille Métropole :

le DPT a été bâti autour de l'idée que l'intégration des nouveaux infirmiers doit favoriser le « partage » et même la « transmission des expériences » professionnelles, envisagés sous la forme d'un « tutorat de proximité », ce dernier impliquant l'analyse par « le tuteur et la personne tutorée [de] situations vécues dans un cadre identique le plus concrètement possible. (de Miribel, 2017, p. 147)

Entre moments d'analyse réflexive et parcours apprenants

Des entretiens individuels réflexifs comme socle commun du tutorat

Avant toute chose, la plupart des dispositifs observés le mentionne, la relation tuteur-tutoré est une relation de pair à pair : « Si l'objectif est de travailler sur la construction identitaire, le tuteur sera forcément un pair n'ayant aucune fonction hiérarchique » (Nicolas, 2016a, p. 3).

Dans ce cadre, les 22 dispositifs examinés proposent « sur le papier » aux IDE, nouveaux en psychiatrie, des entretiens individuels s'appuyant sur une démarche d'analyse des situations et des pratiques du nouvel infirmier. Dénommé, « tutorat individuel » par le CRMC, il se caractérise par « la rencontre régulière du tuteur et du nouvel arrivant autour d'un échange sur des problématiques cliniques, de comportement, mais aussi des enjeux institutionnels » (Nicolas, 2016a, p. 2). Dans les 16 établissements répondants à l'enquête du CRMC sur la mise en place du tutorat, « Le tutorat individuel reste le socle commun » (Nicolas, 2016b, p. 9). A l'EPSM 74, le tutorat consiste en « des entretiens, rencontres d'une durée de 2 heures entre le tuteur et le tutoré, qui obéissent au principe de confidentialité. Leur planification a été effectuée à l'avance » (EPSM 74, 2020, p. 36). L'EPSM Lille Métropole a inscrit dans son dispositif des « face à face pédagogiques avec le tuteur tous les 15 jours » (Bourgeois et al., communication personnelle, 7 décembre 2018). Enfin, le GHU Paris Psychiatrie Neurosciences évoque des « Temps de rencontre des binômes tutorés-tuteurs » (GHU Paris Psychiatrie Neurosciences, 2018).

Ces entretiens s'appuient sur l'analyse des situations vécues par le tutoré, et l'analyse de sa pratique, le tout étayé par des apports théoriques du tuteur. Ainsi, pour le CRMC, l'échange tuteur-tutoré « s'appuie sur les situations apportées par les professionnels en cours de tutorat, situations l'ayant interpellé, questionné ou au cours desquelles il se serait senti en difficulté. Le tuteur apporte la possibilité d'une mise à distance, d'une mise en perspective des situations en apportant des repères cliniques, théoriques » (Nicolas, 2016a, p. 5). Cette conception de la forme de l'échange tuteur-tutoré se retrouve à l'EPSM 74 : « Ce n'est pas une formation, mais plutôt un espace d'échange et d'analyse de situations cliniques qui vont permettre au tutoré la construction de compétences spécifiques à la psychiatrie. C'est un processus de mise en récit » (EPSM 74, communication personnelle, 2020, p. 36).

Parmi les objectifs assignés aux rencontres tuteur-tutoré au GHU Paris Psychiatrie Neurosciences, on trouve : « Permettre d'analyser des situations interpellantes de travail apportées par le tutoré » ; Analyser les pratiques professionnelles » ; « Solliciter les champs théoriques des pratiques professionnelles » (GHU Paris Psychiatrie Neurosciences,

communication personnelle, 2018).

Pour l'EPSM Lille Métropole, l'objectif du tutorat est « l'accompagnement individualisé du parcours professionnel de l'infirmier, par des rencontres en face à face pédagogique avec un tuteur, permettant la pratique réflexive, l'analyse de situations cliniques, les échanges de bonne pratique, la progression du savoir et des compétences en psychiatrie » (Bourgeois et al., communication personnelle, 7 décembre 2018).

A l'ASM13, V. Pfalzgraf, qui assure la coordination du tutorat pour les nouveaux salariés dit du dispositif de tutorat qu'« il fonctionne comme une analyse des pratiques, susceptible de faire émerger des réflexions issues d'une triangulation entre la formation intitulée « Consolidation des savoirs », l'expérience de terrain du professionnel et le tutorat dont il bénéficie » (2017, p. 37).

Par leur fonction de mise à distance, de description et d'analyse du vécu professionnel, par la relation de pair à pair dont l'un est plus expert que l'autre, ces entretiens, bien qu'individuels, s'apparentent aux moments d'analyse de pratiques de groupe décrits par M. Altet :

L'Analyse de pratiques permet, par une distanciation instrumentée, d'identifier la mise en œuvre de comportements, de compétences en actes, de comprendre le sens de l'action réalisée dans des situations professionnelles concrètes, à l'aide d'outils conceptuels d'analyse ; c'est une démarche de formation menée par des membres d'un groupe de pairs, qui réfléchissent sur leurs pratiques avec l'appui de professionnels, de formateurs experts de la pratique analysée. (Altet, 1996, p. 27)

Par ailleurs, dans ces entretiens, le tuteur, formateur chez M. Altet, tout comme dans certaines descriptions précédemment citées, facilite l'analyse par l'apport de grilles de lecture et des apports théoriques :

Le formateur [...] apporte des outils conceptuels d'analyse, des référents théoriques complémentaires pour aider à la compréhension des processus analysés et la problématisation. Ses apports sont des grilles de lecture des situations professionnelles vécues, des référents, des réflexions argumentées, des pistes à creuser, ce ne sont ni des recettes, ni des conseils. (Altet, 1996, p. 30)

Au-delà de ce socle commun, des différences notables distinguent les dispositifs tutoraux examinés. Ces différences s'expriment dans des conceptions du tutorat plus ou moins larges, entre tutorat d'intégration des savoirs et tutorat de socialisation organisationnelle, dans des dispositifs tutoraux plus ou moins « intenses », des dispositifs entre pédagogie expérientielle et transmissive et des profils de tuteurs variés.

Création de « bulles de réflexivité »

Certains établissements semblent viser par ailleurs, la création de « bulles de réflexivité », lesquelles doivent favoriser la pratique réflexive du tuteur et sa liberté de parole, grâce au cadre de confidentialité qu'elles procurent. La création de ces « bulles » seraient conditionnées à :

- une distance temporelle, qui conduit à faire démarrer le tutorat après un temps d'immersion dans le service, lequel aura dû permettre à l'IDE de se familiariser avec son environnement et

d'avoir un vécu à partir duquel « travailler » en tutorat. Ce sont les recommandations du CRMC : « 6 à 12 mois après la prise de poste. Cela semble une période nécessaire d'immersion pour pouvoir revenir sur sa pratique avec un peu de distance » (Nicolas, 2016a) mais aussi celles du GHT Paris Neurosciences Psychiatrie : « Une période de 6 mois d'exercice est préalable à l'inscription dans le dispositif » (GHT Paris Psychiatrie Neurosciences, 2018) et de l'EPSM Lille Métropole : « Sur ce point, il est rappelé que le DPT ne démarre que lorsque le nouvel infirmier dispose d'une expérience préalable en psychiatrie d'au moins six mois » (de Miribel, 2017, p. 298).

- à une distance situationnelle puisque le tuteur et le tutoré n'exercent pas dans le même service. En 2016, le CRMC fait le constat que dans les établissements psychiatriques répondants à son enquête : « La règle majoritaire est que le tuteur et le tutoré n'exercent pas dans la même unité » (Nicolas, 2016b, p. 9). Ce constat devient une exigence en 2018 dans le bilan du docteur Ynesta de l'ARS : « Tuteur et tutoré ne doivent pas appartenir à la même unité de soins » (Ynesta, communication personnelle, 7 décembre 2018).

- à l'extraction, ou tout au moins, l'éloignement physique du tutoré et du tuteur de leurs unités respectives, durant la séance : « le lieu où se déroulent les séances de tutorat doit être différencié des lieux d'exercice professionnels des tuteurs et tutorés. Un espace dédié apparaît comme favorable au bon déroulé de ce travail » afin de répondre à la nécessité de création « d'un espace de décontextualisation permettant une conceptualisation du soin » (Nicolas, 2016a). Cette condition n'est pas *sine qua non* dans les établissements du GHU Paris Psychiatrie Neurosciences qui évoque des rencontres sur les lieux d'exercice du tuteur et du tutoré, mais propose également des lieux plus « neutres » de rencontres : « 2ème Temps de rencontre organisé sur le lieu d'exercice professionnel de l'accompagné ou sur un lieu autre institutionnel (DDS, Bibliothèque, lieu d'exercice du tuteur). A convenir de gré à gré » (GHU Paris Psychiatrie Neurosciences, communication personnelle, 2018).

Ces « distances » doivent garantir liberté de parole du tutoré et la confidentialité des échanges : « Le tuteur ne doit pas exercer dans la même unité. L'exercice au sein de la même unité ne permet pas le même travail. La liberté de parole et la confidentialité ne sont pas les mêmes » (Nicolas, 2016a). L'EPSM 74 précise dans son livret d'accueil que « Quatre bureaux ont été identifiés pour permettre aux entretiens de tutorat de se dérouler dans les meilleures conditions possibles. Ils sont situés dans un environnement calme, à l'écart des unités de soins » (EPSM 74, communication personnelle, 2020, p. 36).

Ainsi, cette conception du tutorat est placée sous le signe de la distance : mise à distance des situations dans le cadre d'un travail réflexif, démarrage du tutorat à distance du moment de l'arrivée dans l'établissement, distance physique du tuteur et du tutoré, entretiens réalisés dans un lieu distant des lieux de travail...

Groupes réflexifs et journées thématiques

Nous relevons qu'au-delà des entretiens en face à face tuteur-tutoré, les établissements observés proposent des rencontres collectives, réunissant tuteurs et tutorés et éventuellement d'autres professionnels de l'établissement. Ces rencontres se font en comité plus ou moins restreints et visent des objectifs pédagogiques variés. Nous dégageons deux principaux types de rencontres collectives :

- des groupes réflexifs, réunissant tuteurs et tutorés, en comités restreints²⁵ autour d'une situation clinique ou problématique institutionnelle apportée par un tutoré ou bien une thématique préétablie (Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Etienne, communication personnelle, 2018). Les objectifs d'apprentissage pour les nouveaux infirmiers sont : « se positionner au sein du groupe, expérimenter la prise de parole en groupe autour de la clinique, exercer sa capacité réflexive sur d'autres situations cliniques, d'autres contextes institutionnels, développer l'identification aux pairs » (Nicolas, 2016a, p. 2). Ces groupes de réflexion, lorsqu'ils existent, sont appelés par les acteurs : « tutorat collectif » en région Auvergne-Rhône-Alpes par le Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Etienne et par le CRMC, « groupes d'analyse de pratiques » au Groupe Hospitalier Paul Guiraud, et supervision, « Pratique clinique qui consiste à accompagner des personnes ou des équipes pour mettre en paroles, analyser et faire évoluer leurs expériences professionnelles » (Allione, 2018), au GHT Paris Psychiatrie Neurosciences.

- des journées thématiques, en comité élargi réunissant tuteurs et tutorés soit une vingtaine de personnes à l'EPSM Lille Métropole (de Miribel, 2020, p. 100)²⁶, et « tous les tuteurs et tutorés » selon le CRMC (Nicolas, 2016a, p. 2) et possiblement, un intervenant appartenant ou non à l'établissement, spécialiste d'une thématique. Selon de Miribel, « chaque journée prend souvent la forme d'une approche « théorique » [...] plus ou moins interactive associée à des temps d'échanges et réflexion sur la base de ce que les nouveaux professionnels, mais aussi les animateurs de la journée (tuteurs ou intervenants invités), disent de leur expérience associée au thème traité » (de Miribel, 2020, p. 100). Pour le CRMC, ces « journées ou demi-journées thématiques » : sont « un temps réunissant tous les tuteurs et tutorés autour d'un thème sur une journée avec interventions et échanges sur thématiques. Ce dispositif favoriserait la notion d'appartenance à l'institution » (Nicolas, 2016a, p. 2).

Le CRMC constate que dans les établissements psychiatriques de la région Auvergne-Rhône-Alpes ayant répondu à l'enquête « plus de la moitié des établissements répondants associent un tutorat collectif à l'individuel » (Nicolas, 2016b, p. 9). En 2018, l'ARS invite fortement à intégrer cette modalité dans le dispositif tutoral : « le tutorat d'intégration doit combiner tutorat individuel et collectif » (Ynesta, communication personnelle, 7 décembre 2018).

Ainsi, deux types de dispositifs collectifs cohabitent d'après les documents examinés, l'un conçu comme un groupe de réflexion, apparenté à l'analyse des pratiques professionnelles, visant la production de « savoirs sur l'action » et de « savoirs pour l'action » (Wittorski, 2015, p. 35), l'autre, comme un dispositif plus transmissif, visant prioritairement l'acquisition de connaissances théoriques.

Des parcours d'intégration et de professionnalisation

Alors que la plupart des établissements examinés utilisent exclusivement l'approche réflexive et/ou transmissive, un établissement, le Groupe Hospitalier Paul Guiraud, s'est « attelé » à

²⁵ Une petite dizaine de personnes : 6 tutorés max + un ou deux tuteurs (CRMC, 2016) ; au Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Etienne, 3 tuteurs + 9 tutorés

²⁶ « Au cours de nos observations, nous avons relevé une participation des nouveaux infirmiers avoisinant généralement les 15 à 20 personnes. Le nombre de tuteurs présents est pour sa part plus variable, oscillant entre 3 et 10 personnes selon la journée observée » (de Miribel, 2020, p. 100).

l'élaboration de parcours d'intégration et de professionnalisation visant la mise en place de situations apprenantes et s'appuyant sur un outil d'évaluation créé à partir d'un référentiel de compétences.

La première « mouture », élaborée en 2011 sous forme de grille d'évaluation s'appelait « Coursus d'intégration des infirmier(es), » et devait permettre à tout nouvel IDE, à partir d'un « carnet de travail » de « faire le point sur les connaissances acquises » (Groupe Hospitalier Paul Guiraud, communication personnelle, 2011, p. 3). Ce carnet se composait de deux parties : la première listait les connaissances spécifiques à l'environnement « liste des connaissances et procédures du Groupe Hospitalier Paul Guiraud », la deuxième, « les actes, activités et techniques de soins » issus du référentiel infirmier de 2009 et correspondant à la pratique de l'IDE en psychiatrie. La deuxième mouture, élaborée entre 2013 et 2016, à laquelle nous avons contribué à la demande de la Direction des soins, se présente également sous la forme d'une grille d'évaluation et s'appuie, non plus sur le référentiel de 2009 mais sur les situations de soin en psychiatrie les plus significatives du travail au quotidien et les savoirs et savoir-faire mobilisés par les infirmiers, dans ces situations. Au-delà, le Guide des parcours d'intégration et de professionnalisation des IDE nouveaux en psychiatrie détaille les activités respectives du tuteur, des cadres, des professionnels de proximité et des tutorés durant l'année suivant l'arrivée du nouvel IDE.

Des tutorats plus ou moins denses, d'une dizaine d'heures à une centaine

Si l'on s'en tient strictement au tutorat de formation, tel que défini plus haut, l'EPSM Lille-Métropole, offre à ses nouveaux arrivants, sur une année, 91 heures d'accompagnement tutoral : « 2 heures à 3 heures de face à face pédagogique avec le tuteur tous les 15 jours sur 42 semaines (soit 49 heures) ; 6 participations aux journées à thème de 7 heures chacune (soit 42 heures) ; 3 participations au minimum ». A cela viennent s'ajouter les 35 heures consacrées à l'accueil et l'intégration, qui font « grimper » ce total à 126 heures (Bourgeois et al., communication personnelle, 7 décembre 2018).

Le CRMC recommande un dispositif d'une durée comprise entre 46 et 52 heures (temps maximal financé par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes), réparties également sur une année et comprenant : 12 séances de tutorat individuel d'1h30-2h soit un total de 18 à 24 heures et 4 séances de tutorat collectif de 7h soit 28 heures (Nicolas, 2016a).

Le Centre Hospitalier de Saint Etienne propose un dispositif sur un an : 8 à 10 séances par an 27 soit entre 12 et 20 heures et 3 séances en demi-journées (3h30 supposées) soit 10h30. Ainsi, le dispositif de cet établissement serait d'une durée comprise entre 22h30 et 30 heures (Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Etienne, 2018).

L'EPSM 74 indique dans son livret d'accueil qu'il propose sur une durée allant de 6 à 9 mois des entretiens individuels de 2 heures toutes les 3 à 4 semaines, ce qui représente une durée comprise entre 12 et 20 heures. « Ce sont des entretiens, rencontres d'une durée de 2 heures entre le tuteur et le tutoré, qui obéissent au principe de confidentialité [...]. Le tutorat [...] se

²⁷ La durée des séances n'étant pas précisée, nous leur appliquerons une durée comprise entre 1h30 et 2 heures, durée la plus fréquente dans les dispositifs rencontrés.

déroule à raison d'un entretien toutes les 3 à 4 semaines pendant 6 mois au minimum à 9 mois maximum, selon les besoins du tuteur » (EPSM 74, communication personnelle, 2020, p. 36).

Enfin, le GHU Paris Psychiatrie Neurosciences propose un tutorat sur 6 mois d'une durée de 15 heures, qui se compose de : trois séances individuelles de 2 heures chacune avec un tuteur soit 6 heures et de trois séances collectives de 3 heures soit 9 heures 15 heures de tutorat sont ainsi prévues pour les nouveaux arrivants (GHU Paris Psychiatrie Neurosciences, communication personnelle, 2018).

A l'ASM 13, « Le tutorat se développe au rythme d'une fois par mois, sur environ 12 mois. Il concerne à la fois les infirmiers, les ergothérapeutes et les AS » (2017, p. 37). Cela équivaut à une durée comprise entre 1h30 et 2 heures, soit une durée totale du tutorat allant de 18 à 24 heures en tout.²⁸

Le Groupe Hospitalier Paul Guiraud propose un dispositif d'une durée de 16 à 22 heures (si l'on s'en tient aux séances individuelles et collectives), à laquelle il convient d'ajouter le temps d'accompagnement dans l'intégration et au quotidien, qui n'est pas estimé.

Nous constatons ici la variabilité, en en termes de volumes, des dispositifs offerts par les établissements allant d'une dizaine d'heures à une centaine.

Du tuteur occasionnel à l'expert clinique

De l'infirmier tuteur à l'expert clinique « tuteur professionnel »²⁹ ?

Qui sont les tuteurs ? Qui sont les acteurs clés de cette démarche de professionnalisation des IDE, nouveaux en psychiatrie ?

Tout d'abord, le plus souvent, ce sont des infirmiers possédant une expérience que l'on peut situer autour de 5 ans : « de 5 ans minimum d'exercice professionnel en psychiatrie. » (Nicolas, 2016a, p. 7). Au Groupe Hospitalier Paul Guiraud, « au moins 4 ans de pratique professionnelle » est requise (Groupe Hospitalier Paul Guiraud, 2016, p. 13). A l'EPSM 74, « L'équipe de tuteurs se compose d'infirmier(e)s confirmé(e)s ayant plus de 5 ans d'expérience en psychiatrie » (EPSM 74, 2020).

A l'EPSM Lille Métropole, le tuteur est « un infirmier présentant un minimum de cinq années de pratique infirmière en psychiatrie et santé mentale à son actif » (de Miribel, 2017, p. 285). Le plus souvent, l'activité de tuteur vient « en plus », c'est-à-dire que les tuteurs travaillent à temps plein dans leur service et il revient à l'encadrement de leur libérer du temps pour mener à bien leur mission. Comme le souligne une infirmière du Centre Hospitalier du Vinatier, évoquant les tuteurs : « La plupart travaillent à temps plein dans leur service et accompagne un ou 2 jeunes collègues » (Tortonese, 2016, p. 37).

²⁸ La durée des séances n'étant pas précisée, nous leur appliquerons une durée comprise entre 1h30 et 2 heures, durée la plus fréquente dans les dispositifs rencontrés.

²⁹ Expression empruntée à Michèle Tortonèse, tutrice infirmière au Centre Hospitalier Le Vinatier (Tortonèse, 2016, p. 45).

Dans un contexte où il devient difficile pour les infirmiers en activité, de se rendre disponibles pour exercer une fonction de tuteur, où la reconnaissance de la fonction et son attractivité demeurent faibles et où la fidélisation des nouveaux IDE est un enjeu, apparaissent des infirmiers, qu'on pourrait qualifier de « tuteurs professionnels » par le temps qu'ils y consacrent (c'est leur activité première voire la seule) et/ou du fait d'une expertise clinique, issue de la formation et/ou de l'expérience et légitimée par l'établissement (inscription de l'activité tutorale dans la fiche de poste).

Nous avons tout d'abord l'exemple d'un infirmier en activité pour lequel le tutorat est devenu l'activité première quelques années avant le départ à la retraite, au Centre Hospitalier du Vinatier : « je suis à 60% infirmière tutrice, à la Direction des Soins. J'ai effectué 33 tutorats en 2015, plus de 100 depuis le début de ma fonction en 2011 » (Tortonese, 2016, p. 37). Le Centre hospitalier du Vinatier ou de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or font par ailleurs appel à des retraités : « Deux à trois sont nouveaux retraités et se voient confiés entre 5 et 20 tutorats. » (Nicolas, 2016a, p. 37) pour pallier le manque de tuteurs infirmiers disponibles : « C'est [...] parce qu'il n'y avait pas suffisamment d'anciens professionnels disponibles [...] qu'on a décidé de faire appel à des retraités [...], même si certains collègues, et c'est mon cas, se sont engagés dans cette démarche avant même de prendre leur retraite » (Anselme, 2016, p. 58).

Le CHSM de Nice a par ailleurs mis en place une nouvelle fonction d' infirmier expert clinique en psychiatrie (IECP), afin d'aider les nouveaux infirmiers à « approfondir la clinique, actualiser et renforcer les savoirs fondamentaux [...] pour au final, améliorer leurs prises en charge » (Henry, 2018, p. 32). A terme, le CHSM de Nice vise : « la mise en place d'une équipe identifiée, constituée à terme de cinq postes, en capacité d'explicitier le soin et de débriefer sur des situations complexes vécues dans les unités » (Henry, 2018, p. 33). L'IECP, cependant, est à distinguer de l'infirmier clinicien ou spécialiste clinique car « il n'a pas reçu de formation complémentaire » (Henry, 2018, p. 32). Dans cet exemple, un groupe d'infirmiers est « érigé » en groupe d'experts cliniques, sur la base de son expérience, avec une fonction d'accompagnement de tous les soignants, dont les infirmiers nouveaux en psychiatrie. Dans cet exemple, le tutorat, s'efface.

A côté de cela, apparaissent des infirmiers expérimentés, formés à la clinique, ayant une activité de tutorat mais, aussi, et surtout, comme dans l'exemple précédent, des activités d'expertise auprès des collègues soignants, comme « la prise en charge des situations complexes de soins » (Sperer, 2016, p. 42). La clinique des Vallées à Annemasse avait recours, en 2015-2016 à une infirmière clinicienne titulaire d'un Certificat de démarche clinique infirmière, laquelle indique qu'elle est « tuteur et une ressource pédagogique et clinique pour l'équipe » (Sperer, 2016, p. 42). Dans ces deux exemples, le rôle de tuteur tend à s'effacer derrière l'expert clinique, ressource pour les équipes, dans leur ensemble.

A l'heure actuelle, nous ignorons dans quelle mesure ces dernières formes de tutorat sont répandues. S'achemine-t-on vers le développement d'une « branche professionnelle », d'infirmiers experts cliniques ayant une fonction de tuteur ? A la question posée lors de la clôture de la 4ème journée régionale du tutorat en Auvergne-Rhône-Alpes de décembre 2016 : « Alors, quels tuteurs demain dans nos établissements ? » M. Nicolas, directeur des soins au CH de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or et membre du CRCM envisageait deux options : « Un infirmier clinicien [...] ou bien le tutorat comme pratique avancée ? », auquel cas l'infirmier

de pratiques avancées (IPA) aurait pour rôle « d’accompagner cliniquement les équipes et les individus, dans un souci de développement des compétences individuelles et collectives » (Nicolas, 2016b, pp. 47-48). Ainsi, le tuteur de demain sera-t-il « uniquement » un expert clinique, « tuteur professionnel » voire « formateur de terrain » ? Ce questionnement fait écho au constat de M. Paul sur l’évolution de la fonction du tuteur :

Le tuteur vient, ici comme ailleurs, remplacer le maître d’apprentissage et désigne un « formateur de terrain ». L’ancienne fonction s’en trouve remaniée puisque la dynamique de l’alternance relève de la personne en formation. Il en résulte une modification conséquente de la fonction qui a pour objet l’aide à la construction, par le stagiaire, du sens de son expérience en sollicitant sa réflexivité. (Paul, 2009, p. 99).

Des tuteurs plus ou moins formés

En ce qui concerne la formation des tuteurs, il semblerait qu’elle soit généralisée dans notre panel d’établissements, et d’une durée comprise entre 3 et 4 jours, pour tous. Au Groupe Hospitalier Paul Guiraud, une formation de 4 jours est prévue (Groupe Hospitalier Paul Guiraud, communication personnelle, 2016) et dans d’autres établissements de la région Auvergne-Rhône-Alpes : « La formation des tuteurs est généralisée. Notons au passage que le format trois jours est toujours d’actualité dans de nombreux établissements » (Nicolas, 2016b, p. 10). Dans cette région, la formation est financée à hauteur de 4 jours : « formation des tuteurs : 600 € max par jour pendant 4 jours » (Ynesta, communication personnelle, 7 décembre 2018). A l’EPSM Lille Métropole sont prévus « 4 jours de formation et d’échange de pratique avec ses pairs » (Bourgeois et al., communication personnelle, 7 décembre 2018).

Certains tuteurs cependant bénéficient d’un accompagnement complémentaire à la formation qui prend la forme de groupes d’analyse de pratiques ou de formations, dans les établissements de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Le docteur Ynesta de l’ARS Auvergne-Rhône-Alpes note qu’« en 2017, des tuteurs ont bénéficié de ce dispositif animé par un professionnel extérieur dans 3 établissements de santé (ES), 4 autres ES prévoient de le mettre en place en 2018 » (Ynesta, communication personnelle, 7 décembre 2018). Le Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Etienne propose un accompagnement de ce type : « Un accompagnement du dispositif par la formatrice tutorat est réalisé 2 demi-journées par an » (Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Etienne, communication personnelle, 7 décembre 2018). Par ailleurs, un financement de cet accompagnement était annoncé en décembre 2018 « pour les séances annuelles de regroupement des tuteurs sous forme « de formation ou d’analyses des pratiques du tutorat » : 4 heures 2 fois/an » (Ynesta, communication personnelle, 7 décembre 2018). Cet accompagnement, encadré par un professionnel extérieur, permet aux tuteurs de poursuivre leur professionnalisation.

Il est à distinguer des regroupements de tuteurs pour échanges de pratiques, informels, comme ceux que l’on trouve à l’EPSM Lille Métropole : « Ce temps consiste à organiser un groupe de travail trimestriel réunissant distinctement chaque groupe de tuteurs pendant une journée. Il s’agit d’un espace-temps qui leur est donné pour mettre en place une dynamique d’échanges de pratiques autour du tutorat. L’organisation de ces journées est faiblement prescrite et la définition de leurs contenus laissée à l’initiative des tutrices » (de Miribel, 2017, p. 297).

Ainsi, un infirmier nouveau en psychiatrie pourra être accompagné par différents « types » de

tuteurs : un infirmier tuteur « simple » formé à sa fonction durant 3 ou 4 jours, réalisant son accompagnement sur son temps de son travail, un infirmier « tuteur professionnel » dédiant la majeure partie, voire la totalité de son temps à cet accompagnement et formé de même que le précédent, ou encore un infirmier expert clinique « tuteur professionnel », formé spécifiquement à la clinique ou expert d'expérience, à disposition du tuteur mais aussi de l'ensemble des équipes et dont l'activité tutorale est inscrite dans la fiche de poste.

En conclusion, nous avons identifié **quelques points communs** dans les dispositifs examinés : l'établissement d'une relation de pair à pair, non hiérarchique, entre tuteur et tuteur ; la mise en place de séances d'analyse de pratique réflexive tuteur-tuteur ; une formation des tuteurs comprise entre 3 et 4 jours ; des tuteurs infirmiers possédant une expérience de 4-5 ans au minimum, travaillant à plein temps. Parmi **les variations les plus notables**, nous retiendrons :

- les deux conceptions du tutorat : un tutorat de d'intégration des savoirs » strict, au sens de transmission de savoirs liés exclusivement à la psychiatrie et un tutorat plus large, de socialisation organisationnelle, qui intègre aux activités du tuteur, au-delà de la transmission de savoirs propres à la psychiatrie, l'accompagnement du nouveau dans la découverte de l'environnement.
- des variations pédagogiques : l'adoption par certains établissements des voies de professionnalisation collectives sous forme d'analyse de pratiques/situations et ou de journées thématiques ; le choix d'un établissement d'ajouter un parcours formatif aux analyses de pratiques individuelles et groupales, s'appuyant sur un référentiel des compétences contextualisé
- des durée de tutorats allant d'une dizaine d'heures à une centaine
- des profils de tuteur variés, de l'infirmiers pour qui le tutorat est une activité occasionnelle, en plus de leur activité d'infirmier aux « tuteurs professionnels » disposant d'un temps dédié
- des établissements bénéficiant d'un financement régional et d'autres non : ceux de la région Auvergne-Rhône-Alpes, continuent de bénéficier d'un financement de leur dispositif, ce qui favorise à la fois la mobilisation et l'augmentation des durées d'accompagnement que ce soit dans le cadre de la consolidation des savoirs ou du tutorat.
- un tutorat entre recommandation et obligation

Cette analyse fait apparaître, certes, une opérationnalisation commune du tutorat, cependant elle met également en évidence des inégalités importantes ayant un impact direct sur la qualité de la professionnalisation des IDE. Un IDE nouveau en psychiatrie bénéficiant d'un accompagnement tutoral d'une centaine d'heures vivra peut-être son entrée dans la profession différemment d'un IDE tuteur une dizaine d'heures seulement.

On constate par ailleurs un certain nombre d'adaptations de la circulaire (DHOS/P2/O2DGS/6C no 2006-21 du 16 janvier 2006). Les dispositifs observés ont surtout retenu, de la circulaire, la pratique réflexive comme outil de professionnalisation. Le travail d'ingénierie de formation du tuteur préconisé, s'appuyant sur l'organisation de situations apprenantes, un référentiel de compétences, des outils et des moments d'évaluation en situations de travail n'ont pas été retenus dans la plupart des dispositifs observés exception faite du Groupe Hospitalier Paul Guiraud.

Ainsi, on voit que le tutorat repose essentiellement sur la relation tuteur-tuteur en lien avec

l'approche réflexive retenue et l'aspect confidentiel des échanges. Elle ne s'appuie apparemment, sur aucun référentiel et/ou outils communs, lesquels contribueraient pourtant, il nous semble, à la « sécurisation » et à l'harmonisation du tutorat. Le CRMC indiquait en 2016 que seuls « quelques établissements ont formalisé des outils (guide du tutorat, charte, évaluation d'acquisition de compétences...) mais cela ne constitue pas une majorité et pour certains établissements lorsqu'ils existent sont très peu utilisés » (Nicolas, 2016a, p. 10).

La voie de professionnalisation privilégiée, la plupart du temps, la pratique réflexive et l'analyse des situations, écarte par ailleurs l'apprentissage par imitation, et prive peut-être les nouveaux IDE d'une modalité qui semble satisfaisante pour certains :

Alors par exemple, les entretiens d'accueil, j'allais avec elle. Donc je voyais un petit peu comment telle infirmier faisait ses entretiens d'accueil. Après j'allais avec une autre, avec ma tutrice. J'allais voir un petit peu tout ce qui se passait, les entretiens ortho. [...] Et après j'avais un peu peur de faire mes premiers entretiens toute seule. Ça faisait très scolaire en fait. J'avais fait un repère de questions à pas oublier et elle venait avec moi m'aider, tout ça, donc moi j'ai trouvé ça super. Un tutorat comme ça, je sais que c'est pas tout le monde, tout le monde ne le pratique pas comme ça. Le tutorat, ils font beaucoup sous forme d'entretien avec les tuteurs et moi je l'ai fait plus en doublage » (IDE interviewée par de Miribel à l'EPSM Lille Métropole) (de Miribel, 2017, p. 295).

Par ailleurs, le tutorat de proximité recommandé par la circulaire n'a pas non plus été retenu la plupart du temps, par les établissements examinés (établissements de la région Auvergne-Rhône-Alpes et GHU Paris Psychiatrie Neurosciences). Aussi, comme nous l'avons vu, le tutorat se limite-t-il à généralement une rencontre mensuelle d'environ 2 heures. Qu'en est-il, du compagnonnage (Cedip, 2001, p. 1)³⁰ ? Si la professionnalisation des infirmiers nouveaux en psychiatrie se fait principalement au quotidien, auprès des collègues, comment ces « compagnons » réalisent-ils cet accompagnement ? Sont-ils eux-mêmes accompagnés, formés à cette mission ? Car pour que,

le compagnonnage participe pleinement au développement des compétences des agents, il doit suivre un processus bien défini. De même que pour les autres modes d'apprentissage, le compagnonnage s'appuie sur une clarification des objectifs poursuivis et des rôles de chaque acteur concerné, ainsi que sur une implication forte de la hiérarchie. (Cedip, 2001, p. 1)

Des obstacles à l'implémentation du dispositif tutoral

Au-delà de la faible harmonisation des dispositifs tutoraux, la question de l'implémentation de ces derniers se pose. En effet, nombreux sont les témoignages, à tous les niveaux, pointant la difficulté à mettre en œuvre le tutorat.

En 2016, sur les 28 établissements répondants à l'enquête du CRMC sur le tutorat, « 23 ont mis en place le dispositif (dont 7 ont arrêté) et 5 ne l'ont jamais mis en place » (Nicolas, 2016b, p. 9). Cela signifie qu'en 2016, 10 ans après l'instauration du dispositif, 43% des établissements répondants à cette enquête, ne mettaient pas en place le tutorat. Il est intéressant de voir la difficulté à pérenniser le dispositif, avec son abandon par 5 établissements, et cela, malgré le financement du dispositif par l'ARS Auvergne-Rhône-

³⁰ D'après le Cedip, « Il repose sur la réalisation d'activités professionnelles en présence d'un pair, qui transmet ses connaissances et ses savoir-faire, en particulier par la démonstration. De plus, en permettant l'acquisition des règles et des valeurs de l'organisation, cette modalité facilite l'intégration des nouveaux arrivants.»

Alpes.

Un manque d'intégration du tutorat dans les plans de travail

Bien que nous ayons relevé l'existence de dispositifs formalisés au plan institutionnel, coordonnés par les Direction des soins et animés par des Comités de pilotage, l'existence de processus de recrutement, de lettres de mission voire de contrats passés avec les tuteurs, l'implémentation du dispositif au niveau des services semble entravée à cause de l'absence de l'intégration du tutorat et de la formation, dans les plans de travail.

En 2016, dans son rapport intitulé *Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015*, le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) faisait le constat d'une implémentation difficile du dispositif, liée, selon lui à l'absence de son intégration dans les plannings : « Si le tutorat semble être largement répandu, sa mise en œuvre semble de plus en plus difficile compte-tenu des départs à la retraite des infirmiers spécialisés en psychiatrie, de la charge de travail, et de l'absence d'intégration du tutorat dans les plannings, fragilisant de ce fait sa mise en œuvre » (Haut Conseil de Santé Publique, 2016, p. 104). Ce qui le conduit à réaliser la préconisation d'«Inclure le tutorat et l'accompagnement institutionnel des infirmiers dans le plan de travail des directions hospitalières » (Haut Conseil de Santé Publique, 2016, p. 213).

En 2016, lors de la 4ème journée du tutorat, M. Nicolas évoquait également comme principaux freins au tutorat dans les établissements de la région Auvergne-Rhône-Alpes, « les difficultés liées aux organisations de travail et la disponibilité des acteurs. On retrouve des problématiques de planning, d'effectifs, de parvenir à faire coïncider deux organisations de travail » (Nicolas, 2016b, p. 14).

De Miribel constate de même la difficulté pour les tuteurs de l'EPSM Lille Métropole de maintenir des rencontres bimensuelles avec leurs tutorés, du fait d'un manque de temps :

La procédure d'organisation du DPT prévoit des rencontres inter-individuelles entre tuteur et tutoré de « 2 heures à 3 heures de rencontre avec le tuteur tous les 15 jours sur 42 semaines (soit 49 heures) [...] Dans nos différents échanges avec les acteurs de l'établissement, nous n'en avons rencontré aucun ayant eu la possibilité de se conformer à un tel rythme de rencontre. Aussi bien les tuteurs que les néo-professionnels sont confrontés à la difficulté de se rendre disponibles en raison de la charge de travail les sollicitant prioritairement en milieu de soin. (de Miribel, 2017, p. 299)

Boiteau et Baret relèvent également, dans deux établissements psychiatriques franciliens que les tuteurs « ne disposent pas de temps de travail spécifique pour se consacrer à cette fonction » (Boiteau et Baret, 2016, p. 201).

Enfin, nous avons nous-même constaté au Groupe Hospitalier Paul Guiraud la tombée en désuétude du dispositif aux alentours de 2009 à cause notamment de l'absence de temps dédié à cette activité.

Ainsi, mis en concurrence avec le temps « productif », le temps formatif passe bien souvent « à la trappe ».

Une image négative du tutorat

Dans ce contexte de manque d'effectifs, le dispositif formatif peut être également « mal vu » par les cadres, ce qui pourrait conduire le nouvel IDE à s'en détourner.

En 2010, une enquête de la DGOS sur le tutorat indiquait que : « Cette organisation suppose une bienveillance de l'encadrement pour que le temps consacré au tutorat ne soit pas renvoyé au bénéficiaire comme une manière de tirer au flanc mais comme une contribution collective à la montée en compétence dont tous peuvent tirer parti » (cité dans Nicolas, 2016a, p. 14). Boiteau et Baret vont dans ce sens lorsqu'ils soulignent que le tutorat peut être perçu par les cadres comme un « manque à gagner en termes d'effectif présent dans l'unité » (Boiteau & Baret, 2016, p. 201).

Par ailleurs, le dispositif peut être perçu par certains IDE nouveaux en psychiatrie, comme une non reconnaissance de sa professionnalité comme le constate Touak : « les tutorés ressentaient au départ une non reconnaissance de leur diplôme » confie le CS (cadre de santé) extra rejointe par deux tuteurs et un CS. Un refus du dispositif peut être lié à ce sentiment » (Touak, 2009, p. 21).

Enfin la fonction de tuteur serait insuffisamment reconnue : « Certains établissements pointent aussi la difficulté de trouver des professionnels expérimentés ou volontaires pour exercer la fonction de tuteur. La question de la reconnaissance des professionnels tuteurs au-delà d'une dimension symbolique, se pose toujours depuis la création de ce dispositif » (Nicolas, 2016b, p. 14).

Un dispositif tutoral pas toujours adapté

Les critères de sélection des tuteurs ne sont pas toujours adaptés aux contextes des établissements. En leur sein même, certains secteurs, certaines unités n'ont pas de tuteurs suffisamment expérimentés pour remplir officiellement cette fonction. A l'EPSM Lille Métropole, « certains secteurs manquent de candidats répondant aux critères de recrutement. Ainsi, un secteur en particulier est doté d'une seule tutrice chargée d'assurer le tutorat de chaque nouvel infirmier du pôle de soins » (de Miribel, 2017, p. 300).

Le Groupe Hospitalier Paul Guiraud a dû adapter ses critères de recrutement des tuteurs dans l'un de ses établissements, composé à 85% d'infirmiers jeunes diplômés en réduisant le nombre d'années d'expérience requis à une durée inférieure à 5 ans.

Par ailleurs, dans un contexte où le temps est une denrée rare, l'éloignement physique du tuteur et du tutoré, lié à la recommandation voire injonction du dispositif à ne pas exercer dans la même unité, peut constituer un obstacle à la rencontre. Nous supposons que c'est pour cette raison que le GHU Paris Psychiatrie Neurosciences recommande une certaine proximité géographique entre le tuteur et le tutoré. « Les tuteurs -professionnels formés au tutorat - accompagneront 1 ou 2 tutorés proche géographiquement de leur lieu d'exercice » (GHU Paris Psychiatrie Neurosciences, 2018).

Enfin, pour certains infirmiers, le tutorat, ici plus particulièrement les journées thématiques ne sont pas suffisamment adaptées à leur réalité, ce qui constitue un facteur de défection comme

le souligne un jeune infirmier : « C'est très bien au niveau théorie, de rencontre avec des autres personnes, [...] d'autres unités. Mais après, c'est vrai que c'est pas spécialement spécifique [...] au lieu où on travaille. Donc ça reste théorique [...] c'est pas du pratique. [...] C'est pas adapté à notre travail-même. (Entretien avec Benoît, 29 ans, infirmier, 26 février 2015) (de Miribel, 2017).

La perte des soutiens financiers

Un autre élément qui pèse probablement dans l'implémentation du dispositif est la possibilité de bénéficier ou non d'un soutien financier. En 2008, la fin du financement du tutorat dans toutes les régions de France à l'exception de la région Rhône-Alpes marquait, pour certains établissements, l'abandon du dispositif : « Le soutien financier permettant la gestion des temps de formation et de tutorat a permis sa mise en place effective dans les deux établissements dès 2006. Malheureusement la suppression de cette aide a concouru à la mise en désuétude progressive de tout le dispositif » (Boiteau & Baret, 2016, p. 201).

Dans un contexte de fonctionnement tendu, le dispositif de professionnalisation des nouveaux IDE n'apparaît pas comme prioritaire. Il n'apparaît pas non plus adapté à ce contexte.

1.2.2 Une dynamique de reprofessionnalisation par la référentialisation de l'activité et la production et validation de savoirs

Concernant la professionnalisation de l'activité, on constate que les démarches mises en œuvre consistent souvent à formaliser (construction de référentiels) des façons de faire et ainsi à les transformer en savoirs d'action ou savoirs professionnels à la faveur de logiques de « réflexion sur l'action ou pour l'action » (groupes d'analyse de pratiques, par exemple). Ainsi, dans un certain nombre de cas, les individus partageant les mêmes activités peuvent décider de se réunir et d'engager un travail de mise en mots de leurs compétences jugées légitimes et/ ou concurrentielles (selon un critère dominant de légitimité). Le groupe de pairs formalise alors des savoirs professionnels (« sur l'action », au sens de rétrospectifs) qui vont faire l'objet d'un tri, d'une validation collective en vue de créer le système d'expertise de la nouvelle profession. Cette activité s'accompagne d'une rhétorique externe (pour le marché, les concurrents et les instances légales) sur l'originalité et la légitimité de la profession (Wittorski, 2009, p. 8).

Le « cataclysme » causé par la disparition du DISP et la mise en place du diplôme unique en 1992, le manque de formalisation des actes professionnels de l'infirmier en psychiatrie, ont amené les soignants de cette spécialité, depuis quelques années maintenant, à mettre en mots, à décrire ce qui fait leur pratique.

1.2.2.1 Des travaux de référentialisation des actes infirmiers en psychiatrie

Le référentiel du Havre

En 2002, à l'hôpital Pierre-Janet du Havre un référentiel des soins infirmiers, *Le référentiel des soins infirmiers en santé mentale* voit le jour. Il paraît en 2005 dans une revue spécialisée Soins Psychiatrie. Réalisé par des infirmiers et cadres infirmiers en psychiatrie de l'hôpital Pierre Janet, ce référentiel précise en préambule son intention de :

tenter de définir et transmettre le savoir en action (compétences) requis en psychiatrie pour une approche, une compréhension et un accompagnement dans le soin des patients atteints de troubles du comportement et, dans une seconde partie, tenter de cerner l'ensemble des interventions de l'infirmier en santé mentale compte tenu de l'évolution économique, culturelle et sociale. (Carbou et al., 2002)

Plus loin, il est rappelé que « ce référentiel n'est pas un référentiel métier académique mais qu'il est élaboré à partir de la pratique infirmière » (Carbou et al., 2002).

Le référentiel du Havre résulte néanmoins d'une démarche de référentialisation, au sens où il décrit les actes de l'infirmier en psychiatrie, bien que son mode narratif l'éloigne de la définition du référentiel tel que défini par l'Afnor comme une « liste d'une série d'actes, de performances observables détaillant un ensemble de capacités (référentiel de formation) ou de compétences (référentiel de métier)» (Ardouin, 2017).

La description des activités et des savoirs de l'infirmier en psychiatrie dans les ouvrages

Dès 2004, puis en 2012, le chapitre 6 de l'ouvrage *L'infirmier(e) en psychiatrie: Les grands principes du soin en psychiatrie* (Morasz et al., 2012) détaille les « actions infirmières en psychiatrie ». Cette partie a été écrite à partir des contributions d'infirmiers exerçant en psychiatrie au CHU de Saint-Étienne, à l'Hôpital Saint-Jean-de-Bonnefonds, et au CH de Saint-Chamond (Loire). Plusieurs « pôles d'actions » sont distingués au sein desquels sont déclinés des actions infirmières clés, lesquelles sont ensuite explicitées. Par exemple, « Le pôle psychothérapique classique » comprend les actions suivantes : « les entretiens infirmiers ; les entretiens médicaux ; les entretiens familiaux [...] ». Bien que non présentée comme tel, ce chapitre partie s'apparente à une proposition de référentialisation des actions infirmières en psychiatrie, sur un mode principalement narratif également.

En 2006, suite à l'initiative d'un infirmier en psychiatrie, Stéphane Lambert, souhaitant faire émerger les savoirs invisibles du métier, un numéro d'Education permanente intitulé *Être là, être avec : Les savoirs infirmiers en psychiatrie*, a accueilli les récits de pratiques d'une dizaine d'infirmiers de l'hôpital Maison Blanche (Orofiamma, 2006).

En 2017, J. Merklings publiait *L'infirmier en santé mentale : Identité, rôle, savoirs et pratiques*, dont l'objectif, rappelé sur la quatrième de couverture, est de « proposer des repères théoriques et pratiques, et de dessiner les contours du métier d'infirmier en santé mentale, afin d'aider les professionnels au quotidien » (Merklings, 2017). La quatrième partie de l'ouvrage « Les soins et les actes en psychiatrie » opère également une démarche de référentialisation sur un mode narratif.

Le carnet Soclecare

Le carnet Soclecare, issu d'une collaboration franco-belge entre le Groupe de Coordination des Initiatives Soclecare, belge et les auteurs de l'étude du GRSI (Groupe de Recherche en Soins Infirmiers) J.-P. Lanquetin et S. Tchukriel intitulée *L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie* (2012), se présente comme « la proposition d'un référencement des interventions/actions SOCLECARE en psychiatrie. » Il vise « une mise en

avant du cœur de son travail quotidien dans le but de le sortir de l'ombre, de le faire reconnaître, de le valoriser [...] », mais également « l'appropriation d'un langage commun » (Lanquetin & Tchukriel, 2015, p. 8). Ce travail s'inscrit donc également dans une démarche de référentialisation mais se rapproche davantage de la définition du référentiel de l'Afnor, dans le sens où ce carnet est structuré comme une liste d'actes professionnels, décrits de façon synthétique. Néanmoins, il demeure un objet original, un référentiel « ouvert », un carnet, objet du quotidien « dans lequel le praticien pourrait apposer notes, réflexions, questions, positionnements, comptes rendus d'expérimentations, créations... » (Lanquetin, & Tchukriel, 2015, p. 3).

Le référentiel de compétences du Groupe Hospitalier Paul Guiraud

Entre 2011 puis 2016, le Groupe Hospitalier Paul Guiraud adaptait le référentiel infirmier à la pratique spécifique en psychiatrie, par l'identification des situations de soins significatives et des savoirs mobilisés y étant mobilisés. Il s'agissait de donner aux nouveaux infirmiers en psychiatrie des repères concrets sur l'activité soignante afin de favoriser le suivi de la professionnalisation des infirmiers nouveaux en psychiatrie (Groupe Hospitalier Paul Guiraud, communication personnelle, 2016).

Ce recensement n'est bien entendu pas exhaustif et il est probable que nombre d'établissements psychiatriques s'adonnent à ce travail de référentialisation, « chacun dans son coin ». Néanmoins, le CRMC s'est donné pour mission « d'élaborer le référentiel métier de l'infirmier en psychiatrie » (Tricard, 2017). Mais quelle pourra bien être sa portée, en tant qu'émanation de l'ARS d'une région, la région Auvergne-Rhône-Alpes ? On constate par ailleurs que *Le carnet Soclecare* bénéficie d'une visibilité certaine (en 2019, 7000 exemplaires ont été vendus) et fait l'objet désormais d'une formation (La Recherche en Soins en Psychiatrie, s.d.) ce qui contribuera probablement à renforcer sa diffusion. Cependant, il se concentre uniquement sur les pratiques informelles et ne constitue pas, par conséquent, une référence exhaustive. De plus, il ne s'inscrit pas dans la lignée d'un référentiel de compétences, comparable à celui de l'infirmier « général ».

1.2.2.2 Une dynamique de production et validation des savoirs des soins infirmiers psychiatriques

Il apparaît également que la recherche en psychiatrie se développe ces dernières années, contribuant ainsi à la production de nouveaux savoirs et à la validation de savoirs existants. La professionnalisation de l'activité se fait en effet également à travers l'émergence de savoirs

relativement abstraits et organisés en un corps codifié de principes [...] en partie créés, organisés, transmis et, en cas de conflits, arbitrés en dernière instance par la profession elle-même, notamment par ses enseignants-chercheurs universitaires [...] enfin suffisamment sophistiqués pour ne pas être aisément accessible à l'homme ordinaire, ce qui confère au groupe professionnel une espèce de mystère. (Bourdoncle, 2000, p. 123)

Une dynamique de recherche dans le soin en psychiatrie et santé mentale

J.-P. Lanquetin constate qu'en France, « on compte aujourd'hui près d'une centaine de travaux de recherche en soins, tous cadres confondus » (Lanquetin, 2019, p. 531). Cette

recherche est réalisée dans différents cadres.

Le programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) (Ministère de la santé et de la prévention, 2020),³¹ porté par la DGOS et destiné au développement de la recherche chez les paramédicaux est l'un d'eux. Sur la période 2010/2018, 17 projets concernant des problématiques de psychiatrie et de santé mentale, ont été retenus et financés, soit 9,34 % d'entre eux.

Ce dynamisme transparait également dans les recherches locales, réalisées à l'initiative des établissements. Parmi les 80 établissements ayant participé aux « Rencontres de la recherche en soins en psychiatrie » organisées en décembre 2018, J.-P. Lanquetin constate :

qu'un nombre croissant d'entre eux lance localement une dynamique de recherche en soins en psychiatrie. Les cadres porteurs sont multiples, rattachés à la direction des soins, ou aux commissions des soins (CSIRMT), ou inclus dans des fédérations de recherche locales, logés dans les dynamiques locales d'URC (unité de recherche clinique) voire dans les fédérations régionales (exemple avec la F2RSM). Ces dynamiques de lancement s'appuient assez régulièrement sur la mise en place de journées dédiées. (Lanquetin, 2019, p. 531).

Enfin, des recherches doctorales, jusqu'ici réalisées dans le cadre de disciplines connexes telles que les sciences de l'éducation, la philosophie, l'éthique, la sociologie etc. viennent s'ajouter. Plusieurs dizaines ont été comptabilisées (Lanquetin, 2019, p. 531).

Cette dynamique est visible par ailleurs à travers la « ritualisation », depuis 2015, des « Rencontres de la recherche en soins en psychiatrie », organisés annuellement fin janvier par le Centre hospitalier de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or et le Groupe de Recherche en Soins Infirmiers (GRSI) créé en 2006 par un groupe d'infirmiers issus des trois établissements de santé mentale du Rhône (La Recherche en Soins en Psychiatrie, s.d.).³²

D'autres rendez-vous donnent la parole à des infirmiers chercheurs, telles que les « 4èmes Rencontres soignantes en psychiatrie » organisées par la revue *Santé Mentale* qui en 2018 année, a réuni 600 professionnels à Paris. Dernièrement, des congrès médicaux se sont aussi ouverts aux sciences infirmières : le congrès de l'Encéphale en 2017 puis le congrès français de psychiatrie (CFP) qui en 2018, initie sa première « Journée sciences infirmières et recherche paramédicale » (Cartron & Lefevre-Utile, 2018, p. 5).

Cette dynamique est par ailleurs portée par des formations visant l'acquisition de connaissances cliniques et de méthodes de la recherche, dispensées dans le cadre des parcours de master tels que celui en « Sciences cliniques en soins paramédicaux » de l'Université

³¹ « Pour répondre aux défis majeurs de santé, actuels et à venir – notamment le vieillissement de la population et l'explosion des maladies chroniques et neuro-dégénératives – il est essentiel que le ministère chargé de la santé puisse maintenir son action dans le domaine de la recherche, engagée depuis de nombreuses années. Pour cela, il assure le pilotage de grands programmes pour, année après année, financer des équipes de recherche via des appels à projets nationaux » (Ministère de la santé et de la prévention. (2020).

³² « Le GRSI est aujourd'hui composé de M. Jean-Paul Lanquetin, infirmier de secteur psychiatrique, praticien chercheur et de M. Loïc Rohr, infirmier diplômé d'état, chercheur. Le GRSI est sous la direction de la direction des soins de l'établissement de Saint-Cyr au Mont d'Or. Le GRSI, c'est 170 conférences données dont 10 internationales, ainsi que plus de 40 articles dont 25 publiés. »

Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines (UVSQ) ou bien Saint-Anne Form@tion. (Cartron & Lefevre-Utile, 2018, p. 5).

Notons enfin que l'universitarisation de la formation d'infirmier et la possibilité de réaliser un doctorat en sciences infirmières (lesquelles font l'objet d'une partie développée précédemment) viennent soutenir cette dynamique de professionnalisation des savoirs.

Création d'une nouvelle fonction d'IDE : l'Infirmier de Pratiques Avancées (IPA)

La création du diplôme d'état d'IPA participe de cette dynamique de production/validation de savoirs. Il vise la création d'un groupe d'infirmiers capable « d'exercer des missions élargies et d'avoir, notamment, une activité clinique incluant la gestion de situations de soins complexes » (Portail d'accompagnement des professionnels de santé Ile-de-France, 2020). La formation créée en 2019, d'une durée de deux ans, comprend une première année générale et une année de spécialisation en psychiatrie et santé mentale. Il est indiqué dans le Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée, que celui-ci, au sein de l'équipe, contribue à « la production de connaissances en participant aux travaux de recherche relatifs à l'exercice infirmier » (Art. R. 4301-7). Par ailleurs, il apparaît comme un facilitateur, un médiateur de l'intégration de savoirs appelées « données probantes », par la veille documentaire qu'il réalise et à travers sa participation à « la diffusion de données probantes et à leur appropriation » (Art. R. 4301-7). Enfin, l'acquisition d'un niveau Master apporte une passerelle d'accès supplémentaire au doctorat.

Dans le résumé de son intervention aux « 6èmes Rencontres de la Recherche en Soins psychiatriques » des 23 et 24 janvier 2020, Philippe Delmas³³ souligne que le risque cependant est grand d'une « médicalisation des Sciences infirmières » et que l'IPA adopte une vision biologique du soin, au détriment des sciences humaines, sous l'influence des médecins : « une formation IPA sous le contrôle exclusif de la faculté de médecine est vouée à renforcer une vision organiciste de la profession et à restreindre son développement disciplinaire axé principalement sur les sciences humaines » (cité dans Groupe de Recherche en Soins Infirmiers, 2020). Selon lui, « la profession infirmière française ne répond plus à son mandat social mais à ceux d'autres professions et en premier celle des médecins » (cité dans Groupe de Recherche en Soins Infirmiers, 2020).

La formation venant de commencer et les promotions actuelles proposant un nombre de places encore limité, les IPA sont à ce jour peu nombreux. La question du rôle de l'IPA, du positionnement par rapport à l'équipe et au médecin fait encore l'objet de spéculations.

En conclusion, depuis presque deux décennies, dans une dynamique de reprofessionnalisation de leur activité, des collectifs d'infirmiers en psychiatrie et des établissements se mobilisent pour la pérennisation et la transmission des savoirs psychiatriques, par l'élaboration de supports (référentiels, ouvrages, recueils de récits) dans une démarche proche de la référentialisation. Ils travaillent également à la production et validation de savoirs à travers des démarches de recherche menées sur le soin en psychiatrie.

³³ Infirmier, PhD, docteur en sciences infirmières de l'université de Montréal, MBA de l'Université Paris Dauphine. Professeur Chercheur ordinaire à l'Institut et Haute Ecole de la santé la Source (HES-SO) Responsable du laboratoire de recherche et d'enseignement « qualité des soins et sécurité des patients.

On ne peut que regretter qu'à l'heure actuelle, ces démarches demeurent locales et n'aient pas encore produit, par exemple, de référentiel commun, à l'échelle du pays. Néanmoins, l'avènement de la fonction d'IPA laisse entrevoir la possibilité d'une généralisation et d'une pérennisation de ces activités, voire leur mise en commun à l'échelle nationale.

1.2.3 Synthèse de l'étude du mouvement de reprofessionnalisation des IDE en psychiatrie

Face aux difficultés rencontrées par les infirmiers formés après 1992, les pouvoirs publics, choisissent de remédier au problème en préconisant la mise en place d'une formation continue professionnalisante, la consolidation des savoirs et le tutorat. L'analyse de programmes de formation et de dispositifs tutoraux montrent qu'au-delà d'un socle commun limité, d'importantes variations existent dans les dispositifs proposés. Surtout, une analyse complémentaire montre les obstacles à leur implémentation et ainsi, leur caractère aléatoire. **Un infirmier en psychiatrie ne bénéficiera pas des mêmes opportunités de formation en fonction de la région, de l'établissement, voire de l'unité où il exerce.** Dans le même temps cependant, des infirmiers en psychiatrie et des établissements se mobilisent dans une dynamique de reprofessionnalisation de l'activité qui se caractérise par un travail s'apparentant à la référentialisation des activités et/ou des savoirs de l'infirmier en psychiatrie et le développement d'une activité de recherche en soins psychiatriques. Bien que locales, ces démarches de reprofessionnalisation de l'activité et des savoirs pourraient, à l'avenir, se développer à l'échelle nationale avec la création de la fonction d'IPA.

Néanmoins, pour l'heure, la dynamique de reprofessionnalisation des infirmiers en psychiatrie par la formation continue, demeure inégale et fragile. Ce constat est étayé par plusieurs rapports pointant un déficit de formation et cela dès 2009, c'est-à-dire après une période de financement de la formation à la consolidation des savoirs et du tutorat. Nous faisons référence ici au rapport établi en 2009 par la Mission Organisation de la santé mentale et de la psychiatrie, dit rapport Couty, qui signale que :

les postes en service de psychiatrie sont pourvus par des titulaires du diplôme d'état d'infirmier. Ces professionnels issus d'une formation générale dans laquelle l'enseignement de la discipline psychiatrie est souvent minimal connaissent des difficultés d'adaptation à la spécificité de la prise en charge des patients psychiatriques, de plus il est très difficile de leur confier, des missions de première évaluation et d'orientation. Ce problème qualitatif va être majoré d'une difficulté quantitative aigüe compte tenu des mouvements démographiques prévisionnels des cinq prochaines années pour les infirmiers diplômés d'état (40 % de départs). (Couty, 2009)

En 2013, le rapport Robiliard, réitérait le constat de déficit de formation :

il est nécessaire d'améliorer la formation des infirmiers exerçant en milieu psychiatrique. Comme cela a été rappelé ci-dessus, les infirmiers qui travaillent dans des établissements psychiatriques sont depuis 1993 titulaires du diplôme unique d'État. Ceux-ci ont moins d'enseignement théorique sur la psychiatrie et peuvent dans leur cursus de formation pratique n'accomplir qu'un temps très limité dans un ou plusieurs services psychiatriques. Or, la psychiatrie nécessite une formation particulière afin de vaincre l'appréhension et la peur que peuvent susciter les troubles des patients et de pouvoir gérer leurs crises. (Robiliard, 2013, p. 86)

Il préconisait :

une orientation spécifique aux étudiants infirmiers souhaitant travailler principalement dans des établissements de santé mentale en reconnaissant une spécialisation en psychiatrie lors de leur formation à leur diplôme et pour ceux en poste depuis 1993 en recourant à la valorisation des acquis de l'expérience (proposition n° 26). (Robiliard, 2013, p. 87)

Enfin, il y en a encore peu, en 2016, le rapport Laforcade soulignait : « La formation des infirmiers est assez disparate, parfois en décalage par rapport à l'état des connaissances et insuffisante pour ceux qui souhaitent travailler en psychiatrie. » (Laforcade, 2016, p. 70). Et il recommandait de :

- Renforcer l'accueil des patients par un infirmier pour un premier rendez-vous, comme cela se fait souvent en pratique et comme le prévoit le décret de compétence à propos du rôle propre de l'infirmier (article R. 4311-5 du code de la santé publique, point 40 : entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire). La formation initiale et les psychiatres doivent prendre en compte ce rôle.
- Renforcer le tutorat pour les infirmiers nouvellement affectés en psychiatrie.
- Prévoir la possibilité d'une 4ème année de formation option psychiatrie (master 1 et 2), comme cela est souhaité par l'immense majorité des professionnels, qui pourrait comprendre un stage de compagnonnage sur le terrain.
- Mettre en place des stages de pédopsychiatrie pour les infirmiers scolaires.
- La formation initiale doit, dans ses modules de psychiatrie, faire état des pratiques thérapeutiques et éducatives qui ont fait leurs preuves. (Laforcade, 2016, pp. 71-72).

2. Emergence d'un usager en santé mentale acteur de son rétablissement et de coopérations réflexives dans le système de santé ?

Parallèlement aux phénomènes de déprofessionnalisation et de reprofessionnalisation des infirmiers en psychiatrie décrits, on assiste à l'émergence d'une figure d'usager en santé mentale, acteur, de son rétablissement et partenaire du système de santé.

Les phénomènes que nous allons mettre en avant dans ce chapitre s'inscrivent dans le contexte plus large d'une évolution concernant les usagers du système de santé en général, dans les pays occidentaux. L'épidémie du SIDA, dans les années 80, apparaît comme un moment décisif pour l'émergence d'une figure de patient acteur. Face à l'hécatombe et à l'incapacité de la médecine à y faire face, les patients exigent de participer aux politiques de santé (Jouet et al., 2010). Elle marque ainsi l'avènement de la démocratie sanitaire, définie par l'ARS comme « démarche qui vise à associer l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation » (ARS, 2020). Depuis les années 90, cette démarche tend à intégrer de plus en plus fréquemment, parmi ses acteurs, les usagers.

Nous nous intéresserons plus particulièrement ici, dans un premier temps aux manifestations, de l'émergence et de la reconnaissance d'un usager en santé mentale, acteur de son rétablissement et *in fine*, « acteur de sa propre vie » (Jouet & Greacen, 2012). Dans un second temps, nous pointerons les manifestations de coopérations notamment réflexives, dans le cadre de la mobilisation des patients partenaires (terminologie du modèle de Montréal) mais aussi, dans l'espace de la relation de soin.

2.1 Emergence et reconnaissance d'un usager en santé mentale acteur de son rétablissement ?

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, aussi appelée loi Kouchner, marquait un tournant en France, par la reconnaissance du droit des personnes à prendre les décisions concernant leur santé :

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. « Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

En amont et en aval de ce moment clé, des acteurs se sont mobilisés pour l'émergence et de la reconnaissance d'un usager en santé mentale, acteur de son rétablissement. Nous nous intéresserons aux actions, nous paraissant les plus représentatives de ce mouvement, plus

particulièrement en France, sans pour autant négliger les références aux expériences étrangères auxquelles l'expérience française est reliée. Aussi mettrons-nous en exergue ce phénomène en revenant sur : la mobilisation d'un patient acteur dès la première moitié du 20^{ème} siècle dans les approches psychanalytiques et la psychothérapie institutionnelle ; la reconnaissance, dès les années 70, des savoirs expérientiels puis, celle d'un patient apprenant et « travaillant » ces dernières années ; le développement des groupes d'autosupport, dès les années 80, témoignant de la prise en main de leur santé, par des personnes malades, relayé par les pouvoirs publics en 2005 avec la création des GEM ; le développement de l'éducation des patients à l'autogestion de la maladie par des professionnels de santé/chercheurs, son institutionnalisation en France et sa faible mise en œuvre en psychiatrie ; et enfin, le développement du paradigme du rétablissement, depuis les années 90, aux Etats-Unis, sous l'impulsion des usagers et son déploiement.

2.1.1 Un patient acteur dans la psychanalyse et la psychothérapie institutionnelle

Dans le domaine de la santé mentale, les savoirs expérientiels des patients constituent, historiquement, « la molécule » du soin. Comme le souligne E. Jouet, la psychanalyse et la psychothérapie institutionnelle, par définition, s'appuient sur la prise en compte du vécu des personnes et en quelque sorte, leurs savoirs expérientiels (Jouet, 2019, p. 29). La psychanalyse tout d'abord, repose sur la facilitation de l'émergence d'une parole du patient considérée comme signifiante et clé dans le soin. Quant à la psychothérapie institutionnelle, dont on situe les prémisses au milieu des années 40 avec les pratiques développées par François Tosquelles à Saint Alban, elle se fonde sur la prise en compte du désir du patient et sa singularité : « la psychothérapie institutionnelle doit créer des façons de vivre qui permettent à chaque malade d'être soigné au niveau de sa singularité, de sa différence d'avec les autres » (Oury, 2007, p. 116). Elle considère également les patients comme acteurs du soin à travers la mise en place des clubs thérapeutiques, lesquels, en leur permettant de s'associer et d'endosser des responsabilités (un tel est responsable de la bibliothèque, l'autre de la cafétéria etc.) tout en étant soutenus par l'entourage (soignants etc.), favorisent le rétablissement (Oury, 2007 ; Delion, 2011). Les notions de patient acteur et de savoirs expérientiels apparaissent ainsi fondamentalement inscrites dans les « gènes » de la psychanalyse et de la psychothérapie institutionnelle.

2.1.2 De la reconnaissance des savoirs expérientiels à celle d'un patient apprenant et « travaillant »

2.1.2.1 Reconnaissance d'un savoir issu de l'expérience en sciences de l'éducation

Dans le domaine des sciences de l'éducation, l'idée que l'expérience serait formatrice se développe dans les années 70³⁴, en France, dans un contexte de défense de valeurs humanistes. La formation expérientielle pose que tous les individus, pas seulement les experts et autres sachants, sont porteurs de savoirs (Lochard, 2007). Le modèle de l'andragogie (par opposition au modèle de la pédagogie) développé notamment par M. Knowles (1970, 1973), qui reconnaît l'expérience comme une source fondamentale de l'apprentissage des adultes et

³⁴ Néanmoins, J. Dewey, J. Piaget et K. Lewin peuvent être considérés, à la suite de Kolb, comme les fondateurs de *l'experiential learning* (Miettinen, 2000, p. 54).

le développement du paradigme de l'*experiential learning* par Kolb (1984), qui fait de l'expérience concrète une source d'apprentissage, attestent de cette émergence de la reconnaissance d'un savoir issu de l'expérience (Bourgeois, 2013, pp. 13-14). En France, c'est à partir de 1989 que l'expression « formation expérientielle » entre véritablement dans le vocabulaire des sciences de l'éducation, avec notamment le numéro 100-101 d'*Éducation permanente* intitulé « Apprendre par l'expérience » (1989). Pour ce qui est de l'expression « savoir expérientiel », Pineau et ses co-auteurs l'emploient également dans ce numéro fondateur des publications sur la formation par l'expérience (Jouet et al., 2010, p. 61). Par ailleurs, dans un contexte de développement des groupes d'auto-supports, notons que le concept de savoirs expérientiels en lien avec la santé et plus particulièrement psychologique, est développé pour la première fois par Borkman, socio-anthropologue, dans un article paru en 1976 intitulé *Experiential Knowledge: A New Concept for the Analysis of Self-Help Groups* (Borkman, 1976).

2.1.2.2 Mise en évidence d'un patient, sujet apprenant et « travaillant »

La reconnaissance de la formation et des savoirs expérientiels des patients fait de ces derniers des sujets apprenants, c'est-à-dire, dans le cadre d'une maladie pouvant être considérée comme un épisode autodidacte (Jouet et al., 2010, pp. 69-70). Dans la même veine, C. Tourette-Turgis et J. Thievenaz, s'appuyant sur Strauss³⁵, mettent en évidence le « travail » du patient engendré par la maladie. Le « travail » du malade recouvre « la réalisation d'un ensemble de tâches à travers lesquelles le sujet transforme son environnement et gère les incertitudes liées l'évolution de sa maladie » (Tourette-Turgis & Thievenaz, 2013, p. 72). Tous deux identifient trois dimensions de ce « travail » : une dimension médicale, une dimension personnelle et une dimension collaborative. Ces actions s'inscrivent dans une dynamique de « professionnalisation », dans une « logique de l'action » (Tourette-Turgis & Thievenaz, 2013).

2.1.3 Développement et inscription dans la loi des groupes d'auto-support

Dans la lignée des groupes des alcooliques anonymes qui apparaissent aux Etats-Unis dans les années 30, se créent dans les années 80, en France, et sous l'impulsion des professionnels de la psychiatrie mais aussi d'usagers, des associations centrées sur le partage de l'expérience des troubles et de l'entraide (Monceau & Visintainer, 2005, p. 267).

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées prévoit, dans ses articles 4 et 11, le développement de groupes d'entraide mutuelle, les GEM. Dans l'article 4, la politique de prévention du handicap est décrite et il est signalé qu'elle devra comporter « des actions visant à favoriser le développement des groupes d'entraide mutuelle. » Dans l'article 11, il est précisé que :

La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie. Cette

³⁵ « Anselm Strauss (1982) est le premier à utiliser la notion de « travail du malade » pour désigner l'activité conduite par les patients dans leur participation effective à l'organisation et la division du travail de soin, c'est-à-dire des activités que les malades conduisent pour assurer leurs soins à l'intérieur comme à l'extérieur de l'hôpital » (Tourette-Turgis & Thievenaz, 2013, p. 72).

compensation consiste à répondre à ses besoins, qu'il s'agisse [...] du développement de groupes d'entraide mutuelle [...].

Dans cette même loi, à l'article 2, est reconnu pour la première fois, le handicap pouvant être généré par les troubles psychiques :

Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

Par cette loi, la capacité des usagers à agir pour leur santé et l'intérêt de la pair-aidance et de l'échange de savoirs profanes est reconnue.

Depuis 2005, ces groupes se sont multipliés : on en compte aujourd'hui 505 répartis sur tout le territoire (chaque département de France en compte au moins un) (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, 2019). A côté de cela, se développent d'autres groupes d'entraide en santé mentale. Nous en avons compté, sur une liste non exhaustive du Service Public d'Information en Santé, une quarantaine (Psycom, 2021). Parmi eux, notons l'existence de groupes des entendeurs de voix, appartenant au réseau du même nom, le « Réseau français sur l'entente de voix » (REV France) créés par et pour les entendeurs de voix, « permettant à chacun d'échanger, partager son expérience et ses stratégies pour faire face aux voix, ainsi qu'un appui pour le démarrage de nouveaux groupes » (Réseau français sur l'entente de voix, s.d.). La multiplication de ces groupes semble témoigner d'un mouvement d'*empowerment* des usagers de la psychiatrie.

2.1.4 Des programmes d'autogestion de la maladie chronique à l'institutionnalisation de l'éducation thérapeutique du patient en France

2.1.4.1 Développement de programmes d'autogestion de la maladie chronique

Le patient apparaît également comme acteur de sa santé dans les programmes de *self-management* développés par K.Lorig à Stanford, tels que *L'Expert Patients Programme Community Interest Company* (1985) (cité dans Andrieu, 2012, p. 45), visant à accompagner les patients dans la gestion des maladies chroniques « afin d'améliorer les conditions de vie des malades chroniques et réduire leur incapacité par une meilleure confiance et contrôle sur leur vie » (Andrieu, 2012, pp. 45-46). Ce *self-management* se fonde sur les savoirs des malades et non plus les seuls savoirs médicaux :

Les objectifs, repris dans tous ces programmes de self-management, fondent l'éducation corporelle sur l'apprentissage de nouvelles compétences (Holman & Lorig, 2000) pour manager sa santé avec les professionnels tout en utilisant, en rencontrant des expériences semblables dans des communautés de malades, ses compétences et ses connaissances pour améliorer la qualité de la vie. (Andrieu, 2012, p. 46)

2.1.4.2 Inscription de l'éducation des patients dans les politiques de santé

Dans le même temps, on assiste à l'inscription progressive de l'éducation à la santé dans les politiques publiques. Cela commence au niveau mondial en 1986 avec la charte d'Ottawa de

l'OMS : « La promotion de la santé appuie le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie » (OMS, 1986).

En 1998, cette volonté se précise au niveau européen avec la promotion active, par l'OMS, de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) à travers des recommandations à destination des soignants pour la conception des programmes, inscrites dans le document intitulé « Education thérapeutique du patient : programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques : recommandations d'un groupe de travail de l'OMS ». L'ETP y est définie comme un moyen, pour le patient atteint d'une maladie chronique, d'acquérir une compétence d'auto-soin, grâce aux enseignements des soignants sur la maladie et le cadre de soins :

L'éducation thérapeutique du patient devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et compétences qui les aide à vivre de manière optimale leur vie avec leur maladie. Il s'agit, par conséquent, d'un processus permanent, intégré dans les soins, et centré sur le patient. L'éducation implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles, et les comportements de santé et de maladie. Elle vise à aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie. (OMS Bureau régional de l'Europe, 1998, pp. 13-14)

En France, la Circulaire DGS/SD6 n° 2001-504 du 22 octobre 2001 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé s'inscrit dans cette dynamique de valorisation de l'ETP, introduite ainsi :

Les examens et les traitements à visée préventive ou curative sont de plus en plus complexes : pour être efficaces, ils doivent être compris, acceptés et gérés au quotidien par les patients. D'où la nécessité pour les soignants de mettre en œuvre une éducation thérapeutique, c'est-à-dire d'aider les patients à développer ou acquérir les compétences qui leur permettront de devenir acteurs de leur guérison potentielle, de leur traitement ou, plus généralement, de leur santé. Des études françaises et étrangères ont montré les bénéfices importants que l'on peut en attendre en termes de qualité de vie, d'efficacité des soins et de baisse des coûts financiers pour la collectivité.

Par ailleurs, la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, plus couramment nommée loi « Hôpitaux, patients, santé et territoires » ou loi HPST, inscrit, dans les missions des établissements « les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination » et consacre son article 84 à l'ETP et à l'encadrement de sa mise en œuvre. Y est mentionné que l'ETP doit permettre de : « rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie ». Là encore, la loi s'inscrit dans une dynamique « verticale » d'injonction au soin, puisqu'il s'agit de faire adhérer le patient au traitement prescrit et non de mettre en place une co-construction du soin, émanant du soignant et de l'utilisateur. A la suite de cette loi, la HAS s'est vue confier une mission d'évaluation des programmes, qui l'a conduite à produire une importante littérature méthodologique pour la conception et mise en œuvre d'ateliers d'ETP, dès 2007 (HAS, 2014), signe d'une recherche de développement et d'efficacité de la part des pouvoirs publics.

Certes, l'utilisateur est reconnu comme acteur de son soin, cependant la perspective des pouvoirs publics émanant des textes est celle d'une autonomisation de l'utilisateur à partir du savoir médical. Il s'agit bien d'éduquer les usagers à acquérir les compétences pour le soin, jugées nécessaires par les soignants. Cependant, on remarque, depuis peu, des recommandations pour la prise en compte des savoirs expérientiels des patients, dans le cadre d'actions éducatives.

Le Projet régional de santé 2018-2022 de l'ARS d'Ile-de-France indique dans son axe 4 la nécessité d'« impliquer les citoyens dans la prise en charge de leur santé à travers des actions d'*empowerment* individuel [...] de développer des actions ou formations-actions sur les déterminants de santé, avec les citoyens, en s'appuyant sur leur savoir et leur expérience » (Agence régionale de santé d'Ile de France, 2018).

Nous notons également, dans un discours d'Agnès Buzin, alors Ministre des Solidarités et de la Santé, à l'occasion de la restitution du colloque du 31 janvier 2018, « Le pouvoir d'agir (*empowerment*) des patients questionne l'éducation thérapeutique », l'insistance de cette dernière sur la nécessité de prendre en compte les savoirs expérientiels des usagers dans les pratiques soignantes et dans la construction et animation des ateliers d'ETP notamment :

Ces programmes doivent également insister sur les savoirs expérientiels des personnes malades et les associer à la construction du programme, mais aussi à l'animation des séances [...]. A une époque où les maladies sont de plus en plus complexes, de plus en plus chroniques, le patient, fort de son vécu en sait parfois plus [et je dirais] souvent plus sur sa santé que son médecin. Nous devons aussi nous inspirer des expériences étrangères ; je pense en particulier au modèle de Montréal, qui a abouti, à partir du savoir expérientiel des malades à un référentiel de compétences intégrées au système de santé dans une dynamique de co-construction [...]. L'implication des patients ne seraient en effet se résumer à une démocratie purement institutionnelle. Tout comme vous, je souhaite que la démocratie sanitaire aille au-delà de la nécessaire représentation des patients dans des instances du monde de la santé. (Buzin, 2018)

2.1.4.3 Des ETP en psychiatrie limités et insuffisamment co-construits

Malgré la volonté des pouvoirs publics de généraliser l'ETP dans les parcours des usagers, on constate que les programmes d'ETP délivrés en psychiatrie sont peu nombreux. Le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS) estime qu'en France « plus de 80 % des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) sont mis en œuvre en milieu hospitalier et sont ciblés sur des pathologies précises comme le diabète ou l'insuffisance cardiaque » (CCOMS, 2018).

Ce constat est confirmé par une étude menée en 2018 : « Les programmes d'éducation thérapeutique du patient en psychiatrie ont été multipliés par deux en quatre ans mais ne représentent que moins de 4 % des programmes validés en France et 154 programmes pour 1175 secteurs » (Lang et al., 2018, p. 2).

Par ailleurs, le CCOMS dans le cadre d'une recherche-action menée de 2016 à 2017 auprès des personnes souffrant de troubles mentaux notamment, identifiait, les principales critiques faites aux ETP. La première concernait un manque de co-construction des programmes avec les patients : « Sur la forme, la méthodologie de construction des programmes a été jugée non pertinente, puisque n'associant pas directement les personnes ayant un problème de santé mentale, qui disposent d'un vécu de la maladie [...] » (Vasseur-Bacle et al., 2018, p. 64). Une

pédagogie trop « transmissive » était également mise en évidence : « Les séances sont ensuite décrites comme trop souvent unidirectionnelles » (Vasseur-Bacle et al., 2018, p. 64). L'approche par pathologie apparaissait éloignée des préoccupations des usagers pour le rétablissement et qui donne « le sentiment que les usagers étaient choisis parce qu'ils « correspondaient » à un programme, et non l'inverse » (Vasseur-Bacle et al., 2018, p. 64). Enfin le lieu de délivrance de l'ETP est souvent éloigné du lieu de vie. Dans la perspective de « faire de l'ETP un vecteur d'*empowerment* des patients », il a été suggéré par l'ensemble des participants que « le processus même de l'ETP devait être repensé via une collaboration usagers/professionnels en amont (co-construction, co-formation) et pendant les séances (co-animation, co-alimentation) » mais aussi que « l'idée de rétablissement soit le fondement d'un programme ETP » (Vasseur-Bacle et al., 2018, p. 65).

2.1.5 De l'émergence du paradigme du rétablissement à son déploiement

2.1.5.1 Délimitation de la notion de rétablissement

Issu des pays anglosaxons, le « *recovery* », traduit par le terme « rétablissement », est repris à la fin des années 80 par un mouvement d'usagers aux Etats-Unis se qualifiant de « survivants de la psychiatrie », refusant le déterminisme médical et social et revendiquant le droit à l'altérité. Une de ses figures de proue, P. Deegan définit, dans les années 90, le *recovery* comme :

Un processus dont le but n'est pas de devenir « normal », le rétablissement est selon elle une façon de vivre, une attitude et une façon de relever les défis de la vie de tous les jours (. . .). C'est l'aspiration à vivre, à travailler, à aimer, et ce dans une communauté à laquelle il est possible de prendre sa place pleine et entière (cité dans Le Cardinal et al., 2013, p. 367).

En écho à P. Deegan, Provencher comprend le rétablissement comme une expérience de transformation subjective et singulière, une redécouverte de soi et de ses possibilités, et l'espoir d'une vie meilleure, dans un état de conscience des préjugés sociétaux :

les personnes utilisatrices ont souligné la subjectivité et la singularité de l'expérience du rétablissement. La personne en voie de rétablissement se transforme conformément à ses valeurs et selon son propre rythme. Des changements se manifestent entre autres, par une redécouverte du soi et de ses nouvelles possibilités d'agir sur l'environnement, une responsabilité renouvelée face à la construction de projets de vie significatifs, l'espoir d'une vie meilleure et une prise de conscience individuelle et collective face aux préjugés sociaux liés au trouble mental. (Provencher, 2002, p. 35).

Le rétablissement, en tant qu'expérience subjective, se distingue du paradigme biomédical de la guérison. Aussi, bien que considérée malade au sens médical du terme, une personne peut être en voie de rétablissement ou rétablie car éprouvant de nouveau un bien-être, car de nouveau active et détachée d'une identité de malade :

Contrairement au préjugé médical traditionnel qui conditionne la reprise d'une vie active et la restauration du bien être à la guérison (ou du moins à la rémission des troubles), il s'avère en réalité possible de « sortir de la maladie mentale » sans pour autant attendre que maladie ait complètement disparu – ce qui importe quand il s'agit d'une maladie chronique –, à condition que la personne parvienne à se dégager d'une identité de « malade psychiatrique » et à recouvrer une vie active et sociale, en dépit d'éventuelles difficultés résiduelles. Telle est la thèse innovante du rétablissement. (Pachoud, 2018, p. 166).

Il existe ainsi une absence de corrélation entre ce qu'il se passe au niveau de la maladie et le vécu de la personne, « une disjonction entre l'évolution de la maladie et le devenir de la personne, lequel s'avère moins corrélé qu'on l'imagine à l'évolution de la maladie, notamment car leurs déterminants respectifs sont différents » (Pachoud, 2018, p. 166).

Ainsi, le rétablissement constitue-t-il une transformation menant à un nouvel équilibre, la production de normes nouvelles propres à la personne, lui permettant de vivre au mieux dans son environnement, mais en aucun cas, un retour à un état antérieur ou une recherche de normalité.

Ce changement de paradigme est sous-tendu par une remise en question de la distinction traditionnelle et binaire entre le normal et le pathologique (Canguilhem, 2009) et l'affirmation du droit à la différence. Les membres du réseau des entendeurs de voix (REV) par exemple, refusent l'étiquette de déficience et revendiquent une sensorialité différente (Golf et al., 2020). Cette affirmation est soutenue par le développement du concept de neurodiversité (Chamak, 2015). Cette nouvelle approche marque également un déplacement de la centration sur la maladie à la centration sur la personne : « un déplacement des préoccupations autour de la maladie et des traitements, vers ses conséquences fonctionnelles et sociales pour un individu donné » (Roelandt, 2015 p. 71).

2.1.5.2 Déploiement de l'approche rétablissement : forces et limites

L'approche « rétablissement » a commencé à se développer en France dans les années 2010, dans le cadre de programmes tels que « Médiateurs santé pairs », « Un chez-soi d'abord » ou encore le programme européen Emilia (Jouet, 2016), cependant, de l'avis de certains, « elle est encore partiellement marginale dans la vie du « secteur » (Laval, 2017, p. 1). En effet, elle suscite encore certaines réticences :

La perspective du rétablissement en santé mentale commence enfin à susciter en France de l'intérêt, mais aussi des questions voire des réserves, comme en témoignent des publications récentes, alors que cette approche, commencée et développée dans le monde anglo-saxon depuis la fin des années 1980, y est considérée par beaucoup comme un véritable tournant paradigmatique en santé mentale, invitant à une transformation profonde des pratiques et de l'organisation des services, et annonçant à ce titre une nouvelle étape dans l'histoire de la psychiatrie et des soins en santé mentale (Pachoud, 2018, p. 165).

Malgré tout, il y a peu, un centre de formation reposant sur une démarche de rétablissement a vu le jour en France. En 2017, le premier CoFor a été créé à Marseille, sous l'impulsion d'un collectif d'acteurs (l'ARS PACA, l'Association Solidarité Réhabilitation, l'Institut Régional du Travail Social, l'APHM – Aix Marseille Université). Il s'agit de la déclinaison française des *Recovery College*, dont le premier fut créé à Londres en 2009 et que l'on retrouve désormais en nombre au Royaume-Uni, aux Etats-Unis et au Canada mais aussi au Japon, en Russie et en Ouganda (Solidarité Réhabilitation pour sortir du labyrinthe, s.d.). Le CoFor est un « Centre de Formation dédié au Rétablissement, visant à aider les personnes ayant ou ayant eu des troubles psychiques à s'aider elles-mêmes en développant des pratiques de rétablissement » (CoFor, s.d.). Le vocable « CoFor » contient la notion de co-formation, qui signifie que les contenus de formation sont co-élaborés par les « facilitateurs » (CoFor, s.d.) et les participants. De plus, l'ensemble du dispositif, de la conception des modules aux

interventions, est géré par des experts d'expériences, personnes concernées ou ayant été concernées par des troubles de santé mentale. Le CoFor s'appuie ainsi à la fois sur les savoirs expérientiels des étudiants et de ses facilitateurs, coordinateurs. Enfin, le CoFor se veut un espace distinct des structures de soin ou autres (hôpital, Groupe d'Entraide Mutuelle ...) au sein duquel les participants « troquent » les statuts d'utilisateur, de patient, de malade contre celui d'étudiant : « au CoFoR, la personne concernée est étudiante, co-constructrice de la formation et acteur de son propre rétablissement » (CoFor, s.d.).

A Lille, depuis 2018, un CoFor est également en voie de création avec le concours d'une variété d'acteurs : des associations d'utilisateurs, des acteurs de la santé (EPSM Lille Métropole, CHRU Lille, MGEN), du secteur médico-social (Crehpsy Hauts-de-France) et social (IRTS Hauts-de-France) ainsi que le Conseil Lillois de Santé Mentale (Centre de ressources pour le handicap psychique, 2019)

2.1.5.3 Intégration du rétablissement dans les politiques de santé mentale hors de France

Enfin, dans plusieurs pays anglosaxons, le rétablissement a été mis au cœur des politiques de santé : « un nombre croissant de politiques nationales de santé mentale [sont] centrées aujourd'hui de manière explicite sur le rétablissement (États-Unis, Canada, Royaume-Uni, Australie, Nouvelle-Zélande) » (Greacen & Jouet, 2013, p. 360).

En conclusion, c'est véritablement depuis la fin du 20^{ème} siècle qu'on assiste à un mouvement, porté par des usagers, des professionnels de santé, des chercheurs et les pouvoirs publics, promouvant la reconnaissance d'un usager de la santé mentale, acteur de son rétablissement. Cependant, il apparaît que cette reconnaissance est encore limitée, tout au moins en France. En effet, si les GEM et autres groupes d'autosupports semblent s'être multipliés ces vingt dernières années, la mise en œuvre de l'ETP apparaît réduite en psychiatrie, et faiblement co-construite. Enfin, si le paradigme du rétablissement se répand à l'étranger, en France, il semble encore cantonné à des expériences isolées.

2.2 Emergence d'un usager en santé mentale, partenaire réflexif du système de santé ?

Dans le prolongement de l'émergence et de la reconnaissance d'un usager de la santé mentale, acteur de son rétablissement, on assiste au développement de coopérations entre des usagers professionnalisés et les acteurs du système de santé. De plus, le modèle de Montréal, promeut, au niveau de la relation de soin, le développement d'une relation partenariale dans laquelle le patient serait considéré comme un sujet soignant. Néanmoins, au quotidien, les coopérations d'utilisateurs professionnalisés avec les équipes de soin et au sein de la relation de soin ne vont pas de soi.

2.2.1 Professionnalisation et mobilisation de patients partenaires

Dès 2010, en France, des formations à destination des patients voient le jour, visant à leur permettre de transformer leur expérience de la maladie en expertise, et de devenir ainsi des partenaires du système de santé en tant que patients formateurs ou pair-aidants.

2.2.1.1 Professionnalisation de patients formateurs et de pair-aidants

La reconnaissance des patients comme acteurs détenteurs de savoirs expérientiels pertinents pour l'auto-soin mais aussi pour le système de santé, prend véritablement corps, en France, en 2010, avec la création par C. Tourette-Turgis de la première université des patients, avec pour objectif de « concevoir et (d') animer des parcours diplômants à destination des personnes atteintes d'une maladie qui désirent transformer leur expérience vécue de la maladie en expertise au service de la collectivité » (Université des patients, s.d.). Notons que c'est « la première université au monde qui forme et diplôme des malades des maladies chroniques, en prenant en compte la validation de leur expérience acquise au détour de la maladie et de leurs soins » (Université des patients, s.d.). Depuis, les universités proposant des formations à destination des patients « fleurissent » en France. Nous avons identifié : l'Université des Patients de Marseille, l'Université de médecine de Montpellier, l'Université des Patients de Bordeaux (cette dernière lance sa première formation à la rentrée 2021), le Département universitaire des patients de l'Université Grenoble Alpes (DUPGA), l'Université Lyon 1 et enfin, le CCOMS.

L'offre de formation examinée vise à former des patients formateurs en ETP, des patients formateurs de professionnels de santé et des patients pair-aidants.

Les universités de patients de Paris (Université des patients, s.d.), Montpellier (Université de Montpellier – Faculté de médecine Montpellier-Nîmes, s.d.), Grenoble (Université Grenoble Alpes, s.d.) proposent des Diplômes Universitaires (DU) en ETP, Marseille (Unité Mixte de Formation continue en Santé Aix Marseille Université, s.d.), un Certificat Universitaire (CU), s'adressant à des patients atteints de maladies chroniques et ne sont pas spécifiques à la santé mentale. Elles s'adressent à un public mixte de patients et de professionnels de santé (sauf à Marseille).

En ce qui concerne la formation des professionnels de santé, nous avons identifié deux formations de formateurs proposées aux usagers, quels qu'ils soient : la « Formation de Patientes et de Patients formateurs occasionnels dans les formations de soignants » proposée par l'Université des Patients de Paris dans le cadre d'une « Master Class » (formation non diplômante de 55 heures) (Université des patients, s.d.) et un DU de « Patient formateur au parcours en soins chroniques » proposé par l'Université des patients de Bordeaux dont la première promotion se formera à partir de septembre 2021 (Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, s.d.).

Pour ce qui est de la pair-aidance, les principales formations diplômantes que nous avons trouvées et s'adressant spécifiquement à des usagers de la santé mentale sont celles proposées par l'Université de Lyon 1, qui propose un DU « Pair-aidance » (Université Claude Bernard Lyon 1, s.d.) depuis 2019 et le CCOMS, qui offre la possibilité de réaliser une licence de « Médiateur de santé pair » (MSP). C'est le CCOMS, qui, le premier, s'inspirant d'expériences étrangères telles que les *peer-support workers* étatsuniens nés dans les années 80 et les pair-aidants québécois, expérimentait en 2012, avec l'université de Paris 8, la mise en place d'un DU de Médiateur de Santé pair. Le médiateur de santé pair est intégré dans une équipe hospitalière ou médico-sociale et a

un rôle complémentaire des autres professionnels, que ce soient les infirmières, les psychiatres ou les assistantes sociales [...]. Il apporte un autre regard sur la maladie mentale auprès des équipes soignantes mais aussi des patients : il leur insuffle l'espoir qu'un rétablissement est possible. (Université Sorbonne Paris Nord, s.d.)

Depuis 2019, le DU a laissé la place à une Licence en Sciences sanitaires et sociales, parcours Médiateur de santé-pairs (Université Sorbonne Paris Nord, s.d.). L'Union Francophone des Patients Partenaires (UFPP) propose une formation à la pair-aidance « Devenir patient/aidant partenaire » non diplômante à tous les patients atteints de maladies chroniques quelle qu'elles soient (Union Francophone des Patients Partenaires, s.d.).

Notons que ces formations à la pair-aidance mettent en avant leur prise en compte des savoirs expérientiels des patients. C'est le cas de la licence MSP : « Cette formation [...] souhaite accorder une plus grande légitimité aux savoirs expérientiels, acquis à travers l'expérience de troubles psychiques afin de faire évoluer les pratiques de soins vers une plus grande prise en considération des patients » (Université Sorbonne Paris Nord, s.d.). Un des objectifs de formation dans le cadre du DU de pair-aidance de Lyon est de : « Savoir transposer des éléments de son expérience du rétablissement en compétences transmissibles » (Université Claude Bernard Lyon 1, s.d.).

En France, on constate ainsi le développement d'une offre de formation variée (diplômante ou non, diplômes et durées variés, visant la professionnalisation d'acteurs aux noms variés également) **s'adressant aux usagers de la santé mentale**, inscrite dans une dynamique de professionnalisation de ces derniers, en vue de réaliser des missions en tant que patient formateur de pairs dans le cadre d'ETP et formateurs de professionnels de santé mais aussi, en tant que pair-aidant. Leur légitimité repose sur « un savoir expérientiel de la maladie, du système de soins et du rétablissement » (Demailly, 2020, p. 38).

2.2.1.2 Mobilisation de patients formateurs de professionnels

Au 19^{ème} siècle, Charcot plaçait ses patientes sous hypnose pour mieux comprendre les paralysies hystériques. Un siècle plus tard, les usagers de la santé mentale semblent être passés du statut d'objet d'apprentissage à celui d'acteur de la professionnalisation des soignants.

Interventions ponctuelles d'usagers dans le cadre de conférences depuis les années 90

En France, dès les années 90, des écoles d'infirmières font intervenir des usagers dans le cadre de conférences (Jouet et al., 2010). Cette pratique est également répandue dans le monde anglosaxon, précurseur en la matière selon Novack, qui plus est, dans le domaine de la santé mentale : « Ce sont les anglophones qui ont initié ces pratiques mettant en interaction des patients comme formateurs de professionnels de santé dans le cadre de la santé mentale (Novack, 1992) » (cité dans Flora, 2014, p. 25). Notons qu'en 2009, dans le domaine de la santé mentale, la neuvième conférence européenne sur la formation et l'éducation en santé mentale qui s'est tenue le 10 septembre 2009 à Middlesex a fait intervenir des *Mental Health System Survivors* (survivants du système de santé mentale) afin de réaliser « un point d'étapes sur les opportunités d'apprentissage et les savoirs à délivrer à la fois aux soignants et aux usagers » (Jouet et al., 2010, p. 46).

Inscription du point de vue du patient dans la formation initiale d'infirmiers en santé mentale en Australie

En France, dès 1997, des médecins généralistes enseignants de l'Université de Paris 7, intégraient des patients experts dans les cursus d'enseignements initiaux. Cependant la reconnaissance de ces usagers demeurait limitée, leurs interventions n'étant pas rémunérées la plupart du temps et aucun statut professionnel ne leur étant attribué (Jouet et al., 2010, pp. 46-47).

En revanche, une initiative australienne va plus loin. Des acteurs de la santé mentale souhaitant inscrire véritablement les usagers dans la formation des professionnels ont mis en place, en 2000, un partenariat entre le *Centre for Psychiatric Nursing (CPN)*³⁶ et le *Melbourne Consumer Consultants' Group (MCCG)* (Middleton et al., 2009)³⁷ pour la création d'une fonction de *consumer-academic* ou « usager universitaire » ayant pour mission principale l'enseignement aux étudiants infirmiers de troisième cycle. Il s'agissait d'intégrer dans la formation des infirmiers, la perspective du patient et cela, de façon durable et systématique. La création de la fonction de *consumer-academic*, co-acteur de toutes les étapes de cet enseignement, de la conception à l'évaluation, en passant par l'animation, répondait à ce besoin : « *Collaboration requires the involvement of consumer and professional researchers at all stages of the process, including conception and inception. The consumer academic position provides a framework within which consumer involvement can be secured at all stages of the process* »³⁸ (Happell & Roper, 2009, p. 578).

Par ailleurs, l'intégration du point de vue du patient s'affirme à travers la construction d'un même module autour des deux perspectives, celle du patient et celle de l'infirmier, lesquelles peuvent être diamétralement opposées : « *the structure of the subject (half consumer content, half nursing/psychiatry content), remaining as two sometimes mutually exclusive perspectives [...]* » (Happell & Roper, 2009, p. 577). Le but est de susciter la prise de conscience de la nécessité de problématiser sa pratique, en l'éclairant de la perspective des patients : « *[...] ideally left students needing to be aware that "problematising" accepted practice in the light of a consumer perspective, or even a human rights perspective, is a necessary part of psychiatric nursing*³⁹ » (Happell & Roper, 2009, p. 577). Au bout d'environ 8 ans d'existence, Happell constatait par ailleurs l'impact du *consumer-academic* dans le programme

³⁶ The CPN is funded by the Mental Health Branch, Department of Human Services. The CPN is a joint initiative between the School of Nursing, The University of Melbourne and the NorthWest Mental Health Program. (Happell & Roper, 2009, p. 575)

³⁷ « Les consultants usagers sont des personnes qui ont souffert d'une maladie mentale nécessitant un traitement dans un établissement public et qui sont employées dans les services publics de santé mentale pour faire valoir le point de vue des consommateurs » (Middleton et al., 2009).

³⁸ Traduction : « La collaboration nécessite l'implication des usager universitaires et des chercheurs professionnels à toutes les étapes du processus, y compris la conception et le lancement. La position de l'usager universitaire fournit un cadre dans lequel sa participation peut être assurée à toutes les étapes du processus. »

³⁹ Traduction : « la structure du sujet (moitié contenu consommateur, moitié contenu infirmier/psychiatrique), restant comme deux perspectives parfois mutuellement exclusives [...] dans le but de susciter la prise de conscience de la nécessité de problématiser sa pratique, en l'éclairant de la perspective des patients " [...] a idéalement laissé aux étudiants le besoin de prendre conscience que "problématiser" une pratique acceptée à la lumière de la perspective du consommateur, ou même des droits de l'homme, est une partie nécessaire des soins infirmiers psychiatriques. »

d'enseignement des infirmiers, par l'évolution des intitulés de modules d'enseignement : « Psychopathologies en contexte » est devenu « Diagnostic psychiatrique, évaluation et paradigmes de l'utilisateur » et au module « Soins infirmiers psychiatriques communautaires » est venu s'ajouter la « réhabilitation psychosociale et participation des usagers ». Enfin, aujourd'hui, il existe parmi les modules fondamentaux du programme de formation, un module indépendant, intitulé « Perspective de l'utilisateur : théorie et pratique » (The University of Melbourne, s.d).

Développement de la contribution de patients formateurs à la formation initiale des étudiants de la Faculté de Médecine de Montréal

Au Canada, dans le cadre de la mise en œuvre du partenariat patient (Modèle de Montréal), la Faculté de médecine de l'Université de Montréal mobilise des patients formateurs auprès des étudiants. Ces patients enseignent mais contribuent également à la construction des enseignements ou encore au mentorat des étudiants (Flora, 2015, p. 114). En 2015, Luigi Flora en comptait 175, aujourd'hui, la faculté en dénombre plus de 200 (Université de Montréal, s.d.).

Développement de la contribution des patients à la formation continue des professionnels de la santé mentale

En Europe et plus particulièrement en France, plusieurs dispositifs permettent l'implication des usagers de la psychiatrie dans la formation des professionnels de santé et du social depuis les années 2000.

On note tout d'abord qu'au Royaume-Uni, en 2007, un réseau de formateurs et de consultants ayant une expérience de troubles psychiques, implanté à Sheffield, *SUST (Sheffield User Survivor Trainers)* a vu le jour. Il propose des formations de formateurs et des formations en santé mentale à des soignants et des travailleurs sociaux aussi bien qu'à des usagers (Sheffield Directory, s.d.).

Par ailleurs, le programme Emilia (2005-2010), projet de recherche porté par seize partenaires européens issus de douze pays différents dont la France, visait l'articulation de « la lutte contre les freins à l'inclusion sociale et professionnelle avec un programme de formation tout au long de la vie fondé sur le rétablissement, l'empowerment et le vécu de la maladie » (Jouet, 2013, p. 71). Il a donné l'opportunité à des usagers de la psychiatrie de toute l'Europe, de s'impliquer dans la conception et l'animation d'un programme de formation ayant pour objectif de « favoriser le développement de compétences en matière d'observance du traitement, de prendre soin de soi, d'autodiagnostic des symptômes, de connaissances du système sanitaire, social et d'insertion professionnelle des usagers des services psychiatriques » (Jouet, 2013, p. 74). Les publics visés par cette formation étaient principalement des pairs mais des « formations conjointes » s'adressaient à la fois à des usagers et des professionnels soignants dans le but de créer une culture commune (Jouet, 2013, p. 74).

L'expérience Emilia a été prolongée en France, par la création de « Formation Et Recherche – FER », dispositif porté par le Centre Hospitalier Maison Blanche puis le GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, qui permet, depuis dix ans, à des professionnels de santé et des

travailleurs sociaux de se former auprès d'usagers (impliqués dans l'élaboration des contenus et l'animation) sur des thèmes touchant à « l'empowerment, à la psychiatrie citoyenne et à la promotion de la santé mentale » (GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, 2020). Au-delà FER met en place des projets de recherche en formation.

En France, dès 2014, l'organisme Alfapsy, spécialisé dans la sensibilisation du monde professionnel à la santé mentale (Alfapsy, s.d.), mettait en place des modules de formation mobilisant des binômes de formateurs associant, professionnels du domaine de la psychopathologie et formateurs usagers de la psychiatrie. Cette pratique semble être en expansion si l'on en croit les chiffres annoncés : « En 2017, 15 modules de formation proposés par Alfapsy ont été dispensés par des binômes sur 32 modules organisés sur l'année [...] En 2018, 30 des 56 modules de formation (soit plus de 53 %) ont été dispensés par des binômes » (Jouet et al., 2019, p. 216).

Les usagers sont également sollicités dans la conception et l'animation de modules de diplômes universitaires à destination des professionnels de santé. C'est le cas du DU « Rétablissement en santé mentale : soins et accompagnement, de la précarité à l'inclusion sociale » proposé par l'Université de Paris et destiné aux médecins et tout autre professionnel paramédical, dans lequel un module s'intéresse exclusivement au vécu des patients : Les personnes vivant avec un trouble psychique, auteurs de leur rétablissement : Le rétablissement tel qu'il est théorisé et vécu par les personnes vivant avec un trouble psychique » (Université Paris Cité, s.d.)

De même, le CCOMS propose un Diplôme Inter-Universitaire (DIU) (Paris-Lille-Marseille) « Santé mentale dans la communauté : études et applications » aux professionnels médicaux et paramédicaux, mais aussi aux chercheurs en sciences humaines et aux professionnels des collectivités territoriales, des services déconcentrés de l'Etat et du secteur associatif. Parmi les intervenants, on trouve des médiateurs de santé pairs (EPSM Lille Métropole, s.d.).

Au-delà, des usagers sont également intégrés dans les équipes pédagogiques de formations de pair-aidants. Dans le cadre du DU de pair-aidance de Lyon, évoqué précédemment, deux intervenants sont médiateurs de santé pairs (MSP) par exemple.

Nous n'avons, cependant, pas trouvé de traces d'intervention de patients comme animateurs d'ateliers d'ETP ou de psychoéducation (terminologie utilisée en santé mentale désignant les ETP), malgré la possibilité de se former à l'ETP évoquée précédemment et « la porte ouverte » du GHU Paris Psychiatrie Neurosciences, qui indique sur sa page dédiée à l'ETP que : « Les programmes sont conçus par des équipes de soins pluri-professionnelles pouvant faire appel à des patients partenaires et des associations d'usagers, afin de répondre à l'ensemble des besoins exprimés par les usagers » (GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, 2020). Ce constat est à relier à celui du faible développement des ETP en psychiatrie évoqué précédemment.

Nous retiendrons ici que depuis les années 90, en France et dans le monde, des initiatives visant à inscrire durablement les usagers de la psychiatrie dans la professionnalisation des professionnels soignants et cela, dès la formation initiale, se développent. Ces évolutions font dire à L. Flora qu'on assiste véritablement à l'émergence d'un métier de patient formateur

(Flora, 2014).

2.2.1.3 Mobilisation de patients co-chercheurs en santé mentale

Aux Etats-Unis, les usagers de la psychiatrie sont actifs dans le domaine de la recherche depuis les années 80 comme le montrent les travaux de J. Campbell portant sur les facteurs facilitants ou interférant avec le bien-être des personnes utilisatrices (Campbell & Shraiber, 1989) (cité dans Provencher, 2002).

Au Canada, depuis 2013, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) financent l'implication des patients dans l'élaboration des priorités de recherche et dans la réalisation des recherches, qui concernent aussi la santé mentale :

Des groupes de deux à trois patients chercheurs sont régulièrement sollicités pour donner leur avis sur les orientations de recherche élaborées par les IRSC. De plus, depuis 2013, un projet de structuration de l'engagement des patients et des citoyens est en cours d'élaboration à l'échelle nationale pour accompagner les équipes de recherche qui désirent intégrer des patients chercheurs dans leur projet de recherche afin qu'ils puissent le faire dans les meilleures conditions (Pomey et al., 2015, p. 47).

Parmi les recherches lancées, on trouve : « l'analyse de l'impact de différentes stratégies d'implantation de PSS40 sur les équipes de cancer et de santé mentale, sur les patients (expérience de soins, qualité et sécurité), les équipes professionnelles (satisfaction, efficacité, efficience) et les organisations » (Pomey et al., 2015, p. 48) ou bien encore l'étude de la perception des patients, des intervenants et des gestionnaires sur « la co-construction du partenariat au travers de programmes de prévention et de gestion des maladies chroniques au sein des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) afin d'évaluer le processus de co-construction et son impact sur les populations visées » (Pomey et al., 2015, p. 48).

Par ailleurs, en Australie, les activités de certains des usagers en santé mentale impliqués dans la formation peuvent être associées à une activité de recherche. C'est le cas par exemple des *consumer academics*, évoqués précédemment, associés à la recherche, dès leur avènement en 2000. Parmi les dernières recherches de Cath Roper, la première *consumer academic*, on trouve notamment une étude sur les pratiques non-coercitives en santé mentale et un projet de réduction de l'isolement et de la contention (The University of Melbourne, s.d.).

En France et dans les pays européens partenaires, dans le cadre du projet Emilia (2005-2010), les usagers sont considérés comme « des co-chercheurs et des co-formateurs, c'est-à-dire actifs et contributeurs dans l'intervention et la recherche » (Jouet, 2013, p. 73). Dans le cadre de deux recherches développées avec les patients « Gestion de la douleur dans les Centres Médico-Psychologiques » à Maison Blanche et « Enquête sur les représentations et pratiques de la ville des usagers des services de santé mentale », ces derniers ont été formés à « l'administration des questionnaires, ont participé à l'analyse des données et ont présenté les résultats dans des conférences publiques » (Jouet & Greacen, 2010).

Plus récemment en France, le Centre d'Innovation du partenariat avec les patients et le public

⁴⁰ PPS: Partenariat Soignant Soigné

(CI3P) de l'Université Côte d'Azur a lancé un groupe de recherche interdisciplinaire associant professionnels de santé, chercheurs en sciences humaines et sociales et patients experts, CHERPA (pour CHERcheur-PATient) :

À l'intersection de plusieurs disciplines, CHERPA s'est créé avec pour objectif, l'étude des savoirs expérientiels en santé, ainsi que l'élaboration d'un programme de recherche avec des patients experts (actuellement sur la douleur en collaboration avec la Fédération hospitalo-universitaire INOVRAIN) afin de mettre en lumière certains mécanismes qui ne peuvent se comprendre qu'en prenant en compte la complexité du vécu du sujet confronté à une maladie, douleur, incapacité chronique ou handicap. Il s'agit d'élaborer des connaissances en vue de propositions théoriques sur la maladie et la santé, ainsi que d'améliorations des évaluations et des prises en soin (Centre d'Innovation du Partenariat avec les patients et le Public, 2020).⁴¹

Aussi voit-on se développer la figure d'un usager de la santé mentale co-chercheur, un peu partout dans le monde depuis les années 80. Notons cependant que la coopération dans le domaine de la recherche peut prendre différentes formes. O. Las Vergnas s'est interrogé sur « les régimes d'engagement » des malades reconnus comme co-chercheurs et en a dégagé deux grands types, délimités par le degré de réflexivité engagé. Dans le premier, les malades sont de « simples collecteurs de données personnelles », alors que dans la deuxième, leurs capacités réflexives sont sollicitées « dans d'autres phases que la collecte ou le premier traitement des données » (Las Vergnas, 2014, p. 116).

2.2.1.4 Intégration de médiateurs de santé pairs et pair-aidants dans les équipes de soin

Pour l'heure, les MSP représentent une poignée de personnes en France. Sur 64 étudiants ayant intégré les promotions de 2012 et 2018, 36 exercent à l'heure actuelle comme MSP et dans le cadre de la promotion 2019, 32 personnes sont actuellement en emploi et formation (Hude & Pinet, 2020, p. 528). Cependant, comme le soulignent la chargée de mission du programme « médiateurs de santé-pairs » et une médiatrice de santé-pair : « Aucun programme de ce type n'avait montré un si fort taux de retour à l'emploi chez les personnes qui en étaient éloignées du fait de l'existence de troubles psychiques » (Staedel & Hude, 2020). Pour ce qui est des pairs-aidants, nous n'avons pas trouvé de chiffres au niveau national, cependant la plateforme « Promotion et du Développement du Travail Pair en région Auvergne-Rhône-Alpes » recensait pour sa région 13 pair-aidants dans les établissements de santé mentale (Martin & Schweitzer, 2021, pp. 9-11).

2.2.2 Promotion de l'instauration d'un partenariat réflexif dans la relation de soin

2.2.2.1 D'une relation paternaliste à une relation partenariale : le modèle de Montréal

Un pas de plus est franchi selon nous avec l'émergence du modèle de Montréal, lequel, au-

⁴¹ « Le Centre d'Innovation du Partenariat avec les patients et le Public (CI3P) est une nouvelle entité créée en 2019 au sein du département d'enseignement et de recherche de médecine générale (DERMG) à la Faculté de médecine de l'Université Côte d'azur grâce au leadership du doyen, Patrick Baqué. Elle à l'originalité en France d'être codirigée par un médecin, David Darmon et un patient, Luigi Flora, tous deux titulaires d'un doctorat. » CHERPA, pour « CHERcheurs & PATients », est un groupe de recherche pluridisciplinaire au sein de l'axe Santé du Laboratoire d'Anthropologie et de Psychologie Cliniques, Cognitives et Sociales.

delà de la promotion et mobilisation de patients partenaires professionnalisés (formateurs, co-chercheurs, pair-aidants) propose un paradigme de partenariat étendu à la relation de soin du « simple » patient avec un ou des professionnels soignants. Ce modèle, qui s'appuie sur les théories du *self management* et de l'ETP, se développe au début des années 2010 au Canada, puis dans d'autres pays francophones (Belgique et Suisse) et entre en France, très récemment, via l'Université de médecine Provence-Alpes-Côte d'Azur avec la mise en place en 2019 du Centre d'Innovation du Partenariat avec les Patients et le Public (CI3P) (Centre d'Innovation du Partenariat avec les patients et le Public, 2020).

Du statut de patient au statut de soignant partenaire

Les années 50, 60, 70 ont été marquées par des découvertes scientifiques qui ont donné à croire que la médecine pouvait tout. Dans ce contexte, une relation paternaliste s'est installée puis imposée entre le soignant et le patient. Dans ce modèle, le soignant est l'expert, « qui va le prendre en charge (le patient) et résoudre son problème de santé grâce à la science » alors que le patient est installé dans une posture passive (Dumez, 2017). Dans les années 80, une remise en question de ce modèle a lieu sous l'impulsion des usagers mais aussi, de professionnels de santé, en lien notamment avec le développement d'une approche holistique du patient dans ses dimensions biopsychosociales (Engel, 1977). Dans ce modèle, « la personne doit primer sur la maladie et il faut privilégier une approche plus interdisciplinaire du soin pour assurer une prise en charge efficace » (Dumez, 2017). Cette approche élève au premier plan les sciences sociales et humaines « dont le leadership va être principalement assuré par les disciplines autres que médicales comme les sciences infirmières ou encore la réadaptation » (Dumez, 2017). Dans ce modèle, le médecin collabore avec les autres professionnels du soin ou du social, pour le bien du patient mais pas encore avec lui. Dans le modèle de Montréal, le partenariat de soin implique de « considérer le patient comme un soignant et un membre à part entière – un partenaire – de l'équipe de soins » (Pomey et al., 2015, p. 42).

De l'exclusivité du savoir médical à l'intégration des savoirs expérientiels dans le soin

Dans un modèle paternaliste ou centré sur le patient, les savoirs médicaux sont prépondérants voire les seuls admis. D'ailleurs pour P. Barrier, c'est sur « la mise à l'écart du savoir expérientiel du malade que se fonde l'autorité médicale » (Barrier, 2010, p. 102) et « la prétention à l'exclusivité d'un savoir tendant à une rationalité et une scientificité en perpétuelle évolution » (Barrier, 2010, p. 102). Le partenariat dans le modèle de Montréal inclut les savoirs subjectifs dans une co-construction du soin : « Une décision et des actes de soins de qualité reposent sur les connaissances scientifiques des professionnels et les savoirs expérientiels des patients issus de la vie avec la maladie » (Pomey et al, 2015, p. 42). Au sein du modèle, les savoirs expérientiels des patients sont définis comme « issus du vécu de ses problèmes de santé ou psychosociaux, de son expérience et de sa connaissance de la trajectoire de soins et services, ainsi que des répercussions de ces problèmes sur sa vie personnelle et celle de ses proches » (Pomey et al, 2015, p. 42).

D'influencé à influenceur

Ce statut et cette compétence font passer le patient d'une position d'influencé à celle

d'influenceur : « Un patient qui devient progressivement un « soignant » compétent qui doit influencer les intervenants dans leurs actions, autant individuellement que collectivement » (Flora et al., 2015, p. 104). Ce nouvel équilibre doit ainsi favoriser un partage plus équitable du leadership : « Le patient doit pouvoir faire valoir son expérience, ses savoirs expérientiels afin de prendre part aux décisions le concernant et exercer un certain niveau de leadership, au même titre que les professionnels apportent leur expertise clinique » (Pomey et al., 2015, p. 42).

Du patient « exécutant » au sujet apprenant et à l'organisation apprenante

Alors que dans une relation paternaliste le patient est envisagé comme « l'exécutant » d'une prescription médicale, le modèle partenarial le conçoit comme un sujet apprenant, mais l'organisation de soin (incluant les professionnels soignants) se conçoit également elle-même comme apprenante :

Le patient comme un sujet apprenant qui s'insère dans une organisation de soins, laquelle devient elle-même apprenante dans le but d'améliorer la qualité de vie des malades atteints de maladies chroniques et la qualité des soins comme l'accessibilité, la continuité, l'efficacité, la coordination et la sécurité. (Pomey et al., 2015, p. 43)

Le partenariat tel que conçu dans le modèle de Montréal, apparaît ainsi fondé sur une réciprocité réflexive entre soignants et soignés.

2.2.2.2 La formation des infirmiers à la collaboration dans le soin

Afin de promouvoir, ce modèle, l'Université de Montréal intègre depuis 2011 des patients formateurs à sa formation « Collaboration en sciences santé (CSS) » qui doit permettre aux étudiants de 13 disciplines différentes des sciences de la santé et sciences psychosociales dont les sciences infirmières (Brault, 2015) de développer des compétences de collaboration, avec les patients et les autres professionnels de santé (Pomey et al., 2015).

2.2.2.3 Evaluation des pratiques collaboratives en psychiatrie par des patients

Enfin, l'évolution paradigmatique amorcée dans le modèle de Montréal s'opérationnalise dans un programme, le Programme Partenaires de Soins (PPS) expérimenté en 2013-2014 auprès de quatre équipes de services spécialisés en santé mentale. Dans le cadre de ce PPS, des patients ressources sont intégrés à des comités d'amélioration continue (CAC), chargés d'évaluer le degré de pratiques collaboratives avec les patients et de proposer des actions de remédiation pour favoriser le partenariat. Ces patients ressources, usagers stabilisés, sont formés et accompagnés pour pouvoir agir à toutes les étapes du processus d'amélioration. Les résultats de cette expérimentation montrent l'applicabilité du modèle à la santé mentale et les bénéfices retirés, à la fois du point de vue des patients mais aussi des gestionnaires cliniques et autres intervenants médico-sociaux (Flora et al., 2015). Il montre à la fois l'implication des usagers dans un partenariat avec les acteurs de la santé et le suivi de l'implémentation des pratiques collaboratives dans la relation de soin notamment.

2.2.3 Coopérations entravées

Cependant, certaines coopérations et formes de coopération ne vont pas de soi. La coopération

des pair-aidants et des équipes de soin n'est ainsi, pas toujours possible ou très difficile et la coopération réflexive, au sein de la relation de soin, fait l'objet de résistances, même chez ses promoteurs.

2.2.3.1 Coopérations difficiles d'usagers professionnalisés avec les équipes de soin

Qu'ils soient MSP ou pair-aidants, ces nouveaux acteurs du soin sont confrontés aux réticences soignantes et institutionnelles à leur intégration dans les services de soin, exacerbées en cas d'absence de consultation et de préparation des intéressés :

Lors de la première promotion, des équipes qui n'avaient pas été consultées par le directeur d'hôpital ou le chef de secteur ont pris ensuite les moyens de décourager le MSP, de l'empêcher de travailler ou de le pousser à la démission. Encore aujourd'hui, quand un chef de pôle ou d'un sous-ensemble s'engage dans une négociation sur la venue possible d'un MSP, il peut s'exposer à des réactions d'incompréhension et de refus, comme j'ai pu en avoir connaissance pour des unités intrahospitalières où je menais une enquête. Les soignants se sont sentis mis en cause dans leurs compétences par l'éventualité de l'arrivée d'un MSP dans le service » (Demailly, 2020, p. 42).

Ce constat de L. Demailly est complété par celui de Laval et Gardien :

De fait, nombreux sont les médiateurs santé-pairs témoignant être la cible de petites ou grandes disqualifications quotidiennes par des professionnels de leur équipe, des partenaires et des institutions (Gonzales et al., 2014). Ces professionnels ne souhaitent pas leur présence au sein de l'équipe, ne perçoivent pas leurs compétences et leur utilité, s'inquiètent de leurs vulnérabilités et les imaginent parfois même comme des concurrents à bas coût » (Laval & Gardien, 2020, p. 180)

Une étude menée dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, s'appuyant sur les témoignages de pair-aidants, met en exergue la souffrance de certains d'entre eux : « la majorité des travailleurs pairs que nous rencontrons sont en difficulté, voire en souffrance, au sens défini par Yves Clot d'« amputation du pouvoir d'agir » (1999), affectant l'identité des sujets » (Schweitzer, 2020, pp. 64-66).

Elle met en évidence les conditions défavorables qui ne facilitent pas la reconnaissance de ce travail :

Car si le travail pair se développe, c'est trop rarement dans des conditions qui en favorisent l'efficacité et la reconnaissance : statuts précaires, salaires peu élevés, fortes résistances des équipes à l'irruption de nouveaux professionnels non qualifiés (perçus, dans un contexte de gestion budgétaire contrainte, comme une menace pour les travailleurs qualifiés auxquels ils pourraient se substituer), cadres de mission flous, injonctions paradoxales en cascade (...) (Schweitzer, 2020, pp. 64-66).

Elle montre que les savoirs expérientiels sont peu ou pas reconnus :

Le caractère profane et individuel des savoirs expérientiels mobilisés par les pairs ne facilite pas leur légitimation dans un monde dominé par les savoirs académiques. L'injustice épistémique qui leur est faite se manifeste notamment dans leur réduction au statut de « simple témoignage » qui en minimise la portée politique, enjoins que sont les pairs à « raconter [leur] vie » (Schweitzer, 2020, p. 65).

Elle fait également apparaître les tentatives de normalisation dont leurs pratiques font l'objet par une :

reconnaissance conditionnée à la démonstration d'un professionnalisme imitant celui des intervenants traditionnels... [...] et l'injonction à la formation garantissant la « bonne distance » et l'orthodoxie de métier, par exemple, est fréquente, au risque de « formater » les pairs en standardisant leurs pratiques et de se priver, du même coup, de ce qui fait la spécificité de leur intervention (Schweitzer, 2020, pp. 64-66).

2.2.3.2 Coopération réflexive difficile dans la relation de soin

Par ailleurs, la mise en œuvre de la réciprocité promue par le modèle de Montréal se confronte à des résistances identitaires bien naturelles chez des professionnels de santé, formés à être les détenteurs du pouvoir de soigner. P. Karazivan (2014), médecin généraliste et co-directeur de la Direction collaboration et partenariat patient (DCPP) à Montréal évoque une situation dans laquelle, lui-même convaincu de l'intérêt du partenariat avec les patients, s'est senti « remis en cause » dans sa professionnalité, par un patient, lequel, non satisfait de la réponse médicale a poursuivi l'exploration des causes possibles de son trouble, par lui-même, et finit par en trouver l'origine. Dans cette situation, le médecin semble se sentir dépossédé de son travail : « Non seulement, il ne lâchait pas prise, mais il me disait comment faire mon travail, quels tests demander, quelles hypothèses méritaient d'être approfondies » (Karazivan, 2014, p. 5). Ce témoignage fait apparaître la répartition des tâches existant dans l'esprit du médecin, entre le patient et lui : au patient revient d'apporter le matériau à travers l'anamnèse et au médecin, revient de réaliser l'analyse, de poser les hypothèses et le diagnostic, dans lesquels s'exprime sa compétence.

Dans le modèle partenarial de Montréal, nous avons relevé comme indicateurs d'une évolution d'une relation paternaliste à une relation partenariale : l'évolution du statut du patient vers un statut de soignant, la prise en compte des savoirs expérientiels dans le soin, la possibilité du patient d'influencer le professionnel de santé et la considération du patient comme un sujet apprenant. Au vu du récit du docteur Karazivan, ces indicateurs pourraient être enrichis ou précisés, il nous semble, par la prise en compte de l'évolution de la répartition des opérations intellectuelles du soignant et du patient. Nous appuyant sur la taxonomie de Bloom (1956) révisée par Anderson et Krathwohl en 2001 (cité dans Stockless et al., 2020, p. 20), il nous semble que les activités intellectuelles, dans un modèle de relation paternaliste, se répartissent ainsi, entre le soignant et le patient. Dans un schéma de consultation sûrement caricatural, le soignant recueille des informations auprès du patient, son anamnèse (par le questionnement et l'observation) qu'il analyse (à l'aide de son savoir scientifique et expérientiel) et en fonction desquelles il posera un diagnostic et proposera un traitement. Les opérations intellectuelles du soignant peuvent être ainsi rapprochées des trois derniers niveaux de la taxonomie de Bloom : l'analyse, l'évaluation (le diagnostic) et la création (proposition d'un traitement adapté). Les opérations intellectuelles attendues généralement du patient, ils nous semblent, sont celles se situant au bas de la pyramide et correspondraient aux trois premiers niveaux de la taxonomie de Bloom : l'acquisition de connaissances (la mémorisation d'informations concernant le traitement), la compréhension (des enjeux du traitement etc.) et l'application (l'observance du traitement). Dans un modèle de coopération réflexive pleine et entière, les activités intellectuelles « supérieures » ne seraient plus l'apanage du soignant mais

relèveraient aussi du patient ou, paraphrasant O. Las Vergnas, la réflexivité du patient pourrait être engagée dans toutes les phases du soin (Las Vergnas, 2014, p. 116).

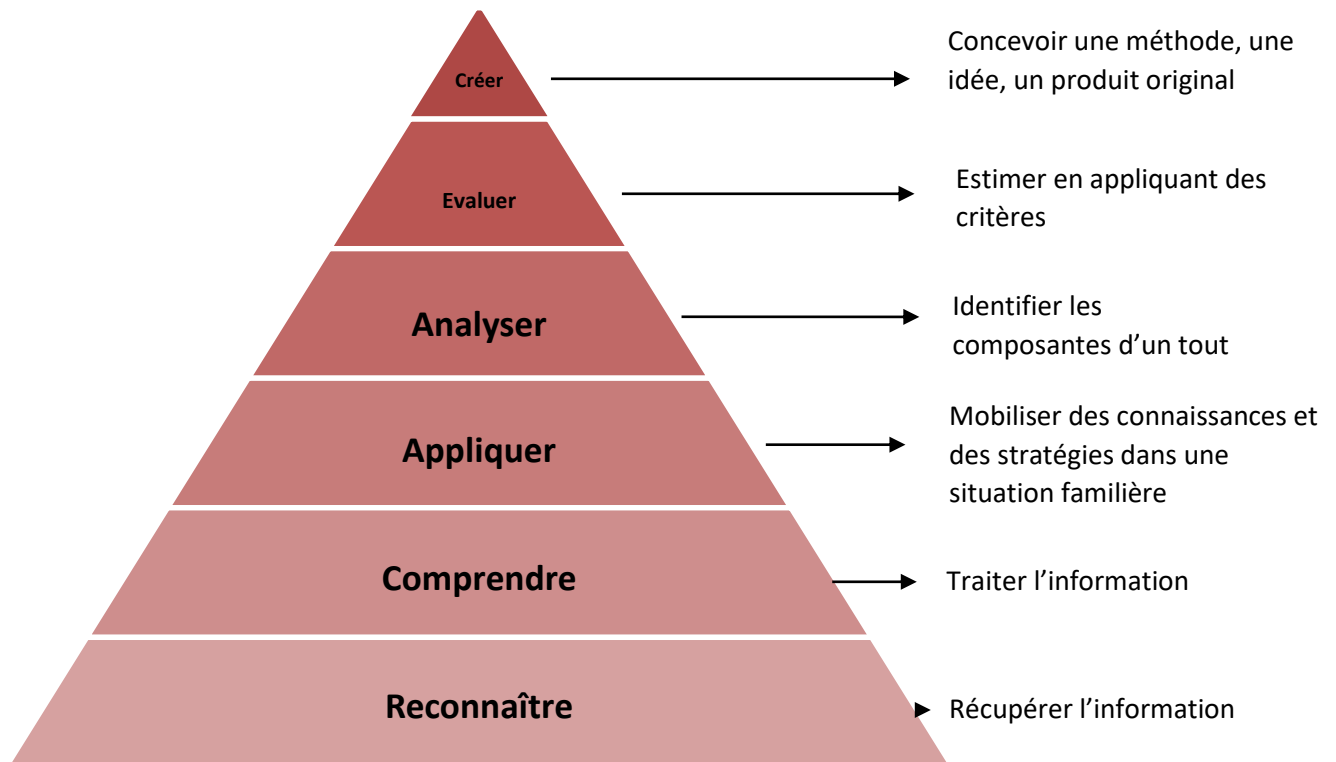


Figure 5 : Taxonomie de Bloom révisée par Anderson et Krathwohl en 2001

En conclusion, on assiste depuis la seconde moitié du 20^{ème} siècle et plus particulièrement depuis les années 80 à l'émergence progressive d'une figure d'usager en santé mentale, acteur de son rétablissement. Ce phénomène se prolonge dans le développement de coopérations effectives entre usagers professionnalisés, acteurs du système de santé et de la recherche mais aussi, dans la promotion de l'établissement d'un partenariat réflexif dans le cadre du colloque singulier, entre « simple » usager et soignant. Cette dynamique, comme nous l'avons entrevu, n'est pas sans susciter la résistance des soignants, quelles que soient leur profession (médecins, infirmiers ou autres) ou leur nationalité (canadiens ou français dans les exemples apportés), issue d'une perception de mise en concurrence et de remise en question de l'essence de leur professionnalité. A ces résistances, viennent s'ajouter des pratiques et comportements liés à la spécificité de la psychiatrie, qui nous semblent aller à l'encontre de l'idéal de coopérations décrit précédemment.

2.3. Des pratiques infirmières en psychiatrie, freins potentiels à la coopération réflexive avec les patients, dans la relation de soin

Aussi, examinerons-nous maintenant, certains des obstacles potentiels à ces coopérations dans le cadre de la relation de soin tels que : le potentiel maintien d'une relation de dépendance du patient vis-à-vis du soignant dans le cadre du soin, les relations de force pouvant s'établir entre infirmier et patient, sous la forme d'une contrainte manifeste et/ou discrète et enfin, la stigmatisation des usagers de la psychiatrie par les professionnels, dont les infirmiers.

2.3.1 Le potentiel maintien d'une relation de dépendance du patient vis-à-vis du soignant

L'établissement d'une relation de dépendance, considéré comme une étape nécessaire du soin et son possible maintien constituent un premier obstacle au développement de coopérations réflexives avec les patients en psychiatrie.

2.3.1.1 L'établissement d'une relation de dépendance : une étape nécessaire du soin

Dans leur étude, J.-P. Lanquetin et S. Tchukriel (2012) ont relevé et catégorisé les actes informels de soin réalisés par les infirmiers exerçant en hospitalisation temps plein. Un grand nombre de ces actes suggèrent une relation de dépendance du patient vis-à-vis du soignant. Ainsi en est-il tout particulièrement des fonctions « phorique ⁴², supplétive, amortissante, de disponibilité, protectrice, de permanence » (Lanquetin & Tchukriel, 2012). Cette perception de dépendance est renforcée par le rapprochement fait entre ces actes et des actes parentaux, plus particulièrement maternels, en référence à la psychanalyse de Winnicott et Kaës entre autres. Ainsi la fonction « phorique » est à rapprocher du holding de Winnicott (1963) : « Cette tenue, semblable au travail de la mère qui prend soin de son bébé, reconnaît implicitement la tendance du patient à se désintégrer, à cesser d'exister, à tomber pour toujours » (cité dans Delion, 2018). De même, la fonction « Préoccupation soignante primaire » est « une extension et une appropriation du concept de Préoccupation Maternelle Primaire de Winnicott » (Lanquetin & Tchukriel, 2012). D'autre part, des fonctions font explicitement référence à une image maternelle. Une « fonction maternante » est définie comme « l'action intentionnelle de rendre saillantes certaines caractéristiques de la fonction maternelle. Il s'agit de majorer, de surjouer ou de jouer sur des attitudes et des comportements qui visent à entourer, protéger, accompagner le patient » (Lanquetin & Tchukriel, 2012, pp. 206-207). Dans *Le Carnet soclecare*, elle est nommée « Activer du maternel » et définie comme « Entourer, protéger, accompagner... « border » l'angoisse, mettre des bords... » (Lanquetin & Tchukriel, 2015, p. 44).

Ces actes sont considérés comme des actes indispensables pour le soin et l'autonomisation des patients par des psychologues : « Les membres de l'équipe portent ce que le patient a pu déposer en eux. Il est alors aussi question de tenir ensemble sans être dans la contention et l'appropriation du patient. La fonction phorique n'est pas emprise mais condition de déploiement de la subjectivité » (Barthélémy, 2015, p. 14). C'est ce que pensent également M. Constantin-Kuntz et ses co-auteurs :

La dépendance est une notion centrale de la prise en charge des patients psychotiques en psychiatrie. Présente du fait de la structuration même des sujets qui la composent, elle sollicite l'institution dans une fonction de soutien [...] En effet, cette dépendance est nécessaire et exerce une fonction réparatrice pour le patient, en particulier lors de son arrivée en hospitalisation, lorsque des mouvements de régression appellent une relation symbiotique au corps soignant » (Constantin-Kuntz et al., 2014, p. 103).

⁴²« L'adjectif « phorique » nous vient du grec ancien (phorein) et veut dire « porter », aussi bien porter un petit enfant qui ne peut se porter tout seul, qu'un objet pour le déplacer d'un endroit à un autre » (Delion, 2018).

2.3.1.2 Le possible maintien d'une relation de dépendance et ses effets délétères

Cependant, pour M. Constantin-Kuntz et ses co-auteurs, ces actes devraient être déployés uniquement dans les moments où les patients sont le plus vulnérables, de façon transitoire, pour laisser place, dès que leur état le permet, à une relation plus symétrique : « un travail important de séparation doit être mis en œuvre dans la suite de la prise en charge, afin de favoriser les processus d'individuation et d'autonomisation » (Constantin-Kuntz et al., 2014, p. 103). Conserver une attitude maternante avec les patients pourrait engendrer des effets iatrogènes sous la forme d'une « pérennisation du lien de dépendance » et du « renforcement de la chronicité des troubles » (Constantin-Kuntz et al., 2014, p. 103).

De plus, faire évoluer son accompagnement vers une relation plus symétrique implique pour le soignant, de ne pas être dépendant du besoin de soigner : « Au sein de l'équipe soignante, nous avons pu repérer des phénomènes de codépendance lorsque le statut de soignant dépend inconsciemment du besoin de soin du patient » (Constantin-Kuntz et al., 2014, p. 98). Ce phénomène s'exprime chez les soignants par un « déni de l'altérité du patient : « Il ne pourra jamais s'en sortir tout seul », « s'il sort il va passer à l'acte » ..., ce qui favorise la dépendance institutionnelle » (Constantin-Kuntz et al., 2014, p. 98). L'existence de ces phénomènes d'interdépendance a conduit, au pôle de Courbevoie, à la mise en place d'un dispositif d'accompagnement visant « la désintrinsication des liens de dépendance, du côté de l'institution et du côté des patients, afin de permettre à ces derniers d'accéder à une certaine autonomie et d'investir une vie hors institution » (Constantin-Kuntz et al., 2014, p. 103).

2.3.2 Une relation de force entre contrainte manifeste et discrète

La coopération avec les patients dans la relation de soin est par ailleurs empêchée par la persistance et l'extension d'un soin sous contrainte manifeste et le « travail d'influence » pour la compliance réalisé par les soignants.

2.3.2.1 Persistance et extension d'un soin sous contrainte, manifeste

Le modèle de partenariat de soins de Montréal ou encore les coopérations réflexives en santé, placent la subjectivité des usagers au cœur de la relation. Or, le patient en psychiatrie n'est pas considéré comme un acteur raisonnable du fait qu'il est admis que sa subjectivité est altérée par la maladie et qu'il peut représenter un danger pour lui-même et la société. Ces postulats légitiment, depuis toujours, des actions coercitives à l'endroit des personnes.

En France, ces pratiques sont légitimées par l'existence de mesures légales. L'admission d'une personne en soins psychiatriques sans consentement se fait :

soit sur décision du directeur de l'établissement de santé (SDDE) (art. L. 3212-1 du Code de la santé publique), consécutivement à la demande d'un tiers, en urgence ou non (SDT ou SDTU) ou sans demande de tiers en cas de péril imminent (SPI) ; soit sur décision du représentant de l'État (SDRE) (art. L. 3213-1 du Code de la santé publique) ; soit sur décision de justice (SDJ) (art. 706-135 du Code de procédure pénale) » (HAS, 2018).

Par ailleurs, la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 étend la possibilité des soins sans consentement aux soins réalisés hors hospitalisation, à travers la mise en place d'un « programme de soins. » Depuis cette loi, il apparaît que le nombre de personnes concernées

par les soins sans consentement a augmenté en lien avec l'extension des programmes de soins aux personnes hors des murs de l'hôpital et la « montée en charge du dispositif de soins en cas de péril imminent » visant originellement des personnes « désocialisées » et finalement investi par des tiers, déchargés de la difficile démarche de demander des soins pour un proche contre sa volonté » (Coldefy et al., 2017, p. 8).

Dans les pratiques soignantes, ces actes coercitifs s'expriment à travers les pratiques d'isolement ou de contention physique et chimique et comme nous l'avons vu précédemment, ces dernières années ont vu l'augmentation du recours à ces modalités d'action. Elles s'expriment également dans le quotidien de l'hospitalisation psychiatrique par la privation de des effets personnels et l'obligation de porter un pyjama majoritairement chez les personnes en soins contraints :

Une récente étude relève une moyenne de 15% de personnes en pyjama hospitalier dans les services d'entrée, et parmi elles, 80% admis sur le mode de soins contraints. Dans 75% de ces cas, le port obligatoire du pyjama fait l'objet d'une prescription médicale tracée dans le dossier. Les motifs de cette prescription sont essentiellement le risque de soustraction aux soins, une désorganisation psychique sévère avec troubles du comportement, une imprévisibilité et un comportement menaçant, un risque suicidaire préoccupant. (Giloux, 2016, p. 6)

2.3.2.2 « Travail d'influence » pour la compliance

Parallèlement à cette législation qui favorise la hausse des soins sans consentement, le contexte juridique, administratif et éthique actuel promeut l'autonomie des personnes et des patients, et fait du consentement « la pierre angulaire de la relation de soin » (Velpry & Eyraud, 2018, p. 1). Face à une injonction double, de protection et de respect des libertés individuelles, les soignants sont invités, implicitement, à réduire les mesures contraignantes à leur expression minimale. Dans ce contexte, ils mettent en œuvre un « travail d'influence » (Velpry et al., 2018, p. 193) qui invisibilise la contrainte pour les patients voire pour eux-mêmes.

Influencer le patient : une injonction législative

L'invitation se fait injonction dans la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (Art. L. 1111-4), loi dite Kouchner, laquelle pose que :

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.

L'influence au cœur de l'alliance thérapeutique

On trouve également des traces de la recherche d'influence soignante en s'intéressant à la conception de l'alliance thérapeutique considérée aujourd'hui comme « une des façons de penser cette relation » (Friard, 2013, p. 26). La définition de l'alliance thérapeutique donnée

au sein de l'ouvrage *Les concepts en Sciences Infirmières* font de l'influence du soignant sur le patient une composante fondamentale de l'alliance :

Bien que la définition de l'alliance demeure l'objet de controverses, toutes les théories s'accordent à dire qu'elle concerne la collaboration entre le patient et le thérapeute et qu'elle se compose, au moins, de quatre aspects fondamentaux : la négociation pour être d'accord sur le cadre thérapeutique ; la mutualité (pour agir de concert et se coordonner (de Roten, 2000) ; la confiance ; l'acceptation plus ou moins implicite d'influencer (pour le thérapeute) et de se laisser influencer (pour le patient) (Beitman & Klerman, 1991). (Mateo, 2012, p. 64)

Dans *Le carnet Soclecare*, l'alliance thérapeutique est décrite comme une collaboration : « L'alliance thérapeutique, autrement dit, ce rapport collaboratif soigné(s)-soignant(s)/soignant(s)-soigné(s) » (Lanquetin & Tchukriel, 2015, p. 1). Cependant, c'est une collaboration visant explicitement l'augmentation du degré de compliance du patient : « le « sur quoi » l'équipe de soins mise en priorité pour générer l'élévation du degré de compliance, l'instauration d'une alliance thérapeutique, du travail collaboratif soignant(s)-soigné(s)/soigné(s)-soignant(s) : ce qui opère en la matière ! » (Lanquetin & Tchukriel, 2015, p. 7). Les étapes menant à cette alliance, définies comme des « phases d'instauration du rapport collaboratif » évoquent pour nous davantage celles d'une reddition, d'une capitulation du patient : « Contrainte – Acceptation – Consentement - Assentiment sont des phases d'instauration du rapport collaboratif : alliance thérapeutique » (Lanquetin & Tchukriel, 2015, p. 14). Par ailleurs, cette compliance peut être obtenue grâce à la coopération des soignants dans la mise en place de « stratagèmes », « coopération ruse de métier » définie comme une « expression et activation d'un stratagème partagé à plusieurs pour optimiser la compliance, l'accompagnement à un soin, le désamorçage d'une tension latente... » (Lanquetin & Tchukriel, 2015, p. 68).

Le patient apparaît ainsi davantage comme un objet d'influence et de transformation, que comme un partenaire de soin, au sens du modèle de Montréal. Il est attendu de lui qu'il soit acteur, certes, mais de sa compliance aux soins, dans le cadre d'un projet de soin établi pour lui par l'équipe :

Le contrat de soins détermine un programme. Le sous-bassement est le projet de soins, établi par le travail de l'équipe. La philosophie de soin, ici est explicite : elle tend à considérer le patient comme un sujet, acteur, décideur, qui utilise ses droits et donne son consentement au soin. Ce faisant il s'engage à un « devoir de compliance (Perrin-Niquet et al., 2012, p. 142).

L'alliance thérapeutique, apparaît, par ailleurs dans plusieurs articles (Charpentier et al., 2007 ; Laconi et al., 2013 ; Bioy et al., 2010) comme un instrument essentiel d'augmentation de la compliance et de l'observance des patients, plus que comme une véritable collaboration qui prendrait en compte sa subjectivité.

L'influence en actes

Enfin, les études des sociologues concernant les pratiques en santé mentale nous apportent un éclairage complémentaire. Les travaux menés au sein du collectif Contrast actif de 2013 à 2017 (Velpry et al., 2018, p. 7) ont mis en évidence un « travail d'influence » (Velpry et al., 2018, p. 193) mené par les professionnels de l'aide et du soin en santé mentale, qui vise « à pousser, voire obliger les personnes à se soigner ou à adopter des comportements voulus par les soignants sans pour autant leur imposer » (Velpry et al., 2018, p. 193). Pris entre deux

injonctions contradictoires, de protection des malades et de respect de leurs libertés individuelles, les soignants « tentent de trouver un certain équilibre entre le respect des préférences de la personne, et le souci de leurs intérêts et ceux de la société » (Velpry et al., 2018, p. 192).

Dans le cadre d'une unité Alzheimer fermée, un travail d'invisibilisation de la contrainte est réalisé. Parlant des soignantes L. Lechevalier Hurard signale : « Il s'agit pour elles d'orienter tout de même les comportements, de les influencer, mais sans jamais intervenir trop brutalement, trop directement intrusives, sans jamais imposer » (Lechevalier Hurard, 2018, p. 84). Dans une Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA), certains soignants considèrent que l'usage de la contrainte risque « d'être mal perçu par les patients et de contrarier l'établissement de la relation de confiance. Elles préfèrent faire pression sur les patients mais en édulcorant au maximum la contrainte. Elles se tournent alors vers le dialogue, la persuasion et le travail motivationnel » (Protais & Litzler, 2018, p. 85). En ce qui concerne les auteurs d'infractions à caractère sexuel, pour lesquels un refus de soin signifie l'emprisonnement, les thérapeutes tentent de déclencher un véritable « travail de conversion » chez ces personnes, pour les amener au soin (Saetta, 2018, p. 55).

L'adhésion est recherchée de plusieurs manières, qui vont de la menace de l'incarcération à la persuasion. Ces différentes techniques sont théorisées et légitimées et se matérialisent, par des outils, des écrits et des pratiques visant à amener le justiciable dans le bureau du thérapeute et à le faire parler. Ce dispositif s'accompagne du développement de savoir-faire plus informels visant, in fine, à convertir la contrainte en adhésion, i.e. à l'amener à réaliser que quelque chose dysfonctionne chez lui et à s'engager activement dans un processus de soin. (Saetta, 2018, p. 64)

Le travail d'influence des soignants s'exerce par ailleurs dans des contextes où l'utilisateur est considéré comme stabilisé. L. Velpry, montre comment dans un groupe de résidents, qui réunit des soignants et des patients dans une discussion collective, le patient, qui possède, formellement un « statut de partenaire de l'interaction dans une relation de collaboration » est aussi objet dans, cette interaction, de l'intervention thérapeutique visant à modifier son comportement ou à lui faire produire une subjectivité raisonnable, acceptable (Velpry, 2010, p. 126). Ce travail de « transformation des comportements des résidents » (Velpry, 2010, p. 131) se fait de façon implicite :

Le plus souvent, le travail sur les comportements, en particulier ceux qui touchent aux modes de vie, est l'objet d'une attente normative implicite. L'attente apparaît dans des questions au caractère répétitif, voire ritualisé, et dans la valorisation des comportements allant vers la conformité. Le fait de « faire quelque chose de ses journées » constitue une telle attente. Lors de la réunion, la question « qu'est-ce que vous avez fait ce week-end » fait partie des rituels (Velpry, 2010, p. 129).

Le « travail d'influence », contrairement à la contrainte physique, est un travail de l'ombre « et n'est pas toujours vécu par les soignants comme constituant une forme de contrainte » (Velpry et al., 2018, p. 194), or comme le souligne L. Lechevalier Hurard, « cela pose question, puisqu'invisible, la contrainte ne peut être contestée par celui sur lequel elle s'exerce » (Lechevalier Hurard, 2018, p. 85). Aussi, à la suite de L. Velpry, nous demandons-nous :

Le travail de l'influence ne consiste-t-il pas à réintroduire un paternalisme, certes bienveillant au sens où il s'attache à préserver le sentiment de liberté, mais un paternalisme quand même soulignant ainsi les limites de cette démocratie dont ne pourraient pleinement bénéficier les personnes les plus vulnérables ? On peut aller jusqu'à évoquer un paternalisme « discret » dont la particularité serait d'être peu visible, pris dans l'ordinaire, et par conséquent peu discutable, ou contestable, par les malades ou les proches (Velpry et al., 2018, p. 195).

Ces pratiques s'inscriraient-elles dans un nouveau mode de gouvernement des conduites, plus diffus, un renouvellement des formes de contrôle de social, avec au cœur le consentement et la participation des patients : « Selon cette perspective, la promotion du consentement et de la participation des personnes participerait de cette nouvelle forme de contrôle social, plutôt que de l'affirmation de la place de la personne dans la relation de soin » (Velpry et al., 2018, p. 5).

2.3.3 Une stigmatisation des usagers de la psychiatrie

La stigmatisation plus ou moins consciente des personnes atteintes de troubles psychiatriques par les soignants constitue également un obstacle majeur à la coopération entre le soignant et le patient et aux soins (Sartorius, 2002).

Développée à partir des travaux de Goffman et définie par ce dernier comme « relation entre un attribut et un stéréotype » (Goffman, 1975), la stigmatisation a connu par la suite une fortune telle, que Bruce G. Link and Jo C. Phelan se sont proposés d'en délimiter les contours :

Thus, we apply the term stigma when elements of labeling, stereotyping, separation, status loss, and discrimination co-occur in a power situation that allows the components of stigma to unfold. With this brief explication of the stigma concept as background, we turn to a more detailed examination of each component we identified.⁴³(Link & Phelan, 2001, p. 367)

En 2004, leurs travaux préciseront cette définition en y incluant la dimension émotionnelle : « *Our conceptualization of stigma processes leads us to consider components of labeling, stereotyping, cognitive separating, emotional reactions, status loss, and discrimination* »⁴⁴ (Link et al., 2004, p. 511).

Pour Jean-Yves Giordana,

Le terme de stigmatisation est un terme complexe qui fait référence à un concept multidimensionnel. Il s'agit d'une attitude générale, de l'ordre du préjugé, induite par la méconnaissance ou l'ignorance d'une situation ou d'un état, et cette méconnaissance ou ignorance va générer des conduites et des comportements de discrimination. Il s'agit ainsi de toute parole ou toute action qui viserait à transformer le diagnostic d'une maladie, par exemple, en une marque négative pour la personne ayant cette affection. (Giordana, 2010, p. 8).

En résumé, la stigmatisation naît d'émotions et de préjugés négatifs vis-à-vis d'une personne, eux-mêmes issus d'une ignorance de sa situation. Elle se traduit par des comportements de

⁴³ Traduction : « On applique donc le terme de stigmaté lorsque des éléments d'étiquetage, stéréotypisation, séparation "eux" – "nous", perte de statut et discrimination ont lieu concurrentement dans une situation de pouvoir qui permet aux composantes du stigmaté de se développer. »

⁴⁴ Traduction : Notre conceptualisation du terme de stigmaté nous amène à considérer les éléments d'étiquetage, de stéréotypisation, de séparation cognitive, de réactions émotionnelles, de perte de statut et de discrimination.»

l'ordre du préjudice, telles que la mise à distance et un traitement différent, souvent désavantageux.

2.3.3.1 Une stigmatisation structurelle et sociétale

Les personnes souffrant de troubles psychiques et leurs proches, en France et dans le monde, vivent, la plupart du temps, une stigmatisation à trois niveaux : structurel, interpersonnel et intrapersonnel (Knaak et al., 2017, p. 111). Selon Henderson et ses co-auteurs, la stigmatisation structurelle en santé mentale se manifeste à travers l'existence de « structures sociales, politiques et d'une législation discriminatoires » (Henderson et al., 2014, p. 467).

Aujourd'hui, en France et dans le monde, la psychiatrie semble demeurer « le parent pauvre de la médecine » pour reprendre une expression largement usitée parmi les professionnels de santé et les médias. P. Dupiré constatait en 2010, à la suite de l'analyse de l'ouvrage publié en 2001 par l'OMS, *L'Atlas : Ressources consacrées à la santé mentale dans le monde*, dans lequel sont recensés les moyens apportés à la santé mentale, par chaque pays membre de l'OMS, « une inadéquation profonde entre les conséquences énormes des pathologies psychiatriques sur la santé publique mondiale ainsi que sur l'économie des différents pays et les moyens proportionnellement dérisoires qui sont mis en œuvre pour lutter contre ce problème » (Dupiré, 2010, p. 66). En santé mentale, cette stigmatisation structurelle se manifeste, pour Henderson et ses co-auteurs par :

la disparité entre l'offre de soins de santé physique et mentale qui se traduit par des services de santé mentale de mauvaise qualité et rares ; dans la faible part accordée à la psychiatrie dans la formation des professionnels de santé ; dans une dépendance excessive aux soins institutionnels ; et dans la limitation des ajustements pour garantir l'égalité d'accès aux soins de santé physique. (Henderson et al., 2014, p. 467)

En population générale, en France et dans le monde, la stigmatisation des personnes souffrant de troubles mentaux persiste, comme l'ont montré deux études, l'une concernant les représentations concernant la santé mentale en population générale et l'autre, la perception des usagers. L'enquête « Santé Mentale en Population Générale »⁴⁵, lancée par le CCOMS, en France, de 1998 à 2004 a mis en évidence que : « la confusion entre folie, maladie mentale et délinquance/criminalité est prédominante dans la population française » (Roelandt et al., 2010 p. 61). En 2012, pour la première fois, une étude internationale, Indigo (*International Study of Discrimination and Stigma Outcomes*)⁴⁶ s'intéresse à la perception de stigmatisation et de

⁴⁵ Cette recherche-action, « La santé mentale en population générale : images et réalités », décline deux axes d'exploration, un axe socioanthropologique étudiant les représentations sociales et les attitudes des personnes enquêtées, un axe épidémiologique envisageant la prévalence des principaux troubles psychiques diagnostiqués avec le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Entre 1998 et 2004, 36 105 personnes constituant un échantillon représentatif de 45 750 000 personnes vivant en France Métropolitaine et âgées de 18 ans et plus ont été enquêtées et questionnées sur leurs perceptions du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » (Giordana, 2010, p. 19).

⁴⁶ « L'étude Indigo est une étude internationale coordonnée par G. Thornicroft, E. Brohan, D. Rose, N. Sartorius et M. Leese. Cette recherche a impliqué divers centres répartis dans 27 pays différents. Les sites d'étude engagés étaient pour la plupart des centres affiliés à la WPA impliqués dans le programme mondial de lutte contre la stigmatisation et la discrimination due à la schizophrénie auxquels sont venus se joindre d'autres centres actifs dans ce domaine pour constituer le réseau Indigo. Chaque site était en charge d'inclure 25 participants qui étaient raisonnablement représentatifs des situations que rencontrent habituellement les personnes ayant une schizophrénie. Le recrutement a concerné des patients hospitalisés à temps complet ou à temps partiel dans des

discrimination des patients souffrant de schizophrénie. Outre des épisodes de discrimination vécues, cette étude a mis en avant une discrimination anticipée, renvoyant à des situations au cours desquelles « les personnes se limitent dans des aspects importants de leur vie quotidienne (domaine professionnel – relations personnelles) » (Giordana, 2010, p. 22).

2.3.3.2 Une stigmatisation par les professionnels de santé, perçue par les usagers

Les résultats de l'étude Indigo ont fait par ailleurs apparaître une perception de stigmatisation double chez les personnes souffrant de schizophrénie, provenant à la fois des profanes et des professionnels de la santé mentale : « quasiment la moitié (46 %, dont 25 % « beaucoup ») des interviewés ressentent « un sentiment de non-respect, d'humiliation et/ou d'injustice à cause de (leurs) contacts avec des équipes de santé mentale » (Giordana, 2010). Deux problématiques sont ici soulevées : d'une part, les usagers peuvent être stigmatisés par la population générale parce qu'ils sont en contact avec les équipes de santé mentale, et, d'autre part, ils peuvent être stigmatisés par ces mêmes équipes. On retrouve en effet des illustrations de ces deux cas dans les données recueillies (Daumérie et al., 2012, pp. 228-229). En conclusion, il est recommandé aux professionnels, « vecteurs de stigmatisation », qu'ils « analysent leur discours, les mots qu'ils utilisent et leurs impacts, notamment avec les usagers, mais aussi à l'intérieur des équipes de soins ou lors d'échanges avec le grand public » (Daumérie et al., 2012, p. 230).

Le travail de synthèse réalisé en 2017, à partir d'études réalisées entre 2006 et 2016, dans le monde anglosaxon, fait état d'usagers se sentant globalement déshumanisés par les professionnels de santé mentale :

People with lived experience of a mental illness commonly report feeling devalued, dismissed, and dehumanized by many of the health professionals with whom they come into contact. Key themes include feeling excluded from decisions, receiving subtle or overt threats of coercive treatment, being made to wait excessively long when seeking help, being given insufficient information about one's condition or treatment options, being treated in a paternalistic or demeaning manner, being told they would never get well, and being spoken to or about using stigmatizing language.⁴⁷(Knaak et al., 2017, p. 111).

2.3.3.3 Des représentations et comportements stigmatisants de la part des professionnels de santé

Des travaux anglophones étudient la stigmatisation par les professionnels de santé, qu'ils exercent en soins généraux ou en santé mentale. Nous n'avons pas trouvé d'études françaises équivalentes sur le sujet.

Sartorius identifie des comportements stigmatisants de la part des professionnels de santé

centres de jour, ou encore des patients suivis en consultations externes pour un total de 732 sujets inclus » (Giordana, 2010, p. 20-21).

⁴⁷ Traduction : « Les personnes ayant vécu une maladie mentale déclarent généralement se sentir dévalorisées, rejetées et déshumanisées par de nombreux professionnels de la santé avec lesquels elles entrent en contact. Cela inclut : le sentiment d'être exclu des décisions, recevoir des menaces subtiles ou manifestes de traitement coercitif, l'obligation d'attendre trop longtemps pour demander de l'aide, recevoir des informations insuffisantes sur son état ou les options de traitement, être traité de manière paternaliste ou avilissante, s'entendre dire qu'ils ne se rétabliraient jamais et l'utilisation d'un langage stigmatisant à son égard »

mentale ayant émergé d'un programme lancé par *The World Psychiatric Association* contre la stigmatisation de la schizophrénie. La première source de stigmatisation serait l'usage des étiquettes diagnostiques sans restriction, voire avec négligence, auprès des patients et des familles (Sartorius, 2002, p. 1470), ainsi que pour désigner les patients : « *Many people contribute to the development and reinforcement of stigma. Health-care workers commonly use words that are stigmatising—eg, speaking of schizophrenics, or use of pejorative terms for mental illness instead of speaking of the person who has the illness* » (Sartorius, 2007, p. 810).⁴⁸

La stigmatisation par les professionnels de santé se manifeste également, pour Sartorius, par une absence de mobilisation contre les politiques de santé favorisant le remboursement de traitements les moins chers, mais aux forts effets secondaires, alors même que ces effets accentuent la marque de la maladie, chez les personnes (Sartorius, 2002, p. 1471). Dans certains pays d'Europe, il apparaît que certains psychiatres demandaient des congés plus longs et un salaire plus haut du fait de leur travail auprès de patients dangereux (Sartorius, 2002, p. 1471). Par ailleurs, la demande de législation spécifique, par des psychiatres, dans le but protéger les personnes souffrant de troubles psychiques, à partir du seul diagnostic médical sans prise en compte de leurs capacités est une source de stigmatisation supplémentaire (Sartorius, 2002, p. 1471).

En 2009, les représentations et comportements des professionnels de santé vis-à-vis des usagers de la psychiatrie font l'objet d'une revue de littérature dans six pays (Australie, Angleterre, Afrique du Sud, Suède, USA et Pays de Galles) (Ross et al., 2009). Cette étude met tout d'abord en évidence les représentations des infirmiers de soins de généraux, lesquels, perçoivent souvent les patients comme « *dangerous, unpredictable, violent and bizarre* »⁴⁹(Ross et al.,2009, p. 560). Est relevée également une tendance au jugement moral et à l'hostilité :

Many general nurses hold beliefs that mental illness is caused by factors such as weakness of morals, character or will; laziness; malingering; and the lack of discipline or self-control. Coupled with these misunderstandings is the difficulty in distinguishing psychiatric behavioural symptoms from ill-mannered or uncouth behaviour 50 (Smith et Hukill 1996, Thornicroft 2007, Halter 2008). (Ross and al., 2009, p. 561)

Chez les infirmiers en psychiatrie, même si la stigmatisation apparaît moindre, des attitudes négatives et discriminantes sont évoquées vis-à-vis des patients étiquetés *borderlines* : « *these clients were seen as difficult, annoying, manipulative, seeking of attention, and were labelled with such offensive terms as 'nuisances', and 'timewasters'* »⁵¹ (Ross et al., 2009, p. 563). Ces patients *borderlines* sont jugés, par les infirmières psychiatriques comme « mauvais » et les autres patients comme « malades » (Ross and al.,2009, p. 563). Un article de 2017 fait

⁴⁸ Traduction: « Les travailleurs de la santé utilisent couramment des mots stigmatisants - par exemple, ils parlent de schizophrènes ou utilisent des termes péjoratifs pour désigner la maladie mentale au lieu de parler de la personne atteinte »

⁴⁹ Traduction : « dangereux, imprévisibles, violents et bizarres »

⁵⁰ Traduction : De nombreuses infirmières généralistes croient que la maladie mentale est causée par des facteurs tels que « des mœurs légères », un manque de caractère ou de volonté, la paresse, la simulation et le manque de discipline ou de maîtrise de soi. À ces malentendus s'ajoute la difficulté de distinguer les symptômes psychiatriques d'un comportement mal élevé ou grossier. »

⁵¹Traduction : « ces patients étaient considérés comme difficiles, agaçants, manipulateurs, cherchant l'attention, et leur sont accolés des termes aussi offensifs que « nuisances » et « gaspillages de temps. »

également le constat que certains patients, à cause de leur pathologie, font l'objet de rejet de la part des soignants : « *Also, patients with certain disorders, such as personality disorders, tend to be particularly rejected by healthcare staff and are often felt to be difficult, manipulative, and less deserving of care* »⁵² (Knaak et al., 2017, p. 111-112). Ce rejet des patients *borderlines* est à relier à une polémique plus large, concernant la légitimité de place de ces patients dans les services de psychiatrie.

Une étude internationale récente publiée en 2019, réalisée dans sept universités de six pays (Australie, Islande, Irlande_Cork et Dublin, Finlande, Pays-Bas et Norvège) auprès des étudiants infirmiers ayant reçu un enseignement en psychiatrie (Happell et al., 2019), met en évidence leurs représentations vis-à-vis des usagers. L'appréhension à travailler avec des usagers de la santé mentale, perçus comme dangereux et imprévisibles, émerge :

Les participants décrivaient fréquemment leurs craintes au sujet de la maladie mentale et l'appréhension concernant le travail dans des établissements de santé mentale avant d'entreprendre ce module d'apprentissage. Leurs perceptions étaient influencées par des « portraits négatifs » des personnes étiquetées « malades mentaux » comme étant dangereuses et imprévisibles : « Il y a... des attitudes qui font que les patients de santé mentale sont agités et dangereux (Finlande). (Happell et al., 2019, p. 237)

Cette crainte est parfois renforcée par certains infirmiers au sein des établissements, qui auraient conseillé aux étudiants de ne pas divulguer quoi que ce soit aux patients, afin de préserver leur sécurité : « On nous a dit de ne pas partager quoi que ce soit de nous-mêmes [avec les usagers]... les étudiants ont dit qu'on leur avait dit : ne dites même pas aux patients que vous avez un chien, ne dites pas aux patients où vous vivez (Australie) » (Happell et al., 2019). Les participants ont également indiqué avoir entendu tellement d'opinions négatives vis-à-vis de la psychiatrie dans leur cercle familial et amical, que certains ont failli renoncer à exercer dans cette spécialité.

Enfin, ces constats sont renforcés par plusieurs études qui suggèrent que « le contact professionnel, bien qu'associé à une amélioration des attitudes en matière de droits civils, ne diminue pas la stigmatisation en général » (Henderson et al., 2014, p. 479).

2.3.3.4 Un pessimisme pronostique délétère

De plus, il existe encore, parmi les professionnels de santé, des idées reçues concernant l'évolution de la maladie mentale héritées de l'histoire scientifique et issues de la méconnaissance des parcours d'usagers et de la possibilité de rétablissement.

Le pronostic des professionnels de santé vis-à-vis des patients en santé mentale est généralement pessimiste : « *Research consistently demonstrates that healthcare providers tend to hold pessimistic views about the reality and likelihood of recovery, which is experienced as a source of stigma and a barrier to recovery for people seeking help for*

⁵² Traduction: « De plus, les patients présentant certains troubles, comme les troubles de la personnalité, ont tendance à être particulièrement rejetés par le personnel soignant et sont souvent ressentis comme difficiles, manipulateurs et méritant moins de soin que les autres patients. »

mental illnesses »⁵³ (Knack, et al., 2017). Ces préjugés concernent souvent l'évolution de la schizophrénie vers une détérioration inéluctable : « En premier lieu, l'idée même du rétablissement d'une maladie mentale telle que la schizophrénie vient contester frontalement le préjugé médical traditionnel de mauvais pronostic qui s'attache à ce type de pathologie » (Pachoud, 2018, p. 168).

Ces préjugés se retrouvent chez les étudiants infirmiers, qu'ils aient réalisé ou pas, de stages en psychiatrie :

On constate que la majorité des étudiants des deux groupes estiment que les patients psychiatriques ne peuvent pas guérir. Près d'un tiers des étudiants pensent que la perspective d'amélioration pour les malades psychiatriques réside seulement dans une stabilisation des troubles, et ce même parmi ceux qui ont déjà fait l'expérience de la psychiatrie en stage. Les étudiants semblent avoir une représentation de la maladie basée sur la chronicité, les rechutes fréquentes et le seul facteur d'amélioration des troubles évoqué par les étudiants serait le traitement. (Biry, 2015, pp. 35-36)⁵⁴

Or, pour la schizophrénie par exemple, ces préjugés ont été invalidés depuis les observations de Bleuler et par la suite, par de nombreuses études longitudinales sur le devenir des personnes (Pachoud, 2018, p. 168). L'une d'entre elles, réalisée selon une perspective objective du rétablissement, c'est-à-dire évaluée à partir de critères médicaux classiques et objectivables tels que la diminution de la symptomatologie du trouble et l'amélioration du fonctionnement de la personne montre que :

40 à 60% des personnes diagnostiquées avec une schizophrénie connaissent un rétablissement « partiel » et que 20 à 30% peuvent être considérées comme « pleinement rétablies ». Autrement dit, selon les données de la recherche médicale actuelles, la majorité des personnes connaissent une évolution positive de leur trouble au fil de leur existence. (Koenig, 2017, p. 8)

B. Pachoud rappelle que le préjugé de détérioration inéluctable est tout d'abord issu de la théorie de Kraepelin : « Il est bien connu que ce préjugé est hérité de l'histoire de la schizophrénie, individualisée par Kraepelin justement sur la base d'un critère d'évolution défavorable vers la détérioration » (Pachoud, 2018, p. 168). Ce pessimisme pronostique, chez les psychiatres, serait alimenté également par des contacts avec les patients limités aux moments de crise et une méconnaissance de leurs parcours de rétablissement : ils « tendent à perdre de vue les patients qui se rétablissent et n'ont plus besoin de leurs services, alors qu'ils restent confrontés à ceux qui rechutent ou ont des formes de la maladie résistantes au traitement » (Pachoud, 2018, p. 169). Enfin, ce pessimisme serait lié à un sentiment d'impuissance des professionnels : « *Research also suggests that pessimism about recovery for some providers is associated with a sense of helplessness, leading them to believe that*

⁵³ Traduction : « Les recherches démontrent régulièrement que les professionnels de santé tendent à avoir des opinions pessimistes sur la réalité et la probabilité de rétablissement, qui sont vécues comme une source de stigmatisation et un obstacle au rétablissement par les personnes atteintes de maladies mentales. »

⁵⁴ « L'étude porte sur une cohorte de 219 étudiants, 191 femmes et 28 hommes, provenant de 3 IFSI différents, la moyenne d'âge est de 24,7 ans: le groupe 1 composé d'étudiants infirmiers n'ayant pas encore fait l'expérience de la psychiatrie rassemble 94 sujets, 10 hommes et 84 femmes, pour une moyenne d'âge de 24 ans.-le groupe 2 composé d'étudiants infirmiers ayant déjà été en stage en psychiatrie rassemble 125 sujets, 18 hommes et 107 femmes, pour une moyenne d'âge de 25,3 ans. » (Biry, 2015).

«*what they do doesn't matter* »⁵⁵ (Knack et al., 2017).

Ces préjugés, inévitablement communiqués aux patients sont pour eux d'une violence inouïe. Dans son enquête exploratoire, un usager interviewé par Biry fait remarquer que « les soignants ont tendance à faire ressentir au patient qu'ils seraient probablement malades toute leur vie, ce qui est d'une violence inouïe [...] « On fait le deuil de nos projets, on s'enferme dans la maladie ». » (Biry, 2015, p. 27-28).

En conclusion, il apparaît que les professionnels de santé mentale, dont les infirmiers, stigmatisent les usagers. Les études examinées nous donnent à voir un phénomène qui loin de relever de quelques professionnels isolés serait systémique, au niveau international. Bien sûr, des recherches mettent en avant des expériences positives avec les patients, cependant « *the pervasiveness with which negative interactions are reported suggests the problem is not isolated to a few insensitive providers but is more systemic in nature—that it is a problem with how healthcare culture prioritizes and perceives persons with mental illnesses* »⁵⁶ (Knaak et al., 2017, p. 111). Au Canada, des programmes de déstigmatisation de la maladie mentale sont proposés aux psychiatres et infirmiers.⁵⁷

Cette stigmatisation de la part des professionnels apparaît par ailleurs souvent inconsciente comme le souligne Sartorius (Sartorius, 2007) et ici Robert W. Surber⁵⁸:

Chez les professionnels, la stigmatisation est plus insidieuse, car ils ne sont pas conscients de leur attitude. En refusant d'admettre que leurs expériences, leurs croyances et leur dogme professionnel nuisent à leur capacité de considérer les usagers comme leurs égaux, les professionnels de la santé mentale réduisent leur faculté d'entraîner les usagers dans une relation de partenariat, pourtant nécessaire à l'espoir de rétablissement. (Surber, 2012, p. 67)

Or cette stigmatisation non seulement constitue un obstacle à un partenariat de soin, condition d'un accompagnement des personnes optimal, mais aussi représente un facteur iatrogène comme l'ont manifesté les « survivants de la psychiatrie », fondateurs du mouvement de rétablissement.

Enfin, si, en population générale, elle est induite par « la méconnaissance ou l'ignorance d'une situation ou d'un état, et cette méconnaissance ou ignorance va générer des conduites et des comportements de discrimination » (Giordana, 2010, p. 8), chez les professionnels de santé, bien que cette cause puisse être invoquée dans une certaine mesure, d'autres dynamiques sont à l'œuvre. Pour Lampropoulos, Fonte et Apostolidis (2019), s'appuyant sur Phelan et ses collaborateurs, la stigmatisation sociale par les professionnels de santé

⁵⁵ Traduction : « Les recherches suggèrent également que le pessimisme à propos du rétablissement chez certains professionnels de santé est associé à un sentiment d'impuissance, ce qui les amène à croire que « ce qu'ils font n'a pas d'importance. »

⁵⁶ Traduction : « la fréquence avec laquelle les interactions négatives sont signalées suggère que le problème n'est pas isolé à quelques acteurs insensibles mais qu'il est de nature plus systémique - qu'il s'agit d'un problème lié à la façon dont la culture du soin hiérarchise et perçoit les personnes atteintes de maladie mentale »

⁵⁷<https://www.cna-aiic.ca/fr/pratique-soins-infirmiers/outils/module-dapprentissage-pratiques-de-destigmatisation-et-maladie-mentale> - Consulté le 20 octobre 2020

⁵⁸ MSC en travail social, professeur au département de psychiatrie de l'université de Californie à San Francisco, et consultant spécialisé en Californie et à Hawaï pour le développement des programmes de soins pour les populations ayant des besoins complexes.

répondrait à un besoin de défense identitaire des intérêts sociaux, à savoir, le maintien de la cohésion du groupe et du pouvoir sur les patients et peut être définie comme :

une stratégie permettant à l'endogroupe qui stigmatise d'entretenir une dominance et une exploitation du groupe stigmatisé tout en renforçant la cohésion et les normes entre les membres de cet endogroupe. Plusieurs auteurs ont également souligné le rôle de bouc émissaire qui est attribué aux groupes stigmatisés ainsi qu'au rôle de la stigmatisation dans le maintien de l'ordre social. (Lampropoulos et al., 2019, pp. 14-16)

2.3.4 Synthèse de l'étude sur l'émergence d'un usager en santé mentale acteur de son rétablissement et de coopérations réflexives dans le système de santé et de ses obstacles

Cette étude en deux parties a mis en évidence d'une part, l'émergence, depuis les années 80, à un niveau international, d'un usager en santé mentale acteur de son rétablissement et reconnu comme tel par les pouvoirs publics de certains états. Ce phénomène s'accompagne du développement de coopérations entre usagers (professionnalisés ou non) et acteurs du système de santé et de la recherche en santé mentale, dans le cadre de dispositifs spécifiques mais aussi de la promotion de relations partenariales réflexives entre soignants et soignés, dans l'espace de la relation, à travers le modèle de Montréal. D'autre part, elle a mis en exergue les pratiques ayant cours chez les infirmiers en psychiatrie (notamment), pouvant constituer des freins à la reconnaissance d'un usager acteur et au développement de relations « soignants-soignés » plus égalitaires. Nous avons identifié notamment : la création d'une relation de dépendance du patient vis-à-vis du soignant, la relation de pouvoir du soignant sur le soigné s'exerçant à travers l'exercice de la contrainte manifeste et discrète et les comportements de stigmatisation. Rappelons néanmoins que ces pratiques s'inscrivent dans une conception du soin, un contexte législatif, institutionnel et sociétal spécifiques et que l'attitude du patient (autostigmatisation, habitude d'être « patient ») constitue aussi un frein de taille à une coopération réflexive dans le soin entre soignants et usagers.

3. Apprendre auprès des patients : un levier de transformation de la relation de soin vers plus de coopération ?

Dans ce contexte, il apparaît que l'apprentissage auprès des patients constitue non seulement une « opportunité de professionnalisation » (Le Boterf, 2011) au sens d'acquisition de savoirs et de développement de savoir-faire mais aussi de transformations identitaires favorables à l'émergence de relations plus égalitaires entre soignants et soignés. Cet apprentissage formel ou informel se révèle dans le cadre de dispositifs spécifiques prévus à cet effet ou non, dans lesquels les patients possèdent un statut ou rôle particulier (patient formateur ou pair-aidant par exemple) mais aussi, dans les espaces de la relation de soin (auprès de « simples » patients). Pour étudier ces apprentissages, nous nous appuyons sur des études concernant des professionnels de la santé mentale mais aussi des médecins et des étudiants en médecine du fait du peu de travaux trouvés sur le sujet.

3.1 Apprentissages formels et informels et dynamiques de transformations identitaires dans le cadre de dispositifs

Rappelons au préalable, le cadre sur lequel nous nous appuyons pour distinguer apprentissage professionnel informel et formel. L'apprentissage professionnel informel est défini par Carré et Charbonnier comme :

tout phénomène d'acquisition et/ou de modification durable de savoirs (déclaratifs, procéduraux ou comportementaux) produits en dehors des périodes explicitement consacrées par le sujet aux actions de formations instituées et susceptibles d'être investis dans l'activité professionnelle. (Carré & Charbonnier, 2003)

Partant, nous considérerons l'apprentissage formel comme tout phénomène d'acquisition et/ou de modification durable de savoirs (déclaratifs, procéduraux ou comportementaux) produits dans des périodes explicitement consacrées par le sujet aux actions de formations instituées et susceptibles d'être investis dans l'activité professionnelle.

3.1.1 Apprentissages formels et transformations identitaires dans le cadre de la formation continue

A l'issue de la formation Alfapsy, évoquée précédemment, animée par des usagers formateurs, des stagiaires déclarent avoir enrichi leurs pratiques et disposer d'outils supplémentaires pour mieux accompagner les usagers comme le montrent les témoignages suivants : « Cette formation donne de véritables “billes” pour avancer dans mon travail de collaboration avec les résidents » (Stagiaire femme 5) ou encore « Grâce aux exemples et aux situations vécues présentés par la formatrice paire, il me sera plus facile de mettre en pratique des réponses adéquates aux personnes que j'accompagne » (Stagiaire homme 3) ou bien « Des apports supplémentaires qui enrichissent mes pratiques professionnelles en vue de les développer auprès des personnes accueillies » (Stagiaire femme 7) » (Jouet et al., 2019, p. 218).

Au-delà de l'apport de compétences et de connaissances, c'est une transformation identitaire des professionnels soignants et des usagers formateurs qui est visée et produite, et *in fine*, une

transformation de la relation de soin dans le sens d'une coopération plus grande. Chez Alfapsy, comme le rappelle E. Jouet, l'implication des usagers dans les formations a pour objectif, au-delà de l'acquisition de compétences et de connaissances par les professionnels, un changement de posture des uns et des autres : « Il s'agit de proposer non seulement un apport sur le plan théorique et expérientiel, mais également de mettre en mouvement un changement de posture, de regard sur l'autre. » (Jouet et al., 2019, p. 211)

Et d'ailleurs, les retours d'expérience de professionnels ayant suivi une formation auprès d'usagers formateurs, montrent à quel point, la perception de leur rôle est « chamboulée » : « Les formateurs pairs, ça casse la baraque. On nous a formés à aider et ce sont eux qui nous forment... c'est à n'y rien comprendre » (Stagiaire femme 6) » (Jouet et al., 2019, pp. 218-219). Un autre entrevoit la possibilité d'un nouveau type de relation avec les usagers : « Vous voir co-animer et interagir ensemble démontre que ces nouvelles places sont possibles et nous engage à vivre autrement nos propres postures » (Stagiaire homme 4) » (Jouet et al., 2019, pp. 218-219). Finalement, comme le souligne E. Jouet, « Dans cette alliance positive [...], s'opère un processus de construction de nouvelles identités professionnelles. Le professionnel n'est plus celui qui, seul, sait : il devient celui qui peut intégrer le savoir de l'autre, qui peut partager son savoir et partager du pouvoir institutionnel » (Jouet et al., 2019, p. 219).

Et cette transformation est perceptible également chez les usagers devenus formateurs. Ces derniers, à l'occasion de la formation de formateurs suivie préalablement à leur intervention, se prêtent à l'exercice du récit de soi, qui leur permet « une redéfinition de soi dans un mouvement de sublimation de l'expérience et de réflexivité » (Jouet et al., 2019, p. 214). Au-delà, devenir formateur leur permet d'être reconnus, grâce à la considération de leur vécu comme une richesse et leur statut de professionnel (Jouet et al., 2019, pp. 219-220).

Dans le cadre du projet Emilia, des retours d'expérience de professionnels et de formateurs montraient également l'émergence de questionnements concernant les postures soignantes et la place de l'utilisateur dans le soin, comme dans ce retour d'expérience : « L'interactivité avec les usagers [...] nous permet de prendre du recul, d'évaluer et de revoir nos pratiques soignantes. Ceci est comme un miroir où on peut porter un jugement sur nos « habitudes soignantes. [un professionnel, homme, trente ans] » (Jouet, 2013, p. 76), et dans ce témoignage : « Projet plus qu'intéressant. Aider le soignant à réfléchir à sa pratique professionnelle, à la place de l'utilisateur comme un « acteur de soins » et surtout comme éventuelle personne ressource dans les soins. [un formateur, femme, quarante-deux ans] » (Jouet, 2013, p. 76).

3.1.2 Apprentissages informels et formels et transformations identitaires dans le cadre d'un dispositif de pair-aidance et de formation

Le Pôle de Santé mentale des villes de Mons en Baroeul, Hellemmes, Lesquin, Lezennes, Ronchin et Fasches Thumesnil fait intervenir depuis la fin des années 90 des usagers et experts d'expérience auprès de ses équipes (Labey et al., 2017, p. 59). En 2017, il compte quatre MSP, des membres et/ou représentants d'associations de pairs et des porte-paroles d'usagers. Ce pôle a mis en place un dispositif global intégrant les experts d'expérience dans le quotidien du fonctionnement des équipes : « leur présence est formalisée sur des créneaux

de consultation, dans les différents groupes de travail et réunions, dans le compte-rendu des activités » (Labey et al., 2017, p. 62). Par ailleurs, des formations d'1h30 mensuelles sont proposées aux soignants, « Ce qui aide, ce qui n'aide pas » afin de les sensibiliser à leur vécu. Interrogés sur leur vécu des interventions des MSP et autres experts d'expérience, des soignants déclarent mieux comprendre « le rythme du rétablissement » des usagers, mieux comprendre également ce qui est essentiel pour eux (parfois à l'opposé des priorités des soignants) et améliorer leur connaissance des associations et autres dispositifs ressources. Ainsi, ce dispositif a contribué à faire évoluer les pratiques soignantes et la perception des usagers par les soignants. Néanmoins, les auteurs de l'article soulignent qu'il ne suffit pas de mettre en contact des usagers rétablis et des soignants pour que la « magie opère » mais que l'intention politique et une mise en œuvre concrète sont indispensables pour voir advenir des transformations (Labey et al., 2017, p. 62).

3.1.3 Apprentissages informels et transformations identitaires dans le cadre d'un dispositif d'ETP

Les apprentissages professionnels déclarés ici, nous apparaissent informels étant donné qu'un atelier d'ETP ne vise pas, à priori, la formation des professionnels soignants, animateurs.

L'EPSM de l'agglomération lilloise a évalué auprès de ses soignants l'impact de deux programmes d'éducation thérapeutique en place depuis 2013 pour les personnes souffrant de schizophrénie et les patients souffrant de bipolarité. Cette évaluation s'est basée sur une étude quantitative et qualitative. Elle montre, chez les 49 professionnels interrogés au sein des 6 secteurs pratiquant l'ETP, un changement dans les pratiques collectives comme individuelles et un respect plus important pour les besoins et désirs des patients, y compris hors de l'éducation thérapeutique. Une infirmière raconte par exemple : « Dans notre façon de pratiquer, de travailler on s'est remis en question, notre travail est beaucoup plus riche et beaucoup plus plaisant. On ne va plus se bagarrer et s'imposer. On n'est pas des experts, on fait selon les besoins et les attentes du patient, on trouve d'autres solutions » (Laroze, 2016, pp. 4-5). L'ETP permet aussi un positionnement différent par rapport aux patients. Un médecin interrogé explique :

Je pense que le fait qu'il [le patient] soit acteur, qu'il prenne son traitement parce qu'IL a envie de le prendre, parce que c'est LUI qui a décidé qu'il ne serait plus malade, je pense qu'au niveau de la santé, de la qualité de vie et du sentiment d'autonomie du patient c'est carrément mieux. Et c'est satisfaisant de travailler comme ça. (Laroze, 2016, pp. 4-5)

Enfin, les professionnels interrogés se sentent « plus centrés sur les besoins et attentes des patients » (Laroze, 2016, pp. 4-5).

Ainsi, on entrevoit ici comment apprendre auprès des patients, de façon formelle ou informelle, que ce soit dans le cadre de dispositifs de formation, de pair-aidance ou encore d'ETP contribue, au-delà du développement de compétences, à transformer les identités des uns et des autres et partant, de s'acheminer vers une relation plus équilibrée, plus égalitaire entre soignants et soignés. Cependant, les apprentissages évoqués se produisent au sein de dispositifs dans lesquels les patients bénéficient d'un statut ou tout au moins d'un rôle et dont la parole et le savoir sont susceptibles d'être légitimés, et/ou dans lesquels, les patients sont rétablis ou stabilisés . Alors qu'en est-il hors de ces dispositifs, dans le quotidien de la relation

? Les professionnels et plus particulièrement les infirmiers en psychiatrie apprennent-ils auprès des « simples » patients, ni formateurs, ni pair-aidants ? Et si oui, ces apprentissages conduisent-ils aux transformations constatées précédemment ?

3.2 Apprentissages informels et dynamiques de transformations identitaires dans l'espace de la relation de soin

Nous avons ainsi recherché les études concernant les apprentissages de soignants, quels qu'ils soient, auprès des patients, dans le cadre de la relation de soin. Nous avons trouvé deux études anglosaxonnes s'intéressant spécifiquement à ces apprentissages ainsi que des travaux y faisant allusion.

3.2.1 Apprentissages des étudiants en médecine auprès des patients dans le cadre de stages

Une étude anglosaxonne s'est intéressée aux apprentissages spécifiquement réalisés par des étudiants en médecine auprès des patients, dans le cadre de leurs stages. Ces apprentissages, bien que réalisés dans le cadre du dispositif de formation initiale, ne sont pas guidés d'un point de vue pédagogique, pour produire des apprentissages spécifiquement auprès des patients. De plus, le stage est un dispositif hybride dans lequel s'entremêlent objectif « productif » (production de soin) et objectif formatif et où le premier domine. Par conséquent, ils s'apparentent à des apprentissages professionnels informels tels que définis par Carré et Charbonnier précédemment.

Dans un contexte où la formation clinique des étudiants en médecine, au chevet des patients, tend à se réduire en lien avec un manque d'opportunités (dû à l'augmentation des consultations en ambulatoire et la réduction des soins secondaires au profit des soins primaires, la montée de l'apprentissage par simulation notamment), des médecins chercheurs s'interrogent sur la nature des apprentissages des étudiants auprès des patients ou *real patient learning (RPL)*. Une enquête par questionnaire a ainsi été réalisée auprès de 521 étudiants du Salford Royal Hospital, Manchester, UK (Bell et al., 2009).

Les résultats de cette étude montrent que les étudiants sont nombreux à considérer le patient comme la ressource irremplaçable pour apprendre le métier : « *Forty-three responses described real patients as a valued resource. They were 'why we're here' and there could be 'no substitution' [sic] for them. [...] For two respondents, real patients were « The only way to really know your stuff !! »* »⁵⁹ (Bell et al., 2009).

Les patients donnent la possibilité de voir les symptômes « en vrai » et connaître le déroulement de la maladie : « *Respondents related 'what I am learning to a real person/face', 'visualised the signs and symptoms', heard 'real clinical signs', 'saw the course of an*

⁵⁹ Traduction : « Quarante-trois réponses décrivent les vrais patients comme une ressource précieuse. Ils sont "la raison pour laquelle nous sommes ici" et il ne peut y avoir "aucune substitution" [sic] pour eux. [...] Pour deux répondants, les vrais patients étaient "la seule façon de vraiment connaître votre métier !" »

illness »⁶⁰ (Bell et al., 2009).

Ils permettent aux étudiants de relier la maladie à la personne : « *saw multiple pathology and how pathology impacted on peoples' lives' it gave 'a human element to the learning rather than a detached reading experience* »⁶¹ (Bell et al., 2009).

Ils permettent de faire des liens avec la théorie apprise en amont : « *It gave perspective, context and a temporal dimension, and located learning within the complexity of reality* »⁶² (Bell et al., 2009).

Ils ont appris par ailleurs de patients qui se connaissent bien : « *Learning from them was immediate ('you can ask on the spot about things'), relevant, active ('the patient has often been able to explain their condition to me very well, and actually taught me a lot)* »⁶³ (Bell et al., 2009).

Cette étude montre ainsi que les étudiants en médecine apprennent auprès des patients et que ces apprentissages sont fondamentaux. Ils donnent du sens à leur futur métier et l'humanise.

Pour Bleakley et Bligh (2006), le changement de la relation médecin-patient passe par la systématisation de l'apprentissage des étudiants auprès des patients. Pour ces auteurs, il est nécessaire de passer d'un modèle privilégiant l'enseignement d'un médecin à un étudiant avec le patient comme ressource, à un modèle dans lequel le patient est l'éducateur dans le cadre d'une relation étudiant-patient, au centre de la triade, et dans lequel le médecin serait « seulement » une ressource (Bleakley & Bligh, 2006). Un problème majeur, selon Bleakley, du premier modèle, est qu'il amène l'étudiant à s'identifier au médecin et ne lui permet pas de « *Cultivating tolerance of difference* » qui est selon lui « *the basic educational challenge for teaching and learning non-technical capabilities in medicine* » (Bleakley, 2014, p. 56). Or, la construction de l'identité fondée sur la reconnaissance de la différence est la condition du développement de l'empathie et de la tolérance : « *The potential for identity construction through recognition of difference is formulation of a basic condition of empathy through tolerance* » (Bleakley & Bligh, 2006, p. 100). Il préconise ainsi l'intégration des patients à tous les niveaux de la formation médicale:

The more patients take part in educational roles—as teachers, on selection and admission panels, for curriculum development, on appeals committees, and as assessors and appraisers—the less medical educators may think in terms of the 'great divide' (doctors–patients) and more in terms of the medicine curriculum as a 'conversation' (Applebee, 1996), or better as a 'complicated conversation' (Pinar, 2004 , 2006), between doctors, medical students, and patients.⁶⁴(Bleakley, 2014, p. 89)

⁶⁰ Traduction : « Les répondants ont mis en relation "ce que j'apprends avec une personne réelle/face", "visualisé les signes et les symptômes", entendu "des signes cliniques réels", "vu l'évolution d'une maladie. »

⁶¹ Traduction : « J'ai vu la pathologie multiple et l'impact de la pathologie sur la vie des gens. Cela a donné un élément humain à l'apprentissage plutôt qu'une expérience de lecture détachée. »

⁶² Traduction : « Il donne une perspective, un contexte et une dimension temporelle, et situe l'apprentissage dans la complexité de la réalité. »

⁶³ « L'apprentissage auprès d'eux était immédiat ("vous pouvez poser des questions sur place"), pertinent, actif ("le patient a souvent été capable de m'expliquer très bien son état, et m'a en fait appris beaucoup).»

⁶⁴ « Plus les patients participent aux rôles éducatifs - en tant qu'enseignants, dans les panels de sélection et d'admission, pour le développement du programme d'études, dans les comités d'appel, et en tant qu'évaluateurs et

3.2.2 Apprentissages informels et transformations identitaires des infirmiers en psychiatrie auprès de patients

Enfin, nous avons relevé des traces d'apprentissages informels auprès des patients, dans le cadre de la relation de soin, dans des études relatives au travail, à la formation et aux pratiques des infirmiers en psychiatrie mais aussi, dans une étude anglosaxonne s'intéressant spécifiquement à ces apprentissages, chez des médecins généralistes formateurs.

Dans son ouvrage *Le travail des infirmiers en hôpital psychiatrique* paru en 2019, le sociologue F. Mougeot note que les jeunes infirmiers se forment auprès des collègues, des autres professionnels, mais aussi des patients : « Les plus jeunes apprennent au contact des anciens dans l'économie des relations avec les patients et les autres professionnels » (Mougeot, 2019, p. 217).

De Miribel, quant à lui, met en évidence dans sa recherche sur les dynamiques de professionnalisation et de construction du rapport au métier (de Miribel, 2017) puis dans l'ouvrage tiré de cette thèse (de Miribel, 2020), ce qui s'apparente à une dynamique d'apprentissage informel chez les nouveaux infirmiers en psychiatrie, à savoir la mise en œuvre d'enquêtes, au sens de Dewey, en situations de soin (de Miribel, 2020, p. 124). Mettant en exergue des occasions d'apprendre dans le travail de l'infirmier en psychiatrie, de Miribel indique que le rapport au métier de l'infirmier nouveau en psychiatrie se construit dans des proportions importantes dans le cadre des relations interpersonnelles, auprès des pairs mais aussi des patients : « De son côté, le registre interpersonnel est ici particulièrement fort [...]. Dans les cas examinés, ce registre se manifeste le plus souvent via la relation que le sujet entretient avec ses pairs et le(s) patient(s) » (de Miribel, 2020, p. 149). Cependant, n'étant pas l'objet de l'étude, les apprentissages spécifiques auprès des patients ne sont pas ici identifiés.

Dans le cadre d'un projet de formation et de recherche à l'attention d'infirmiers en psychiatrie initié par S. Lambert (lui-même infirmier en psychiatrie) puis relayé par une demande de la direction et du service de formation professionnelle de l'EPS Maison Blanche, une dizaine d'infirmiers ayant entre deux et trente ans d'expérience se sont retrouvés autour du projet de « transmettre des éléments de leur expérience et de leurs savoirs professionnels aux jeunes soignants qui arrivent dans les services de psychiatrie sans y être suffisamment préparés » (Orofiamma, 2006, p. 9). A travers des récits de leur histoire professionnelle, des récits de pratiques, il s'agissait de faire émerger les savoirs qui ne figurent dans aucun cahier des charges et de valoriser du même coup le travail des infirmiers. Ce recueil de récits s'inscrit ainsi dans la lignée des travaux menés par des infirmiers en psychiatrie (Le référentiel du Havre, 2005 ; Lanquetin & Tchukriel, 2012) pour la reconnaissance et la transmission de leur métier. Nous avons trouvé dans ces récits quelques références, voire témoignages d'apprentissages auprès des patients.

appréciateurs - moins les éducateurs médicaux peuvent penser en termes de "grand fossé" (médecins-patients) et plus en termes de programme d'études en médecine comme une "conversation" (Applebee, 1996), ou mieux comme une "conversation compliquée" (Pinar, 2004, 2006), entre les médecins, les étudiants en médecine et les patients ».

Doris Irep souligne ici comment elle a appris la relation avec les patients et à passer du « recueil de données » à l'écoute véritable :

J'ai rencontré beaucoup de patients hospitalisés contre leur gré. Mais Louise est celle qui m'a le plus marquée. Elle a été hospitalisée durant plus d'un an, on peut donc dire que mes débuts se sont faits avec elle ! J'ai beaucoup appris sur la relation avec le patient en la prenant en charge. J'ai compris qu'en psychiatrie, il ne faut pas faire pour le patient, mais faire avec le patient, c'est-à-dire l'accompagner. Accompagner, cela signifie « joindre, ajouter quelque chose à quelque chose ». C'était cela : nous voulions joindre, ajouter nos désirs aux siens. [...] Mon choix était d'écrire sur une situation (ou plutôt sur une prise en charge) pour laquelle j'ai rencontré des difficultés, j'ai beaucoup appris, et je suis passée de novice à débutante. A travers cette prise en charge, il y a tout un apprentissage pour moi de savoir-faire et de savoir-être. Si l'on peut parler de « mode relationnel », je dirais qu'à mes débuts, il était défaillant, car j'étais dans une perpétuelle recherche d'informations au sujet du patient, pour remplir mon « recueil de données », comme on me l'avait appris à l'institut de formation. Toute approche, toute médiation visaient un recueil de données. Aujourd'hui, j'écoute » (Doris Irep – 2 ans d'expérience en psychiatrie). (Orofiamma, 2006, pp. 105-107)

Cédric Couvreur a appris, auprès des patients, à se défaire de ses préjugés et beaucoup sur lui-même:

Fred se souvient de son tout premier stage dans cet hôpital psychiatrique de la région parisienne, alors qu'il était encore en formation. Cet endroit inconnu lui semblait empreint d'idées reçues ; celles dont chacun parle sans s'y être vraiment intéressé, ce qui nuit à toute objectivité. Et comme toutes ces choses que l'on ne connaît pas, elles inspirent la peur, la méfiance, le rejet et parfois même la violence. Mais au contact de ces êtres qui n'étaient, somme toute, pas si différents de lui-même, il a appris à désapprendre ces foutus préjugés qui polluent les pensées, qui incitent à rejeter ceux qui n'ont pour seul tort que d'être différents [...]. Fred a beaucoup appris de ce qu'il a vécu comme une mésaventure. Il ne pensait pas tant apprendre sur lui-même au contact des patients. Il avait peut-être oublié que les patients ont, eux aussi, des choses à lui apprendre » (Cédric Couvreur, diplômé en 2003) (Orofiamma, 2006, pp. 125-128).

Nous trouvons également dans ces récits, au détour d'une phrase, des références à l'apprentissage auprès des patients: « Je vais tenter maintenant de témoigner de rencontres singulières avec des patients psychotiques qui m'ont tant appris » (Michel Mignot – 30 ans d'expérience en psychiatrie) (Orofiamma, 2006, p. 52). Ou encore cette infirmière: « Ce que je sais, ce sont les fous, avec leurs mots et leurs maux, qui me l'ont appris ». (Djenet Arar – 2 ans d'expérience en psychiatrie) » (Orofiamma, 2006, p. 76).

3.2.3 Apprentissages informels et transformations identitaires de médecins formateurs auprès de patients

Dans une étude européenne, *Learning from patients : trainers' use of narratives for learning and teaching*, menée auprès de 62 médecins généralistes formateurs de trois pays (Royaume-Uni, Irlande, Espagne), il a été demandé à ces derniers de faire le récit de leurs apprentissages auprès de patients et s'ils utilisaient ces récits comme outil de formation (Skelton et al., 2017).

Le recueil fait apparaître que les apprentissages se font essentiellement à un niveau

personnel : « *Learning' was at a personal level. There was a clear emphasis on the doctor and patient as people rather than (merely) occupants of social or professional roles* ». Ils s'apparentent à des apprentissages existentiels : l'apprentissage de la réciprocité (partager quelque chose de soi avec le patient), l'apprentissage sur soi et la condition humaine, l'apprentissage de la continuité entre vie personnelle et professionnelle (Skelton et al., 2017).

Ces recherches et récits laissent ainsi entrevoir l'existence d'apprentissages professionnels informels auprès des patients, chez des étudiants en médecine, des infirmiers en psychiatrie et des médecins formateurs. Ces apprentissages ne sont pas anodins puisqu'ils sont la ressource fondamentale permettant aux plus jeunes d'apprendre leur métier (exemple des étudiants en médecine et des infirmiers en psychiatrie) et au-delà, ils semblent déclencher des dynamiques de transformations identitaires. Ils contribuent au développement de relations basées sur l'écoute et la suspension des préjugés (chez les infirmiers en psychiatrie), la mise de côté des statuts et la réciprocité (chez les médecins) ainsi qu'à l'amélioration de la connaissance de soi (chez les infirmiers et médecins). Cependant, il apparaît difficile de tirer des conclusions concernant la population étudiée, au vu des rares informations collectées, faute d'études s'intéressant spécifiquement aux apprentissages des infirmiers en psychiatrie auprès des patients.

3.3 Limites de la professionnalisation des soignants auprès des patients

La place des patients dans la professionnalisation informelle des infirmiers et des médecins, apparaît néanmoins, toute relative au vu des témoignages d'infirmiers et des études concernant les apprentissages informels de ces derniers. Ce constat semble renforcé par la théorie de l'influence sociale de Mugny (2017) qui montre que l'apprentissage auprès d'autrui est dépendant des statuts des interactants.

3.3.1 Une place des patients dans la professionnalisation informelle des infirmiers et des médecins, relative

Dans son étude, plus que l'apprentissage des infirmiers nouveaux en psychiatrie auprès des patients, ce que relève F. Mougeot, c'est l'importance des pairs et plus particulièrement des « anciens » dans l'apprentissage du métier par le plus jeunes :

Plus qu'un simple mimétisme de pratiques infirmières, c'est donc le sens du travail qui est transmis et qui contribue à perpétuer le métier d'infirmier en psychiatrie. La clinique, art de faire et savoir de métier, se transmet de façon informelle entre les générations d'infirmiers. Les « nouveaux IDE » racontent volontiers comment ils ont été « accueillis » par des « anciens » qui « leur ont tout appris (Mougeot, 2019, p. 175).

Cette infirmière, qui a appris le métier avec les ISP, laisse entendre que l'absence de temps partage et de réflexion avec le médecin et les pairs fait qu'elle n'apprend plus rien :

Anne, ide, a appris le métier avec les ISP et regrette que l'on ne prenne pas plus de temps pour la réflexion. Elle trouve le médecin « peu partageur ni pédagogue », ce qu'elle regrette. Elle trouve dommage qu'il n'y ait plus de réelle clinique et que l'on ne réfléchisse plus à l'écho que produit le patient : « Si on ne réfléchit plus à pourquoi on s'énerve, c'est grave. » Elle considère que les patients pâtissent de cette situation. Il faudrait « prendre le temps d'élaborer

sur les réactions et refus pour que le soignant ne devienne pas “tout-puissant” ». Elle confie même qu’à présent, elle n’apprend plus rien (Mougeot, 2019, p. 175).

De même cette infirmière souligne l’importance des pairs dans sa formation : « Ce sont les quelques soignants ayant cette culture du don de soi, rencontrés ici et là dans des unités de soins diversifiées, des soignants de jour et de nuit, dont l’expérience est indéniable, qui me l’ont transmis » (Djenet Arar – 2 ans d’expérience en psychiatrie » (Orofiamma, 2006, p. 76).

Au-delà de ces constats épars, trois études menées auprès de professionnels de santé, en France, bien que venant confirmer le constat de l’existence d’apprentissages professionnels informels auprès des patients, montrent aussi le faible poids de ces derniers dans cette professionnalisation, en comparaison avec celui d’autres acteurs, notamment les pairs. Deux études concernent les apprentissages informels d’infirmiers et l’autre, des médecins. Dans l’étude réalisée par Carré et Ricard (2008) sur l’autoformation de médecins généralistes et d’infirmiers, décrite dans sa thèse par A. Muller, il apparaît que les médecins « perçoivent 7 fois sur 434, (1,6%) le patient, et 58 fois (13,3%) les collègues comme étant ressources d’apprentissage » (cité dans Muller, 2014, p. 99). Quant aux infirmières, elles déclarent les patients comme une ressource « pour 3 cas sur 405, soit 0,74% » (cité dans Muller, 2014, p. 211). De même, dans l’étude menée cette fois par A. Muller, les patients apparaissent comme une faible ressource d’apprentissages pour les infirmières. Parmi les apprentissages réalisés à l’aide de ressources humaines « les pairs sont identifiés en tant que ressources à 44% et les médecins à 27%. [...] 12% des ressources d’apprentissage sont partagées entre les personnels administratifs (7%), les paramédicaux (3%), le responsable qualité (1%) et les patients (1%) » (Muller, 2014, p. 210). Et comme elle le remarque justement : « Le patient est peu perçu comme ressource d’apprentissage, alors qu’il est considéré dans les textes comme acteur privilégié de sa santé et de la prise en charge de sa maladie [...]. Les patients deviennent experts, mais les professionnelles n’apprennent que peu à leur contact » (Muller, 2014, p. 210).

3.3.2 Un apprentissage dans la relation avec autrui, dépendant des statuts

Ce constat fait écho à celui de la théorie de l’influence sociale.

Certes, « On apprend seul mais jamais sans les autres » (Carré, 2005). S’appuyant sur Vygotski et Bandura, Wittorski le rappelle également :

Depuis les travaux de Vygotski (1994) et Bandura (1997), nous savons que le développement est d’abord une affaire de socialisation. Ainsi Vygotski (1994) explique que le langage s’acquiert par imitation dans une zone proximale de développement. Plus généralement selon cet auteur, l’apprentissage se réalise par l’intériorisation progressive de l’action grâce au langage intérieur, le contexte culturel agissant sur les processus cognitifs de l’individu qui apprend. On apprend d’abord avec les autres : le fonctionnement humain est d’abord collectif, il s’organise en activités régulées par le langage, qui est lui-même porteur des connaissances élaborées par les générations antérieures ; de l’interpersonnel à l’intrapersonnel [...]. Bandura (1997), pour sa part, insiste sur la notion d’apprentissage social, celui-ci se réalise essentiellement par imitation (reproduire trait pour trait) ou modelage (implique une reconstruction active de la part du sujet. (Wittorski, 2007, pp. 39-40)

Enfin, il reprend Pineau pour lequel « les autres », constituent l'un des trois agents de formation de l'individu :

Pour Pineau, la formation est un processus vital, ontologique, de mise en forme de l'être dont on peut au moins discerner 3 agents : soi (autoformation), les autres (hétéroformation : parents, milieu) et les choses (écoformation : échanges physiques et biologiques) » (Galvani, 1995, p. 39) » (Wittorski, 2007, p. 44).

Cependant, l'acte d'apprendre avec autrui n'est pas automatique. Si l'on en croit la théorie de l'influence sociale, on apprend, au sens de « se laisser influencer » en fonction des personnes dont on estime qu'elles peuvent constituer des sources d'apprentissages.

Dans la théorie de l'influence sociale, l'apprentissage est conçu comme le résultat d'une influence d'une source (source d'influence) sur une cible, les rôles pouvant changer au cours de l'interaction :

La transmission d'un savoir ou d'une connaissance entre une source (que ce soit un enseignant ou un pair) et une cible (l'apprenant) est par définition une situation d'influence sociale (Quiamzade et al., 2006). De fait apprendre, c'est être influencé. Il convient donc de conceptualiser le conflit comme un élément de communication émanant d'une situation d'influence sociale où une source délivre un message à une cible, chacun des acteurs du conflit étant tour à tour cible et source d'influence (Moscovici, 1979) (Darnon et al., 2008, pp. 69-70).

L'influence sociale a un temps été considérée comme dépendante, à priori, des statuts sociaux des interactants : « Dans une perspective dite fonctionnaliste (Moscovici, 1976), le statut social des protagonistes d'une situation d'influence était considéré comme une donnée intangible, antécédente aux interactions » (Mugny, 2017, p. 61). Or, comme le souligne Moscovici, on ne peut ainsi réduire les processus d'influence sociale à une action descendante « entre une source jouissant d'une certaine supériorité sociale (notamment par le nombre, le statut, la position de leader, la compétence) et une cible par contraste inférieure » (Mugny, 2017, p. 61) et voir systématiquement dans les sources « inférieures »,

des entités bénéficiant de moins de ressources psychosociales, en l'occurrence sans pouvoir leur permettant d'obtenir de l'influence (comme l'expertise ou le pouvoir de coercition) et au contraire dépendantes du groupe [...], les cibles de l'influence exercée quant à elle par les sources socialement supérieures » (Mugny, 2017, p. 61).

Cependant, comme le souligne Mugny, plusieurs conditions doivent être remplies pour que l'influence de la source « inférieure » ait des chances de se produire. Nous en citerons ici quelques-unes parmi les plus importantes : la source « inférieure » doit être perçue comme consistante dans son comportement (c'est-à-dire comme cohérente et capable de maintenir son point de vue dans le temps) ; elle doit appartenir au même groupe que la cible ou dans le cas contraire, elle devrait être valorisée (et non perçue comme déviante) par le groupe ; enfin la cible devrait être capable de dissocier le processus de comparaison sociale de l'examen critique du message émis par la source. A ce sujet Mugny dit que : « L'influence latente présuppose en effet que la question de la comparaison ait été réglée, afin que l'attention en soit libérée et puisse être principalement vouée au traitement du contenu idéologique de l'opposition normative » (Mugny, 2017). Ainsi, Mugny conclut qu'« une influence réciproque ne s'observe qu'à la condition que les individus occupent un même statut et qu'ils n'aient pas de motivation particulière à se différencier d'autrui. De toute évidence, cette condition n'est pas monnaie courante » (Mugny, 2017, p. 17).

Or, la relation de soin met en présence des acteurs aux statuts différents avec, comme source d'influence, le soignant et comme cible, le patient. Selon la théorie de l'influence sociale, pour que les soignants soient disposés à apprendre auprès des patients, il leur faudrait ainsi : considérer le patient comme une source « consistante », capable de cohérence ; valoriser les patients voire les considérer comme étant des leurs (comme un soignant au même titre qu'eux, comme dans le modèle de Montréal par exemple) ; mettre leur statut au second plan et n'avoir aucun intérêt à s'en différencier. A l'instar de Mugny, nous pensons que réunir ces conditions n'est pas « monnaie courante ».

3.4 Synthèse de l'étude sur l'apprentissage des soignants auprès des patients comme potentiel levier de transformation de la relation des soignants et des patients

Dans un contexte de coopérations entravées, apprendre auprès des patients apparaît comme un levier de transformations identitaires des soignants et des usagers, favorable au développement de coopérations dans la relation de soin.

L'étude de quelques retours d'expériences de professionnels de santé en psychiatrie nous apprend que des apprentissages formels et informels se produisent dans le cadre de dispositifs (formation continue, pair-aidance et ETP) à visée transformative ou non.

Par ailleurs, l'analyse d'études s'intéressant aux apprentissages des soignants auprès des patients dans l'espace de la relation de soin entre « simple » usager et soignant, montrent l'existence d'apprentissages professionnels informels, porteurs d'une dynamique de transformation identitaire.

Cependant, pour les infirmiers en psychiatrie, ce résultat est faiblement étayé (nous avons collecté ça et là, des bribes de témoignages). De plus, trois études portant sur les apprentissages professionnels informels des infirmiers et médecins (auprès d'acteurs divers) viennent mettre en perspective le constat d'apprentissage auprès des patients, en montrant leur faible « poids » dans la totalité des apprentissages perçus auprès de ressources humaines. Ce résultat peut être, selon nous, expliqué par la théorie de l'influence sociale, laquelle met en évidence l'importance des statuts des interactants dans l'apprentissage au sein d'une relation.

4. « Qu'apprennent les infirmiers en psychiatrie auprès des patients » ?

Forts des constats réalisés dans l'étude du contexte, nous sommes désormais en mesure de formuler notre question de recherche. Celle-ci se fonde sur la prise en compte de trois facteurs : le contexte, les enjeux, et l'étayage de la question.

4.1 Professionnalisation fragile des infirmiers en psychiatrie et usager sachant : une opportunité de professionnalisation auprès des patients ?

Nos investigations relatives à la professionnalisation des infirmiers exerçant en psychiatrie et santé mentale ont fait apparaître plusieurs phénomènes majeurs :

- une professionnalisation des infirmiers en psychiatrie fragilisée par la réduction drastique des apports théoriques, plus particulièrement depuis la dernière réforme des études infirmières en 2009 et par le transfert de la formation initiale (à travers les stages) et continue (à travers la consolidation des savoirs et le tutorat) aux établissements de santé. Cette fragilité s'explique par la difficulté, pour les établissements, de proposer un accompagnement pédagogique de qualité pour ce qui est des stages (faute de préparation, de temps et de collaboration avec les IFSI). Elle s'explique, pour ce qui est de la formation continue (consolidation des savoirs et tutorat) par l'aspect aléatoire de cette formation complémentaire, pas toujours réalisable faute d'effectifs, de financements et/ou de volonté des acteurs. Ce constat est souligné par des signes de déprofessionnalisation des pratiques de l'infirmier en psychiatrie ;

- une professionnalisation des infirmiers en psychiatrie inégale liée à son caractère aléatoire, mais aussi à des variations au sein même de cette formation complémentaire (consolidation des savoirs et tutorat) dans les thématiques mais surtout, dans la durée des accompagnements proposés. Ces variations existent aux niveaux, régional du fait de la disparité des financements des ARS et au niveau des établissements, voire des services (car dépendant de la volonté des acteurs et des possibilités en termes d'effectifs).

A l'heure actuelle, la récente création de la fonction et du master associé d'IPA en santé mentale ainsi que le dynamisme d'infirmiers, de certains établissements et d'organisations (CRMC) travaillant à la référentialisation des savoirs viennent nuancer ces constats. Néanmoins, des réserves là encore doivent être émises. D'une part, les IPA sont encore peu nombreux, et jusqu'ici, les initiatives liées à la référentialisation des activités des infirmiers en psychiatrie sont demeurées locales.

Face à cela, l'investigation relative à l'évolution de la place de l'usager en psychiatrie et santé mentale dans le système de santé et plus particulièrement dans la relation de soin a fait apparaître :

- l'émergence et la reconnaissance d'un usager en santé mentale acteur de son rétablissement, reposant, en partie, sur ses savoirs expérientiels ;
- le développement de coopérations entre des usagers professionnalisés et les acteurs du système de santé ainsi que la promotion d'un paradigme de la relation de soin partenarial

reposant sur la considération du patient comme un sujet soignant et sachant ;

- les freins à la mise en œuvre de ces coopérations avec les équipes de soin et dans l'espace la relation de soin.

Dans un contexte de fragilité de la formation des infirmiers en psychiatrie, la relation de soin avec les patients représente-t-elle une opportunité de professionnalisation pour ces soignants et si oui en quoi ?

4.2 Apprendre auprès des patients : un enjeu de transformation de la relation entre l'infirmier et le patient

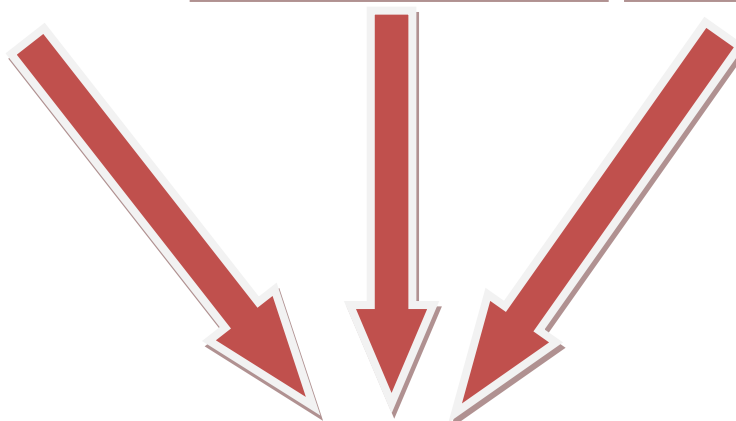
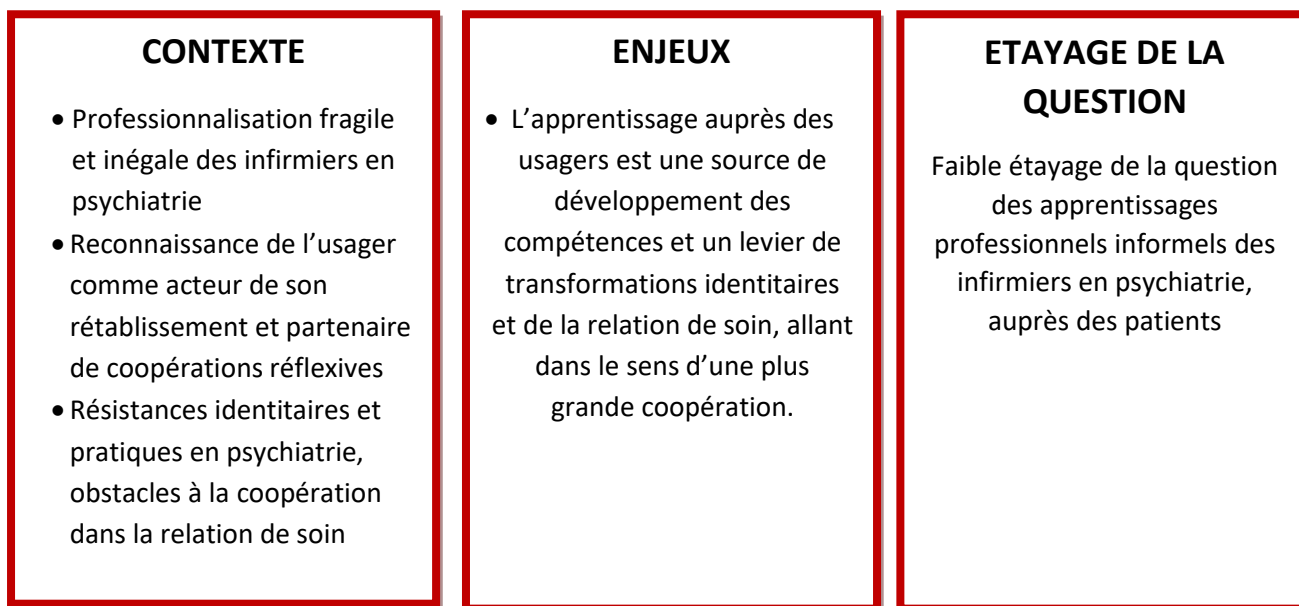
L'investigation relative aux usagers a par ailleurs mis en lumière des résistances identitaires et des pratiques psychiatriques pouvant faire obstacle à la coopération dans la relation. Parallèlement, elle montre le développement de la place des patients formateurs dans la professionnalisation formelle des professionnels de santé et de la santé mentale et l'existence d'une professionnalisation informelle de ces derniers dans le cadre de dispositifs de collaboration spécifiques (formation continue, pair-aidance et ETP par exemple) et dans la relation de soin avec de « simples » patients. Les apprentissages relevés se révèlent constituer, au-delà du développement de savoirs et de savoir-faire, un levier de transformation identitaire et de transformation de la relation « soignant-soigné » vers une plus grande coopération.

Dans un contexte de coopérations naissantes et voire encore impensées, apprendre auprès des patients semble constituer un enjeu de transformation majeur des soignants et des patients et de leur relation.

4.3 Faible étayage de la professionnalisation informelle auprès des patients

Enfin, d'après nos investigations, la modalité de professionnalisation majeure auprès des patients, l'informelle, n'est que faiblement étayée. Nous n'avons, en effet, trouvé aucune étude s'intéressant spécifiquement aux apprentissages professionnels des infirmiers en psychiatrie, auprès des patients. De plus, les résultats existants à ce sujet montrent que malgré la reconnaissance d'un patient acteur détenteur de savoirs expérientiels, médecins et infirmiers ne semblent pas considérer le patient (quelle que soit sa pathologie) comme une ressource d'apprentissage majeure, loin de là. Ce constat semble conforté par la théorie de l'influence sociale.

Aussi, au vu des éléments exposés, nous semble-t-il pertinent de nous interroger sur les apprentissages perçus par les infirmiers en psychiatrie et santé mentale, auprès des patients, dans l'espace de leurs relations avec ces derniers, et plus spécifiquement, sur la nature de ces apprentissages et les circonstances de leur survenue. Nous résumons l'émergence de notre question de recherche à l'aide de la figure ci-dessous.



Question de recherche : Est-ce que les infirmiers en psychiatrie apprennent auprès des patients, et si oui, qu'apprennent-ils, et dans quelles situations ?

Figure 6 : Emergence de notre question de recherche

Partie 2 :
Emergence de deux régimes d'apprentissages
des infirmiers en psychiatrie, auprès des
patients

Notre deuxième partie sera consacrée à l'étude qualitative. Après avoir présenté ses étapes, ses modalités de réalisation et les méthodes d'analyse utilisées, nous identifierons les perceptions d'apprentissages à l'aide du cadre conceptuel des apprentissages transformateurs et informationnels. Suite à la découverte d'apprentissages transformateurs de plusieurs natures, nous tenterons d'identifier des facteurs d'influence possibles de ces apprentissages. Dans ce but, nous conduirons alors successivement les analyses suivantes : une analyse conceptuelle comparative entre les concepts d'apprentissages transformateurs perçus et l'apprenance auprès d'autrui ; une analyse thématique quantitative permettant la mise en exergue des relations existant entre des éléments socio-démographiques et la nature des apprentissages transformateurs perçus (cette étude mettra en lumière l'hypothèse de l'existence d'une trajectoire de transformations identitaires auprès des patients) ; une analyse lexicométrique et thématique des genres professionnels des infirmiers (bio, psycho, social) ; une analyse thématique et « au fil de l'eau » des vécus professionnels difficiles et agréables ; une analyse par théorisation ancrée des phénomènes de reliance/déliance chez les infirmiers. Ces différentes études nous conduiront à la construction de deux régimes hypothétiques de perceptions d'apprentissages, que nous inscrirons dans le méta-cadre théorique de Carré (2020).

5. Modalités de réalisation de l'étude qualitative

Dans cette partie, nous présenterons, outre les modalités de l'« enquête qualitative de terrain » menée (Paillé & Mucchielli, 2016, p. 13), la démarche d'analyse qualitative utilisée.

5.1 L' « enquête qualitative de terrain »

Dans un premier temps, nous avons mené une « enquête qualitative de terrain » (Paillé & Mucchielli, 2016, p. 13) laquelle « implique un contact personnel avec les sujets de la recherche, principalement par le biais d'entretiens et par l'observation des pratiques dans les milieux mêmes où évoluent les acteurs » (Paillé, 2016, p. 13).

Plus précisément, cette enquête est qualitative en ce que :

les instruments et méthodes utilisés sont conçus, d'une part, pour recueillir des données qualitatives (témoignages, notes de terrain, images vidéo, etc.), d'autre part, pour analyser ces données de manière qualitative (c'est-à-dire en extraire le sens plutôt que les transformer en pourcentages ou en statistiques). (Paillé, 2016, p. 13).

Mais aussi du fait que :

l'ensemble du processus est mené d'une manière « naturelle », sans appareils sophistiqués ou mises en situation artificielles, selon une logique proche des personnes, de leurs actions et de leurs témoignages (une logique de la proximité : cf. Paillé, 2007) (Paillé, 2016, p. 13).

Après avoir présenté les modalités de composition de notre échantillon, nous décrivons celui-ci, puis exposerons les modalités d'entretien mises en œuvre.

5.1.1 Modalités de composition de l'échantillon

Nous présenterons ici les modalités de composition de l'échantillon, du choix du terrain de

recherche à l'effet de saturation, en passant par les variables ayant guidé la composition de l'échantillon.

5.1.1.1 Choix du Groupe Hospitalier Paul Guiraud comme terrain de recherche

Nous avons sollicité, pour notre collecte de données, le Groupe Hospitalier Paul Guiraud avec lequel nous réalisons un travail sur l'intégration et la professionnalisation des infirmiers nouveaux en psychiatrie. Le Groupe Hospitalier Paul Guiraud est un établissement public de psychiatrie générale, créé en 1884, qui s'étend sur 12 secteurs du sud francilien, dans les départements des Hauts-de-Seine (92) et du Val de Marne (94). Il est pourvu de deux hôpitaux, l'un à Villejuif, l'autre à Clamart et de structures extrahospitalières variées que nous présentons ultérieurement. Ainsi, la facilité d'accès à de potentiels répondants, notre connaissance (bien que modeste) de l'établissement, la diversité de ses structures et son caractère public _le secteur public représente à l'heure actuelle la majeure partie des prises en charge (DREES, 2020, p. 86)⁶⁵_ nous ont déterminé à faire du Groupe Hospitalier Paul Guiraud, notre premier terrain de recherche.

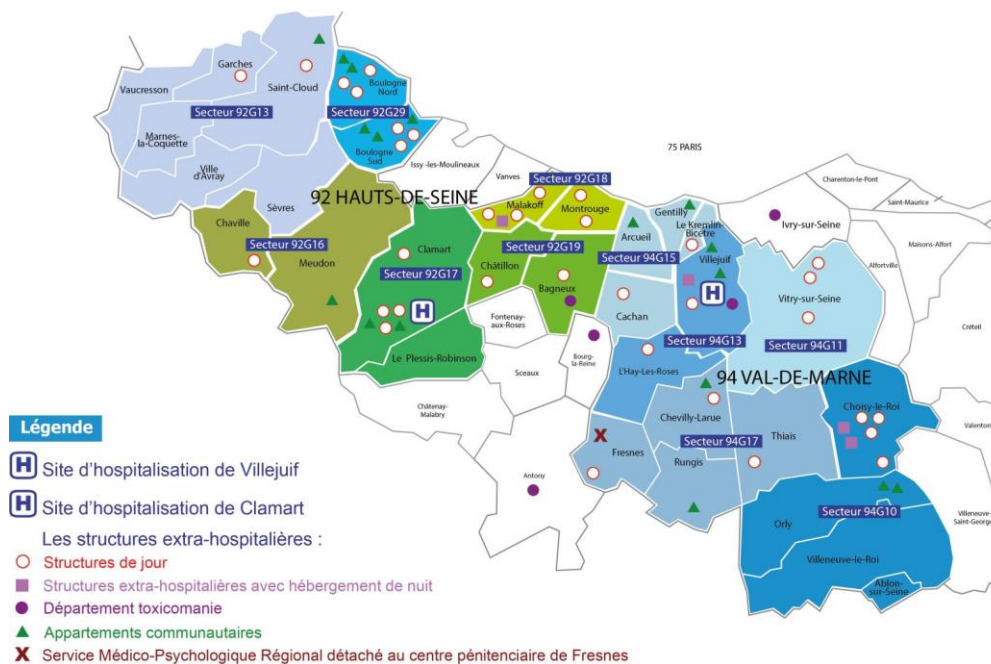


Figure 7 : Carte des secteurs du Groupe Hospitalier Paul Guiraud

Nous avons suivi la procédure indiquée par la Directrice des soins, relais fondamental de notre projet dans l'établissement. Celle-ci a communiqué notre « invitation à participer à une recherche sur les apprentissages des infirmiers » aux cadres supérieurs puis de service, qu'il nous revenait de contacter. Dans cette invitation étaient présentés les enjeux de la recherche, ses objectifs, la trame de notre entretien semi-directif et les caractéristiques du public recherché, que nous souhaitions avant tout volontaire.

⁶⁵ « En 2018, 617 établissements de santé ont répondu à la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) pour la prise en charge hospitalière en psychiatrie. Plus de la moitié d'entre eux appartiennent au secteur public, qui dispose de 67 % des capacités d'hospitalisation à temps complet ou partiel (lits et places) et de la quasi-totalité de l'offre ambulatoire de psychiatrie (tableau 1). »

5.1.1.2 Les variables ayant guidé la composition de l'échantillon

La variable « diplôme »

Partant de l'hypothèse que la nature du diplôme pouvait influencer les perceptions d'apprentissages, nous avons interviewé des infirmiers diplômés entre 1980 et 2016. Nous avons opéré dans un premier temps une distinction entre : les infirmiers titulaires du Diplômé d'Etat d'Infirmier (DEI) diplômés de 2012 à 2018 formés à partir du référentiel de 2009, les infirmiers titulaires du DEI diplômés de 1995 à 2011 formés à partir du référentiel de 1992 et les infirmiers diplômés avant 1995 (dont nous supposons alors, qu'ils avaient tous obtenus le DISP (Diplôme d'Infirmier de Secteur Psychiatrique).

La variable « lieu d'exercice »

Les infirmiers se distinguent par ailleurs par leur lieu d'exercice qui correspond à deux grandes modalités de prise en charge de deux « types » de patients. Certains infirmiers travaillent en intrahospitalier, c'est-à-dire derrière les murs de l'hôpital au sein d'unités accueillant des patients de la phase aiguë à la phase de stabilisation, en hospitalisation libre ou sans consentement, dans des unités fermées ou ouvertes.

D'autres exercent en extrahospitalier au sein de structures ambulatoires variées auprès de patients stabilisés. Les infirmiers interviewés travaillent dans des CMP (Centre Médico-Psychologiques), des hôpitaux de jour, un CRPS (Centre de Rééducation Physique et Sociale) et un CAC (Centres d'Accueil et Crise)⁶⁶. Notons qu'il existe, en psychiatrie, d'autres structures extrahospitalières telles que le Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Nous avons ainsi choisi de nous appuyer sur la distinction réalisée par les établissements psychiatriques eux-mêmes et d'établir, comme variable, la distinction entre l'exercice en intrahospitalier (intra) et l'extrahospitalier (extra). Selon Merklings, infirmier en psychiatrie, « c'est bien plus, aujourd'hui, le lieu d'exercice que le diplôme qui crée la différence et façonne les identités professionnelles » (Merklings, 2017, p. 82).

5.1.1.3 L'effet de saturation

Enfin, nous avons cessé les entretiens lorsque l'effet de « saturation » s'est fait sentir : « Le chercheur « découvre » désormais des informations qu'il a tellement appris à connaître qu'il a une fâcheuse tendance à s'ennuyer » (Kaufmann, 2016, p. 103). Nous avons ainsi décidé de nous arrêter après 23 entretiens.

5.1.2 Description de l'échantillon

Nous avons ainsi interviewé 23 infirmiers en psychiatrie entre le 8 juin 2016 et le 19 juin 2018, dans les services, sur le temps de travail des infirmiers. Leur durée s'est étendue de 30 minutes à 1h50, ce qui représente une moyenne de 51 minutes par entretien. Dans l'ensemble, les entretiens en intrahospitalier étaient plus courts et plus difficiles à mener qu'en

⁶⁶ Le CAC est une structure d'hospitalisation d'urgence sur des délais brefs mais est considérée comme une structure extrahospitalière.

extrahospitalier du fait des nombreuses sollicitations dont les infirmiers étaient l'objet. Après avoir présenté les caractéristiques sociodémographiques des infirmiers en psychiatrie interviewés, nous détaillerons leur répartition en fonction de : l'année d'obtention de leur diplôme, les lieux d'exercice, intra et extrahospitalier, le secteur et département d'appartenance, la durée d'expérience en psychiatrie, le sexe. Nous achèverons cette description en posant un regard critique sur cet échantillon.

5.1.2.1 Caractéristiques sociodémographiques des infirmiers en psychiatrie interviewés

Nous listons dans le tableau ci-dessous les infirmiers interviewés et les caractéristiques socio-démographiques les concernant, recueillies.

Caractéristiques sociodémographiques des infirmiers en psychiatrie interviewés (classés par année d'obtention du diplôme, du plus récent au plus ancien)

Prénom	Année d'obtention du diplôme	Diplôme	Lieu d'exercice	Expérience professionnelle comme infirmier ⁶⁷
Marie	2016	DEI (référentiel 2009)	Intra Hôpital de Villejuif - Secteur 94G13 Service 11 - Unité 23B (unité fermée)	Environ 1 an d'expérience en psychiatrie en intra dans ce service
Sandra	2016	DEI (référentiel 2009)	Intra Hôpital de Villejuif - Secteur 92G13 Service 9 – Unité 25A (unité ouverte) - Unité 25B (fermée) quelquefois	Environ 2 ans d'expérience en psychiatrie en intra dans ce service
Justine	2014	DEI (référentiel 2009)	Intra Hôpital de Villejuif - Secteur 92G13 Service 9 - Unité 25A (unité ouverte) - Unité 25B (fermée) quelquefois	Environ 3 ans d'expérience en psychiatrie en intra dans ce service
Julie	2014	DEI (référentiel 2009)	Intra Hôpital de Villejuif - Secteur 94G10 – Unité fermée	Environ 1,5 ans d'expérience en psychiatrie intra dans ce service
Emma	2012	DEI (référentiel 2009)	Intra Hôpital de Villejuif - Secteur 92G13 Service 9 – Unité 25A (unité ouverte) - Unité 25B (fermée) quelquefois	Environ 4 ans d'expérience en psychiatrie en intra et extra et 2 ans en soins somatiques
Jeanne	2011	DEI (référentiel 1992)	Intra Hôpital de Villejuif - Secteur 94G13- Unité 26 (unité fermée)	Environ 4 ans d'expérience en psychiatrie en intra

⁶⁷ Expérience au moment de l'entretien. Les entretiens ont été menés entre le 8 juin 2016 et le 19 juin 2018.

Louise	2009	DEI (référentiel 1992)	Intra Hôpital de Villejuif - Secteur 94G13 – Unité fermée	Environ 6 ans d'expérience en psychiatrie en intra, en unité fermée
Manon	2005	DEI (référentiel 1992)	Extra CMP Clamart - Secteur 92G16 (Meudon- Chaville)	Environ 11,5 ans d'expérience en psychiatrie : 10 ans d'expérience en intra et 1,5 ans en extra
Leïla	2004	DEI (référentiel 1992)	Extra CMP – Secteur 94G13	Environ 12 ans d'expérience en psychiatrie : 7 ans en intra et 5 ans en extra
Jacques	2000	DEI (référentiel 1992)	Intra Hôpital de Villejuif – Secteur 92G13 – Service 9 – 25B (unité fermée)	Environ 20 ans d'expérience en psychiatrie en intra (même service)
Gabriel	1999	DEI (référentiel 1992)	Extra CMP Clamart – Secteur 92G16 (Meudon-Chaville)	Environ 19 ans d'expérience en psychiatrie : 12 ans d'expérience en intra et 7 ans en extra (CMP)
Christel	1997	DEI (référentiel 1992)	Extra Hôpital de jour de Villejuif – Secteur 94G15	Environ 19 ans d'expérience en psychiatrie : 16 ans d'expérience en intra et 3 ans en extra
Olivia	1997	DEI (référentiel 1992)	Extra CAC (centre d'accueil et de crise) - Secteur 94G10	Environ 18 ans d'expérience en psychiatrie
Yolande	1993	DISP (référentiel 1979)	Extra CMP (Centre médico-psychologique) de Montrouge Secteur 92G18	Environ 26 ans d'expérience en psychiatrie : 4 ans d'expérience en intra et 22 ans en extra (au CMP de Montrouge)
Jean-Luc	1992	DEI	Extra CAC (centre d'accueil et de crise) - Secteur 94G10	Environ 20 ans d'expérience en psychiatrie et 4 en soins généraux
Corinne	1990	DISP (référentiel 1979)	Extra CMP Bagneux – Secteur 92G19	Environ 28 ans d'expérience en psychiatrie : 13 ans intra et extra et 15 ans exclusivement en extra
Paula	1990	DISP	Extra	Environ 28 ans d'expérience en psychiatrie

		(référentiel 1979)	Hôpital de Jour de St Cloud Secteur 92G13 - Les Catalpas	
Hélène	1987	DEI	Intra Hôpital de Clamart – Secteur 92G16 Unité Dora Maar (unité d’entrants) (Meudon-Chaville)	Environ 15 ans d’expérience en psychiatrie en intra et en extra et 15 ans en MCO
Evelyne	1986	DEI	Extra CMP Clamart - Secteur 92G16 (Meudon-Chaville)	Environ 7 ans d’expérience en psychiatrie, 4 ans en intra et 3 ans en extra (CMP) et 25 ans d’expérience en MCO
Geneviève	1986	DEI	Extra CMP Bagneux – Secteur 92G19	Environ 6 ans d’expérience en psychiatrie en extra et 16 ans d’expérience (prison et personnes âgées)
Christophe	1984	DISP (référentiel 1979)	Extra CAC (Centre d’Accueil et de Crise) – Secteur 94G10	Environ 32 ans d’expérience en psychiatrie : majoritairement en intra puis au CAC
Séverine	1982	DISP (référentiel 1979)	Intra Hôpital de Villejuif - Secteur 94G10 – Unité fermée	Environ 36 ans d’expérience en psychiatrie : 28 ans en intra et extra et 8 ans en intra
Lina	1980	DISP (référentiel 1973)	Extra CRPS (Centre de Rééducation Physique et Sociale) Secteur 94G13	Environ 40 ans d’expérience en psychiatrie : 30 ans en intra et 10 ans en extra (CATTP68 puis CRPS69)

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques des infirmiers en psychiatrie interviewés

⁶⁸ CATTP : Centre d’Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

⁶⁹ CRPS : Centre de Réhabilitation Psychosociale

5.1.2.2 Répartition des infirmiers en fonction de la période d'obtention du diplôme

Prenant pour caractéristiques distinctives les référentiels de formation de 1992 et 2009, notre échantillon se compose de : 5 infirmiers ayant obtenu leur diplôme entre 2012 et 2018 ; 8 infirmiers ayant obtenu leur diplôme entre 1995 et 2011 ; 10 infirmiers ayant obtenu leur diplôme avant 1995.

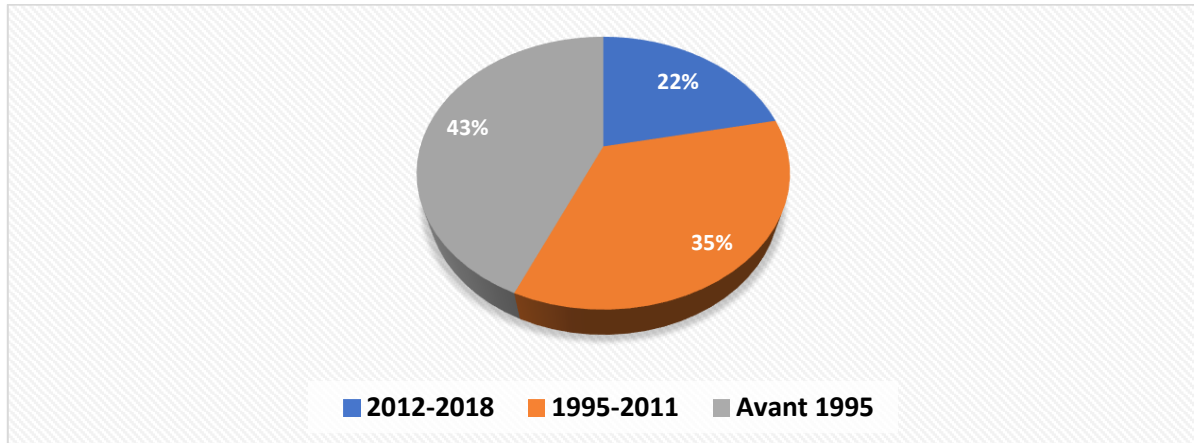


Figure 8 : Répartition des infirmiers en psychiatrie par période d'obtention du diplôme

Or, nous avons découvert durant nos entretiens que parmi les 10 diplômés avant 1995, 6 infirmiers étaient titulaires du DISP (Diplôme d’Infirmier de Secteur Psychiatrique) et 4 d’un DE (Diplôme d’Etat) de soins généraux (les infirmiers de soins généraux pouvaient en effet exercer en psychiatrie, l’inverse n’était en revanche pas possible). Ainsi la répartition reflétant le plus exactement la réalité est celle-ci : 5 infirmiers ont obtenu leur DEI entre 2012 et 2018 ; 8 infirmiers ont obtenu leur diplôme entre 1995 et 2011 ; 6 infirmiers ont obtenu un DISP avant 1995 ; 4 ont obtenu un DEI avant 1995.

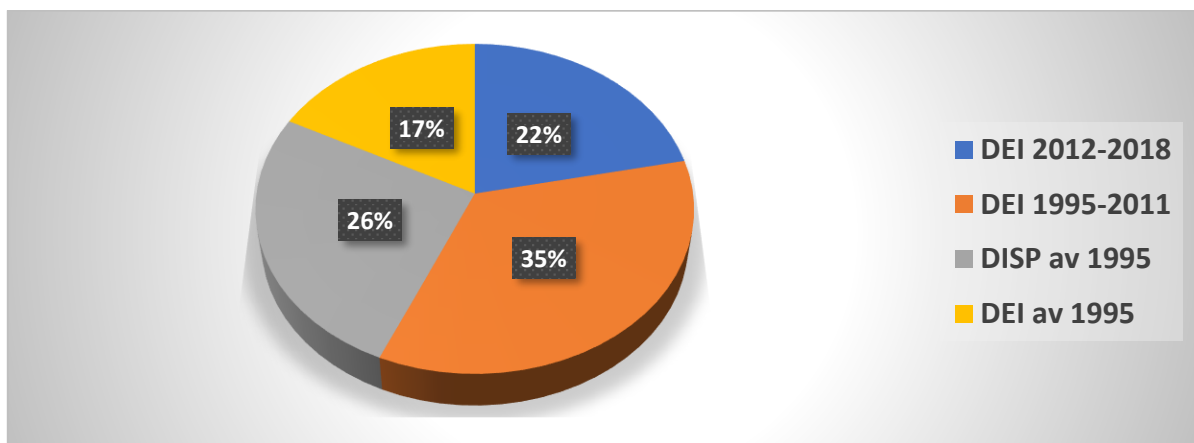


Figure 9 : Répartition des infirmiers en psychiatrie en fonction de la période d'obtention du diplôme et du diplôme obtenu (DEI ou DISP)

5.1.2.3 Répartition des infirmiers par lieux d'exercice, intra et extrahospitalier

Les infirmiers interviewés se répartissent dans notre échantillon de la sorte : 13 exercent en extrahospitalier et 10 en intra. En psychiatrie, nous notons que la prise en charge en

ambulatoire est la plus courante, et réalisée majoritairement dans les CMP, considérés comme « les pivots du dispositif ambulatoire » (DREES, 2020, p. 86). C'est le cas également du Groupe Hospitalier Paul Guiraud dont 80% des 21 000 patients traités chaque année le sont, en extrahospitalier (Groupe Hospitalier Paul Guiraud, communication personnelle, 2020). Nous supposons par conséquent que l'extrahospitalier concentre la majorité des effectifs, notamment infirmiers.

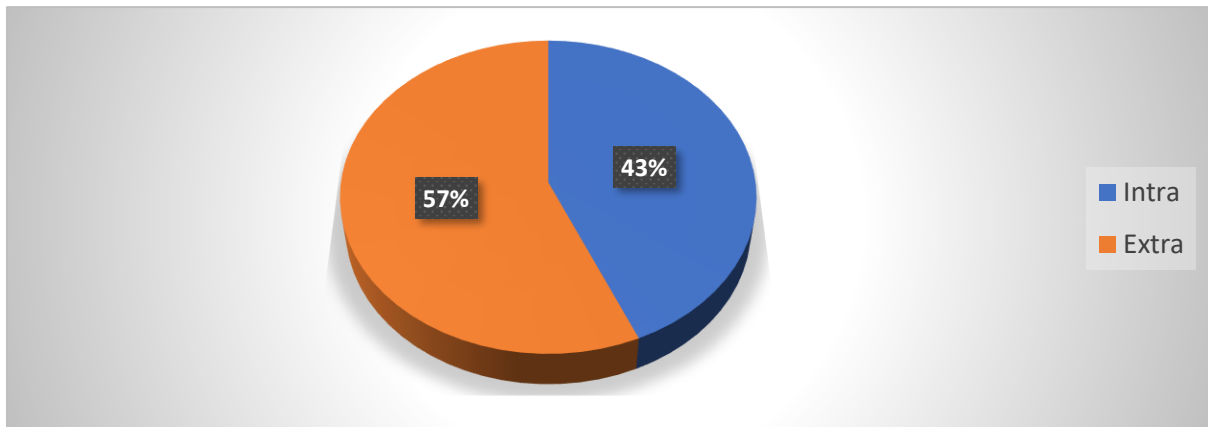


Figure 10 : Répartition des infirmiers par lieu d'exercice, intra ou extrahospitalier

5.1.2.4 Répartition des infirmiers par secteur et département

Par ailleurs, les infirmiers interviewés accompagnent des patients rattachés à 7 secteurs différents (sur les 12 que compte Paul Guiraud) : 4 secteurs du département 92 (Groupe Hospitalier Paul Guiraud, communication personnelle, 2020) et 3 secteurs du département 9470. Comme entrevu précédemment, chaque secteur correspond à un territoire, et ce dernier est sociologiquement marqué comme le soulignent certains des infirmiers interviewés : tel infirmier estime qu'il serait ainsi plus « facile » d'accompagner un public « éduqué » venant de Marnes la Coquette que de Bagneux par exemple et tel autre aime travailler à Bagneux car la population y est globalement moins favorisée.

Les infirmiers de notre échantillon accompagnent ainsi des patients issus de milieux sociaux variés.

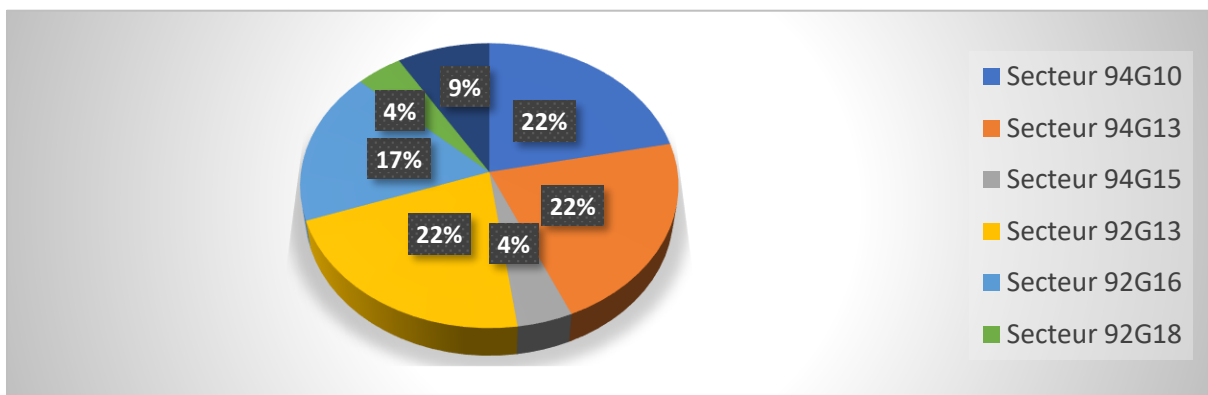


Figure 11 : Répartition des infirmiers par secteur psychiatrique

⁷⁰ Secteur 94G13 : Villejuif - L'Hay-les-Roses ; Secteur 94G10 : Choisy-le-Roi - Ablon - Villeneuve Le Roi - Orly ; Secteur 94G15 : Arcueil – Cachan - Gentilly - Le Kremlin-Bicêtre

5.1.2.5 Répartition des infirmiers en fonction de la durée d'expérience en psychiatrie

Nous pouvons également, « après coup » décrire notre échantillon à partir de la durée d'expérience en psychiatrie déclarée par les interviewés. Trois groupes émergent. Les infirmiers ayant : de 1 à 7 ans d'expérience, au nombre de 9 (deux d'entre eux sont titulaires d'un DEI obtenu avant 1995) : de 11,5 ans à 20 ans au nombre de 8 ; de 26 à 40 ans, au nombre de 6. Ce découpage montre trois groupes « de poids » similaires.

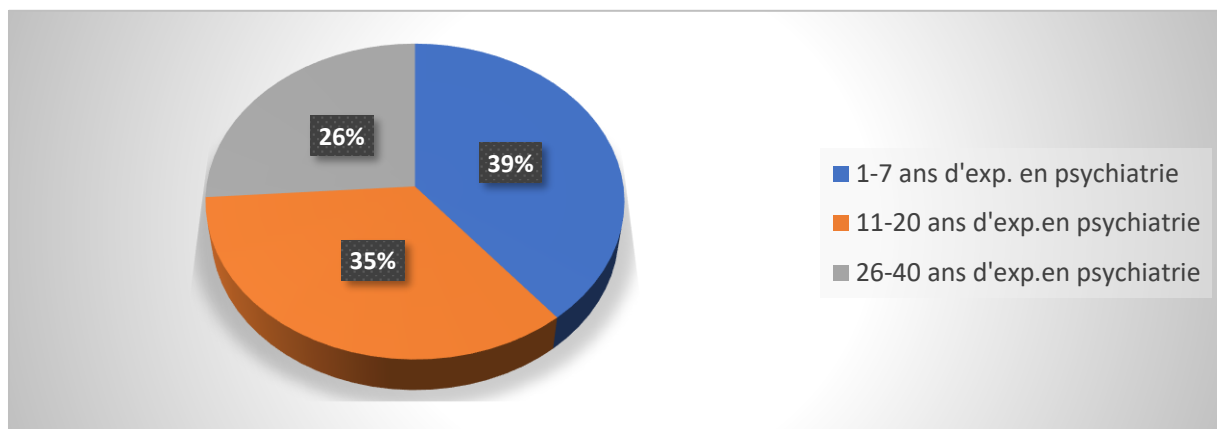


Figure 12 : Répartition des infirmiers en fonction de la durée d'expérience en psychiatrie

5.1.2.6 Répartition des infirmiers par sexe

Au 1er janvier 2019, la DREES recensait 722 572 infirmiers en France, dont 625 809 femmes (86,6%) et 96 763 hommes (13,4%) (StaffSanté, 2019). Cependant, cet organisme ne propose pas de statistiques spécifiques à la psychiatrie. Les hommes ont toujours été plus nombreux en psychiatrie qu'en soins généraux, mais à l'heure actuelle nous ne savons pas dans quelles proportions. Tout ce que nous savons, c'est qu'en 2004, ils représentaient 48,6 % des infirmiers psychiatriques. (Bessière, 2005, p. 22). Notre échantillon compte 4 hommes et 19 femmes soit respectivement 17 et 83% des interviewés et ne serait ainsi pas vraiment représentatif de la réalité.

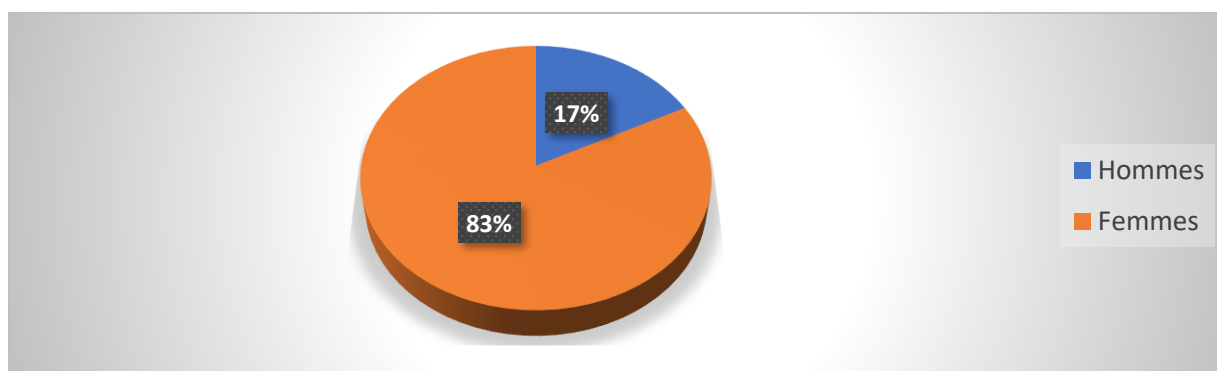


Figure 13 : Répartition des infirmiers par sexe

5.1.2.7 Critique de l'échantillon

Nous regrettons de n'avoir pu interviewer davantage d'infirmiers diplômés à partir de

2012. Pour rappel, leur nombre s'élève à 5, sur 23 infirmiers interviewés. Cette situation est peu étonnante néanmoins, au vu de la démographie infirmière, dans laquelle les plus jeunes sont minoritaires (en 2006, les moins de 25 ans représentaient 6% de cette population) (DRESS, 2011, p. 4). De plus, il nous a été rapporté par certains cadres de service que les jeunes étaient réticents à répondre notre interview car ne sentant pas assez de recul pour répondre à nos questions.

Enfin, nous aurions souhaité interviewer, dans cette catégorie des diplômés à partir de 2012, des infirmiers exerçant en extrahospitalier : les 5 infirmiers diplômés entre 2012 et 2018 exercent en effet, en intra. De même, notre échantillon des diplômés avant 1995 est déséquilibré dans le sens inverse : 8 diplômés exercent en extra, 2 en intra (soit 80 et 20% respectivement). La catégorie intermédiaire des diplômés entre 1995 et 2011 apparaît plus mixte : 5 exercent en extra, 3 en intra (soit 63 et 37%). Cet échantillon semble refléter cependant une réalité. En psychiatrie, d'après les infirmiers rencontrés, les jeunes infirmiers mais aussi les infirmiers nouveaux en psychiatrie venant des soins généraux, commencent, en général, par travailler en intrahospitalier afin de se familiariser avec les manifestations des pathologies, de la phase aigüe à la stabilisation. L'hôpital serait ainsi un lieu de formation, un passage non obligatoire mais implicitement recommandé faisant de l'entrée en extrahospitalier un choix de deuxième partie de carrière.

5.1.3 Des entretiens à la croisée de l'entretien compréhensif, d'explicitation et du récit de vie

Nous nous sommes principalement appuyés sur l'entretien compréhensif de Kaufmann (Kaufmann, 2016) ainsi que sur les techniques de l'entretien d'explicitation de P. Vermersch (Vermersch, 2010), auxquelles nous nous sommes formés. Après avoir décrit la posture exploratoire adoptée, nous décrirons le travail réalisé pour la création et le maintien d'une relation de confiance, justifierons le choix du récit pour faire émerger des perceptions d'apprentissages, présenterons l'usage de tactiques langagières et le caractère évolutif des entretiens menés.

5.1.3.1 Une posture exploratoire

Nous avons choisi de mettre en place des entretiens semi-directifs qui laissent la place à l'imprévu. A cette étape de notre étude, nous adoptons une posture exploratoire. Nos rencontres préalables avec des infirmiers en psychiatrie dans le cadre de notre activité professionnelle, nos premières lectures, nous ont déjà suggéré quelques hypothèses mais notre volonté, au moment des entretiens est de les mettre de côté et d'écouter avec curiosité les propos de nos interlocuteurs, d'être attentif à leurs réactions pour in fine les comprendre. Nos entretiens s'inscrivent dès lors dans la lignée des entretiens compréhensifs du fait que nous les avons considérés comme des supports d'exploration et non de mesure (Kaufmann, 2016, p. 17).

5.1.3.2 Création et maintien d'une relation de confiance

Tout au long des entretiens, nous avons privilégié le maintien du lien avec les

répondants faisant nôtre cette phrase de Paillé et Mucchielli : « L'objectif est de se relier aux personnes concernées et non de rester fidèle à un schéma d'entretien ou à une grille d'analyse » (Paillé & Mucchielli, 2016, p. 337). Conscients du « travail » que représente l'accès à une posture réflexive, qui plus est lorsqu'on se trouve sur son lieu de travail et dans un temps limité, nous avons reconnu cette situation et invité les interviewés à prendre leur temps et à surmonter cette difficulté à l'aide de tactiques langagières détaillées plus loin. Nous avons été attentifs également au récit de situations vécues comme violentes par les interviewés, en nous assurant qu'ils souhaitent poursuivre et en leur rappelant qu'ils pouvaient trouver une autre situation ou bien arrêter là l'entretien. Nous avons également veillé à ne pas couper brutalement les interviewés lorsque leur propos s'éloignait de notre objectif, le récit d'un vécu pouvant conduire son auteur à s'épancher sur des situations professionnelles difficiles, et étions attentifs à saisir une « respiration » ou bien un mot nous permettant de revenir au sujet. Enfin, du fait également que les moments évoqués touchaient à l'intimité professionnelle, à la compétence, et concrètement à des accompagnements de patients jugés comme réussis mais parfois aussi comme des échecs, il était fondamental d'adopter une posture de non-jugement.

Par ailleurs, un premier temps d'entretien permettait de « briser la glace » et d'instaurer un climat de confiance. Après nous être présentée, nous exposions le contexte de l'interview, l'objet de la recherche et le déroulement de l'entretien (la durée, la possibilité pour l'interviewé d'arrêter l'entretien ou de ne pas répondre à une question) puis, nous signalions que nous allions enregistrer l'entretien et rappelions son usage exclusif et anonyme pour la recherche en cours. Suite à l'accord de l'interviewé de démarrer l'entretien, il ou elle était invité(e) à présenter succinctement, son service puis son parcours de formation et professionnel. Cette première étape de récit autobiographique, au-delà de l'apport d'informations complémentaires visant à mieux connaître notre interlocuteur et à identifier de possibles variables sociodémographiques, permettait de libérer sa parole par une question « simple » mais aussi de le « connecter » à un vécu passé. Enfin, tout au long de l'entretien, nous avons veillé à maintenir une relation dans laquelle l'interviewé pouvait exprimer une parole la plus libre possible.

5.1.3.3 Le choix du récit pour faire émerger des perceptions d'apprentissages

Nous avons choisi le récit, comme moyen d'accès aux apprentissages professionnels informels, plutôt que les journaux de bord, utilisés par A. Muller dans sa recherche sur les apprentissages informels infirmiers (Muller, 2014) et auparavant P. Carré et O. Charbonnier dans leur étude sur ce thème (Carré & Charbonnier, 2003). Il nous semblait alors, mais peut-être à tort, que les journaux de bord seraient difficilement complétés pour des questions organisationnelles mais aussi cognitives (l'exercice d'auto-réflexivité seul ne va pas de soi) mais aussi que cette approche nous priverait de l'opportunité d'acquérir une meilleure connaissance des infirmiers que nous ne connaissions déjà que très peu. Nous avons également préféré cette approche à celle de Schugurensky (2007), qui, face aux difficultés de ces interviewés à répondre à la question sur leurs apprentissages, proposait dans son entretien « une partie plus structurée avec une liste d'apprentissages potentiels [...] » (Schugurensky, 2007, p. 19), car nous souhaitions éviter d'induire des réponses.

Ainsi, dans le cadre de notre recherche, la meilleure façon d'avoir accès aux perceptions d'apprentissages des infirmiers, nous a semblé être, d'accompagner les soignants dans le récit

de situations vécues à l'instar d'une étude européenne sur un sujet proche. Dans cette recherche, il était demandé à des médecins généralistes également formateurs de proposer un récit sur un patient dont ils auraient appris : « *GP trainers in the three settings were contacted, and volunteers recruited (22 in UK, 24 in Ireland, and 16 in Spain). Volunteers were interviewed and asked to offer a narrative about 'a patient you learned from' and whether they used narratives as a training device* »⁷¹ (Skelton et al., 2017).

Ainsi, la première question « fil rouge » de l'entretien était: « Est-ce qu'il y a des situations dans lesquelles vous vous êtes dit: j'ai appris auprès de ce patient » ? Cette première question permettait d'introduire notre thème et d'amorcer pour les interviewés une première réflexion générale sur leur perception d'apprentissage auprès des patients amenant des réponses du type : « On apprend plein de choses, on apprend déjà l'histoire de la personne, quand les gens nous racontent leur histoire ... » Cette première question permettait également de lever toute ambiguïté sur notre quête : « D'apprendre... Moi de leur apprendre ou d'apprendre ? ».

Une fois ce premier moment passé, nous amenions les personnes interviewées à retrouver ou « recontacter », une ou plusieurs situations dans lesquelles elles avaient l'impression d'avoir appris quelque chose auprès d'un ou de plusieurs patients et à nous les décrire. Les questions posées pouvaient être : « Pouvez-vous me décrire une de ces situations dans lesquelles vous avez eu l'impression d'apprendre avec les patients ? Est-ce qu'en évoquant ces apprentissages, est-ce que des situations particulières vous reviennent, peut-être une plus qu'une autre ? » Les entretiens menés s'inspiraient en cela de l'entretien d'explicitation dans la mesure où notre objectif était d'amener les interviewés à retrouver une situation vécue passée spécifiée, afin de la décrire (Vermersch, 2010). Notre démarche s'éloignait de l'entretien d'explicitation cependant dans la mesure où nous étions intéressées par l'ensemble du vécu de l'interviewé, l'action en elle-même et ses satellites (contexte, jugements, savoirs sur la situation et objectifs) alors que l'entretien d'explicitation vise à reconstituer le déroulement chronologique du vécu de l'action en se focalisant sur la description fine d'une micro-action (Vermersch, 2010).

Les entretiens menés s'apparentaient également au récit de vie :

une approche biographique visant à appréhender les phénomènes à l'étude via la narration que le sujet fait de son expérience vécue. Le récit de vie s'inscrit dans une démarche inductive. Il s'agit de produire une description fine et approfondie d'un phénomène, d'un parcours, d'une situation, à partir du récit qu'un « sujet » fait de sa vie ou d'une période donnée de sa vie. (Vincent-Ponroy, 2018, p. 162)

En essayant de « connecter » et « de maintenir connectés » nos interviewés à des situations singulières, nous visions le recueil de perceptions d'apprentissage issues d'une démarche réflexive et non de considérations générales et superficielles. Nous rejoignons en ce sens, l'entretien compréhensif, lequel « ne vise pas le simple recueil de données mais à « aller toujours plus en profondeur » (Kaufmann, 2016, p. 48), afin de découvrir les « catégories qui sont au centre du système de pensée et d'action » de l'interviewé (Kaufmann, 2016, p. 50).

⁷¹ Traduction : « Des médecins généralistes formateurs dans les trois milieux ont été contactés et des volontaires recrutés (22 au Royaume-Uni, 24 en Irlande et 16 en Espagne). Les volontaires ont été interviewés et invités à proposer un récit sur « un patient auprès duquel vous avez appris » et il leur a été demandé s'ils avaient utilisé ces récits dans leur dispositif de formation. »

Nos relances régulières visaient ainsi à ramener l'interviewé à une situation concrète : « Et là, tu (tutoiement instauré à la demande de l'interviewé) disais que ça permettait de voir d'autres facettes de la pathologie. Tu penses, par exemple, dans cette activité, à un patient particulier ? » ? (Entretien de Jeanne) ou encore à approfondir un point permettant une meilleure compréhension de la situation : « Je vais essayer de creuser un peu ce moment-là si vous en êtes d'accord. » ; « ... quand vous dites, le patient il est dans son rôle qu'est-ce que vous voulez dire ? » ; « Donc là, quand vous dites que vous intervenez très très vite, concrètement vous faites quoi ? » (Entretien de Jacques)

5.1.3.4 Usage de tactiques langagières

Nous avons par ailleurs usé de « tactiques langagières » (Kaufmann, 2016, p. 54) afin de favoriser l'expression. En cas de blocage de l'interviewé (absence de situation, difficulté à entrer dans l'entretien) nous lui propositions de retrouver une situation marquante pour lui, et de nous la raconter, simplement, conscients cependant qu'un moment marquant pouvait constituer un « temps d'apprentissage exacerbé » : « Les moments clés forment la deuxième modalité temporelle de toute expérience ; il s'agit de leçons de vie, de rencontres marquantes, de temps d'apprentissage exacerbés » (Cristol & Muller, 2013, p. 35). Généralement, des informations intéressantes et des perceptions d'apprentissages finissaient par émerger.

Par ailleurs, à la suite de la découverte, au fur et à mesure des entretiens, que les perceptions d'apprentissage émergeaient en lien avec un état de surprise et/ou d'étonnement, nous avons introduit les verbes correspondant comme facilitateurs d'accès à ces perceptions : « Dans ces ateliers, il y a d'autres choses qui vous étonnent ? ». Ce constat résonne avec les travaux de J. Thievenaz (2017), qui a mis en évidence le rôle de l'étonnement dans l'apprentissage. Dans les cas où aucun apprentissage n'était énoncé, il nous est arrivé de mentionner les apprentissages déclarés par les collègues. Les soignants se positionnaient alors par rapport à ces propositions.

5.1.3.5 Des entretiens évolutifs

Le cœur de nos entretiens est resté le même, cependant, lorsque le temps nous le permettait et les répondants nous semblaient disposés à aller un peu plus loin, des questions subsidiaires étaient posées. Nous avons tenté, par exemple, dans nos premiers entretiens surtout, d'évaluer le poids des perceptions d'apprentissage auprès des patients en comparaison avec ceux réalisés auprès d'autres professionnels. Nous avons également essayé de faire réfléchir nos interviewés sur les questions suivantes : « Est-ce que vous diriez que vous apprenez plutôt avec le patient ou du patient ? » « Que signifie apprendre pour vous ? » Au fur et à mesure des entretiens, des points abordés par des interviewés nous ont semblé intéressants et pertinents pour notre étude et ont fait émerger des questions telles que : « Est-ce qu'il y a des situations où vous vous êtes dit j'apprends rien ? » et « Quel est le rôle de l'infirmier en psychiatrie pour vous ? »

5.2. Démarche d'analyse qualitative

L'analyse qualitative menée se caractérise par : une approche empirico-inductive, deux grandes phases d'analyse et une triangulation méthodologique et théorique.

5.2.1 Inscription dans une démarche empirico-inductive

La démarche retenue pour notre étude est empirico-inductive. Elle consiste à « aborder concrètement le sujet d'intérêt et à laisser les faits suggérer les variables importantes, les lois, et, éventuellement, les théories unificatrices » (Beaugrand, 1988, p. 8). En d'autres termes, dans ce modèle, « les hypothèses sont tirées de l'observation » (Kaufmann, 2016, p. 27) de même que les structures théoriques permettant de classer et d'expliquer. Ainsi, au fur et à mesure de nos avancées, nous avons tenté de proposer « une combinaison intime entre travail de terrain et fabrication concrète de la théorie » (Kaufmann, 2016, p. 25).

5.2.2 Une analyse en deux phases : étude des apprentissages et des facteurs les influençant

Notre analyse qualitative peut être divisée en deux phases. Nous avons étudié tout d'abord les perceptions d'apprentissage des infirmiers en psychiatrie et, ensuite, les facteurs influençant la nature des apprentissages perçus par ces derniers.

5.2.3 Une triangulation méthodologique et théorique

Afin de mieux décrire et comprendre les perceptions d'apprentissage des infirmiers en psychiatrie en relation avec d'autres phénomènes présents dans les discours des infirmiers, nous avons eu recours à une stratégie de triangulation :

la triangulation est avant tout une stratégie inductive de recherche (partir d'un phénomène particulier et observé sur le terrain pour le décrire et le comprendre) se donnant pour objectif général de construire un savoir pertinent et consistant sur le phénomène à partir des différentes opérations de croisement sur les plans théorique, méthodologique et/ou de production des données (Apostolidis, 2005, p. 16).

Initialement conçue dans un but de vérification d'hypothèses, la notion de « stratégie de triangulation » est désormais considérée comme permettant de « conférer aux démarches qualitatives non seulement de la validité mais aussi, et surtout, de la rigueur, de l'ampleur et de la profondeur à la recherche (Flick, 1992 ; Denzin & Lincoln, 1998) » (Apostolidis, 2005, p. 15).

La triangulation mise en oeuvre ici est à la fois d'ordre méthodologique, en ce que différentes méthodes d'analyse ont été utilisées pour analyser le même matériau, mais aussi d'ordre théorique, du fait de la mobilisation de différents cadres conceptuels (Apostolidis, 2005, p. 15).

5.2.3.1 Cinq méthodes d'analyse mobilisées

Nous avons eu recours à cinq types d'analyse : une analyse thématique, une analyse conceptuelle comparative, une analyse thématique quantitative, une analyse « au fil de l'eau » et une analyse lexicométrique. une analyse par théorisation ancrée. Nous entrerons dans le détail de ces analyses dans chacune des parties.

5.2.3.2 Plusieurs cadres conceptuels

La variété des phénomènes étudiés a conduit à la construction et à l'émergence de plusieurs cadres conceptuels : pour l'analyse des perceptions d'apprentissage ; pour la mise en évidence de comportements ; pour l'analyse de « mondes lexicaux » et de vécus professionnels.

5.2.4 Présentation schématique de la démarche

Nous proposons ci-dessous une présentation schématique de notre étude qualitative et des ses principales composantes.

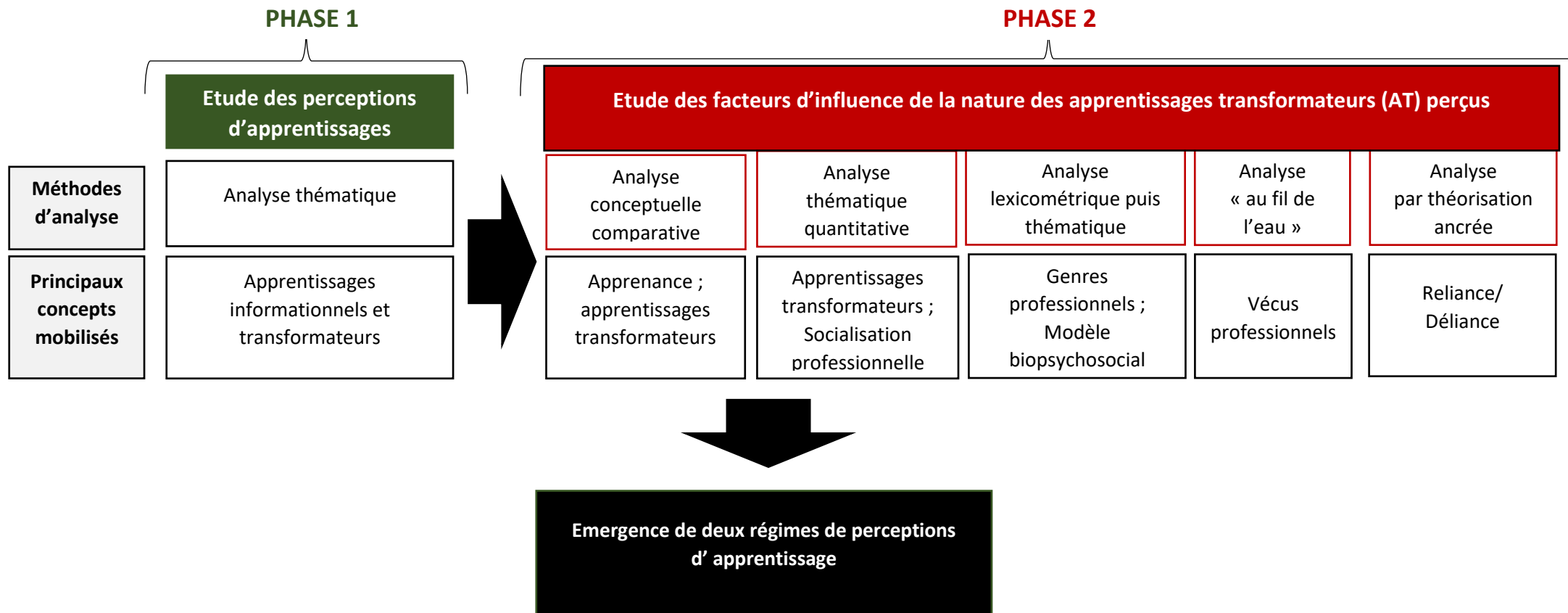


Figure 14: Présentation schématique de notre étude qualitative

6. Identification de perceptions d'apprentissages informationnels et transformateurs

Nous exposerons ici les étapes qui nous ont conduit à la catégorisation des perceptions d'apprentissages en informationnels et transformateurs et finalement, au choix final de nous centrer sur l'étude de ces derniers. Nous présenterons ainsi successivement :

- la méthode d'analyse utilisée, en l'occurrence l'analyse thématique
- le cadre conceptuel des apprentissages informationnels mais surtout, celui des apprentissages transformateurs déclinés en : communicationnels et instrumentaux, mais aussi régressifs, défensifs et expansifs
- les résultats de l'analyse, laquelle fait émerger, dans la catégorie des apprentissages informationnels, des apprentissages sur les pathologies, le patient et sur soi, mais aussi, dans le registre des apprentissages transformateurs, l'apprentissage du renoncement au pouvoir du soignant, l'apprentissage d'une posture de soignant « en maîtrise » et distanciée du patient et l'apprentissage d'une relation intersubjective avec le patient
- nos premières conclusions et le choix de focaliser notre attention sur les apprentissages transformateurs

6.1 Une analyse thématique des apprentissages

Notre méthode d'analyse s'apparente à une analyse thématique :

Avec l'analyse thématique, la thématisation constitue l'opération centrale de la méthode, à savoir la transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé et ce, en rapport avec l'orientation de recherche (la problématique). L'analyse thématique consiste, dans ce sens, à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus, qu'il s'agisse d'une transcription d'entretiens, d'un document organisationnel ou de notes d'observation (Paillé & Mucchieli, 2016, p. 236).

Ainsi, notre démarche comprend trois étapes principales : un repérage des apprentissages « au fil de l'eau », la construction d'un cadre conceptuel d'analyse, le regroupement d'apprentissages similaires au sein des catégories établies.

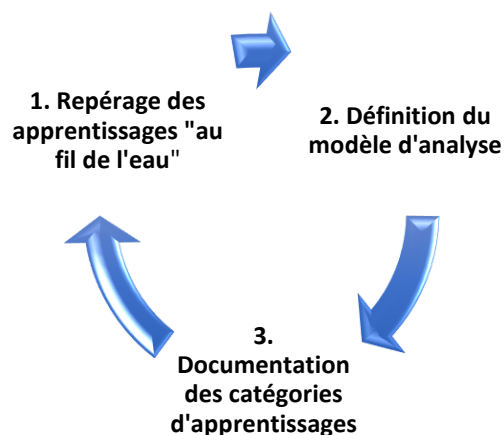


Figure 15 : Etapes du processus d'analyse thématique des apprentissages

Nous avons commencé par un repérage, « au fil de l'eau », des apprentissages perçus par les infirmiers interviewés. Introduits généralement par, « j'apprends », « j'ai appris », « je me suis rendu compte », « j'ai pris conscience », ils sont perceptibles également à travers un changement exprimé, dans les perceptions, représentations, les pratiques, décrites par les soignants. L'étonnement peut être également le signe d'un apprentissage comme l'a montré Thievenaz (2017) et comme le montre cette infirmière en psychiatrie : « Non, mais c'est vrai que parfois, on peut être vraiment surpris, étonné, vraiment voilà, je m'attendais pas et en fait quand il se passe des choses comme ça, [...] et là je me suis dit, il a des capacités qu'on n'a pas exploité, enfin qui n'ont pas réussi à trouver » (Christel).

Une fois les apprentissages relevés, de nombreuses possibilités de caractérisation s'offraient à nous. G. Le Boterf tout d'abord, proposait une catégorisation des apprentissages selon une typologie de savoirs (connaissances, connaissances liées à l'environnement, savoir-faire procéduraux, opérationnels, relationnels etc.) (Le Boterf, 2011p. 54). Muller et Cristol ont par ailleurs proposé un essai de classification des apprentissages professionnels informels (apprentissage réflexifs, incidents, implicites, professionnels, tacites, situés, nomades, expérientiels) (Cristol et Muller, 2013, p. 37). Muller propose également une typologie des apprentissages infirmiers informels « selon un degré variable d'intentionnalité et/ou de conscience de l'acquisition de connaissances. » Elle distingue ainsi des apprentissages intentionnels (volontaires et conscients), des apprentissages incidents (conscients et involontaires) et des apprentissages implicites (inconscients et involontaires) (Muller, 2016, p. 46).

Une autre catégorisation nous est apparue cependant plus pertinente pour notre corpus à savoir la distinction, dans un premier temps, entre apprentissages informationnels et apprentissages transformateurs trouvée chez Kegan (2009), Mezirow (1990, 1997, 2001, 2003) et Illeris (2014).

6.2 Un cadre conceptuel : des apprentissages informationnels et transformateurs

Pour les besoins de notre étude, nous distinguerons dans un premier temps les apprentissages informationnels des apprentissages transformateurs, à la suite de Kegan (2009).

6.2.1 Les apprentissages informationnels

Kegan distingue deux grands types d'apprentissages : les apprentissages informationnels et les apprentissages transformateurs. Les apprentissages informationnels visent l'acquisition de nouvelles informations et concernent des changements sur ce que nous savons :

Learning aimed at increasing our fund of knowledge, at increasing our repertoire of skills, at extending already established cognitive structures all deepen the resources available to an existing frame of reference. Such learning is literally in-form-ative because it seeks to bring valuable new contents into the existing form of our way of knowing (Kegan, 2009, p. 42).⁷²

⁷² Traduction : « L'apprentissage visant à accroître notre fonds de connaissances, à augmenter notre répertoire de compétences, à étendre des structures cognitives déjà établies, approfondit les ressources disponibles dans un

En revanche, les apprentissages transformateurs touchent, selon cet auteur, à comment nous savons : « *Transformative learning puts the form itself at risk of change (and not just change but increased capacity)* » (Kegan, 2009, p. 42).

Nous ne poursuivrons pas cependant avec Kegan pour la délimitation de ce concept, central dans notre étude, car nous avons choisi de nous appuyer sur J. Mezirow puis K. Illeris, le premier étant à l'origine du concept et le second l'ayant développé amplement dans l'ouvrage *Transformative Learning and Identity* (Illeris, 2014).

6.2.2 Les apprentissages transformateurs

Après avoir rappelé, l'importance des apprentissages transformateurs dans les apprentissages professionnels informels que nous étudions, nous présenterons le changement opéré concernant la définition de ce type d'apprentissages, de Mezirow à Illeris, allant d'une transformation cognitive chez le premier à la transformation identitaire chez le second. Puis, nous décrirons les apprentissages transformateurs instrumentaux et communicationnels, tels qu'envisagés par Mezirow, et enfin les apprentissages régressifs, défensifs et expansifs en nous appuyant sur Illeris, Holzkamp, Schön et Argyris.

6.2.2.1 L'importance des apprentissages transformateurs dans les apprentissages professionnels informels

Dans le cadre de notre étude, rappelons que nous nous sommes intéressés uniquement aux apprentissages réalisés en situations de travail et plus précisément auprès des patients. Les apprentissages étudiés ici sont ainsi des apprentissages professionnels informels :

On appellera ici apprentissage professionnel informel tout phénomène d'acquisition et/ou de modification durable de savoirs (déclaratifs, procéduraux ou comportementaux) produits en dehors des périodes explicitement consacrées par le sujet aux actions de formation instituées (par l'organisation ou par un agent éducatif formel) et susceptibles d'être investis dans l'activité professionnelle (Carré & Charbonnier, 2003).

Les apprentissages professionnels informels jouent un rôle certain dans la formation et transformation des identités professionnelles : « Les apprentissages informels tels qu'ils ressortent de la littérature scientifique disponible sont attestés comme acquisitions des connaissances, liées à l'expérience. Ils renvoient à une double logique d'expérimentation et de construction de l'identité professionnelle » (Cristol & Muller, 2003, p. 47).

Pour Illeris, « l'apprentissage involontaire et informel » au travail contribue largement à façonner les identités professionnelles des personnes :

In relation to transformative learning and identity development, the unintended and informal learning has a certain strength and importance because, to a great extent, it is involved in shaping the individual employee's fundamental relationship to her or his work and to learning at work. Even though there are today at most workplaces also more intentional learning activities for employees, the keynote of their work identity is primarily formed in connection

cadre de référence existant. Ce type d'apprentissage est littéralement in-formatif, car il cherche à introduire de nouveaux contenus précieux dans la forme existante de notre mode de connaissance. »

*with how the daily work takes place and is perceived by the individual employee.*⁷³(Illeris, 2014, p. 134).

6.2.2.2 De la transformation cognitive à la transformation de l'identité

Une transformation cognitive chez Mezirow

Mezirow a lancé l'idée d'apprentissage transformateur à la fin des années 70, à la suite d'une recherche menée auprès de femmes adultes ayant participé à des programmes de formation continue, et témoignant de changements importants à la fois dans leur perception d'elles-mêmes et dans leur parcours de vie (Illeris, 2014, pp. 5-6).

Alors que les apprentissages informationnels consistent en l'ajout ou la transformation de connaissances comme nous l'avons vu précédemment, les apprentissages transformateurs transforment des cadres de référence devenus problématiques ou inappropriés dans une situation donnée, en de nouveaux, plus adaptés :

*Transformative learning is learning that transforms problematic frames of reference— sets of fixed assumptions and expectations (habits of mind, meaning perspectives, mindsets)—to make them more inclusive, discriminating, open, reflective, and emotionally able to change. Such frames of reference are better than others because they are more likely to generate beliefs and opinions that will prove more true or justified to guide action*⁷⁴ (Mezirow, 1991, 2000).

Pour exemple, ces cadres de référence pris pour acquis incluent :

*fixed interpersonal relationships, political orientations, cultural bias, ideologies, schemata, stereotyped attitudes and practices, occupational habits of mind, religious doctrine, moral-ethical norms, psychological preferences and schema, paradigms in science and mathematics, frames in linguistics and social sciences, and aesthetic values and standards*⁷⁵ (Mezirow, 2003, pp. 58-59).

Cette transformation est rendue possible par la réflexion critique qui permet de remettre en question, puis de modifier les suppositions sur lesquelles nos croyances d'origine étaient fondées : « *We transform our frames of reference through critical reflection on the assumptions upon which our interpretations, beliefs, and habits of mind or points of view are*

⁷³ Traduction : « En ce qui concerne l'apprentissage transformateur et le développement de l'identité, l'apprentissage involontaire et informel revêt une certaine force et importance car, dans une large mesure, il contribue à façonner la relation fondamentale de l'employé individuel à son travail et à l'apprentissage au travail. Même s'il existe aujourd'hui, sur la plupart des lieux de travail, des activités d'apprentissage plus intentionnelles pour les employés, la clé de voûte de leur identité professionnelle se forme principalement en relation avec la façon dont le travail quotidien se déroule et est perçu par l'employé individuel. » (Illeris, 2014, p. 134)

⁷⁴ Traduction : "L'apprentissage transformateur est un apprentissage qui transforme les cadres de référence problématiques - des ensembles d'hypothèses et d'attentes fixes (habitudes d'esprit, perspectives de sens, mentalités) - pour les rendre plus inclusifs, discriminants, ouverts, réfléchis et émotionnellement capables de changer. De tels cadres de référence sont meilleurs que d'autres car ils sont plus susceptibles de générer des croyances et des opinions qui s'avéreront plus vraies ou justifiées pour guider l'action." (Mezirow, 1991, 2000).

⁷⁵ Traduction : " Les cadres de référence pris pour acquis comprennent les relations interpersonnelles fixes, les orientations politiques, les préjugés culturels, les idéologies, les schémas, les attitudes et pratiques stéréotypées, les habitudes professionnelles de l'esprit, la doctrine religieuse, les normes éthiques et morales, les préférences et schémas psychologiques, les paradigmes en sciences et en mathématiques, les cadres en linguistique et en sciences sociales, et les valeurs et normes esthétiques." (Mezirow, 2003, p. 58-59)

based »⁷⁶ (Mezirow, 1997, p. 7).

La réflexion critique peut concerner des objets extérieurs à soi, ou soi-même (auto-réflexion critique) :

*We may be critically reflective of assumptions when reading a book, hearing a point of view, engaging in task-oriented problem solving (objective reframing), or self-reflectively assessing our own ideas and beliefs (subjective reframing). Self-reflection can lead to significant personal transformation*⁷⁷ (Mezirow, 1997, p. 7).

Cette réflexion critique peut se produire lors d'un apprentissage instrumental ou communicationnel: « *We can become critically reflective of the assumptions we or others make when we learn to solve problems instrumentally or when we are involved in communicative learning* »⁷⁸ (Mezirow, 1997, p. 7).

Une transformation de la strate de la personnalité dans l'identité, chez Illeris

Alors que la théorie des apprentissages transformateurs telle que définie par Mezirow met l'accent sur la dimension cognitive des transformations (il reconnaît l'influence des émotions et interactions sociales sur la transformation des cadres de références, mais ne les considère pas comme des « objets » de transformation) (Illeris, 2014, pp. 35-36), Illeris redéfinit les apprentissages transformateurs en lien avec le concept d'identité et élargit ainsi le spectre des transformations possibles : « *The concept of transformative learning comprises all learning that implies change in the identity of the learner* »⁷⁹ (Illeris, 2014, p. 40).

Illeris, s'appuyant entre autres sur Freud, Piaget, Erikson distingue plusieurs niveaux d'identité : la *core identity* (que nous proposons de traduire par « identité profonde »), la *personality layer* (que nous proposons de traduire par « strate de la personnalité ») et la *preference layer* (que nous proposons de traduire par « strate de la préférence »). La *preference layer* représente la strate la plus instable de l'identité, la plus susceptible de se modifier :

it is about what and how the individual more or less automatically prefers, how one thinks and feels and acts in all of the many situations in which no special considerations or efforts are involved [...] For example, it could be about how we in practice deal with all of the minor or major things and conditions that are part of our everyday life, our routines, our more or less automatic reactions in various connections, what we say, how we say it, what we experience

⁷⁶ Traduction : « Nous transformons nos cadres de référence par une réflexion critique sur les hypothèses sur lesquelles reposent nos interprétations, nos croyances et nos habitudes de pensées ou points de vue » (Mezirow, 1997, p. 7).

⁷⁷ Traduction : « Nous pouvons faire preuve d'une réflexion critique sur les hypothèses lorsque nous lisons un livre, entendons un point de vue, nous engageons dans la résolution d'un problème orienté vers une tâche (recadrage objectif) ou évaluons de manière autoréflexive nos propres idées et croyances (recadrage subjectif). L'autoréflexion peut conduire à des transformations personnelles importantes." (Mezirow, 1997, p. 7)

⁷⁸ Traduction : « Nous pouvons acquérir une réflexion critique sur les hypothèses que nous ou les autres faisons lorsque nous apprenons à résoudre des problèmes de manière instrumentale ou lorsque nous sommes impliqués dans un apprentissage communicatif » (Mezirow, 1997, p. 7).

⁷⁹ Traduction : « Le concept d'apprentissage transformateur comprend tout apprentissage impliquant un changement dans l'identité de l'apprenant » (Illeris, 2014, p. 40).

and feel in all of the various situations in which we are involved without being specifically engaged. ⁸⁰ (Illeris, 2014, p. 73)

Pour Illeris, les changements au niveau de cette strate de l'identité affectent peu la perception de soi où la façon dont les autres nous perçoivent. Ils peuvent ainsi être rapprochés des concepts d'apprentissages par accommodation voire par addition de Piaget (Illeris, 2014, p. 74).

La *core identity* est vue par Illeris comme le centre, relativement stable de l'identité : « *the instance that fundamentally contains the experience of being a distinct and particular individual, being the same in different situations and connections, and also, through the entire life course, in spite of any development or change* ⁸¹ » (Illeris, 2014, p. 70). Un changement à ce niveau de l'identité intervient par exemple, dans des moments de crise ou encore lors de l'arrivée d'un enfant, lorsque les parents sont amenés à développer une identité de parent. (Illeris, 2014, p. 71)

Pour Illeris, c'est au niveau de la *personality layer* que les apprentissages transformateurs sont le plus susceptibles de se produire. Cette strate peut être transformée par des événements importants : « *important experiences, events, exchanges of views and similar kinds of interactions* » ⁸²(Illeris, 2014, p. 73). Ces dernières années, cette strate de l'identité est la cible de tentatives transformations, en lien avec les changements sociétaux, et plus spécifiquement les développements technologiques ou encore les changements organisationnels par exemple (Illeris, 2014, p. 73). C'est là que se trouvent principalement, selon lui, les cadres de références et perspectives de sens de Mezirow (Illeris, 2014, pp. 72-73). La *personality layer* est davantage tournée vers l'extérieur et inclut néanmoins des éléments d'une importance centrale pour l'individu. Selon Illeris, elle touche à « *who and how the individual wants to be and appear in relation to others and the surrounding world* ». Elle inclut :

values, attitudes, convictions, meanings, understandings, forms of behavior, patterns of experience, objectives, and social elements like manners, conventions, habits of communication, pattern of collaboration, empathy, obligingness, social distance and caution. ⁸³ (Illeris, 2014, pp. 72-73)

⁸⁰ Traduction : « il s'agit de ce que l'individu préfère plus ou moins automatiquement et de la manière dont il le fait, de la manière dont il pense, ressent et agit dans toutes les nombreuses situations dans lesquelles il n'y a pas de considérations ou d'efforts particuliers.(...) Par exemple, il pourrait s'agir de la manière dont nous traitons en pratique toutes les choses et conditions mineures ou majeures qui font partie de notre vie quotidienne, de nos routines, de nos réactions plus ou moins automatiques dans diverses connexions, de ce que nous disons, de la manière dont nous le disons, de ce que nous vivons et ressentons dans toutes les diverses situations dans lesquelles nous sommes impliqués sans être spécifiquement engagés " (Illeris, 2014, p. 73).

⁸¹ Traduction : " (...) l'instance qui contient fondamentalement l'expérience d'être un individu distinct et particulier, d'être le même dans différentes situations et connexions, et aussi, tout au long du parcours de vie, en dépit de tout développement ou changement. "

⁸² Traduction : « expériences, événements importants, échanges de points de vue et autres interactions similaires » (Illeris, 2014, p. 73).

⁸³ Traduction : « Qui et comment l'individu veut être et apparaître par rapport aux autres et au monde environnant. Ainsi, la couche de personnalité comprend généralement des conditions telles que des valeurs, des attitudes, des convictions, des significations, des compréhensions, des formes de comportement, des modèles d'expérience, des objectifs et des éléments sociaux tels que les manières, les conventions, les habitudes de communication, le modèle de collaboration, l'empathie, la gentillesse, la distance sociale et la prudence. » (Illeris, 2014, p. 72-73).

Ces transformations des valeurs, attitudes, convictions, significations, compréhensions, formes de comportement, modèles d'expérience, objectifs et éléments sociaux (manières, conventions, habitudes de communication, modèles de collaboration, empathie, obligeance, distance sociale, prudence) peuvent ainsi survenir au sein de l'identité professionnelle, laquelle occupe une place importante si ce n'est la plus importante, dans la vie de nombreuses personnes :

It is immediately clear that the identity related to working life has a central importance for most adults. Therefore it is closely connected to and in most cases more or less integrated into the personal identity. " [...] quite often, the work-identity is the most important part-identity ⁸⁴(Illeris, 2014, pp. 76-77).

Pour Mezirow comme pour Illeris, ces apprentissages transformateurs peuvent être de plusieurs types, cependant, les deux auteurs n'opèrent pas les mêmes distinctions.

6.2.2.3 Des apprentissages transformateurs instrumentaux et communicationnels

La théorie des apprentissages transformateurs de Mezirow s'appuie notamment sur la théorie de l'agir communicationnel d'Habermas, au centre de laquelle se trouve la dialectique du stratégique et du communicationnel.

Les apprentissages transformateurs instrumentaux

Dans sa *Théorie de l'agir communicationnel*, Habermas distingue cinq types d'action, dont deux relevant d'une dynamique stratégique :

l'action téléologique où « l'acteur réalise un but [...] en choisissant et utilisant de façon appropriée les moyens qui [...] paraissent lui assurer le succès (Habermas, 1987 a, p. 101) » ; l'action stratégique, « lorsque l'acteur fait intervenir dans son calcul de conséquences l'attente de décision d'au moins un acteur supplémentaire qui agit en vue d'un objectif à atteindre. (Habermas) (Usclat, 2010, p. 133).

L'apprentissage instrumental selon Mezirow s'appuie ainsi sur la conception habermassienne selon laquelle, certaines actions ont une visée essentiellement « utilitaire » au sein desquelles la relation entretenue par l'acteur avec son environnement et ses acteurs est une relation de sujet à objet : « l'action téléologique et l'action stratégique n'obéissent qu'à une pure relation sujet-objet et ne nécessitent que le monde objectif régi par des lois ou des règles » (Usclat, 2010, p. 133). L'apprentissage instrumental vise ainsi le contrôle de l'environnement et d'autrui : « *Instrumental learning involves the process of learning to control and manipulate the environment or other people* ⁸⁵ » (Mezirow, 1990, p. 3). Dans cette perspective, il engage la personne qui en fait l'expérience dans la résolution de tâches : « *the process of transformative learning [...] often takes the form of task-oriented problem solving in*

⁸⁴ Traduction : "Il est immédiatement clair que l'identité liée à la vie professionnelle revêt une importance centrale pour la plupart des adultes. Elle est donc étroitement liée et, dans la plupart des cas, plus ou moins intégrée à l'identité personnelle. " (...) bien souvent, l'identité liée au travail est la partie la plus importante de l'identité." (Illeris, 2014, p. 76-77)

⁸⁵ Traduction : " L'apprentissage instrumental implique le processus d'apprentissage pour contrôler et manipuler l'environnement ou d'autres personnes " (Mezirow, 1990, p. 3).

*instrumental learning*⁸⁶ » (Mezirow, 2003, p. 61). La logique développementale à l'œuvre dans l'apprentissage instrumental est ainsi hypothético-déductive : « *In instrumental learning, the developmental logic is hypothetical-deductive* »⁸⁷ (Mezirow, 2003, p. 59) et s'inscrit dans une recherche de vérité : « *Instrumental learning centrally involves assessing truth claims—that something is as it is purported to be* »⁸⁸ (Mezirow, 2003, p. 59). L'apprentissage instrumental repose sur la conception d'une réalité objectivable : « Mobilisant une logique hypothético-déductive, il repose sur le postulat selon lequel l'expérience se réfère à une réalité qu'il est possible d'objectiver » (Alhadeff-Jones, 2019, p. 263). Enfin, les changements issus de ce type d'apprentissage peuvent être mesurés en termes de productivité, performance, ou comportements : « *We can measure changes resulting from our learning to solve problems in terms of productivity, performance, or behaviour* »⁸⁹ (Mezirow, 1990, p. 3).

En résumé, l'apprentissage instrumental associe les caractéristiques d'une relation sujet-objet, d'une recherche de contrôle de l'environnement, de la résolution de tâches, d'une démarche hypothético-déductive, d'une recherche de vérité et d'une évaluation des changements en termes de productivité, performance, ou comportements.

Les apprentissages communicationnels

Les apprentissages communicationnels s'appuient également sur la théorie de l'agir communicationnel d'Habermas et plus particulièrement une « action communicationnelle où « deux sujets [...] engagent une relation interpersonnelle [...] en recherchant une entente sur une situation pratique afin de coordonner leurs plans d'action et de là même leurs actions (Habermas, p. 102) » (Usclat, 2010, p. 133). L'apprentissage communicationnel selon Mezirow s'appuie ainsi, sur la conception habermassienne selon laquelle, certaines actions ont pour visée la recherche d'une entente dans le cadre d'une relation interpersonnelle. Comme le précise Usclat, cette action « s'inscrit dans une relation sujet-sujet » mais au-delà, elle postule

le monde subjectif et un monde où « les locuteurs intègrent en un système les trois concepts formels de monde, alors que ceux-ci ne se présentent qu'isolément ou couplés dans les autres modèles d'action, et ils présupposent ce système comme cadre d'interprétation commun à l'intérieur duquel ils peuvent parvenir à une entente (Habermas, 1987a, p. 115) (Usclat, 2010, p. 133).

Les « trois concepts formels du monde » auxquels il est fait référence ici sont les mondes objectif, social et subjectif de la théorie d'Habermas. Ainsi, la spécificité de l'agir communicationnel, par rapport à l'agir instrumental décrit précédemment, résiderait dans la prise en compte non seulement des mondes objectif et social mais aussi, des mondes subjectifs des interactants. Aussi, Mezirow considère-t-il les apprentissages communicationnels comme visant « la clarification des conditions de communication et «

86 Traduction : « le processus d'apprentissage transformateur (...) prend souvent la forme d'une résolution de problème orientée vers la tâche dans l'apprentissage instrumental » (Mezirow, 2003, p. 61).

87 Traduction : « Dans l'apprentissage instrumental, la logique de développement est hypothético-déductive, et les méthodes empiriques sont plus souvent appropriées pour la recherche (Mezirow, 2003, p. 59)

88 Traduction : "L'apprentissage instrumental implique essentiellement l'évaluation des prétentions à la vérité, à savoir que quelque chose est tel qu'il est censé être " (Mezirow, 2003, p. 59).

89 Traduction : " Nous pouvons mesurer les changements résultant de notre apprentissage de la résolution de problèmes en termes de productivité, de performance ou de comportement » (Mezirow, 1990, p. 3)

l'intersubjectivité », processus de mise en rapport à l'autre considéré comme sujet psychologique (c'est-à-dire comme agent semblable à soi) [...] » (Mezirow, 2001, p. 97).

Ils se réfèrent à la compréhension de ce que veut dire autrui, ses intentions, valeurs et sentiments, lorsqu'il communique avec nous : « *Communicative learning refers to understanding what someone means when they communicate with you. This understanding includes becoming aware of the assumptions, intentions and qualifications of the person communicating. [...]* »⁹⁰ (Mezirow, 2003, p. 59).

Le raisonnement qui sous-tend ce type d'apprentissage est empirico-inductif, il part de ce qui est pour tirer des conclusions : « *For communicative learning, the developmental logic involves analogic-abductive inference. Abductive reasoning is reasoning from concrete instances to an abstract conceptualization* »⁹¹ (Mezirow, 2003, p. 59).

Le processus de compréhension repose sur l'évaluation de revendications de justesse, de pertinence, de validité et non de vérité (ce qui est le cas dans l'apprentissage instrumental) :

*The process of understanding involves assessing claims to rightness, sincerity, authenticity, and appropriateness rather than assessing a truth claim. The process of critical-dialectical discourse centrally involves assessing the beliefs of others to arrive at a tentative best judgment.*⁹² (Mezirow, 2003, p. 59)

Cette évaluation requiert un discours dialectique-critique qui nécessite un processus intrapersonnel : « *To take the perspective of another involves an intrapersonal process, drawing on the information one has about the speaker to form a model of the other* » et interpersonnel : « *Perspective taking also involves an interpersonal dimension, using feedback to adapt messages to the other's perspective* »⁹³ (Mezirow, 2003, pp. 59-60).

Des compétences et qualités telles que l'ouverture d'esprit, l'écoute empathique, la suspension des jugements sont nécessaires :

*Skills, sensitivities, and insights are relevant to participating in critical-dialectical discourse—having an open mind, learning to listen empathetically, “bracketing” premature judgment, and seeking common ground. Qualities of emotional intelligence (self-awareness and impulse control, persistence, zeal and self-motivation, empathy, and social deftness)*⁹⁴ (Mezirow, 2003, p. 60).

⁹⁰ Traduction : « L'apprentissage communicatif consiste à comprendre ce que quelqu'un veut dire lorsqu'il communique avec vous. Cette compréhension comprend la prise de conscience des hypothèses, des intentions et des qualifications de la personne qui communique. (...) » (Mezirow, 2003, p. 59).

⁹¹ Traduction : « Pour l'apprentissage communicatif, la logique du développement implique une inférence analogique-abductive. Le raisonnement abductif est le raisonnement à partir d'exemples concrets vers une conceptualisation abstraite » (Mezirow, 2003, p. 59).

⁹² Traduction : « Le processus de compréhension implique d'évaluer les revendications de justesse, de sincérité, d'authenticité et de pertinence plutôt que d'évaluer une revendication de vérité. Le processus du discours critique et dialectique implique essentiellement l'évaluation des croyances des autres pour parvenir à un meilleur jugement provisoire » (Mezirow, 2003, p. 59).

⁹³ Traduction : « Prendre la perspective d'un autre implique un processus intrapersonnel, en s'appuyant sur les informations que l'on possède sur l'interlocuteur pour former un modèle de l'autre " et interpersonnel : " La prise de perspective implique également une dimension interpersonnelle, en utilisant le feedback pour adapter les messages à la perspective de l'autre " (Mezirow, 2003, p. 59-60).

⁹⁴ Traduction : « Les compétences, les sensibilités et les idées sont pertinentes pour participer à un discours critique et dialectique - avoir un esprit ouvert, apprendre à écouter avec empathie, mettre entre parenthèses les

Aussi, la réflexion mais aussi l'auto-réflexion critique sont au cœur de l'apprentissage communicationnel, toujours dans la perspective de se faire une idée plus juste d'une situation : « *In communicative learning, emphasis is on critical reflection and critical self-reflection, assessing what has been taken for granted to make a more dependable, tentative working judgment* »⁹⁵ (Mezirow, 2003, p. 60). Et comme Mezirow le souligne ici, l'auto-réflexion critique est à l'apprentissage communicationnel ce que la résolution de tâche est à l'apprentissage instrumental : « *Habermas's concept of emancipatory learning is here interpreted as the process of transformative learning that often takes the form of task-oriented problem solving in instrumental learning and critical self-reflection in communicative learning* »⁹⁶ (Mezirow, 2003, p. 61).

Enfin, dans l'apprentissage communicationnel, il n'y a pas de vérification d'hypothèses mais validation consensuelle de ce qui est affirmé : « *In communicative learning there are no empirical tests of truth ; we rely on consensual validation of what is asserted* »⁹⁷ (Mezirow, 1990).

Au vu de cette définition des apprentissages transformateurs communicationnels, il nous semble possible de considérer tout apprentissage contribuant au développement de l'intersubjectivité comme un apprentissage communicationnel.

En synthèse, les apprentissages transformateurs instrumentaux et communicationnels se distinguent par les caractéristiques détaillées dans le tableau ci-dessous :

Apprentissage transformateur instrumental	Apprentissage transformateur communicationnel
Relation sujet-objet	Relation intersubjective
Recherche de contrôle de l'environnement	Recherche de compréhension
Démarche hypothético-déductive	Démarche empirico-inductive
Résolution de tâches	Réflexion et auto-réflexion critique
Recherche de vérité	Dialogue, moyen de compréhension
Evaluation des changements en termes de productivité, performance, ou comportements	Recherche de justesse et de validité
	Validation par le consensus

Tableau 3 : Caractéristiques des apprentissages transformateurs instrumentaux et communicationnels

6.2.2.4 Des apprentissages régressifs, défensifs et expansifs

Mise en relation de trois cadres conceptuels (Illeris, Holzkamp, Schön et Argyris)

jugements prématurés et rechercher un terrain d'entente. Qualités de l'intelligence émotionnelle (conscience de soi et contrôle des impulsions, persistance, zèle et motivation personnelle, empathie et habileté sociale). » (Mezirow, 2003, p. 60).

⁹⁵ Traduction : « Dans l'apprentissage communicatif, l'accent est mis sur la réflexion critique et l'auto-réflexion critique, l'évaluation de ce qui a été pris pour acquis pour poser un jugement plus fiable et provisoire » (Mezirow, 2003, p. 61).

⁹⁶ Traduction : " Le concept d'apprentissage émancipateur de Habermas est ici interprété comme le processus d'apprentissage transformateur qui prend souvent la forme d'une résolution de problèmes orientée vers la tâche dans l'apprentissage instrumental et d'une autoréflexion critique dans l'apprentissage communicatif " (Mezirow, 2003, p. 61).

⁹⁷ Traduction : " Dans l'apprentissage communicatif, il n'y a pas de tests empiriques de la vérité ; nous nous appuyons sur la validation consensuelle de ce qui est affirmé. " (Mezirow, 1990)

Pour les besoins de l'analyse, nous mettrons ici en relation trois cadres conceptuels en résonance les uns avec les autres : les *progressive, regressive et restoring learnings* d'Illeris (Illeris, 2014), les *expansives und defensives lernen* d'Holzkamp (cité dans Schraube et al., 2013) et les *single et double loop learning* d'Argyris et Schön (Argyris & Schön, 2001).

Cadre conceptuel n°1 : Des apprentissages régressifs aux apprentissages expansifs chez Illeris

Illeris constate que les apprentissages transformateurs sont généralement envisagés, à la suite de Mezirow, comme des apprentissages "positifs", s'inscrivant dans un processus de développement (Illeris, 2014). Pour lui cependant, les apprentissages transformateurs peuvent être certes motivés par une recherche de développement et en produire, il parle alors de *progressive learnings* (que nous avons traduits par apprentissages expansifs⁹⁸). Mais ils peuvent aussi être porteurs de transformations régressives qui se traduisent par un vécu de recul de la personne. Il qualifie alors ces apprentissages transformateurs de *regressive learnings*. Cependant, Illeris n'inscrit pas ces apprentissages dans un rapport dichotomique. La régression dans la théorie d'Illeris porte en elle une potentialité de développement et le passage d'un apprentissage défensif à un apprentissage expansif peut se faire par l'intermédiaire de ce qu'il appelle un *restoring transformative learning*, sorte de compromis issu d'un apprentissage transformateur régressif et "marche-pied" vers un apprentissage transformateur expansif. Ainsi ces transformations décrites par Illeris s'inscrivent davantage dans un continuum de transformations identitaires que dans une opposition.

Cadre conceptuel n°2 : Apprentissages expansifs et apprentissages défensifs chez Holzkamp

Holzkamp, s'intéressant aux enfants dans le cadre de l'enseignement scolaire, voit en eux une double potentialité : élargir ses capacités d'action et d'intervention sur la réalité et essayer d'échapper à la menace de l'échec en abandonnant ou contournant un problème (Gruber-Jost, 2018, p. 102). Pour lui, l'apprentissage expansif chez l'enfant signifie que le sujet apprend exactement ce qu'il doit apprendre pour poursuivre ses activités et élargir ses capacités d'action, cet apprentissage est donc motivé par le désir de développement ou d'expansion. A l'opposé, l'apprentissage défensif se produit lorsque le sujet apprend parce qu'il voit son monde menacé et parce qu'il n'a pas d'autres possibilités de réagir à cette menace qu'en apprenant. Cet apprentissage est motivé par la nécessité de se protéger et la contrainte (Gruber-Jost, 2018, pp. 103-104). Pour Holzkamp, l'apprentissage défensif n'est malheureusement pas un apprentissage durable. Mémorisés en mémoire de travail le temps de l'examen, les contenus sont oubliés sitôt celui-ci passé. Bien que les apprentissages ne soient pas envisagés par Holzkamp sous l'angle de la transformation du sujet de façon explicite, on entrevoit ici la proximité avec Illeris.

Cadre conceptuel n°3 : Apprentissages simple boucle et apprentissages double boucle chez Argyris et Schön

⁹⁸ Nous choisissons la traduction « expansif » utilisée par Illeris p. 92 plutôt que « progressif » pour « *progressive learning* » qui indique une évolution graduelle, alors qu'Illeris met l'accent ici sur le progrès, le développement.

La théorie des apprentissages organisationnels d'Argyris et de Schön résonne également avec les théories précédentes. Argyris et Schön, dans leur théorie des apprentissages organisationnels distinguent deux types d'apprentissage : des apprentissages en simple boucle, de type instrumental (en écho avec les apprentissages instrumentaux de Mezirow) qui ne remettent pas en question les valeurs de l'organisation, et des apprentissages en double boucle qui transforment ces valeurs :

La distinction entre apprentissage en simple boucle et apprentissage en double boucle [...] différencie l'apprentissage opérationnel au sein d'un cadre de valeurs constantes, de l'apprentissage qui consiste à changer les valeurs qui définissent l'amélioration. La distinction existe aussi entre les valeurs des produits de l'apprentissage et les valeurs inhérentes au processus même d'apprentissage. (Argyris & Schön, 2001, p. 25)

Au-delà de cette distinction, centrale dans la théorie, les apprentissages en simple boucle obéissent à une théorie d'usage, dite de "Modèle 1", instrumentale et défensive alors que les apprentissages en double boucle régis par la "théorie d'usage de Modèle 2" s'inscrivent dans une recherche d'efficacité à long terme, une volonté d'« enquête productive » (Argyris & Schön, 2001, p. 161) et donc s'apparente à cette recherche de développement, évoquée dans les théories d'Illeris et d'Holzkamp.

Les apprentissages régressifs ou du renoncement

Pour Illeris, un apprentissage régressif est tout d'abord un apprentissage contraint que la personne ne parvient à vivre comme un progrès, une amélioration: « *if she or he has come into a situation in which a change is necessary or unavoidable but cannot manage experiencing it as an advancement or an innovation* » (Illeris, 2014, p. 94). Elle fait même plutôt l'expérience d'un renoncement : « *one [...] must resign and accept things as they are* »⁹⁹ (Illeris, 2014, p. 92). Pour Illeris, nous avons véritablement affaire ici à un apprentissage transformateur du fait d'un changement au sein même de l'identité de la personne :

*something of importance has happened, things are not as they were before, there is a new feeling, a difference that cannot be neglected, the person or part of the identity has changed, a withdrawal has been unavoidable, some regressive transformative learning has taken place*¹⁰⁰ (Illeris, 2014, p. 95).

Dans un exemple de processus d'apprentissage régressif, Illeris va jusqu'à parler de démantèlement de l'identité. Evoquant l'expérience d'un adulte en reprise d'étude, il déclare : « *he dismantled his identity as non-committed vagrant related to an environment that was just about letting the time pass* »¹⁰¹ (Illeris, 2014, p. 97).

Chez Illeris, l'apprentissage transformateur régressif conduit à un retrait dans une position plus sûre: « *a more secure position* » (Illeris, 2014, p. 92), « *a safe position* » (Illeris, 2014, p. 95), dans laquelle des mécanismes de défense peuvent être mobilisés: « *The situation must be*

⁹⁹ Traduction : "on [...] ne peut pas arriver à le vivre comme un progrès ou une innovation [...] on [...] doit se résigner et accepter les choses comme elles sont" (Illeris, 2014, p. 92).

¹⁰⁰ Traduction : " [...] quelque chose d'important s'est produit, les choses ne sont plus comme avant, il y a un nouveau sentiment, une différence qui ne peut être négligée, la personne ou une partie de l'identité a changé, un retrait a été inévitable, un apprentissage transformateur régressif a eu lieu ".

¹⁰¹ Traduction: "il a démantelé son identité de vagabond non engagé lié à un environnement qui ne faisait que laisser passer le temps" (Illeris, 2014, p. 97).

accepted, perhaps some defence mechanisms are mobilized » (Illeris, 2014, p. 94). Il s'apparente en cela aux apprentissages défensifs, mais nous retiendrons ici la dimension de régression, dimension par ailleurs mise en avant par Illeris par le choix de la dénomination de ce type d'apprentissage. Enfin, ce repli conduit, tout au moins dans un premier temps, à une impasse ou à une régression vers une attitude, une compréhension ou un comportement perçu par le sujet comme moins stimulant : « *What will probably happen [...] will be either a deadlock of the existing situation and conditions or a regression to a less challenging attitude, understanding or behaviour* » ¹⁰²(Illeris, 2014, p. 95).

Les apprentissages défensifs ou de la protection

Chez Holzkamp, Argyris et Schön, une catégorie d'apprentissages évoqués précédemment vise explicitement la protection de soi face à différents type de menaces (perdre la face, la souffrance, etc.). Ils ne sont pas qualifiés de transformateurs par leurs auteurs, cependant, les changements de comportements qu'ils induisent feraient dire, il nous semble, à Illeris, qu'ils le sont. Par ailleurs, bien qu'apprentissages contraints, le vécu de renoncement, de résignation n'est pas mis au premier plan dans leurs concepts.

Pour Holzkamp tout d'abord, les raisons d'apprendre dans le cadre de l'enseignement scolaire peuvent être défensives, c'est à dire viser à protéger une qualité de vie, en évitant, pour les élèves, une mauvaise note par exemple:

by not learning or refusing to learn I would have to expect further curtailments of my actual opportunities for actions and for life quality. Thus, I have good grounds for feeling compelled to learn even though there are no motivational reasons for my learning activities (always implying the alternative of not learning). In this way, however, I am simultaneously cut off from the perspective of a joint control over the living conditions, thrown back on myself, controlled by immediate threats and needs. In this case, the reasons for my actions are not expansive but defensive. ¹⁰³(cité dans Schraube et al., 2013)

De même, dans la théorie des apprentissages organisationnels d'Argyris et de Schön, les théories d'usage du model 1 guidant l'action des salariés, sont dominées par la recherche de protection d'autrui et de soi-même: « Concevoir et gérer l'environnement unilatéralement »; « Se protéger unilatéralement »; « Protéger les autres unilatéralement pour leur éviter de souffrir » (Argyris & Schön, 2001, p. 133). Ces stratégies d'action se reflètent naturellement dans les comportements : « Relations à caractère défensif, entre individus et entre groupes. (Souvent, peu d'entraide). Normes défensives (méfiance, absence de prise de risque, conformisme, engagement de façade, accent mis sur la diplomatie, la compétition et les rivalités pour le pouvoir) » (Argyris & Schön, 2001, p. 133). Ces comportements, comme le

¹⁰² Traduction : « Ce qui se passera probablement (...) sera soit une impasse de la situation et des conditions existantes, soit une régression vers une attitude, une compréhension ou un comportement moins stimulant " (Illeris, 2014, p. 95).

¹⁰³ Traduction : " (...) en n'apprenant pas ou en refusant d'apprendre, je devrais m'attendre à des réductions supplémentaires de mes possibilités réelles d'action et de qualité de vie. J'ai donc de bonnes raisons de me sentir obligé d'apprendre, même si mes activités d'apprentissage ne sont pas motivées (il suffit toujours de choisir l'alternative de ne pas apprendre). De cette façon, cependant, je suis simultanément coupé de la perspective d'un contrôle conjoint sur les conditions de vie, renvoyé à moi-même, contrôlé par des menaces et des besoins immédiats. Dans ce cas, les raisons de mes actions ne sont pas expansives mais défensives. " (cité dans Schraube et al, 2013)

soulignent Argyris et Schön vont jusqu'à devenir des « routines défensives », « dont le but est d'empêcher les individus de connaître des situations de gêne ou de menace » (Argyris & Schön, 2001, p. 140), obstacles à des apprentissages en double boucle.

Les apprentissages expansifs ou du développement

Aussi bien, les *progressive transformative learnings* d'Illeris, que les apprentissages expansifs d'Holzkamp, que les apprentissages en double boucle d'Argyris et Schön renvoient par ailleurs à l'idée d'un développement, d'une croissance, d'une amélioration par l'apprentissage. Le caractère expansif de l'apprentissage s'exprime dans une motivation, un résultat et/ou un vécu de développement.

Pour Illeris tout d'abord, les apprentissages transformateurs expansifs visent et/ou ont pour effet l'amélioration d'une compréhension, d'un comportement par exemple, devenu ainsi plus approprié et gratifiant :

*The purpose is in some way to become better or get further; the learning should point forward, lead to improvement and imply that something that in some way has to do with the identity, an understanding, a way of behavior, a mode of experience is changed into something better, more proper, more promising or more rewarding.*¹⁰⁴ (Illeris, 2014, p. 93)

Pour Holzkamp, les apprentissages expansifs sont motivés par une recherche d'augmentation du pouvoir d'agir sur sa vie et ont pour conséquence une perception d'amélioration de sa qualité de vie :

*Thus, in our understanding "motivated learning" is the embodiment of reasons for actions, that are, first of all, generally grounded in an interest in enlarging and increasing one's influence upon the conditions of one's life and its subjective quality, whereby and this qualifies it as reasons for learning _ the growing influence upon and improved quality of life must be perceivable as an implication of learning. I will be motivated to take on the efforts and risks on learning on the premise that in the process of learning : learning activities motivationally grounded in this way are necessarily expansive*¹⁰⁵ (cité dans Schraube et al., 2013, pp. 123-124).

En écho à Illeris et Holzkamp, les apprentissages de double boucle sont motivés par des valeurs directrices telles que susciter « une information valide ; un choix libre, fait en connaissance de cause ; un engagement intérieur face à ce choix, et contrôle permanent de sa mise en œuvre (Argyris & Schön, 2001, p. 161) et permettent une transformation en profondeur : « suite à l'expérience vécue, l'entreprise peut être amenée à questionner les

¹⁰⁴ Traduction : « L'objectif est en quelque sorte de devenir meilleur ou d'aller plus loin; l'apprentissage doit pointer vers l'avant, conduire à l'amélioration et impliquer que quelque chose qui, d'une certaine manière, est lié à l'identité, à une compréhension, à un mode de comportement, à un mode d'expérience soit changé en quelque chose de meilleur, de plus approprié, de plus prometteur ou de plus gratifiant" (Illeris,2014, p. 93).

¹⁰⁵ « Ainsi, selon notre conception, l'"apprentissage motivé" est l'incarnation des raisons d'agir qui sont, tout d'abord, généralement fondées sur l'intérêt d'élargir et d'accroître l'influence que l'on exerce sur les conditions de sa vie et sur sa qualité subjective, l'influence croissante et l'amélioration de la qualité de la vie devant être perçues comme une implication de l'apprentissage. Je serai motivé à faire des efforts et à prendre des risques pour apprendre en partant du principe que dans le processus d'apprentissage, j'obtiendrai des aperçus de constellations de significations réelles et donc des opportunités d'agir qui me permettent simultanément d'espérer l'amélioration de ma qualité de vie subjective : les activités d'apprentissage motivées de cette manière sont nécessairement expansives » (cité dans Schraube et al, 2013, pp. 123-124).

valeurs directrices mêmes sur lesquelles elle se fondait » (Argyris & Schön, 2001, p. 45).

Par ailleurs, Illeris et Holzkamp souligne la dimension subjective de l'apprentissage expansif. Pour Illeris, l'apprentissage expansif a pour effet d'atteindre un état supérieur du point de vue de celui qui en fait expérience: « *transformations towards something better, something more advanced, a more profound and truer recognition or conduct of life, that one has got further into the understanding of oneself, a surmounting or correction of mistakes, weaknesses or something one wishes to put aside* »¹⁰⁶ (Illeris, 2014, p. 92).

Holzkamp, dans sa définition des apprentissages expansifs rappelle en deux occasions cette dimension subjective de l'apprentissage. La motivation à apprendre vient d'un :

interest in enlarging and increasing one's influence upon the conditions of one's life and its subjective quality”, et plus loin, “*I will get insights into real meanings constellations and hence opportunities to act which simultaneously allow me to expect the enhancement of my subjective life quality.*”¹⁰⁷ (cité dans Schraube et al., 2013)

On peut résumer les principales caractéristiques des trois typologies d'apprentissages décrites et en déduire les indicateurs « clé », que nous retiendrons pour notre analyse :

Apprentissages expansifs (ou du développement)	
Apprentissages transformateurs expansifs (Illeris, 2014)	Recherche et/ou effets de transformation d'une attitude, d'une compréhension, de comportements en quelque chose de mieux, plus profond, accompagnée d'un vécu subjectif d'amélioration
Apprentissages expansifs d'Holzkamp (Schraube et al, 2013)	Recherche et/ou effet d'augmentation de son pouvoir d'agir et de sa qualité de vie accompagné d'un vécu subjectif d'amélioration
Apprentissages de double boucle (Argyris et Schön, 2001)	Recherche et/ou effet d'efficacité à long terme par la transformation des valeurs directrices de l'organisation
Indicateurs retenus	Recherche et/ou effets de développement Un vécu d'amélioration
Apprentissages régressifs (ou du renoncement)	
Apprentissages transformateurs régressifs (Illeris, 2014)	Motivation : un changement contraint Effets : un retrait dans une position plus sûre (attitude, compréhension, comportement moins stimulant) voire démantèlement identitaire Vécu de renoncement, de régression, de résignation
Indicateurs retenus	Vécu de renoncement
Apprentissages défensifs (ou de la protection)	
Apprentissages expansifs d'Holzkamp (Schraube et al, 2013)	Motivation : protéger une qualité de vie Effets : perte de contrôle sur sa vie
Apprentissages de simple boucle (Argyris et Schön, 2001)	Motivation : la protection de soi et/ou d'autrui Effets : apprentissage instrumental induisant une

¹⁰⁶ Traduction : " (...) des transformations vers quelque chose de meilleur, de plus avancé, une reconnaissance ou une conduite de la vie plus profonde et plus vraie, que l'on est allé plus loin dans la compréhension de soi, un dépassement ou une correction des erreurs, des faiblesses ou de quelque chose que l'on souhaite mettre de côté " (Illeris, 2014, p. 92).

¹⁰⁷ Traduction : "L'intérêt que l'on porte à l'élargissement et à l'augmentation de son influence sur les conditions de sa vie et sur sa qualité subjective (...) Je vais avoir un aperçu des constellations de significations réelles et donc des opportunités d'agir qui me permettent simultanément d'espérer l'amélioration de ma qualité de vie subjective".

	amélioration de l'accomplissement des tâches organisationnelles
Indicateurs retenus	Recherche de protection de soi

Tableau 4 : Principales caractéristiques des trois types d'apprentissage et indicateurs retenus

En conclusion, nous analyserons les verbatims à l'aide des indicateurs du cadre conceptuel ci-dessous synthétisé :

Types d'apprentissages	Indicateurs
Apprentissages informationnels	Acquisition de nouvelles informations
Apprentissages transformateurs régressifs (ATR)	Un vécu de régression, renoncement
Apprentissages transformateurs instrumentaux (ATI)	Recherche et/ou effets de contrôle de l'environnement
Apprentissages transformateurs défensifs (ATD)	Recherche et/ou effets de protection de soi et/ou d'autrui
Apprentissages transformateurs communicationnels (ATC)	Recherche et/ou effets de développement d'un agir communicationnel (compréhension d'autrui etc.) Auto-réflexion critique
Apprentissages transformateurs expansifs (ATE)	Recherche et/ou effets de développement Un vécu d'amélioration

Tableau 5 : Cadre conceptuel d'analyse des apprentissages transformateurs

Enfin, pour des questions de fluidité et nous appuyant sur l'existence de l'acronyme « AT » pour « Apprentissage Transformateur », nous proposons d'utiliser les acronymes suivants dans la suite de notre exposé :

- « ATI » pour « Apprentissage(s) Transformateur(s) Instrumental/Instrumentaux »
- « ATC » pour « Apprentissage(s) Transformateur(s) Communicationnel(s) »
- « ATR » pour « Apprentissage(s) Transformateur(s) Régressif(s) »
- « ATD » pour « Apprentissage(s) Transformateur(s) Défensif(s) »
- « ATE » pour « Apprentissage(s) Transformateur(s) Expansif(s) »
- « ATID » pour « Apprentissage(s) Transformateur(s) Instrumental/Instrumentaux Défensif(s) »
- « ATCE » pour « Apprentissage(s) Transformateur(s) Communicationnel(s) Expansif(s) »

6.3 Résultats de l'analyse

Cette partie vise la mise en évidence :

- d'apprentissages informationnels, apprentissages sur les pathologies, le patient et sur soi ;
- des apprentissages transformateurs régressifs, évoquant l'apprentissage du renoncement au pouvoir du soignant ;
- des apprentissages transformateurs instrumentaux et instrumentaux défensifs renvoyant à l'apprentissage d'une posture de soignant « en maîtrise » et distanciée du patient ;
- des apprentissages transformateurs communicationnels et expansifs évoquant l'apprentissage d'une relation intersubjective avec le patient:

6.3.1 Les apprentissages sur les pathologies, le patient et sur soi : des apprentissages informationnels

Nous avons relevé trois types d'apprentissages informationnels récurrents, que les soignants perçoivent auprès des patients : les apprentissages sur les pathologies, sur la vie des patients et sur eux-mêmes.

6.3.1.1 Les apprentissages sur les pathologies

Souvent, les infirmiers et plus particulièrement les plus jeunes en psychiatrie déclarent que la très bonne connaissance des patients de leurs troubles, leur permet d'apprendre sur de nombreux aspects de la maladie.

Pour Olivia, certains patients peuvent donner des informations sur les signes précurseurs, la maladie, le vécu de la maladie :

Ils connaissent leurs pathologies donc ils peuvent vous indiquer sur certains signes euh précurseurs quand ils vont plus ou moins être en crise [...] qu'est-ce que c'est que la maladie, et comment ils la vivent aussi de l'intérieur, quand ils vous font confiance, ils vous expliquent.

Pour Julie, jeune infirmière, l'apprentissage sur la maladie se fait grâce aux récits que les patients qui se connaissent très bien lui en font :

Après c'est vrai que quand je suis arrivée ici euh, du coup forcément je découvre la psychiatrie, même si j'ai mes connaissances d'infirmière je sors de l'école, c'est un métier dans lequel on apprend au fur et à mesure et c'est vrai que les patients qui sont chroniques, donc qui sont là depuis des années des années vont nous prendre à parti, puis vont nous expliquer vraiment tout le déroulé, ce qu'ils ressentent. Ils nous apprennent beaucoup sur leur maladie parce qu'ils connaissent très bien leur maladie, je pense notamment à un de nos patients qui est schizophrène et qui arrive vraiment à exprimer et à mettre des mots, quand il est stabilisé bien sûr, à mettre des mots sur ce qu'est la maladie pour lui, ce que ça lui fait ressentir, les hallucinations qu'il a, les moments de de, où il est mal si...vraiment exprimer le fait qu'il arrive pas à se rendre compte de ce qu'il fait quand il est en phase aigüe de la maladie.

Pour Jeanne, jeune infirmière également, le récit des patients sur les manifestations de la maladie, ce qu'est une voix par exemple, lui permet de développer ses connaissances des

pathologies. Elle rappelle que cet apprentissage est « unique » dans le sens où les patients sont les seuls à pouvoir parler de ce qu'ils vivent et que la chronicité de la maladie qui entraîne le retour régulier à l'hôpital, lui permet d'apprendre sur le long terme :

Mais particulièrement en psychiatrie, il y a des patients qui se connaissent très bien et qui du coup peuvent vraiment parler des symptômes et ont assez de connaissances sur leur pathologie et assez de recul du coup sur leur pathologie pour pouvoir en parler. Donc, quand ils nous parlent des voix par exemple, qu'ils entendent euh c'est intéressant chez certains patients, d'entendre, enfin, on entend presque ce qu'ils disent euh, [...] c'est le genre de questions que je pense tout le monde peut se poser et finalement il y a qu'eux qui peuvent y répondre et après par rapport à la pathologie aussi on peut apprendre énormément des patients dans le sens où ce sont des patients qu'on va suivre à partir du moment où la maladie va se déclarer, c'est-à-dire, en général on dit entre 12 et 20 ans pour la pathologie, enfin.

Sandra elle aussi a appris notamment grâce à un patient qui se connaît très bien et lui explique ce qu'il se passe « dans sa tête » en phase maniaque, les effets des traitements, son expérience en chambre d'isolement. Ce point de vue du patient vient compléter utilement sa formation et lui permet de mieux comprendre les autres patients :

Je me souviens d'un jeune patient bipolaire d'une vingtaine d'années qui lui était vraiment, qui m'avait décrit énormément comment il se sentait et qu'est-ce qui se passait ça se passait dans sa tête quand il était en phase maniaque. Donc là ben, on apprend plus avec un point de vue du malade comment il vit les choses et du coup comment peuvent vivre les autres patients qui ont la même pathologie et pareil avec qui il y avait beaucoup de traitement, avec qui on avait fait beaucoup de traitements différents avant de trouver le traitement adapté et qui avait beaucoup exprimé ses ressentis euh qui avait eu aussi une expérience en chambre d'isolement, donc qui m'avait parlé beaucoup de son expérience et du coup un point de vue complètement différent de d'habitude notamment les médicaments sédatifs comme le Loxapac où du coup il explique vraiment les ressentis corporels qu'il avait eu avec ce médicament, euh il se sentait complètement vide avec beaucoup de douleurs musculaires, et même osseuses parfois avec du coup une sensation de vouloir être toujours plié en deux, la sensation de baver constamment quelque chose qui était très violent pour lui donc après je pense que c'était très personnel parce que je sais qu'il y a d'autres patients qui n'ont pas du tout les mêmes réactions du coup, on apprend aussi comme ça, comment on peut réagir à tel ou tel médicament donc ça peut être une des réactions, alors il l'avait vécu à la fois comme quelque chose d'aidant parce que ça le contenait dans son épisode maniaque euh mais comme quelque chose de très violent parce qu'est quelqu'un qui est très sociable naturellement pas seulement en phase maniaque, et du coup d'être coupé du monde des gens, c'était très angoissant pour lui de se retrouver seul, de pas pouvoir discuter après du coup un vécu complètement différent de celui qu'on peut avoir d'habitude parce que nous on apprend uniquement que c'est contenant, on n'apprend pas que ça peut angoisser plus que contenir du coup voilà, après d'autres expériences comme ça, j'en ai pas trop qui me viennent...

Jeanne apprend également sur la possible relation entre le sommeil et la maladie par exemple, par l'observation et l'écoute des patients :

J'ai appris aussi tout ce qui est contact avec la nourriture, le sommeil, comment ça se passe, comment ça peut, l'influence que ça peut avoir sur nous au niveau physique et au niveau moral en fait, le manque de sommeil. Il y a certains patients qui arrivent on nous dit voilà, tel patient, ça fait plusieurs jours qu'il ne dort pas euh, on se demande si c'est pas un épisode maniaque chez un patient bipolaire etc. Au final, le patient, on l'aide à dormir avec des médicaments

pendant deux trois nuits, mais dès la première déjà, la moitié des symptômes ont disparu. Donc le sommeil, enfin voilà, c'est essentiel.

Elle apprend sur les comportements des patients vis-à-vis de la nourriture, qu'elle interprète comme le besoin de combler un vide :

La nourriture aussi, on voit que des patients ici souvent, c'est fou, mais ils se remplissent, parce qu'ils doivent avoir un vide à l'intérieur donc je sais pas, on les voit se remplir avec la nourriture et, pourtant, la cuisine de l'hôpital elle est vraiment dégueulasse [...] ils passent leur journées à ça, par ennui peut-être mais aussi parce qu'il y a ce côté remplissage... Donc ouais, le rapport à la nourriture c'est très intéressant. Et ça c'est pareil, on l'apprend pas dans les livres quoi, on peut l'apprendre dans les livres mais c'est pas la même chose. Ici vraiment, c'est assez intéressant.

Jeanne apprend également sur les moments propices aux manifestations des symptômes :

Par exemple cette patiente que je viens de dire, elle entend des voix l'après-midi. Beh, (interruption). Donc, euh par exemple typiquement, cette patiente, elle entend des voix l'après-midi, pourquoi l'après-midi, pourquoi, enfin, on peut constater énormément de choses sur la façon dont les symptômes se déclarent et s'expriment. Quelles sont les périodes de la journée, de l'année, les patients sont plus sensibles, pour quelles pathologies. On dit souvent que les dépressifs c'est en hiver, les psychotiques, c'est en été, tout ça pourquoi, pourquoi euh ? C'est des choses qu'on apprend pas dans les livres et qu'on constate nous, nous on a, il y a des choses qu'on sait et pourtant, c'est juste l'expérience qui nous l'a montré. Je vais dire un truc qui va paraître bizarre mais la pleine lune, on en parle comme ça, on en rigole, voilà, mais en vrai, en vrai, ça se constate, c'est... c'est moi il y a des journées que je trouve difficiles et longues, et c'est compliqué, les patients sont excités, sont... voilà l'ambiance dans le pavillon c'est compliqué et le soir je me dis « ohlala ça a été une dure journée et puis je constate que oui, la lune est pleine.

Le travail auprès des patients permet ainsi aux infirmières, que ce soit, par les échanges avec eux ou leur observation, d'apprendre sur les pathologies, leurs manifestations ou encore les traitements et leurs effets. Elles apprennent également sur des potentiels déclencheurs de symptômes et de possibles raisons aux comportements des patients. Les informations collectées leur permettent ainsi de se construire une sorte de « bagage empirique ».

6.3.1.2 Les apprentissages sur la vie des patients

Les soignants apprennent à mieux connaître les patients grâce aux récits que ces derniers peuvent faire de leur vie.

Yolande apprend sur la vie passée de personnes âgées par exemple :

On apprend plein de choses, on apprend déjà l'histoire de la personne, quand les gens nous racontent leur histoire, ils ont un parcours de vie et voilà, oui les personnes âgées, ils racontent leur vie oui... ils ont fait ceci, ils ont fait cela, ils ont connu ceci, ils ont connu cela, ben voilà donc déjà l'histoire même de la personne euh, nous est racontée par le patient directement.

Séverine apprend sur la vie intime des patients :

Par exemple, dans leur vie intime et tout ça, c'est des choses qu'on apprend et on voit par exemple les femmes des fois elles sont complètement perdues, elles se font abuser, elles

savent plus quoi...donc elle nous apprend des choses. Au point de vue, à nous les femmes quoi infirmières. Elle nous apprend des choses de la vie qu'on connaît pas.

6.3.1.3 Les apprentissages sur soi

Plusieurs soignants déclarent également avoir appris à mieux se connaître auprès des patients. Ils apprennent notamment sur leurs « incompatibilités » avec certains d'entre eux.

Pour Louise, par exemple, c'est compliqué avec les jeunes, les femmes enceintes et les mamans :

Moi je sais que les patients jeunes ben j'ai du mal, alors peut-être parce que je me vois pas trop vieillir mais j'ai l'impression d'être toujours jeune, d'avoir toujours vingt ans euh là ça va un peu mieux, j'ai appris que j'avais beaucoup de mal, au début, à prendre les patients jeunes en charge parce qu'ils me renvoyaient quelque chose, alors quoi ? Voilà, que peut-être ils me prendraient pas au sérieux, je sais pas, ils me renvoyaient peut-être que voilà...les femmes enceintes et les mamans aussi, j'ai, en fait, j'arrive à les prendre en charge mais il me faut plus de temps. Voilà, parce que je suis jeune maman etc. Voilà, on apprend aussi avec eux. Enfin, avec chaque patient, on apprend sur soi-même sur ce qu'on tolère ou pas. Donc, c'est pour ça je parlais des personnalités, on voit ce qu'on tolère ou pas...

Christel a appris également des « choses » sur elle en constatant la difficulté d'accompagner certains patients :

Après comme forcément aussi, il y a un phénomène de transfert, donc on apprend aussi sur nous en fait, sur, euh, euh, sur, en fait, on apprend des choses par rapport à leur pathologie, par rapport à eux leurs questions, leur personnalité, qui ils sont etc. et ça nous apprend des choses sur nous en fait, car il y a des patients avec lesquels on est plus en difficulté pour travailler. Donc en fait, ça, voilà ça nous permet de découvrir des facettes de nous enfin voilà, qu'on serait pas forcément amenés à... , sur lesquelles on n'est pas forcément amené à réfléchir. Pourquoi tel type de patient va plutôt susciter chez nous une certaine irritation, enfin donc, ça nous apprend aussi, enfin voilà, c'est aussi des choses...

Jean-Luc a appris sur ce qu'il appelle ses « mouvements internes » qui font que les relations vont être plus ou moins faciles selon les patients :

Après on apprend sur ses propres mouvements [...] parfois on peut être très cool, parfois on peut être aussi un peu plus dur [...] ça apprend, ça apprend des choses sur soi, sur sa propre relation, sur ses propres mouvements internes de prendre en charge un patient [...] c'est parfois plus difficile de prendre une mamie en charge [...] qu'un criminel qui en a tué trois dont deux enfants. C'est complètement fou !

Nous comprenons ainsi que la relation des soignants avec les patients les informe sur leurs « points de sensibilité » et ce que nous avons appelé leur « incompatibilité thérapeutique » avec certains patients.

6.3.2 L'apprentissage du renoncement au pouvoir du soignant : un apprentissage transformateur régressif (ATR)

Au-delà des apprentissages informationnels, la plupart des soignants déclarent des apprentissages transformateurs de différentes natures. La première grande catégorie d'apprentissages transformateurs qui nous est apparu est celle des ATR. Elle apparaît chez les

infirmiers interviewés par des déclarations d'apprentissage en lien avec le renoncement à ce que nous avons appelé, le pouvoir soignant, qui renvoie, dans notre utilisation au pouvoir de soigner au sens de « cure » ou encore de guérir, ainsi qu'au « fantasme de l'immédiateté », à cette « volonté de « guérir » d'un coup de baguette magique » (Delieutraz, 2012, p. 159). Ce double renoncement est très bien résumé par Gabriel : Le chercheur : « Et du coup, est-ce qu'on apprend quelque chose dans ces situations-là ? La patience et qu'on n'est pas tout-puissant.»

6.3.2.1 Apprendre à renoncer au pouvoir de guérir

Certains soignants déclarent apprendre ou avoir appris à renoncer au pouvoir de guérir et par là, à une identité de « soignant sauveur ». Cet apprentissage est vécu comme un deuil et génère frustration et désillusion. Ainsi, s'apparente-t-il selon nous à un ATR tel que pensé par Illeris.

Cette frustration apparaît chez Julie qui apprend finalement qu'elle ne peut pas accomplir son métier tel qu'elle le conçoit, à savoir, guérir :

On a un syndrome quand on est infirmière, c'est le syndrome de la « superwoman » qui veut sauver tout le monde et guérir tout le monde. Il faut apprendre à faire le deuil de ça. Ben on rentre tous dans ce métier d'infirmière pour soigner, pour guérir les gens. On se rend compte au final qu'on peut pas les guérir et ça c'est frustrant.

Geneviève a appris, de même dans la difficulté, à accepter de ne pas être toujours utile, et nous interprétons cette acceptation comme une résignation :

Vous avez pas appris à accepter, là on parle pas de défaite, mais parce que quand on est soignant, on veut soigner à tout prix, mais il faut aussi accepter, c'est mort, ça ne marchera pas, ça ne marchera pas. C'est pas facile d'accepter qu'on puisse pas être utile aux autres.

Louise a aussi appris qu'elle ne pouvait pas guérir les patients et ce fut et c'est encore un apprentissage difficile :

Le chercheur : Finalement, ce que vous appreniez des patients, ce qu'ils... Louise : Alors, y a voilà. D'apprendre toujours sur les pathologies, on en découvre tous les jours, [...] on arrive quand même à les aider, c'est de la psychiatrie, on les guérit pas. Mais bon, des fois c'est dur à admettre aussi. Je pense que. Moi je m'en suis rendue compte euh, euh le jour où je m'en suis rendue compte c'était il y a quelques années et pff ... on a de l'espoir quand même en tant qu'infirmier, et quand on passe quelques années dans le même service, au bout d'un moment, on se rend compte qu'ils reviennent et c'est dur.

De même, Sandra apprend à vivre la frustration de voir ses efforts pour soigner, déçus :

Y en a au contraire qui vont nous générer de la colère donc faut apprendre à gérer notre colère ou notre frustration parce que justement chez les patients mutiques par exemple on a la frustration de on essaie de communiquer on essaie de mettre en place des stratégies et ça fonctionne pas donc faut apprendre à vivre avec la frustration.

Le renoncement au pouvoir de guérir vient de la confrontation avec la volonté et la réalité du patient.

Jeanne apprend qu'elle est moins « puissante » qu'elle ne le pensait car le patient a le dernier mot et ce n'est pas une expérience facile à vivre :

J'ai eu l'impression que là, à tel ou tel moment, euh, mon discours a eu un impact, ça y est peut-être qu'avec moi ça va changer et au final très vite, ils nous montrent que non, on n'est pas des sauveurs euh, personne ne peut rien de toute façon et c'est lui qui décide et bref voilà c'est pas évident.

Julie apprend également qu'elle doit travailler avec le patient et ne peut rien sans sa volonté :

Apprendre à faire le deuil de cette envie d'aider tout le monde et de sauver tout le monde. C'est vraiment l'idée que ce soit eux qui fassent le travail... De toute façon ça peut venir que d'eux. Nous on peut rien y faire. On peut se démener comme on veut mais tant que il y a pas quelque chose qui se passe dans leur tête, ça ne marche pas.

Geneviève a également appris à accepter le refus de soin du patient et à faire les choses à son rythme :

J'ai appris à chaque étape, à chaque moment, je vous dis à me construire et aujourd'hui à accepter qu'ils veuillent pas, ce qui veut pas dire qu'on essaye pas quand même de mettre des choses et laisser la porte ouverte. Accepter que l'autre ne veuille pas, lui faire comprendre que la porte, elle est ouverte, parce qu'en fait il y a un temps, un temps pour chaque chose et parfois les gens sont pas prêts, on n'arrive pas au bon moment, donc le temps, le temps pour que les choses mâturent, que la douleur s'atténue.

Ici Gabriel apprend les limites de son pouvoir d'aider le patient et l'humilité qui naît du décalage entre le souhait du soignant et la réalité du patient. Cet apprentissage est associé à une perception d'échec :

On apprenait ses limites, c'est ses limites qu'on apprend et parfois, on a très souvent, c'est les désirs des équipes sont importants et puis on est confrontés au réel et on se casse un petit peu les dents souvent après... souvent après on met la barre un peu moins haute. Le chercheur : Qu'est-ce que vous voulez dire, le désir de l'équipe ? Parce qu'on imagine que ce patient va ressortir, qu'il va retrouver une vie et puis et puis on est confronté au moment où il a une crise délirante, il est rehospitalisé rapidement et que on se rend compte que la structure hospitalière aussi a un enjeu énorme, au niveau du traitement, le fait que... c'est le seul cadre où ils peuvent vivre en fait euh donc, que ce qu'on pensait être possible, ben n'est pas du tout possible. [...] La psychiatrie, c'est une école d'humilité hein.

Cet apprentissage de la « non-toute-puissance » vient aussi de la prise de conscience des limites de la discipline « psychiatrie ».

Malgré les hospitalisations, les patients reviennent. Jeanne fait ainsi l'apprentissage de l'humilité associée ici à une perception de perte de puissance :

On apprend l'humilité vraiment parce que, ça parce que voilà, la psychiatrie à l'heure actuelle en France, on est vraiment euh. On n'a vraiment pas assez d'informations. On sait pas, on sait pas d'où ça vient, on sait pas comment l'arrêter. Il y a énormément d'explications évidemment telle molécule, tel neurotransmetteur etc. Ça, ces informations-là personnellement ça ne me parle pas vraiment même si j'ai conscience qu'il y a une part de pharmaco et une part ouais de physiopathologie, je pense qu'on sait pas vraiment et du coup l'humilité, ça vient du fait que ben quand on a l'impression d'aider quelqu'un et qu'on le voit revenir au final on s'dit non, je suis pas infailible, je suis pas en train de guérir les gens qui peuvent pas être guéris [...]

Elle déplore ici la chronicité des troubles psychiatriques et les multiples hospitalisations des patients lui apprennent, là encore, l'humilité :

Après on va les suivre pendant toute la vie parce que malheureusement c'est une maladie chronique qu'on ne sait pas encore guérir et que du coup, de les voir évoluer tout au long de leur vie, c'est très intéressant et on apprend énormément, on apprend beaucoup l'humilité aussi...du coup voilà, c'est pas évident de voir les patients revenir.

6.3.2.2 Apprendre à renoncer au fantasme de l'immédiateté

L'accompagnement en psychiatrie se fait sur un temps long. Et l'une des choses que les soignants apprennent, c'est la patience, que nous interprétons, dans les verbatims, comme un « renoncement au fantasme de l'immédiateté » à la suite de Delieutraz (2012).

Séverine apprend la patience : « Beh, le patient nous apprend nous euh à être patient (sourire). Euh, à avoir de la patience, c'est mieux, patient patient, à avoir de la patience parce que c'est... la prise en charge d'un patient c'est...c'est long quoi. Donc, il nous apprend à être patient. »

Evelyne manifeste de même sa désillusion face progrès d'une patiente, qu'elle estime limités, dans un temps perçu comme long et malgré tous les efforts des équipes :

Le chercheur : Et qu'avez-vous appris à son contact ? Que les choses avancent très lentement. Malgré l'investissement , malgré les sollicitations, il y a des délais de réaction qui sont extrêmement longs, qui ne viennent pas nécessairement d'elle, puisqu'en deux ans et demi on voit que les choses ont extrêmement peu progressé [...].

De même, Jeanne insiste sur cet apprentissage de la patience :

Quand on a l'impression d'aider quelqu'un et qu'on le voit revenir au final on s'est dit non, je suis pas infallible, je suis pas en train de guérir les gens qui peuvent pas être guéris entre guillemets et donc, oui ça apprend ça la patience aussi, beaucoup beaucoup beaucoup la patience [...].

De même Sandra, jeune infirmière, fait cet apprentissage :

On apprend ... y en a qui vont nous apprendre la patience [...] Le chercheur : Vous avez dit j'apprends à m'adapter, j'apprends la patience, est-ce que vous pensez à des cas en particulier ? Sandra :Euh, principalement les patients qui communiquent peu et qui sont très ralentis il faut vraiment de patience, c'est des patients qui restent dans cet état parfois très longtemps malgré les traitements.

Ces apprentissages sont des ATR au sens d'Illeris, du fait qu'ils marquent un changement vécu au niveau de l'identité des soignants, changement vécu comme un deuil. Ces infirmiers ont choisi leur métier pour aider leurs semblables, soigner, voire « sauver le monde » selon leurs propres mots et la désillusion est grande face au refus de soins des patients et les limites de la psychiatrie. Ainsi quelque chose a changé en termes de perception de soi, en tant que soignant. Dans la vision d'Illeris, comme nous l'avons signalé dans la définition du cadre conceptuel, cette transformation régressive constitue souvent une étape dans un continuum et, une fois surmontée, de nouveaux apprentissages, *restoring* puis *expansifs* peuvent être vécus par les personnes.

6.3.3 L'apprentissage d'une posture de soignant « en maîtrise » et distanciée du patient: entre apprentissages transformateurs instrumentaux (ATI) et instrumentaux défensifs (ATID)

Certains infirmiers déclarent avoir appris ou apprendre à devenir, ce que nous proposons d'appeler des soignants « en maîtrise » dans le cadre d'une relation distanciée avec les patients. Suite au regroupement de leurs verbatims, il apparaît qu'ils perçoivent avoir appris : à adopter une posture, la maîtrise de soi, la maîtrise du patient, la distance avec le patient.

Ces apprentissages s'apparentent selon nous à des apprentissages transformateurs soit instrumentaux, soit à la fois instrumentaux et défensifs. L'absence de la dimension défensive, bien entendu, ne signifie pas qu'elle n'existe pas potentiellement. Des apprentissages apparaissent ainsi uniquement dans leur dimension instrumentale, peut-être du fait que l'occasion n'a pas été donnée au soignant d'en dire plus dans le cours de l'entretien ou peut-être parce que cet apprentissage est détaché, pour le soignant, de toute dimension défensive. Nous signalerons au fur et à mesure la dimension défensive lorsqu'elle sera exprimée par les soignants.

6.3.3.1 Apprendre une posture de fermeté et d'assurance

Au-delà de la maîtrise de soi, certains soignants déclarent apprendre à adopter une posture qui doit leur permettre de poser le cadre, de créer une relation de confiance et ainsi libérer la parole du patient. Nous n'avons pas relevé, dans les verbatims de cette partie, de dimension défensive.

Apprendre à s'affirmer

Jeanne a appris à adopter une posture de fermeté afin de pouvoir poser le cadre au patient :

J'ai appris aussi beaucoup beaucoup à me positionner et à m'affirmer parce que euh, savoir dire non au patient en psychiatrie c'est essentiel. C'est nous qui sommes là pour leur fixer un cadre alors que eux, justement dans leur tête il y a pas de cadre et tout part dans tous les sens, nous on est là pour fixer un p'tit peu tout ça euh, savoir dire non ça fait partie du soin et c'est pas évident à vivre tous les jours et voilà c'est quelque chose que j'ai vraiment appris ici en psychiatrie.

Apprendre à être sûr de soi

Julie apprend à inspirer confiance au patient, en se montrant sûr d'elle-même par exemple :

C'est vrai que nous avec les patients, on apprend à être totalement honnêtes parce que on se rend compte qu'ils ont une tellement grande sensibilité que si on n'est pas honnête à cent pour cent, ils le sentent tout de suite et après la relation de confiance est très perturbée par la suite et c'est très difficile de reprendre ça, de récupérer ça. Je parle de l'honnêteté au niveau, enfin faut qu'on soit sûrs de nos réponses. S'ils sentent qu'on n'est pas sûr à cent pour cent, ils vont sentir qu'il y a quelque chose et la relation de confiance c'est quelque chose de très important ici parce que c'est ce qui nous permet aussi que les patients soient honnêtes avec nous, qu'ils arrivent à nous exprimer, à pas être méfiants en fait et à nous exprimer exactement ce qu'ils

ressentent, ce qu'ils ont, dans quel état d'esprit ils sont c'est quelque chose de très important pour l'évolution de la maladie. Euh. C'est tout ce que je peux dire pour l'instant (rires).

6.3.3.2 Apprendre la maîtrise de soi

Les soignants apprennent ou ont appris la maîtrise de soi afin de ne pas déclencher ou amplifier des réactions agressives chez les patients, afin d'assurer leur protection et celle des patients.

Comme le souligne Paula, l'apprentissage de la maîtrise de soi est quelque chose de fondamental pour les infirmiers en psychiatrie. Il faut apprendre à se contrôler pour éviter que le patient ne devienne agressif et se protéger ainsi soi-même et le patient : « Faut savoir rester calme, faut savoir se maîtriser et face à l'agressivité que cette patiente vous renvoie, faut pas lui renvoyer quelque chose de gênant, quelque chose qui va faire en sorte qu'elle va clasher, et ça s'apprend au fil du temps. »

La première réponse de Gabriel à notre question a été qu'en situation de violence, il fallait apprendre la gestion du stress : « Le chercheur : Est-ce qu'il y a des situations avec le, les patients au cours desquelles vous vous êtes dit, j'ai appris ? Gabriel : Ben on apprend toujours des situations, situations de violence comment gérer le stress parce qu'ils ne raisonnent pas comme nous, donc en prévoyant. »

Nous comprenons ici que Geneviève a appris à contrôler ses humeurs pour protéger les patients :

apprendre à même si des fois, il faut se presser, même si parfois il faut, enfin c'est pas propre au CMP tout ça, voilà toujours prendre le temps, être d'une humeur égale, parce qu'en fait, on renvoie énormément de choses à l'autre, qu'on ne perçoit pas mais que lui va percevoir parce qu'il est justement dans une période où il est hyper fragile où il est dans une hyper sensibilité.

Les soignants apprennent à maîtriser leurs émotions et réactions vis-à-vis des patients dans un but de protection, c'est le cas de Julie :

Et puis on se rend compte, si au fur et à mesure, ce qu'on apprend, c'est à gérer les situations et à plus faire les mêmes erreurs, parce qu'on a nous des réactions, qui dans certaines situations ne sont pas totalement adaptées et qui peuvent faire monter les patients. C'est-à-dire que dans une réaction de violence, on aura tendance à vouloir réagir par de la violence et en fait c'est à ce moment-là qu'il faut que nous on se contrôle et nous on apaise les choses pour désamorcer la situation. Mais il y a des fois, on se fait insulter et on a envie de dire : « voilà quoi ! » et de réagir mais, c'est le moment où il faut justement réussir à ...Mais ça, on le voit au fur et à mesure.

Les soignants apprennent à adapter leur communication aux patients afin de ne pas générer de la violence de la part du patient mais aussi dans un deuxième temps, de la part du soignant.

C'est le cas d'Emma :

Le chercheur : Est-ce qu'il y a des choses que vous avez apprises avec certains patients que vous réutilisez avec d'autres ? Emma : « Euh oui je pense, ben par rapport à l'intolérance à la frustration par exemple certains patients, faut savoir comment leur parler, parce qu'après ça peut flamber tout de suite et ça part en crise et ça peut être compliqué de ne pas être violent

envers lui et du coup quand on arrive on connaît pas trop et du coup on peut brusquer un patient alors que là on se rend pas compte de la dangerosité que ça peut avoir de la violence qu'il peut avoir envers nous et envers lui-même. On apprend à communiquer avec le patient en fonction de sa maladie et en fonction de son état. En phase aiguë, quelqu'un de tendu, on va essayer de pas l'énerver quoi, de lui dire ce qu'il veut pas entendre...

Marie de même, en observant ses collègues a appris qu'il fallait maîtriser sa communication afin de ne pas générer de la violence :

Le chercheur : Et ça, bien choisir ces mots, on l'apprend comment ? On l'apprend sur le tas aussi. C'est-à-dire que c'est arrivé que parfois, pas forcément moi, mais les collègues, pendant une situation pas forcément de crise mais où le patient est juste énervé, il suffit qu'il ait dit un mot ça peut être quitte ou double soit le patient va dire « bon effectivement, je vais me calmer soit ça peut exploser et être pire, donc il faut vraiment choisir la tonalité, et les mots qu'on va employer car ça peut être mal interprété euh après ça peut aller très loin.

6.3.3.3 Apprendre à maîtriser le patient

En situation de « montée » de violence, le soignant apprend à maîtriser le patient, grâce à la maîtrise qu'il a de lui-même, c'est le cas de Jeanne :

Voilà, enfin après, on apprend à prendre du recul sur les choses, on apprend à calmer les, le jeu quand la violence commence à monter, apprendre à maîtriser tout ça, à apaiser les patients, c'est aussi très intéressant. Ça demande une grande... enfin, vraiment un contrôle de soi et c'est très intéressant aussi...

Jacques apprend à gérer les fluctuations d'humeur des patients :

Ce sont des patients qui ont une pathologie, qui ne sont pas toujours eux-mêmes etc., il y a tout ce qui va peser sur la manière dont on va aborder l'autre sur les attentes aussi et parfois on est un petit peu étonnés de voir, la nuit pour rien, ça fluctue (?) son humeur parfois il est réceptif il est dans le monde réel, parfois il est ailleurs, des fois, il réalise ce qu'il se passe, des fois il refuse de le voir, en fonction de son état, le contact est différent, ce que vous renvoie la personne est différent. Pour les mêmes sujets, ça va fluctuer et vous allez apprendre à gérer ça aussi.

Ici, Gabriel déclare avoir appris à recourir à la sédation préventive du patient pour éviter des situations de violence grave.

Le chercheur : Et, elle vous a appris quoi cette situation ? Gabriel : D'essayer de prévoir l'imprévisible en fait. Quand un patient ne veut pas euh, faut vraiment dans ces cas-là, dans ce type d'événements, on aurait dû le sédaté beaucoup plus, même si c'était pas nécessaire, il était pas tant malade que ça, on aurait dû, pour nous aussi en tant que sécurité aussi, euh le sédaté. Le chercheur : OK. Donc d'être encore plus sécuritaire. Gabriel : Sécuritaire pour lui et pour nous .. C'est vraiment...D'abord pour lui. Et puis pour les collègues également, parce qu'il y en a qui ont été intoxiqués, qui ont été hospitalisés. Voilà, donc euh. On a voulu dans cette situation être trop humain, entre guillemets, trop humain et ça a été contre nous. Donc, ce qu'on apprend c'est que parfois, on peut paraître dur mais, par expérience paraître dur même inhumain mais, c'est dans l'intérêt du patient et pour nous. Le chercheur : Dans quel sens, vous pensez que vous avez été trop humain ? Gabriel: C'est qu'on l'a pas assez sédaté, on a voulu faire avec lui, comment dire on a essayé de rentrer en confiance complète, pour son attitude n'était pas viable dans le service, sans non plus le sédaté c'était pas le but et ça s'est retourné contre nous et contre lui aussi.

6.3.3.4 Apprendre à mettre une distance avec les patients

Un autre moyen de se protéger des patients est leur mise à distance. Les soignants, surtout les plus jeunes évoquent la difficulté et cependant la nécessité d'apprendre à créer une distance entre eux et les patients. Cet apprentissage de la distance (émotionnelle, physique) apparaît, dans les situations évoquées en réaction à une situation perçue comme une agression à leur rencontre, de la part du patient. Ainsi, ces apprentissages semblent résulter davantage d'un besoin spontané de se protéger que d'une volonté délibérée de se distancier pour mieux soigner.

Dans ce témoignage, Julie déclare apprendre à avoir une distance avec le patient et il semble que le rappel du cadre (sa maladie, l'hôpital, son statut de patient, le statut de soignant etc.) permette cette distanciation. A la suite de son agression par une patiente en chambre d'isolement, elle déclare avoir appris :

En fait c'est apprendre à avoir une distance avec les patients qui est assez compliqué parce que c'est des patients qui vont être qui vont qui sont dans cette recherche de complicité d'apaisement, de se raccrocher à quelque chose mais en même temps ont besoin d'être cadrés d'être remis dans le contexte là, de la maladie, qu'on est à l'hôpital qu'on est des soignants, on est pas leur maman et qui ils peuvent pas tout faire et c'est vrai que c'est quelque chose de difficile à aborder quand on est nouveaux infirmiers. Face à des patients qui nous attendrissent, dont on a l'impression qu'on peut les calmer juste en discutant etc. et au final on est surpris, ben non, ils sont pas capables de se rendre compte de ça à l'heure actuelle.

Jeanne déclare également apprendre à mettre une distance thérapeutique avec les patients, difficile à conserver au vu du lien qui peut se créer avec eux lors de prises en charge au long cours :

je suis pas en train de guérir les gens qui peuvent pas être guéris entre guillemets et donc, oui ça apprend ça la patience aussi, beaucoup beaucoup beaucoup la patience euh, ça apprend aussi pour une infirmière à garder une distance thérapeutique....sauf que la distance avec les patients psy...sachant que c'est des patient qu'on garde au long cours euh, qui nous parlent de leur vie euh, qui souvent reviennent...

Il s'agit ici pour les soignants de faire l'apprentissage difficile de maintenir une distance émotionnelle avec les patients, c'est-à-dire de ne pas ressentir les émotions du patient. Deux soignants déclarent ici apprendre à passer de la sympathie à l'empathie.

Louise tout d'abord :

Non non non, faut pas, faut mettre une distance. On avait une patiente, un bon cas concret, qui a divisé l'équipe clairement, c'est un vrai vrai bordel au sein de l'équipe avec la cadre et tout car une collègue qui je sais pas trop où je me situais là-dedans dans la sympathie. Elle était enceinte, très malade. Elle était venue pour épuisement. Voilà très malade, une histoire très compliquée avec son premier enfant qui était malade, elle était enceinte donc, c'était une vraie histoire très compliquée un petit perverse aussi, je l'ai remarqué au fur et à mesure du temps [...] En écoutant son histoire, en la voyant, donc oui, j'ai appris mais plus à la fin oui du patient...faut pas... Etre en empathie mais pas dans la sympathie. C'est dur. Oui quand on est maman, et je me rappelle la généraliste, elle pleurait avec nous, on était toutes les deux, avec les larmes qui coulaient quand elle nous racontait l'histoire parce qu'on est mamans et que voilà et parce que ça nous touche aussi.

Emma apprend à mettre une distance émotionnelle entre elle et le patient, à ne pas se mettre à la place des patients, à être dans l'empathie et non la sympathie :

Emma : Parfois aussi il y a des situations qui peuvent nous renvoyer à nous-mêmes aussi. Le chercheur : C'est-à-dire ? Emma : Par exemple une maman qui a un enfant en bas-âge, des mamans qui pleurent parce qu'elles peuvent pas voir leurs enfants qui leur manquent et après nous aussi on a une vie familiale et après on a des enfants et on peut comprendre ce qu'ils ressentent et ce que ressent l'enfant aussi, donc ça peut être compliqué. Le chercheur : C'est compliqué parce que ... parce qu'on s'identifie, je sais pas moi en fait ? Emma : Inconsciemment en fait. Notre vie en fait, on la laisse à la porte de l'hôpital mais parfois quand on voit des personnes comme ça, ça peut nous toucher, après on essaie d'avoir la distance etc. mais ça nous renvoie à notre propre vie parce qu'on se dit si nous on avait été hospitalisé, si nous on avait été à la place de cette personne-là, sans contact téléphonique avec notre famille ni visuel, ça aurait été compliqué quand même et je peux comprendre que cette personne souffre [...]. Le chercheur : Et du coup, dans ces situations-là, qu'est-ce que vous apprenez ? Emma : Qu'est-ce que j'apprends, ben j'apprends déjà moi à garder mes distances avec le patient et ne pas se mettre à la place du patient, on a de l'empathie mais c'est pas se mettre à sa place.

L'apprentissage de la mise à distance du patient peut prendre la forme de l'apprentissage de la méfiance, retrait de sa confiance au patient afin de se protéger, comme chez Julie :

Moi je suis très douce dans ma prise en charge. J'suis très apaisante, j'essaie de, d'apporter ce côté-là, ce qui fait partie de ma personnalité aussi et j'suis notamment très, encore plus douce avec les mamies, les personnes âgées, sauf que c'est le personnes pour lesquelles, quand elles sont pas bien, il faut se méfier le plus, je me souviens notamment d'une patiente qui était bipolaire, donc qui est en phase maniaque [...] en phase maniaque donc très virulente sauf que je me suis pas méfiée, je suis rentrée en isolement avec des collègues, bien sûr, que je me suis approchée d'elle pour lui prendre la main et en fait elle m'a tiré les cheveux et je me suis retrouvée bloquée, elle me griffait.

Apprendre une posture de soignant « en maîtrise » et distanciée renvoie selon nous à un apprentissage transformateur tel que défini par Illeris (Illeris, 2014) au sens où il touche à la transformation de la strate de la personnalité et par conséquent, aux comportements et valeurs des individus. Il peut être également qualifié d'instrumental car il vise le contrôle de soi et des autres (Mezirow, 2003). Mais il est apparu également comme défensif dans de nombreux verbatims car motivés par une recherche de protection de soi et/ou du patient (Holzkamp cité dans Schraube et al, 2013 ; Argyris et Schön, 2001). Le recours à cette « deuxième couche » de cadre conceptuel, la référence aux apprentissages défensifs nous semble importante car elle donne un sens à des apprentissages inscrits dans un contexte perçu comme violent par les soignants, à la fois physiquement et psychologiquement.

6.3.4 L'apprentissage d'une relation intersubjective avec le patient : des apprentissages transformateurs communicationnels et expansifs (ATCE)

Les soignants déclarent par ailleurs apprendre ou avoir appris à créer une relation intersubjective de sujet humain à sujet humain. Nous considérons tous les apprentissages déclarés dans cette partie comme des apprentissages à la fois communicationnels dans la mesure où ils contribuent à une meilleure compréhension du patient et à la mise en place d'un agir communicationnel, mais aussi expansifs, du fait qu'ils permettent aux soignants d'aller plus loin dans la relation avec les patients (meilleure compréhension, humanisation de la

relation etc.). Lorsque les verbatims le permettront, nous mettrons en évidence des indicateurs complémentaires d'apprentissages communicationnels tels que l'auto-réflexion critique et, pour les apprentissages expansifs, le vécu d'amélioration exprimé par les soignants.

6.3.4.1 Apprendre à voir le patient comme une personne

Pour Hélène, les patients lui apprennent à les voir comme des personnes « entières » : « Ils m'apprennent ça, à les reconnaître en tant que patient, en tant que personne aussi qui a des ressources, des capacités, des compétences, qui a besoin d'être considérée, ils m'ont appris ça que plus on utilise cette euh, plus on est conscient de ça, plus notre métier est facile. »

Justine apprend également auprès des patients, qu'elle a à faire à des personnes sensibles et uniques et pas seulement à des patients avec une pathologie, à l'aide d'une auto-réflexion critique :

Je me suis dit que oui, que le fait que le patient ressente ça aussi c'est encore plus terrible en fait, c'est encore plus terrible et que même sa maladie quelque part le sauve pas de ça et c'est là que je me suis dit qu'il fallait prendre tout en compte chez le patient, pas regarder le patient juste à travers sa pathologie parce que vous savez dans les études infirmières, on est très dans le voilà on est telle pathologie, c'est telle prise en charge avec tel médicament il faut faire tel, voilà tel processus enclenché, mais en fait ben il y a l'être humain derrière et tous les patients schizophrènes n'auront pas les mêmes sentiments, n'auront pas les mêmes réactions, n'ont pas la même sensibilité par rapport à des situations et ça c'est la première choses que j'ai appris, voilà.

6.3.4.2 Apprendre à suspendre ses préjugés et projections sur le patient

Apprendre à suspendre ses préjugés sur les patients

Christel déclare avoir appris, auprès d'une patiente, la nécessité de suspendre ses préjugés et d'avoir l'esprit plus ouvert. Cette prise de conscience passe par la déconstruction du préjugé par l'action de la patiente elle-même mais aussi une auto-réflexion critique de la soignante :

Le chercheur : Et du coup, est-ce qu'on peut se dire que ça peut apprendre ... ? « En fait, on s'est dit, on se disait que pour cette patiente, ce serait compliqué que non, elle n'y parviendrait pas (Préjugé) et en fait, il faut pas avoir de préjugés (Apprentissage de la nécessité de suspendre ses préjugés) parce que la preuve que ben si c'est possible, qu'elle le fait, qu'elle s'y tient, qu'elle a perdu du poids, que, enfin vraiment tout va, alors qu'au final, enfin, on s'y attendait pas donc, (Préjugé démenti par la patiente), il faut avoir une plus large ouverture d'esprit et pas au final, (Apprentissage de la nécessité d'être plus ouvert) et parce que là c'était presque penser qu'elle serait en échec et non, de quel droit on peut penser ça au final ? (Auto-réflexion critique)

Jacques apprend également à ne pas porter de jugement prématuré sur les patients :

Le chercheur : Donc vous diriez qu'ils vous apprennent quoi, en résumé ? Jacques : [...] sur la capacité d'un être même quand il est malade à nous surprendre à toujours, avoir une réserve quelque part, on peut pas dire, un tel avec sa pathologie c'est fini, c'est pas vrai, c'est pas possible, [...] on l'accompagne mais ça s'arrête là et c'est foutu, c'est voilà et non, tout d'un coup on s'aperçoit que la personne est capable de sortir de cette case et d'aller ailleurs.

Apprendre à suspendre ses projections sur le patient

Manon revient ici sur une situation marquante, qui a suscité un étonnement chez elle, et lui a permis de développer une meilleure compréhension du raisonnement psychotique des patients, à suspendre la projection de ses souhaits sur ces derniers et à respecter et valoriser d'autres façons de penser. Cet apprentissage est associé à une réflexion critique et un vécu positif lié au plaisir d'apprendre et de comprendre :

Je me rappelle un patient, euh on a été très surpris de le voir un jeune homme, probablement une première voire deuxième hospitalisation, une entrée dans la schizophrénie assez typique et on a été assez surpris de le voir se promener sans lunettes car un jeune homme connu vraiment très très myope enfin voilà, et il nous explique à l'équipe qui lui dit « Beh tiens vous ne portez pas vos lunettes aujourd'hui » il explique « ben non je rééduque mes yeux parce que regardez, si vous vous êtes cassé la jambe et que vous marchez tout le temps avec des béquilles, faudra bien qu'un jour vous lâchiez les béquilles de plus en plus pour réapprendre à marcher. (Observation d'une situation surprenante). Et je me suis retrouvée à l'époque toute jeune, vraiment toute jeune femme pas encore diplômée vraiment dans ce monde très nouveau et qui me paraissait parfois très opaque à me dire « ben c'est pas si con en fait » malheureusement ça ne marche pas comme ça l'optique ça ne marche pas comme ça, mais effectivement, il y avait une certaine logique, (Réflexion auto-critique) et c'est vrai que des situations comme ça nous permettent de, sans qu'on soit jamais capables tout au long de notre carrière de nous mettre à la place de chacun mais en tout cas, dans des grandes classes de pensée à la place d'un psychotique ou des choses comme ça, qui nous permettent de toucher un peu plus du doigt, ce qui fait sens pour eux et pourquoi est-ce qu'il y a certains certains gestes, certains certaines choses qui nous paraissent complètement incompréhensibles et qui pour eux ont du sens [...] là c'est pour le coup, ça m'a vraiment appris sur le fonctionnement psychotique sur certains, (Apprentissage sur les pathologies) c'est aussi un des aspects qui m'a plu dans ce métier psychiatrie (Vécu positif lié à l'apprentissage) Le chercheur : Ce que vous avez appris dans cette situation, comment avez-vous réussi à le mettre en œuvre avec d'autres patients ? Ben en oubliant euh non, je vais pas dire ça, euh, en arrêtant de projeter sur eux, des désirs, des réflexes, qui seraient les miens. Alors je ne peux pas vous dire que j'y arrive tout le temps parce que faudrait être, je pense que tous les psychiatres, ou les soignants de psychiatrie à travers le monde rêveraient d'être capables de faire ça, mais en tout cas, en se rappelant à tout moment que c'est une autre façon de penser qui a sa valeur, que c'est une autre personne qui a sa vie entre ses mains, et qu'il y a des choses à entendre de ce qu'elle souhaite en faire de ce qu'elle souhaite pas en faire. (Apprentissage de la suspension du désir soignant et du respect du libre arbitre du patient)

6.3.4.3 Apprendre à s'abstenir de « modifier » le patient

Apprendre à ne pas « toucher » à la sphère privée du patient

Dans le témoignage suivant, la soignante apprend à ne pas « toucher » à la sphère privée du patient sans son autorisation. Justine a ainsi appris à créer un lien respectueux d'un patient en passant par une recherche de compréhension de celui-ci et une auto-réflexion critique. Elle déclare une nette amélioration de sa relation avec le patient :

Et quand j'suis arrivée, j'ai essayé de faire un entretien infirmier avec un patient qui était parait-il paranoïaque [...] je vais essayer de creuser un peu et ben je me suis retrouvée dans une salle avec le patient euh, je lui ai posé des questions, j'avais tout préparé hein, le petit questionnaire, très studieuse, très scolaire aussi et en fait il m'a rien dit. Et en fait à la fin il

m'a dit : « mais en fait on se connaît pas et du coup, je vois pas pourquoi je devrais... » (Recherche de compréhension du patient infructueuse) « et alors là je me suis sentie très bête, vraiment très bête parce que je me suis dit ouais, j'ai sauté une étape, j'ai sauté l'étape de, je dois, je dois faire un lien avec le patient en fait, qui je suis pour débarquer comme ça et lui poser plein de questions, très personnelles quelque part sur le vécu de sa maladie et son enfance sur son passé etc. Voilà donc en fait ça commence par le lien avec le patient euh on se présente, on se voit tous les jours pour les traitements, petit à petit on lui pose des questions, on voit comment le patient réagit et là on s'approche petit à petit et là ça marche ou ça marche pas.. Euh oui, il faut pas sauter les étapes et depuis ça me permet de un peu plus cibler en fait savoir que je ce que je peux aborder avec tel ou tel patient ou ce que je peux pas aussi en fonction des connaissances que j'ai par rapport aux pathologies avec quelqu'un de parano c'est pas la peine de faire comment j'ai fait, c'est pas du tout indiqué. (Auto-réflexion critique) Et ben maintenant avec ce patient, ça va beaucoup mieux parce que je sais respecter sa sphère tout simplement, j'arrive à savoir, en montrant que je m'intéresse à lui et que je le connais finalement, il me laisse petit à petit plus de terrain et ça c'est, c'est très important aussi, on est là en tant que soignant mais ça nous dispense pas comment dire, de de de faire l'essentiel, de commencer par le début tout simplement quoi, c'est pas parce qu'on est soignant qu'on peut se sentir le droit, comme ça d'ouvrir les portes de la sphère privée de quelqu'un. Voilà. Ça aussi c'est quelque chose que j'ai appris et d'autant plus en psychiatrie, je pense. » (Vécu d'amélioration de la situation avec le patient et apprentissage du respect).

Apprendre à s'abstenir de modifier la pensée des patients

Dans les deux témoignages suivants, le respect s'exprime par la décision des soignants de ne pas chercher à « modifier » la pensée des patients.

Yolande déclare apprendre à « faire avec » le patient dans le sens, d'une abstention à chercher à convaincre, ou transformer la réalité de celui-ci, ce qui s'apparente à une façon de respecter le patient :

on apprend, mais au début c'est assez scotchant, on a envie de faire entendre raison à l'autre euh de lui expliquer, là on apprend assez vite, il faut faire avec, il faut faire avec les délires, faut faire avec la réalité de l'autre faut faire en sorte que cette réalité l'empêche pas trop de vivre et c'est ça qu'il faut faire, c'est ça notre travail, pas de vouloir contrer son délire, on y arrivera pas, le médicament n'y arrive(rires) pas. [...]. On apprend aussi à faire avec la réalité de l'autre, et à ne pas chercher à lui dire « mais non tout ça c'est pas vrai » parce que c'est sa réalité c'est pas la mienne et si si la personne me dit « on rentre chez moi », ben on rentre chez elle, c'est pas la peine de lui démontrer qu'on peut pas rentrer chez elle pour des raisons très cartésiennes.

Hélène déclare apprendre à travailler avec les patients malgré des objectifs soignants et patients différents, donc d'une certaine façon à « faire avec » cette différence :

Voilà, je suis en train de travailler beaucoup avec eux, ils m'apprennent ça, à pouvoir travailler avec eux, chercher le consentement du patient, autrement. [...] Ils m'apprennent à travailler avec deux trucs un peu parallèles comme ça, et qui apportent l'un à l'autre. Ils se rejoignent pas forcément enfin on a l'impression que ça va pas dans le même sens des fois alors que voilà, je suis en train d'apprendre ça, qu'on peut travailler dans deux domaines qui semblent très différents ou dans des sens à nous qui nous paraissent très différents et je me dis, tant qu'il y a ce lien et tant qu'on travaille, rien n'est perdu et c'est lui un jour peut-être qui fera que ça va se rejoindre ou lui servir, je sais pas comment vous dire ça euh, en tout cas, je suis en train de faire cette expérience avec plusieurs patients, voilà que, comme je vous ai dit je travaille

avec des gens sur qu'est-ce que la schizophrénie alors qu'ils soutiennent qu'ils ne le sont absolument pas, et ils sont très curieux d'en apprendre le plus possible et ils me font plein de commentaires à chaque page, donc voilà, je suis en train d'apprendre ça.

6.3.4.4. Apprendre à se fier à la parole de patients

Marie déclare avoir appris à se fier à la parole de patients :

Un si-besoin en fait, c'est, les médecins prescrivent un traitement pour le patient, donc il y a un traitement de base à donner matin, midi et soir, obligatoirement, nous, on met toujours une petite solution de secours, au cas où, il y ait une agitation en plus, une anxiété qu'on puisse donner en plus de ce qu'il a déjà, c'est à la demande du patient et c'est à nous de voir s'il en a besoin ou pas et c'est vrai que j'aurais eu tendance je pense avant à vouloir tarder à donner le traitement si-besoin de parler, de comprendre plus, sauf là, je me rends compte qu'en fait, je donne plus facilement car si le patient le demande, c'est qu'il en a vraiment besoin. Et que je vais pouvoir lui parler pendant une heure ça changera rien. Donc ouais, je pense que je fais plus attention à ce côté-là de de de parler un minimum, mais de pas trop retarder soit l'administration du traitement ou soit la mise en chambre pour qu'il soit un peu plus apaisé. Je l'écoute plus, voilà.

Marie décrit ici comment elle a appris à être plus à l'écoute des patients, à les comprendre, à se fier à leur parole, tout au moins, celle d'un patient en particulier, à réduire son appréhension vis-à-vis de celui-ci et à être disposée à instaurer une relation. Cet apprentissage a été facilité par un dialogue avec le patient et les collègues, visant une recherche de compréhension des raisons de la demande du patient. La dimension expansive de cet apprentissage s'exprime à travers le vécu d'amélioration exprimé par la soignante :

Alors oui, il y a une situation qui m'a énormément surprise, c'est qu'on a eu un patient une trentaine d'années, qui en fait, quand lui se sentait pas bien, et très envahi par les voix euh ce genre de sentiment, demandait lui-même à aller en chambre d'isolement et à être attaché, parce que euh ça peut paraître très surprenant quand on vient de commencer que quelqu'un demande à être attaché en fait que les patients se connaissent vraiment beaucoup mieux qu'on les connaît et euh et du coup, on apprend d'eux car c'est grâce eux qu'on, ce genre de patients qui se connaissent qu'on peut savoir si éventuellement, il y a un risque de passage à l'acte, autoagressif ou hétéroagressif et euh, (Observation d'une situation surprenante) et ça, ça m'avait énormément surprise et du coup, on apprend à être un peu plus à l'écoute du patient on va pas l'écouter parce qu'il est en train de délirer voilà, donc on va être vraiment à leur écoute et à.. pas juste entendre ce qu'ils sont en train de dire mais aussi comprendre [...] (Apprendre à être à l'écoute et à comprendre le patient) Ben on essaye déjà de comprendre qu'est-ce qui va pas, qu'est-ce qui l'a perturbé, est-ce que quelque chose l'angoisse, est-ce que... on essaie déjà de comprendre pourquoi avant d'arriver à attacher le patient, entretien infirmier pour essayer de l'apaiser. Sa demande c'était d'aller en chambre d'isolement, d'être attaché parce qu'il disait que ça allait monter et qu'il allait pas pouvoir gérer. Que ça allait être compliqué. Alors en général, on essaie de comprendre, de négocier un petit peu : « Est-ce que vous êtes sûr de vouloir aller en chambre d'iso etc. » mais quand on voit que le patient est sûr de lui et qu'au niveau du faciès, ça a changé, le regard a changé, on négocie pas très longtemps et on lui dit : « ya pas de soucis », pour lui-même déjà, on va l'accompagner en chambre et il restera le temps nécessaire. (Recherche de compréhension) Le chercheur :: Et est-ce que cette « découverte » avec ce patient a changé votre approche de ce patient ? Euh, ben du coup, on fait bien plus confiance au patient, on a moins d'appréhension à aller vers lui, car on sait que quand il va mal, il va nous prévenir, euh, c'est vrai que voilà, on a moins peur d'aller le voir s'il est dans son coin, si on voit qu'il cogite un p'tit peu et on ira plus

facilement lui demander si ça va pas, plutôt qu'à un patient qu'on connaît absolument pas, donc c'est vrai qu'on va un peu plus facilement vers lui et puis après voilà, on peut commencer à faire autre chose, commencer des activités et tout ça, il y a moins d'appréhension en fait à aller, à instaurer une relation. » (Développement de la confiance envers le patient et diminution de l'appréhension de la relation)

Yolande relate comment elle a appris, à l'issue d'une situation de violence avec une patiente à prendre en compte, la parole des patients en général, à les « croire sur parole » ou encore à les prendre au sérieux. Cet apprentissage passe par une auto-réflexion critique et un questionnement sur les causes possibles du refus de la patiente de se déplacer au CMP :

Un jour, on se voit donc au café, on se donne rendez-vous à telle heure, j'allais même plus chez elle, donc j'arrive au café et là assez vite, elle me dit faudra venir me faire mon injection retard à la maison, de nouveau, je lui dis que non, c'est pas justifié, que en plus, elle sort de chez elle pour aller au café qui est pas tout à fait à côté de chez elle donc elle était presque à mi-chemin pour venir au CMP, qu'elle pouvait tout à fait faire dix minutes de marche à pied supplémentaire pour aller au café et alors là, le grand clash, elle a balancé la table, la carafe d'eau dans le café, elle a balancé la table, elle a tout fait voler [...] (Situation de violence) Donc voilà moi j'suis revenue au CMP : « Oh là là, mince, quelque part j'ai déconné, le premier truc qui m'est arrivé, j'ai déconné, je lui ai affiché un refus beaucoup trop dur à accepter pour elle euh j'aurais dû manœuvrer autrement. Pourquoi ? Je me suis...ça m'a vraiment questionné sur le « et pourquoi je ne lui ai pas fait l'injection à domicile et pourquoi je lui ai refusé ça, euh pourquoi j'ai insisté à ce point-là pour qu'elle vienne sur le CMP alors que visiblement, elle n'avait plus ses ressources psychiques pour aller plus loin que aller au café, manger son sandwich et boire son café et moi je ne l'avais pas, je ne l'avais pas entendu, je ne l'avais pas perçu et alors là, pour le coup de l'apprentissage, voilà ça a été un gros apprentissage de me dire, bon j'ai déconné quelque part dans ce que je lui ai renvoyé, j'ai pas été assez souple j'ai été trop, j'ai été trop directe dans ce refus de faire l'injection à domicile. Je lui aurais dit bon ben ok, je viens vous faire l'injection à domicile, on aurait continué à se voir au café et puis, je serais allée chez elle lui faire son injection, je sais pas comment la prise en charge aurait continué après (Auto-réflexion critique) [...] On apprend, on apprend tout ça, à entendre ce que dit l'autre dans cette façon de dire l'impossibilité de se déplacer alors que physiquement, ils vont aller se déplacer n'importe où sauf sur le CMP, on apprend à entendre ça. » (Apprendre à prendre en compte la parole du patient et à le comprendre) et à rechercher pourquoi cette impossibilité-là, qu'est-ce qui s'est passé dans l'échange qu'on avait toutes les deux, qu'est-ce qui s'est passé pour que tout à coup, elle veuille plus venir, elle venait voir son psychiatre mais elle voulait plus faire l'injection sur le CMP voilà. Après c'est des discussions qu'on a, on discute avec les collègues, chacun apporte son idée, sa réflexion voilà. [...] (Recherche de compréhension de l'évènement à posteriori).

6.3.4.5 Apprendre à comprendre les besoins des patients

Corinne déclare avoir appris à comprendre le vécu de patients, dans les cas décrits, les besoins derrière l'agressivité :

C'est vrai que il me faisait un peu peur et puis bon on a appris à le connaître et un jour, il a demandé à être hospitalisé et il est arrivé avec une valise et dans sa valise, il y avait des soldats de plomb et en fait ce que j'ai compris c'est que c'était lui qui avait plus peur que moi, en fait j'ai compris qu'il fallait vraiment passer par la réassurance pour le.. Un autre exemple, c'était une patiente qui euh pareil qui tenait des propos racistes qui étaient terribles terribles vraiment, même, elle est.., et un jour on avait fait une sortie CATTP et on était allé manger dans un restaurant, spécialité couscous etc. et en fait elle avait très peur d'être empoisonnée. Donc en

fin de compte, c'est vraiment la peur de l'autre qui fait ressurgir l'agressivité. Voilà. Alors c'est pas pour dire que par rapport à la violence, par rapport à l'agressivité etc. , pour dire qu'il y a un minimum de prudence, il y a un minimum de par exemple quand quelqu'un va pas bien, faut pas foncer dans le tas, voilà faut prendre le temps, bien analyser la situation etc. mais pour dire que si vous comprenez un minimum ce qu'il y a dans la tête du patient, si on prend le temps etc. il y a beaucoup beaucoup de cette violence qui peut être évitée.

6.3.4.6. Apprendre à prendre compte les patients

Hélène, dans une situation d'impasse avec un patient, entreprend ici un travail de compréhension de celui-ci. L'apprentissage communicationnel se double ici d'une dimension expansive du fait de la perception par la soignante d'une amélioration de la compréhension du patient et du développement d'une relation de confiance celui-ci :

Là je suis en train de chercher avec un patient...j'ai plusieurs notions dans la tête. Par exemple, ce patient, on n'arrive pas à le faire s'habiller correctement, il met en permanence deux pantalons et il a aussi tendance à montrer ses parties intimes à tout bout de champ en descendant son pantalon, donc euh moi j'ai des notions là-dessus mais je suis en train d'essayer de travailler parce que du coup ça fait qu'il peut pas aller au self qu'il peut partager d'autres activités avec les autres patients et qu'il se met souvent en difficulté avec les autres, euh donc ça engendre plein de choses, c'est ça . Et voilà donc moi je, je peux pas lui dire sans arrêt tous les jours, remonte ton pantalon, pourquoi, mais je pense qu'il faut prendre ça autrement. (Situation « d'impasse » avec un patient) [...] là il commence à me raconter plein de choses sur une enfance traumatique, il a été, il a vécu des événements dramatiques au Congo, il a été amené en Afrique du Sud, séparé de sa famille, il est arrivé ici dans des foyers et on est en train de travailler là sur une espèce de sentiment d'insécurité et de choses qui peuvent disparaître du jour au lendemain pour lui, euh sur des gens qui peuvent être très menaçants et là, il m'apprend que chaque personne qui marche dans un couloir ici dans l'hôpital, elle le suit, elle marche pas dans un couloir, elle le suit. Voilà. Et je lui dis toujours pas, ça c'est délirant, je lui dis pas, c'est pas vrai, je le mets en expert de sa situation en apprenant toujours plus sur ce qu'il vit sur ce qu'il sent et pas uniquement sur le pantalon, sur plein de choses qu'il sait comme ça, alors le danger d'être à l'hôpital, de voir ses affaires disparaître, le danger d'être à l'hôpital c'est aussi d'être avec des gens qui sont menaçants, c'est aussi, voilà et pourquoi, sa chambre, on peut changer de chambre, on peut du jour au lendemain être mis en isolement, on peut perdre tout, il m'apprend tout ça, sur ce qu'il peut se passer sur ce qui peut lui arriver. Et qu'est-ce qu'il peut faire contre ça ? Qu'est-ce qu'il ? Comment se mettre en sécurité ? Alors il m'a appris que pour se mettre en sécurité, on vient de commencer, alors il me dit, pour être en sécurité, il faut que je fasse tout ce qu'on me dit de faire, que ce soient les voix ou nous. [...] » (Recherche de compréhension du patient). Voilà, donc c'est un travail très intéressant où il commence à me faire confiance et à me raconter plein de choses sur son vécu hallucinatoire et délirant qu'il ne partageait pas jusque-là. Voilà, donc je pense qu'à partir de ça, on va pouvoir avoir accès après à...voilà, et il m'explique comment ça fonctionne à l'hôpital pour lui [...] » (Vécu d'amélioration) Donc c'est faire un travail comme ça. Comprendre pourquoi on descend son pantalon devant certains patients, [...] ce que m'apprennent les patients, à remettre un peu, retrouver des stratégies pour mieux les prendre en compte, développer des stratégies parce que l'entretien infirmier tel qu'on l'apprend ou les prises en charge un peu standard, elles ont leurs limites (Apprentissage d'une meilleure prise en compte des patients).

Les apprentissages relevés dans cette partie sont transformateurs dans le sens où des comportements, des compréhensions, perceptions, des cadres de référence des soignants sont transformés (Illeris, 2014).

Nous interprétons également tous les apprentissages exposés dans cette partie comme des apprentissages communicationnels au vu de leur contribution à la compréhension du patient et in fine au développement d'une relation de sujet à sujet : « Apprendre à voir le patient comme une personne, Apprendre à suspendre ses préjugés et projections sur les patients, Apprendre à s'abstenir de modifier le patient, Apprendre à se fier à sa parole, apprendre à comprendre les besoins des patients, apprendre à les prendre compte », sont autant d'apprentissages qui contribuent selon nous à la mise en place d'un agir communicationnel, concernant

l'interaction d'aux moins deux sujets capables de parler et d'agir qui engagent une relation interpersonnelle (que ce soit par des moyens verbaux ou extraverbaux). Les acteurs recherchent une entente (*Verständigung*) sur une situation d'action, afin de coordonner consensuellement (*einvernehmlich*) leurs plans d'action et de là même leurs actions (Habermas, 1987, p. 102).

Enfin, nous interprétons ces apprentissages comme expansifs, car visant ou débouchant sur un développement, celui d'une relation plus humaine avec le patient et permettant d'aller au-delà d'une vision du patient, comme malade : « voir l'humain derrière la pathologie », « l'ouverture d'esprit », « pas juste entendre ce qu'ils sont en train de dire mais aussi comprendre », sont autant d'expressions formulées par les infirmiers qui renvoient à cette typologie d'apprentissage.

6.3.5 Conclusion et choix de se centrer sur l'étude des AT

En conclusion, les infirmiers perçoivent des apprentissages informationnels auprès des patients, réalisés via ce que les patients leur disent de leur vécu de la maladie et des observations de la part des soignants. Ces apprentissages permettent aux jeunes infirmiers particulièrement de se constituer ce que nous avons appelé un « bagage de connaissances empiriques » qu'ils mobilisent auprès d'autres patients.

Le phénomène majeur, cependant, nous semble résider dans les transformations touchant à l'identité professionnelle des infirmiers. Trois types de transformation sont apparues : le renoncement à l'identité du « soignant sauveur » fantasmé, le développement d'une posture de soignant « en maîtrise » et distanciée du patient et le développement d'une relation intersubjective avec le patient. Nous synthétisons ces transformations ci-dessous :

ATR	ATI et ATID	ATCE
Apprentissage du renoncement au pouvoir soignant	Apprentissage d'une posture de soignant « en maîtrise » et distanciée du patient	Apprentissage de la création d'une relation intersubjective
Apprendre à renoncer au pouvoir de guérir Apprendre à renoncer au « fantasme de l'immédiateté »	Apprendre une posture de fermeté et d'assurance Apprendre la maîtrise de soi Apprendre à maîtriser le patient Apprendre à mettre une distance	Apprendre à : Voir le patient comme une personne Suspendre ses préjugés et projections sur le patient S'abstenir de modifier le patient

	avec les patients	Se fier à la parole du patient Comprendre les besoins des patients Prendre en compte les patients
--	-------------------	---

Tableau 6 : Synthèse des apprentissages transformateurs perçus par les infirmiers, auprès des patients

Les études collectées dans la dernière partie de notre premier chapitre donnaient à voir l'apprentissage auprès des patients comme un facteur de transformation de la relation entre l'utilisateur de la psychiatrie et l'infirmier, allant dans le sens d'une plus grande coopération réflexive, par la transformation notamment, du regard des soignants sur les usagers. Or, les résultats de notre analyse viennent nuancer ce constat. Alors que les ATCE renvoient au développement d'une relation intersubjective, et ainsi, à celui d'une coopération réflexive, les ATI et ATID, apprentissages d'une posture de soignant « en maîtrise » et distanciée du patient, évoquent une relation ou coopération « amoindrie » caractérisée par la recherche de contrôle de l'utilisateur et/ou de protection, par le soignant.

Aussi, nous posons-nous, à ce stade, la question des facteurs explicatifs de ces différentes perceptions d'apprentissage.

7. Identification de facteurs d'influence possibles et premières hypothèse, d'après le méta-cadre théorique de Carré

Dans cette partie, nous allons rechercher des facteurs susceptibles d'influencer la nature des apprentissages transformateurs identifiés. Nous nous appuyerons pour ce faire sur le métacadre théorique de Carré (Carré, 2020) que nous décrirons en premier lieu. Ensuite, nous ferons émerger des variables et examinerons, en suivant, leurs liens possibles avec les différents types d'apprentissages transformateurs perçus. Cette partie se découpe, dans ses grandes lignes, selon le plan suivant :

- L'apprentissage : résultat d'un processus tridimensionnel
- Du rapprochement de concepts à l'hypothèse d'une influence de l'apprenance sur la nature des AT perçus
- De l'analyse thématique quantitative aux hypothèse d'une influence d'éléments socio-démographiques sur la nature des AT perçus et de l'existence d'une trajectoire de socialisation professionnelle auprès des patients
- Des « mondes lexicaux » à l'hypothèse d'une influence des genres professionnels biomédical, psychologique et social sur la nature des AT perçus
- Du repérage de vécus professionnels difficiles et agréables à l'hypothèse de leur influence et de celle du sentiment d'efficacité personnelle (SEP) des infirmiers dans l'accompagnement des patients sur la nature des AT perçus
- Des catégories conceptualisantes à l'hypothèse d'une influence de comportements reliants et déliants sur la nature des AT perçus
- De l'analyse thématique quantitative à l'hypothèse d'une influence du lieu d'exercice intra ou extrahospitalier sur la nature des AT perçus

7.1 L'apprentissage : résultat d'un processus tridimensionnel

Le « méta-cadre » théorique proposé par Carré (2020, p. 109) est issu du rapprochement de trois perspectives théoriques : la psychopédagogie ouverte de Léon (1971), la psychologie sociocognitive de Bandura (2003) et la sociologie dispositionnaliste de Lahire (2013).

Dans ce cadre unificateur, Carré met en relation des facteurs endogènes, exogènes et énatifs. Les facteurs endogènes représentent un « déjà-là » fait de capacités, de propensions, d'affects et de représentations » (Carré, 2020, p. 16). Il qualifie ainsi de :

facteurs endogènes (de « personnalité » pour Léon, « personnels » chez Bandura, « dispositionnels » chez Lahire) l'ensemble des caractéristiques singulières des sujets sociaux qui préexistent à l'action et en accompagnent l'exécution aux plans cognitif, affectif/émotionnel, conatif (Carré, 2020, pp. 107-108).

Il précise par ailleurs que les facteurs endogènes peuvent être « individuels (déterminants biographiques, idiosyncrasiques, expériences singulières...) ou collectifs (représentations sociales, dispositions culturelles, expériences partagées...) » (Carré, 2020, p. 108).

Il utilise le terme de facteurs exogènes pour décrire

l'ensemble des conditions physiques et sociales dans lesquelles s'insère l'action (« environnement » chez Léon ou Bandura, « contexte » chez Lahire) » (Carré, 2020, p. 108), qu'ils soient « individuels (circonstances de vie, contexte intime, événements uniques...) ou partagés avec d'autres (contextes, conditions de travail, événements collectifs...). (Carré, 2020, p. 108).

Enfin, les « comportements » des psychologues Léon et Bandura et la « pratique » du sociologue Lahire, « manifestations observables de l'action » (Carré, 2020, p. 108) sont regroupées sous le terme de facteurs énatifs (Carré, 2020, p. 108). Nous appuyant toujours sur Carré, nous compléterons ce schéma avec le concept d'apprentissage, compris comme :

le produit plus ou moins réussi des interactions triadiques, en situation, de facteurs endogènes (dispositions), exogènes (contextes) et énatifs (pratiques). Une situation d'apprentissage est donc la réunion, pour un même sujet, de trois sortes d'influences : ses dispositions « déjà là » à l'égard de l'apprentissage en question, le contexte dans lequel celui-ci peut (ou non) se déployer, et ses propres comportements « en situation (Carré, 2020, p. 201).

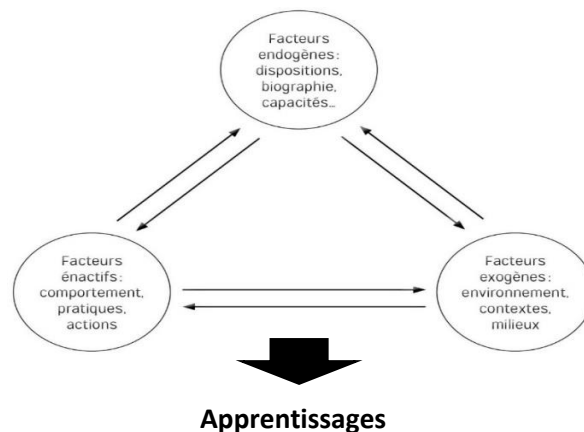


Figure 16 : L'apprentissage : résultat d'un processus tridimensionnel, d'après Carré (2020)

7.2 Du rapprochement de concepts à l'hypothèse d'une influence de l'apprenance sur la nature des AT perçus

A ce stade, le facteur explicatif de la variation de la nature des AT qui s'impose à nous avec le plus de force est l'apprenance et plus particulièrement l'apprenance auprès des patients. Dans un premier temps, nous montrerons en quoi, au plan théorique, les ATCE renvoient à une apprenance auprès d'autrui, plutôt élevée, alors que les ATID les ATR apparaissent liés à une apprenance auprès d'autrui plutôt faible. Dans un second temps, nous étudierons les raisons du recours à l'apprenance auprès du patient, dans notre étude.

7.2.1 Les ATCE: produits d'une apprenance élevée auprès des patients

En préambule, rappelons que, nous appuyant sur Carré, nous considérons que l'apprentissage est :

le produit plus ou moins réussi des interactions triadiques, en situation, de facteurs endogènes (dispositions), exogènes (contextes) et énatifs (pratiques). Une situation d'apprentissage est donc la réunion, pour un même sujet, de trois sortes d'influences : ses dispositions « déjà là » à l'égard de l'apprentissage en question, le contexte dans lequel celui-ci peut (ou non) se déployer, et ses propres comportements « en situation » (Carré, 2020, p. 201).

Rappelons également que pour Carré, il existe une apprenance au sens strict qui concerne les processus endogènes et donc la disposition cognitive, conative et affective à apprendre et une apprenance sens large qui prend en compte également, les pratiques apprenantes et les « circonstances apprenantes » (Carré, 2020, p. 114), facteurs exogènes, « ressources, stimuli et affordances potentiels de la situation » (Carré, 2020, p. 198) au sein desquels les ressources humaines sont d'ailleurs « au premier plan des variables contextuelles agissantes comme le démontrent à l'envi les recherches menées sur les apprentissages, en particulier en contexte informel. Dans le domaine professionnel, les collègues et relations de travail sont en effet les premières ressources des apprentissages incidents identifiés par les adultes [...] » (Carré, 2020, p. 222).

7.2.1.1 Les ATCE : produits d'une pratique apprenante auprès d'autrui

Les pratiques apprenantes renvoient à l'autoformation, « forme paradigmatique des pratiques apprenantes d'aujourd'hui [...] » (Carré, 2020, p. 221) et ainsi à la proactivité du sujet ainsi qu'à sa réflexivité : « La nouvelle donne ainsi ébauchée propose de remplacer la figure classique du « formé » [...] par celle de l'« apprenant », supposé proactif, éventuellement critique, conducteur plus que passager dans les voyages de la connaissance » (Carré, 2005).

Et, comme le souligne Brasseur :

l'apprenance ne se cantonne pas à l'absorption de savoir déjà constitué. Elle repose principalement sur l'instauration d'un processus réflexif consistant à tirer des enseignements de son expérience afin d'orienter ses pratiques professionnelles. Plus qu'une disposition à apprendre, ce qu'elle favorise ainsi c'est l'adoption par le sujet d'une attitude critique. (Brasseur, 2019, p. 99)

Or, le concept d'apprentissage transformateur repose également sur l'idée d'une autoformation réflexive au centre de laquelle se trouve la transformation des perspectives de

sens. Mezirow identifie quatre phases dans ce processus de transformation qui s'apparente à une démarche d'enquête « deweyenne » :

- 1) Lors de la première phase, l'apprenant construit ses cadres de référence à partir de croyances ou de points de vue existants [...]
- 2) À la deuxième phase, il est exposé à de nouvelles perspectives [...]
- 3) À la troisième phase, le processus transformateur s'amorce lorsque le mode de réponse habituel de l'apprenant, dans un contexte donné, s'avère inefficace
- 4) Finalement, la personne prend conscience de ses présupposés et amorce une démarche de pensée critique visant à transformer ses perspectives initiales en fonction du contexte donné (Duchesne, 2010, pp. 40-41).

Par ailleurs, le concept d'apprentissage communicationnel tel que défini par Mezirow, s'appuyant sur la théorie de l'agir communicationnel d'Habermas (1987), renvoie à une pratique apprenante auprès d'autrui. Les apprentissages communicationnels « visent la clarification des conditions de communication et « l'intersubjectivité », processus de mise en rapport à l'autre considéré comme sujet psychologique (c'est-à-dire comme agent semblable à soi) » (Mezirow, 2001, p. 97). Enfin, l'apprentissage communicationnel, dans sa visée de compréhension d'autrui (Mezirow, 2003, p. 59), engage fortement la réflexion critique et l'auto-réflexion critique des sujets : « *In communicative learning, emphasis is on critical reflection and critical self-reflection, assessing what has been taken for granted to make a more dependable, tentative working judgment* »¹⁰⁸ (Mezirow, 2003, p. 60).

7.2.1.2 Les ATCE : produits d'une disposition à apprendre auprès d'autrui

L'apprenance au sens strict concerne les processus endogènes et se définit comme une attitude favorable à l'acte d'apprendre et plus précisément, comme « une attitude résultant de dispositions cognitives, conatives et affectives relatives à l'acte d'apprendre (Carré, 2005) » (Carré, 2020).

Alors que la disposition conative de l'apprenance renvoie au désir, à la volonté, à l'effort, à la persévérance (Carré, 2020, p. 145) mobilisés dans l'acte d'apprendre, pour Illeris, l'apprentissage transformateur requiert une forte motivation et la mobilisation de ressources psychologiques :

This type of learning occurs in crisis-like situations that can only be solved by transcending the premises of a problem or situation. It may take place through long and often painful adaptation or through shorter, intense processes. In both cases very strong motivation and the ability to raise considerable psychological resources is required. (Illeris, 2003, p. 61)

L'apprenance se caractérise également par une disposition affective favorable à l'acte d'apprendre et génère un vécu positif lié à cet acte, comme en témoignent les indicateurs d'apprenance recueillis dans l'échelle de Grasset (2019) : « Apprendre me procure une joie intense. Pour moi, se former est un grand plaisir. Je suis sincèrement heureux quand j'apprends » (Grasset, 2019). Pour Illeris, dans le cours d'un apprentissage transformateur, les transformations se produisent au plan cognitif mais aussi émotionnel et social. Et, pour qu'un apprentissage transformateur puisse être qualifié d'expansif, il doit s'accompagner d'un vécu

¹⁰⁸ Traduction : « Dans l'apprentissage communicatif, l'accent est mis sur la réflexion critique et l'auto-réflexion critique, l'évaluation de ce qui a été pris pour acquis afin de produire une tentative de jugement plus fiable et efficace » (Mezirow, 2003, p. 60).

positif pour la personne, il doit être vécu et compris comme une amélioration par le sujet qui en fait l'expérience : « *imply transformations into something that is better and can be experienced and understood as an improvement* » (Illeris, 2014, pp. 94-95). Aussi, l'émotion positive liée à l'acte d'apprendre ou au processus de transformation rapprochent les concepts d'apprenance et d'apprentissage transformateur expansif.

7.2.2 Les ATID et ATR : produits d'une faible voire absence d'apprenance

7.2.2.1 Les ATI : produits d'une pratique apprenante auprès d'autrui, faible

D'un point de vue théorique, les apprentissages transformateurs instrumentaux résultent d'une pratique apprenante, au sens où le sujet apprenant, est proactif et réflexif. Comme le souligne Mezirow : « La réflexion critique (*critical reflexion*) est impliquée aussi bien dans le processus de l'apprentissage instrumental que communicationnel » (Mezirow, 2001, p. 105). Cependant, il indique également à plusieurs reprises que la réflexion critique est moindre dans ce type d'apprentissage :

L'apprentissage émancipateur vise à nous libérer des forces d'origine linguistique, épistémique, institutionnelle et environnementale qui réduisent nos possibilités d'options et font que la maîtrise de nos vies nous échappe en partie. Nous réalisons cette émancipation en passant au crible nos propres présomptions. L'apprentissage réflexif émancipateur peut être mêlé aussi bien à l'apprentissage communicationnel qu'instrumental mais au premier davantage qu'au second (Mezirow, 2001, p. 115).

Plus loin, il associe l'apprentissage instrumental à une « tension cognitive nulle » :

En matière d'apprentissage et de formation, la tension cognitive nulle est associée davantage à un souci d'objectif et de procédure, à ce que Langer appelle « la formation pour des résultats » (l'apprentissage instrumental) qu'à une forme d'apprentissage centré sur les procédures de la résolution de problème, originale (Mezirow, 2001, p. 133).

Aussi, comprenons-nous que l'apprentissage instrumental, bien que résultat d'une pratique apprenante, résulterait d'une pratique réflexive moins intense que celle déployée dans les apprentissages communicationnels.

7.2.2.2 Les ATI : produits d'une disposition à apprendre auprès d'autrui , dans un but instrumental

L'apprentissage transformateur instrumental, tout comme l'apprentissage communicationnel, apparaît lié à l'apprenance auprès d'autrui au sens strict (attitude favorable à l'acte d'apprendre), à la différence près que sa finalité est un meilleur contrôle de l'environnement dont, autrui : « *Instrumental learning involves the process of learning to control and manipulate the environment or other people* »¹⁰⁹(Mezirow, 1990, p. 3). Dans cette perspective, il engage la personne qui en fait l'expérience dans la résolution de tâches : « *the process of transformative learning [...] often takes the form of task-oriented problem solving in instrumental learning*¹¹⁰ » (Mezirow, 2003, p. 61).

109 Traduction : « L'apprentissage instrumental implique le processus d'apprentissage pour contrôler et manipuler l'environnement ou d'autres personnes » (Mezirow, 1990, p. 3).

110 Traduction : « le processus d'apprentissage transformateur (...) prend souvent la forme d'une résolution de problème orientée vers la tâche dans l'apprentissage instrumental » (Mezirow, 2003, p. 61).

Par conséquent, un apprentissage instrumental peut parfaitement être lié à une disposition à apprendre auprès d'autrui, sans pour autant le reconnaître comme sujet. Néanmoins, dans notre étude, la plupart des apprentissages transformateurs instrumentaux étaient associés à un besoin de protection et nous avons retenu, dans notre catégorisation les ATID et non les ATI seuls.

7.2.2.3 Les ATD et ATR : produits de contraintes vécues comme des régressions

Les apprentissages, qu'ils soient qualifiés de régressifs/défensifs (Illeris, 2014) ou de défensifs (Holzkamp cité dans Schraube et al, 2013 ; Argyris & Schön, 2001) apparaissent comme des apprentissages réalisés par les individus, « à leur corps défendant ». Ces derniers se retrouvent dans une situation où ils n'ont d'autre choix que d'apprendre et la transformation contrainte n'est pas vécue par les sujets comme une amélioration mais comme une régression :

Regressive transformative learning will usually occur in one of two connections : [...] or if she or he has come into a situation in which a change is necessary or unavoidable but cannot manage experiencing it as an advancement or an innovation, but on the contrary, is more interested in finding a safe position. (Illeris, 2014, pp. 93-94)

De même, dans la théorie des apprentissages organisationnels d'Argyris et de Schön, les théories d'usage du model 1 guidant l'action des salariés, sont dominées par la recherche de protection d'autrui et de soi-même: « Concevoir et gérer l'environnement unilatéralement »; « Se protéger unilatéralement »; « Protéger les autres unilatéralement pour leur éviter de souffrir » (Argyris & Schön, 2001, p. 133).

Aussi, ATD et ATR, qui ne relèvent ni d'une conscience de l'importance d'apprendre auprès des patients, ni d'une recherche d'opportunités d'apprendre auprès d'eux et ne sont pas liés à un vécu plaisant (au contraire), ne peuvent être reliés, selon nous, à une apprenance (au sens large) auprès des patients.

Par conséquent, la plupart des ATI déclarés étant également défensifs, nous considérons que les ATID sont probablement liés à une faible apprenance auprès d'autrui.

7.2.3 De l'apprenance « en général » à l'apprenance auprès des patients

L'apprenance est définie par Carré comme un « ensemble durable de dispositions favorables à l'action d'apprendre dans toutes les situations formelles ou informelles, de façon expérientielle ou didactique, autodirigée ou non, intentionnelle ou fortuite » (Carré, 2005, p. 108). Dans cette définition, l'auteur met en avant une attitude favorable à l'acte d'apprendre et cela « dans toutes les situations », expression qui inclut selon nous l'idée d'une attitude favorable à l'apprentissage avec tout un chacun.

Cependant, les investigations réalisées dans le cadre de notre première partie nous conduisent à faire l'hypothèse d'une apprenance qui varierait en fonction des statuts des individus. En résumé, Mugny, dans le cadre de la théorie de l'influence sociale, montre qu'« une influence réciproque ne s'observe qu'à la condition que les individus occupent un même statut et qu'ils n'aient pas de motivation particulière à se différencier d'autrui. De toute évidence, cette

condition n'est pas monnaie courante » (Mugny, 2017, p. 17). De plus, trois études menées auprès de professionnels de santé dont deux auprès des infirmiers et une auprès des médecins, mettent en exergue le faible poids des patients comme ressources d'apprentissage, en comparaison avec celui d'autres acteurs, notamment les pairs (Carré et Ricard, 2008 ; Muller, 2014). Enfin, les caractéristiques intrinsèques des ATCE et ATI décrites précédemment, vont dans le sens d'une apprenance spécifique dans la relation avec autrui. Aussi, nous appuyant sur ces constats, nous permettons-nous d'imaginer qu'un infirmier pourrait avoir une apprenance auprès de ses pairs et des médecins par exemple, plus élevée, du fait, de leurs statuts de sachants, qu'auprès des patients.

Nous sommes d'autant plus confortés par l'intérêt de cette « typologie » d'apprenance, que, comme le fait remarquer O. Las Vergnas (s'appuyant sur la comparaison des résultats d'apprenance en général et des résultats d'apprenance en matière de sujets « scientifiques ») l'apprenance peut varier en fonction de grandes thématiques : « l'apprenance, définie comme « un ensemble de dispositions [...] favorables à l'acte d'apprendre » (Carré, 2005) peut, tout en restant durable d'un jour à l'autre, se révéler plus ou moins développée chez une même personne en fonction de grandes thématiques, dès lors que l'on complète la définition « à l'acte d'apprendre... dans tel domaine » (Las Vergnas, 2016, pp. 99-100). Aussi reprenant les mots d'O. Las Vergnas, nous faisons l'hypothèse que l'apprenance « un ensemble de dispositions [...] favorables à l'acte d'apprendre » (Carré, 2005) peut, tout en restant durable d'un jour à l'autre, se révéler plus ou moins développée chez une même personne en fonction » du statut d'autrui, « dès lors que l'on complète la définition « à l'acte d'apprendre... » auprès de telle personne possédant tel statut. Ces résultats conduisent O. Las Vergnas à nous inviter à « affiner nos instruments en matière d'outils d'analyse différentielle de l'apprenance. C'est la clé de nombreux travaux à venir sur les « rapports aux sciences », mais aussi, plus généralement, sur tous les rapports à des savoirs spécifiques » (Las Vergnas, 2016, p. 103). C'est ce que nous ferons en adaptant l'échelle d'apprenance de Grasset (2019), dans le cadre de notre étude quantitative.

7.2.4 Hypothèses

Ces rapprochements théoriques nous conduisent à formuler, pour l'heure, quatre hypothèses à vérifier dans le cadre de notre étude quantitative :

- Une apprenance élevée auprès des patients est liée, chez les infirmiers en psychiatrie, à des perceptions d'ATCE auprès des patients.
- Une apprenance faible auprès des patients est liée, chez les infirmiers en psychiatrie, à des perceptions d'ATID ou d'ATR auprès des patients.

Nous envisageons également de tester deux hypothèses supplémentaires :

- Une apprenance « en général » élevée est liée, chez les infirmiers en psychiatrie, à des perceptions d'ATCE auprès des patients.
- Une apprenance « en général » faible est liée, chez les infirmiers en psychiatrie, à des perceptions d'ATID ou d'ATR auprès des patients.

7.3 De l'analyse thématique quantitative aux hypothèse d'une influence d'éléments socio-démographiques sur la nature des AT perçus et de l'existence d'une trajectoire de socialisation professionnelle des infirmiers auprès des patients

La seconde source d'influence envisagée, de la nature des apprentissages transformateurs perçus, se trouve dans les données socio-démographiques. Dans cette partie, nous montrerons la variation de la nature des AT en fonction d'éléments de la biographie professionnelle des infirmiers en psychiatrie interviewés. Après avoir présenté la démarche d'analyse quantitative utilisée, nous décrirons les profils des infirmiers ayant déclaré majoritairement des ATR, des ATID et ATCE. Nous Puis, nous montrerons ensuite l'évolution des différents types d'AT en fonction des caractéristiques biographiques. Enfin, nous mettrons en relation nos constats avec le continuum d'AT d'Illeris avant de produire, un essai de modélisation de trajectoire de transformations identitaires et relationnelles des infirmiers en psychiatrie auprès du patient, à l'échelle d'une carrière. Pour terminer, nous rapprocherons cette trajectoire des processus de socialisation professionnelle de Hughes et Davis, décrits par Dubar.

7.3.1 Démarche d'analyse quantitative

Cette analyse s'apparente à une analyse thématique catégorielle, essentiellement quantitative. Pour Campenhoudt, ce type d'analyse

consiste à calculer et à comparer les fréquences de certaines caractéristiques (le plus souvent les thèmes évoqués) préalablement regroupées en catégories significatives. Elle se fonde sur l'hypothèse qu'une caractéristique est d'autant plus importante pour le locuteur qu'elle est fréquemment citée. La démarche est essentiellement quantitative. (Van Campenhoudt et al., 2017, p. 301)

Aussi, faisant suite à la première phase de notre analyse thématique, nous avons classé dans un tableau les verbatims des apprentissages transformateurs déclarés en fonction de leur nature. Ce tableau est disponible dans les annexes page 19. Il est suivi, en page 37, d'un second tableau mettant en relation les caractéristiques sociodémographiques des 23 infirmiers interviewés avec les différents types d'apprentissages transformateurs déclarés

Nous avons ensuite entrepris la mise en relation des différents types d'AT avec trois types de données biographiques collectées auprès des infirmiers : la durée d'expérience en psychiatrie, la nature de l'expérience en psychiatrie plutôt intra ou extrahospitalière et le diplôme. Ces données ont été catégorisées ainsi :

- la durée d'expérience en psychiatrie : 1 an < Expérience en psychiatrie < 7 ans ; 11,5 ans < Expérience en psychiatrie < 38 ans ;
- le rapport entre la durée d'expérience en intra et/ou en extrahospitalier : Durée d'expérience en intrahospitalier > Durée d'expérience en extrahospitalier ; Durée d'expérience en intrahospitalier < Durée d'expérience en extrahospitalier ;
- les diplômes : DEI obtenu entre 1995 et 2011 ; DEI obtenu entre 2012 et 16 ; DISP obtenu avant 1995 ; DEI obtenu avant 1995.

Enfin, nous avons compté le nombre d'infirmiers déclarant chacun des types d'apprentissage

(notons que sur 23 infirmiers interviewés, trois n'ont pas déclaré d'apprentissages transformateurs ; cette analyse est donc réalisée à partir des apprentissages déclarés par 20 infirmiers). Puis, au sein de chacune des catégories d'AT, nous avons compté le nombre d'infirmiers associé à chacune des caractéristiques biographiques précédemment déterminées. Ces données ont finalement été traduites en pourcentages.

Le tableau produit est le suivant :

	Infirmiers déclarant des ATR		Infirmiers déclarant des ATID		Infirmiers déclarant des ATCE	
Nombre total d'infirmiers	8		11		13	
Durée de l'expérience en psychiatrie						
1 an <ExpPsy<7 ans	6	75%	8	73%	2	23%
11,5 ans <ExpPsy<38 ans	2	25%	3	27%	11	77%
Nature de l'expérience (plutôt intra ou extrahospitalière)						
ExpPsyIntra>ExpPsyExtra	7	87,5 %	9	90%	4	33,3%
ExpPsyExtra> ExpPsyIntra	1	12,5%	1	10%	8	66,7%
Nature et période d'obtention du diplôme d'IDE						
DISP	1	12,5%	2	18,2%	4	30,8%
DEI av 1995	2	25%	2	18,2%	1	7,7%
DEI 1995-2011	3	37,5%	3	27,25%	6	46,1%
DEI 2012-16	2	25%	4	36,35%	2	15,4%

Tableau 7 : Répartition des infirmiers en psychiatrie interviewés (en nombre et %) dans les différentes catégories d'AT en fonction de caractéristiques biographiques

7.3.2 Profils d'infirmiers en fonction des différents types d'AT déclarés

7.3.2.1 Profil des infirmiers déclarant des apprentissages du renoncement au pouvoir soignant

8 infirmiers ont déclaré des apprentissages transformateurs régressifs et donc exprimé l'apprentissage d'un renoncement au pouvoir soignant. Parmi eux :

- 6 soit 75%, sont des infirmiers ayant une expérience allant de 1 à 7 ans.
- 7 soit 87,5 % ont une durée d'expérience en intrahospitalier supérieure à l'expérience en extrahospitalier.
- 3 soit 37,5% ont un DEI obtenu entre 1995 et 2011, 2, soit 25% ont un DEI obtenu entre 2012 et 2016 , 1 soit 12,5% a obtenu un DISP (Diplôme d'Infirmier de Secteur Psychiatrique), les deux autres, 25%, un DEI avant 1995.

En résumé, les infirmiers déclarant des apprentissages du renoncement au pouvoir soignant sont donc, pour la majorité d'entre eux, les moins expérimentés de notre échantillon ; ils ont, pour la plupart, une expérience intrahospitalière supérieure à l'expérience extrahospitalière ; ils sont titulaires de diplômes variés.

¹¹¹ Il manque dans cette catégorie, les données d'un IDE par conséquent, le calcul du pourcentage est réalisé sur 10 infirmiers au lieu de 11.

¹¹² Il manque dans cette catégorie, les données d'un IDE par conséquent, le calcul du pourcentage est réalisé sur 12 infirmiers au lieu de 13.

7.3.2.2 Profil des infirmiers déclarant l'apprentissage d'une posture de soignant en maîtrise et distanciée

11 infirmiers ont déclaré apprendre une posture de soignant en maîtrise et distanciée du patient et donc, déclaré des apprentissages instrumentaux et défensifs. Parmi eux, on retrouve les 8 infirmiers ayant déclaré avoir appris à renoncer au pouvoir soignant. On trouve ainsi :

- 8 infirmiers /11, soit 73% , ayant une expérience en psychiatrie allant de 1 à 7 ans.
- 9/10, soit 90% (nous ne connaissons pas les durées d'expérience en intra et extrahospitalier de Paula) ayant une durée d'expérience en intrahospitalier supérieure à l'expérience en extrahospitalier
- 36,35% sont titulaires d'un DEI obtenu entre 2012 et 2016, 27,25%, d'un DEI obtenu entre 1995 et 2011 et 18,20% d'un DISP (Diplôme d'Infirmier de Secteur Psychiatrique) et 18,20% d'un DEI obtenu avant 1995.

Les infirmiers ayant déclaré l'apprentissage d'une posture de soignant en maîtrise et distanciée sont ainsi, pour la majorité d'entre eux, les moins expérimentés de notre échantillon ; ils ont, pour la plupart, une expérience intrahospitalière nettement supérieure à l'expérience extrahospitalière ; ils sont titulaires, principalement, d'un DEI obtenu entre 2012 et 2016 ou entre 1995 et 2011.

7.3.2.3 Profil des infirmiers déclarant l'apprentissage d'une relation intersubjective avec le patient

Enfin, 13 infirmiers ont déclaré des apprentissages transformateurs communicationnels et expansifs, ou relationnels. Parmi eux :

- 10, soit 77%, ont une expérience en psychiatrie allant de 11 à 38 ans.
- 8/12, soit 66,7% ont une expérience en intrahospitalier supérieure à l'expérience en extrahospitalier, (nous ne connaissons pas les durées d'expérience en intra et extrahospitalier de Paula).
- 15,40% sont titulaires d'un DEI obtenu entre 2012 et 2016 ; 46,10% d'un DEI obtenu entre 1995 et 2011 ; 30,8% d'un DISP (Diplôme d'Infirmier de Secteur Psychiatrique) et 7,70% d'un DEI obtenu avant 1995.

Les infirmiers déclarant l'apprentissage d'une relation intersubjective avec le patient sont donc, pour la majorité d'entre eux, les plus expérimentés de notre échantillon ; ils ont, pour la plupart, une expérience intrahospitalière supérieure à l'expérience extrahospitalière ; ils sont titulaires, principalement, d'un DEI obtenu entre 1995 et 2011 ou d'un DISP.

7.3.3 Evolution des AT en fonction des caractéristiques biographiques

7.3.3.1 Augmentation des ATCE et diminution des ATR et des ATID avec l'expérience

La part des infirmiers déclarant des ATR et des ATID apparaît nettement supérieure chez les infirmiers ayant une expérience comprise entre 1 et 7 ans que chez les infirmiers possédant une expérience en psychiatrie comprise entre 11 et 38 ans. Et inversement, la part des

infirmiers déclarant des ATCE est supérieure chez les infirmiers ayant une expérience comprise entre 11 et 38 ans que chez les infirmiers ayant une expérience comprise entre 1 et 7 ans.

Aussi, au sein de notre échantillon, la déclaration d'ATCE tend à augmenter avec l'augmentation de la durée d'expérience en psychiatrie. Et la perception d'ATR et d'ATID tend à diminuer avec l'augmentation de la durée d'expérience en psychiatrie.

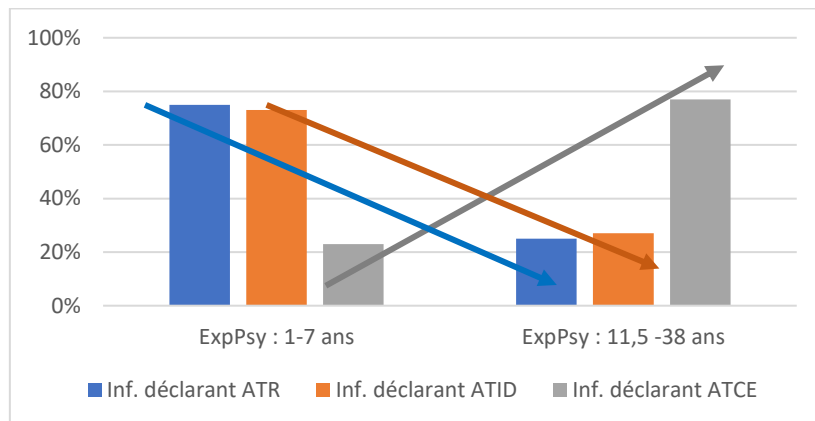


Figure 17 : Augmentation des ATCE et diminution des ATR et ATID déclarés avec l'augmentation de la durée d'expérience en psychiatrie

7.3.3.2 Augmentation des ATCE et diminution des ATR et ATDI avec l'augmentation de la durée de l'expérience en extrahospitalier/à l'expérience en intrahospitalier

La part des infirmiers déclarant des ATR et des ATID est plus importante chez les infirmiers ayant une expérience dans l'intrahospitalier plus longue que dans l'extrahospitalier, que celle des infirmiers ayant une expérience extrahospitalière supérieure à l'expérience intrahospitalière.

De plus, la part des infirmiers déclarant des ATCE est plus importante chez les infirmiers ayant une expérience extrahospitalière supérieure à l'expérience intrahospitalière que chez les infirmiers ayant une expérience dans l'intrahospitalier plus longue que dans l'extrahospitalier. Aussi, au sein de notre échantillon, la déclaration d'ATCE croît avec l'augmentation de la durée d'expérience en extra/ à la durée d'expérience en intra, alors que les déclarations d'ATR et d'ATID diminuent.

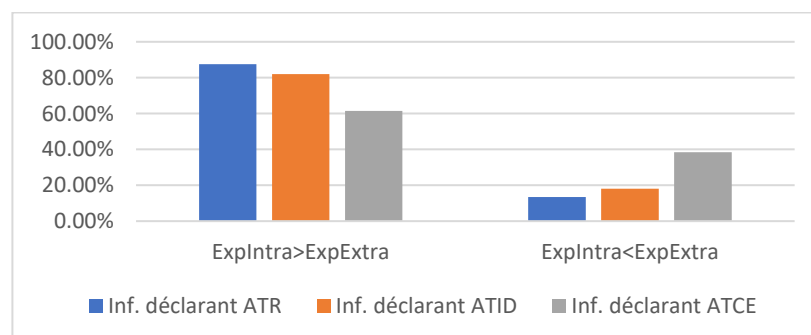


Figure 18 : Augmentation des ATCE et diminution des ATR et ATID avec l'augmentation de la durée d'expérience en extrahospitalier par rapport à la durée d'expérience en intrahospitalier

7.3.3.3 Augmentation des ATCE et diminution des ATR et ATDI avec l'ancienneté du diplôme

Nous faisons par ailleurs les constats suivants :

- les infirmiers déclarant des ATCE sont majoritairement représentés par des infirmiers possédant le DISP ou diplômés entre 1995 et 2011.
- les infirmiers déclarant des ATID sont majoritairement représentés par des infirmiers diplômés entre 2012 et 2016 et entre 1995 et 2011.
- les infirmiers déclarant des ATR sont surtout représentés par des infirmiers diplômés entre 2012 et 2016, entre 1995 et 2011 et titulaires d'un DEI obtenu avant 1995.

Ce diagramme¹¹³ donne à voir une tendance à l'augmentation de la part des infirmiers déclarant des ATCE et inversement, une tendance à la diminution de la part des infirmiers déclarant des ATR et ATDI, avec l'ancienneté du diplôme, exception faite des titulaires d'un DEI (en soins généraux) obtenu avant 1995.

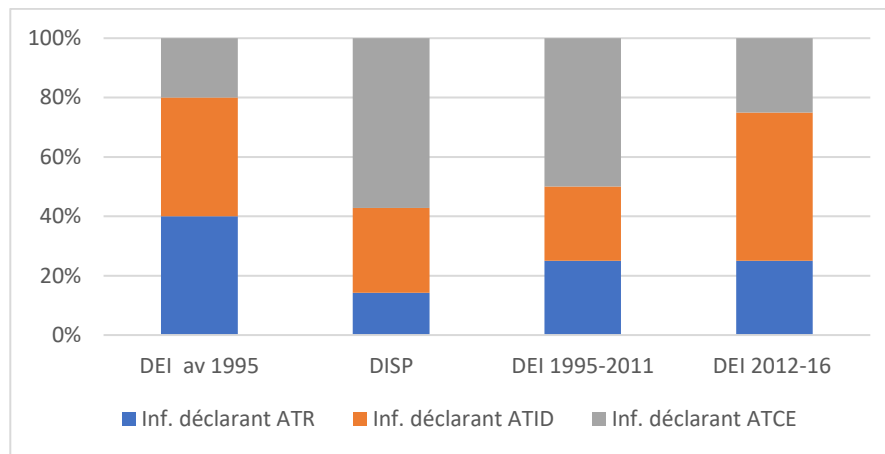


Figure 19 : Augmentation des ATCE et diminution des ATR et ATID déclarés avec l'ancienneté du diplôme (sauf pour le DEI av 1995)

En résumé, l'analyse réalisée sur 20 entretiens montre que la perception d'ATCE tend à croître avec l'augmentation de la durée de l'expérience en psychiatrie, avec l'augmentation de la durée de l'expérience en extrahospitalier par rapport /à l'expérience en intrahospitalier et l'ancienneté du diplôme.

¹¹³ L'histogramme empilé à 100 % permet de comparer le pourcentage de contribution de chaque valeur, à un total.

7.3.4 Du continuum d'AT d'Illeris à une trajectoire de transformations identitaires et relationnelles des infirmiers en psychiatrie auprès du patient, à l'échelle d'une carrière

Les évolutions des AT perçus, en fonction des profils d'infirmiers, peuvent être rapprochés selon nous du «continuum»¹¹⁴ d'apprentissages transformateurs d'Illeris. Après avoir proposé une modélisation de ce «continuum», nous proposerons un essai de modélisation d'une trajectoire de transformations identitaires et relationnelles des infirmiers en psychiatrie auprès du patient, à l'échelle d'une carrière.

7.3.4.1 Proposition de modélisation du continuum d'apprentissages transformateurs d'Illeris

Comme nous l'avons évoqué lors de la présentation de notre cadre conceptuel, une intention d'apprentissage transformateur expansif peut mener à la perception d'un apprentissage transformateur régressif, tout au moins, dans un premier temps. L'apprentissage régressif ou du renoncement, de la résignation, n'est pas à considérer comme une fin, mais une étape pouvant conduire à un apprentissage «restoring» permettant une transformation intermédiaire (qui n'est pas celle souhaitée mais une sorte de compromis) ou selon les propres mots d'Illeris «*a kind of combination regressive and progressive transformation in a way that could be called restoring transformative learning*»¹¹⁵ (Illeris, 2014, p. 97). Ainsi, des transformations vécues comme régressives dans un premier temps, par les clarifications qu'elles induisent, peuvent mener à des apprentissages expansifs : «*As to learning, such cases are about regressive transformations [...] at the same time involve a clarification leading to new possibilities of progressive transformative learning*»¹¹⁶ (Illeris, 2014, p. 98).

Nous illustrons ce processus avec la figure ci-dessous qui s'inspire du modèle des cinq étapes du deuil développé par la psychiatre Elisabeth Kübler-Ross dans l'ouvrage *On Death and Dying* publié en 1969. Elle y décrit les étapes par lesquelles peut passer une personne venant d'apprendre qu'elle souffre d'une maladie incurable. Ce processus comprend une phase descendante (qui comprend le déni et l'isolement, puis la colère, le marchandage et la dépression), et une phase ascendante d'acceptation puis d'espoir (Kübler-Ross, 1975). Elle apparaît ainsi souvent représentée sous la forme d'une courbe semblable à celle présentée ci-dessous. Nous pensons ainsi qu'il est possible de représenter le passage d'une intention d'apprentissage transformateur expansif aux apprentissages transformateurs régressifs par une courbe descendante, en lien avec l'idée d'une décroissance, et le passage d'un apprentissage régressif à un apprentissage restoring puis expansif par une courbe ascendante, en lien avec une restauration puis l'établissement de la croissance.

¹¹⁴ Ce terme n'est pas proposé par Illeris mais il nous semble traduire le lien entre les trois concepts d'apprentissages transformateurs qu'il propose.

¹¹⁵ Traduction : une sorte de combinaison de transformation régressive et progressive d'une manière qui pourrait être appelée restauration de l'apprentissage transformatif " (Illeris, 2014, p. 97).

¹¹⁶ Traduction : « En ce qui concerne l'apprentissage, ces cas concernent des transformations régressives, impliquent en même temps une clarification menant à de nouvelles possibilités d'apprentissage transformatif progressif. » (Illeris, 2014, p. 98)

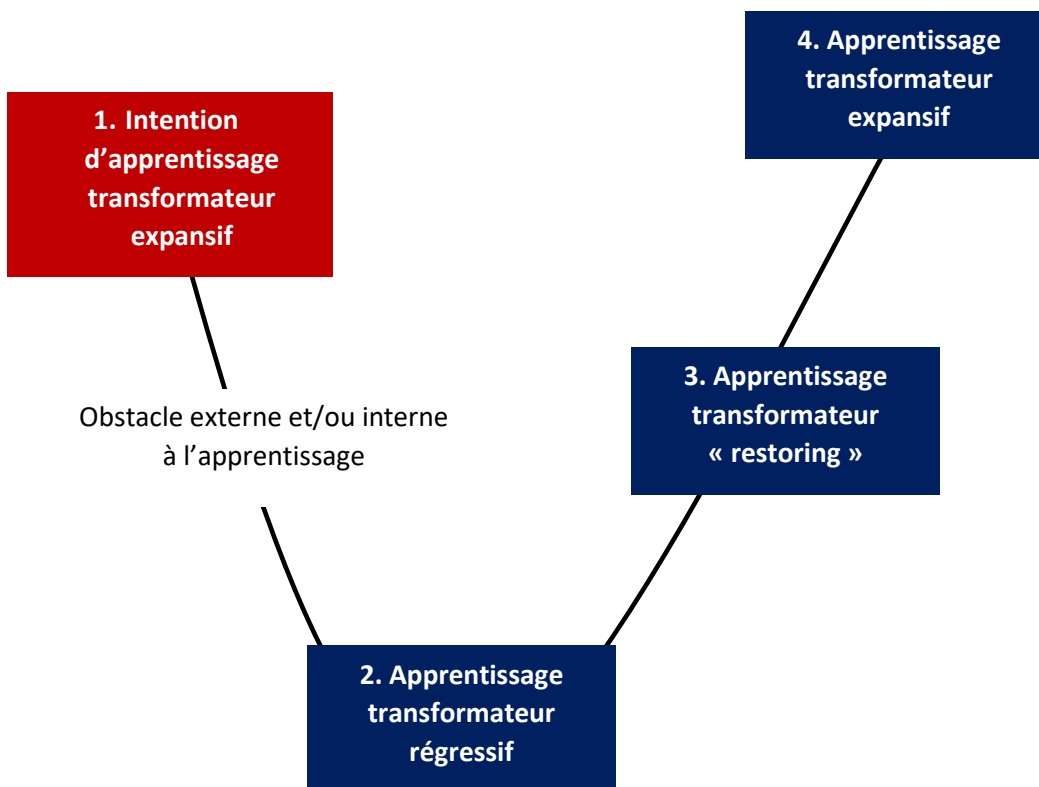


Figure 20 : Trajectoire possible vers un apprentissage transformateur expansif (d'après Illeris, 2014 et Kübler-Ross, 1975)

7.3.4.2 Proposition de modélisation d'une trajectoire de transformations identitaires des infirmières et de leur relation avec le patient, à l'échelle d'une carrière en psychiatrie

Nous appuyant sur nos résultats et sur la courbe inspirée d'Illeris (2014) et de Kübler-Ross (1975), nous nous proposons de superposer la courbe d'apprentissage expansif ci-dessus et une courbe représentant les transformations identitaires des infirmiers en psychiatrie et relationnelles des infirmiers auprès des patients, en lien avec des éléments de leur biographie professionnelle (ancienneté du diplôme, durée de l'expérience en psychiatrie, rapport entre l'expérience intra et extrahospitalière).

Nous envisageons en effet, que l'infirmier, nouveau en psychiatrie, qu'il soit récemment diplômé ou qu'il ait derrière lui une longue carrière d'infirmier en soins généraux, confronté à la réalité de la psychiatrie et faute de devenir le « sauveur » fantasmé ou de pouvoir demeurer soignant au sens « cure » du terme, développerait une posture intermédiaire de soignant en maîtrise et distanciée du patient (qui correspondrait aux apprentissages restoring d'Illeris)¹¹⁷

¹¹⁷ Précisons ici que nous rapprochons l'apprentissage du rôle de soignant « en maîtrise » et distanciée du patient (un apprentissage défensif/instrumental) d'un apprentissage « restoring » dans le sens où, il semble survenir, dans la trajectoire des transformations infirmières, dans un temps succédant à celui des apprentissages régressifs et du fait qu'il corresponde à un apprentissage « de compromis » tel que le définit Illeris, dans lequel les infirmiers n'apprennent pas ce qu'ils imaginaient apprendre, apprennent néanmoins autre chose, dans la contrainte le plus souvent (d'après nos verbatims), dont ils s'accrochent plus ou moins.

avant l'apprentissage d'une relation intersubjective avec ce dernier, et cela bien entendu, au rythme des influences multiples à l'œuvre, qu'il s'agisse de facteurs personnels, comportementaux ou environnementaux avec des possibilités de stagnation aux différents stades et de recul sur la courbe. Nous illustrons cette trajectoire avec la figure ci-dessous.

Durées d'expérience en psychiatrie les plus faibles
Expérience intra>Expérience extra
Diplômes les plus récents

Durées d'expérience en psychiatrie les plus élevées
Expérience extra> Expérience intra
Diplômes les plus anciens

**Identité de soignant
fantasmée**

Confrontation à la réalité
(limites de la psychiatrie,
volonté du patient etc.)

3. Apprentissage d'une relation intersubjective
(Apprentissages transformateurs
communicationnels-expansifs)

- 13 infirmiers/20**
- 77% : 11,5 ans <ExpPsy<38 ans
 - 66,7 % (sur 12) : ExpPsyIntra<ExpPsyExtra
 - 77,1 % : DEI 1995-2011 (46,1%) ; DISP (31%)

**2. Apprentissage d'un rôle de soignant « en maîtrise » et
distancié du patient**
(Apprentissages transformateurs
instrumentaux ou instrumentaux/défensifs)

- 11 infirmiers/20**
- 73 % : 1 an <ExpPsy<7 ans
 - 90 % (sur 10): ExpPsyIntra>ExpPsyExtra
 - 63,6 % : DEI 2012-16 (36,3%) ; DEI 1995-2011(27,3%)

**1. Renoncement
au pouvoir du soignant**
(Apprentissages transformateurs régressifs)

- 8 infirmiers/20**
- 75% : 1 an <ExpPsy<7 ans
 - 87,5 % : ExpPsyIntra>ExpPsyExtra
 - 87,5% : DEI 1995-2011 (37,5%) ; 2012-16 (25%) ; DEI av 1995 (25%)

Figure 21 : Essai de modélisation d'une trajectoire de transformations identitaires et relationnelles des infirmiers auprès du patient, à l'échelle d'une carrière professionnelle en psychiatrie

7.3.5 La trajectoire de transformations des infirmiers en psychiatrie : un processus de socialisation professionnelle auprès des patients ?

Dans cette partie, nous effectuons un rapprochement entre notre essai de modélisation d'une trajectoire de transformations identitaires et relationnelles des infirmiers auprès du patient, à l'échelle d'une carrière professionnelle en psychiatrie et le phénomène de socialisation professionnelle décrit par Dubar, s'appuyant sur Hughes (1955) et Fred Davis (1966). Nous montrons en quoi l'apprentissage du renoncement au pouvoir du soignant s'apparente à la première phase d'une socialisation professionnelle, l'apprentissage d'un rôle de soignant en maîtrise et distancié du patient à une deuxième phase. Enfin, nous montrons en quoi l'apprentissage d'une relation intersubjective avec le patient, à la fois s'apparente à une troisième phase et s'en distingue.

7.3.5.1 De l'identité de soignant fantasmée à l'apprentissage du renoncement au pouvoir du soignant : première phase de socialisation professionnelle

Le passage de l'identité de soignant fantasmée au renoncement au pouvoir du soignant, mis en évidence dans notre analyse et envisagé comme une première transformation identitaire des infirmiers en psychiatrie dans notre essai de modélisation, apparaît comme une phase dans laquelle, confrontés à la réalité (la volonté du patient, les limites de la psychiatrie notamment) des infirmiers perçoivent apprendre ou avoir appris à faire le deuil d'une identité de soignant « sauveur ». Cette phase fait écho au premier mécanisme de la socialisation professionnelle identifié par Hughes et décrit par Dubar comme un moment où, face à la crise générée chez le nouveau professionnel par le contact avec une réalité décevante, aux antipodes de la culture profane et l'identification progressive avec le rôle, celui-ci n'a d'autre choix que de renoncer aux stéréotypes concernant sa profession :

une sorte d'immersion dans la « culture professionnelle » qui apparaît brutalement comme l'« inverse » de la culture profane et pose l'angoissante question de la manière dont « les deux cultures interagissent à l'intérieur de l'individu ». La crise et le dilemme instaurés par « l'identification progressive avec le rôle » ne peuvent se dissiper que par un renoncement volontaire aux stéréotypes professionnels concernant la nature des tâches (tasks, skills), la conception du rôle, l'anticipation des carrières et l'image de soi qui constituent, selon l'auteur, les quatre éléments de base de l'identité professionnelle. Cette découverte de la « réalité désenchantée » du monde professionnel peut « tourner court si elle intervient trop tôt ou trop tard, être traumatisante si elle intervient à contretemps », excitante ou même enivrante (inspiring) si elle survient au bon moment. (Dubar, 2015, p. 135)

Cette phase résonne également chez Davis, qui, identifie, chez les infirmières un passage de :

l'innocence initiale : c'est le règne sans partage des stéréotypes professionnels de l'infirmière dévouée, altruiste, disponible... ; » à « la conscience d'incongruité : c'est le trouble, la crise consécutive à la prise de conscience que la profession n'est pas exactement « ce qu'on attendait » et que les catégories stéréotypées (dévouement, altruisme...) par lesquelles les apprenties infirmières la représentaient sont « incongrues », étrangères au « monde » alors entrevu. L'auteur parle de « choc de la réalité » (reality shock) (Dubar, 2015, p. 136).

Cet écho manifeste entre nos constats et ceux de Hughes et Davis pose de nouveau, la question, un demi-siècle plus tard, de la préparation des étudiants au métier.

7.3.5.2 L'apprentissage d'un rôle de soignant en maîtrise et distancié du patient : une deuxième phase de socialisation professionnelle

L'apprentissage d'un rôle de soignant en maîtrise et distancié du patient, apparaît, dans notre analyse puis notre essai de modélisation, comme une possible seconde phase de transformation identitaire auprès des patients, dans laquelle, les infirmiers en psychiatrie interviewés apprennent, dans une perspective stratégique et le plus souvent, à leur corps défendant, à endosser un rôle professionnel qui n'était pas le rôle espéré. Au vu des caractéristiques biographiques des infirmiers déclarant le plus souvent ce type d'apprentissages et nous appuyant sur le continuum d'Illeris, nous avons qualifié cet apprentissage de *restoring*, ou d'apprentissage « de compromis », apprentissage intermédiaire, dans la carrière d'un infirmier en psychiatrie.

Cet apprentissage d'un rôle, illustré dans notre analyse par des apprentissages d'affirmation de soi, de fermeté, d'un rôle rassurant résonne avec le quatrième mécanisme de Davis : « la simulation du rôle : c'est l'installation dans l'inauthentique, l'acceptation du gouffre qui sépare le rôle à jouer des stéréotypes antérieurs, c'est la mise en œuvre du déclic malgré ce qu'il implique. Davis parle d'aliénation de Soi » (Dubar, 2015, p. 136).

Nous n'irons pas jusqu'à parler d'aliénation de soi, non plus d'inauthenticité, cependant, l'inconfort des soignants les plus jeunes évoqué à plusieurs reprises dans la mise en place et le maintien de la distance thérapeutique montre l'existence d'une tension entre le comportement attendu d'eux par les pairs (une jeune infirmière évoque comment ses pairs lui font remarquer qu'elle est sortie de « la relation soignant-soigné ») et/ou compris comme nécessaire pour se prémunir des patients, et une propension au rapprochement avec ces derniers (le quotidien auprès des patients et la récurrence des séjours à l'hôpital de certains créent des liens par exemple). Dans cette phase, les infirmiers apprennent finalement qu'ils ne peuvent être eux-mêmes ou totalement eux-mêmes.

Aussi, cette phase d'apprentissage d'un rôle installe-t-elle les infirmiers dans une certaine « dualité », il nous semble, deuxième mécanisme de socialisation professionnelle identifié par Hughes, au cours duquel coexistent rôle professionnel rêvé et rôle réel :

« l'installation dans la dualité » entre le « modèle idéal » qui caractérise la « dignité de la profession », son image de marque, sa valorisation symbolique et le « modèle pratique » qui concerne « les tâches quotidiennes et les durs travaux » et qui n'a que peu de rapports avec le premier. (Dubar, 2015, p. 135)

7.3.5.3 L'apprentissage d'une relation intersubjective avec le patient: troisième phase d'une socialisation professionnelle ?

L'apprentissage d'une relation intersubjective avec le patient, apparaît, dans notre analyse puis notre essai de modélisation, comme une possible troisième phase de transformation identitaire auprès des patients au cours d'une carrière en psychiatrie, dans laquelle les infirmiers interviewés apprennent à établir avec le patient une relation de sujet à sujet.

Chez Hughes, le troisième et dernier mécanisme de la socialisation professionnelle est ainsi décrit:

Cette phase de conversion ultime — par abandon et refoulement des stéréotypes et dualité entre « modèle idéal » et « normes pratiques » — concerne, selon Hughes, l'ajustement de la conception de Soi, c'est-à-dire de son identité en voie de constitution impliquant « la prise de conscience de ses capacités physiques, mentales et personnelles, de ses goûts et dégoûts » avec les chances de carrière que le professionnel peut raisonnablement escompter dans le futur. (Dubar, 2015, p. 137)

Dans nos entretiens, cet « ajustement de la conception de Soi », la prise de conscience de ses « capacités », « goûts et dégoûts » fait écho à la prise de distance, par les infirmiers déclarant l'apprentissage d'une relation intersubjective, vis-à-vis d'une certaine « orthodoxie » du soin en psychiatrie, tendant à considérer le patient davantage comme un objet de soin que comme un sujet. La décision qui s'ensuit de voir dans le patient, un sujet, et d'essayer de produire des actes de soin en accord avec cette conception du patient, conduit les infirmiers à déclarer être davantage en accord avec eux-mêmes et avec les patients, ce qui, nous semble-t-il, renvoie à l'idée d'un « ajustement de soi », lequel, dans notre étude, s'établit dans la relation avec le patient et non en lien avec une stratégie de carrière.

Enfin, l'« abandon et refoulement des stéréotypes et dualité entre « modèle idéal » et « normes pratiques » soit le « tiraillement » entre le rôle « rêvé » et le rôle professionnel réel n'est plus ou dans une moindre mesure, évoqué par les infirmiers déclarant apprendre la mise en place d'une relation intersubjective avec le patient. Ce changement résonne avec la notion d'intériorisation stable de Davis :

l'intériorisation stable : c'est l'acquisition des réflexes professionnels, l'incorporation du rôle permettant le refoulement stabilisé du moi « profane », l'installation dans une nouvelle vision professionnelle du monde, renforcée par les contacts réguliers des « professionnelles ». (Dubar, 2015, p. 137)

7.3.5.4 Limites du rapprochement entre notre trajectoire de transformations avec les étapes de socialisation organisationnelle de Hugues et Davis

Tout d'abord, notre courbe des transformations identitaires et relationnelles des infirmiers en psychiatrie auprès des patients met en évidence une socialisation professionnelle des infirmiers en psychiatrie auprès des patients, là où les modèles de socialisation professionnelle exposés, mettent en avant des transformations identitaires réalisées auprès de pairs, « groupe de référence » (Dubar, 2015) auxquels les nouveaux professionnels s'identifient.

Ensuite, la phase de conversion ultime au rôle professionnel telle que présentée par Davis pour les infirmières et qualifiée par ce dernier de « doctrinale » (Davis, 1966), semble faire de la finalité du processus de socialisation professionnelle, une conversion à une orthodoxie professionnelle.

Or, bien que certains des processus psychologiques décrits par Hughes et Davis se retrouvent dans les verbatims des infirmiers interviewés déclarant l'apprentissage d'une relation intersubjective auprès des patients, notre essai de modélisation met en évidence, comme phase ultime de socialisation professionnelle auprès des patients à l'échelle d'une carrière, la distanciation par rapport à un rôle professionnel « orthodoxe » et l'adoption de comportements choisis, qui semblent émanciper l'infirmier du rôle professionnel attendu. Hélène par exemple, infirmière possédant une expérience en psychiatrie de 15 ans environ,

prend à plusieurs reprises ses distances avec des pratiques présentées comme habituelles, qu'elle reconnaît encore mettre en œuvre parfois : « on a tendance à vouloir dire, il dit je ne suis pas fou j'en ai pas besoin, à vouloir les convaincre et je me suis rendue compte que c'était pas la peine. ». Plus loin, elle ajoute : « je ne l'ai pas obligé à aller manger en disant : non, non, non, c'est obligé c'est comme ça, sinon il n'y aura pas ci, il n'y aura pas, je lui ai dit non, je vous fais confiance, on en est à un point où je sais très bien que ça ne va pas arriver parce qu'on se connaît bien. » Manon, infirmière possédant une expérience en psychiatrie de 11 ans environ ironise quant à elle sur la conception du soin prégnante, peut-être dans son service :

Il y a des compétences qui sont, oui au niveau artistique en tout cas oui, il y a très clairement des compétences encore une fois même au niveau intellectuel il y a des façons de réfléchir qui sont intéressantes. Il est vrai qu'ici, c'est pas ce sur quoi on travaille, ici on est plutôt dans le mode « vous voulez pas rentrer dans le moule » plus que dans la réflexivité de euh, alors on l'est un peu quand même mais sans toujours remettre en question certaines choses.

Finalement, apprendre à établir une relation intersubjective avec le patient, ne serait pas « orthodoxe », d'après des infirmiers interviewés, ce serait se distancier de pratiques moins humaines.

Par ailleurs, l'empan temporel dans lequel nous situons notre modélisation, une carrière en psychiatrie, est plus long il nous semble, que celui dans lequel s'inscrivent les modèles de Hughes et Davis (lesquels, prennent en compte, semble-t-il, les premières années ou tout au moins, le début d'une carrière, de la phase d'initiation à la phase de conversion ultime (Dubar, 2015, p. 135)¹¹⁸. Ceci explique peut-être l'absence de cette phase, de distanciation par rapport au rôle professionnel orthodoxe, dans leurs modèles.

Enfin, nous avons étudié le phénomène de constitution de l'identité, indépendamment des stratégies de carrière, importantes dans les perspectives de Hughes et Davis.

7.3.6 Hypothèses

Cette analyse met ainsi en exergue l'influence de certaines variables biographiques sur la nature des AT perçus par les infirmiers en psychiatrie. Conscients néanmoins de l'insuffisance de l'analyse thématique catégorielle, nous mettrons en œuvre une enquête quantitative afin de confirmer ou d'infirmer ces résultats.

Nous situons les variables biographiques parmi les facteurs endogènes à l'instar de Carré (Carré, 2020, p. 115) et proposons pour l'heure, les six hypothèses suivantes :

- La perception d'ATCE auprès des patients augmente avec la durée d'expérience en psychiatrie.
- Lorsque la durée de l'expérience en extrahospitalier est supérieure à la durée de l'expérience en intrahospitalier, la probabilité de percevoir des ATCE est plus forte chez les infirmiers en psychiatrie.
- Plus le diplôme est ancien, plus la probabilité de percevoir des ATCE est forte chez les

¹¹⁸ Comme le soulignaient en 2009, Martineau et al.(2009) « Bien qu'il semble aller de soi que le temps joue un rôle significatif dans le processus de socialisation professionnelle, cet indicateur a été étonnamment négligé par les recherches » (Martineau et al.,2009).

infirmiers en psychiatrie.

- La perception d'ATID auprès des patients augmente avec la diminution de la durée d'expérience en psychiatrie.
- Lorsque la durée de l'expérience en intrahospitalier est supérieure à la durée de l'expérience en extrahospitalier, la probabilité de percevoir des ATID est plus forte chez les infirmiers en psychiatrie.
- Plus le diplôme est récent, plus la probabilité de percevoir des ATID est forte, chez les infirmiers en psychiatrie.

7.4 Des « mondes lexicaux » à l'hypothèse d'une influence des genres professionnels biomédical, psychologique et social sur la nature des AT perçus

Ayant entrevu, au cours de notre analyse des apprentissages, des discours sur le soin différents, nous émettons l'hypothèse de l'existence de cadres de référence variés chez les infirmiers en psychiatrie interviewés, susceptibles d'influencer la nature de leurs apprentissages transformateurs perçus auprès des patients. Cette infirmière, par exemple, laisse entendre l'existence d'une différence de conception du soin, entre les jeunes infirmiers et les plus anciens :

C'est cette idée quand même et qui en plus, malheureusement, qui a toujours été [...] mais qui en plus, arrive avec des jeunes formés de moins en moins à l'ouverture d'esprit et on a l'impression que quand même l'objectif pour nos patients, c'est un traitement puis après de trouver un boulot, de se marier de faire deux enfants virgule trois et sinon on a échoué. (Manon)

Ces différences peuvent s'expliquer certes par des données sociologiques (l'âge, la formation, l'expérience professionnelle etc.) mais aussi par des caractéristiques propres à l'exercice de l'infirmier en psychiatrie et santé mentale comme : le « flou » du rôle de l'infirmier en psychiatrie lié au manque de précision du décret de compétences de 2004 (Merkling, 2017, pp. 88-90), des lieux d'exercice différents en intra ou extrahospitalier (Merkling, 2017, p. 82) ou encore la situation de la psychiatrie à la croisée du biologique, du psychologique et du social. Qu'elle qu'en soit la ou les cause(s), il semble exister, au sein de la profession, un espace d'interprétation du métier.

Aussi, afin d'approcher ces différentes visions du soin, nous avons réalisé tout d'abord une analyse lexicométrique qui a fait émerger trois « mondes lexicaux » dans lesquels nous avons reconnu les trois dimensions du modèle biopsychosocial (Engel, 1977). Ensuite, orientés par ces résultats et nous appuyant sur les caractéristiques de ce modèle précisées par la littérature ainsi que sur le cadre conceptuel des genres professionnels (Clot & Faïta, 2000), nous avons recherché, dans les entretiens, des traces de ces trois approches du soin.

7.4.1 Emergence de « mondes lexicaux » biomédical, psychologique et social

L'objectif de cette partie est de montrer le cheminement qui nous a mené à l'identification de trois « mondes lexicaux » : biomédical, psychologique et social. Après avoir présenté la démarche d'analyse lexicométrique et les modalités d'interprétation des résultats, nous

montrons en quoi, chacun des « mondes lexicaux » peut être rapproché de l'une des dimensions du modèle biopsychosocial (Engel 1977). Après avoir synthétisé les caractéristiques des différentes dimensions du modèle, nous montrerons leur intrication.

7.4.1.1 Une analyse lexicométrique avec Iramuteq

L'analyse lexicométrique a été réalisée à l'aide du logiciel Iramuteq qui effectue des analyses statistiques sur des corpus textuels.

ALCESTE : un instrument d'accès à des « mondes lexicaux »

Notre choix s'est ainsi porté sur la méthode ALCESTE (Analyse des Lexèmes Cooccurents dans les Énoncés Simplifiés d'un Texte) ou Reinert qui permet l'accès à des « mondes lexicaux » (Reinert, 1993) ou « lieux communs à un groupe » dont on perçoit la proximité avec le concept de représentations sociales :

Les mondes lexicaux étant définis statistiquement, ils renvoient à des espaces de référence associés à un grand nombre d'énoncés. Autrement dit, ils superposent, dans un même "lieu", différents moments de l'activité du sujet, différents "points de vue". Ce lieu agit donc comme un attracteur pour cette activité. Un sujet l'habite d'une certaine manière. Dans le cas où ce sujet est collectif (cas de l'étude présentée ci-après), ces "lieux" deviennent des sortes de "lieux communs" (à un groupe, une collectivité, une époque, etc.). De ce fait, ils peuvent s'imposer davantage à l'énonciateur qu'ils ne sont choisis par lui, même si celui-ci les reconstruit, leur donne une coloration propre. Un recouvrement avec la notion de représentations sociales apparaît donc ici assez clairement : dans les deux cas, ces notions évoquent un lieu situé entre les représentations individuelles et les préconstruits culturels. (Reinert, 1993, p. 12)

Explication de la méthode ALCESTE dans la CHD et l'AFC

La méthode Reinert (ou ALCESTE) offre deux types d'analyse : une CHD (Classification Hiérarchique Descendante) et une AFC (Analyse Factorielle des Correspondances). Un corpus découpé en textes doit tout d'abord être proposé au logiciel. Les textes sont ensuite découpés en segments de texte, selon des critères de ponctuation, de taille (une segmentation par défaut est proposée que nous n'avons pas modifiée). Le corpus est par ailleurs lemmatisé c'est-à-dire que les verbes conjugués sont réduits à leur forme infinitive et tous les noms et adjectifs prennent la forme d'un masculin singulier. La CHD, par le regroupement des segments de texte contenant les mêmes formes actives¹¹⁹ (ou pleines) dans une même classe va ensuite faire apparaître ces lieux référentiels communs, ces « mondes lexicaux » sous la forme d'un dendrogramme. L'AFC permet de compléter l'analyse en donnant à voir les proximités et les oppositions entre les classes obtenues.

Modalités d'interprétation des contenus des « mondes lexicaux »

Afin d'identifier ce qui faisait la spécificité de chacun de « ces mondes lexicaux » et de leur attribuer un thème, nous avons comparé les poids des classes lexicales (en termes de pourcentage). Puis au sein de chaque classe, nous avons identifié le vocabulaire et effectué

¹¹⁹ Les formes actives sont celles qui contiennent le plus d'informations (noms, adjectifs, verbes...), les autres étant les formes supplémentaires (adverbes, articles, pronoms...).

des regroupements en champs lexicaux lorsque cela semblait pertinent en nous appuyant sur le sens des mots en contexte, grâce au concordancier qui permet de visualiser les mots dans leur segment de texte. Afin d'évaluer le poids d'un mot ou d'un champ lexical dans la classe, nous avons observé le chi2 des lemmes qui nous semblaient signifiants. Ce travail réalisé, nous avons attribué un thème à chacune des classes et les avons reliés à un modèle théorique existant.

7.4.1.2 Trois « mondes lexicaux »

Dans notre étude, 23 textes correspondant chacun à un entretien ont été analysés. Notre corpus a été ensuite découpés en 3879 segments de texte. Après lemmatisation, il est constitué de 4542 lemmes dont 4122 formes actives et 420 formes supplémentaires (mots outils). 90% des segments sont classés, ce qui signifie que la majeure partie de notre corpus a été utilisé. Après plusieurs CHD (produisant de 2 à 20 classes), nous choisissons de nous arrêter à trois grandes classes : deux d'entre elles, sont reliées, la classe 1 et 2, la classe 3 se détache. Le poids des classes 1 et 2 est similaire (35,1% des formes pour la classe 1 et 35,3% des formes pour la classe 2) et représente 70% des formes. La classe 3 pèse presque autant que les autres classes prises isolément (29,6% des formes).

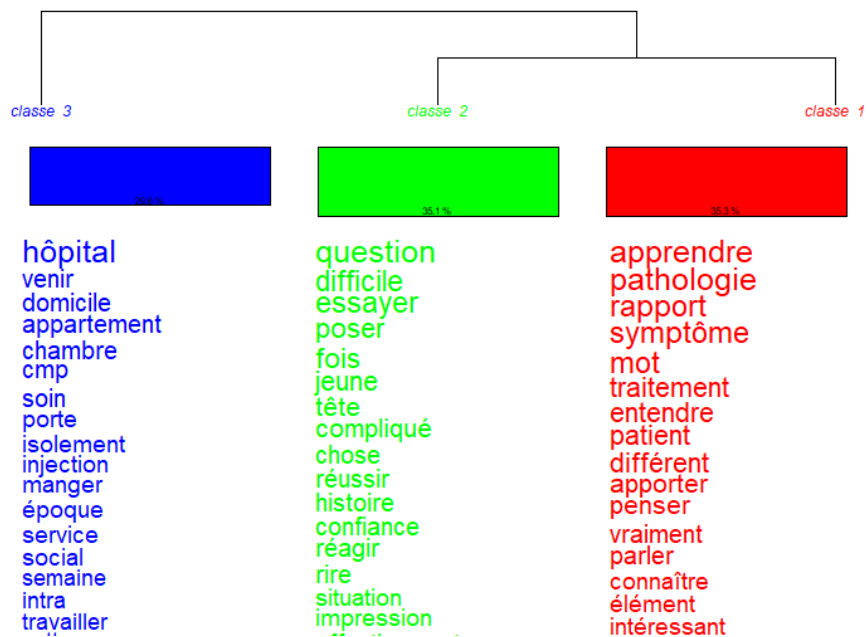


Figure 22 : Dendrogramme des trois classes issues de la CHD

L'AFC vient illustrer le contraste des deux grands types de classes identifiées, rouge et verte d'un côté, bleu de l'autre, avec cependant la distinction des classes rouges et verte mise en évidence par la CHD.

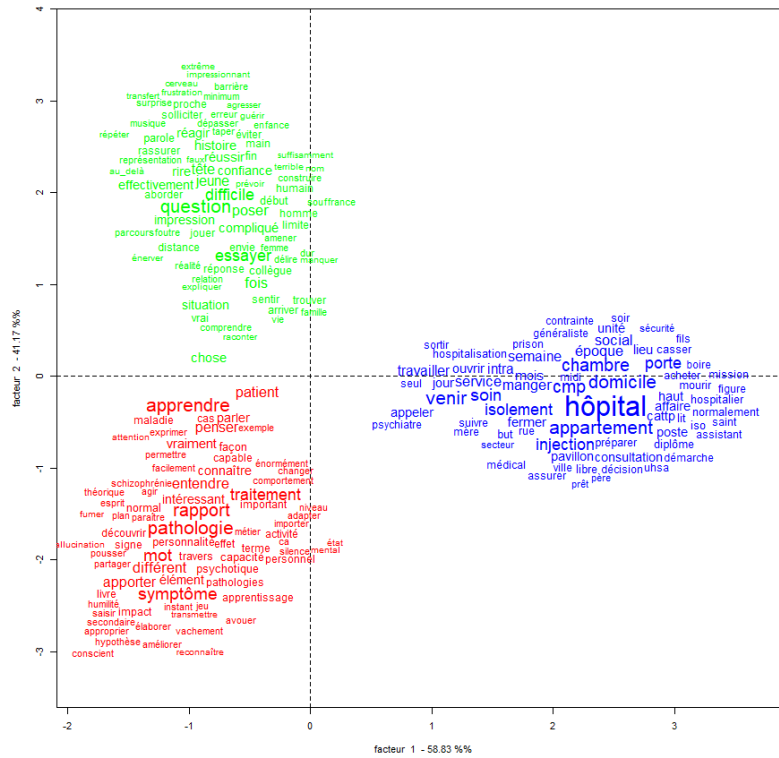


Figure 23 : Les trois « mondes lexicaux » issus de l’AFC

7.4.1.3 Un « monde lexical » biomédical

Notre analyse a fait apparaître trois « mondes lexicaux » en résonance avec le modèle biopsychosocial de G. L. Engel (1977).

Un « monde lexical » de la pathologie, du symptôme et du traitement

La classe 2, qui représente 35,3% des formes, renvoie, comme le suggèrent à première vue les extraits de CHD et d’AFC ci-dessous, au monde de la pathologie, du symptôme et du traitement.

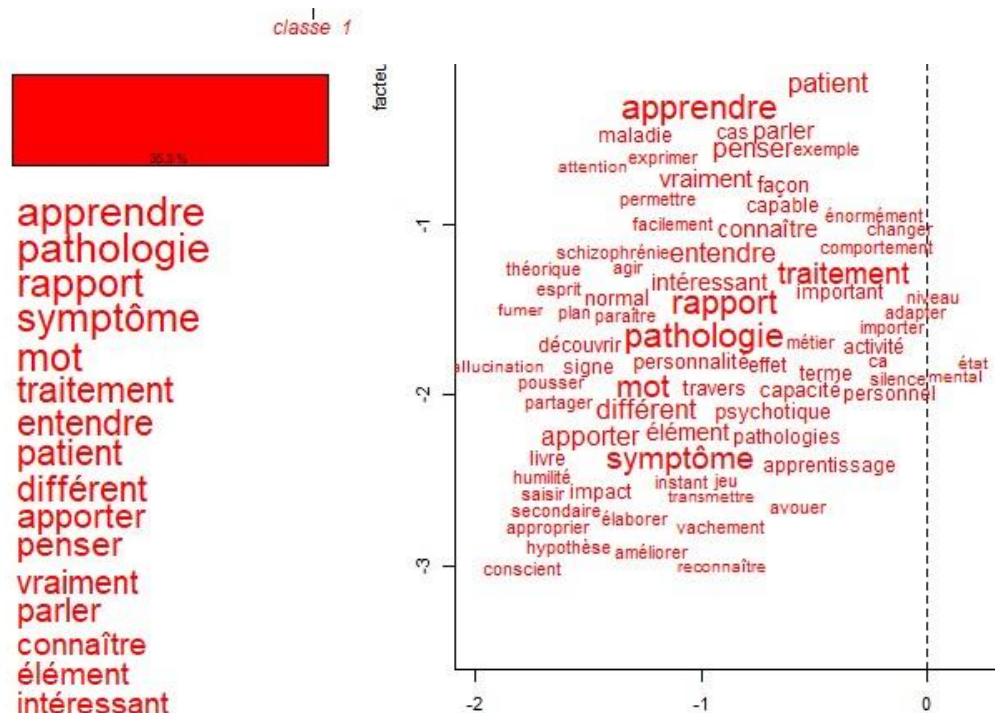


Figure 24 : Le 'monde lexical' biomédical

Afin de soumettre à l'épreuve de l'analyse nos premières impressions, nous avons sélectionné les lemmes présentant le χ^2 le plus élevé¹²⁰ car les plus caractéristiques de leur classe, auxquels nous avons associé les lemmes moins représentatifs mais proches par le sens, afin de montrer le poids de certains champs lexicaux.

Le discours de la classe 2, qui représente 35,3% des formes, est habité essentiellement par :
 - le champ lexical de la pathologie et de ses symptômes : « pathologie » ($\chi^2 = 77,52$), « pathologies » ($\chi^2=19,15$), « maladie » ($\chi^2=21,37$), « trouble » ($\chi^2=10,4$), « psychotique » ($\chi^2=26,46$), « schizophrénie » ($\chi^2=13,87$), « symptôme » ($\chi^2=69,52$), « signe » ($\chi^2=20,95$), « hallucination » ($\chi^2=11,34$), « voix » ($\chi^2=11,03$)

Nous constatons, par ailleurs, par l'observation du lemme en contexte, dans le concordancier que le lemme « entendre » ($\chi^2=55,33$) est utilisé fréquemment en lien avec l'entente de voix, dans une moindre mesure en lien avec la compréhension.

- le lemme « traitement » avec un χ^2 élevé ($\chi^2=58,59$)
- le champ lexical de la cognition : « apprendre » ($\chi^2=81,6$), « apprentissages » ($\chi^2=19,86$), « connaître » ($\chi^2=33,28$), « connaissance » ($\chi^2=7,87$), « mot » ($\chi^2=68,69$), « élaborer » ($\chi^2=14,69$)
- le champs lexical de l'observation : « observer » ($\chi^2=11,09$), « observation » ($\chi^2=6,76$), « hypothèse » ($\chi^2=12,85$).

Ce monde lexical présente ainsi des affinités avec le modèle biomédical du soin dont nous allons tenter de mettre en exergue les grandes caractéristiques ci-dessous.

¹²⁰ « La valeur du χ^2 (à un degré de liberté) exprime le coefficient d'association d'une forme lexicale à une classe calculé sur un tableau de contingence qui croise la présence/absence de la forme dans une uce et l'appartenance ou non de cette uce à la classe lexicale. » (Kalampalikis, 2005, p. 157) .

Grandes caractéristiques de l'approche biomédicale

Comme le souligne Niewiadomski, l'approche biomédicale repose principalement sur une observation des signes, filtrée par les cadres de référence, en vue de poser un diagnostic et de déterminer un traitement visant la disparition des symptômes:

l'action médicale [est] principalement basée sur les catégories du diagnostic, du pronostic et du traitement. Plus qu'une clinique de l'écoute, il s'agit avant tout d'une clinique du regard et de l'observation dans laquelle le discours du patient ne prend finalement sens que par rapport aux cadres de références du praticien. Il s'agit en effet d'objectiver les troubles que présente le patient en procédant par des liens d'inférence et de classification. Le signe clinique va ainsi se trouver rattaché à un syndrome pour orienter la mise en œuvre d'un traitement médical ou chirurgical supposé permettre la disparition ou l'allègement du symptôme. (Niewiadomski, 2009, p. 45)

En psychiatrie, dans une perspective biomédicale, le patient serait « lu » à l'aide de cadres de référence et son expérience personnelle, traduite en symptômes, selon Corin :

Lorsque la personne entre en contact pour la première fois avec les services psychiatriques, son expérience se trouve interprétée à partir du cadre de référence des professionnels responsables de sa prise en charge. De manière générale, son expérience personnelle est réduite à ses symptômes compris d'un point de vue biomédical. (Corin, 2001, pp. 11-12)

Les cadres de référence en psychiatrie, cadres internationaux, sont des nosologies descriptives classifiant les maladies psychiatriques en fonction de la description de symptômes. A l'heure actuelle, le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) ou la Classification internationale des maladies (CIM) semblent être les références les plus usitées. Le DSM, « bible de la psychiatrie » (Di Vittorio et al., 2013, p. 85) par exemple occupe dans la discipline une place centrale. A l'heure actuelle, il est

de plus en plus largement considéré comme un manuel scientifique de psychiatrie et il est enseigné comme tel dans de nombreuses universités. Une enquête réalisée en 2010 par l'OMS et portant sur près de 5 000 psychiatres dans 44 pays a montré que 83 % d'entre eux utilisent régulièrement soit le DSM-IV soit la CIM-10 (Reed et al., 2011). (Di Vittorio et al., 2013, p. 86)

En synthèse, dans le modèle biomédical :

- l'objectif du soin serait l'allègement voire la disparition des symptômes
- la compréhension du patient reposerait sur l'observation de ce dernier à partir d'un cadre de référence (par exemple, le DSM en psychiatrie) dans une visée diagnostique
- la modalité de soin privilégiée serait le traitement psychotrope

7.4.1.4 Un « monde lexical » psychologique

Un monde de la relation, de la réflexion, des états psychiques, de l'effort et de l'incertitude

Le discours de la classe 1, représente 35,1% des formes et pèse ainsi autant que celui de la classe 2, biomédicale.

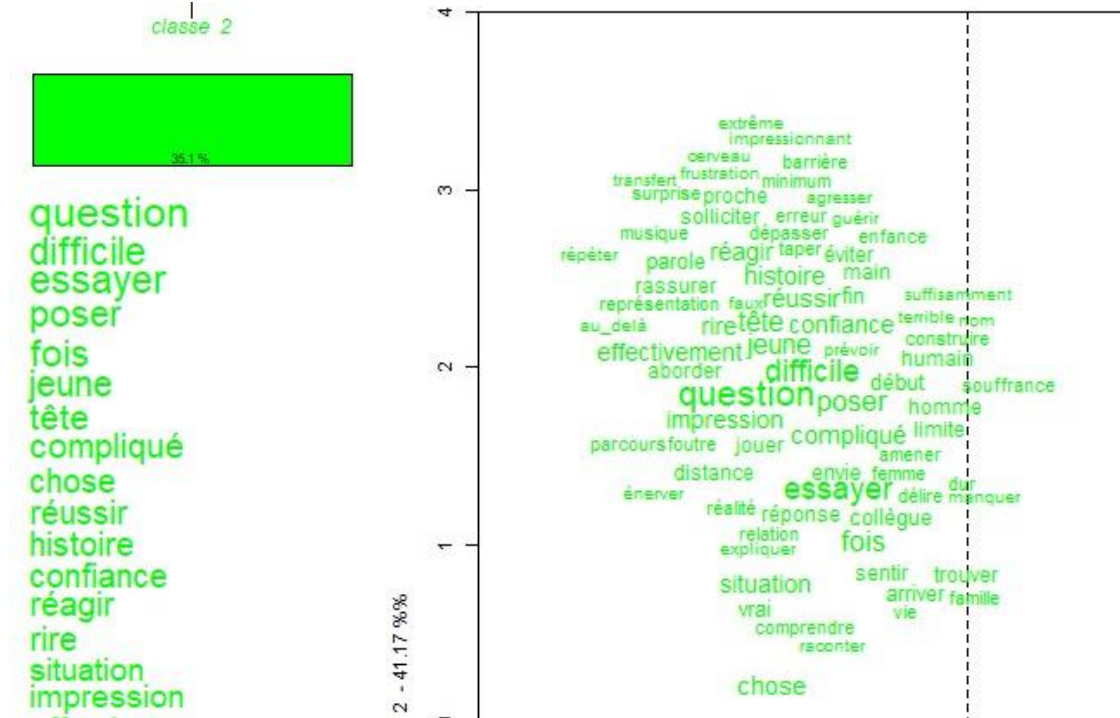


Figure 25 : Le ‘monde lexical’ psychologique

Le discours de la classe 1, représente 35,1% des formes et pèse ainsi autant que celui de la classe 2, biomédicale. Cette classe est habitée par :

- le champ lexical de la relation: les lemmes « poser » et « question » renvoient tout deux en partie à l’interaction du soignant et du patient dans laquelle des questions sont réciproquement posées. Viennent s’ajouter les lemmes suivants : « confiance » (chi2=34,03), « réagir » (chi2=33,48), « parole » (chi2=30,21), « rassurer » (chi2=22,89), « solliciter » (chi2=18,51), « distance » (chi2=18,45), « comprendre » (chi2=15,52), « relation » (chi2=13,64), « transfert » (chi2=11,09), « expliquer » (chi2=9,79), « raconter » (chi2=9,71), « approcher » (chi2=5,35), « écouter » (chi2=5,26). Nous avons vérifié dans le concordancier (qui montre l’utilisation du mot dans son contexte) que les lemmes étaient utilisés dans un contexte de relation : par exemple, « confiance » est utilisé dans le cadre de la relation de confiance, la confiance du patient envers le soignant et réciproquement et non en référence à la confiance en soi. De même « réagir » est utilisé pour les interactions humaines majoritairement et de rares fois dans le cadre d’une réaction au médicament. A l’inverse, nous avons exclu « proche » par exemple qui fait référence le plus souvent, dans le concordancier à un membre de la famille ou à une échéance (la sortie du patient etc.).
- la réflexion dans la relation : les lemmes « poser » et « question » renvoient également à la réflexion, celle du soignant et celle du patient. Le lemme « tête » (chi2=45,06) fait également référence en partie, à la réflexion des deux catégories de protagoniste.

- le ressenti : la « souffrance » (chi2=14,02) du patient, la « frustration » (chi2=11,09) du patient mais aussi du soignant, « impression » (chi2=31,86)
- le champ lexical de l'effort, de la difficulté et finalement de l'incertitude est un champ d'importance. Les lemmes y renvoyant ont un chi2 élevé : « essayer » (chi2=59,91), « compliqué » (chi2=43,8), « difficile » (chi2=61,35). Il est à relier selon nous à l'idée à au moins deux enjeux : un enjeu de construction d'une relation avec le patient et un enjeu d'un progrès du patient, contenus dans le lemme « réussir » (chi2=38,85). Il fait écho au lemme « échec », moins présent (chi2=7,89).
- les personnes : « jeune » (chi2=48,87), « humain » (chi2=22,89) qui renvoie en partie à l'être humain mais aussi à une relation empathique, « homme » (chi2=18,89), « femme » (chi2=17,62)
- la vie des personnes (des patients principalement) : « histoire » (chi2=37,9) « enfance » (chi2=13,24), « vie » (chi2=12,39)

Ce monde lexical est ainsi celui de la relation, de la réflexion, des états psychiques, de l'effort et de l'incertitude. Il semble nous renvoyer, en opposition au monde biomédical, à la dimension psychologique du soin en psychiatrie.

Grandes caractéristiques de l'approche psychologique

L'approche psychologique du soin en psychiatrie considère « la psychothérapie, en tant que « traitement psychique » (Freud, 1890), traitement de l'esprit par l'esprit » (Brusset, 2005 p. 117). Et comme le souligne Gougoulis,

La psychothérapie est au cœur de la pratique psychiatrique dans la mesure où la relation et les échanges entre le psychiatre (ou le professionnel de santé mentale) et le patient, quels que soient les moyens qui, au sein de cette relation, seront utilisés pour parvenir à un changement psychique, sont à la base de toute thérapeutique (Gougoulis et al., 2012, p. 1030).

Un objectif de réduction de la souffrance

Selon Duruz, malgré les nombreuses divergences des psychothérapies, ces dernières auraient en commun un objectif de réduction de la souffrance :

Quant aux buts des psychothérapies, nous sommes confrontés également à une pluralité de conceptions du changement, découlant des différentes théorisations des troubles psychiques. En d'autres termes, chacune des approches prétend modifier un aspect spécifique du fonctionnement psychique (Duruz, 1994). Toutefois, des essais de modélisation du changement en psychothérapie et des études empiriques ont mis en évidence l'imbrication et les relations étroites entre les différents niveaux du fonctionnement psychique. L'ensemble des changements spécifiques et les modifications collatérales qu'ils induisent font tendre les psychothérapies vers un but commun et général, la diminution de la souffrance (Duruz, 1994). (Sahli et al., 2006, p. 169)

L'établissement d'une relation de parole, intersubjective et empathique

Brusset à son tour identifie dans son ouvrage, *Les psychothérapies*, quelques grandes caractéristiques communes des pratiques psychothérapeutiques : « la plupart des psychothérapies se définissent par trois grands paramètres diversement valorisés : la relation intersubjective, la perception empathique du patient par le thérapeute, la parole » (Brusset,

2005, p. 123).

Le soignant, afin de permettre l'établissement d'une relation de parole intersubjective, réalise un travail sur sa posture qui passe par une absence de jugement, le secret, une attitude de disponibilité :

La condition nécessaire est l'établissement d'une relation de parole dans un contexte de confiance. Le patient peut parler de soi en vérité, parce que le thérapeute ne porte pas de jugement, garde le secret et maintient une attitude de disponibilité, faute de quoi toute technique serait vaine (même si, comme la suggestion hypnotique, elle produit des effets à court terme) (Brusset, 2005, pp. 117-118).

L'empathie favorise, par ailleurs, la compréhension et la relation intersubjective : « L'empathie du thérapeute, comme moyen de perception de l'autre en se mettant à sa place et en raisonnant de sa place, a pour condition et pour effet la relation intersubjective » (Brusset, 2005, p. 118).

Un travail d'investigation à visée compréhensive

L'établissement de cette relation intersubjective et empathique facilite alors un travail d'investigation à visée compréhensive : « une finalité spécifique d'investigation et d'écoute qui a des effets propres et que prolongent ou non des interventions compréhensives, explicatives ou interprétatives. » (Brusset, 2005). L'approche psychologique vise en effet « la recherche du sens des symptômes » (Sahli et al., 2006, p. 171).

En synthèse, dans l'approche psychologique :

- l'objectif du soin serait d'abord, l'allègement de la souffrance
- la compréhension du patient reposerait sur une investigation compréhensive
- la modalité de soin privilégiée serait l'établissement d'une relation de parole intersubjective et empathique, permettant la confiance et passant par un travail du soignant sur sa posture

3.4.1.5 Un « monde lexical » psychosocial

Un « monde lexical » de la psychiatrie dans la cité

Enfin, le troisième « monde lexical », par le poids, 29,6 % des formes, fait référence selon nous au monde de la psychiatrie « concrète » dans l'environnement de la cité.

Grandes caractéristiques de la psychiatrie sociale

Une volonté de maintenir les personnes dans la cité

La psychiatrie sociale évoque tout d'abord une modalité organisationnelle d'accompagnement des personnes, la « psychiatrie dans la cité », psychiatrie communautaire ou de secteur née de la circulaire du 15 mars 1960, dont les principes fondateurs sont :

traiter à un stade aussi précoce que possible, assurer une post-cure évitant les récives, séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu, accueillir tous les malades d'une zone géographique limitée – le tout, par une même équipe soignante disposant d'institutions variées (Bonnet & Arveiller, 2012, p. 184).

En d'autres termes, elle exprime « globalement la volonté de soigner dans le milieu de vie des patients » (Demailly et al., 2012, p. 174).

Un soin psychique qui s'appuie sur l'environnement

En tant qu'approche soignante, la psychiatrie sociale est définie comme : « un soin psychique qui intègre et utilise la dimension environnementale de la personne et les interactions qu'elle peut développer avec elle dans un milieu soignant aménagé ou dans son milieu naturel de vie » (Bonnet & Arveiller, 2012, p. 180)¹²¹. La psychiatrie sociale résonne en cela avec le cadre thérapeutique, instrument clé du soin, que Racamier définit comme : « Un lieu, des temps, des règles et des seuils. Des personnes, un objectif, une ambiance, et surtout une conception » (Racamier, 2001, p. 33). Elle fait écho également à la psychiatrie institutionnelle pour laquelle le soin au patient passe par le soin de l'institution attribuant ainsi à cette dernière un pouvoir soignant.

Des rythmes sociaux réorganiseurs de la vie psychique

Selon Kecskeméti, les rituels du cadre contribuent au rétablissement psychique du patient : « la régularité des repas fait également partie d'une logique de réorganisation d'une vie somatopsychique souvent perturbée chez les patients admis en psychiatrie » (Kecskeméti, 2003, p. 137). La pathologie désorganiserait psychiquement le patient et la réorganisation de sa psyché nécessiterait l'instauration de rythmes :

le rite, en soi, revêt des vertus thérapeutiques, ce qui est sans doute à relier avec le fait que la maladie mentale apparaît à nos yeux comme une « décompensation » ou une « désorganisation » (alors qu'il serait tout aussi fondé de considérer une forme pathologique donnée comme une forme d'organisation) (Kecskeméti, 2003, p. 142).

La sociothérapie pour une réappropriation des comportements sociaux

Enfin, la sociothérapie, au vu de son objectif d'adaptation sociale peut être reliée à la psychiatrie sociale :

¹²¹ On perçoit, dans cette définition, l'entrelacement des dimensions psychologiques et sociale.

La sociothérapie a pour objet la socialisation, c'est-à-dire l'appropriation des comportements nécessaires à une bonne adaptation sociale. Elle vise le rétablissement des relations interpersonnelles requises pour cette adaptation sociale ou, plus simplement, le développement des capacités sociales du sujet [...] L'objectif du soutien [...] est de permettre au patient, quelles que soient sa personnalité et sa pathologie, de mener une existence autonome. Il n'y a donc pas recherche de transformation de sa personnalité mais, plutôt, amélioration de son adaptation au milieu (Merkling, 2017, p. 152).

Ainsi, des activités domestiques aussi bien que de loisirs entrent dans le champ de la sociothérapie :

elle regroupe toutes les activités à visée autonome qu'on peut proposer au patient pendant son hospitalisation. Par exemple, depuis les plus simples activités d'entretien personnel comme l'ordre en chambre, la toilette, la lessive, le repassage, en passant par les activités de loisirs comme le cinéma, les joutes sportives, le loto, les fondues, les concerts, jusqu'à des activités plus exigeantes, telles que la reprise et l'administration de ses propres affaires, généralement avec l'aide du service social » (de Perrot, 2004, pp. 267-268).

Un rapport du patient au cadre de soin, signifiant

Dans une approche du soin s'appuyant sur l'environnement, les interactions du patient avec ce dernier deviennent signifiantes. Pour Racamier, le cadre est « un modèle exemplaire de cette association du symbolique et du concret » (Racamier, 2001, p. 52). Dans cette perspective, les transgressions du cadre sont des signes de la vie psychique du patient qui doivent être interprétés par le soignant :

on ne s'arrêtera pas tout bêtement aux repères que nous donnent à voir les dépassements des lignes qui sont virtuellement dessinées par les règles de cure et de vie : ce qui nous intéresse, c'est ce qu'ils indiquent ; ce sont des indices ; ces traces nous mettent sur la piste des processus psychiques en mouvement ; en nous indiquant ces pistes, ils nous aident à les montrer au patient. [...] L'indice est là. C'est comme si le patient frappait à la paroi du cadre. Il frappe sans savoir ce qu'il veut dire. Si c'est à lui de frapper, c'est à nous de l'entendre. A nous de comprendre. A nous de le dire et de répondre ; de le mettre en forme et en mots : c'est à partir du cadre que l'on remonte à l'intrapsychique (Racamier, 2001, p. 65).

L'absence à la distribution du traitement par exemple est signifiante : « absence contestataire (refus du traitement), absence comme signe d'une demande agie particulière à l'égard de l'équipe, qu'il convient de décoder [...] » (Kecskeméti, 2003, p. 137).

En synthèse, dans le modèle psychosocial :

- l'objectif du soin serait d'abord, de maintenir des patients autonomes dans la cité
- la compréhension du patient reposerait principalement sur l'interprétation du rapport du patient au cadre de soin ou de façon plus générale, à son environnement
- les modalités de soin privilégiées s'appuieraient sur l'environnement du patient et passeraient notamment par la (ré)introduction des rythmes sociaux et la réalisation d'activités « sociales » (sociothérapie) pour une réappropriation des comportements sociaux et le développement de l'autonomie.

7.4.1.6 Synthèse des caractéristiques clés des modèles biomédical, psychologique et psychosocial

Sont apparus trois « mondes lexicaux » pouvant être rapprochés des modèles biomédical, psychologiques et social, au vu des caractéristiques clés identifiées dans la littérature. Ces trois modèles peuvent être différenciés à l'aide de trois dimensions apparues à l'issue de l'analyse lexicométrique et de la littérature : l'objectif du soin, les modalités de compréhension du patient et les modalités de soin. Nous rassemblons dans le tableau ci-dessous les caractéristiques clés des trois modèles, organisés selon les trois dimensions sus-citées :

	APPROCHE BIOMEDICALE	APPROCHE PSYCHOLOGIQUE	APPROCHE PSYCHOSOCIALE
Objectif du soin	L'allègement voire disparition des symptômes	La réduction de la souffrance	Maintenir un patient autonome dans la cité
Modalité de compréhension du patient	Observation à partir d'un cadre de référence (ex : DSM) Diagnostic	Investigation compréhensive dans la relation avec le patient	Un rapport à l'environnement/au cadre de soin, signifiant
Modalités de soin	Traitement psychotrope	Etablissement d'une relation intersubjective	Utilisation de l'environnement/ cadre de soin : ré)introduction des rythmes sociaux et la réalisation d'activités « sociales »

Tableau 8 : Synthèse des caractéristiques des approches biomédicale, psychologique et psychosociale issue de l'analyse lexicométrique et de la littérature

7.4.1.7 Des approches intriqués : des soignants entre approches biomédicale, psychologique et sociale

Il va de soi cependant que ces trois approches s'interpénètrent comme le suggère le modèle biopsychosocial de G. L. Engel (1977) développé à la fin des années des années 70 et défini comme « un concept de la maladie plus englobant que celui du modèle biomédical prévalant » (Siksou, 2008, p. 53). Plus précisément, dans le modèle biopsychosocial, toutes les dimensions de l'être humain sont prises en compte avec

une représentation de l'être humain dans laquelle les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont considérés comme participant simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie. Aucune de ces trois catégories de déterminants de la santé ne se voit accorder de prépondérance a priori (même si l'on conçoit que leur importance relative puisse varier). Le modèle biopsychosocial est donc un élargissement du modèle biomédical : les facteurs biologiques y gardent toute leur place. Il ne s'agit pas d'une conception psychologique ou psychiatrique – ni sociologisante – de la maladie (Berquin, 2010, p. 1512).

Par ailleurs, comme Nicolas Duruz le souligne, si les psychothérapies tendent vers une finalité commune qui est la diminution de la souffrance, elles ne s'en s'appuient pas moins sur plusieurs valeurs à caractère social :

cette finalité s'appuie en outre sur la promotion d'un certain nombre de valeurs. Plusieurs de ces dernières, comme par exemple l'autonomisation, sont porteuses d'un caractère social. La reconnaissance d'une visée plus large, dépassant le cadre des buts spécifiques, ainsi que l'introduction d'une notion de valeurs de société sous-tendent le fait que les psychothérapies ont également une finalité sociale (Duruz, 1994). (Sahli et al., 2006, p. 169)

De même, dimension biomédicale et psychosociale sont imbriquées du fait de que les classifications du DSM s'appuient sur l'observation de comportements sociaux notamment. Enfin, le cadre thérapeutique ou de soin que nous avons rattaché à une approche sociale du soin est également utilisé en psychothérapie.

Par ailleurs, comme le suggère l'AFC ci-dessous, les infirmiers tendent à « habiter », dans le cadre de leurs discours durant les entretiens, de façon plus ou moins marquée, l'un ou l'autre des « mondes lexicaux » identifiés : Julie par exemple ressort dans le monde vert, identifié comme psychologique, Jean-Luc, Corinne et Séverine, « occupent » le monde psychosocial, en bleu et Jeanne et Christophe, le monde biomédical, en rouge. De plus, la proximité avec l'intersection des deux axes indique que le discours est un mixte des trois « mondes lexicaux ».

Autre fait observable ici est que le monde psychosocial est majoritairement occupé par des infirmiers diplômés avant 1995 (P_A95) et exerçant en extrahospitalier, que le monde biomédical est surtout représenté par des infirmiers diplômés entre 1995 et 2011 (P_9511) et que le monde psychologique est représenté surtout par des infirmiers diplômés après 2012 (P_P12).

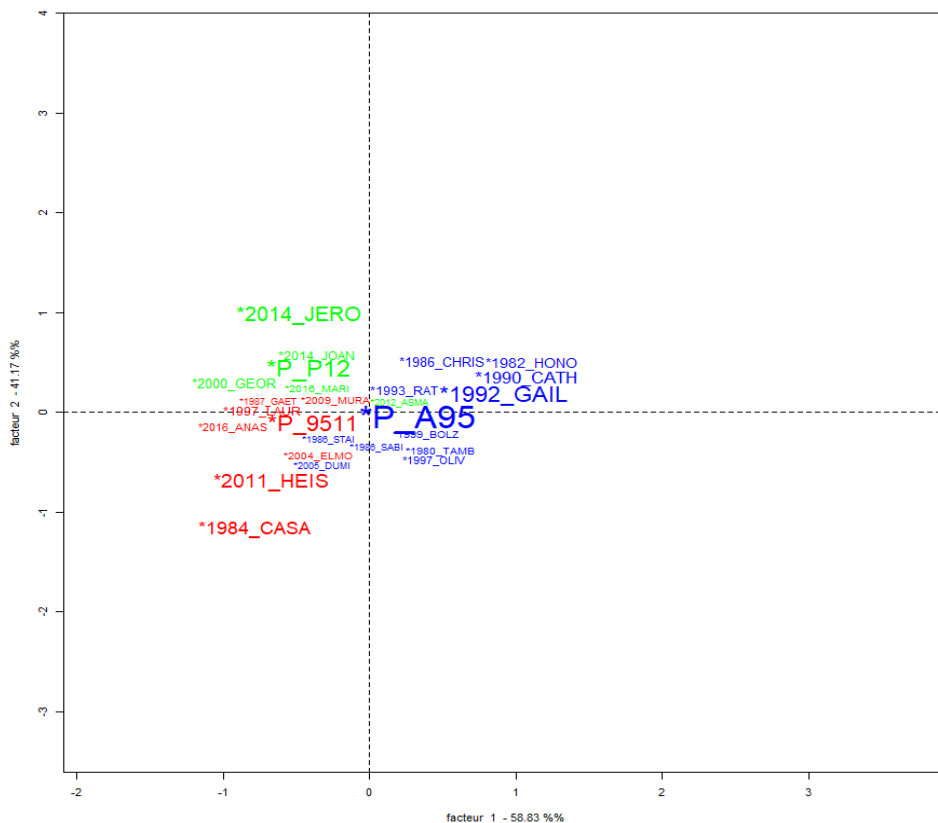


Figure 27 : Représentation des infirmiers en psychiatrie interviewés, caractérisés par leur diplôme, à l'issue d'une AFC

7.4.1.8 Conclusion

Sont apparus, à l'issue d'une analyse lexicométrique supportée par une analyse de la littérature, trois « mondes lexicaux » pouvant être rapprochés des modèles biomédical, psychologique et psychosocial. S'en est suivie la production d'un tableau synthétisant des caractéristiques distinguant des approches biomédicale, psychologique et sociale. Conscients de l'intrication de toutes les dimensions du soin, biologique, psychologique et sociale, les résultats de l'analyse lexicométrique nous conduisent à penser néanmoins que chacun de ces modèles habite les infirmiers de façon plus ou moins forte et peut influencer la nature des AT perçus. Par conséquent, dans la perspective de la réalisation d'un questionnaire reposant sur des items reprenant ou fortement inspirés des discours des infirmiers, et permettant de déterminer ces tendances, nous nous proposons d'étayer ces premières conclusions avec une analyse de contenus.

7.4.2 Manifestations des genres professionnels bio, psycho, social dans les entretiens

Après une analyse lexicométrique utilisée en quelque sorte comme une démarche d'archéologie aérienne préalable aux fouilles sur le terrain, nous appuyant par ailleurs sur les dimensions et caractéristiques des approches biomédicale, psychologique et sociale identifiées dans la littérature, nous nous proposons d'étayer nos premiers résultats avec d'autres éléments

de discours issus d'une analyse de contenu des entretiens. Après avoir explicité le cadre conceptuel retenu, des genres professionnels et notre méthode de recueil, nous mettrons en exergue les manifestations d'un genre professionnel plutôt biomédical, puis celles d'un genre plutôt, psychologique, enfin, celles d'un genre plutôt social.

7.4.2.1 Des représentations professionnelles aux genres professionnels

La notion de « monde lexical » issu de l'analyse lexicométrique recoupe les concepts de représentation sociale comme le souligne Reinert (1993) et par conséquent, de représentation professionnelle (Blin, 1997), mais aussi de genre professionnel (Clot & Faïta 2000).

Les représentations professionnelles

Les représentations professionnelles, représentations sociales spécifiques (Bouyssières & Mulin, 2013) sont ainsi définies par Blin :

Les représentations professionnelles, toujours spécifiques à un contexte professionnel sont définies comme des ensembles de cognitions descriptives, prescriptives et évaluatives portant sur des objets significatifs et utiles à l'activité professionnelle et organisés en un champ structuré présentant une signification globale. (Blin, 1997, p. 89)

Les « objets significatifs et utiles à l'activité professionnelle » concernent trois dimensions : fonctionnelle, qui renvoie à la pratique (objets susceptibles d'être activés dans l'exercice de l'activité professionnelle), contextuelle (cadre des activités, organisation, institution) et identitaire (missions, compétences, qualités, motivations) (Blin, 1997, p. 91). Les représentations professionnelles sont composées de trois types de cognitions qu'il est possible d'identifier dans les discours.

Afin de pouvoir prendre en compte d'autres éléments du discours pertinents pour l'étayage des mondes lexicaux identifiés, nous avons recherché des cadres conceptuels plus larges.

Le genre professionnel

Le genre professionnel est défini par Clot comme la recreation de la tâche professionnelle par un collectif, intercalé entre le sujet et l'organisation du travail : « un travail de réorganisation de la tâche par les collectifs professionnels, une recreation de l'organisation du travail par le travail d'organisation du collectif » (Clot & Faïta, 2000).

Il est constitué de manières de faire et de dire propres à milieu professionnel donné :

Le genre d'activité professionnelle peut donc se définir comme l'ensemble des manières de faire et de dire d'un milieu professionnel ; c'est la manière dont un collectif de travail a traduit les prescriptions pour les adapter aux conditions réelles de travail. C'est un intercalaire culturel entre la tâche collective et l'activité personnelle (Yvon & Veyrunes, 2013).

Clot et Faïta voient également dans le genre professionnel un « prétravaillé social » tacite (Clot & Faïta, 2000, p. 13) composé d'un savoir, d'attentes, de « choses » que l'on aime ou que l'on craint, de « captation d'informations », de « mise en relation » propres à un milieu professionnel :

Le genre est en quelque sorte la partie sous-entendue de l'activité, ce que les travailleurs d'un milieu donné connaissent et voient, attendent et reconnaissent, apprécient ou redoutent ; ce qui leur est commun et qui les réunit sous des conditions réelles de vie ; ce qu'ils savent devoir faire grâce à une communauté d'évaluations présupposées, sans qu'il soit nécessaire de respecifier la tâche chaque fois qu'elle se présente. (Clot & Faïta, 2000)

Ces manières de faire, de dire s'expriment généralement par un

discours en « on » ou discours du générique, [qui] épouse plus ou moins étroitement ce que l'on a qualifié plus haut de genre comme instrument collectif de l'action. L'opérateur restitue son travail point par point, séquence par séquence. L'image se réduit alors à une simple illustration. (Clot & Faïta, 2000, p. 27)

En résumé, nous comprenons le genre professionnel comme un présupposé tacite collectif composé de manières de faire, de dire, mais aussi de savoirs, d'attentes, de « choses » que l'on aime ou que l'on craint, de « captation d'informations », de « mise en relation » préfabriquées propres à un milieu professionnel donné. A l'instar de Bouyssières et Mulin (2013) pour qui les représentations professionnelles peuvent être vues comme des principes organisateurs des genres professionnels, nous comprenons que le genre professionnel peut être vu comme englobant la notion de représentations professionnelles.

7.4.2.2 Démarche d'identification des différents genres professionnels

Nous avons réalisé le travail d'identification des trois genres professionnels en deux temps : un temps de repérage de phrases et « morceaux de texte » en lien avec les différentes approches bio, psycho, sociale, et un temps de caractérisation de ces éléments à l'aide du cadre conceptuel apporté par les représentations professionnelles et le genre professionnel.

Repérage des phrases contenant les mots clés des approches bio, psycho, sociale

Nous avons repris les mots les plus représentatifs de chacun des « mondes lexicaux », bio, psycho, social, en lien avec des objets pertinents du métier précédemment identifiés (l'objectif du soin, les modalités de compréhension du patient et les modalités de soin) et, à l'aide du concordancier d'Iramuteq, avons recueilli les phrases (segments de textes) dans lesquels ils s'inséraient. Lorsque l'information entourant ces mots était insuffisante, une recherche des mots clés était réalisée directement dans nos entretiens.

Nous avons alors analysé ces phrases à l'aide du cadre conceptuel.

Identification des cognitions descriptives, prescriptives, évaluatives

Selon Flament (1994), les cognitions descriptives sont repérables par l'utilisation de termes descriptifs, les cognitions prescriptives par des introductions telles que « il faut », « on peut » et les cognitions évaluatives « correspondent à la manière dont les acteurs évaluent certains objets signifiants de leur pratique » (Blin, 1997, p. 88).

Aussi, reconnaitrons-nous :

- les cognitions descriptives à des introductions telles que : « c'est un, une... »,
- les cognitions prescriptives : « il faut... », « on peut... »

- les cognitions évaluatives : « c'est important, utile/inutile, facile/difficile, bien/pas bien ... » ou encore, « je valorise...»

Identification des éléments propres au genre professionnel

Nous retiendrons, des définitions des genres professionnels de Clot et Faïta, les éléments suivants : les manières de faire, de dire, les savoirs, attentes, les attraits et les appréhensions. Par ailleurs, le genre professionnel, concept particulièrement englobant, nous semble pouvoir accueillir, des interprétations en lien avec leur activité professionnelle.

Ainsi, nous pourrions reconnaître :

- les manières de faire, de dire : à la description du comment on réalise une activité, introduite par exemple par, « on fait », « on dit... ».
- les savoirs de référence du genre : à la référence à des connaissances introduites éventuellement par « nous savons... », « il y a.... »
- des interprétations : à l'établissement de liens tacites entre une observation et des connaissances, dans le discours.
- les attentes : grâce à des introductions telles que : « ce que j'attends, ce que j'espère, ce que j'escompte, c'est ...» .
- l'attrait pour un aspect du métier ou l'appréhension d'évènements professionnels : par des introductions telles que : « ce que j'aime, ce que j'apprécie... », « ce que je redoute, crains ... ».

7.4.2.3 Des manifestations d'un genre professionnel plutôt biomédical

Le genre professionnel biomédical des soignants se manifeste ainsi à travers des références à des objets clés de l'activité professionnelle plus particulièrement associés à sa dimension biomédicale, tels que : l'observation du patient, le « tableau des symptômes », la compétence de diagnostic, le traitement médicamenteux, la compliance du patient au soin et enfin, les pathologies. Il apparaît également à travers des discours sur ces objets sous forme de cognitions descriptives, prescriptives et évaluatives et de descriptions de manières de faire, la référence à des savoirs, à des attentes et des attraits.

L'observation du patient : une nécessité et une activité quotidienne

Dans les discours des soignants, le travail d'observation du patient apparaît comme une part importante du soin, nécessaire pour accéder à la connaissance du patient.

Pour Leïla, l'observation apparaît comme une nécessité pour connaître le patient : « En tout cas, il faut se donner un temps d'observation pour connaître le patient et ça euh ouais, on ...avant de pouvoir le prendre en charge. » (cognition prescriptive)

Comme le souligne Justine, il est important de prendre le temps de l'observation des comportements, des signes non-verbaux du patient pour s'informer de son état du moment :

je pense aussi que c'est important dans notre journée de travail d'avoir du temps, juste pour observer les patients. Aller papoter un peu avec lui pour voir si ça va, ben elle, elle a le visage un peu fermé, elle fume plus que d'habitude, c'est vraiment de l'attention constante en fait, alors souvent on a l'impression qu'on fait rien, après on peut ne rien faire je pense que c'est

pas voilà, mais rien que d'observer le patient nous apprend déjà beaucoup de choses, voir ce qu'il fait, la gestuelle, je vous ai dit s'il fume plus que d'habitude ou s'il ne fume plus du tout. » (cognition évaluative)

Pour Emma, l'observation associée aux discussions appartient au travail quotidien du soignant et permet de recueillir des données pour la détermination du traitement :

C'est notre travail au quotidien en fait, l'observation du patient, les discussions avec le patient, les entretiens avec le patient qui font que on a des éléments à apporter au psychiatre qui lui n'est pas là au quotidien dans les services à observer les patients et c'est ce qui fait que le psychiatre il s'appuie sur ça, il va faire passer un entretien et c'est suite à ça qu'on augmente le traitement, qu'on diminue le traitement ou qu'on arrête le traitement. (cognition descriptive)

Enfin pour Sandra, l'observation et l'écoute, au cœur de son rôle d'infirmière, s'apparentent à un examen attentif du patient : « Le chercheur : Est-ce que vous pouvez me dire ce que c'est pour vous d'être infirmière en psychiatrie ? Sandra : « Principalement de l'écoute et de l'observation. Ouais, enfin pour moi l'écoute c'est de l'observation parce que ça peut être verbal comme non-verbal et l'observation c'est non verbal [...] » (cognition descriptive)

Le « tableau des symptômes » : un savoir de référence

Dans les discours, le tableau des symptômes est présent, en toile de fond, comme grille de lecture des patients.

Justine fait référence ici à l'usage du tableau clinique : « Y a un tableau clinique, voilà y a des patients qui rentrent parfaitement dans le tableau clinique d'ailleurs les médecins nous le disent, lui c'est le tableau clinique parfait ». (savoir de référence)

Leïla fait également référence à ce tableau et à ses limites : « Il y a le tableau des symptômes de la maladie mais il y aussi comme chaque patient le manifeste. » (savoir de référence)

La compétence de diagnostic : entre pratique et valorisation

Bien que la réalisation d'un diagnostic relève de la compétence du psychiatre, les infirmiers deviennent, avec l'expérience, capables de reconnaître les différentes pathologies. Ainsi, dans les discours, certains infirmiers évoquent une pratique de diagnostic.

Pour Louise, les infirmiers font leur diagnostic : « je pense qu'à partir du moment où on commence à travailler en psychiatrie, c'est quand on a une entrée, on fait notre diagnostic, on sait quelle pathologie il a. » (manière de faire ; cognition évaluative)

Pour Christophe, avec l'expérience, les infirmiers deviennent capables d'hypothèses diagnostiques valables :

On arrive à conceptualiser euh, plus facilement, au moment one de l'instant T, le comportement, on arrive à mieux évaluer et à conceptualiser le, la situation clinique d'un patient, en fonction de ce qu'on a vu dans le passé et de ce qu'on appris ici [...] Quand un psychiatre nous évoque, je vais pas dire, tel ou tel diagnostic, un moment clinique du patient, on tombe pas des nues, le patient on le connaît, des fois on a des hypothèses diagnostiques qui sont tout à fait recevables. (manière de faire ; cognition évaluative)

Pour Jeanne, l'attention du soignant portée à ses propres émotions est importante car elle aide au diagnostic :

Je pense que c'est important dans mon métier d'être attentif aux émotions, au ressenti face à un patient parce que déjà, ça aide au diagnostic... parce que mine de rien, toutes les idées, toutes les sensations qu'on peut avoir en tant qu'être humain face à un autre être humain, ça peut aider au diagnostic.(cognition évaluative)

Le traitement médicamenteux : une pratique de soin, un objectif et l'instrument du retour à la réalité

Dans une approche biomédicale, le diagnostic issu de l'observation clinique va permettre de déterminer un traitement afin de réduire ou faire disparaître les symptômes et d'ailleurs selon Corin, en psychiatrie, le traitement médicamenteux constitue le soin par excellence : « Dans la grande majorité des cas, la médication psychotrope se pose comme une voie incontournable. Ainsi la pratique psychiatrique se réduit-elle de plus en plus à déterminer un diagnostic afin de prescrire la médication la plus adéquate » (Corin, 2001, p. 5).

Dans leurs discours, les infirmiers font référence à un soin tourné vers le traitement médicamenteux. Cette dimension biomédicale du soin s'exprime à travers un objectif d'allègement voire de disparition des symptômes, une attente d'adhésion du patient au traitement et une représentation du traitement comme l'instrument du retour à la réalité et à la normalité.

« Faire taire » les symptômes à l'aide du traitement : une pratique de soin

Dans le discours de certains soignants, faire taire les symptômes ou « casser le délire » apparaît comme une pratique de soin.

Selon Hélène, les soignants s'attachent, en général, à faire taire les voix par exemple : « C'est vrai que nous, en tant que soignants, on s'intéresse à faire taire la voix ou à leur faire reconnaître que c'est une hallucination. » (manière de faire)

Justine regrette que les soignants n'aillent au-delà de l'administration du traitement :

Vous savez parfois, quand les patients ils viennent en psychiatrie, ils sont délirants tout ça, on leur donne un traitement symptomatique, donc ils délirent c'est un problème, pourquoi c'est un problème parce qu'il peut pas s'insérer dans la société de tous les jours parce qu'il délire, on va « casser le délire » d'accord, mais pourquoi il délire et pourquoi il déprime et pourquoi il est en burnout et ça c'est des questions que je me pose beaucoup et des fois je me dis pourquoi on traite la forme mais pas le fond. (manière de faire)

Son témoignage résonne avec Corin pour qui

une perspective essentiellement biomédicale considère inutile de tenir compte de l'expérience de la personne et d'obtenir sa collaboration afin de comprendre ses symptômes et de travailler sur eux en discutant avec elle (Fowler et al., 1999). On tend ainsi à évacuer, tant dans le processus diagnostic que dans le traitement, les aspects de l'expérience subjective qui dépassent le cadre des symptômes (Corin, 2001, p. 5).

L'adhésion au traitement : un objectif de l'infirmier

L'adhésion du patient au traitement est ainsi nécessaire à l'objectif de disparition des symptômes. Elle constitue ainsi une attente soignante.

Pour Hélène, les soignants en général ont pour objectif que le patient adhère au traitement et se l'approprie : « On est très très axés sur euh, du fait que le patient adhère à un traitement, reconnaisse l'efficacité d'un traitement, se l'approprie et tout ça. » (attente du soignant)

Cet objectif apparaît également dans le discours de Christophe :

Ben le travail du patient, c'est-à-dire que le patient adhère aux soins, c'est ça, c'est son adhésion aux soins, c'est beaucoup plus facile de prendre en charge un patient qui adhère aux soins qu'un patient qui vous dit moi je ne suis pas malade, moi je vais pas faire ci, je vais pas faire ça, ça devient très compliqué. (attente du soignant)

Pour Paula également, des aménagements peuvent être faits avec les règles, du moment que le patient prend son traitement : « c'est ça l'objectif principal [...] ça va être de faire accepter au patient qu'il prenne son traitement, c'est ça. Même si on a 1H30 de décalage, quelle importance ? » (cognition évaluative)

Le traitement médicamenteux : l'instrument du retour à la réalité et à la normalité

Le traitement médicamenteux semble être considéré comme le moyen incontournable dans le retour du patient à une certaine normalité pour plusieurs soignants.

La prise du traitement marque la reconnexion du patient avec la réalité pour Paula :

Ya deux facettes, ya la phase aigüe où voilà, la personne n'est plus dans son état normal, n'est plus dans la normalité et déconnectée de la réalité et après, petit à petit grâce au traitement, grâce au travail de l'équipe euh la personne qui retrouve pieds sur terre et qui est reconnectée à la réalité. (cognition descriptive)

Le traitement stabilise le patient et lui permet de retrouver un « semblant de normalité » d'après Julie : « [...] quand ils prennent leur traitement ils peuvent se stabiliser ils peuvent avoir un semblant de vie semblant de normalité. » (cognition descriptive)

Notons enfin que le traitement médicamenteux est un soin qui distingue l'infirmier de l'éducateur pour Jeanne, il semble ainsi être porteur d'une fonction identitaire :

Mais du coup, les psychopathes, est-ce qu'ils relèvent de la psychiatrie franchement ? Il y a pas de médicaments, il y a rien à faire. Nous, au niveau médical et paramédical, on peut pas faire plus qu'un éducateur, que quelqu'un à l'extérieur en fait. On n'apporte rien. (cognition descriptive)

La compliance du patient au soin : un comportement valorisé

Ainsi, la compliance du patient au soin est valorisée par certains soignants comme Christophe :

On essaye de, enfin ici les patients viennent en service libre donc à priori ils sont coopérants mais pour des patients psychotiques même parfois névrotiques il y a toujours une certaine ambivalence par rapport aux soins, c'est à dire qu'ils sont d'accord pour être hospitalisés mais les soins, c'est encore autre chose euh, comment je pourrais dire. Oui on valorise le fait qu'ils soient compliants aux soins. [...] Le fait qu'ils soient compliants aux soins, coopérants c'est qui rend les choses plus faciles pour établir une relation de bonne qualité j' dirais. (cognition évaluative)

De même, Lina évalue positivement l'adhésion au soin du patient qui facilite le travail :

Ben le travail du patient, c'est-à-dire que le patient adhère aux soins, c'est ça, c'est son adhésion aux soins, c'est beaucoup plus facile de prendre en charge un patient qui adhère aux soins qu'un patient qui vous dit moi je ne suis pas malade, moi je vais pas faire ci, je vais pas faire ça, ça devient très compliqué. (cognition évaluative)

Les pathologies : un attrait pour leur compréhension

Certains soignants manifestent un intérêt marqué pour la pathologie et ses manifestations.

C'est le cas de Julie :

Le cerveau, c'est vraiment quelque chose de drôle. Et de.. Ouais...Enfin, moi, c'est vraiment quelque chose qui me passionne, la maladie en elle-même. Je trouve ça assez impressionnant de voir à quel point les patients peuvent délirer, les thèmes des délires sont impressionnants. » (attrait du soignant)

Cet intérêt suscite des interrogations sur le traitement des pathologies chez Jeanne :

Ah et aussi, les femmes enceintes. C'est super intéressant de voir comment ça peut se passer la pathologie psychiatrique chez les femmes enceintes. Comment est-ce qu'on peut les traiter puisque tous les médicaments ne peuvent pas euh, hein, on peut pas tout donner et puis enfin, voir le travail des hormones, chez une femme on sait tous ce que ça peut donner, mais chez une femme qui est atteinte de pathologie psychiatrique, c'est assez impressionnant et c'est très intéressant aussi et donc voilà. C'est bien de se replonger un peu là-dedans aussi. (attrait du soignant)

Et il peut aller jusqu'à la mise en place d'une démarche d'autoformation par les livres chez cette soignante :

La schizophrénie, c'est un peu un mot, enfin, une pathologie fourre-tout j'ai l'impression, on met un petit peu de tout dedans, je sais pas bien ce que ça veut dire concrètement et souvent il y a des patients qui arrivent et qui présentent un type de schizophrénie qui est différent de ce que j'ai pu entendre ou constaté avant. Et c'est intéressant de se replonger dans les livres pour, pour remettre des catégories dans une même pathologie où souvent on met plein, enfin tout le monde, tout et n'importe quoi. (attrait du soignant)

...ou par la saisie d'opportunité d'apprendre auprès d'autres professionnels chez Louise :
« Oui, les collègues, les médecins, oui moi j'aime bien les internes souvent parce que, eux, ils sont à la page on va dire des pathologies, enfin du théorique je parle. » (attrait du soignant)

7.4.2.4 Manifestations d'un genre professionnel plutôt psychologique

Le genre professionnel psychologique des infirmiers se manifeste ici à travers des références à

des objets clés de l'activité professionnelle dont certains sont plus particulièrement associés à sa dimension psychologique : le rôle de l'infirmier , la posture de l'infirmier, la compréhension du patient , la relation humaine. Ils sont associés, dans les discours relevés, aux cognitions propres aux représentations professionnelles et à des attraits.

Ainsi, on retrouve chez les soignants des références à un rôle de l'infirmier qui serait d'aider le patient à accéder à un mieux-être respectueux de sa vie, à la nécessité de créer une posture favorisant la relation intersubjective, à l'importance de la recherche du sens des actes des patients avec le patient, à la nécessité de l'empathie mais également au goût pour la relation humaine.

Le rôle de l'infirmier : aider le patient à accéder à un mieux-être en respectant ses choix

Dans notre corpus, certains soignants mettent en avant l'idée que leur rôle consiste à aider les patients à accéder à un mieux-être.

Pour Justine, son rôle c'est l'écoute pour l'écoute, sans autre but que celui d'apporter du bien-être au patient :

Pour moi le rôle c'est beaucoup d'écoute, c'est avoir deux grosses oreilles, vraiment deux grosses oreilles, parce que justement, le médecin écoute aussi, mais le médecin écoute aussi pour adapter un traitement. Moi je pense qu'on a un rôle complémentaire par rapport au médecin c'est écouter pour écouter, écouter pour faire du bien, écouter pour montrer qu'on est là, euh d'ailleurs pour moi c'est quelque chose que j'aime beaucoup, c'est la spécificité de la psychiatrie, c'est normalement de pouvoir prendre le temps, euh voilà un patient qui pleure dans le couloir ou un patient qui est pas bien, qui délire prendre le temps de l'écouter, qu'est-ce qui va pas ? C'est ça, pour moi c'est ça le rôle principal de l'infirmière en psychiatrie. »
(cognition descriptive)

Au-delà, pour Christel et Manon, aider au du bien-être du patient devrait se faire dans le respect de sa volonté, le respect de sa vie.

Pour Christel, il s'agit pour le soignant de créer les conditions pour que le patient puisse vivre sa vie avec le moins de souffrance possible : « On est là pour les accompagner enfin...[...] Voilà, en fait, faire que les troubles ne soient pas au premier plan et que malgré tout enfin, ce qu'ils veulent vivre puisse aussi s'exprimer... » (cognition descriptive)

Pour Manon, le rôle des soignants devrait se limiter à proposer aux patients les moyens d'accéder à un mieux-être, selon ses propres critères, dans le respect de leur vie et de leur choix :

C'est leur vie, ils ont le droit autant que nous d'en faire ce qu'ils en veulent tant que encore une fois, ils ne sont pas dangereux et tant que nous on leur a proposé encore une fois, on a une obligation de moyens et pas de résultats dans le sens où on doit proposer au patient des choses qui nous paraissent devoir lui permettre d'accéder à un confort supérieur, mais s'il ne s'en saisit pas c'est que ça ne lui a pas parlé, ça le regarde. [...] notre objectif c'est le confort du patient, c'est qu'il soit bien et qu'ils puissent nous le dire et qu'effectivement des fois, il va nous apprendre que son confort n'est pas du tout notre représentation du confort, que lui son plaisir son confort, sa joie, enfin, sa satisfaction dans la vie, c'est quelque chose qui nous ne nous paraîtrait pas satisfaisant. (cognitions prescriptive et descriptive)

Posture de l'infirmier : nécessité de créer « une page blanche »

On retrouve chez certains soignants la conscience de la nécessité d'un travail sur sa propre posture.

Pour Christel, il est nécessaire de suspendre ses préjugés vis-à-vis des patients : « en fait, il faut pas avoir de préjugés, parce que la preuve que ben si c'est possible, qu'elle le fait, qu'elle s'y tient, qu'elle a perdu du poids, que enfin vraiment tout va ». (cognition prescriptive)

Pour Hélène, la « suspension » concerne les savoirs. Elle évoque ici la nécessité pour le soignant de « se remettre à zéro » dans tout ce qu'il sait pour être véritablement à l'écoute des besoins du patient : « je crois qu'il faudrait presque se reprogrammer pour chaque patient dans tout ce qu'on sait. » (cognition prescriptive)

Cette dimension psychologique des représentations professionnelles transparait également par la nécessité, pour certains soignants, de réaliser un travail d'investigation à visée compréhensive.

Comprendre le patient : importance de la recherche du sens des actes des patients, avec ces derniers et nécessité de l'empathie

L'opinion d' Hélène est qu'il est important de rechercher le sens des actes des patients en prenant le patient pour expert :

Je pense que si je passe pas par son expertise à lui, j'aurais beau lui dire tous les jours, remonte ton pantalon, il va y arriver mais enfin, je pense qu'on passe à côté de beaucoup de choses, voilà c'est ça que je voulais, expert c'est pas, c'est qu'il a plein de choses qu'il n'a pas dit sur son vécu sur son ressenti, sur comment il voit les choses lui. Donc c'est faire un travail comme ça. Comprendre pourquoi on descend son pantalon devant certains patients, voilà ce n'est pas...(cognition évaluative)

De même, pour Manon, il est nécessaire que les soignants « se déplacent » jusqu'au patient pour essayer de le comprendre :

Je ne peux pas toujours comprendre où il faut que j'essaye, c'est aussi à moi de faire le chemin comment fonctionne cet esprit , qu'est-ce qu'il veut me dire et pas rejeter son idée et me dire c'est complètement idiot, ça n'a pas de sens, les médicaments ça se prend comme ça, les ça se fait comme ça. ...(cognition descriptive)

L'empathie est également un autre élément clé de la relation intersubjective qui permet d'accéder à la compréhension du patient. Marie par exemple exprime la nécessité de cette empathie vis-à-vis d'un jeune patient : « c'est très très important, [...] d'essayer de comprendre aussi, car ça doit pas être facile d'être enfermé ici quand on est jeune forcément voilà. » (cognition évaluative)

La relation humaine : un attrait du métier

Certains infirmiers déclarent avoir choisi la psychiatrie du fait d'une inclination pour la compréhension d'autrui et la relation humaine.

C'est le cas de Sandra :

Moi j'ai toujours un peu été attirée par ça euh, j'avais hésité entre les études de socio-psycho et les études d'infirmières, j'suis vachement attirée par comprendre les gens et leurs comportements donc du coup voilà, j'ai choisi la psychiatrie où il y a beaucoup plus de relationnel et voilà. (attirait du soignant)

C'est aussi le cas de Justine : « Comme j'avais fait un stage en psychiatrie qui m'avait beaucoup plu aussi notamment retrouver le contact humain avec les patients, prendre le temps de prendre soin des patients. » (attirait du soignant)

En synthèse, on entrevoit chez certains soignants, un genre professionnel « psychologique », centré sur la relation avec le patient.

7.4.2.5 Des manifestations du genre professionnel plutôt psychosocial

Le genre professionnel psychosocial des soignants se manifeste, dans les discours, à travers des représentations professionnelles, des manières de faire, des attentes, des interprétations et la manifestation d'attraits, en lien avec les dimensions psychosociales du soin, telles que décrites par Merklings, (2017), Kecskeméti, (2003) et Racamier (2001) précédemment.

Ainsi, on retrouve chez les soignants des références à : un rôle de l'infirmier qui serait d'aider le patient à sa réinsertion sociale ; à l'éducation/rééducation aux comportements sociaux comme une nécessité, une difficulté, une pratique ; à une représentation du cadre de soin comme nécessaire réorganisateur de la vie psychique du patient ; à l'importance d'interpréter les comportements des patient et à des interprétations, dans le discours ; enfin, des références à l'attrait du quotidien auprès des patients.

Le rôle de l'infirmier : accompagner la réinsertion sociale du patient

Plusieurs soignants mettent en avant dans leur discours, une mission de réinsertion sociale des patients.

Pour Gabriel, le but est de contribuer au maintien du patient à l'extérieur de l'hôpital, autant que possible : « En psychiatrie, c'est de les maintenir le plus longtemps possible à l'extérieur, pour éviter une hospitalisation en fait, c'est ça pour moi le but de mon patient, leur éviter une hospitalisation en fait et donc, une vie la plus sociale qui soit. » (cognition descriptive)

Cet objectif de réinsertion sociale est rendu possible par une réinscription préalable dans le système de soin, comme le souligne Jeanne : « Quelqu'un qui est dans la rue qui sait pas où aller et qui est complètement isolé nous on va le prendre en charge pour le réinscrire dans le système de soins pour le réinscrire dans la société. » (cognition descriptive)

Séverine rappelle ici que le travail des soignants est d'apprendre au patient à vivre dans la société :

Le patient qui reste cloîtré chez lui, qui a peur de la foule, de prendre les transports en commun par exemple pour faire des démarches, qui ne se lave plus pour lui, bon, comment

euh, le dehors lui fait peur donc il veut plus sortir, il reste cloîtré chez lui euh, et c'est ça, le retour vers la société qu'on essaie de lui apprendre. (cognition descriptive)

Christel rappelle que le but de l'hôpital de jour, c'est l'autonomisation des patients à travers la réappropriation des rythmes sociaux :

En fait, le but c'est de rendre le plus possible les patients autonomes. Donc en fait, ce sont des patients qui ne peuvent pas retourner chez eux parce qu'ils ont toujours besoin quand même d'une prise en charge par rapport notamment aux médicaments, pour aussi leur permettre d'avoir un rythme de vie classique où on se lève le matin etc. et en fait nous l'hôpital de jour, ça a vraiment pour but de les autonomiser le plus possible, donc et par rapport donc à ce rythme de vie. (cognition descriptive)

L'éducation/rééducation aux comportements sociaux : une nécessité, une difficulté, une pratique

La réinsertion sociale passe par la nécessité d'une éducation ou rééducation des patients à des comportements sociaux.

Pour Geneviève, il est déjà nécessaire de faire comprendre au patient que ses comportements « déviant » sont un obstacle à la vie en société :

Mais il faut toujours quand même renvoyer au patient, ce qui, ce qui, on parle pas de normalité, mais on parle vraiment de bizarreries ou d'étrangeté qui peuvent nuire à une vie en société, à une vie en famille, à une vie au travail, à une vie chez soi, tenir son logement propre enfin vous voyez ? Manger à chaque repas, y a des gens ils pensent pas à manger à chaque repas, ben oui hé. (cognition prescriptive)

Séverine évoque la rééducation aux comportements physiologiques et domestiques réalisée par les infirmiers :

Et quand ils sont conscients, quand ils arrivent à accepter la maladie, on a une facilité, on peut faire beaucoup de choses avec eux, les...réduquer : des fois, ils oublient de se laver, de faire leur ménage ou même de manger, donc quand ils acceptent la pathologie, ça vient tout doucement. (cognition prescriptive)

De même Evelyne évoque l'éducation alimentaire et la difficulté de sa mise en œuvre :

Ca renvoie aussi au rythme alimentaire. Avec le recul je me rends compte qu'il y a des patients qui ne mangent qu'une fois par jour. Est-ce qu'ils n'en ressentent pas le besoin, première hypothèse, ils n'ont pas assez d'argent, deuxième hypothèse, donc quand il s'agit de faire de l'éducation alimentaire, c'est vachement difficile, la priorité c'est le tabac, souvent les drogues onéreuses. (cognition évaluative)

Une instruction aux « savoirs de base » et au traitement peut venir compléter ce travail d'éducation du patient à la vie en société, comme le souligne Séverine :

C'est quelqu'un qui est un déficient mais il savait lire, écrire, compter les tables de multiplication, additions, soustractions, on se rendait compte qu'il arrive plus à écrire et il arrive plus à faire des multiplications, il arrive plus à faire des soustractions. [...] On essaie de lui faire retrouver, réapprendre ce qu'il a perdu. (Manière de faire)

Le cadre de soin : un nécessaire « organisateur » de la vie psychique du patient

Par ailleurs, le cadre apparaît comme un soin capable de « rassembler » psychiquement un patient « éclaté » pour Jeanne: « C'est nous qui sommes là pour leur fixer un cadre alors qu'eux, justement dans leur tête il y a pas de cadre et tout part dans tous les sens, nous on est là pour fixer un p'tit peu tout ça euh, savoir dire non ça fait partie du soin ». (cognition descriptive)

Geneviève évoque cet aspect structurant du cadre, peut-être utilisé au sens de restructuration psychique et sociale :

Il faut toujours recevoir la parole du patient et puis orienter, cadrer, je crois énormément au cadre parce que je trouve qu'il donne énormément de liberté au final. (cognition prescriptive)
Il est rassurant, le cadre est rassurant, il est structurant, mais à l'intérieur du cadre, on a énormément de liberté et ça permet de faire quand même de faire évoluer les gens, voilà (cognition descriptive).

Cette question de la restructuration du patient émaille le discours de Geneviève. Imaginant les propos d'une patiente évoquant son accompagnement, elle nous dit : « ces gens j'suis allée les voir, ils m'aident à me soigner, ils m'ont aidé à me restructurer, me reconstruire », elle s'est reconstruite, le but c'est ça aussi, permettre aux gens de se reconstruire, voilà ».

Les comportements des patients en lien avec leur environnement: importance de les interpréter et interprétations dans le discours

Les comportements sociaux sont par ailleurs signifiants pour les soignants comment l'attestent des cognitions évaluatives et des interprétations réalisées par les infirmiers, dans leurs discours.

Pour Corinne par exemple, ce qui compte vraiment, c'est de connaître les comportements sociaux et physiologiques du patient au quotidien afin d'y réfléchir et d'en tirer des conclusions pour son accompagnement :

Le chercheur : Pour vous c'est quoi le rôle d'un infirmier en psychiatrie ? Corinne : Alors moi je suis pas thérapeute déjà, même si je me sens en capacité d'avoir des entretiens, d'avoir une écoute, de faire reformuler, j'suis pas thérapeute, j'accorde beaucoup d'importance au quotidien des patients, le quotidien des patients c'est comment vous vivez, c'est comment vous mangez, comment vous vous récréez enfin c'est choses-là, c'est quelque chose de très important. Le chercheur : Très important pour ? Très important pour la vie, pour la qualité de vie. Euh, en gros après oui faire le lien avec le médecin, pas être rapporteuse de quelque chose mais rapporter des choses, raconter des choses mais en retour pour penser et réfléchir avec le médecin et avec mes collègues euh à qu'est-ce qu'on fait avec ce patient. (cognitions évaluative et descriptive)

De même pour Geneviève, les changements de comportements sont des signes cliniques à repérer : « L'important c'est les signes cliniques que va renvoyer le patient, je dors ou tout d'un coup je pars de chez moi ou j'arrive pas à sortir de chez moi, j'arrive pas à me faire à manger. » (cognition évaluative)

Ces cognitions évaluatives s'accompagnent, dans les verbatims d'interprétations spontanées,

de l'état du patient par l'observation de son appartement par exemple, expressions d'un savoir plus ou moins tacite des infirmiers.

Julie, fait spontanément le lien entre le manque d'hygiène et l'encombrement de l'appartement d'un patient et le syndrome de Diogène : « On a mis en place le nettoyage de son appartement la réfection de son appartement donc accompagner la patiente pour faire un devis expliquer tout ça à la patiente qui a beaucoup de mal à jeter, le syndrome de Diogène. » (interprétation d'un rapport à l'environnement)

De même, Evelyne établit une relation de cause à effet entre l'état du domicile d'un patient et une probable hospitalisation : « Son domicile est visiblement en mauvais état, ça risque de déboucher un jour sur une hospitalisation mais pour le moment il y a rien d'avéré rien de flagrant en termes de dérangement. » (interprétation d'un rapport à l'environnement)

Corinne, également, interprète l'accumulation de vêtements comme l'expression d'un manque, chez une patiente :

Elle a vécu pendant 20 ans dans un truc, j'sais pas si c'est 20 ans ou 10 ans maintenant, elle avait pas son nom sur le bail, donc maintenant elle a rien et en fait tout ce qu'elle a c'est des fringues qu'elle s'achète parce que quand même elle a une curatelle qui est sa tante et voilà, elle remplit aussi ce vide en s'achetant des fringues et des machins et on a été vider sa chambre est pleine est pleine elle avait une armoire qui est pas énorme elle peut s'habiller six mois sans laver son linge. (interprétation d'un rapport à l'environnement)

Les comportements alimentaires sont également significatifs. Pour Séverine, le refus de s'alimenter est un indicateur de dépression grave : « C'était une sorte de régression, elle était déprimée elle ne voulait plus manger elle ne voulait plus elle voulait se laisser mourir c'est une patiente qui a fait une tentative de suicide. » (interprétation d'un rapport à l'environnement)

Manon associe le fait de dormir toute la journée aux symptômes négatifs de la maladie : « C'est plutôt un truc un versant négatif où il est dans son lit il dort toute la journée ok bon il nous embête parce que il vient pas on n'est peut-être pas obligé de le punir en lui mettant des doses de cheval quoi. » (interprétation d'un rapport à l'environnement)

Evelyne associe également le fait de passer beaucoup de temps au lit à la maladie : « On ne enfin je ne sais pas s'il y a un lien mais ça relève de l'absence d'initiative, on se on est très clinophile on reste beaucoup au lit donc, pourquoi se laver à quoi ça sert donc ça c'est plutôt de la clinique mais en tout cas. » (interprétation d'un rapport à l'environnement)

Ce constat fait écho à ceux que Kecskeméti fait, dans le contexte du soin en intrahospitalier : « Le réveil et le coucher s'effectuent à une heure relativement précise, tout écart faisant sens au plan clinique : tel patient est insomniaque s'il se réveille trop tôt, tel autre « se réfugie dans le sommeil », ou est déprimé, ou reçoit une médication trop sédative, s'il se réveille trop tard » (Kecskeméti, 2003, p. 137). L'absence à la distribution du traitement est également significative : « absence contestataire (refus du traitement), absence comme signe d'une demande agie particulière à l'égard de l'équipe, qu'il convient de décoder » (Kecskeméti, 2003, p. 137).

Le quotidien avec les patients : un attrait du métier

Certains soignant déclarent apprécier le quotidien auprès des patients . C'est le cas de Corinne :

C'est vrai que moi l'hôpital j'y suis plus et j'ai pas envie d'y retourner, mais euh ce que j'aimais bien à l'hôpital c'était ça vraiment le quotidien, le lever, euh l'accompagnement moi c'était, le temps du repas, que ce soit un temps assez serein ouais ça j'aimais bien. (attrait du soignant)

C'est aussi le cas de Julie :

C'est vrai que c'est assez sympa parce qu'on peut vraiment, c'est vrai qu'on vit vraiment avec eux au quotidien, c'est vraiment un lieu de vie, ils passent des mois et des mois ici, donc s'ils ont pas des moments le week-end souvent c'est agréable, on va faire des gâteaux, on va essayer de détendre, essayer de sortir du cadre de l'hospitalisation pour leur montrer qu'ils peuvent aussi se sentir bien et apprécier des moments aussi de vie commune ici. C'est sympa. (attrait du soignant)

7.4.3 Conclusion et hypothèses

Le cadre conceptuel des genres professionnels associé à celui des représentations professionnelles nous a permis d'étayer les « mondes lexicaux », bio, psycho, social mis en évidence par l'analyse lexicométrique supportée par la littérature.

La nature du genre professionnel peut être déterminée à l'aide des dimensions différenciantes des approches biomédicale, psychologique et psychosociale évoquées précédemment (la finalité du soin, les modalités de compréhension du patient, les modalités de soin ou traitement). Au-delà, nous considérons que la nature du genre peut s'exprimer, comme l'a mis en évidence notre analyse, à travers : la valorisation de certaines compétences infirmières, les caractéristique(s) du patient appréciée(s) par les soignants ou encore un attrait pour un aspect particulier de son métier. Les expressions des genres professionnels bio, psycho, social, dans les entretiens, en relation avec des objets significatifs du métier d'infirmier en psychiatrie sont synthétisées dans le tableau ci-dessous :

	GENRE BIOMEDICAL	GENRE PSYCHOLOGIQUE	GENRE SOCIAL
Rôle de l'infirmier en psychiatrie/ Finalité du soin	Absence de verbatims	Aider le patient à accéder à un mieux-être en respectant ses choix	Accompagner la réinsertion sociale du patient
Modalités de compréhension du patient	L'observation du patient : nécessité et activité quotidienne Le tableau des symptômes : un savoir de référence Le diagnostic : une pratique	Importance de la recherche du sens des actes des patients, avec ces derniers et nécessité de l'empathie	Les comportements des patients en lien avec leur environnement : importance de les interpréter et interprétations dans le discours
Modalité de soin/ Traitement	Traitement médicamenteux : pratique de soin, objectif et instrument du retour à la réalité	Posture de l'infirmier : nécessité de créer « une page blanche »	L'éducation/rééducation aux comportements sociaux : nécessité, difficulté, pratique Le cadre de soin : nécessaire « organisateur » de la vie psychique du patient
Compétence infirmière valorisée	Valorisation de la compétence diagnostique	Absence de verbatims	Absence de verbatims
Caractéristique(s) du patient appréciée(s)	Valorisation de la compliance au soin/observance du traitement	Absence de verbatims	Absence de verbatims
Attrait pour un aspect particulier de son métier	Attrait pour la compréhension des pathologies	Attrait pour la relation humaine	Attrait pour le quotidien avec les patients

Tableau 9 : Expressions des genres professionnels bio, psycho, social, dans les entretiens, en relation avec des objets significatifs du métier d'infirmier en psychiatrie

Rappelons enfin que notre modeste objectif était ici de repérer des éléments pour la réalisation d'un questionnaire qui nous permettrait de détecter des « tendances » en termes de genre professionnel des infirmiers en psychiatrie et découvrir, éventuellement des liens entre ces genres et les différents types d'apprentissages transformateurs identifiés.

A l'issue de cette analyse, nous faisons l'hypothèse d'un lien entre la nature du genre professionnel et la nature des AT perçus.

Nous établissons plus spécifiquement la possibilité d'un lien entre le genre psychologique et la perception d'ATCE auprès du patient, du fait de la prégnance, dans le genre psychologique, des objets liés à la compréhension du patient, à la relation humaine et au travail de la posture de l'infirmier. Ainsi nous formulons l'hypothèse suivante : il existe une influence réciproque entre un genre professionnel psychologique et la perception d'ATCE auprès des patients.

Nous envisageons par ailleurs l'existence d'un lien entre le genre professionnel biomédical et la perception d'ATID, le premier, répondant davantage, selon nous, à la recherche de l'atteinte d'un objectif stratégique qu'à l'établissement d'une relation intersubjective (nous nous référons ici de nouveau à l'agir stratégique et communicationnel d'Habermas, 1987) . Nous formulons par conséquent l'hypothèse suivante : il existe une influence réciproque entre un genre professionnel biomédical et la perception d'ATID auprès des patients.

Enfin, nous estimons que le genre psychosocial, bien que comprenant une forte dimension psychologique, est fortement marqué par l'objectif stratégique de maintien du patient dans la ville et que par conséquent, il existe probablement un lien entre le genre professionnel psychosocial et les ATID. Nous formulons ainsi l'hypothèse qui suit : il existe une influence réciproque entre un genre professionnel psychosocial et la perception d'ATID auprès des patients.

7.5 Du repérage de vécus professionnels difficiles et agréables à l'hypothèse de leur influence et de celle du SEP sur la nature des AT perçus

Poursuivant l'objectif de faire émerger des variables pouvant expliquer les différentes natures d'apprentissages identifiées chez les infirmiers en psychiatrie, nous avons recueilli, au fil de l'eau, les vécus professionnels des infirmiers.

Jodelet a défini l'expérience vécue comme « la façon dont les personnes ressentent, dans leur for intérieur, une situation et la façon dont elles élaborent, par un travail psychique et cognitif, les retentissements positifs ou négatifs de cette situation et des relations et actions qu'elles y développent » (Jodelet, 2006, p. 11). L'expérience vécue présente ainsi deux dimensions, émotionnelle et cognitive :

Le premier phénomène, le « vécu » renvoie à un état que le sujet éprouve et ressent de manière émotionnelle [...], l'état ressenti par la personne correspond à son envahissement par l'émotion, mais aussi un moment où elle prend conscience de sa subjectivité, de son identité. [...] À côté de cette dimension vécue, l'expérience comporte une dimension cognitive dans la mesure où elle favorise une expérimentation du monde et sur le monde et concourt à la construction de la réalité selon des catégories ou des formes qui sont socialement données. Et c'est à ce niveau que peut aussi se penser la liaison avec les représentations sociales (Jodelet, 2006, pp. 13-14).

Nous avons ainsi relevé, dans notre corpus, des manifestations du vécu professionnel des soignants, en lien avec les patients et avec leurs collègues et l'institution. Nous les avons ensuite répartis entre vécus difficiles et vécus agréables.

7.5.1 Des vécus plutôt difficiles dans la relation avec les patients

Nous mettrons ici en exergue les vécus plutôt difficiles des infirmiers interviewés, dans la relation avec les patients, car en lien avec des émotions et sentiments plus ou moins désagréables, voire douloureux. Ainsi, nous illustrerons à l'aide de leurs verbatims : le vécu d'impuissance, la dissonance cognitive, l'émotion de peur et les sentiments d'ingratitude et d'inutilité.

7.5.1.1 Un vécu d'impuissance

Parmi les infirmiers interviewés, un certain nombre nous a fait part d'un sentiment d'impuissance et des états affectifs douloureux que ce dernier entraîne, tels que la désillusion, la frustration, le découragement, mais aussi des comportements défensifs ou autodestructeurs auxquels il peut conduire, comme l'attribution de responsabilité au patient ou encore à soi-même.

Un vécu d'impuissance associé à des états affectifs douloureux

On perçoit chez Louise, un sentiment d'impuissance, dans l'accompagnement des patients, vécu douloureusement car associé à une désillusion:

Pourtant ça fait que six ans et demi que je travaille mais je pense que...je sais que je suis un peu trop une éponge et que parce qu'on veut, on a des projets on veut que ça marche mais ils reviennent, et c'est compliqué de lutter contre les médecins, contre un système, contre la France contre tout ça. Après on y croit mais quand ça marche pas quand ils reviennent c'est compliqué. [...] On a de l'espoir quand même en tant qu'infirmier, et quand on passe quelques années dans le même service, au bout d'un moment, on se rend compte qu'ils reviennent et c'est dur. Parce qu'on donne beaucoup pour eux, on a des projets, on y croit et ils reviennent, une fois, deux fois, trois fois et là plusieurs patients et là on a un gros coup sur la patate et là on dit bon.

Nous faisons le même constat chez Jeanne : « on a l'impression d'aider quelqu'un et qu'on le voit revenir au final on s'dit non, je suis pas infaillible, je suis pas en train de guérir les gens qui peuvent pas être guéris entre guillemets. »

Evelyne nous semble exprimer ici son découragement face à l'inefficacité des actions mises en œuvre pour aider une patiente :

Je sors d'une visite à domicile d'une personne qui manifestement n'arrive pas à entretenir son logement, son quotidien d'assurer son hygiène corporelle, l'entretien de ses vêtements, pour quelqu'un qui aurait un jugement correct, il suffirait de faire des recommandations et elle se l'approprierait et mettrait en œuvre, on s'aperçoit qu'on reedit et qu'on reredit, les choses sont figées, n'avancent pas, donc oui, il faut répéter les choses, être d'une grande patience, parfois on y arrive pas, c'est parfois déroutant et fatigant, jusqu'où on peut aller pour soutenir, et garder ce lien, cette confiance, beaucoup d'humilité dans notre travail, je crois qu'il faut, il faut pas nécessairement vouloir déplacer des montagnes, il faut, il faut agir par petits morceaux, les uns après les autres.

Parlant d'un patient qui ne vient pas aux rendez-vous du CMP, Evelyne exprime de nouveau l'impuissance des soignants à maintenir un lien avec les patients:

On a aucune certitude quant à la venue de ce monsieur et bon, comme il n'y a pas de contrainte particulière on essaie de le ramener à la raison [...], son domicile est visiblement en mauvais état, ça risque de déboucher un jour sur une hospitalisation mais pour le moment, il y a rien d'avéré rien de flagrant en termes de dérangement, donc voilà, on en parle de temps en temps en réunion, on navigue à vue, donc en tant que soignant on est toujours un peu désolé de voir qu'on arrive pas à maintenir ce lien, à l'ancrer dans une fréquence de passage...

Evelyne évoque ici la frustration qu'elle éprouve de ne pouvoir toujours soigner et soigner vite :

On n'a pas de solution nécessairement pour tout. C'est vrai que ça, si on devait faire une conclusion, on a mal, on prend un doliprane c'est réglé, enfin c'est réglé, la douleur est apaisée, euh en asile psychiatrique, les symptômes peuvent être atténués par certaines prises en charge, qu'elle soit médicamenteuse ou thérapeutique psychothérapeutique mais l'effet n'est pas toujours immédiat donc c'est toujours un peu frustrant quand on est soignant. Ça revient aussi à l'humilité mais toutes ces actions que l'on peut mettre en œuvre ne sont pas nécessairement palpables en termes de résultats assez rapidement, une dépression c'est pas en claquant des doigts que ça va rentrer dans l'ordre, la schizophrénie ...c'est difficile après de renverser la vapeur mais.

On retrouve cette frustration chez Sandra, de ne pouvoir aider une patiente : « je me sentais frustrée de pas pouvoir l'aider de quelque manière que ce soit ».

Un vécu d'impuissance associé à des comportements défensifs ou autodestructeurs

Ce vécu d'impuissance peut s'accompagner d'une attribution de responsabilité au patient laquelle peut conduire « à exclure ce dernier » (Linder, 2016, p. 1). L'attribution de responsabilité à un individu, comme le souligne Piaget, est lié à un besoin de protection ou de réparation :

l'élément le plus important et le plus universel de la responsabilité morale n'est pas la nature du destinataire des attributions (individuel, collectif, divin), mais le fait que le besoin de trouver un responsable est toujours suscité par le désir de protéger ou de réparer un Bien important (Piaget, 1957 : 263) (Métayer, 2001, p. 29).

Dans de nombreuses situations, le patient semble tenu pour responsable de l'échec d'une prise en charge, et de façon plus personnelle de l'échec des soignants. D'ailleurs, une expression revient souvent dans leurs propos : « le patient nous met en échec ».

Julie décrit ici comment un patient « met les soignants en échec » par l'incapacité de ce dernier à se contenir :

Le chercheur : Vous pensez à quoi ? Julie : Au monsieur qu'on a dans la chambre qui est juste là, qui est connu des services depuis l'âge de dix-sept ans il en a trente quatre aujourd'hui. Il n'est jamais sorti du cursus psychiatrique il a toujours été hospitalisé, on a essayé de mettre en place beaucoup de choses pour lui et à chaque fois, il met en échec parce qu'il est pas capable de se contenir, il est pas capable de...

Julie se sent personnellement « mise en échec », en général, par les patientes hystériques :

Moi je sais qu'au début, j'avais une pathologie, c'était l'hystérie, j'avais plusieurs patients que j'ai rencontré comme ça qui me mettent en échec, les patientes hystériques parce qu'elles sont tout le temps dans la recherche d'une dualité, donc la recherche de la complicité avec une soignante en particulier.

Parallèlement, Julie attribue l'échec de la prise en charge d'un patient à sa propre incapacité :

Julie : Et puis apprendre à passer la main, là c'est plus difficile. C'est-à-dire là, je suis en échec dans ma prise en charge, il faut que je laisse mes collègues gérer la situation. Ce qui je pense aussi est très difficile. Le chercheur : Pourquoi c'est difficile ? Julie : ben parce que une mise en échec pour nous. C'est leur laisser prendre le relais et dire là, j'suis pas capable mais derrière on n'arrête pas de cogiter et de se dire : « mais pourquoi j'ai pas été capable de réagir dans cette situation, pour quoi ça n'a pas marché avec tel patient, parce que ça ne marche pas avec tous ? » on peut pas les voir, on sait pas pourquoi. Même si on doit soigner tout le monde de la même manière, il y a des fois c'est compliqué.

Le patient peut par ailleurs être tenu pour responsable du clivage d'une équipe comme le souligne ici Louise : « Non non non, faut pas, faut mettre une distance. On avait une patiente, un bon cas concret, qui a divisé l'équipe clairement, c'est un vrai vrai bordel au sein de l'équipe avec la cadre et tout [...] »

De même, selon Evelyne, une patiente a non seulement clivé l'équipe mais aussi épuisé (dans les deux sens du terme) ses soignants :

Là on a eu une patiente, je sais pas si mes collègues vous en ont parlé. Difficile hein...qui a eu le don de mettre à mal l'équipe, qu'elle soit médicale, psychologue et infirmière, une dame qui

est venue pour des troubles de la personnalité après, je sais pas comment il faut appeler la chose, qui a eu le don, là sur peut-être deux ans, de nous raconter des scénarios personnels familiaux, professionnels et qui prenaient d'après notre ressenti, de plus en plus d'ampleur mais qui a mis à mal sa famille, elle a divorcée et n'a plus la garde de ses enfants, elle nous a démontré par a plus b qu'elle avait eu deux cancers qui au final n'étaient pas...et qui a un peu clivé l'équipe et là, elle a fait le choix de ne plus venir nous voir, [...] elle nous a foutu à plat. On a plus de ressources donc là c'est le troisième médecin, il y en a deux qui sont partis.

Cette perception d'échec que les soignants attribuent aux patients, peut les conduire, appliquant en quelque sorte une loi du Talion, à des mesures coercitives voire de la maltraitance selon Jean-Luc :

c'est quand ça se passe mal que c'est plus dur parfois soigner des gens qui nous mettent à mal ou qui sont agressifs, ou qui sont violents ou qui sont tyranniques parce qu'il y a toujours la peur quelque part, soit de pas pouvoir le gérer ou euh voilà y a tout ça qui, d'être mis en échec, la peur d'être mis en échec tout simplement. Donc ça apprend tout ça ,ses limites, et quelle attitude on a, nous, moi, devant, quand j'suis en échec, qu'est-ce que ça peut engendrer chez moi, c'est ça aussi que ça apprend sur soi, c'est ses limites devant l'échec, est-ce qu 'on s'énervé, est ce qu'on devient est-ce que moi aussi je deviens agressif ? Et euh, et là, la manière dont répond l'institution est importante. Parce que si les soignants se sentent en échec, ils peuvent avoir tout de suite recours à l'isolement, à l'injection ou à la contention. [...] le personnel était en échec et en difficulté, du coup il y a eu de la maltraitance.

Ici enfin, nous comprenons que Gabriel tient pour responsable le patient (au moins en partie) du « durcissement » de son comportement, en tant que soignant :

« Gabriel : Une situation de quelqu'un en isolement et puis euh et qui ne voulait pas être en isolement, qui ne voulait pas être en isolement et son comportement faisait que dans le service c'était pas du tout viable pour qu'il soit dans une chambre avec les autres et il a réussi à en fait, à faire venir par en-dessous la porte d'entrée en fait un briquet et il s'est mis le feu, il s'est immolé en fait donc pour pouvoir sortir, il a fait, il s'est immolé. Il a mis le feu à sa chambre, et voilà ça s'est enflammé. Le chercheur : Il s'en est sorti ? Il s'en est sorti avec des brûlures troisième degré, donc très grave, mais il s'en est sorti oui oui bien sûr. Mais donc il était prêt à tout pour sortiril n'y avait aucun problème mais non, non, il n'a pas pu du tout se maintenir, comprendre cela, non et il a été jusqu'à tenter de se suicider.

Le chercheur : Et, elle vous a appris quoi cette situation ? Gabriel : D'essayer de prévoir l'imprévisible en fait. Quand un patient ne veut pas euh, faut vraiment dans ces cas-là, dans ce type d'évènement, on aurait dû le sédaté beaucoup plus, même si c'était pas nécessaire, il était pas tant malade que ça, on aurait dû, pour nous aussi en tant que sécurité aussi, euh le sédaté. Le chercheur : OK. Donc d'être encore plus sécuritaire.. Gabriel : Sécuritaire pour lui et pour nous .. C'est vraiment...D'abord pour lui. Et puis pour les collègues également, parce qu'il y en a qui ont été intoxiqués, qui ont été hospitalisés. Voilà, donc euh. On a voulu dans cette situation être trop humain, entre guillemets, trop humain et ça a été contre nous. Donc, ce qu'on apprend c'est que parfois, on peut paraître dur mais, par expérience paraître dur même inhumain mais, c'est dans l'intérêt du patient et pour nous. »

7.5.1.3 Une dissonance cognitive

Il y a dissonance cognitive lorsque nous sommes amenés « à agir contrairement à nos convictions » (Vaidis, 2007, p. 10). Dans ce type de situations, « nous avons ainsi tendance à justifier nos actions et à adapter nos opinions à nos comportements » (Vaidis, 2007, p. 10). Nous faisons alors l'expérience d'un vécu d'inconfort psychologique : « Selon Festinger

(1957), toute relation de dissonance entre cognitions amènerait l'individu à ressentir un état d'inconfort psychologique appelé « dissonance » (Vaidis, 2007, p. 12).

Selon nous, certains infirmiers interviewés se trouvent dans cet état de dissonance lorsque, contribuant à la mise en œuvre de mesures coercitives auprès de patients, ils ont la perception d'être maltraitants. Nous comprenons ainsi, que peut-être, certains actes coercitifs sont perçus par les soignants comme plus violents que soignants. Cette dissonance s'accompagne dans les discours d'une justification de l'action ou rationalisation et finalement d'une adaptation de l'opinion au comportement adopté, dans le discours.

Julie raconte comment elle s'est sentie maltraitante avec un patient à la suite d' « un recadrage », dont elle finit par dire que c'était pour le bien de tous et qu'il n'y avait pas d'autre choix :

Qu'est-ce que t'as fait ? Où est la télécommande ? » Il l'avait caché sous sa cuisse donc je commence à le disputer et là, il a son regard qui s'est changé en regard noir, il a commencé à se lever et j'ai eu très très peur, j'ai reculé de trois mètres, il l'a vu en plus et on a été obligés de sonner les alarmes, que mes collègues débarquent, se mettre nous en sécurité et après de le, ils ont été obligés de lui jeter un drap d'eau froide, trempé sur la tête pour le calmer et de réussir à le remettre en chambre c'est compliqué, ils étaient huit sur lui, pour réussir à le maîtriser et dans un sens, c'est très difficile à vivre car on a l'impression d'être maltraitant quand on fait ça, malheureusement, [perception d'être maltraitant] c'est pour notre sécurité aussi on peut pas les laisser s'exprimer frapper etc. donc c'est difficile de trouver le juste milieu parce qu'on est face à des patients qui sont très violents, dans certains cas et qui sont complètement.(interruption tel). C'est très difficile de se placer, d'avoir l'impression d'être maltraitant, surtout quand on sait que c'est pour leur bien à un moment le patient le vit comme une maltraitance parce qu'il comprend pas donc c'est très difficile après de pas culpabiliser dans certaines situations, de pas, être, trouver encore cette distance par rapport aux soins, par rapport à ces humains qui réagissent comme des enfants soit comme des animaux des fois même. Donc gérer l'humain tout en étant cadrant, en écoutant pas infantilisant même si des fois c'est très compliqué, gérer cette distance-là... [rationalisation]

De même, Evelyne éprouve la violence à la fois pour le patient et le soignant du nettoyage de l'appartement d'une patiente mais finit par justifier son action :

C'est quelqu'un que j'ai en charge avec un autre collègue ou une autre collègue plutôt depuis mon arrivée donc ça fait deux ans et demi où les choses sont globalement assez figées, elle a jamais été réhospitalisée depuis que je l'ai en charge mais on voit que son quotidien évolue peu, donc on s'était appropriées avec ma collègue et en accord avec son médecin psychiatre référent d'essayer de, après les recommandations qui n'ont abouti à rien de faire bouger les choses avec elle, donc là, on est dans une phase de grand ménage chez elle, donc là on fait peut-être plus que notre travail d'infirmière mais donc ça fait trois quatre VAD qu'on fait chez elle, donc VAD, visite à domicile où on l'a je vais pas dire que, qu'on fait pour elle, donc si on attendait que ce soit elle qui fasse toute seule, ça n'avancerait pas, (rationalisation) donc là on s'est approprié le boulot, donc elle le fait avec nous, on vide les armoires, on lui montre, on garde, on garde pas, ça aussi ça me semble d'une grande violence quelque part, de forcer un peu la personne, [perception d'être maltraitant] mais qui est partante quelque part à chaque fois on lui dit, vous en êtes d'accord, pas de souci, [rationalisation] mais c'est un peu rude, pour nous aussi.

7.5.1.4 L'émotion de peur

Nombreux sont les soignants qui nous ont fait part d'un vécu de peur auprès des patients.

C'est le cas de Christel, qui avait peur d'un patient autiste :

Par exemple, sur l'intrahospitalier, euh, pour prendre un exemple euh.. pour des raisons personnelles, moi j'étais pas du tout à l'aise avec un patient autiste parce qu'en fait, moi il me faisait peur, il faisait de grands mouvements et j'avais peur que, enfin qu'il me qu'il me frappe, mais pas volontairement et [...] donc en fait moi j'ai demandé à mes collègues « est-ce que c'est possible de enfin voilà de s'occuper par exemple, pour l'aider à, quand j'étais venue notamment l'aider à aller au lit parce que moi je sais que je peux pas...

Emma s'est retrouvée dans une situation où elle a eu peur d'être agressée par un patient :

Oui une fois j'ai eu très peur parce que j'étais enceinte de six mois et j'étais assise face au mur, enfin dos au mur et le patient voulait manger alors que euh il y a des horaires pour manger, du coup je lui ai gentiment dit que c'était pas possible et que c'était pas l'heure mais que plus tard il n'y aurait pas de souci et là il m'a regardé avec un regard noir et j'étais seule et j'ai senti que voilà, il m'a montré qu'il était à deux doigts de passer à l'acte quoi, de m'agresser physiquement en étant enceinte etc. c'est compliqué quand même et ce jour-là j'ai vraiment eu peur et j'ai pris conscience de certaines choses. Alors déjà du fait que, faut pas être seul, faut toujours être avec quelqu'un, faut toujours avoir un PTI sur soi pour pouvoir le déclencher en cas de problème.

7.5.1.5 Un sentiment de manque de reconnaissance

D'autres soignants, comme Julie, se sentent victimes d'ingratitude, voire d'injustice de la part des familles, qui ne comprennent pas le travail des soignants :

Et puis gérer la souffrance des familles, le fait qu'ils comprennent pas pourquoi on est aussi cadrant avec les patients, pourquoi on est aussi stricts dans les horaires, dans les, dans le fait qu'ils n'aient pas forcément leurs vêtements, le fait, ils voient pas en fait ce qu'on fait pour eux parce que forcément, ils sont pas là avec nous au quotidien et ils sont en colère souvent, et c'est sur nous que ça retombe les trois quarts du temps.

Ce sentiment d'ingratitude, cette fois de la part des patients transperce chez Jacques :

La société mais surtout les soignants jouent le rôle mais pas juste le rôle « vous avez droit à ça, on fait ça, on fait ça » non, plus que, il va critiquer, autrement dit comme vous l'avez si bien résumé, il va vous pousser à vous remettre en cause. Donc qu'est-ce que je fais ? J'ai dit au médecin, est-ce qu'il a le droit de, est-ce qu'il a encore le droit avec ce qu'on lui renvoie, on lui donne ?

7.5.1.6 Un sentiment d'inutilité

Enfin, Geneviève nous fait part, implicitement, d'un sentiment d'inutilité:

Ouais, ouais. Plus aujourd'hui qu'il y a trente ans où vous y croyez dur comme fer parce que vous avez pas appris à accepter, là on parle pas de défaite, mais parce que quand on est soignant, on veut soigner à tout prix, mais il faut aussi accepter, c'est mort, ça ne marchera pas, ça ne marchera pas. C'est pas facile d'accepter qu'on puisse pas être utile aux autres.

7.5.2 Vécu difficile en lien avec les collègues et l'institution

Le vécu difficile s'exprime également chez certains infirmiers à travers la perception de manque de soutien, perceptible à travers un manque d'échanges et un manque de moyens financiers.

7.5.2.1 Perception d'un manque de soutien lié à un manque d'échanges entre professionnels

Corinne regrette ici un manque d'échanges, un manque de travail collaboratif qui la conduit à une perte de sens et une insatisfaction au travail :

Bon après c'est peut-être un vécu un peu, un peu négatif, c'est un peu négatif, mais c'est vrai que quelquefois, enfin dire de prendre la parole, je reviens toujours au même truc en fait etc. ben ça, je veux dire quand vous prenez la parole en réunion etc., des fois je me dis, je ferais mieux de me taire parce que des fois j'ai l'impression que, ben que ça emmerde tout le monde voilà, qu'on a plus envie, qu'on nous en demande pas temps quoi, que qu'au fond prendre la parole, poser des questions, ça demanderait de réfléchir un peu plus [...] je parle pas après oui parce que, parce que quand je parle en réunion, je parle des patients, par exemple on fait des accueils première fois etc., moi j'aime bien, au niveau clinique j'aime bien raconter, alors des fois, je me dis, si je raconte trop c'est moi j'ai fait ci, moi j'ai fait ça franchement, c'est pas ça qui m'intéresse moi, c'est de trouver de l'intérêt à ce que je fais et c'est pour ça que j'ai envie d'en parler en réunion [...] par exemple, par exemple, je veux dire ce qui me satisfait là dans mon travail c'est de me dire y a un groupe cuisine au CATTP et c'est des patients que je rencontre, je leur donne leur traitement, je les vois en entretien, et euh et euh ça m'intéresse beaucoup d'aller faire ce groupe cuisine avec eux au CATTP, don t-ils invitent de temps en temps et là j'suis invitée et j'suis très contente, voilà, je vais me satisfaire de ça, et parce que auprès de mes pairs, j'ai pas trop trop de satisfaction, pas beaucoup quoi. (...) Quand on parle entre nous en tant qu'infirmiers, on a tous le même ressenti [...] il y a pas de réels échanges, y a pas de, on travaille pas ensemble, on travaille les uns à côté des autres.

Jean-Luc regrette également la limitation voire l'absence d'échanges entre collègues, lors des transmissions notamment :

Voilà, c'est les échanges au niveau des relations soignant soigné, moi j'aime bien, j'aime par exemple, ici ça se fait pas tellement, on essaye mais c'est très difficile, c'est curieux que dans cette unité, c'est très difficile d'avoir des transmissions entre les infirmiers. C'est curieux, ben c'est curieux... Moi je peux pas, alors je demande pas une supervision, je demande pas une analyse des pratiques, je demande pas une supervision, mais au moins un minimum de transmission orale avec mes collègues pour savoir sur un patient, qu'est-ce que pensent mes collègues, là j'apprends beaucoup, c'est ça que j'apprends, là j'apprends. J'apprends de mes collègues, des jeunes aussi des étudiants infirmiers, là j'apprends beaucoup. Et ça ça me manque, ça me manque beaucoup. Et euh je pense que ça manque aussi à ceux qui n'en ont pas conscience parce que parfois du coup, il y a des réactions, des commentaires, alors je dis pas que j'ai raison, mais parfois, c'est euh... la première chose qui peut parfois unir une équipe par rapport à un patient, c'est déjà au moins les transmissions. Vous voyez ? S'il y a pas ça c'est dur. Sans aller chercher l'idéal de la supervision, de la réunion clinique, de l'analyse de la pratique, y a quelque chose qui bloque. Il faut voir les comportements parfois que ça peut engendrer de pas avoir de ... Ya des gens qui prennent une position qu'ils n'ont pas à prendre.

7.5.2.2 Perception d'un manque de soutien lié à un manque de moyens financiers

Cette perception de manque de soutien peut être de nature financière chez Corinne :

Nous là à l'hôpital, on a un peu de mal, on a un peu de mal parce qu'on n'a pas les moyens, on nous demande faire mais on n'a pas les moyens, et après parce que les budgets, eux ils ont un budget alloué à ça, nous on en a pas beaucoup, nous on est plus du côté du soin, donc euh par exemple là à l'appartement, il y a une fuite depuis des mois, il y a personne qui, de l'hôpital, il y a une seule personne qui s'occupe des structures extrahospitalières et elle me dit ne pas avoir le temps de venir. Les éviers sont bouchés et c'est un peu une urgence entre guillemets et ils viennent pas.

7.5.3 Des vécus agréables en lien avec les patients

Nous avons par ailleurs relevé des états affectifs agréables chez certains infirmiers, en lien avec les patients tels que : la perception d'un état de plénitude, la perception d'être « en résonance » avec les patients, un vécu d'efficacité dans leur accompagnement, un sentiment de reconnaissance de leur part, une perception de stimulation intellectuelle auprès d'eux et un sentiment d'utilité.

7.5.3.1 Perception d'un état de plénitude

Hélène évoque un sentiment de bien-être en psychiatrie : « et là, je suis revenue à la psychiatrie avec grand bonheur puisque c'est le service, de tous les services que j'ai pu expérimenter, où je me sens le mieux. Enfin c'est... Voilà. »

Justine se sent épanouie lorsqu'elle établit une relation d'humain à humain avec les patients : « je vais les voir en tant qu'être humain, qui va voir un autre être humain qui va pas bien et je trouve que, je me sens plus épanouie de faire comme ça ».

7.5.3.2 Perception d'être « en résonance » avec un patient

Yolande raconte comment elle s'est sentie touchée par la création d'un patient :

Alors il y a un autre petit volet, c'est pas ma partie, c'est davantage la partie des collègues qui travaillent sur l'hôpital de jour, qu'on appelle les ateliers 18 chez nous parce que ce sont vraiment des ateliers, c'est pas un hôpital de jour...ce sont vraiment des ateliers créatifs, [...] ils nous, ils nous apprennent quelque chose, « on a quelque chose à vous donner, à vous transmettre, de ce qu'on ressent au travers de ces ateliers qui nous sont proposés, on a une capacité d'extérioriser ce qu'on ressent [...], on a une capacité voilà de de créer », ah, c'est incroyable, incroyable, incroyable. On a souvent été scotchés, moi je vois un patient qu'on a connu en intra, excusez-moi de l'expression, mais c'était presque une loque, [...] et donc il avait fait un homme et une femme enlacés, euh dans une position très amoureuse, très tendre, très belle, [...] et je regardais, c'est sympa ce petit truc, un petit argile comme ça, c'est chouette et tout, il y avait une émotion dans cette, pas une sculpture, un argile, il y avait une émotion là-dedans, « mais qui est-ce qui a fait ça ? » Ahhh (étonnement), j'en revenais pas, j'en revenais pas, alors qu'il est détruit de l'intérieur ce garçon, [...] voilà, et à l'intérieur de lui, il y avait ce quelque chose de magnifique, de tendre, d'amour, « donnez-moi de l'amour ou c'est de l'amour que je vous donne », je sais pas après [...] Y a quelque chose derrière la carapace, y a quelque chose... Ya des chemins comme ça, étonnant .

7.5.3.3 Vécu d'efficacité

Paula éprouve une grande satisfaction, le sentiment d'avoir réussi, lorsque des patients, hospitalisés sous contrainte une première fois, deviennent capables de revenir d'eux-mêmes, en cas de problème : « quand ils vont pas bien, ils reviennent des patients très difficiles qui reviennent en SL¹²², c'est génial et là t'as tout gagné voilà et comme on dit au patient, c'est mieux de venir en SL que sous contrainte.»

7.5.3.4 Sentiment de reconnaissance

Certains soignants, comme Christophe, se sentent gratifiés par la reconnaissance des patients :

le patient nous apporte euh... Oui par moment une certaine forme de reconnaissance, par rapport aux attentions dont il a été l'objet, ce qui était très gratifiant pour le personnel quoi. Si vous avez été cadrant avec un patient à la fois cadrant, parce qu'on a toujours à se servir d'un cadre, [...] ouais mettons si vous donnez une réponse cadrante et rassurante au patient, il vous le renvoie : le lendemain, trois jours après, plusieurs semaines après, mais il vous le renvoie, il vous exprime sa reconnaissance. Ça va se manifester par euh un mot gentil, ou un bonjour, enfin quelque chose. C'est toujours extrêmement, pour nous, c'est très gratifiant pour chacun d'entre nous. Lorsqu'on a été suffisamment rassurant avec un patient où il est angoissé ou il sait pas où il en est.

7.5.3.5 Perception de stimulation intellectuelle

Le travail en psychiatrie est perçu par certains soignants comme bien plus stimulant intellectuellement que dans les soins généraux. C'est le cas pour Manon :

j'ai eu un coup de foudre dès mon premier stage où j'ai trouvé qu'il y avait beaucoup plus d'humanité euh dans le soin en psychiatrie où j'ai trouvé que c'était beaucoup plus stimulant intellectuellement que ça... les modules théoriques, je me suis rendue compte que ça, comment dirais-je, que ça impactait bien au-delà que simplement un métier, que réellement au niveau philosophique ça changeait ma façon de voir le monde, la société.

C'est également le cas pour Hélène :

je sais que moi si j'ai autant aimé la psychiatrie et si je continue en psychiatrie, c'est parce que c'est le service où j'ai l'impression que tous les jours j'apprends quelque chose ok et que, enfin, j'ai toujours des surprises, c'est un service où les patients continuent à m'étonner, à me surprendre et à me mettre dans une situation qui m'oblige à me poser des questions.

7.5.3.6 Sentiment d'utilité

Jeanne se sent utile auprès des patients :

Quand on m'dit ton métier, il est difficile etc. et que je me rends compte qu'au quotidien, ben je suis là pour mes patients et que je leur fais du bien et quand ils sortent, ils viennent me remercier, c'est quand même voilà, j'suis quand même contente parfois de me dire que j'suis là pour des patients dont personne ne veut, des gens que dans la rue on préfère changer de trottoir plutôt que d'avoir à passer à côté, des gens, voilà des gens où c'est, il y a des moments, on a vraiment on a envie de baisser les bras j'suis là pour eux et je suis fière de moi.

¹²² SL : abréviation de soins libres.

Et cela malgré une perception de limitation : « on peut pas faire grand-chose parfois mais [...] au moins, on leur apporte beaucoup d'attention. Et ça c'est important »

Pour Justine, le sentiment d'utilité est long à venir : « Après on a d'autres patients qui viennent ici et voilà qui sont délirants puis après on ne les revoit plus jamais et là ça va on est contents, on se dit qu'on sert enfin à quelque chose. »

7.5.4 Vécu agréable en lien avec les collègues et l'institution

7.5.4.1 Perception de soutien

Des soignants nous font part de l'entraide existant entre soignants, comme Julie :

On s'aide entre nous. On discute beaucoup entre nous. Dès qu'il y a quelque chose de lourd qui se passe, il y a toujours des retours sur expérience par exemple, on discute beaucoup avec les médecins, avec les infirmiers, les collègues. C'est vrai que notre métier fait qu'on est très proches les uns des autres dans l'équipe notamment on sort beaucoup entre nous, on se voit aussi à l'extérieur pour créer des liens, pour créer cette facilité à discuter cette facilité à s'exprimer, pour pouvoir, prendre le travail le plus sereinement possible.

7.5.5 Conclusion et hypothèses

En synthèse, les vécus identifiés chez les soignants, en lien avec les patients et en lien avec les collègues et l'institution sont les suivants :

Vécus agréables	Vécus difficiles
En lien avec les patients Sentiment d'efficacité Sentiment de plénitude Sentiment d'être « en résonance » avec un patient Sentiment de reconnaissance Perception de stimulation intellectuelle Sentiment d'utilité	En lien avec les patients Vécu d'impuissance Dissonance cognitive Sentiment de manque de reconnaissance Emotion de peur Sentiment d'inutilité
En lien avec les collègues et l'institution : - Perception de soutien	En lien avec les collègues et l'institution - Perception de manque de soutien

Tableau 10 : Synthèse des vécus agréables et difficiles exprimés par les infirmiers en psychiatrie interviewés

Ces vécus seront intégrés dans un questionnaire afin d'observer un lien éventuel avec la nature des apprentissages perçus auprès des patients. Au vu du vécu d'impuissance évoqué assez régulièrement par les soignants, mais aussi, dans la littérature (Delieutraz, 2012) et du lien que nous supposons, avec le sentiment d'efficacité personnelle, nous y intégrerons également une échelle de mesure du SEP développée à partir du concept de Bandura (1994) adaptée à notre objectif d'évaluation du sentiment d'efficacité personnelle des infirmiers dans l'accompagnement des patients. Rappelons ici que le sentiment d'auto-efficacité est défini par Bandura comme :

Perceived self-efficacy is defined as people's beliefs about their capabilities to produce designated levels of performance that exercise influence over events that affect their lives. Self-efficacy beliefs determine how people feel, think, motivate themselves and behave. Such beliefs produce these diverse effects through four major processes. They include cognitive, motivational, affective and selection processes. (Bandura, 1994) ¹²³

Nous positionnerons, le vécu professionnel, expérience intériorisée, ainsi que le SEP, parmi les facteurs endogènes du méta-cadre théorique de Carré (2020).

Nous faisons les hypothèses d'un lien entre un vécu professionnel agréable et la perception d'ATCE auprès des patients et d'un lien entre un vécu professionnel difficile et la perception d'ATID auprès des patients. Ces hypothèses se justifient par l'association des ATCE et plus précisément des ATE à un vécu professionnel d'amélioration d'une situation et donc positif, alors que les ATD sont associés à une appréhension voire une peur et une recherche de protection.

Nous ferons également les hypothèses d'un lien entre un SEP plutôt élevé dans l'accompagnement des patients et la perception d'ATCE auprès de ces derniers et d'un lien entre un SEP plutôt faible et la perception d'ATID auprès des patients.

¹²³ Traduction : « Le sentiment d'auto-efficacité est défini comme les croyances des personnes en leurs capacités de produire des performances à des niveaux définis, lesquelles exercent une influence sur les événements qui affectent leur vie. Les croyances d'auto-efficacité déterminent comment les gens ressentent, se motivent eux-mêmes et se comportent. De telles croyances produisent des divers effets aux travers de 4 principaux mécanismes : cognitifs, émotionnels, affectifs et de sélection. »

7.6 Des catégories conceptualisantes à l'hypothèse d'une influence de comportements reliants et déliants sur la nature des AT perçus

A la suite de cette étude, nous nous sommes demandé si d'autres liens pouvaient être établis, entre les différents types d'apprentissage transformateurs et des phénomènes contenus dans les discours des infirmiers. Nous avons ainsi décidé d'analyser nos verbatims sous un angle différent, à l'aide de la théorisation ancrée. Celle-ci a fait émerger deux phénomènes centraux, de reliance et déliance des soignants aux patients. Après avoir décrit notre méthode d'analyse, nous décrirons les catégories conceptualisantes saillantes ayant émergé, puis nous les mettrons en relation avec les concepts de reliance et de déliance. Nous montrerons ainsi en quoi ces catégories se rapprochent de ce couple conceptuel.

7.6.1 L'analyse par théorisation ancrée

7.6.1.1 Définition

L'analyse par théorisation ancrée est ainsi définie par Paillé :

Il s'agit : 1) d'une démarche de conceptualisation avancée des phénomènes étudiés 2) qui procède par un solide ancrage de l'analyse dans les données empiriques issues de l'enquête et 3) qui porte sur l'action ou l'expérience des personnes et non sur la forme de leur discours » (Paillé, 2017, pp. 63-64).

Elle se différencie de l'analyse de contenus :

L'analyse par théorisation ancrée [...] est une démarche itérative de théorisation progressive d'un phénomène, comme on pourra le constater, c'est-à-dire que son évolution n'est ni prévue ni liée au nombre de fois qu'un mot ou qu'une proposition apparaissent dans les données. Ainsi, elle ne correspond ni à la logique de l'application d'une grille thématique préconstruite ni à celle du comptage et de la corrélation de catégories exclusives les unes des autres. En fait, l'analyse par théorisation ancrée n'est pas l'analyse d'un contenu elle équivaut beaucoup plus justement à un acte de conceptualisation. (Paillé, 1994, p. 151)

7.6.1.2 Démarche mise en œuvre

La démarche comporte selon Paillé six opérations :

1. l'examen phénoménologique ou descriptif des données ;
2. l'analyse à l'aide des catégories conceptualisantes ;
3. la mise en relation des catégories et propriétés ;
4. l'intégration analytique de l'ensemble ;
5. la modélisation des phénomènes émergents ;
6. la consolidation de la théorisation. » (Paillé, p. 69, 2017)

Dans le cadre de notre recherche, nous nous sommes arrêtés à la troisième opération.

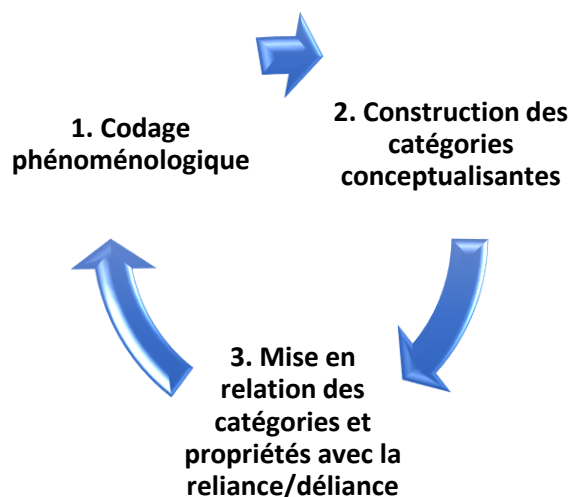


Figure 28 : Processus d'analyse par théorisation ancrée mis en œuvre dans notre étude

Dans un premier temps, nous avons procédé à l'examen phénoménologique des données. Cet examen nécessite une posture d'« écoute de l'altérité » (Paillé & Mucchielli, 2016, p. 147) dans le but de « cerner la logique à l'intérieur de laquelle s'insère le témoignage de l'interviewé. » (Paillé & Mucchielli, 2016, p. 145)

Après plusieurs lectures cherchant à cerner ces logiques des individus, nous avons procédé à un codage phénoménologique de nos entretiens qui consiste à produire des énoncés phénoménologiques synthétiques (courtes phrases) capables de restituer l'essence du phénomène contenu dans une portion de corpus. Notre analyse était ainsi guidée par ce type de questions : « Qu'est-ce qui est avancé ? exprimé ? Mis en avant ? Quel est le vécu explicité à travers ces propos ? » (Paillé & Mucchielli, 2016, p. 151). Dans cette première étape de l'analyse par théorisation ancrée, il s'agit de saisir « l'essence de ce qui est vécu, sans chercher à formaliser ou généraliser ce vécu au-delà de ce qui a été strictement rapporté » (Paillé, 2017, p. 64).

Nous avons ensuite procédé à la construction de catégories conceptualisantes en regroupant les énoncés phénoménologiques dans des catégories plus englobantes et conceptualisantes, c'est-à-dire, permettant l'accès à la compréhension d'un vécu : « La deuxième étape de l'analyse par théorisation ancrée consiste justement à porter l'analyse à un niveau conceptuel en nommant de manière plus riche et plus englobante les phénomènes, les événements qui se dégagent des données (Paillé & Mucchielli, 2016, p. 159). Puis nous avons déterminé des catégories saillantes transversales aux entretiens et délaissé ainsi des catégories plus spécifiques aux discours des interviewés :

Une particularité de l'analyse par théorisation ancrée, en comparaison d'autres méthodes d'analyse en recherche expérimentale ou quantitative, tient au fait qu'aucune de ses opérations n'est menée sur l'ensemble total des matériaux. La comparaison avec l'enquêteur policier tient là aussi : celui-ci récolte absolument tous les indices au début de son enquête, il entend tous les témoins, mais il perdrait son temps s'il conservait cette manière de faire jusqu'à la fin de l'enquête. La logique de l'enquête théorisante consiste à procéder d'abord de manière rigoureusement méticuleuse, puis de passer à un type de travail plus sélectif, de poursuivre des pistes et d'en abandonner d'autres, pour finir, bien souvent, par laisser tomber certaines données au profit d'une intégration analytique de l'ensemble (Paillé, 2017, p. 76).

Cette étape a donné lieu à l'attribution de définitions et de propriétés essentielles aux catégories saillantes. Cette « circonscription » de la catégorie doit permettre, dans la suite de l'analyse ou de contextes similaires de reconnaître le phénomène.

Nous avons enfin mis en relation les catégories saillantes avec les concepts de reliance et déliance avec lesquels elles résonnaient fortement. Comme le souligne Paillé, « des mises en relation entre phénomènes peuvent être suggérées par des modèles théoriques existants, repérés lors de l'examen initial des écrits en vue de l'enquête ou alors en cours même d'enquête » (Paillé, 2017, p. 77). De même pour Kaufmann, l'induction devrait se combiner aux modèles théoriques existants : « A mesure de la montée en généralité, « le chercheur doit apprendre à se libérer de la seule induction, et d'une induction trop puriste, pour la combiner avec des propositions théoriques établies » (Kaufmann 2008, p. 227).

Précisons pour clore cette partie que ce travail, bien que présenté en étapes n'a pas été linéaire. Des évolutions dans les regroupements d'énoncés phénoménologique, dans les appellations des catégories, des réajustements dans l'attribution des propriétés ont eu lieu jusqu'au dernier moment.

7.6.2 Emergence des catégories conceptualisantes

Six catégories ont émergé que nous présenterons dans cet ordre : le travail d'accueil du patient, l'expansion humanisante du patient, le travail de compréhension du patient, la facilitation d'intersubjectivité, le travail de conversion du patient et la réduction déshumanisante du patient. La présentation de chacune d'entre elles s'inspire de Paillé avec : une définition, une description des propriétés et pour finir, des extraits d'entretien à l'instar de Raymond et Forget (Raymond & Forget, 2020).

7.6.2.1 Le travail d'accueil du patient

Définition

Actions du soignant sur lui-même partant d'une prise de conscience de la nécessité de ne pas chercher à « modifier » le patient et se manifestant par un travail d'auto-observation critique, de suspension de jugements, de projection de désirs et de savoirs sur le patient.

Propriétés

Prise de conscience et conscience d'une nécessité de s'abstenir de « modifier » le patient

Auto-observation critique

Rappel d'une pensée « humanisante » vis-à-vis du patient

Auto-prescription de suspension de jugements

Essai de suspension de projection du désir du soignant

Travail de suspension de ses savoirs

Extraits d'entretiens

Prise de conscience et conscience d'une nécessité de s'abstenir de « modifier » le patient

Plusieurs infirmiers font référence à la nécessité de ne pas chercher à changer le patient. Pour Yolande, il faut prendre conscience de la nécessité d'arriver à faire avec ce qu'est le patient, sa réalité, et ne pas chercher à modifier, son intérieur, au sens propre et figuré :

C'est aussi le BA, BA de la profession d'infirmière, d'arriver à accepter l'autre comme il est, respecter son intérieur comme il est, mais en psychiatrie c'est au-delà, les patients ils nous apprennent à respecter autre chose, une autre réalité, c'est très particulier, c'est vrai que c'est assez particulier. [...] On apprend à respecter [...] mais, de toute façon, ils nous, ils vont le dire, ils vont le manifester hein, chez moi c'est comme ça et c'est comme ça, ce sont des habitudes de vie et puis, on n'a pas à vouloir transformer leur intérieur parce qu'on estime que y a ceci y a cela, si c'est pas eux qui en font la demande, nous on a rien à toucher, on n'a pas à changer quoi que ce soit [...] au début c'est assez scotchant, on a envie de faire entendre raison à l'autre euh de lui expliquer, là on apprend assez vite, il faut faire avec, il faut faire avec les délires, faut faire avec la réalité de l'autre, faut faire en sorte que cette réalité l'empêche pas trop de vivre.

Pour Manon, il ne faut pas chercher à « normaliser » la pensée du patient : « Effectivement on a des patients très étranges et il faut essayer de concevoir que notre objectif n'est pas de les faire penser comme nous et que surtout que pas forcément, on leur demande tout le temps de faire le chemin, euh que la société leur demande de faire le chemin. »

Auto-observation critique

Certains soignants pratiquent l'auto-observation critique. C'est le cas de Manon :

Qu'est-ce que tu veux, qu'est-ce que tu es en train de lui demander ? ». J'suis en train de lui demander un truc qui est complètement à côté, j'suis en train de lui demander un truc qui est pas de son histoire à lui, qui est de toi, de ton désir et de tes priorités, qui est que lui s'en saisit pas, des fois, des fois t'es complètement, des fois c'est complètement en voulant bien faire.

C'est aussi le cas de Yolande : « Oh là là, mince, quelque part j'ai déconné, le premier truc qui m'est arrivé, j'ai déconné, je lui ai affiché un refus beaucoup trop dur à accepter pour elle ».

Rappel d'une pensée « humanisante » vis-à-vis du patient

Se souvenir que le patient est en souffrance permet à Justine de ne pas rendre la patiente responsable d'un sentiment d'échec :

Quand on fait un entretien avec elle, on en sort un peu irrité parce qu'on a l'impression que ça a servi à rien et voilà des choses qui sont énervantes mais voilà et et , mais c'est pas sa faute c'est juste qu'elle souffre en fait donc euh moi c'est ça, que j'essaye de me dire à chaque fois. Quand je me sens moi-même dériver, je me dis : « mais non il y a une maladie derrière.

Manon se rappelle que la différence du patient n'est pas un signe de moindre valeur et que le patient a un libre-arbitre : « En se rappelant à tout moment que c'est une autre façon de penser

qui a sa valeur, que c'est une autre personne qui a sa vie entre ses mains, et qu'il y a des choses à entendre de ce qu'elle souhaite en faire de ce qu'elle souhaite pas en faire. »

Auto-prescription de suspension de jugements

Christel s'auto-prescrit en quelque sorte, la suspension de préjugés sur les patients :

En fait, on s'est dit, on se disait que pour cette patiente ce serait compliqué que non, elle n'y parviendrait pas et en fait, il faut pas avoir de préjugés, parce que la preuve que ben si c'est possible, qu'elle le fait, qu'elle s'y tient, qu'elle a perdu du poids, que enfin vraiment tout va, alors que au final, enfin, on s'y attendait pas donc, il faut avoir une plus large ouverture d'esprit et pas au final, et parce que là c'était presque penser qu'elle serait en échec et non, de quel droit on peut penser ça au final ?

Essai de suspension de la projection du désir du soignant

Manon évoque ici un travail de suspension de ses projections sur le patient et l'impossibilité d'y parvenir « à tous les coups » :

Ce que vous avez appris dans cette situation, comment avez-vous réussi à le mettre en œuvre avec d'autres patients ? Le chercheur : En arrêtant de projeter sur eux, des désirs, des réflexes, qui seraient les miens. Alors je ne peux pas vous dire que j'y arrive tout le temps parce que faudrait être, je pense que tous les psychiatres, ou les soignants de psychiatrie à travers le monde rêveraient d'être capables de faire ça.

Travail de suspension de savoirs

Hélène évoque un travail de mise de côté, volontaire, de ses savoirs pour « partir du patient », une sorte de « réinitialisation » d'elle-même :

C'est comme si à chaque fois il fallait que nous, on se remette à zéro. Voilà, on sait plein de choses, on a plein d'outils à notre disposition, plein de théories, on a plein de choses, [...] mais par contre, si on considère que le patient il est unique, il a ses croyances, son histoire, on repart un peu de zéro à chaque fois et même si on est attaché à un outil, à une théorie, c'est le patient qui va vous apprendre si ça lui convient ou si l'outil lui convient ou si le médicament lui convient [...] je crois que c'est que le vécu qui peut nous apprendre ce qui marche ou ce qui est efficace.

De même Justine :

Quand je suis arrivée en psychiatrie, j'avais beaucoup d'appréhension puisque je voyais les patients qu'à travers leurs symptômes, leur pathologie donc une vision très théorique. Des fois je m'informe même pas sur leur pathologie, je vais les voir en tant qu'être humain, qui va voir un autre être humain qui va pas bien et je trouve que, je me sens plus épanouie de faire comme ça. Après malheureusement on n'y échappe pas, quand il y a un patient qui rentre, on vous dit tout de suite : ben lui voilà, il est bipolaire machin machin et j'essaie juste de faire abstraction, « voilà c'est quoi le problème, peut-être que le problème, ok le problème de base c'est la bipolarité, mais là le problème du moment c'est quoi ? » Il est angoissé parce qu'il s'est passé ça.

On peut dire que cette suspension de savoirs est une façon de ne pas « psychiatriser », pour Corinne, c'est-à-dire de ne pas projeter une grille de lecture « pathologique » sur les patients :

Après franchement des fois, par rapport à la clinique en psychiatrie, je trouve que il y a plusieurs écoles, il y a des fois j'entends des collègues qui disent, il délire et je dis ben pour moi non, il délire pas, ben c'est pas ça le délire, des fois j'ai tendance un peu, c'est pas délirer ...après une patiente elle est malade, oui elle a besoin d'un traitement, elle a besoin de soins, mais une femme très très sympa mais qui peut être un peu maniaque, qui peut se perdre dans son quotidien, sa relation avec les hommes qui peut se mettre en danger etc. puis un jour elle vient avec son nounours, elle avait son nounours pour prendre ses médicaments et elle dit en rigolant « oh c'est dommage qu'il ait pas un zizi » et ma collègue me dit « t'as vu elle est complètement délirante » et je lui dis, « ben non, elle délire pas, elle regrette, elle est juste en manque de quelque chose », je lui dis « mais non, c'est pas du délire ça, pour moi c'est pas du délire », [...], voilà c'est sa vie quoi, c'est pas délirer, enfin pour moi c'est pas délirer.

7.6.2.2 L'expansion humanisante du patient

Définition

Action d'élargir sa représentation du patient à une personne humaine, entière incluant ses identités multiples (familiale, socioprofessionnelle etc. présentes et passées), ses capacités, ses besoins etc. ; de mettre en perspective ses actes par rapport à ceux des « non-malades » ; d'accorder de la valeur à sa différence. Cette catégorie fait écho à la catégorie « réduction déshumanisante du patient » à laquelle elle s'oppose.

Propriétés

- Elargissement de la représentation du patient à une personne incluant ses identités multiples présentes et passées (familiale, socioprofessionnelle etc.), ses capacités, ses besoins etc.
- Mise en perspective du patient et de ses actes par rapport à ceux des « non-malades »
- Valorisation de la différence

Extraits d'entretien

Elargissement de la représentation du patient à une personne « entière »

Olivia évoque ici la nécessité de voir les patients dans leur différents statuts, de les replacer dans le contexte de leur vie :

En fait, on a tous nos expériences de vie quelque part et le patient faut pas le voir que en tant que patient faut le voir en tant qu'homme, en tant que femme, en tant que papa que maman en tant que conjoint, fils de, fille de. Voilà le patient il a une vie, il a sa propre expérience, il a pu travailler euh quelquefois.

De même, Yolande souligne l'importance de prendre en compte le passé des personnes avant leur maladie :

Quand les gens nous racontent leur histoire, ils ont un parcours de vie et voilà, oui les personnes âgées, ils racontent leur vie oui... ils ont fait ceci, ils ont fait cela, ils ont connu ceci, ils ont connu cela, ben voilà donc déjà l'histoire même de la personne euh, nous est racontée par le patient directement, ça nous donne aussi des façons de voir l'autre différemment en fait parce que les personnes ne sont pas des pathologies psychiatriques, ce sont des gens qui ont vécu, qui ont une vie et voilà et puis à un moment donné, il y a eu une

émergence de la pathologie et une prise en charge plus ou moins tôt, avec les moyens qu'il y avait à l'époque.

Hélène a appris à voir les patients dans leur globalité et comme des personnes capables :

Et en psychiatrie c'est pareil, les patients le ressentent terriblement quand on dit un schizophrène, c'est encore plus grave que bipolaire mais pourquoi. Voilà. Donc ce qu'ils m'ont appris c'est d'éviter tous ce genre de préjugés d'abord de les voir, un peu plus dans leur globalité de les voir...et ils aiment terriblement ça, d'ailleurs dès qu'on fait attention à la partie saine de leur personne, leurs talents, voilà, je trouve que ça aide énormément pour tout le reste. Ils apprécient et quand c'est pris en considération, le reste est beaucoup plus facile. Voilà, ils m'apprennent ça, à les reconnaître en tant que patient, en tant que personne aussi qui a des ressources, des capacités, des compétences, qui a besoin d'être considérée, ils m'ont appris ça que plus on utilise cette euh, plus on est conscient de ça, plus notre métier est facile.

Manon, ici, en appelle au respect et à la représentation d'un patient capable, sachant, autodéterminé :

Ici on est en CMP, c'est des gens qui vivent à l'extérieur donc qui arrivent à aller chez le boulanger, qui arrivent à aller faire leurs courses, donc le fait quand ils sont en soins, on peut nous aussi concevoir que il y a des capacités, des compétences qui fonctionnent différemment avec eux ou des priorités qui sont différentes et vraiment, je vous dis des structures de pensée ça va vraiment plus loin que ça, des façons de percevoir le monde et ses priorités, et des façons de percevoir le sens de la vie même qui sont complètement différentes.

Mise en perspective du patient

Manon remet en perspective les actes des patients et pose que les actes insensés sont le fait de tout un chacun :

Et c'est vrai que des situations comme ça nous permettent de, sans qu'on soit jamais capables tout au long de notre carrière de nous mettre à la place de chacun mais en tout cas, dans des grandes classes de pensée, à la place d'un psychotique ou des choses comme ça, qui nous permettent de toucher un peu plus du doigt, ce qui fait sens pour eux et pourquoi est-ce qu'il y a certains certains gestes, certains certaines choses qui nous paraissent complètement incompréhensibles et qui pour eux ont du sens. Ça veut pas dire qu'elles sont réelles, ça veut pas dire qu'elles sont authentiquement sentées, mais qui d'entre nous fait que des choses authentiquement sentées ?

Elle remet également en perspective des reproches couramment faits aux patients comme l'absence de projet, de proactivité, de volonté et rappelle que là encore, ces difficultés ou incapacités sont rencontrées par tous :

Finalement lequel d'entre nous sait ce qu'il veut dans la vie toujours, est toujours sûr, met en place les choses pour y arriver qui d'entre nous peut se targuer de ça ? Donc des fois, on est vraiment plus réalistes que leur ... on leur demande vraiment, soit des choses qui sont le reflet de notre propre désir pour eux, euh soit de montrer plus de désir et plus de volonté que chacun d'entre nous, quand à la salle de sport on y va que trois fois, quand on dit : « ah non demain j'arrête, demain je fais ci, je fais ça j'arrête de fumer. »

Christel met en perspective la réussite d'une patiente :

On a une patiente par exemple qui a demandé à faire du sport donc au niveau de la salle de sport de l'intrahospitalier. On avait déjà un patient qui allait sur l'intrahospitalier et on s'est dit, on n'était pas sûrs qu'elle arrive à tenir son engagement et en fait elle nous a surpris car, si, elle s'y tient vraiment, trois fois par semaine, ce qui est quand même une contrainte, que nous-mêmes on aurait du mal à ... et donc on pensait que ça serait compliqué pour elle et en fait non, elle s'y tient depuis plus d'un mois déjà donc.

Valorisation de la différence

Hélène valorise ici les stratégies des patients pour faire face à certaines manifestations de la maladie :

Euh on pense nous en tant que soignant, avoir la bonne réponse, comment faire face aux joies, comment faire face aux idées qui s'imposent, comment faire face à l'angoisse. Et là, je découvre dans cet atelier, leur façon à eux, qui n'est pas toujours celles que nous on aurait choisi, qui est pas toujours la plus simple, pas toujours la plus évidente, ni, on a l'impression, celle qui peut les aider le plus mais quelle ingéniosité, quelle ingéniosité...

Manon également manifeste son respect pour la pensée d'un patient :

C'est que je me rappelle un patient, euh on a été très surpris de le voir un jeune homme, probablement une première voire deuxième hospitalisation, une entrée dans la schizophrénie assez typique et on a été assez surpris de le voir se promener sans lunettes car un jeune homme connu vraiment très très myope enfin voilà, et il nous explique à l'équipe qui lui dit « Beh tiens vous ne portez pas vos lunettes aujourd'hui » il explique « ben non je rééduque mes yeux parce que regardez, si vous vous êtes cassé la jambe et que vous marchez tout le temps avec des béquilles, faudra bien qu'un jour vous lâchiez les béquilles de plus en plus pour réapprendre à marcher » et je me suis retrouvée à l'époque toute jeune, vraiment toute jeune femme pas encore diplômée vraiment dans ce monde très nouveau et qui me paraissait parfois très opaque à me dire « ben c'est pas si con en fait » malheureusement ça ne marche pas comme ça l'optique ça ne marche pas comme ça, mais effectivement, il y avait une certaine logique.

Cette valorisation de la différence s'exprime de nouveau chez Manon par sa défense auprès des jeunes soignants, de la neurodiversité :

Moi j'essaie régulièrement de leur dire (aux jeunes soignants) un psychotique n'est pas un névrosé euh et que quand même, on doit respecter la neurodiversité, y a des gens qui pensent, perçoivent et vivent le monde voire les sens voire leur réflexion, leur cognition sont différentes et elles ne sont pas toujours moins bien parce qu'elles ne sont pas considérées comme normales.

7.6.2 3 Le travail de compréhension du patient

Définition

Démarche volontaire du soignant, à la suite d'une quête de sens, d'appréhension cognitive et subjective du vécu du patient.

Propriétés

Questionnement, quête de sens vis-à-vis des comportements, ressentis du patient
Exploration du monde du patient

Projection à la place du patient et identification au patient (une personne avec les mêmes ressentis etc., que moi)

Extraits d'entretien

Questionnement, quête de sens du soignant

Yolande, dans l'extrait suivant, s'interroge sur les motifs d'un refus d'une patiente de se déplacer jusqu'au CMP : « Pourquoi cette impossibilité-là, qu'est-ce qui s'est passé dans l'échange qu'on avait toutes les deux, qu'est-ce qui s'est passé pour que tout à coup, elle veuille plus venir, elle venait voir son psychiatre mais elle voulait plus faire l'injection sur le CMP voilà. »

Manon insiste sur la nécessité pour le soignant, de faire l'effort de se déplacer dans le monde du patient, pour comprendre son fonctionnement, la logique sous-jacente à ses actes :

En tout cas de se dire, je ne peux pas toujours comprendre où il faut que j'essaye, c'est aussi à moi de faire le chemin : « Comment fonctionne cet esprit ? Qu'est-ce qu'il veut me dire ? et pas rejeter son idée et me dire c'est complètement idiot, ça n'a pas de sens, les médicaments ça se prend comme ça, les ça se fait comme ça euh, y a une règle y a une loi d'accord, on se permet tous des aménagements avec, pourquoi pas eux, mmh, voilà donc d'essayer de percevoir.

Exploration du monde du patient

Le récit de Manon illustre ici un déplacement dans le monde du patient grâce à l'explicitation de son raisonnement, par ce dernier :

C'est que je me rappelle un patient, euh on a été très surpris de le voir un jeune homme, probablement une première voire deuxième hospitalisation, une entrée dans la schizophrénie assez typique et on a été assez surpris de le voir se promener sans lunettes car un jeune homme connu vraiment très très myope enfin voilà, et il nous explique à l'équipe qui lui dit « Beh tiens vous ne portez pas vos lunettes aujourd'hui », il explique « ben non je rééduque mes yeux parce que regardez, si vous vous êtes cassé la jambe et que vous marchez tout le temps avec des béquilles, faudra bien qu'un jour vous lâchiez les béquilles de plus en plus pour réapprendre à marcher » et je me suis retrouvée à l'époque toute jeune, vraiment toute jeune femme pas encore diplômée vraiment dans ce monde très nouveau et qui me paraissait parfois très opaque à me dire « ben c'est pas si con en fait » malheureusement ça ne marche pas comme ça l'optique ça ne marche pas comme ça, mais effectivement, il y avait une certaine logique. » et c'est vrai que des situations comme ça nous permettent [...] de toucher un peu plus du doigt, ce qui fait sens pour eux et pourquoi est-ce qu'il y a certains certains gestes, certains certaines choses qui nous paraissent complètement incompréhensibles et qui pour eux ont du sens.

Hélène offre également un exemple de cette exploration du monde du patient. Elle nous raconte ici comment elle demande au patient de lui expliciter, de lui décrire précisément ce qui se passe, de son point de vue, à l'hôpital :

Voilà, et il m'explique comment ça fonctionne à l'hôpital pour lui. C'est pas à moi de lui expliquer comment ça doit fonctionner à l'hôpital. C'est ce qu'on voudrait faire, « tu vois à l'hôpital il faut mettre qu'un seul pantalon, tu dois pas le descendre à tel endroit, qu'on lui

explique comment ça marche nous, » mais lui est en train de m'expliquer un peu comment ça marche, comment il fait pour se mettre en sécurité, que quand on montre qu'on a un grand sexe, on est respecté. Il m'explique en fait comment ça fonctionne pour lui à l'hôpital, comment l'hôpital fonctionne, où sont les endroits dangereux, quels sont les gens dangereux, voilà. Je pense que si je passe pas par son expertise à lui, j'aurais beau lui dire tous les jours, remonte ton pantalon, il va y arriver mais enfin, je pense qu'on passe à côté de beaucoup de choses, voilà c'est ça que je voulais, expert c'est pas, c'est qu'il a plein de choses qu'il n'a pas dit sur son vécu sur son ressenti, sur comment il voit les choses lui. Donc c'est faire un travail comme ça, comprendre pourquoi on descend son pantalon devant certains patients.

Dans l'exemple suivant, Paula nous montre sa démarche de compréhension d'un patient :

Je leur ai posé des questions et quand ils sont stabilisés, oui je leur ai demandé quand ils perdaient pied, comment ça se passait, c'est, je sais pas je suis pas schizophrène donc les hallucinations, les délires, ya des patients qui sont capables de parler de leur schizophrénie et en effet quand il y a des patients qui parlent de leur schizophrénie [...] je comprends un peu mieux, quand un schizophrène est en phase aigüe.

Marie, enfin, explicite sa démarche de recherche de compréhension auprès d'un patient :

Lui en fait il est intolérant à la frustration donc quand il y a quelque chose qui, il tape dans les murs et assez vite donc en général, il y a une cause, et du coup, on essaye de comprendre, on écoute, on lui pose des questions s'il s'est disputé avec l'un de ses parents, on essaie de voir c'était quoi l'objet de la discussion, pourquoi ils se sont disputés, il y a peut-être d'autres moyens de gérer sa colère.

Projection à la place du patient et identification au patient

Geneviève, ici, se projette à la place d'une patiente qui entend des voix et s'imagine incapable de vivre avec :

Euh oui en fait donc il y a une patiente, elle entend des voix, elle est cloîtrée chez elle et elle peut parfois entendre des voix auto-agressives envers d'autres, donc là elle a quelqu'un de sa famille chez elle donc c'était envers cette personne. En fait, les voix, c'est les voix qui sont agressives, c'est pas la voix habituelle, la voix habituelle, elle appelle ça son bruit de fond, c'est un bruit de fond et ça si on l'arrête ça fait un vide énorme, donc faut garder le bruit de fond, chose que je serais pas capable de faire. Je pourrai pas vivre toute ma vie avec une voix dans ma tête.

Marie tente de se mettre à la place des patients :

On se répète beaucoup, toutes les deux minutes. On essaie surtout d'être, calme, de poser nos mots, de bien choisir nos mots surtout, parce que c'est très très important, de bien choisir ses mots, et oui d'être patient, et d'essayer de comprendre aussi, car ça doit pas être facile d'être enfermé ici quand on est jeune forcément voilà.

Christel perçoit la proximité des ressentis avec les patients : « on a tous un peu les mêmes ressentis etc. sauf que chez nos patients, c'est peut-être exacerbé et donc, c'est en fait, enfin voilà, ils nous livrent des éléments sur qui ils sont eux, et je trouve qu'il ne faut pas s'arrêter juste à leurs troubles. »

Justine s'identifie au patient dans un ressenti d'injustice :

Mais je me suis dit c'est marrant là on est deux à ressentir l'injustice parce que lui (Interruption)...ben du coup je me suis rendue compte que c'est pas parce que le patient il a une pathologie qui fait qu'il est un peu dans un monde à part qu'il ne ressent pas les choses je me suis rendue compte qu'on était tous les deux, même si lui était victime de la chose, moi je me sentais, je trouvais ça injuste aussi, j'avais envie d'attraper l'infirmière et de lui dire oh dis donc, c'est pas parce qu'il est schizo que bon voilà.

7.6.2.4 La facilitation d'intersubjectivité

Définition

Actions posées par le soignant visant à redonner au patient une place de sujet dans la relation de soin.

Propriétés

Questionnement critique du soignant, de la relation soignant-soigné paternaliste
Positionnement du patient comme le premier expert de son vécu, par le soignant
Positionnement du soignant comme un facilitateur (à chaque fois que possible)
Don de confiance du soignant au patient
Travail depuis et avec un patient sujet

Extraits d'entretien

Questionnement critique de la relation soignant-soigné paternaliste

Hélène s'interroge ici sur le rôle du soignant et la place accordée au patient dans le soin et notamment à la possibilité de choisir de se faire soigner ou pas de ce dernier :

Quand ils nous surprennent, quand ils vont au-delà de ce qu'on attendait d'eux, voilà être honnête, dire bravo, chapeau, vous avez fait très bien sans nous, voilà lui accorder une place quand même au patient, c'est pas vrai que comment dire, en psychiatrie on s'est souvent donné une importance je trouve très exagérée pour ce qui est d'aider les patients, on les aide pourquoi exactement ? Alors, on les protège comment, on les protège de quoi ? Tout ça c'est quand on veut faire son rôle comme il faut, il faut souvent se reposer la question, de quoi on le protège là, et dans quoi je l'accompagne exactement. Le rôle de l'infirmier en psychiatrie, c'est souvent de remettre sa pratique en question. Parce que c'est ça le rôle, on vous l'apprend à l'école, il faut protéger les patients, la sécurité en psychiatrie ouhlàlà, alors protéger les patients, et oui, les soigner contre leur gré souvent, redemander souvent quand même qu'est-ce que ça veut dire tout ça ?

Dans cet extrait, Manon questionne une volonté de soigner à tout prix qui ne prend pas en compte la volonté du patient :

C'est une des situations où je me suis dit quand même les limites de nos possibilités d'action sur le bien-être de la personne où quand même nos réponses sont souvent l'hospitalisation, le traitement médicamenteux voire la psychothérapie, je dis pas qu'on est que des interventionnistes mais, en tout cas, sur ce qui peut faire sens pour la personne quand elle a même pas demandé le soin, et que ça lui parle pas, et qu'elle veut pas s'en saisir euh, ça ça m'avait énormément interpellé à l'époque, et encore maintenant, se dire que parfois les routes de l'enfer sont pavées de bonnes intentions et que parfois on veut intervenir à tout prix, on

veut soulager à tout prix et on oublie intrinsèquement ce qui fait la personne, que c'est pas ça forcément ça, sa demande, qu'on peut pas normer certaines choses, qu'on a parfois des barrières effectivement d'âge, de culture ou de circonstances de vie qu'il faut admettre qu'on peut parfois admettre pour nous-même, qu'on admet pas toujours pour le patient ou peut-être que effectivement dans ces moments-là on arrive pas à avoir ce rapport d'égalité, et de se dire, il est apte lui-même à savoir ce qui est bon pour lui et euh si cette dame par exemple refusait ou n'entendait vraiment pas l'intérêt de la psychiatrie ou d'avoir un traitement, puisqu'elle liait le fait d'être mal à être incarcérée et tant que son incarcération ne prendrait pas fin, elle n'aurait pas de raison d'aller mieux, est-ce que poursuivre quand même, on va la convaincre que c'est chouette d'être ici, qu'on est super sympas et que un petit peu de prozac, ou de je ne sais quoi ça va vachement l'aider...je n'sais pas, j'sais pas si c'était vraiment intéressant.

Positionnement du patient comme le premier expert de son vécu

Hélène considère et positionne le patient en premier expert pour son soin :

Oui, je pense que c'est important de dire aux soignants aussi que le vrai expert en psychiatrie, c'est le patient, je sais qu'il y a le concept de patient-expert et souvent, moi quand je fais des entretiens sur l'éducation thérapeutique, je leur dis que j'ai besoin d'eux comme expert dans ce qui leur arrive et c'est pas mentir, c'est pas pour les si si c'est vrai que ça a pour rôle aussi de les valoriser mais j'en suis convaincue. On dit toujours le patient n'a pas une conscience exacte de ce qui lui arrive, mais c'est quand même lui qui a le plus conscience de ce qui lui arrive malgré tout.

Positionnement du soignant comme un facilitateur

Dans le cadre de l'éducation thérapeutique, Hélène aspire à un rôle de facilitatrice :

Pour l'instant, vu que j'ai pas de temps dédiés à l'éducation thérapeutique et tout, je peux pas faire de groupes, vraiment parce que le but c'est, par exemple des cartes sur les hypothèses, où c'est au patient de les résoudre, l'idéal moi que je serve juste à proposer le jeu et qu'entre eux, ils s'aident à résoudre les hypothèses et qu'un dise à l'autre, ben non là c'est une hallucination, là tu peux pas, ce serait l'idéal, c'est ce que j'aimerais arriver à faire, mais je n'ai pas de temps dédiés pour ça. Ya tout un projet qui n'a jamais vu le jour hein donc je fais comme je peux, mais se servir des compétences d'un patient pour en aider d'autres oui, ça se fait dans les activités, dans la prise des traitements de temps en temps, bien sûr qu'on fait appel, et ils aiment bien d'ailleurs.

Pour Manon, le soignant est là pour proposer au patient un soin qui lui permette de se sentir mieux et celui-ci devrait avoir la liberté de choisir de l'accepter ou pas :

C'est pas nous qui avons échoué, c'est leur vie, ils ont le droit autant que nous d'en faire ce qu'ils en veulent tant que encore une fois, ils ne sont pas dangereux et tant que nous on leur a proposé encore une fois, on a une obligation de moyens et pas de résultats dans le sens où on doit proposer au patient des choses qui nous paraissent devoir lui permettre d'accéder à un confort supérieur, mais s'il ne s'en saisit pas c'est que ça ne lui a pas parlé, ça le regarde. [...] notre objectif c'est le confort du patient, c'est qu'il soit bien et qu'ils puissent nous le dire [...] moi j'essaie vraiment de parler en termes de confort ou d'inconfort.

Don de confiance

Hélène raconte ici comme elle a traité finalement un patient en adulte capable, en choisissant de lui donner sa confiance plutôt que de le contraindre, tel un enfant :

Un patient samedi soir encore ça m'est arrivé, il était angoissé, il voulait absolument pas aller manger au self, or il était prévu qu'il mange au self et alors pour tout un tas de raisons délirantes, il anticipait des états d'agressivité où il allait se montrer d'une violence inouïe à l'égard d'un patient avec qui il avait des antécédents, et je lui ai dit que non, moi, pas une minute je ne pensais à sa violence et tout puisque on allait aller manger ensemble au self-service et que s'il y avait un problème quelconque, je le croyais capable d'en faire part au soignant et que non, il était absolument pas question qu'il y ait de bagarre et tout, que je lui faisais suffisamment confiance et à notre relation pour qu'il vienne nous chercher avant qu'il y ait un quelconque problème. Et alors sur le coup il l'a mal vécu, je l'ai obligé à manger au self mais après il est revenu me voir, il m'a dit, « tu me connais bien toi ». Voilà c'est...je ne l'ai pas obligé à aller manger en disant : non, non, non, c'est obligé c'est comme ça, sinon il n'y aura pas ci, il n'y aura pas, je lui ai dit non, je vous fais confiance, on en est à un point où je sais très bien que ça ne va pas arriver parce qu'on se connaît bien.

Travail depuis et avec un patient sujet

Hélène évoque sa volonté d'une meilleure prise en compte des patients dans son accompagnement :

De mon parcours c'est un peu là-dessus que je travaille sur ce que m'apprennent les patients, à remettre un peu, retrouver des stratégies pour mieux les prendre en compte, développer des stratégies parce que l'entretien infirmier tel qu'on l'apprend ou les prises en charge un peu standard, elles ont leurs limites.

Hélène décrit comment elle prend en compte et s'appuie sur le projet du patient dans le soin :

Un patient qui est hospitalisé depuis pratiquement quinze ans suite à des faits graves donc il fait des projets, son projet c'est d'avoir un travail et une famille et d'être dehors, voilà. Vous pouvez dire « oh c'est pas demain la veille ouh lala même pour faire une permission » c'était toute une affaire c'était très compliqué, mais non je trouve que ce projet de travail... « et dans quel domaine ? Ah ben, la mécanique, » /ah ben, ne serait-ce que pour l'aider à se concentrer sur une lecture, pour l'aider à prendre soin de lui, pour l'aider à prendre soin de son environnement, c'est bien de lui rappeler son projet. Souvent je lui rappelle son projet, qu'il faut rester en bonne santé, qu'il faut savoir prendre soin de son environnement, de sa chambre, savoir faire une lessive pour un jour, s'il a la possibilité de sortir de l'hôpital et puis qu'il soit capable de faire tout ça, je lui dis tout le temps que vous passez ici, il faut le mettre à profit pour ce jour où voilà, il faut continuer à lire à s'instruire à acquérir des compétences puisqu'il a ce projet/, et heureusement qu'il a ce projet parce que...

Hélène travaille avec les patients dans le cadre de discussions, malgré le « paradoxe du patient » et la divergence de point de vue du soignant et du soigné :

Je suis en train d'apprendre ça, qu'on peut travailler dans deux domaines qui semblent très différents ou dans des sens à nous qui nous paraissent très différents et je me dis, tant qu'il y a ce lien et tant qu'on travaille, rien n'est perdu et c'est lui un jour peut-être qui fera que ça va se rejoindre ou lui servir, je sais pas comment vous dire ça euh, en tout cas, je suis en train de faire cette expérience avec plusieurs patients, voilà que, comme je vous ai dit je travaille avec des gens sur qu'est-ce que la schizophrénie alors qu'ils soutiennent qu'ils ne le sont absolument pas, et ils sont très curieux d'en apprendre le plus possible et ils me font plein de commentaires à chaque page, donc voilà, je suis en train d'apprendre ça,.

7.6.2.5 Le travail de conversion du patient

Définition

Processus par lequel un soignant amène progressivement un patient à adhérer au soin et à mettre en œuvre les pratiques afférentes (prise du traitement etc.). Ce travail passe par la formation, dans l'esprit du soignant, d'une attente de compliance du patient et la perception, pour ce faire, de la nécessité de « conquête » de la confiance du patient. Peuvent être mises en place une quête de l'aveu et/ou un apprivoisement du patient.

Propriétés

Attente d'exécution du projet des soignants

Quête de l'aveu et évaluation de sa validité

Perception de la nécessité de la « conquête » de la confiance du patient

Apprivoisement du patient

Extraits d'entretien

Attente d'exécution du projet des soignants

Dans cet extrait, Christophe attend des patients qu'ils contribuent à réaliser les attentes de la psychiatrie par une allégeance « active » au soin :

De toute façon, on travaille à c'que nous apporte le patient c'est lui qui nous apporte le matériel, c'est-à-dire que nous on fait, voilà on fait discours aux patients... on fait 50 % du travail, vous faites 50% les 50% qui restent, c'est euh comment je pourrais dire euh. Nous on est disponibles, on est là, on les écoute et eux, les patients, il faut qu'ils soient capables de, il leur revient de faire une partie du travail, c'est un mot qu'on n'a pas employé, qu'on n'a pas évoqué, mais qu'ils soient actifs. On le voit à travers l'autocritique, à travers la compliance aux soins, l'observance du traitement.

De même, pour Lina, le travail du patient, c'est d'adhérer au soin :

Le travail du patient, c'est-à-dire que le patient adhère aux soins, c'est ça, c'est son adhésion aux soins, c'est beaucoup plus facile de prendre en charge un patient qui adhère aux soins qu'un patient qui vous dit moi je ne suis pas malade, moi je vais pas faire ci, je vais pas faire ça, ça devient très compliqué.

Quête de l'aveu¹²⁴ et évaluation de sa validité

La quête de l'aveu ou de l'autocritique du patient est très bien exprimée par Julie. Elle évoque un travail de « reprogrammation » du patient, pour lui faire admettre que sa réalité n'existe pas :

En fait c'est, on leur répète et il y a un moment où ça fait tilt. Parce que dans la maladie il y a plusieurs phases, il y a la phase aigüe donc le moment où ils sont pas capables de voir qu'ils ne sont plus dans la réalité et nous c'est de leur répéter inlassablement euh par exemple on a un patient qui voit des démons. On va leur dire : « ça, est-ce que tu penses que c'est la réalité ? Est-ce que tu penses que c'est dans ta tête ? Est-ce que tu penses que c'est la maladie qui fait

¹²⁴ Nous précisons le sens de ce choix plus loin.

ça ? Au début, ils disent « non, non c'est la réalité » et puis à force de leur répéter, de leur répéter, ils finissent par dire « oui, j'étais pas bien, je prends plus mes médicaments et du coup je voyais des choses mais là je me rends compte que...

La recherche de l'auto-critique, c'est amener la prise de conscience par le patient de son « décalage » par rapport à la norme pour Geneviève :

Ben déjà il faut qu'ils reconnaissent que c'est une errance pathologique, c'est ça le travail en psychiatrie, c'est amener l'autre à se dire « ben non, ce que je fais c'est pas normal ». Dormir dans la rue, faire la poubelle ou crier devant la mairie ou voilà, avoir des troubles des comportements qui sont pas adaptés à notre société, ben non c'est pas normal. On dort pas dehors quand on a un logement, voilà.

Cependant, le soignant doit rester vigilant car l'aveu peut être insincère, « plaqué ».

Pour Christophe, le soignant doit évaluer que l'autocritique du patient relève bien d'une réelle prise de conscience du patient de son état, en le faisant parler :

oui donc un patient qui va vous dire « j'ai déliré, c'était...c'est de la pathologie ... » faut pas non plus que ce soit trop plaqué, donc on essaie de voir ce qu'il peut en dire un peu, un peu avant quoi. Et voilà, quelque chose qui rend les soins difficiles c'est lorsqu'il y a un déni des troubles, une dénégation.

De même pour Marie :

Après, on a les fausses auto-analyses aussi. On a les patients qui vont critiquer mais qui en fait n'en pensent pas un mot, ils disent en fait ce que le psychiatre a envie d'entendre. En général, on le voit parce que on voit très bien que c'est pas sincère et que euh, il est encore dans dans le délire et que c'est une fausse critique euh enfin le psychiatre a plus de recul que moi mais voilà on sent que y a rien de sincère dans ce qu'il est train de nous dire et que non il est toujours aussi délirant et que il faut travailler encore un petit peu.

Nécessité de la « conquête » de la confiance du patient

Il est par ailleurs nécessaire de gagner la confiance du patient pour l'amener au soin, comme le souligne Evelyne : « Je crois que déjà il faut gagner la confiance et montrer qu'on n'est pas là en termes de mauvais éléments, il faut pas non plus qu'on soit des persécuteurs.»

La capacité du soignant à créer une relation de confiance avec le patient va être déterminante, pour Séverine, dans la « conversion » au soin :

La prise de conscience de la pathologie ça se fait quand il y a une confiance qui s'installe, parce que le patient, il va pas vous ouvrir sa porte comme ça, il va pas vous accueillir. Donc, il faut qu'il y ait une relation de confiance et la relation de confiance, ça se travaille avec le patient. Et et, c'est ça la part la plus difficile. Parce quand il y a confiance, tout se fait. Le patient, il accepte d'aller voir le médecin, il suit son traitement voilà. Voilà.

Pour Geneviève, la confiance dans le soignant va conduire le patient à se confier : « Il faut qu'ils aient confiance, en fait il faut qu'ils arrivent à se confier à nous, il faut qu'ils puissent se confier, c'est pas facile de confier des choses bizarres, quand on les dit, on se rend compte parfois que c'est bizarre, après la douleur elle est là. »

Pour inspirer cette confiance au patient, le soignant doit renvoyer une image rassurante et

d'assurance au patient. Pour Geneviève, il doit prendre un temps de « (re)-composition de soi » :

Voilà toujours prendre le temps, être d'une humeur égale, parce qu'en fait, on renvoie énormément de choses à l'autre, qu'on ne perçoit pas mais que lui va percevoir parce qu'il est justement dans une période où il est hyper fragile où il est dans une hyper sensibilité, ils ont une réceptivité qui n'est pas la nôtre.

Pour Julie, le soignant doit montrer une certaine assurance au patient :

Si on n'est pas honnête à cent pour cent, ils le sentent tout de suite et après la relation de confiance est très perturbée par la suite et c'est très difficile de reprendre ça, de récupérer ça. Je parle de l'honnêteté au niveau, enfin faut qu'on soit sûrs de nos réponses. S'ils sentent qu'on n'est pas sûr à cent pour cent, ils vont sentir qu'il y a quelque chose.

Apprivoisement du patient

La conversion au soin est un travail délicat et progressif qui doit se faire sans rapport de force comme le souligne Paula :

Quand le patient ne peut pas entendre certaines choses, ou qu'il est sur un mode agressif très revendiquant [...] si le patient est pas bien, si le patient est délirant, si le patient est revendiquant ou il est sur un mode agressif, on trouve les bons mots, on trouve les bons gestes et on fait en sorte par contre que le patient prenne son traitement, accepte les soins, mais sans rapport de force. En en psychiatrie, on doit procéder comme ça.

De même, Séverine fait preuve de tact pour amener un patient à changer de comportement :

Bon aujourd'hui s'il a pas envie de se laver on va pas l'obliger aujourd'hui, ni demain, ni dans la semaine, on dit : « Bon, on vous donne un délai ». On travaille dans le temps. Et s'il a pas envie de faire du ménage chez lui, vous arrivez c'est sale, vous allez pas lui dire : « Ecoutez c'est sale, je vais pas m'asseoir », ça se dit pas, on attend. « Vous avez pas fait votre ménage aujourd'hui, faudra le faire, je reviendrai la semaine prochaine » et la semaine prochaine on arrive « bon c'est propre » et après on arrive « Ya le petit thé qui nous attend, c'est sympa ». Ben oui. Ah oui, les patients, j'ai vécu ça, et c'est agréable. Et là quand c'est comme ça, la relation de confiance installée, là on peut travailler avec le patient.

Amener au soin, c'est quelque chose que l'on fait de façon indirecte, comme le souligne Evelyne :

On a toujours envie d'apporter un bénéfice à la personne, mais par définition la personne qu'on a en face de soi, elle a peut-être pas la même façon de voir que soi, que nous-même, elle a peut-être pas le même sens de l'initiative, le même la même envie de déclencher des solutions, donc nous on essaie de trouver des petits biais pour essayer de l'amener vers une solution.

Jean-Luc évoque également le recours à des « combines » pour amener certains patients aux soins, en phase aigüe:

Alors, on on, on manipulait les choses, parce qu'on avait pas le choix parce que l'UHSA n'existait pas, ça existait pas, donc fallait bien une fois de plus qu'on trouve la la la combine pour pouvoir les amener aux soins parce qu'ils étaient très malades.

7.6.2.6 La réduction déshumanisante du patient

Définition

Action d'un soignant de « réduire » un patient par des jugements défavorables, une dévaluation de sa différence et/ou une anticipation d'incapacité.

Propriétés

Jugements défavorables de patients
Dévaluation de la différence
Anticipation d'incapacité du patient

Extraits d'entretien

Jugements défavorables de patients

La disqualification de la réflexion des patients se retrouve à plusieurs reprises chez certains soignants. Evelyne met en doute de la capacité de raisonner des patients : « Il faut essayer d'amener la personne à, en face de soi, à faire des constats par elle-même, à essayer de raisonner, encore c'est peut-être un mot qui est un peu fort. »

Elle évalue ici la capacité de jugement d'une patiente « incorrecte » :

Là je sors d'une visite à domicile d'une personne qui manifestement n'arrive pas à entretenir son logement, son quotidien, assurer son hygiène corporelle, l'entretien de ses vêtements. Pour quelqu'un qui aurait un jugement correct, il suffirait de faire des recommandations et elle se l'approprierait et le mettrait en œuvre.

Jeanne tourne en dérision l'analyse du patient : « J'ai un patient qui va venir et qui va me dire. Voilà, moi je pense que c'est issu de mon enfance ou ouais. Mais la plupart du temps, moi dans ma tête, il y a deux choses qui viennent. La première c'est : « ton discours n'est pas cohérent, pas de logique, tu me racontes n'importe quoi mais j'essaie de t'écouter. »

Des soignants font également référence à l'égoïsme de certains patients :

On part pas dans des grands discours, c'est toujours par rapport à eux, déjà une chose, c'est toujours par rapport à eux, c'est jamais par rapport à une corporation ou voilà, ils sont pas là-dedans, c'est toujours par rapport à eux, ils voient terre à terre, leurs besoins voilà, et ils attendent des réponses.

Pour Gabriel, les patients sont généralement centrés sur eux-mêmes :

Le chercheur : Et à l'inverse, est-ce que vous dans ces situations-là vous apprenez des choses avec eux ? Que ce soit dans ce contexte d'appartement thérapeutique... ? Gabriel : Honnêtement, pas trop parce qu'ils sont vraiment centrés sur eux-mêmes, souvent c'est des patients qui sont restés des années et des années à l'hôpital et euh on tente une sortie en appartement thérapeutique, on sait pas déjà si ça va tenir si ça tient on est déjà vraiment très contents et eux, ils sont centrés sur eux.

Evelyne semble regretter le peu d'intérêt que manifestent les patients pour les soignants : « En général les patients de psychiatrie, il y en a peu qui s'intéressent à ce qu'on est nous soignants. »

Chez Gabriel, on sent poindre le reproche vis-à-vis d'un patient qu'il semble percevoir comme intéressé : « C'est quand il y a eu un gros problème, c'est quand tout d'un coup, il y a un décès, quand tout d'un coup ils ont pas payé leur loyer depuis longtemps et qu'il y a des impayés, non c'est vraiment quand il y a un gros gros souci qu'à ce moment-là, ils nous retrouvent. »

Certains patients sont considérés oisifs. Gabriel critique le désœuvrement des patients : « Ils sont chez eux, à faire, souvent ils fument énormément, c'est des patients qui fument, euh et puis c'est tout, concrètement de leur journée, rien, à part traîner, regarder la télé, être pris dans leur activité délirante. Souvent, c'est des psychotiques, schizophrènes. »

De même que Evelyne : « Il est suivi depuis longtemps, oui il a pas de, c'est un garçon de Bagneux, qui vit à Bagneux, qui a pas, je veux dire qui fait aucune activité, ni au CATTP, ni ..c'est vrai qu'il a pas de projet de vie, rien ,mais c'est vrai que ça ça interroge. »

Dans les verbatims suivants, les soignants soulignent et critiquent l'intelligence rusée de certains patients.

Jacques semble lancer un appel à la méfiance vis-à-vis des patients, chez lesquels existerait une duplicité : « parce que le patient aussi, il est dans son rôle de patient, et oui, ils sont pas tous gagas, hein ils sont malades, [...] ils ont des moments de lucidité, la plupart ont beaucoup de lucidité. »

Cette duplicité rendrait certains patients capables d'utiliser leur statut pour obtenir des avantages :

Des fois, on a l'impression que les patients sont là pour abuser du système, vous voyez par exemple quand un patient arrive et qu'à peine arrivé : « je veux le coiffeur, je veux la pédicure, je veux voir l'opticien », « il est vraiment malade lui » ? Non mais c'est vrai on se dit des fois qu'il y a de l'abus mais justement c'est pas parce que ces patients sont malades qu'ils ont pas aussi...qu'ils sont pas capables de jugeote et oui honnêtement y en a qui profitent.

Dans l'extrait ci-dessous, Jacques donne à voir un patient à la fois irresponsable, profiteur et manipulateur :

Prendre ce qui ce qui peut m'être utile régulièrement, en usant des droits qu'il doit avoir en fonction des, il y a jamais de devoir chez eux parce qu'ils ont lâché l'affaire, comme on dit, ils font partie des gens que la société doit prendre en charge, c'est comme ça. Il a pas les capacités là, à ce niveau du traitement : « je suis, ah, je suis un grand schizophrène, je délire beaucoup, le médecin le dit, tout le monde le dit.

Jacques s'en prend ici à l'ingratitude des patients :

La société mais surtout les soignants jouent le rôle mais pas juste le rôle « vous avez droit à ça, on fait ça, on fait ça » non, plus que, il va critiquer, autrement dit comme vous l'avez si bien résumé, il va vous pousser à vous remettre en cause. Donc qu'est-ce que je fais ? J'ai dit au médecin, est-ce qu'il a le droit de, est-ce qu'il a encore le droit avec ce qu'on lui renvoie, on lui donne par rapport à ce qui ...[...]. Et ils vont élaborer des stratégies pour vous pousser vous, à aller voir avec vos savoirs, pour leur donner un retour.

Evelyne attribue un manque d'hygiène aux personnes psychotiques : « Les psychotiques souvent ont un rapport à l'hygiène très différent. Ils n'aiment pas se laver, le fait de sentir mauvais ne les perturbe pas, ils ne sentent pas qu'ils sentent mauvais... »

Dévaluation de la différence

Les patients sont plus lents que « nous » :

Malgré l'investissement, malgré les sollicitations, il y a des délais de réaction qui sont extrêmement longs, qui ne viennent pas nécessairement d'elle, puisqu'en deux ans et demi on voit que les choses ont extrêmement peu progressé [...]. Si ça nous concernait vous moi ou quelqu'un d'autre, on s'aurait en quinze jours un mois, les choses seront rentrées dans l'ordre, on aura vite embrayé pour faire avancer le schmilblick.

Pour Evelyne, sa vie pourrait être inspirante pour la patiente dont la vie est imaginée comme moins bonne que la sienne :

Voilà, je pense qu'en tout cas, eux, ils ont peut-être pas la vie qu'ils auraient peut-être un jour rêver d'avoir et le fait de discuter avec des personnes plus ou moins dans la normalité, ça permet d'avoir une vision différente de leur vie, d'avoir une ouverture, je sais pas si on peut dire comme ça mais en tout cas de voir ce qui se passe ailleurs. [...] Après, je pense qu'il faut savoir lâcher un peu de lest quand même et puis s'ouvrir, ne pas se positionner seulement en tant que soignant qui apporte juste des traitements, des... Je sais pas si c'est une bonne façon, de relayer ce qu'est une vie autre... Enfin en tout cas, je ne m'interdis pas de le faire.

Le raisonnement différent des patients peut être source de violence pour Gabriel: « ...parce qu'ils ne raisonnent pas comme nous, donc en prévoyant, ça a pas été du tout ça donc il a fallu s'adapter à ce moment-là, donc...Ça fait peur, ça fait extrêmement peur car ça dépasse notre norme à nous. Là ça fait très peur oui. »

Geneviève pointe une insuffisance de structure chez les patients, là où d'autres parleraient de neurodiversité :

tout d'un coup j'ai des angoisses massives, j'ai envie de me foutre en l'air hein, pour les arrêter ou je vois des choses tellement effrayantes que voilà, je veux passer par la fenêtre, voyez, c'est pas, y a une différence là et voilà toutes ces idées qui sont pathologiques que vous, moi, on est suffisamment structurés pour relativiser, mettre à distance, même si chacun dans sa vie va connaître des hauts et des bas, mais voilà, tout part quand même de la structure.

Elle insiste ici de nouveau sur l'hypersensibilité des patients et leur incapacité à prendre du recul, différenciante, selon elle :

Voilà toujours prendre le temps, être d'une humeur égale, parce qu'en fait, on renvoie énormément de choses à l'autre, qu'on ne perçoit pas mais que lui va percevoir parce qu'il est justement dans une période où il est hyper fragile où il est dans une hyper sensibilité, ils ont une réceptivité qui n'est pas la nôtre (...), on a affaire à des patients qui sont dans une hypersensibilité, ils n'ont pas de filtres, et essayer de l'aider à prendre de la distance [...]

Anticipation d'incapacité des patients

Gabriel manifeste son refus à imaginer une issue optimiste à la situation d'un patient : « Pour le moment on n'en est pas là et puis bon on sait pas, déjà qu'ils soient sortis de l'hôpital c'est déjà très bien, un appartement peut-être hein ».

Ici, Evelyne insiste sur la nécessité pour le soignant de limiter ses attentes vis-à-vis du patient : « Il faut pas avoir le désir de tout révolutionner comme ça, c'est un travail de fond, moi maintenant avec le recul c'est ce que je me dis et on pourrait être déçu si on avait la prétention de changer la vie de nos patients comme ça du tout au tout. »

En conclusion, les catégories conceptualisantes identifiées peuvent être regroupées en deux groupes. Dans le premier, on trouve des catégories renvoyant à une relation que nous qualifierons d'intersubjective, entre le soignant et le patient : le travail d'accueil du patient, l'expansion humanisante du patient, le travail de compréhension du patient, la facilitation d'intersubjectivité. Dans le deuxième groupe, on trouve les catégories renvoyant à une relation plutôt « objectivante » pour le patient : le travail de conversion du patient et la réduction déshumanisante du patient.

7.6.3 Essai de définition des concepts de reliance et déliance

Dans cette partie, après avoir délimité les concepts de reliance et déliance, nous montrerons en quoi nos deux groupes de catégories peuvent être rapprochés de ce couple conceptuel.

7.6.3.1 Le concept de reliance

Emergence du concept, évolution et usages dans les disciplines

La notion de reliance est née dans la deuxième moitié du 20^{ème} siècle dans un contexte de montée de l'individualisme et de détérioration du lien social. Apparue en sociologie avec R. Clausse en 1963 comme une synthèse « de la fonction d'appartenance sociale et de la fonction psychothérapeutique de la presse » (Bolle de Bal, 2003, p. 100) puis dotée par Maurice Lambilliotte en 1968 dans L'homme relié d'une dimension transcendantale, quasi religieuse (Bolle de Bal, 2003, p. 101), le concept de reliance a été largement développé par la suite par Marcel Bolle de Bal (Bolle De Bal, 2003 ; 2009) depuis les années 70. Le concept, limité à la reliance sociale dans un premier temps a ensuite été étendu par E. Morin à la « reliance cognitive », c'est-à-dire des idées, connaissances, disciplines (Morin, 1996).

Le concept est également développé en philosophie et plus particulièrement dans le domaine de l'éthique par E. Morin (2004) et M. Maffesoli (2007). Pour le premier, la reliance est « une norme éthique, un impératif intellectuel, social et moral » (Morin, 2004), il parle d' « éthique de reliance » et pour le second, la reliance est « une réalité dont il convient de cerner les enjeux, positifs et/ou négatifs », il parle d' « éthique de la reliance » (Maffesoli, 2007).

D'après nos recherches, le concept apparaît et se développe en sciences de l'éducation, avec R. Barbier tout d'abord, qui fait de la reliance le concept central d'une éducation existentielle (Barbier, 1996, 2019). La reliance est étudiée en tant que facteur de professionnalisation et de construction identitaire dans les formations en alternance chez Maubant & Roquet (2016), Boudjaoui (2016), Guillaumin (2016), Lechaux (2016) et Talbot (2016). Enfin, on parle d'ingénieries de reliance pour la création de curriculums de professionnalisation prenant en compte, la complexité des savoirs, et facilitant les liens entre théorie et pratique chez J. Clénet

(2006 ; 2016 ; 2020) et chez F. Parent et ses co-auteurs (Parent & al., 2020). Dans le domaine médico-social, la reliance apparaît comme un facteur d'éthique dans le soin (Langlois et al., 2009), un facteur de résilience des patients (Roisin, 2012) et enfin une perspective relationnelle et sociale de l'autonomie chez J. Bouisson (2018) et E. Papaux (2015).

Afin de délimiter les concepts de reliance et de déliance, nous nous sommes appuyés principalement sur M. Bolle De Balle et E. Morin, qui ont développé respectivement les aspects psychosociologiques et éthiques de la reliance à autrui.

La reliance sociale et psychosociale : la création de liens sociaux médiatisés

Bolle De Balle identifie quatre formes de reliance, lesquelles impliquent à chaque fois une personne : une reliance ontologique « entre une personne et l'espèce humaine », une reliance psychologique « entre une personne et les différentes instances de sa personnalité », une reliance cosmique « entre une personne et des éléments naturels » et une reliance sociale « entre une personne et un autre acteur social, individuel (une personne) ou collectif (groupe, organisation, institution, mouvement social...) dont la reliance psychosociale (entre deux personnes) constitue à la fois un cas particulier et un élément de base. » (Bolle de Bal, 2003, p. 103). C'est à cette dernière que nous ferons référence dans le cadre de cette recherche.

La reliance est tout d'abord développée par M. Bolle De Balle dans sa dimension sociologique et psychosociologique comme : « la création de liens entre des acteurs sociaux séparés, dont l'un au moins est une personne » (Bolle de Bal, 2003, p. 104). Il insiste ensuite sur la nécessaire médiatisation des rapports sociaux que ce soit par « une institution sociale ou un système culturel de signes ou de représentations collectives » (Bolle de Bal, 2003, p. 105). Ainsi il précise sa définition de la reliance : « La production de rapports sociaux médiatisés, c'est-à-dire de rapports sociaux complémentaires ou, en d'autres termes, la médiatisation de liens sociaux » (Bolle de Bal, 2003, p. 105).

La reliance : la création de liens de sujet humain à sujet humain

Des sujets distincts mais ouverts

M. Bolle De Bal enrichira plus tard le concept d'une dimension anthropologique qui l'amènera à une définition de la reliance sociale, plus marquée par l'éthique : « le partage des solitudes acceptées, l'échange des différences respectées, la rencontre des valeurs assumées, la synergie des identités affirmées... » (Bolle de Bal, 2009). Cette définition rappelle également que la reliance loin d'être fusionnelle s'applique à la relation « en train de se faire » de sujets distincts, porteur chacun de sa propre voix, sujets à la fois « consistants » et ouverts comme cela est le cas dans le concept de « résonance » développé par H. Rosa : « Les relations de résonance présupposent que le sujet et le monde sont suffisamment "fermés", ou consistants, afin de pouvoir parler de leur propre voix, et suffisamment ouverts afin de se laisser affecter et atteindre » (Rosa, 2018, p. 200). Cette définition de la reliance, profondément éthique, rejoint en cela celle d'Edgar Morin pour qui : « Tout acte éthique [...] est en fait un acte de reliance, reliance avec autrui, reliance avec les siens, reliance avec la communauté, reliance avec l'humanité, et, en dernière instance, insertion dans la reliance cosmique » (Morin, 2004, p. 39).

Des sujets solidaires

Pour que la reliance d'humain à humain soit possible, il est également nécessaire que l'autre, bien que différent de soi, apparaisse avant tout, comme partageant une identité commune :

L'être humain perçoit autrui comme un moi à la fois différent de lui et semblable à lui. L'autre partage ainsi une identité commune avec moi tout en conservant sa dissemblance. Quand il apparaît comme semblable plutôt que dissemblable, il porte en lui une potentialité fraternelle. (Morin, 2004, p. 126)

La reliance : un acte individuel de travail du lien

La reliance est à la fois acte et résultat : « l'acte de relier ou de se relier : la reliance agie, réalisée, c'est-à-dire l'acte de reliance ; le résultat de cet acte : la reliance vécue, c'est-à-dire l'état de reliance » (Bolle de Bal, 2003, p. 103).

En tant qu'acte, la reliance « active » ainsi le concept de relation :

En français, le mot Reliance émergeait en quelque sorte de cette nécessaire dépassivation du mot relation. 'La notion de reliance, inventée par le sociologue Marcel Bolle de Bal, comble un vide conceptuel en donnant une nature substantive à ce qui n'était conçu qu'adjectivement, et en donnant un caractère actif à ce substantif. « Relié » est passif, « reliant » est participant, « reliance » est activant, synthétisera E Morin [...] (Le Moigne, 2008, p. 178).

Cette « activation » du concept de relation par la reliance permet de rendre compte du « travail du lien » :

Pour comprendre en sociologue ce que signifie des expressions telles que « travail de lien » ou « faire du lien », il fallait certes d'abord complexifier le concept de relation pour rendre compte des expériences innombrables du 'travail de lien' ; et pour cela 'la première des choses à apprendre est qu'il faut d'abord avoir un mot' dira un de ses interlocuteurs (D. Beresniak), d'où l'origine du mot 'reliance » (Le Moigne 2008, p. 177).

E. Morin quant à lui, met l'accent sur la dimension individuelle de la reliance : « Tout regard sur l'éthique doit percevoir que l'acte moral est un acte individuel de reliance [...] » (Morin, 2004, pp. 18-19). Il souligne également son caractère actif et conscient : « la reliance, dans le fond, englobe le terme de solidarité, celui de responsabilité et nous permet, justement, de nous relier à autrui de façon active et consciente, ce qui est à la fois un principe et un but de l'éthique » (Morin, 2005). R. Barbier rejoint E. Morin en soulignant l'idée que la reliance part d'un sujet : « La reliance est centrifuge. Elle part du sujet pour aller vers les autres et le monde » (Barbier, 2019).

Cet acte individuel de reliance vient d'un élan, nécessite une énergie pour M-F. Crouzier :

La reliance, pour relier et se concrétiser dans un lien réalisé, nécessite à la fois un liant et l'énergie indispensable au processus de mise en lien. [...] C'est cette particularité qui fonde l'originalité du concept de reliance. Sans elle, le terme de reliance se substituerait seulement à "ce qui fait communauté", "ce qui est commun". La dimension de "mise en actes", de "force ou d'élan" introduit la dynamique par laquelle s'institue la communauté. (Crouzier, 2003)

De Gaulejac voit dans le concept de reliance le rappel de la fragilité et de la contingence de toute relation et le nécessaire travail du sujet sur-lui-même pour se relier à autrui :

Comme « échange de solitudes acceptées », la reliance réhabilite le sujet, non pas dans la toute-puissance de l'illusion libérale, mais dans la contingence, dans le travail qu'il doit effectuer sur lui-même pour construire ses relations aux autres tout en affirmant sa liberté et ses singularités » (de Gaulejac, 1996, p. 135).

Une reliance contingente

Comme le souligne de Gaulejac, la reliance peut se produire ou non, elle est soumise à des influences diverses. C'est ce que met en évidence également Leclercq. La reliance serait une « relation en train d'aboutir, une mise en relation, une liaison imprécise plus ou moins forte, plus ou moins longue, plutôt instable et fragile » (Leclercq, 1996, p. 100).

Théo Klein, parle de même, de l'éthique : « l'éthique n'est pas une montre suisse dont le mouvement ne se trouble jamais. C'est une création permanente, un équilibre toujours près de se rompre, un tremblement qui nous invite à tout instant à l'inquiétude du questionnement et à la recherche de la bonne réponse » (cité dans Morin, 2004, p. 65).

Ce constat nous conduit au concept de déliance, indissociable de la reliance.

7.6.3.2 Le concept de déliance

Emergence du concept, évolution et usages dans les disciplines

Le concept de déliance apparaît peu de temps après celui de reliance avec M. Bolle de Bal dans les années 80 et est développé par la suite (Bolle de Bal, 2003 ; 2009). Décrit comme nous le verrons plus loin en opposition à la reliance, les références à la déliance, d'après nos recherches, sont cependant moins nombreuses. On le retrouve néanmoins, développé en philosophie (éthique) (Morin, 2004 ; Maffesoli et Bourion, 2007 ; Peyré, 2020), utilisé en sciences de l'éducation (Lerbert-Sereni, 2000. Boudjaoui, 2016 ; Talbot, 2016), en psychosociologie (Rofessart-O'Berry, 1996 ; Nivet & Casalegno, 2011 ; Pourtois & Humbeeck, 2011) et dans le domaine sanitaire et social (Peyré et De La Fournière, 2004 ; Soulet, 2009).

Déliance et reliance : des concepts intriqués

Déliance et reliance sont indissociables comme le souligne M. Bolle De Balle :

Déliance et reliance sont ontologiquement inséparables, elles forment un couple « duel » comme le jour et la nuit, le yin et le yang, l'amour et la haine, le moteur et le frein, l'interdit et la transgression, le centre et la périphérie, etc. Mes recherches et réflexions les plus récentes m'ont amené à considérer que plus que le seul concept de reliance, c'était le couple conceptuel déliance/reliance qui pouvait le mieux rendre compte des réalités humaines contemporaines : la reliance ne peut – théoriquement et pratiquement – être dissociée de la déliance, son double antagoniste et complice. La reliance est une réalité « duelle », dialogique et paradoxale : avec la déliance, qui lui est toujours liée, elle forme un couple soumis à des logiques différentes et complémentaires, toutes deux nécessaires à l'existence de la vie psychique, sociale et culturelle (Bolle de Bal, 2003, pp. 126-127)

C'est également la vision de Morin qui se les figure comme compris l'un dans l'autre : « La relation entre la reliance et la déliance n'est pas une simple relation antagoniste, comme celle d'Ahura Mazda et d'Abriman, d'Eros et Thanatos. Elle est inséparable et complémentaire » (Morin, 2004, p. 41) et plus loin, « reliance et déliance sont présents l'un dans l'autre » (Morin, 2004, p. 42).

Une rupture de liens humains et sociaux

Considérée comme le contraire de la reliance (Morin, 2004, p. 269), M. Bolle De Bal la définit comme : « le processus de « déliance », c'est-à-dire de rupture de liens à contenu humain entre les acteurs sociaux [...] » (Bolle de Balle, 1982, p. 29). Pour Leclercq, la déliance est « une relation en train de s'évanouir, une liaison évanescence et presque dissipée. » (Leclercq, 1996).

Un phénomène de disjonction/réduction

Afin de comprendre un peu mieux ce que « rupture de liens humains et sociaux » veut dire, il est intéressant d'aller voir ce que dit Morin. Ce dernier voit dans la déliance, un phénomène de disjonction, inséparable de celui de réduction : « Le principe de disjonction s'allie au principe de réduction pour empêcher de concevoir les liens et les solidarités entre les éléments d'une réalité complexe et produit également l'invisibilité du global et du fondamental. » (Morin, 2004, p. 146). La réduction appliquée aux personnes, les réduit à quelques caractéristiques, ne permettant pas de les « saisir » ni dans leur globalité, ni dans leur contexte : « Le principe de réduction qui réduit un tout complexe à l'un de ses composants, qui l'isole de son contexte, produit l'incompréhension de tout ce qui est global et fondamental » (Morin, 2004, p. 146).

Une centration sur les différences avec autrui

Au-delà des phénomènes de disjonction et de réduction, la déliance renvoie à la désolidarisation au sens de perte du sentiment d'idée commune qui se manifeste par une centration sur les différences avec autrui. Pour Morin, quand l'autre

apparaît comme dissemblable plutôt que comme semblable, il porte en lui une potentialité hostile. Quand l'altérité prend le dessus sur la similitude, l'autre apparaît surtout comme étranger, étranger à notre identité individuelle, voire à notre identité ethnique ou nationale. Il peut sembler parfois affecté d'une « inquiétante étrangeté » qui dissipe en nous le sentiment d'identité commune. (Morin, 2004, p. 126)

Une objectivation d'autrui

La déliance, comme disjonction, réduction d'autrui et désolidarisation d'avec lui, contraire à l'éthique (Peyre, 2020, p. 256) conduit à son objectivation :

Ne retrancher personne de l'humanité », est un principe éthique premier. Ce principe nous demande non seulement de ne pas traiter l'autre comme objet, de ne pas le manipuler comme instrument, mais de ne pas le mépriser ni le dégrader en sous-humain. [...] L'éthique pour autrui s'oppose à toutes les mises en quarantaine par un groupe, à toutes les mises à l'index, à

tous les anathèmes, à l'excommunication qui exclut le déviant de la communauté, et enfin au mépris qui exclut autrui de l'espèce humaine. (Morin, 2004, pp. 128-129)

Un égocentrisme

La déliance renvoie également à un égocentrisme qui pousse les personnes à ne considérer que leur point de vue et à se convaincre du caractère mensonger de tout autre :

Celui qui obéit à l'*imprinting* et à la norme est convaincu en toute certitude des vérités qui ont été engrammées en lui et, par conséquent, du caractère mensonger ou diabolique des vérités issues d'autres *imprintings*. C'est ce qui produit l'incompréhension de culture à culture. (Morin, 2004, p. 148)

E. Morin conclut que la déliance a pour cause et/ou conséquence l'incompréhension d'autrui (Morin, 2004, pp. 139-140).

7.6.3 Reliance, déliance : une « ondulation continue »

Nous comprenons ainsi que la création d'un lien avec autrui, est soumise en tout instant aux aléas internes et externes et qu'elle s'apparente davantage à un courant alternatif que continu. C'est ce que nous dit C. Rogers finalement :

un regard totalement et inconditionnellement positif ne peut exister que sur le papier. Du point de vue de la psychologie clinique ou expérimentale, c'est sûrement l'affirmation suivante qui est la plus proche de la vérité : au cours de leur relation, le thérapeute efficace porte sur son client le plus souvent un regard inconditionnellement positif, parfois un regard conditionnellement positif, voire par moments, un regard négatif – encore que ce dernier cas soit sans doute exceptionnel si la thérapie doit être couronnée de succès. (Rogers, 2001, p. 259, note 1) (cité dans Haudiquet, 2013)

7.6.4 Mise en relation des catégories conceptualisantes et des concepts de reliance et de déliance

Nous articulerons ici les catégories conceptualisantes, avec les concepts de reliance et de déliance. Comme l'indique Paillé, « des mises en relation entre phénomènes peuvent être suggérées par des modèles théoriques existants, repérés lors de l'examen initial des écrits en vue de l'enquête ou alors en cours même d'enquête » (Paillé & Mucchielli, 2016).

7.6.4.1 Les catégories conceptualisantes de la reliance

Nous ferons, dans cette partie, les liens entre les catégories « Travail d'accueil », « Expansion du patient », « Travail de compréhension », « Facilitation d'intersubjectivité » et le concept de reliance, tel que défini précédemment. Nous montrerons que le travail d'accueil du patient est un acte auto-éthique de reliance, que l'expansion humanisante du patient est une activité représentative subjectivant le patient et par conséquent reliante. Nous montrerons également que le travail de compréhension du patient, en tant que déplacement/projection de soi dans le monde du patient peut être considéré comme un acte qui permet au soignant de rejoindre le patient là où il est et donc de se relier à lui. Enfin la facilitation d'intersubjectivité, en tant que démarche du soignant visant à aider le patient à retrouver sa place de sujet dans la relation peut être considéré comme un acte reliant.

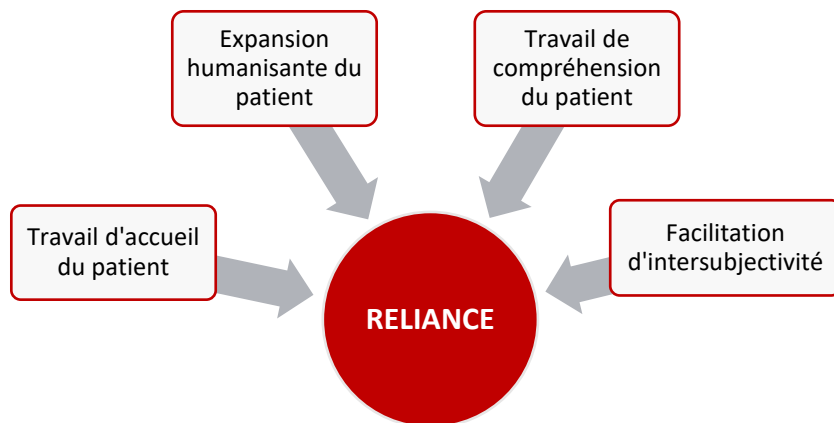


Figure 29 : Mise en relation des catégories conceptualisantes avec le concept de reliance

Le « travail d'accueil du patient » : un travail auto-éthique de reliance

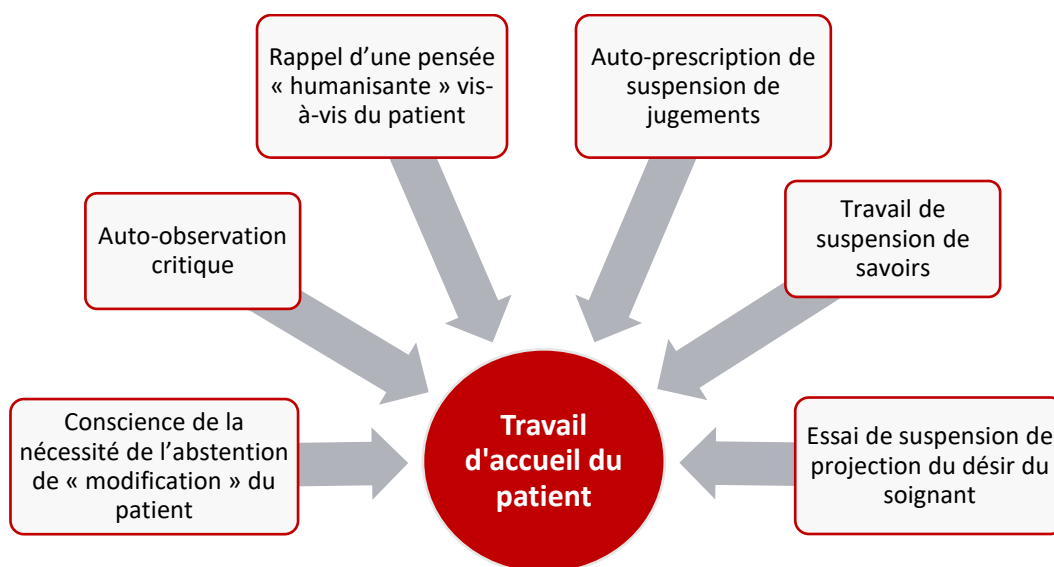


Figure 30 : Le travail d'accueil du patient et ses propriétés

Cette catégorie conceptualisante est à rapprocher tout d'abord de la définition de l'accueil, centrale dans la psychothérapie institutionnelle :

L'accueil représente l'un des concepts fondamentaux caractérisant le dispositif de soin selon la psychothérapie institutionnelle et constituant un présupposé éthique. L'accueil consiste en une posture quotidienne de la part des pensionnaires et du personnel soignant : c'est un processus permanent. Il est en cela une « fonction soignante » que partagent et incarnent ceux qui prennent soin de l'autre. Par ailleurs, cette fonction d'accueil « partagée » par les différentes personnes au sein de la clinique permet ainsi à chacun de passer outre les statuts et d'occuper une place, de jouer un rôle thérapeutique. (de Luca-Bernier, 2011, p. 205)

Drieu et Créte insistent sur l'accueil en tant que disposition psychique qui consiste à accepter l'autre tel qu'il est et à créer une page blanche pour ce faire :

Il y a souvent confusion entre l'admission, inscription sur le registre des entrées, et l'accueil, qui relève d'une disposition psychique. « Être-là » et accueillir l'autre tel qu'il se

présente. [...] L'accueil, tel que nous pouvons en rendre compte dans cette expérience de la psychothérapie institutionnelle, est alors une ouverture à l'autre avec l'idée forte de faire une place à la demande du patient, de le recevoir comme un autre humain qui attend d'être accueilli en dépit de tout préjugé lié à sa maladie (Drieu & Crété, 2015, p. 20-21).

Ces définitions mettent ainsi l'accent sur l'accueil comme condition éthique, posture, processus, fonction et disposition psychique, et sur son aspect collectif (l'accueil est l'affaire de tous dans la psychothérapie institutionnelle).

Néanmoins, elles ne font pas apparaître le travail, l'effort, l'apprentissage, que constitue l'acquisition de cette posture d'accueil, présente dans la notion d'auto-éthique développée par E. Morin. L'auto-éthique ou éthique individuelle, née de l'érosion et des dissolutions des éthiques traditionnelles est d'abord « une éthique de soi à soi, qui débouche naturellement sur une éthique pour autrui » (Morin, 2004, p. 113). Cette éthique de soi à soi est une « véritable culture psychique » (Morin, 2004, p. 112) nécessaire pour surmonter notre « barbarie intérieure » (Morin, 2004, p. 112). Elle exige à la fois de « travailler à bien penser » et à « bien se penser » (Morin, 2004, p. 113). Ainsi, avec l'auto-éthique, qui comprend notamment « l'auto-examen, l'auto-critique, la résistance au talion, la prise en charge responsable, la pratique de la récursion éthique » (Morin, 2004, p. 112). E. Morin met l'accent sur le travail psychologique sur soi nécessaire à l'accueil d'autrui, « long travail d'apprentissage et d'enracinement de la réflexivité » (Morin, 2004, p. 113).

Au-delà, l'acte auto-éthique est un acte de reliance, acte individuel, engageant la responsabilité personnelle de l'individu, l'amenant au-delà de lui-même pour le relier à autrui :

L'acte auto-éthique est le plus individuel qui soit, engageant la responsabilité personnelle ; c'est en même temps un acte transcendant qui nous raccorde aux forces vives de solidarité, antérieures à nos individualités issues de notre condition sociale, vivante, physique et cosmique. Il nous relie à autrui et à notre communauté, plus largement à notre univers, et, en tant que tel, il est acte de reliance. (Morin, 2004, pp. 180-181)

L'expansion valorisante du patient : une activité représentative subjectivante

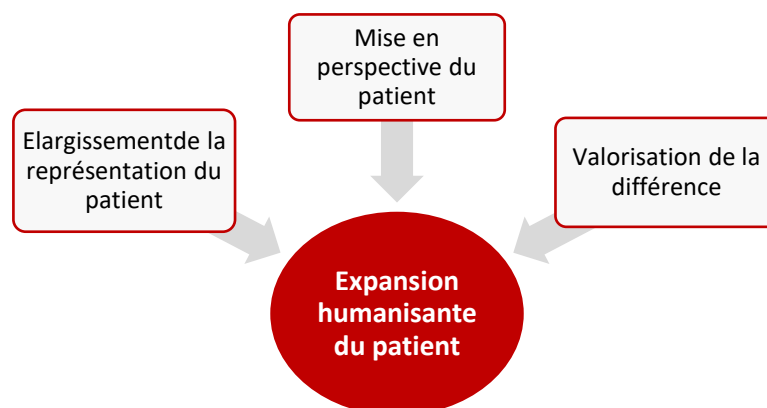


Figure 31 : L'expansion humanisante du patient et ses propriétés

La reliance, en tant qu'acte éthique de création et recréation permanente d'un lien d'humain à

humain, nécessite, de la part du soignant, de se représenter le patient comme une personne, de le subjectiver dans un système de soin, qui tend à l'objectivation. L'expansion du patient est en cela un acte éthique de reliance.

Nous avons choisi de nommer cette catégorie « expansion » en référence à ce que nous considérons une catégorie opposée : la « réduction » dévalorisante. Ainsi, si « Le principe de réduction qui réduit un tout complexe à l'un de ses composants, qui l'isole de son contexte, produit l'incompréhension de tout ce qui est global et fondamental » (Morin, 2004, p. 146) alors, l'expansion (qui part du présupposé que le patient, du fait de son statut de malade tend à être réduit), est une démarche d'élargissement, d'augmentation du patient au « tout complexe » qu'il est en tant que personne et de mise en perspective de celle-ci. Par ailleurs, la différence du patient peut être et est le plus souvent lue comme un désavantage, un manque, une incapacité. Nous avons considéré que le fait de donner une lecture positive de cette différence, vue comme une autre forme de pensée, d'agir, qui a sa valeur entrain également dans une dynamique d'expansion du patient.

Cette activité représentative s'inscrit dans un acte de reconnaissance du patient comme sujet humain. La reconnaissance en tant qu'absence de l'exclusion d'autrui de l'humanité s'oppose au traitement d'autrui comme un objet, instrument que l'on peut manipuler ou « dégrader en sous-humain » (Morin, 2004, p. 128). L'expansion du patient s'apparente ainsi également, dans le cadre d'une éthique de reliance à l'acte de « reconnaissance » d'autrui (Morin, 2004, p. 128) :

L'éthique pour autrui doit comprendre le besoin fondamental pour chaque sujet humain d'être reconnu, au sens hégélien du terme, c'est-à-dire reconnu comme sujet humain par un autre sujet humain. Hegel a formulé cette nécessité éthique de la reconnaissance mutuelle entre deux consciences. (Morin, 2004, p. 129)

Cette catégorie fait écho également à C. Rogers. Dans *Le développement de la personne* (Rogers, 1966), il recommande aux personnes pratiquant la relation d'aide de se poser dix questions, dont celle-ci : « suis-je capable de voir cet autre individu comme une personne qui est en devenir ou vais-je être ligoté par son passé et par le mien ? » (Rogers, 1966, p.44) . Il définit ensuite l'acte de « voir une personne en devenir » comme l'acte de « confirmer l'autre », expression qu'il emprunte à Martin Buber est définie ainsi par ce dernier :

« Confirmer », dit-il, signifie...accepter toutes les potentialités de l'autre...Je peux reconnaître en lui, connaître en lui la personne qu'il devait devenir dès sa création. Je le confirme en moi-même et puis en lui, par rapport à ces potentialités qui peuvent maintenant se développer et évoluer ». Si j'accepte l'autre comme figé, déjà diagnostiqué et classé, déjà formé par son passé, je contribue ainsi à confirmer cette hypothèse limitée. Si je l'accepte comme processus de devenir, alors je fais ce que je peux pour confirmer ou réaliser ses potentialités. (Rogers, 1966, p.44)

Ainsi, on voit la parenté de cette « confirmation d'autrui » avec notre catégorie, en ce qu'elle interroge la capacité du soignant à se représenter le patient, comme personne capable, avec des ressources, dans le contexte d'une vie, et « en devenir ». Elle va plus loin cependant avec l'idée de confirmation d'autrui, comme tel (ou de renforcement du patient comme une personne en développement) pour soi et pour lui-même.

Le travail de compréhension du patient : rejoindre le patient là où il se trouve

Le travail de compréhension du patient, en tant que déplacement/projection de soi dans le monde du patient peut être considéré comme un acte qui permet au soignant de rejoindre le patient là où il est et donc de se relier à lui.

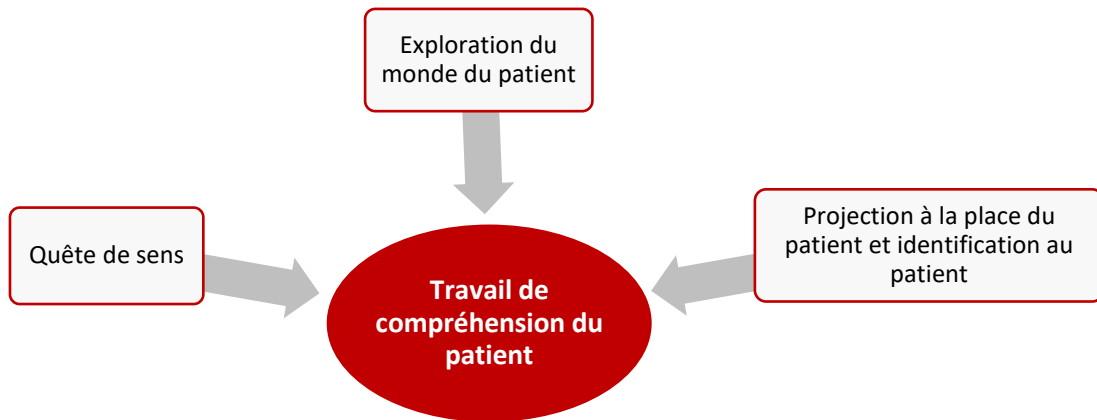


Figure 32 : Le travail de compréhension du patient et ses propriétés

Comme le souligne cette infirmière, Manon, c'est aux patients qu'il est demandé, généralement, de parcourir le chemin pour rejoindre le monde dit « normal » :

Effectivement on a des patients très étranges et il faut essayer de concevoir que notre objectif n'est pas de les faire penser comme nous et que surtout que pas forcément, on leur demande tout le temps de faire le chemin, euh que la société leur demande de faire le chemin.

Or, c'est à elle aussi, dit-elle, de parcourir ce chemin pour comprendre le monde du patient :

En tout cas de se dire, je ne peux pas toujours comprendre où il faut que j'essaie, c'est aussi à moi de faire le chemin : « Comment fonctionne cet esprit ? Qu'est-ce qu'il veut me dire ? et pas rejeter son idée et me dire c'est complètement idiot, ça n'a pas de sens, les médicaments ça se prend comme ça, les ça se fait comme ça euh, y a une règle y a une loi d'accord, on se permet tous des aménagements avec, pourquoi pas eux, mmh, voilà donc d'essayer de percevoir.

La compréhension d'autrui est un résultat mais aussi un processus qui nécessite de parcourir un chemin comme le dit l'infirmière, de réaliser un « travail de compréhension » (Morin, 2004, p. 152) pour rejoindre l'autre là où il se trouve et donc de s'y relier. Ce travail démarre, dans nos verbatims, par une quête de sens, passe par l'exploration du monde du patient, une projection dans ce monde à côté de lui voire à sa place et aboutit éventuellement à la compréhension.

L'accueil ou la demande d'explicitation au patient de son vécu apparaît comme un « dépliage » du monde interne du patient (ces visualisations, perceptions, compréhensions, ressentis, le cheminement de sa pensée etc.), qui permet au soignant un déplacement dans ce monde, par l'activité représentative, d'où peut émerger la compréhension objective. Cette démarche pour la compréhension s'apparente à l'une des dimensions de la compréhension complexe, la « compréhension objective (de cum-prehendere, appréhender ensemble) qui comporte l'explication (ex-plicare, sortir de l'implicite, déplier) » (Morin, 2004, pp. 139-140).

Par ailleurs, la projection à la place du patient et l'identification au patient fait écho à un déplacement du soignant, cette fois en termes de ressentis, l'autre dimension de la compréhension complexe désignée par Morin comme « la compréhension subjective qui est le fruit d'une compréhension de sujet à sujet, qui permet, par mimesis (projection-identification), de comprendre ce que vit autrui, ses sentiments, ses motivations intérieures, ses souffrances et ses malheurs » (Morin, 2004, pp. 139-140). Cette dimension de la compréhension rappelle également la compréhension empathique selon Rogers, pour qui, elle signifie « sentir le monde personnel du client comme si c'était le sien, mais sans jamais perdre cette qualité du « comme si » (Rogers, 1957) » (Bozarth, 2010).

Pour Morin, « C'est la compréhension empathique qui constitue l'aliment de base de la reliance » (Morin, 1996, p. 323). La compréhension objective sans la compréhension subjective, objective autrui.

La facilitation d'intersubjectivité : un acte de restauration d'un lien de sujet à sujet

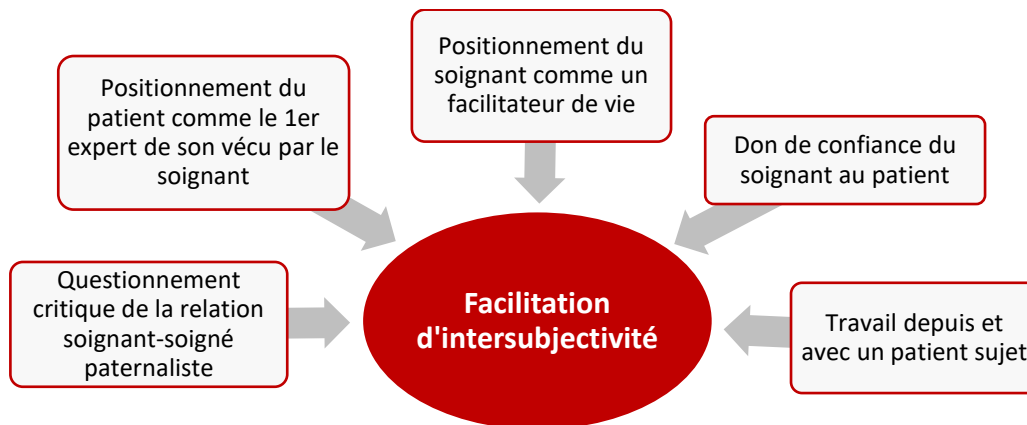


Figure 33 : La facilitation d'intersubjectivité et ses propriétés

La facilitation d'intersubjectivité, en tant que démarche du soignant visant à aider le patient à retrouver sa place de sujet dans la relation est à considérer comme un acte de reliance selon nous.

Selon M. Formarier, la restauration d'une relation égalitaire avec le patient devrait même constituer un des objectifs des soignants :

Un des objectifs des soignants dans la relation de soins, en particulier dans la phase d'accueil, devrait être de restaurer une « relation symétrique » et de permettre au patient de retrouver une autonomie et d'être, avec les soignants, dans des interactions et des relations égalitaires. (Formarier, 2007, p. 35)

Dans l'analyse présentée, on constate de la part de certains soignants la mise en œuvre d'actions visant à faciliter une « symétrisation de la relation », en d'autres termes, une relation de sujet à sujet ou encore d'intersubjectivité : « Le terme d'intersubjectivité désigne, de prime abord, tout autant une relation entre deux sujets connaissant qu'une interaction entre des acteurs » (Aubert, 2008).

7.6.4.2 Les catégories conceptualisantes de la déliance

Nous avons rapproché les catégories « Travail de conversion du patient » et « Réduction dévalorisante du patient » du concept de déliance.

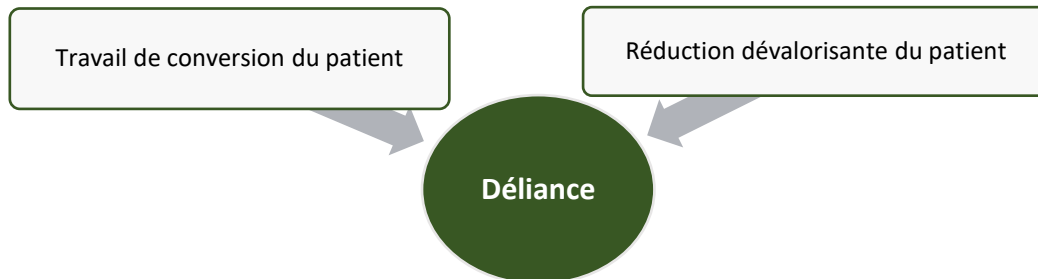


Figure 34 : Mise en relation des catégories conceptualisantes avec le concept de déliance

Le travail de conversion et la réduction dévalorisante du patient: un processus de rupture de lien de sujet à sujet

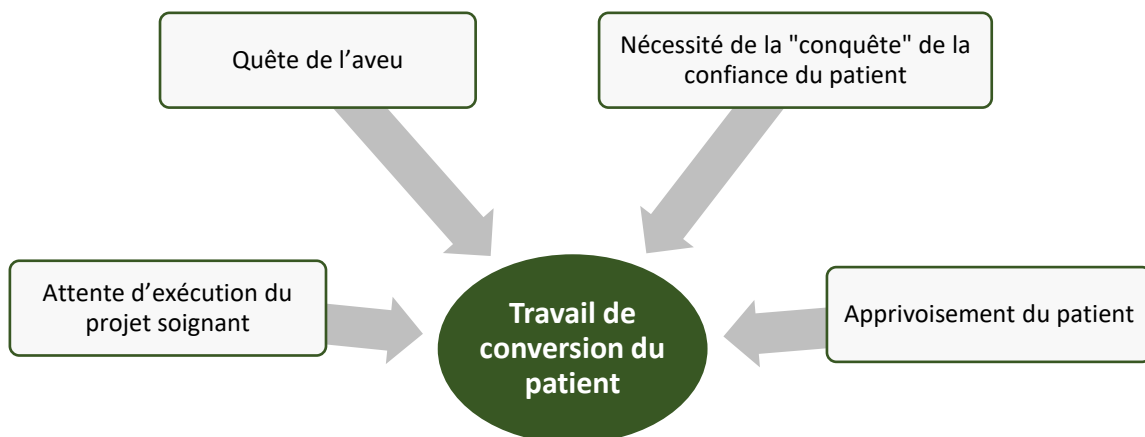


Figure 35 : Le travail de conversion du patient et ses propriétés

Le travail de conversion du patient apparaît comme un processus, constitué d'actes mentaux et relationnels : l'attente d'exécution du projet des soignants, la quête de l'aveu, la perception de la nécessité de la « conquête » de la confiance du patiente et l'apprivoisement du patient. Il constitue, pour nous, un travail progressif de déliance du patient, processus de rupture de lien de sujet à sujet, du fait de sa centration sur un projet thérapeutique, de la recherche d'autoconstitution du patient en objet de soin mais aussi de la constitution du patient en objet qu'il est possible d'influencer et de contraindre.

Une centration sur le projet thérapeutique s'opposant à la relation intersubjective

Comme le souligne Verdon, la rencontre « infirmière/soigné » ne conduit pas forcément à une relation :

tout n'est pas synonyme de relation, et [...] une rencontre n'est pas encore une relation. La relation est l'une des finalités possibles lorsque survient une rencontre infirmière/soigné.

L'autre possibilité est que la rencontre entre deux personnes conduise à une communication. Cette communication, que Marcel dit fonctionnelle entre l'infirmière et le soigné, s'oppose en fait à la relation. [...] La différence repose sur la présence ou l'absence d'une intersubjectivité (cf. figure1). En présence d'intersubjectivité, la rencontre entre l'infirmière et le soigné conduira à une relation ; en son absence, la rencontre mènera plutôt vers l'établissement d'une communication fonctionnelle. (Verdon et al., 2014, p. 34)

Et selon elle, « l'idée d'avoir un but concret à atteindre – être thérapeutique, être aidante, par exemple » (Verdon et al., 2014, p. 35), bien qu'il vise des effets positifs pour le patient, conduit davantage à une communication fonctionnelle qu'à une relation :

L'infirmière, soucieuse de développer une relation d'aide, est surtout préoccupée de l'effet qu'elle produit sur le soigné. Dans cette optique, elle peut paraître préoccupée de l'autre, mais en fait elle est surtout préoccupée d'elle-même, de la finalité de ses propres actions et de l'image qu'elle veut projeter sur le soigné. Pour Marcel, cette façon d'être avec l'autre correspond ici au fait d'être « encombré de soi-même », ce qui est contraire à l'idée de former un lien menant à une relation avec le soigné. L'infirmière qui est par conséquent centrée sur l'effet qu'elle produit sur le soigné n'est pas à l'écoute de l'autre malgré les apparences. (Verdon et al., 2014, p. 35)

Ainsi, le travail de « conversion » au soin du patient mené par les infirmiers, qui doit conduire le patient à une transformation profonde que ce soit de ses convictions ou de son mode de vie, dans un but d'amélioration de son état, conduit selon C. Verdon, s'oppose à la relation, faute d'intersubjectivité. Il est donc, à ce titre, déliant.

La quête de l'aveu : une recherche d'autoconstitution du malade en objet de soin

La « quête de l'aveu », deuxième propriété du « travail de conversion » correspond à la recherche par le soignant de la reconnaissance sincère par le patient, qu'il est malade, que ses pensées, comportements sont hors normes et que sa réalité est irréaliste. Chez certains soignants interviewés, l'aveu marquerait le début de l'adhésion au soin et donc de l'amélioration de l'état du patient. Cependant, le soignant doit rester vigilant car l'aveu peut être insincère, « plaqué ». Ce que nous avons dénommé aveu, est appelé « autocritique » dans le jargon psychiatrique et défini dans le Dictionnaire de psychiatrie comme :

la possibilité pour un sujet de juger de la qualité de ses conduites et de ses opérations psychologiques. Elle est conservée dans les névroses et les troubles caractériels, réduite ou abolie dans les états délirants et a fortiori dans les démences. Sa réapparition est un bon signe d'amélioration ou de guérison d'un délire, révélant la rectification de la conviction » (Juillet & Sournia, 2000, p. 43).

Dans la quête de l'aveu, pour Foucault (Foucault, 2012), le soignant cherche tout d'abord à faire accepter à la personne un statut de malade : « Lorsque Leuret fait avouer à son malade « je suis fou », bien sûr, il ne suppose pas qu'il cessera d'être fou de ce fait même ; au contraire, il veut le contraindre à accepter ce statut de fou » (Foucault, 2012, p. 7). Elle est ainsi une tentative de modification du rapport du patient à lui-même : « l'aveu est un acte verbal par lequel le sujet pose une affirmation sur ce qu'il est, se lie à cette vérité, se place dans un rapport de dépendance à l'égard d'autrui, et modifie en même temps le rapport qu'il a à lui-même. » (Foucault, 2012, p. 7). La reconnaissance de son statut de malade autorise ainsi le soignant à exercer son pouvoir de soin, sur le patient : « Il n'y a d'aveu au sens strict qu'à

l'intérieur d'une relation de pouvoir à laquelle l'aveu donne l'occasion de s'exercer sur celui qui avoue [...] C'est pourquoi il n'y a d'aveu que coûteux » (Foucault, 2012, p. 7). La quête de l'aveu constitue ainsi une attente du soignant que le patient se constitue en objet de soin.

Constitution du patient en objet d'influence

Au-delà, l'objectivation du patient par le soignant existe par la nature de la communication du soignant envers le patient, visant une recherche d'influence. Comme M. Formarier le constate : « Cette sensation d'être un « objet de soins » est renforcée chez les patients par le contenu même des interactions qui sont le plus souvent de type informatif ou éducatif et qui induisent une « recherche d'influence » dans l'interaction » (Formarier, 2007, p. 35). C'est ce que l'on voit avec la propriété « Apprivoisement du patient »¹²⁵ qui se réfère à la mise en œuvre par le soignant de moyens indirects, de ruses (l'établissement d'une relation de confiance, la composition d'une image rassurante, l'utilisation de « biais », « combines » etc.) pour obtenir l'adhésion du patient au soin et l'observance du traitement principalement.

La réduction dévalorisante du patient : une activité représentative objectivante et disqualifiante

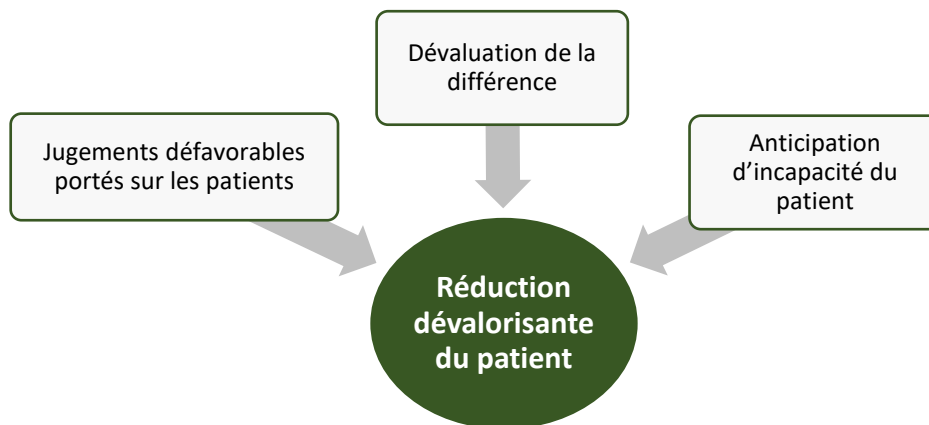


Figure 36 : La réduction dévalorisante du patient et ses propriétés

Nous avons nommé une de nos catégories conceptualisante « réduction » en écho à la définition de Morin : « Le principe de réduction qui réduit un tout complexe à l'un de ses composants, qui l'isole de son contexte, produit l'incompréhension de tout ce qui est global et fondamental » (Morin, 2004, p. 146). La réduction du patient par le fait de porter un jugement défavorable sur les patients, par une dévaluation de leur différence ou encore une anticipation d'incapacités constitue une activité représentative objectivante et disqualifiante et donc déliante.

7.6.4.3 Carte heuristique des relations entre les catégories conceptualisantes et les concepts de reliance et de déliance

¹²⁵ Apprivoiser quelqu'un : Le familiariser progressivement avec quelque chose, lui faire abandonner son hostilité ou ses réticences... ; Séduire, charmer progressivement <https://www.cnrtl.fr/definition/apprivoiser>

Nous relierons dans la figure ci-dessous les catégories conceptualisantes et leurs propriétés avec les concepts de confiance et de défiance.

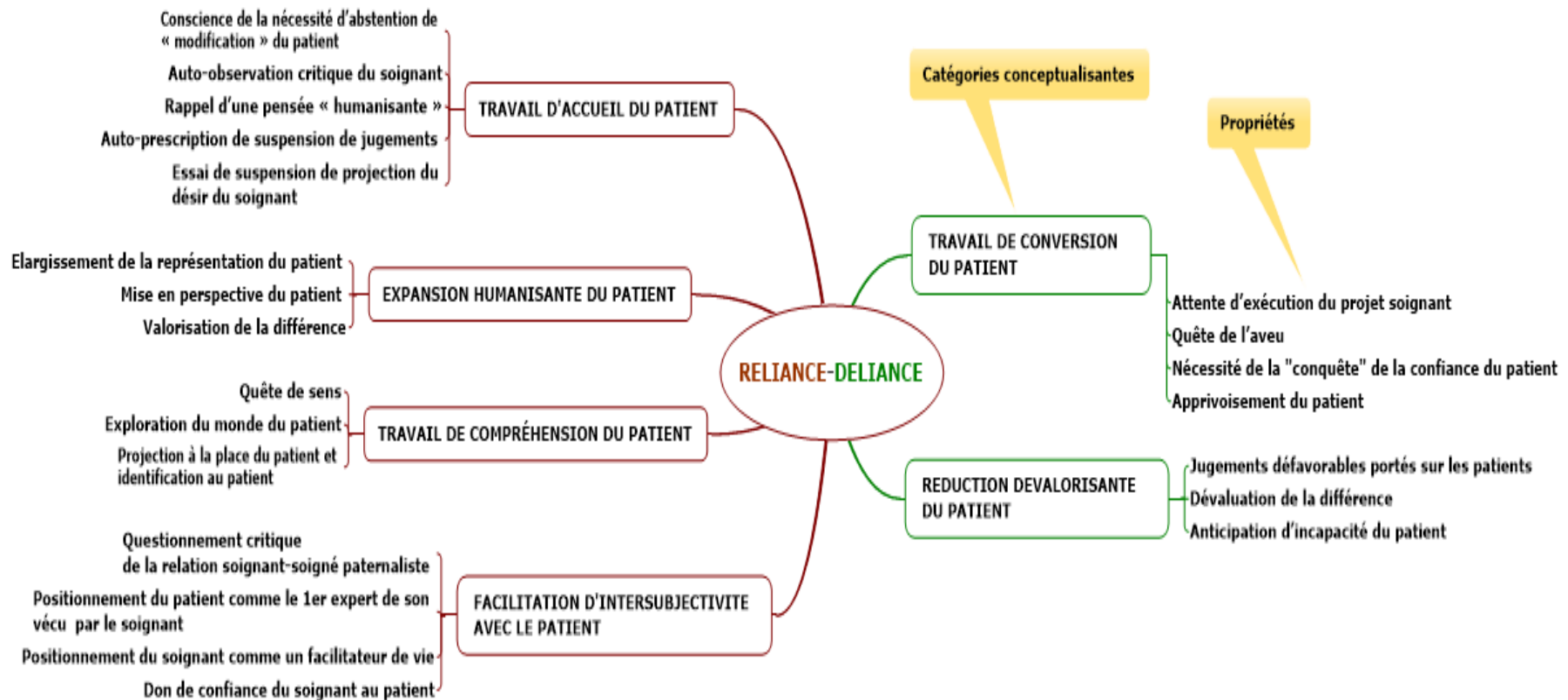


Figure 37 : Mise en relation des catégories conceptualisantes et de leurs propriétés avec les concepts de reliance et de déliance

7.6.5 Conclusion et hypothèses

En conclusion, deux manières d'agir sont à l'œuvre chez les infirmiers interviewés : la reliance au patient et la déliance du patient.

Ces comportements envers les patients résonnent avec les apprentissages déclarés. Le phénomène de reliance renvoie à l'apprentissage d'une relation intersubjective observé précédemment alors que le phénomène de déliance fait écho à l'apprentissage d'un rôle de soignant en maîtrise et distancié du patient.

Aussi faisons-nous, à l'issue de cette analyse par théorisation ancrée, l'hypothèse d'une influence réciproque entre le comportement de reliance et la perception d'ATCE auprès des patients et inversement, celle d'une influence réciproque entre le comportement de déliance et la perception d'ATID auprès des patients.

7.7 De l'analyse thématique quantitative à l'hypothèse d'une influence du lieu d'exercice intra ou extrahospitalier sur la nature des AT perçus

L'analyse thématique catégorielle quantitative présentée précédemment, nous a permis de mettre en relation les lieux d'exercice intra ou extrahospitalier, au moment de l'entretien, avec la nature des apprentissages perçus.

	Infirmiers déclarant des ATR		Infirmiers déclarant des ATID		Infirmiers déclarant des ATCE	
Nombre total d'infirmiers	8		11		13	
Exercice en Intrahospitalier	5	62,5 %	7	63,5 %	6	46 %
Exercice en extrahospitalier	3	37,5 %	4	36,5 %	7	54 %

Tableau 11 : Répartition des infirmiers en psychiatrie interviewés (en nombre et %) dans les différentes catégories d'AT en fonction des lieux d'exercice

Il apparaît que la part des infirmiers déclarant des ATR et des ATID est plus importante parmi ceux travaillant en intrahospitalier au moment de l'entretien que parmi ceux travaillant en extrahospitalier et inversement, la part des infirmiers déclarant des ATCE est plus importante parmi les infirmiers travaillant en extrahospitalier que parmi ceux travaillant en intra.

Dans le « méta-cadre » théorique de Carré (2020), nous rattacherons les variables « Exercice en intrahospitalier » et « Exercice en extrahospitalier » aux facteurs exogènes.

Pour l'heure, nous formulons les hypothèses suivantes :

- L'exercice en intrahospitalier influence la perception d'ATID et d'ATR auprès des patients.
- L'exercice en extrahospitalier influence la perception d'ATCE auprès des patients.

8. De l'émergence de régimes hypothétiques de perceptions d'apprentissages des infirmiers en psychiatrie auprès des patients à l'enquête quantitative

Nous nous proposons, dans cette dernière partie de notre étude qualitative, de rassembler les hypothèses ayant émergé tout au long de notre analyse ainsi que des hypothèses moins « ancrées » dans cette dernière, surgies au gré des interviews, et de les mettre en relation dans le méta-cadre théorique de Carré (2020).

Notons par ailleurs, qu'afin de limiter le nombre d'hypothèses, nous avons réalisé deux types de réduction : nous avons d'une part écarté les ATR ; d'autre part, nous avons réduit les ATDI aux ATD, la plupart des ATI rencontrés dans notre analyse qualitative étant défensifs, comme signalé précédemment.

Nous ferons ainsi apparaître deux régimes d'hypothèses, correspondant à deux régimes socio-cognitifs de compréhension des deux grands types d'AT retenus de notre analyse qualitative : un régime de perception d'ATCE et un régime de perceptions d'ATD des infirmiers en psychiatrie, auprès des patients.

8.1 Emergence d'un régime de perceptions d'ATCE des infirmiers en psychiatrie auprès des patients

En lien avec le modèle socio-cognitif choisi, nous présenterons ici les relations hypothétiques d'influence comme suit : influence des facteurs endogènes sur la perception d'ATCE, influence des facteurs énatifs sur la perception d'ATCE et influence des facteurs exogènes sur la perception d'ATCE.

8.1.1 Influence des facteurs endogènes sur la perception d'ATCE

Nous avons réuni, sous les facteurs endogènes susceptibles d'influencer la perception d'ATCE : l'apprenance élevée auprès des patients, les genres professionnels « psychologique » et « social », un vécu professionnel agréable et des données biographiques.

8.1.1.1 Influence d'une apprenance élevée auprès des patients, sur la perception d'ATCE

Nous avons perçu dans le cadre de l'analyse qu'il existait probablement un lien entre l'apprenance auprès des patients et la nature des AT perçus et plus particulièrement entre une apprenance élevée auprès des patients et des ATCE. Aussi, formulons-nous cette hypothèse : H1a : Une apprenance élevée auprès des patients est liée, chez les infirmiers en psychiatrie, à des perceptions d'ATCE auprès des patients.

H1b : Une apprenance « en général » élevée est liée, chez les infirmiers en psychiatrie, à des perceptions d'ATCE auprès des patients.

8.1.1.2 Influence des genres professionnels « psychologique » et « social » sur la

perception d'ATCE

Nous avons envisagé également, au vu des caractéristiques des genres professionnels « psychologiques » et « social », les hypothèses suivantes :

H1c : Il existe une influence réciproque entre un genre professionnel psychologique et la perception d'ATCE auprès des patients.

H1d : Il existe une influence réciproque entre un genre professionnel social et la perception d'ATCE auprès des patients.

8.1.1.3 Influence d'un vécu professionnel agréable et du SEP sur la perception d'ATCE

Nous avons également fait l'hypothèse d'un lien entre le vécu professionnel, le SEP et la nature des AT perçus lors de notre analyse. Et plus précisément, nous avons envisagé l'existence d'un lien entre un vécu professionnel agréable, un SEP élevé, et la perception d'ATCE. Aussi formulons-nous les hypothèses suivantes :

H1e : Il existe une influence réciproque entre un vécu professionnel agréable et la perception d'ATCE.

H1f : Il existe une influence réciproque entre un SEP élevé dans l'accompagnement des patients et la perception d'ATCE.

8.1.1.4 Influence des données biographiques auprès des patients sur la perception d'ATCE

L'analyse qualitative a montré un continuum de transformations identitaires des infirmiers en psychiatrie, en lien avec des données biographiques : la durée d'expérience en psychiatrie et la durée d'expérience en intra et extrahospitalier et la période d'obtention du diplôme. Par ailleurs, les entretiens et échanges informels avec les infirmiers, de même que nos recherches sur le contexte, nous ont apporté d'autres éléments susceptibles d'étayer les hypothèses issues de l'analyse. Aussi, proposons-nous ici des hypothèses issues de l'analyse qualitative mais aussi d'une approche plus informelle. Nous appellerons les premières, hypothèses premières, et les deuxièmes, hypothèses secondes.

Nous avons regroupé ces hypothèses autour d'éléments de l'expérience professionnelle, de la formation initiale et professionnelle continue et de caractéristiques personnelles.

Influence d'éléments de l'expérience professionnelle

Nos hypothèses premières sont :

H1g : La perception d'ATCE auprès des patients augmente avec la durée d'expérience en psychiatrie.

H1h : Plus la durée de l'expérience en extrahospitalier est importante par rapport à la durée de l'expérience en intrahospitalier, plus la perception d'ATCE est forte.

Nos hypothèses secondes sont :

H1i : La perception d'ATCE tend à augmenter lorsque la durée d'expérience auprès de patients en phase chronique est supérieure à celle auprès des patients en phase aigüe.

H1j : Il existe un lien entre la perception d'ATCE et l'animation d'ateliers d'ETP.

H1k : Plus le nombre d'établissements sanitaires fréquentés est important, plus la perception d'ATCE est forte.

H1l : Il existe un lien entre la perception d'ATCE et une faible ou absence d'expérience en MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique).

Influence d'éléments de la formation initiale et professionnelle continue

Nous posons, comme hypothèse première :

H1m : Plus le diplôme est ancien, plus la probabilité de percevoir des ATCE est forte chez les infirmiers en psychiatrie.

Nous posons, comme hypothèses secondes :

H1n : Il existe un lien entre la perception d'ATCE et la détention d'un diplôme spécialisé en psychiatrie (obtenu avant 1995).

H1o : Il existe un lien entre la perception d'ATCE et le suivi d'une formation à la psychiatrie, en plus de la formation d'infirmier.

H1p : Il existe un lien entre la perception d'ATCE et le fait d'avoir bénéficié d'un accompagnement tutoral.

H1q : Il existe un lien entre la perception d'ATCE et le fait de posséder un diplôme autre que celui d'infirmier.

Influence des caractéristiques personnelles

Nous posons enfin des hypothèses secondes en lien avec des caractéristiques personnelles, l'âge et l'expérience personnelle de la maladie chronique.

H1r : La perception d'ATCE tend à augmenter avec l'âge.

H1s : La perception d'ATCE tend à augmenter lorsque l'infirmier a une expérience personnelle de la maladie chronique.

8.1.2 Influence des facteurs éactifs sur la perception d'ATCE

L'analyse a par ailleurs montré l'existence d'une proximité entre la nature des comportements de reliance et de déliance au patient et la nature des AT perçus et plus particulièrement l'existence possible d'un lien entre reliance au patient et perception d'ATCE. Nous posons ainsi comme hypothèse première :

H2a : Il existe une influence réciproque entre un comportement de reliance et une perception d'ATCE auprès des patients.

Nous avons également relevé « au fil de l'eau », dans le cadre de notre analyse, des verbatims concernant la façon dont les infirmiers apprenaient auprès des patients et plus particulièrement, un lien possible entre l'apprentissage dans une relation empathique et la perception d'ATCE. Nous posons ainsi comme hypothèse seconde :

H2b : Il existe un lien réciproque entre un apprentissage dans une relation empathique et des ATCE.

8.1.3 Influence des facteurs exogènes sur la perception d'ATCE

Nous avons enfin perçu un lien possible entre l'exercice en extrahospitalier et la perception d'ATCE, ce qui nous conduit à formuler l'hypothèse ci-après :

H3a : L'exercice en extrahospitalier influence la perception d'ATCE auprès des patients.

8.1.4 Représentation schématique du régime hypothétique de perceptions d'ATCE

La représentation schématique ci-dessous du régime hypothétique de perceptions d'ATCE, tout en considérant les apprentissages perçus comme le produit d'une causalité triadique réciproque (Carré, 2020), fait apparaître les relations d'influence spécifiques hypothétiques, réciproques ou non, entre les différents facteurs endogènes, énatifs et exogènes.

Dispositions, façons d'agir, représentations, expériences et affects intériorisés

- Apprenance auprès des patients plutôt forte
- Apprenance « en général » plutôt forte
- Genre professionnel plutôt « psy » et « social »
- Vécu professionnel plutôt positif
- SEP plutôt élevé

Facteurs sociodémographiques

- Expérience professionnelle en psychiatrie élevée
- Expérience extrahospitalier > Expérience intra
- Diplôme les plus anciens obtenus avant 2012 (issus des référentiels de 1992 et 1979)
- Diplôme spécialisé en psychiatrie
- Suivi d'une formation à la psychiatrie, en plus de la formation d'infirmier.
- Expérience d'animation d'ateliers d'ETP
- Plusieurs établissements de santé fréquentés
- Age (+)
- Expérience personnelle de la maladie chronique

H1 : Il existe une corrélation entre les facteurs endogènes sus-cités et la perception d'ATCE auprès des patients.

Facteurs énatifs

- Reliance au patient
- Apprentissages dans une relation intersubjective

Facteurs exogènes

Exercice en extrahospitalier (au moment de l'étude)

H3 : L'exercice en extrahospitalier influence la perception d'ATCE auprès des patients.

H2 : Il existe une corrélation entre les facteurs énatifs sus-cités et la perception d'ATCE auprès des patients.

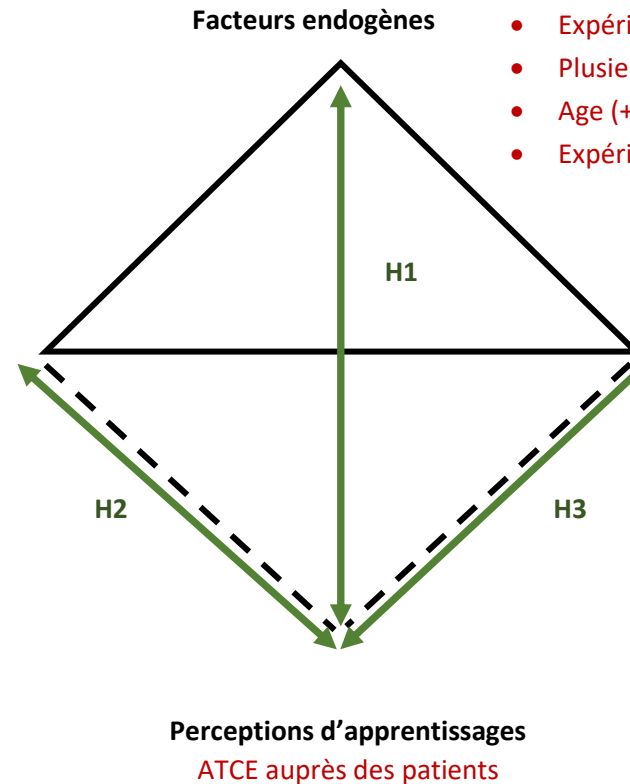


Figure 38 : Régime hypothétique de perceptions d'ATCE des infirmiers en psychiatrie, auprès des patients

8.2 Emergence d'un régime de perceptions d'ATD des infirmiers en psychiatrie, auprès des patients

En lien avec le modèle socio-cognitif choisi, nous présenterons ici les relations hypothétiques d'influence comme suit : influence des facteurs endogènes sur la perception d'ATD, influence des facteurs énatifs sur la perception d'ATD et influence des facteurs exogènes sur la perception d'ATD.

8.2.1 Influence des facteurs endogènes sur la perception d'ATD

Nous avons réuni, sous les facteurs endogènes susceptibles d'influencer la perception d'ATD : l'apprenance faible auprès des patients, le genre professionnel « biomédical », un vécu professionnel difficile et des données biographiques.

8.2.1.1 Influence d'une apprenance faible, sur la perception d'ATD

En écho, à l'hypothèse posée précédemment en lien avec les ATCE, nous posons ici :

H1a' : Une apprenance faible auprès des patients est liée, chez les infirmiers en psychiatrie, à des perceptions d'ATD auprès des patients.

H1b' : Une apprenance « en général » faible auprès des patients est liée, chez les infirmiers en psychiatrie, à des perceptions d'ATD auprès des patients.

8.2.1.2 Influence du genre professionnel « biomédical » sur la perception d'ATD

Nous avons par ailleurs entrevu l'existence d'un lien possible entre la nature du genre professionnel biomédical et des ATD :

H1c' : Il existe une influence réciproque entre un genre professionnel biomédical et la perception d'ATD auprès des patients.

8.2.1.3 Influence d'un vécu professionnel difficile sur la perception d'ATD

Nous avons également fait l'hypothèse d'un lien entre le vécu professionnel, le SEP et la nature des AT perçus lors de notre analyse. Et plus précisément, nous avons envisagé l'existence d'un lien entre un vécu professionnel difficile, un SEP faible, et la perception d'ATD. Aussi formulons-nous les hypothèses suivantes :

H1e' : Il existe une influence réciproque entre un vécu professionnel difficile et la perception d'ATD.

H1f' : Il existe une influence réciproque entre un SEP faible dans l'accompagnement des patients et la perception d'ATD.

8.2.1.4 Influence des données biographiques auprès des patients sur la perception d'ATD

Comme dans le régime de perceptions d'ATCE, nous avons regroupé les hypothèses autour d'éléments de l'expérience professionnelle, de la formation initiale et professionnelle continue et de caractéristiques personnelles.

Influence d'éléments de l'expérience professionnelle

En lien avec les résultats de notre analyse qualitative, nous formulons les hypothèses premières suivantes :

H1g' : La perception d'ATD auprès des patients augmente avec la diminution de la durée d'expérience en psychiatrie.

H1h' : Plus la durée de l'expérience en intrahospitalier est importante par rapport à la durée de l'expérience en extrahospitalier, plus la perception d'ATD est forte.

En lien avec des données « secondaires », recueillies auprès des interviewés, nous formulons les hypothèses secondes suivantes :

H1i' : La perception d'ATD tend à augmenter lorsque la durée d'expérience auprès de patients en phase aigüe est supérieure à celle auprès des patients en phase chronique.

H1j' : Il existe un lien entre la perception d'ATD et l'absence d'animation d'ateliers d'ETP ou l'animation dans une proportion limitée.

H1k' : Plus le nombre d'établissements sanitaires fréquentés est faible, plus la perception d'ATD est forte.

H1l' : Il existe un lien entre la perception d'ATD et une forte expérience en MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique).

Influence d'éléments de la formation initiale et professionnelle continue

En lien avec les résultats de notre analyse qualitative, nous formulons l'hypothèse première suivante :

H1m' : Plus le diplôme est récent, plus la probabilité de percevoir des ATD est forte chez les infirmiers en psychiatrie.

En lien avec nos recherches concernant le contexte, nous formulons les hypothèses secondes suivantes :

H1n' : Il existe un lien entre la perception d'ATD et la détention d'un diplôme général (obtenu entre 1995 et le moment de l'enquête).

H1o' : Il existe un lien entre la perception d'ATD et l'absence de suivi d'une formation à la psychiatrie, en plus de la formation d'infirmier.

H1p' : Il existe un lien entre la perception d'ATD et le fait de ne pas avoir bénéficié d'un accompagnement tutoral ou d'un accompagnement tutoral limité.

H1q' : Il existe un lien entre la perception d'ATD et le fait de ne pas posséder de diplôme autre que celui d'infirmier.

Influence des caractéristiques personnelles

Nous posons enfin des hypothèses secondes en lien avec des caractéristiques personnelles, l'âge et l'expérience personnelle de la maladie chronique.

H1r' : La perception d'ATD tend à diminuer avec l'âge.

H1s' : La perception d'ATD tend à diminuer avec l'absence d'expérience personnelle de la maladie chronique.

8.2.2 Influence des facteurs énatifs sur la perception d'ATD

L'analyse a par ailleurs montré l'existence d'une proximité entre la nature des comportements de reliance et de déliance au patient et la nature des AT perçus et plus particulièrement l'existence possible d'un lien entre déliance du patient et perception d'ATD. Nous posons ainsi comme hypothèse première :

H2a' : Il existe une influence réciproque entre un comportement de déliance et une perception d'ATD auprès des patients.

Nous avons également identifié un lien possible entre l'apprentissage dans une interaction formelle et la perception d'ATD. Nous posons ainsi comme hypothèse seconde :

H2b' : Il existe un lien réciproque entre un apprentissage dans une interaction formelle et des ATD.

8.2.3 Influence des facteurs exogènes sur la perception d'ATD

Nous avons enfin perçu un lien possible entre l'exercice intrahospitalier et la perception d'ATD ce qui nous conduit à formuler l'hypothèse suivante :

H3a' : L'exercice en intrahospitalier influence la perception d'ATD auprès des patients.

8.2.4 Représentation schématique du régime hypothétique de perceptions d'ATD

Tout comme dans la première figure, la représentation du régime hypothétique de perceptions d'ATD, ci-dessous, tout en considérant les apprentissages perçus comme le produit d'une causalité triadique réciproque (Carré, 2020), fait apparaître les relations d'influence spécifiques hypothétiques, réciproques ou non, entre les différents facteurs endogènes, énatifs et exogènes.

Dispositions, façons d'agir, représentations, expériences et affects intériorisés

- Apprenance auprès des patients plutôt faible
- Apprenance « en général » plutôt faible
- Genre professionnel plutôt biomédical
- Vécu professionnel plutôt négatif
- SEP plutôt faible

Facteurs socio-démographiques

- Durée d'expérience professionnelle en psychiatrie plutôt faible
- Expérience extra<Expérience intra
- Diplôme les plus récents obtenus depuis 2012 (issus du référentiel 2009)
- Diplôme général (DEI)
- Pas de formation à la psychiatrie, en plus de la formation d'infirmier.
- Pas d'expérience d'animation d'ateliers d'ETP
- Un seul d'établissement de santé fréquenté
- Age (+)
- Pas d'expérience personnelle de la maladie chronique

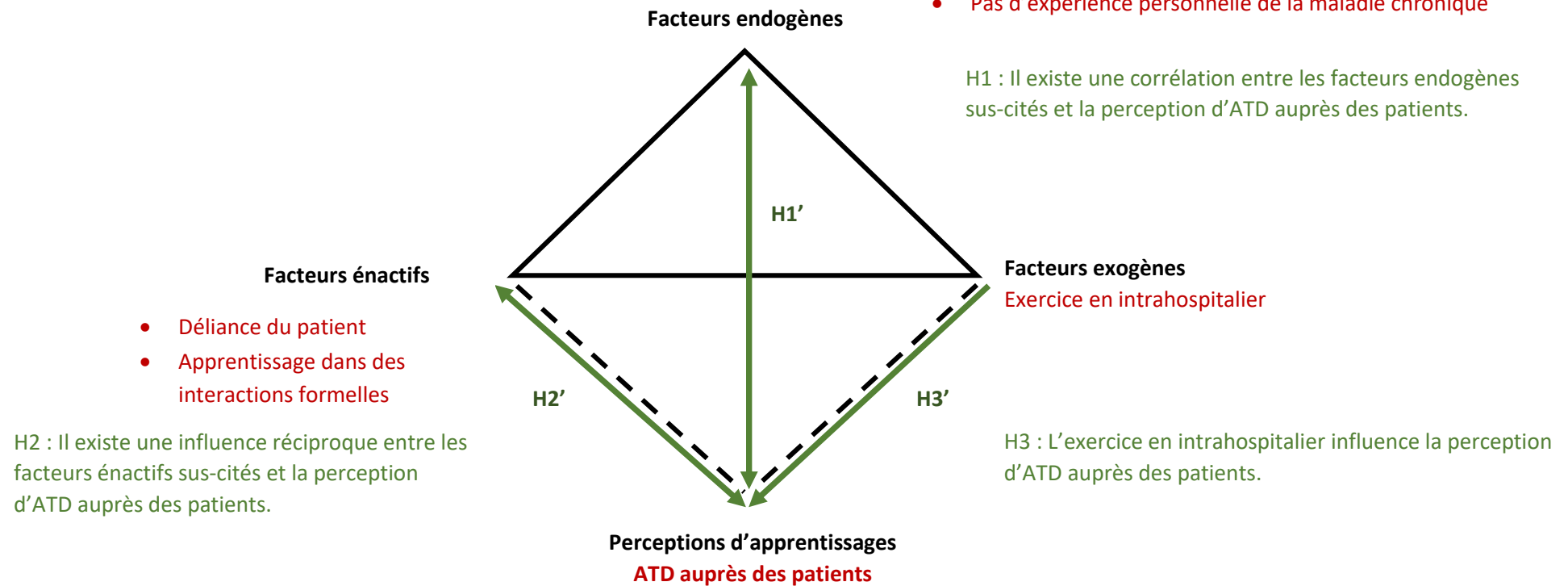


Figure 39 : Régime hypothétique de perceptions d'ATD des infirmiers en psychiatrie, auprès des patients

8.3 Vers l'enquête quantitative

Forts de ces hypothèses ancrées dans une analyse qualitative approfondie de nos 23 entretiens, nous nous demanderons dans quelle mesure, les facteurs identifiés endogènes, énatifs et exogènes influencent la nature des apprentissages perçus par les infirmiers en psychiatrie auprès des patients et réciproquement. Plus précisément, nous nous demanderons d'une part, dans quelle mesure, les facteurs endogènes, énatifs et exogènes associés aux ATCE dans le régime représenté ci-dessus, influencent la perception de ce type d'apprentissages par les infirmiers en psychiatrie, auprès des patients et d'autre part, dans quelle mesure, les facteurs endogènes, énatifs et exogènes associés aux ATD dans le régime représenté ci-dessus, influencent la perception de ce type d'apprentissages par les infirmiers en psychiatrie, auprès des patients. Afin de vérifier l'existence de ces deux régimes de perceptions d'apprentissages, nous décidons de réaliser une étude quantitative.

Partie 3 :

Etude quantitative

Dans cette troisième partie, nous reviendrons sur les modalités de construction et de diffusion de notre questionnaire et présenterons les caractéristiques des répondants. Nous décrirons ensuite les étapes de préparation du tableau des données pour l'analyse en composantes principales (ACP), puis présenterons nos résultats et interprétations.

9. De la construction à la diffusion du questionnaire

Nous présenterons dans cette partie, successivement les règles qui ont guidé la construction du questionnaire et de ses différents blocs : les blocs construits selon une approche sociométrique, les échelles psychométriques adaptées par nos soins et l'échelle d'apprenance « en général ». Nous exposerons ensuite les données sociodémographiques choisies et les raisons de nos choix. Enfin, nous présenterons les tests du questionnaire précédents sa diffusion et les modalités de cette dernière.

9.1 Les règles de construction du questionnaire

« Rédiger un questionnaire consiste à traduire les questions de recherche en indicateurs puis, dans un second temps, en questions qui seront posées aux enquêtés » (2012, Parizot, p. 99).

Selon les blocs, nous avons proposé entre deux et six items par dimension.

Nous nous sommes efforcés de formuler chacun des items de la manière la plus précise possible en ne faisant figurer, autant que faire se peut, qu'une idée par énoncé.

Nous avons inséré également des modalités négatives dans nos blocs, lorsque cela nous semblait possible :

On veillera donc à ce que la liste des réponses proposées reflète autant d'opinions favorables que défavorables à la question posée – autant d'items positifs que négatifs, autant de modalités en accord ou en désaccord avec la proposition. Plusieurs chercheurs recommandent pour ce faire, lorsqu'une série de propositions est soumise à l'enquêté, d'alterner les propositions favorables et celles défavorables à l'objet questionné. (Parizot, 2012, p. 107)

Notre questionnaire est doublement ancré dans notre corpus et les résultats de l'analyse qualitative. D'une part, il reprend les phénomènes majeurs identifiés dans l'analyse des entretiens qualitatifs dans les différents blocs de questions, d'autre part, il s'appuie sur les verbatims des personnes interviewées. Il s'inscrit en cela, principalement, dans une approche sociométrique et non psychométrique..

9.2 Le questionnaire

Après avoir présenté le questionnaire dans sa globalité¹²⁶, nous présenterons les blocs construits selon une approche sociométrique, les échelles psychométriques adaptées, l'échelle psychométrique utilisée, et les données sociodémographiques dont le recueil est visé.

¹²⁶ Le questionnaire est disponible dans le tome des annexes page 40.

9.2.1 Le questionnaire dans sa globalité

Le questionnaire est composé de huit blocs d'items (de sept blocs réalisés selon une approche sociométrique et d'un bloc psychométrique) et de données sociodémographiques. Il compte en tout 97 items. Une échelle de Likert à cinq options a été choisie afin de laisser la possibilité aux répondants de ne pas se prononcer et ainsi d'éviter des « trous » de réponse ou bien des réponses non véritablement souhaitées. Pour sept blocs, l'échelle proposée va de « tout à fait d'accord » à « pas du tout d'accord » avec, au centre une modalité de réponse neutre « Ni en accord ni en désaccord ». Pour le bloc « reliance » qui concerne les comportements, c'est une échelle de fréquence allant de « Très souvent » à « Jamais » et incluant la modalité « Ne se prononce pas » qui a été retenue.

Avec ce questionnaire, rappelons que notre objectif n'est pas de mesurer les caractéristiques psychologiques des individus mais bien de confirmer ou d'infirmer les corrélations envisagées dans notre système d'hypothèses, entre des facteurs personnels, des comportements, l'environnement, des perceptions d'apprentissages et des variables sociodémographiques.

9.2.2 Les blocs construits selon une approche sociométrique

Les blocs construits sont ceux de la reliance, des genres professionnels, des apprentissages, du vécu professionnel, des modalités relationnelles favorisant l'apprentissage et de l'apprenance auprès des patients.

9.2.2.1 Le bloc de la reliance

Le premier bloc, qui vise à mesurer les comportements de reliance ou de déliance aux patients des soignants, est constitué de 20 items. Cinq indicateurs ont été retenus qui reprennent les résultats de notre analyse conceptualisante. Chaque indicateur est donc représenté par quatre items.

Reliance	
Indicateurs	Items
Accueil inconditionnel du patient	« J'essaie de faire comprendre aux patients qu'ils ne sont pas dans la normalité. »
	« J'attends des patients qu'ils reconnaissent sincèrement qu'ils sont malades. »
	« Je laisse les façons de penser et de vivre des patients s'exprimer, sans chercher à les modifier. »
	« Avec les patients, je suspends mes préjugés. »
Expansion patient	« Je me représente les patients autrement que malades (comme parent, soeur, professionnel par exemple). »
	« Je m'intéresse aux moments de la vie des patients où ils ne sont pas en souffrance. »
	« Je me représente les patients capables et sachants, bien que différemment de moi. »
Facilitation	« Je me rappelle que les patients sont beaucoup plus que ce qu'ils nous montrent. »
	« Je m'en remets à l'ingéniosité des patients pour s'occuper d'eux-mêmes. »
	« Je fais confiance à la capacité des patients de trouver des solutions pour vivre avec leur maladie. »

d'intersubjectivité	« Je travaille à partir du projet du patient même s'il me semble difficilement réalisable. »
	« Je fais confiance aux patients pour ce qui est de prendre des décisions pour leur vie. »
Identification au patient	« Je me reconnais dans les patients. »
	« Je vois davantage ce qui me différencie des patients que ce qui m'en rapproche.
	« Avec les patients, je me positionne comme un soignant qui accueille un patient. »
	« Avec les patients, je me positionne comme un humain qui accueille un autre humain. »
Travail de compréhension	« Je demande aux patients de m'expliquer comment les choses fonctionnent pour eux. »
	« Je fais en sorte de ne pas ressentir les émotions des patients.»
	« Je m'interroge sur le processus qui a conduit le patient à déclarer une pathologie. »
	« Je me projette à la place du patient.»

9.2.2.2 Le bloc des genres professionnels biomédical, psychologique et social

Le deuxième bloc vise à identifier le genre professionnel des infirmiers et est composé de 18 items. Six indicateurs sont proposés : la représentation de sa mission, le mode d'accès à la compréhension du patient, la nature de l'appétence du soignant dans son métier, la compétence soignante qu'il valorise, la qualité du patient qu'il valorise et sa conception du rétablissement. Pour chacun de ces indicateurs, on trouve des items associés aux différents genres professionnels. Ils sont largement inspirés des verbatims.

Genres professionnels		
Genres	Objets	Items
Biomédical	Mission	« Ma mission, c'est avant tout de veiller à l'observance du traitement pour une diminution des symptômes de la maladie. »
	Accès à la compréhension du patient	« Je m'appuie surtout sur l'observation des symptômes que je relie aux tableaux des pathologies (classifications) pour comprendre l'état du patient. »
	Appétence du soignant	« Dans mon métier, j'aime tout particulièrement chercher à comprendre le fonctionnement des pathologies. »
	Compétence soignante valorisée	« Ce que je valorise le plus chez un soignant, c'est sa capacité à identifier la pathologie du patient, à poser le bon diagnostic. »
	Qualité du patient valorisée	« Ce que j'apprécie particulièrement chez le patient, c'est quand il devient capable de reconnaître qu'il est malade, d'être compliant au soin et d'observer son traitement. »
	Conception du rétablissement	« Il n'y pas de rétablissement possible sans traitement médicamenteux. »
Psychosocial	Mission	« Ma mission, c'est avant tout d'éduquer ou de rééduquer le patient à la vie en société. »
	Accès à la compréhension du patient	« C'est principalement le rapport du patient au cadre de soin qui m'informe sur son état (respect ou transgression du cadre, état de son appartement etc.). »
	Appétence du soignant	« Ce qui me plaît vraiment dans mon métier, c'est de découvrir la façon dont les patients vivent au quotidien. »
	Compétence soignante valorisée	« Ce que je valorise le plus chez un soignant, c'est sa capacité à sentir l'état du patient et à trouver les mots et les comportements adaptés pour l'apaiser ou l'amener au soin. »
	Qualité du patient valorisée	« Pour moi, c'est vraiment quand le patient reconnaît le bien-fondé de l'accompagnement du soignant que je me dis c'est bien, on avance. »
	Conception du rétablissement	« Il n'y pas de rétablissement possible sans la réappropriation, par le

	rétablissement	patient, des comportements et rythmes sociaux (se lever, se laver, manger, avoir des relations sociales etc.)»
Psychologique	Mission	« Ma mission, c'est avant tout d'aider le patient à vivre la vie qu'il souhaite, avec sa maladie.»
	Accès à la compréhension du patient	« Je m'informe de l'état du patient essentiellement dans mon interaction avec lui. »
	Appétence du soignant	« Ce qui m'intéresse véritablement dans mon métier, c'est surtout d'explorer l'expérience subjective du patient derrière les symptômes.»
	Compétence soignante valorisée	« Ce que je valorise le plus chez un soignant, c'est sa capacité à faire l'effort de voir les choses du point de vue du patient. »
	Qualité du patient valorisée	« Pour moi, c'est quand nous trouvons, avec le patient, les solutions qui lui conviennent le mieux pour vivre avec sa maladie que je me dis qu'on est vraiment sur la bonne voie. »
	Conception du rétablissement	« Il n'y pas de rétablissement possible sans l'établissement d'une relation d'humain à humain avec le patient. »

9.2.2.3 Le bloc des apprentissages perçus, ATCE et ATD

A partir du cadre conceptuel utilisé dans l'analyse qualitative, nous avons proposé 12 items correspondant aux deux grands types d'apprentissages transformateurs identifiés les ATCE et les ATD et 6 items pour chacun d'eux.

Apprentissages	
Type d'apprentissages	Items
ATD	« Auprès des patients, j'apprends/j'ai appris... ...à faire respecter des règles (ex : se laver, respecter les horaires de repas, les temps pour fumer etc.) »
	...qu'il y a un manque de volonté chez nombre d'entre eux. »
	... les limites de mes actions sur le patient. »
	... à être dur dans l'intérêt du patient et pour nous, soignants. »
	... à me résigner. »
	...à me méfier. »
ATCE	...à ne pas les juger (revendiquant, opposant, violent, manipulateur etc.) »
	...qu'il ne fallait jamais renoncer, que tout est possible, qu'il n'y a rien d'impossible pour les patients. »
	...à créer des liens avec les patients de façon originale (faire une pièce de théâtre dans un couloir par exemple).»
	... à les reconnaître en tant que personne qui a des ressources, des capacités, des compétences, qui a besoin d'être considérée. »
	... à prendre les patients avant tout comme des êtres humains plutôt que d'abord avec un étiquette pathologie. »
	... à leur faire confiance. »

9.2.2.4 Le bloc des vécus professionnels agréables et difficiles

Nous avons également créé un bloc destiné à évaluer le vécu professionnel des soignants (auprès des patients majoritairement et leur perception de soutien auprès des collègues et de l'institution). Ce bloc est constitué de 12 items dans le but de mesurer 6 dimensions (2 items par dimension), lesquelles sont : le sentiment de sécurité/d'insécurité auprès des patients, la perception de dissonance/consonance cognitive, la perception de reconnaissance/manque de

reconnaissance, le sentiment d'utilité/d'inutilité, l'attribution/non attribution de responsabilité au patient défensive et la perception de soutien/d'absence de soutien.

Vécu professionnel	
Indicateurs	Items
Sentiment de sécurité/d'insécurité	« Je n'ai pas peur car je peux compter sur mes collègues en cas d'agressivité des patients. » « La plupart du temps, je me sens en sécurité avec les patients ».
Dissonance/consonance cognitive	« Dans des situations difficiles, lorsque l'équipe décide d'avoir recours à des pratiques coercitives (isolement, contention), je me sens maltraitant(e) avec les patients.» « Quand je suis amené(e) à modifier le lieu de vie du patient (mettre en ordre, nettoyer...), j'ai l'impression de faire preuve de violence envers lui. »
Sentiment d'utilité/d'inutilité	« Souvent, j'ai le sentiment que mon action auprès des patients ne sert à rien. » « Sans mon intervention, la vie des patients serait probablement plus difficile. »
Perception de reconnaissance/manque de reconnaissance	« Je me sens reconnu(e) dans mon service. » « Les patients sont reconnaissants de ce que je leur apporte. »
Attribution/non attribution de responsabilité patient défensive	« Le comportement de certains patients fait que je me suis endurci(e). » « S'il m'arrive de me sentir en échec avec un patient, c'est souvent à cause de lui. »
Perception de soutien/d'absence de soutien	« Je me sens aidé(e) par les collègues dans l'accompagnement des patients. » « Je n'ai pas assez de moyens (ressources externes) pour aider le patient au mieux. »

9.2.2.5 Le bloc des modalités relationnelles favorisant l'apprentissage

Enfin, suite au constat que les apprentissages auprès des patients surviennent lors de modalités relationnelles variées, nous avons construit un bloc composé de deux dimensions : interactions formelles de type « questions/réponses » et relation empathique.

Modalités relationnelles favorisant l'apprentissage	
Indicateurs	Items
	« J'apprends des patients dans les situations où ...
Interaction formelle de type questions/réponses	... je les observe. »
Interaction formelle de type questions/réponses	... ils posent des limites à mon action de soignant (par exemple : manifestation d'un désaccord, affirmation de leurs droits etc.). »
Relation empathique	... ils me livrent leur connaissance de leur maladie et les stratégies qu'ils mettent en place pour vivre avec. »
Interaction formelle de type questions/réponses	... je réalise l'interrogatoire (questions sur sa biographie etc.). »
Relation empathique	... j'amène les patients à me décrire ce qu'ils vivent et ce que cela signifie pour eux. »
Relation empathique	... le patient et moi partageons nos analyses respectives de sa situation. »
Interaction formelle de type questions/réponses	... les patients me posent des questions sur leur maladie et me poussent à chercher des solutions. »

9.2.3 Les blocs adaptés d'échelles psychométriques existantes

Nous avons par ailleurs adapté deux échelles existantes à nos besoins : l'échelle destinée à évaluer le SEP au travail (Follenfant & Meyer, 2003, adaptation de Schwarzer & Jerusalem, 1995) et l'échelle d'apprenance de Grasset (Grasset, 2019).

9.2.3.1 L'échelle de SEP

Un vécu d'impuissance des infirmiers ayant été mis en évidence dans l'analyse qualitative, nous avons cherché à évaluer le SEP des infirmiers dans l'accompagnement auprès des patients. Nous avons ainsi ajouté à tous les items le complément « avec les patients » (ou le, ou un patient en fonction des items), à l'exception du deuxième pour lequel, pour des raisons de compréhension, nous avons dû ajouter « dans le cadre de mon accompagnement des patients ». Nous avons également introduit une modalité négative pour l'un des items « « Il est difficile pour moi de » afin de maintenir l'attention des répondants. Nous avons surligné en gras ces ajouts dans le tableau ci-dessous.

SEP dans l'accompagnement des patients

« Avec les patients, je parviens toujours à résoudre les problèmes difficiles si je m'en donne la peine. »

« Si quelqu'un me fait obstacle dans le cadre de mon accompagnement des patients, je peux trouver un moyen pour obtenir ce que je veux. »

« Il est difficile pour moi de maintenir mes intentions et d'accomplir mes objectifs professionnels avec les patients.»

« J'ai confiance en moi pour faire face efficacement aux événements inattendus avec les patients. »

« Grâce à mes compétences, je sais gérer des situations inattendues avec les patients. »

« Je peux résoudre la plupart des situations difficiles avec les patients, si je fais les efforts nécessaires. »

« Je reste calme lorsque je suis confronté(e) à des difficultés avec des patients car je peux me reposer sur ma capacité à maîtriser les problèmes. »

« Lorsque je suis confronté(e) à un problème avec un patient, je peux habituellement trouver plusieurs idées pour le résoudre. »

« Si j'ai un problème avec un patient, je sais toujours quoi faire. »

« Quoiqu'il arrive avec les patients, je sais généralement faire face. »

9.2.3.2 L'échelle d'apprenance « en général »

Afin d'identifier une possible corrélation entre l'apprenance auprès des patients et la nature des AT perçus, nous avons adapté l'échelle d'apprenance générale de Grasset (Grasset 2019). D'autres avant nous ont eu recours à l'adaptation de l'échelle d'apprenance à des thématiques. Vicherat par exemple, dans sa thèse de doctorat (Vicherat, 2017, p. 130) a adapté l'échelle d'apprenance de Jore (2012) à la thématique de la santé. Nous avons ainsi ajouté à chacun des items, « auprès des patients ».

Apprenance auprès des patients

« Je cherche activement des occasions de me former auprès des patients. »

« Apprendre auprès des patients me procure une joie intense. »

« Je saisis absolument toutes les occasions d'apprendre auprès des patients. »

« Il est vital, professionnellement, de découvrir tous les jours de nouvelles choses auprès des patients.

»
« Je prends délibérément du temps pour apprendre de nouvelles choses auprès des patients. »
« Il faut apprendre tous les jours auprès des patients pour bien les accompagner.»
« Pour moi, se former auprès des patients est un grand plaisir. »
« Il est primordial d’acquérir quotidiennement de nouvelles connaissances auprès des patients. »
« Je suis sincèrement heureux quand j’apprends auprès des patients. »

9.2.4 Intégration de l’échelle d’apprenance « en général »

Afin de vérifier les hypothèses de l’influence de l’apprenance « en général » sur la nature des AT perçus mais aussi de mettre en évidence un éventuel écart entre l’apprenance « en général » des infirmiers et leur apprenance auprès des patients, nous avons également proposé dans ce questionnaire l’échelle d’apprenance de Grasset (2019).

Echelle d’apprenance « en général »
« Je cherche activement des occasions de me former. »
« Apprendre me procure une joie intense. »
« Je saisis absolument toutes les occasions d’apprendre. »
« Il est vital de découvrir tous les jours de nouvelles choses. »
« Je prends délibérément du temps pour apprendre de nouvelles choses. »
« Il faut apprendre tous les jours pour bien vivre. »
« Pour moi, se former est un grand plaisir. »
« Il est primordial d’acquérir quotidiennement de nouvelles connaissances. »
« Je suis sincèrement heureux quand j’apprends. »

9.2.5 Choix des données sociodémographiques

Les informations sociodémographiques collectées auprès des répondants se répartissent de la sorte : caractéristiques personnelles, situation professionnelle actuelle, parcours de formation initiale et continue, expérience professionnelle en psychiatrie et soins généraux.

Nous avons collecté des informations concernant la formation initiale afin de connaître l’impact du diplôme mais aussi de la formation continue : comme nous l’avons signalé dans la première partie de cette recherche, depuis 2004, il est recommandé aux établissements par la DGOS de mettre en place la consolidation des savoirs et le tutorat. Nous avons souhaité par ailleurs creuser les données concernant l’expérience professionnelle car nous avons perçu, au cours de nos lectures et de nos entretiens, que le lieu d’exercice en intra ou en extrahospitalier pouvait avoir un impact sur la façon d’appréhender le métier, de même que l’état des patients accompagnés (en phase aiguë ou stabilisée) ou encore la mobilité et l’animation d’ateliers d’éducation thérapeutiques du patient (ETP).

Données sociodémographiques	
Caractéristiques personnelles	Sexe Age Expérience personnelle de maladie chronique
Situation professionnelle actuelle	Etablissement d’exercice et sa ville Secteur psychiatrique Modalité d’exercice : intra, extrahospitalier ou les deux

	Ancienneté dans le service
Parcours de formation initiale et continue	Période d'obtention du diplôme d'infirmier Nature du diplôme obtenu (DEI ou DISP) Diplôme obtenu autre Suivi d'une formation en psychiatrie en plus de la formation d'infirmier (ex : consolidation des savoirs etc.) Durée de l'accompagnement tutoral
Expérience professionnelle en psychiatrie et soins généraux	Durée de l'expérience intrahospitalière et/ou extrahospitalière en psychiatrie Durée d'expérience avec des malades en phase aigüe et/chronique en psychiatrie Durée de l'expérience en MCO Nombre d'établissements fréquentés Nombre d'ateliers d'éducation thérapeutique du patient animés

9.3 Le test et la diffusion du questionnaire

L'étape suivante a consisté à tester puis diffuser le questionnaire.

9.3.1 Le test du questionnaire

Nous avons testé le questionnaire auprès de 16 personnes dont 11 issues spécifiquement de la population cible au sein du Groupe Hospitalier Paul Guiraud. On compte, dans cet échantillon, 5 infirmiers en psychiatrie exerçant en intrahospitalier, 6 en extrahospitalier, un infirmier-chercheur en psychiatrie, et 4 cadres infirmiers en psychiatrie. Le questionnaire a été complété en face à face par la moitié des répondants de la population cible :

il est généralement conseillé de réunir des échantillons de 10 à 30 personnes. Le questionnaire est soumis en face à face afin d'observer le comportement du répondant à chaque question. Toute gêne observée doit pousser l'enquêteur à interroger le participant sur l'item concerné. Il est possible d'arrêter la série d'entretiens avant même de réunir 10 personnes lorsque l'on observe un effet de saturation. Il se produit lorsque toutes les critiques émises par les participants reviennent régulièrement au fur et à mesure des entretiens. Si le chercheur a la conviction de ne plus progresser dans l'amélioration de son échelle, il peut passer à l'étape suivante. » (Roussel, 2005, p. 253)

Nous avons ainsi réalisé quelques modifications à la suite de commentaires concernant l'ordre des blocs et la formulation de certaines questions.

9.3.2 Les modalités de diffusion du questionnaire

Le questionnaire est introduit par un « formulaire pour un consentement implicite et anonyme », inspiré du Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université Laval. Y sont précisés les informations concernant la recherche (titre, chercheur, contexte du projet), la participation du répondant, l'anonymat et la conservation des données, la forme du consentement, et les coordonnées du chercheur et de l'unité de recherche en cas de plaintes ou de critiques. Le public visé sont les infirmiers exerçant en psychiatrie adulte uniquement.

Nous avons créé un questionnaire papier puis un questionnaire en ligne avec *Google Form*.

Nous avons démarré l'enquête avec une approche indirecte via les directions des soins des établissements (lesquelles diffusent ensuite le questionnaire aux cadres supérieurs, lesquels diffusent à leur tour aux cadres de service et en dernier lieu, aux infirmiers). Nous avons ainsi commencé avec le Groupe Hospitalier Paul Guiraud puis avons contacté d'autres établissements d'Ile de France, pensant nous limiter, à ce moment-là à une enquête sur un nombre réduit d'établissements (trois par exemple), afin d'évaluer d'éventuels effets de ces derniers. Bien que des accords nous aient été donnés par plusieurs directions des soins, les retours étaient insuffisants. Nous avons ainsi décidé d'élargir la diffusion à d'autres régions puis à la France entière. Nous avons ainsi contacté 35 directions des soins. Sur les 35, cinq ont donné un accord explicite.

Parallèlement, nous avons adopté une approche directe via le réseau social LinkedIn dans lesquels les infirmiers sont « libérés » de toute incitation hiérarchique et pouvait nous manifester directement leur intérêt pour cette étude. Nous estimons que le nombre de réponses recueillies sur ce réseau social se situe entre 60 et 80, soit environ 25% du nombre total de réponses. En effet, nous n'avions pas créé de formulaire « étiquetés » LinkedIn que nous aurions pu distinguer des autres formulaires complétés en ligne au sein des établissements.

Nous avons enfin contacté le représentant du GRSI (Groupe de Recherche en Soins Infirmiers) Jean-Paul Lanquetin (Infirmier de Secteur Psychiatrique, Missionné auprès des établissements sectorisés par l'ARS ARA et membre fondateur du Groupe de Recherche en Soins Infirmiers) qui a accepté de diffuser notre questionnaire au sein de son réseau, dans la France entière, constitué aussi bien d'infirmiers, de cadres, que de directeurs des soins.

Finalement, 218 répondants ont complété le questionnaire en ligne, 48 le questionnaire papier. Ainsi, 82% des questionnaires ont été complétés en ligne (218/266127).

¹²⁷ Ce chiffre comptabilise tous les questionnaires reçus, cependant 12 d'entre eux (des questionnaires papier) ont dû être écartés du fait d'un grand nombre de réponses manquantes.

10. Caractéristiques de l'échantillon

Nous décrirons ici notre échantillon : le nombre de répondants, leur répartition par région et types d'établissements, leur répartition en fonction de caractéristiques personnelles, en fonction des parcours de formation initiale et continue puis de l'expérience professionnelle. Nous récapitulerons ces données dans un tableau final.

10.1 Nombre de répondants

265 questionnaires nous ont été communiqués d'octobre 2019 à juin 2020 et 254 ont été exploités (N=254). 241 d'entre eux étaient complets. Les questionnaires incomplets, au nombre de 13, ont été exploités lorsque le nombre de réponses manquantes n'était pas supérieur à trois. 11 questionnaires n'ont pas été utilisés au vu d'un nombre important de réponses manquantes (plus de 5).

10.2 Répartition des répondants par région et types d'établissements

Nous avons souhaité dans un premier temps, limiter la diffusion des questionnaires à trois établissements de la région Ile de France afin de mesurer des différences éventuelles entre les établissements. Face aux faibles taux de réponses de deux des établissements, nous avons décidé d'élargir sa diffusion à des établissements de toute la France.

Ainsi, les répondants de notre échantillon exercent comme infirmiers en psychiatrie au sein de 53 établissements de 12 régions de France. Afin de préserver l'anonymat et de caractériser ces établissements, nous les avons nommés à partir de leur statut (CHS, CH ou CHU), leur région d'appartenance (Idf pour Ile de France par exemple) et au sein de leur région, nous les avons distingués en leur attribuant un chiffre (1,2,3...) correspondant à leur poids, en termes de nombre de répondants. Par exemple le ChsIdf1 pèse plus en termes de répondants (12,2%) que le ChsIDf2, 6,3%. La figure représentant cette répartition des répondants en fonction de leur établissement d'origine est consultable dans le tome des annexes page 48.

Deux régions concentrent 52% des réponses : l'Auvergne-Rhône-Alpes (28,7%) et l'Ile de France (23,2%). Viennent ensuite la Provence-Alpes-Côte d'Azur, l'Occitanie et les Hauts-de-France qui représentent chacune entre 7,5 et 10% des répondants et ensemble, 26%. Enfin 7 régions (Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Centre-Val de Loire, Grand Est, Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Pays de la Loire) avec un taux de réponses entre 0,4 et 5,1% chacune qui cumulent 22% des réponses. Nous avons regroupé les établissements par région car les agences régionales de santé (ARS), à travers leur mission de pilotage de la mise en œuvre de la politique de santé dans leur région, ont le pouvoir d'orienter les actions des établissements de façon indépendante les unes des autres, comme nous l'avons vu précédemment avec l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, qui, contrairement aux autres ARS, a décidé de poursuivre le financement de l'aide à la mise en place de la consolidation des savoirs dans sa région. Nous avons par ailleurs envisagé un regroupement par Groupement Hospitalier de Territoires (GHT) mais les établissements de notre échantillon appartiennent pour la plupart à des GHT différents.

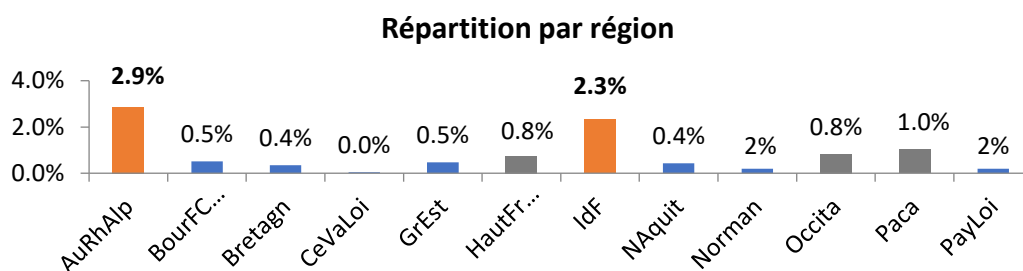


Figure 40 : Répartition des répondants par région

La grande majorité des répondants, 88,6%, travaille dans un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie (CHS), 11,4% exercent dans une unité de psychiatrie au sein d'un centre hospitalier (CH) ou centre hospitalier universitaire (CHU).

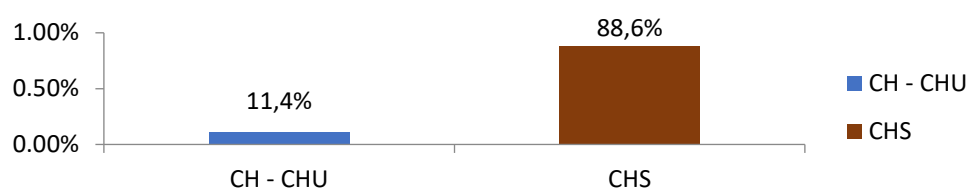


Figure 41 : Répartition des répondants par type d'établissement fréquenté, spécialisé ou « général »

Enfin, 98,4% des répondants travaillent dans un établissement public. Seuls 4 répondants, soit 1,6% travaillent dans un ESPIC (Etablissement Privé d'Intérêt Collectif).

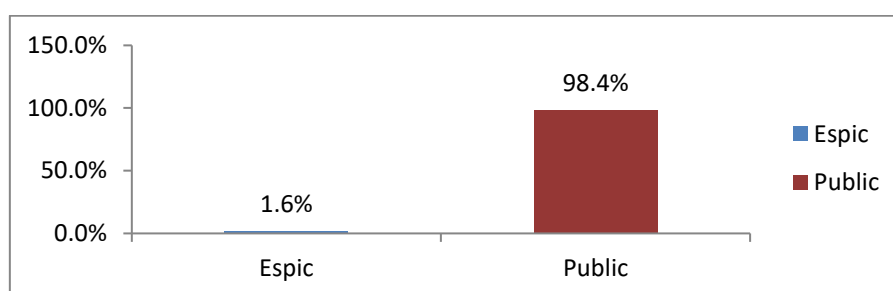


Figure 42 : Répartition des répondants par type d'établissement fréquenté, public ou privé non lucratif

10.3 Répartition des répondants par caractéristiques personnelles

Nous avons regroupé sous les caractéristiques personnelles, le sexe, l'âge et l'expérience personnelle de la maladie chronique.

10.3.1 Répartition par sexe

L'échantillon est composé de 161 femmes et 93 hommes, soit 63,4% de femmes et 36,6% d'hommes. En 2019, s'appuyant sur le répertoire Adeli, la DREES recensait 86,6% de femmes infirmières contre 13,4% d'hommes (DREES, 2019). Elle comptabilise les infirmiers en psychiatrie, non considérés comme spécialisés, avec les autres infirmiers. Cependant, pour la psychiatrie, la part d'hommes a toujours été plus élevée : en 2004, ils représentaient 48,6 % des infirmiers psychiatriques (Bessière, 2005). A l'heure actuelle, nous n'avons pas trouvé de

chiffres plus récents. Cet échantillon, bien que constitué de manière aléatoire, reflète cette spécificité de la psychiatrie.

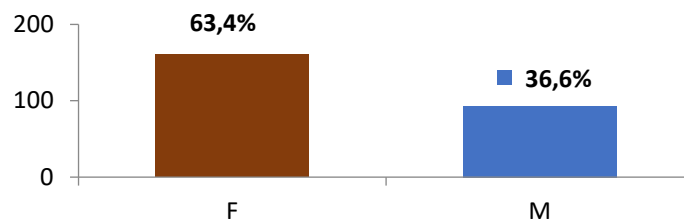


Figure 43 : Répartition des répondants par sexe

10.3.2 Répartition par âge

La population de notre échantillon est par ailleurs majoritairement représentée par les 25-40 ans (43,3%) et les 41-55 ans (43,3%), lesquels à eux seuls représentent 86,6% des répondants. Les 56 ans et plus représentent 10,6% des répondants et les moins de 25 ans seulement, 2,76%. Cette situation n'est pas très éloignée de la démographie infirmière comme nous l'avons signalé précédemment (en 2006, les moins de 25 ans représentaient 6% de cette population) (DREES, 2011, p. 4).

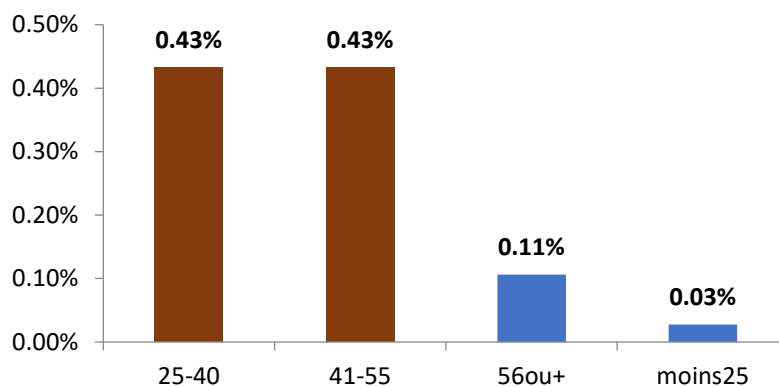


Figure 44 : Répartition des répondants en fonction de l'âge

10.3.3 Répartition en fonction de l'expérience personnelle de maladie chronique

Nous cherchions ici à savoir si les répondants avaient une expérience personnelle, vécue par eux-mêmes ou un proche de la maladie chronique.

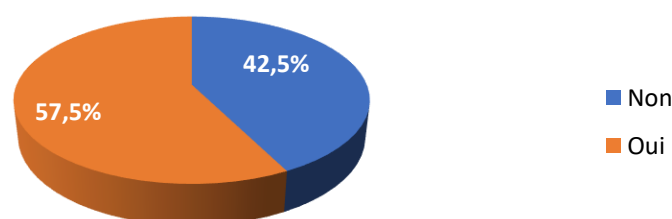


Figure 45 : Répartition des répondants en fonction d'une expérience personnelle de la maladie chronique

10.4 Répartition en fonction des parcours de formation initiale et continue

Nous avons regroupé sous l'étiquette « parcours de formation initiale et continue » : la nature du diplôme, la période d'obtention du diplôme d'infirmier, la détention d'un diplôme autre que le diplôme d'infirmier, le suivi d'une formation en psychiatrie en plus du diplôme d'infirmier et le tutorat.

10.4.1 Répartition par période d'obtention du diplôme d'infirmier

Afin d'évaluer l'impact de la période d'obtention du diplôme en fonction des réformes de 1992 et 2009, nous avons originellement déterminé quatre catégories de diplômés : les diplômés avant 1995 détenteurs d'un diplôme d'Infirmiers de Secteur Psychiatrique (DISP), les diplômés avant 1995 infirmiers de soins généraux exerçant en psychiatrie mais titulaires d'un DEI (Diplôme d'Etat d'infirmier), les diplômés de 1995 à 2011 issus de la réforme de 1992 et enfin les diplômés de 2012 à 2019 issus de la réforme de 2009. Une erreur dans les propositions de dates d'obtention du diplôme nous a conduit à écarter de notre questionnaire 66 répondants pour lesquels la période d'obtention du diplôme était ambiguë. Nous avons tout de même pu conserver un échantillon fiable, pour cette variable, de 188 répondants. Ainsi, nous avons conservé des répondants diplômés entre 2012 et 2019, entre 1996 et 2009 et avant 1995. La répartition par période d'obtention du diplôme est naturellement inégale avec une forte représentation des diplômés de la période 1996-2009, 59% des répondants, 23,4% des diplômés entre 2012 et 2019 et 17,6% d'infirmiers de secteur psychiatrique (ISP) diplômés avant 1995.

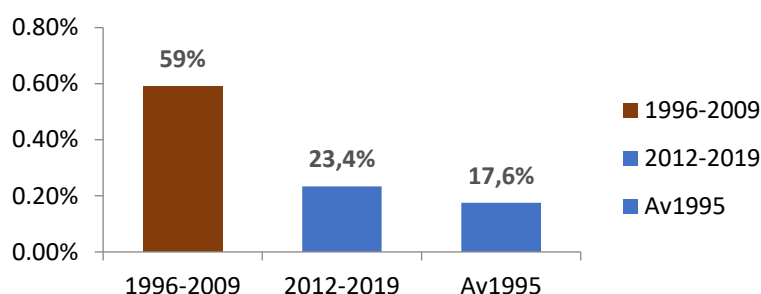


Figure 46 : Répartition des répondants en fonction de la période d'obtention du diplôme

10.4.2 Répartition par diplôme obtenu autre que le diplôme d'infirmier

53, 9% des répondants ne déclarent aucun diplôme autre. Le diplôme le plus fréquemment obtenu est le Diplôme Universitaire (DU), puis la licence et enfin le Master 2. Les « moins diplômés » sont les plus jeunes. La nature des diplômes obtenus a été précisée par 8 répondants seulement. On trouve : un DU de Santé Mentale, 2 DU d'Addictologie, un DU en Anthropologie, un DU de Pratiques Avancées Psychiatrie et santé mentale, un DU Troubles du comportement alimentaire et deux DU de clinicien.

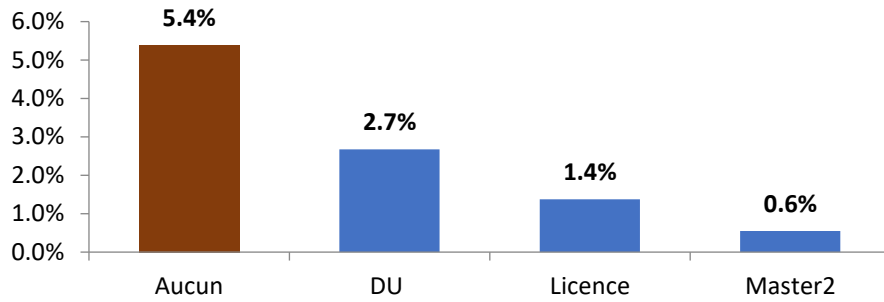


Figure 47 : Répartition des répondants en fonction de l'obtention d'un diplôme autre que le diplôme d'infirmier

10.4.3 Une formation en psychiatrie en plus du diplôme d'infirmier

Un peu plus de la moitié des répondants, 53% déclare avoir suivi une formation en psychiatrie en plus de sa formation d'infirmier (consolidation des savoirs, autre ...).

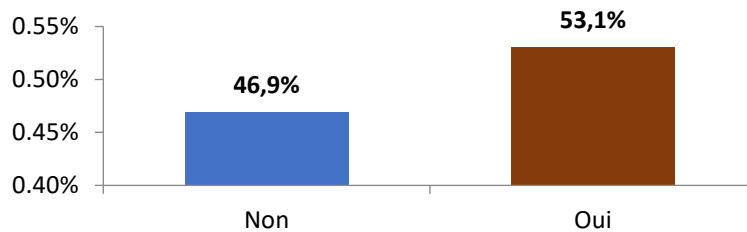


Figure 48 : Répartition des répondants en fonction du suivi d'une formation en psychiatrie en plus du diplôme d'infirmier

10.4.4 Tutorat

40,6% des répondants déclarent avoir bénéficié d'un tutorat. La durée de tutorat la plus fréquente est de quelques jours à 3 mois pour 28,7% (Tuto+) et la durée la moins fréquente s'étend de 4 mois à 1 an pour 11,8% (Tuto++).

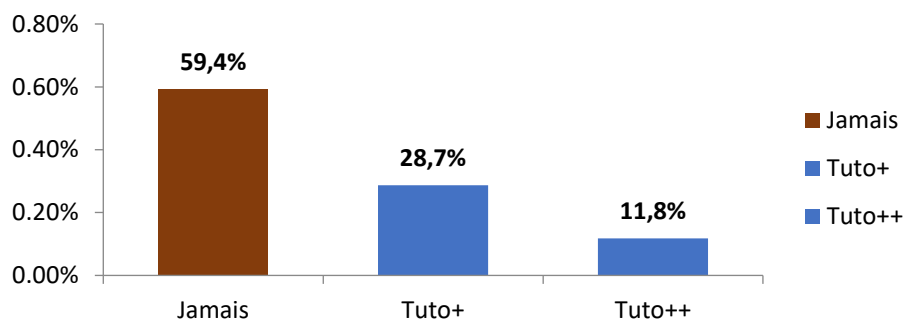


Figure 49 : Répartition des répondants en fonction d'un accompagnement tutoral

10.5 Répartition en fonction de l'expérience professionnelle

Nous avons regroupé sous l'expérience professionnelle les variables suivantes :

- le mode d'exercice actuel, intrahospitalier et/ou extrahospitalier
- le rapport entre la durée de l'expérience intrahospitalière et la durée de l'expérience

extrahospitalière en psychiatrie

- le rapport entre la durée de l'expérience auprès de patients en phase aiguë et la durée de l'expérience auprès de patients stabilisés ou « chronique » en psychiatrie
- la durée de l'expérience en psychiatrie et MCO
- le nombre d'établissements fréquentés
- le nombre d'ateliers d'ETP animés

10.5.1 Répartition en fonction du lieu d'exercice actuel : intrahospitalier et/ou extrahospitalier

Notre échantillon présente par ailleurs des proportions équivalentes entre les infirmiers exerçant dans l'intra et l'extrahospitalier, respectivement 47,6% et 44,9% et une faible proportion exerçant dans les deux lieux (7,5%). 80% des patients étant pris en charge en extrahospitalier, cette répartition ne semble pas représentative de la réalité.

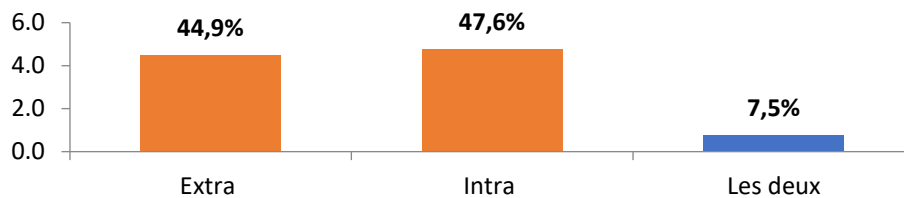


Figure 50 : Répartition des répondants en fonction du lieu d'exercice actuel intra et/ou extrahospitalier

10.5.2 Répartition en fonction du rapport entre l'expérience intrahospitalière et extrahospitalière

Par ailleurs, 55,5% des répondants ont une durée d'expérience en intrahospitalier supérieure à leur expérience en extrahospitalier (intra>extra), 28,3% (int=ext) ont une expérience intra et extrahospitalière équivalente et 16,1% (extra>intra) ont une expérience extrahospitalière supérieure à l'expérience intrahospitalière.

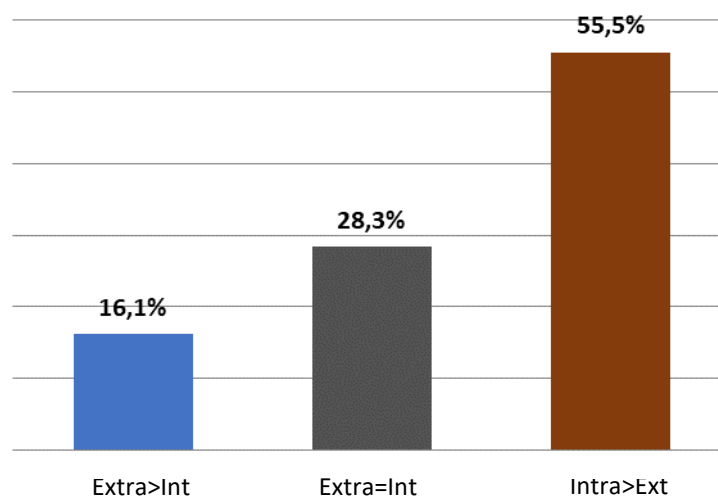


Figure 51 : Répartition des répondants en fonction de la nature de leur expérience, plus ou moins intra et/ou extrahospitalière

10.5.3 Répartition en fonction du rapport entre l'expérience avec des malades en phase aigüe et chronique

Enfin, quasiment 60% des infirmiers répondants ont des expériences de durée équivalente avec des patients en phase aigüe et chronique (Aig = Chro). 20,9% des répondants ont une durée d'expérience avec les patients en phase chronique supérieure à la durée d'expérience avec des patient en phase aigüe (Chro>Aigü) et 19,3% ont une durée d'expérience avec les patients en phase aigüe supérieure à la durée d'expérience avec des patient en phase chronique uniquement avec des patients en phase chronique (Aigü>Chro).

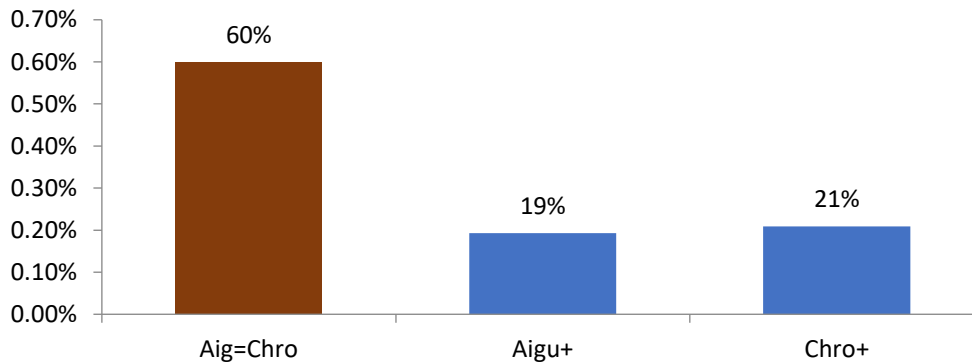


Figure 52 : Répartition des répondants en fonction de leur expérience auprès des patients en phase aigüe et chronique

10.5.4 Répartition en fonction de l'expérience en psychiatrie et MCO

75,6% des répondants n'ont jamais travaillé en MCO (PsyPur).

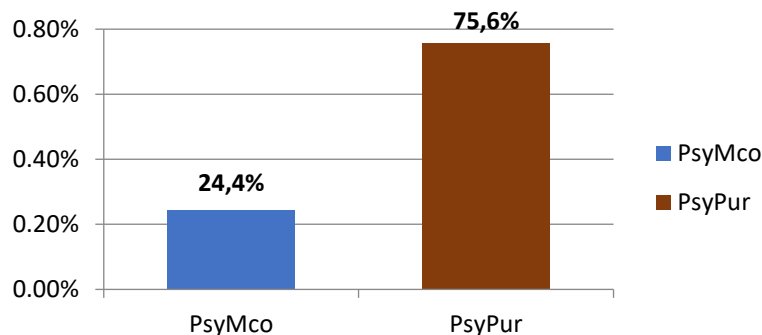


Figure 53 : Répartition des répondants en fonction de leur expérience en psychiatrie et MCO

10.5.5 Répartition en fonction du nombre d'établissements fréquentés

Quasiment la moitié des répondants 48,8% n'ont connu qu'un établissement.

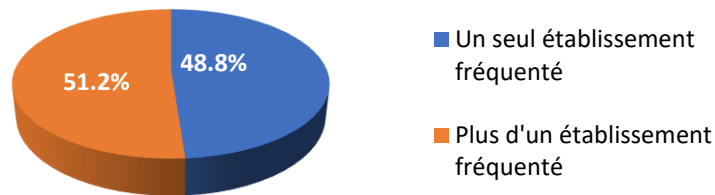


Figure 54 : Répartition des répondants en fonction du nombre d'établissements fréquentés

10.5.6 Répartition en fonction du nombre d'ateliers d'ETP animés

Les proportions de répondants ayant animé un atelier d'éducation thérapeutique et n'en ayant pas animé sont équivalentes.

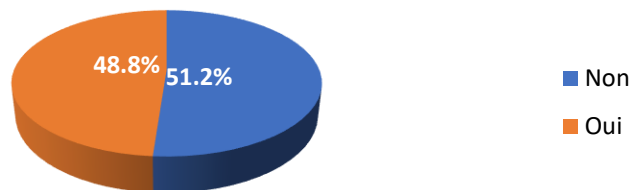


Figure 55 : Répartition des répondants en fonction de l'expérience d'animation ou non d'ateliers d'éducation thérapeutique

10.6 Tableau récapitulatif de l'échantillon

Nous regroupons dans le tableau ci-dessous les caractéristiques de notre échantillon :

TABLEAU RECAPITULATIF DES CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON	
Provenance établissement	
Provenance géographique	Les répondants proviennent de 53 établissements de 12 régions. Auvergne-Rhône-Alpes : 28,7% Ile de France : 23,2% PACA, Occitanie, Hauts-de-France : entre 7,5 et 10,2% Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Centre-Val de Loire, Grand Est, Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Pays de la Loire : entre 0,4 et 5,1%
CH-CHU ou CHS	88,6% : CHS (centre hospitalier spécialisé en psychiatrie) 11,4% : CH ou CHU
Caractéristiques personnelles	
Sexe	63,4% de femmes 36,6% d'hommes
Age	Moins de 25 ans : 2,8% 25-40 ans : 43,3% 41-55 ans : 43,3% 56 ans ou + : 10,6%
Vécu de maladie chronique	42,5% : non 57,5% : oui
Formation initiale et continue	
Période d'obtention du diplôme	2012-2019 : 17,3% 1996-2009 : 43,7%

	Av1995 (DISP) : 13 %
Diplôme autre	Aucun : 53,9% DU : 26,8% Licence : 13,8% Master 2 : 5,5%
Formation en psychiatrie en plus de la formation d'infirmier	53,1% ont suivi une formation en psychiatrie en plus de la formation d'infirmier 46,9% n'ont pas suivi de formation en psychiatrie en plus de la formation d'infirmier
Tutorat	40% ont bénéficié d'un tutorat 60% n'ont jamais bénéficié d'un tutorat
Expérience professionnelle	
Lieu d'exercice actuel	47,6% travaillent actuellement en intra 44,9% travaillent actuellement en extra 7,5% travaillent actuellement en intra et en extra
Expérience en psychiatrie en intra-extra	55,5% ont une expérience en intra > expérience extra 28,3% ont une expérience intra = expérience extra 16,1% ont une expérience en extra > expérience intra
Expérience auprès de malades aigus et chronique	59,8% ont une expérience avec des malades aigus et chroniques équivalente 19,3% ont une expérience avec des malades en phase aiguë > à l'expérience avec des malades chroniques 20,9% ont une expérience avec des malades en phase chronique > à l'expérience avec des malades aigus
Expérience en psychiatrie et/ou MCO	75,6 % ont une expérience en psychiatrie uniquement 24,4% ont une expérience en psychiatrie et en MCO
Mobilité	51,2% ont connu un seul établissement 48,8% ont connu au moins deux établissements
Animation d'ETP	48,8% : oui 51,2% : non

Tableau 12 : Tableau récapitulatif des caractéristiques de l'échantillon (N=254)

11. Préparation du tableau des données pour l'Analyse en Composantes Principales (ACP)

Après avoir présenté la méthode d'analyse en composantes principales (ACP), nous expliciterons dans cette partie les étapes de préparation du tableau des données.

11.1 L'ACP

Après avoir présenté les objectifs de l'ACP, nous montrerons comment elle nous permet d'identifier les corrélations entre des variables quantitatives, de distinguer des groupes d'individus à l'aide des variables qualitatives les décrivant et enfin, d'établir des liens entre les caractéristiques quantitatives et qualitatives des individus. Ce sont les trois points que nous détaillerons ci-dessous.

11.1.1 Objectifs de l'ACP

L'ACP ou *principal component analysis (PCA)* est une méthode statistique qui permet « d'analyser et de visualiser un jeu de données contenant des individus décrits par plusieurs variables quantitatives. C'est une méthode statistique qui permet d'explorer des données dites multivariées (données avec plusieurs variables) » (Kassambara, 2017). En effet, l'ACP permet de représenter graphiquement plusieurs variables à la fois, sur des figures à deux dimensions. Elle est ainsi particulièrement adaptée au traitement d'un tableau de données contenant un grand nombre de variables, ce qui est le cas dans notre recherche.

L'ACP permet également de visualiser des groupes d'individus caractérisés par des variables qualitatives (ou illustratives) et in fine, d'établir des liens entre leurs caractéristiques quantitatives et qualitatives.

11.1.2 Identification de corrélations entre variables quantitatives

Après avoir présenté le cercle des corrélations, nous présenterons les façons de le lire, par l'interprétation des axes et le repérage de corrélations entre variables quantitatives.

11.1.2.1 Projection et réduction des données quantitatives dans le cercle des corrélations

L'ACP effectue la projection et la réduction de données quantitatives sur des plans correspondant aux axes visualisant le maximum de l'information et sur lesquels est représenté un cercle appelé "cercle des corrélations". Plus précisément, un nuage de points représentant les variables quantitatives (celles qui donnent lieu à la production de scores issues des échelles de Likert, tout au moins, dans notre recherche) est projeté sur ces plans les plus informatifs (Rangeon & Turck, 2021). Cette projection s'accompagne d'une réduction des données à ses principales composantes ou axes (dans la figure ci-dessous, F1 et F2) et permet ainsi de « revenir à un espace de dimension réduit (par exemple 2) en déformant le moins possible la réalité [...] et donc d'obtenir le résumé le plus pertinent possible des données initiales » (Besse, s.d.). L'ACP produit également la projection de chacune des variables quantitatives initiales, sous la forme de flèches (V1, V2, V3, V4) sur le cercle des corrélations

ci-dessous. La longueur des flèches par rapport au rayon du cercle indique le degré de représentation sur le plan factoriel : les flèches les plus longues sont « bien représentées » alors que les plus courtes sont « mal représentées ».

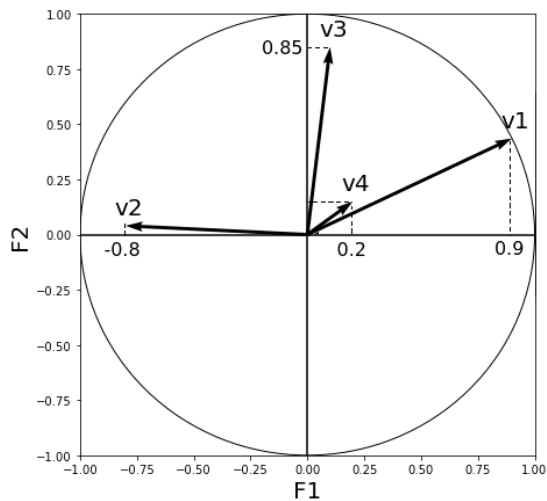


Figure 56: Cercle des corrélations (Rangeon & Turck, 2021)

11.1.2.2 Interprétation des axes

« Comme les composantes principales synthétisent les variables initiales, on a l'habitude de les interpréter, c'est-à-dire à chercher à quelle notion elles correspondent » (Rangeon & Turck, 2021). La figure montre ainsi la mise en relation des flèches avec les axes par la projection des premières (V1, V2, V3, V4) sur les seconds (F1 ou F2). Cette mise en relation permet d'interpréter les axes, de dégager « une notion qui les unit » (Rangeon & Turck, 2021).

11.1.2.3 Identification de corrélations entre variables quantitatives

« Pour les variables, on cherchera quelles sont celles qui sont très corrélées entre elles, celles qui, au contraire ne sont pas corrélées aux autres, etc. » (Duby & Robin, 2006, p. 3). Il est dit que des variables sont corrélées positivement lorsque les angles qui les séparent sont aigus, négativement lorsqu'ils sont obtus, et qu'elles sont non corrélées lorsque l'angle est droit (Xlstat, s.d.). Dans la figure ci-dessus, il existerait des corrélations positives entre V1, V4 et V3 et des corrélations négatives entre V2 et les autres flèches (V1, V4 et V3). Néanmoins, afin de s'assurer de certaines corrélations, il semble utile d'avoir recours au calcul de coefficients de corrélations tels que les coefficients de Pearson (Rangeon & Turck, 2021) ou de Spearman quand on ne sait pas si les variables suivent des lois normales.

11.1.3 Distinction de groupes d'individus caractérisés par des variables qualitatives

Les variables qualitatives ou illustratives viennent éclairer les premières, c'est-à-dire, qu'elles donnent des informations sur ce qui fait varier les variables quantitatives : « Les variables illustratives n'influencent pas la construction des composantes principales de l'analyse. Elles aident à l'interprétation des dimensions de variabilité » (Factominer, s.d.). Dans notre recherche, les variables qualitatives sont représentées par les variables sociodémographiques.

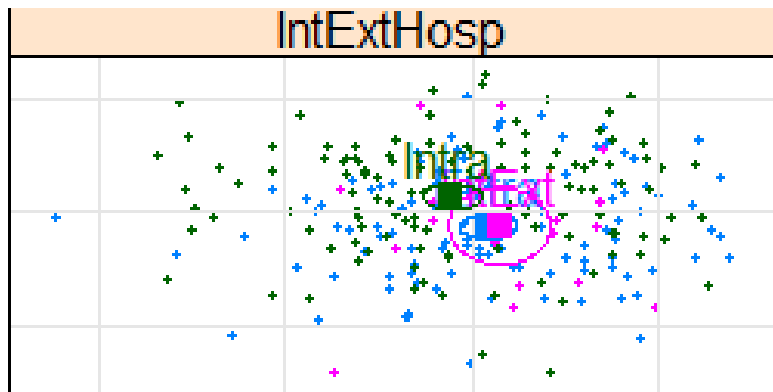


Figure 58 : Ellipses de confiance autour de groupes d'individus

11.1.3.3 Etablissement de liens entre variables quantitatives et qualitatives

Enfin, la superposition mentale du cercle des corrélations et des ellipses de confiance nous permet d'établir des liens entre variables quantitatives et qualitatives.

11.2 Préparation du tableau de données

Nous dégageons trois grandes étapes dans la préparation du tableau des données : le codage des données, la définition des variables quantitatives et le calcul des moyennes des variables quantitatives.

11.2.1 Codage des données

Le codage des données concerne : la conversion des réponses issues des échelles de Likert en scores, le codage « lexical », la transformation de réponses en « oui/non » et le codage numérique de données qualitatives.

11.2.1.1 Conversion des réponses issues des échelles de Likert en scores

Les réponses au questionnaire ont été converties en scores dans un tableau Excel. Le choix d'échelles de Likert à 5 options (échelles relatives à l'opinion et à la fréquence) nous a conduit à attribuer des scores allant de 1 à 5 (1 pour « Pas du tout d'accord » et « Jamais » et 5 pour « Tout à fait d'accord » et « Toujours ») et des scores de 3 aux modalités neutres (« Ni en accord ni en désaccord » et « Ne se prononce pas »). Nous avons par ailleurs veillé à attribuer des scores opposés aux items proposant des modalités qui l'étaient. Enfin, les questionnaires pour lesquels plus de cinq réponses manquaient ont été écartés. Treize questionnaires incomplets ont néanmoins été conservés, pour lesquels manquaient entre une et trois réponses et, un score de 3 (correspondant à une modalité neutre) a été attribué à la place des réponses manquantes.

11.2.1.2 Codage « lexical »

Ce codage lexical concerne les noms des variables et d'items et des réponses qualitatives. Noms et réponses ont été transformés d'un point de vue lexical afin de faciliter leur

compréhension sur les graphiques. A titre d'exemples, pour les variables quantitatives, « Reliance » a été codée en « Rlce », et un item correspondant à la dimension de la compréhension de la reliance en « RlceComp1. Les genres professionnels ont été codés comme suit : biomédical en « bio », psychologique en « psy », social en « soc » et par exemple, un item concernant la dimension de la représentation du rôle biomédical, a été traduit en « BioRole ». Pour les variables qualitatives « Etablissement spécialisé en psychiatrie » a été transformé en « Spe » et « Etablissement généraliste » en « Gen ». Dans une perspective identique, nous avons également codé les réponses concernant les données sociodémographiques : par exemple, les réponses des personnes travaillant actuellement en intrahospitalier ont été codées « intra » et celles travaillant en extrahospitalier « extra ». Nous présentons tous les codes utilisés un peu plus loin.

11.2.1.3 Transformation de réponses en « oui/non »

Nous avons par ailleurs transformé certaines réponses sociodémographiques afin de faciliter leur interprétation. Pour certaines variables, 3,4 voire 5 options numériques étaient proposées. Pour l'expérience en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) par exemple, il existait le choix entre les options suivantes: « Jamais ; Moins d'1 an ; 1 à 5 ans ; 6 à 20 ans ; 21 ans ou plus ». Les résultats obtenus ne permettant pas de dégager des tendances, du fait d'un trop grand nombre d'options, nous avons transformé les réponses du type « Moins d'1 an ; 1 à 5 ans ; 6 à 20 ans » en « oui » et les « Jamais » en « non ». Ces transformations concernent les données recueillies sur : l'expérience en MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique), la mobilité interétablissements, l'animation d'ateliers d'ETP et l'accompagnement tutorial.

11.2.1.4 Codage numérique de données qualitatives

Nous avons calculé les moyennes des durées d'expérience en intra et extrahospitalier et les moyennes de durées d'expérience auprès de patients en phase chronique ou aiguë en nous appuyant sur les fourchettes d'expérience déclarées dans les questionnaires. A la suite de ces calculs, nous avons établi la comparaison des données ce qui a conduit à leur traduction sous les formes suivantes : Extra>Intra, Intra>Extra, Intra=Extra, pour les durées d'expérience en intra et extrahospitalier ; Chro>Aig, Aig>Chro, Aig=Chro, pour les durées d'expérience auprès de patients en phase chronique ou aiguë

Nous avons par ailleurs calculé les moyennes d'expérience en psychiatrie des infirmiers, nouvelle variable sociodémographique, en additionnant les moyennes d'expérience en intra et extrahospitalier. Les moyennes d'expérience dégagées sont les suivantes : 0-0,5 ans ; 3-3,5 ans ; 6 ans ; 13-13,5 ans ; 16 ans ; 26 ans ; 30-30,5 ans ; 33 ans ; 43 ans.

11.2.2 Définition des variables quantitatives

Nous avons, par ailleurs, défini nos variables quantitatives. Nous avons tout d'abord distingué deux types de variables quantitatives, celles correspondant aux blocs d'items et celles issues de blocs d'items. Puis, après avoir vérifié leur cohérence interne à l'aide de l'ACP, nous avons supprimé et/ou réarranger des items les composant afin d'obtenir des variables quantitatives consolidées et définitive. Nous présentons ici notre démarche, dans sa chronologie.

11.2.2.1 Distinction de deux types de variables quantitatives

Les variables quantitatives correspondant aux blocs d'items

Nous avons considéré que certains blocs d'items constituaient à eux seuls des variables quantitatives. C'est le cas pour : l'apprenance « en général », l'apprenance auprès des patients et le SEP dans l'accompagnement des patients. Pour ce qui est du bloc de la reliance, nous l'avons traité comme une variable quantitative à part entière mais nous l'avons aussi décomposé en plusieurs variables quantitatives afin de mieux comprendre les phénomènes observés comme précisé ci-dessous.

Les variables quantitatives provisoires, issues de blocs d'items

Les autres blocs d'items ainsi que la reliance ont donc été décomposés en plusieurs variables quantitatives. Les variables proposées ici constituent une première mouture, avant leur vérification, et non les variables utilisées in fine dans l'ACP.

BLOCS D'ITEMS D'ORIGINE	VARIABLES QUANTITATIVES UTILISEES DANS L'ACP
Reliance	Accueil du patient Expansion Facilitation d'intersubjectivité Identification Travail de compréhension.
Vécu professionnel	Responsabilisation du patient Dissonance cognitive Sentiment de sécurité Sentiment d'utilité Sentiment de reconnaissance Perception de soutien/d'absence de soutien
Apprentissages transformateurs	ATCE ATD
Genres professionnels	Genre biomédical Genre psychologique Genre social
Modalités d'apprentissages auprès des patients	Apprentissage dans une relation empathique Apprentissage dans une interaction formelle

Tableau 13 : Les variables quantitatives provisoires, issues de blocs d'items

11.2.2.2 Consolidation des variables quantitatives

Le cercle des corrélations de l'ACP nous a permis de mettre en évidence des items « nuisant » à la cohérence interne de certaines de nos variables quantitatives. Aussi, avons-nous supprimé, pour certaines, ces items « déviants ». La suppression d'items, pour la variable « vécu professionnel » a conduit à son « éclatement » en trois variables quantitatives distinctes. Enfin, certains items de la reliance ont été réarrangés pour produire des variables plus justes selon nous.

Suppression d'un item pour l'une des variables quantitatives du bloc « Apprentissages »

Dans le cercle des corrélations de gauche, on voit qu'il existe une bonne cohérence interne de la variable « ATCE » : les flèches bleues représentant les items (ATCE1,2 etc.) sont proches et pointent dans la même direction et dans celle de la flèche noire (ATCE) qui représente la moyenne. Il semble exister par ailleurs également une bonne cohérence interne de la variable « ATD » sauf pour l'item « ATD3 » (surligné en rouge). Cet item et les réponses correspondantes ont donc été retirées comme l'illustre le cercle des corrélations de droite.

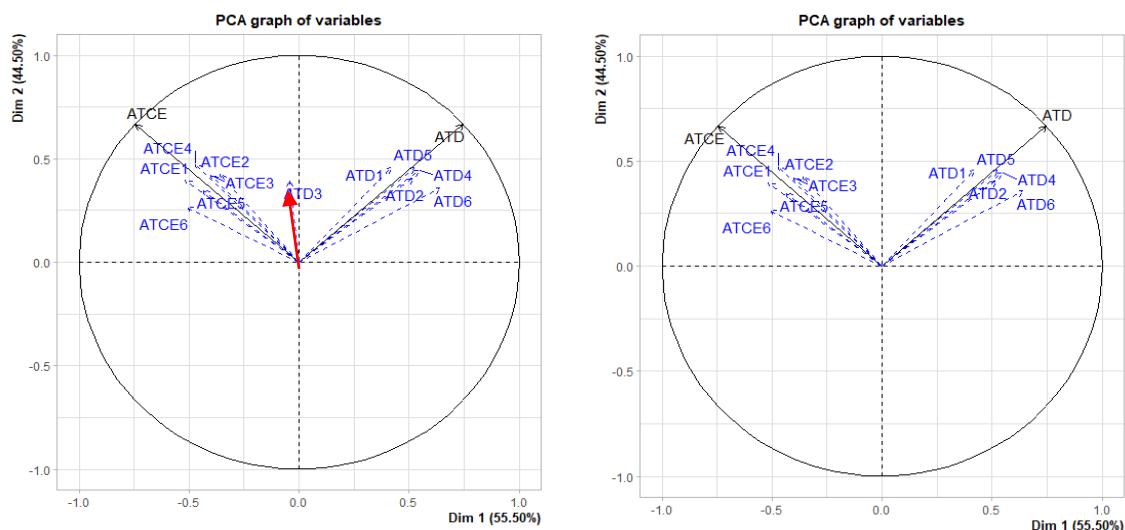


Figure 59 : Illustration du renforcement de la cohérence interne de la variable ATD par la suppression de l'item ATD3

Suppression d'un item pour l'une des variables quantitatives du bloc « Modalités relationnelles d'apprentissage »

Nous avons ôté l'item suivant du bloc « Modalités relationnelles d'apprentissage » : « ... ils posent des limites à mon action de soignant (par exemple : manifestation d'un désaccord, affirmation de leurs droits etc.) », la formulation apparaissant ambiguë au vu des réponses.

Suppression d'items pour les variables quantitatives du bloc « genre professionnel bio, psycho, social »

Sont représentées dans le cercle des corrélations ci-dessous, les variables quantitatives bio, psycho, sociale de notre bloc « genre professionnel » des infirmiers. Les vecteurs de couleur noire représentent la moyenne de chacune des variables (« PSY », « BIO », « SOC ») et les vecteurs de couleur bleue, les items correspondants. On voit que dans les cas des variables « PSY » et « BIO », les vecteurs bleus sont proches du vecteur noir et pointent dans la même direction, ce qui signifie qu'il y a corrélation entre les items et donc, une cohérence interne pour ces variables. En revanche, pour la variable « SOC », 3 items « SocAppet », « SocRepInf », « SocRole » représentés par les vecteurs bleus, ne sont pas corrélés, par conséquent, ces items sont retirés. Nous présentons ci-dessous les figures avant le retrait des items « déviants » et après.

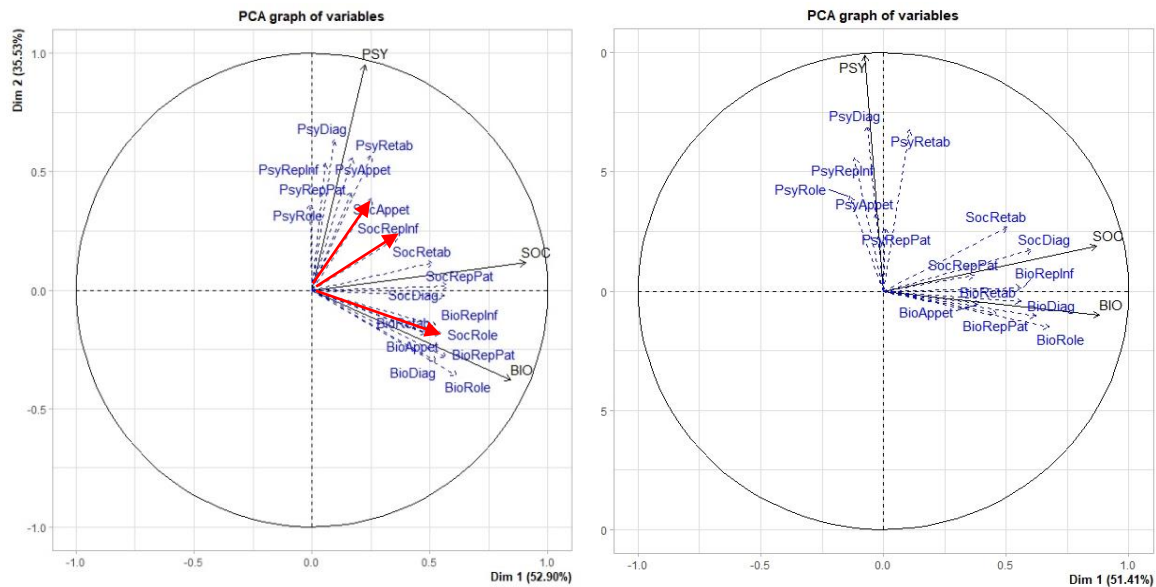


Figure 60 : Illustration du renforcement de la cohérence interne de la variable « genre social » par la suppression de 3 items

Suppression d'items et « éclatement » du bloc « Vécu professionnel » en trois variables quantitatives

Nous avons par ailleurs « éclaté » le vécu professionnel, l'ensemble présentant une cohérence interne limitée et avons supprimé les dimensions présentant une cohérence interne faible et conservé les dimensions suivantes, composée chacune de deux items « cohérents entre eux » : la dissonance cognitive, le sentiment de reconnaissance et la responsabilisation du patient (cette dernière correspond par ailleurs à un comportement et non à un vécu). Chacune de ces dimensions sera représentée, dans l'ACP, par une variable quantitative spécifique, au même titre que le SEP dans l'accompagnement des patients.

Réarrangement des items du bloc d'items « Reliance »

Le bloc « Reliance », constitué de 20 items, présente, dans son ensemble, une cohérence interne et nous n'avons ainsi, supprimé aucun de ses items. Néanmoins, nous avons d'une part, décomposé ce bloc en plusieurs variables afin de mieux comprendre et illustrer les phénomènes observés et, nous avons d'autre part réorganisé certains items afin de produire des variables quantitatives qui nous semblaient plus justes. Nous avons réarrangé les items des deux variables « Identification au patient » et « Travail de compréhension », afin de donner quatre variables : « Travail de compréhension subjective », « Travail de compréhension objective », « Posture soignant-soigné » et « Posture humain-humain ». Nous faisons apparaître ces changements réalisés dans le tableau ci-dessous :

REARRANGEMENT DES ITEMS DU BLOC DE LA RELIANCE ET DEFINITION DE NOUVELLES VARIABLES QUANTITATIVES	
AVANT LE REARRANGEMENT DES ITEMS	APRES LE REARRANGEMENT DES ITEMS

Variables quantitatives	Items	Variables quantitatives	Items
Identification au patient	« Je me reconnais dans les patients. »	Travail de compréhension subjective	« Je me reconnais dans les patients. »
	« Je vois davantage ce qui me différencie des patients que ce qui m'en rapproche.		« Je vois davantage ce qui me différencie des patients que ce qui m'en rapproche.
	« Avec les patients, je me positionne comme un soignant qui accueille un patient. »		« Je fais en sorte de ne pas ressentir les émotions des patients.»
	« Avec les patients, je me positionne comme un humain qui accueille un autre humain. »		« Je me projette à la place du patient.»
Travail de compréhension	« Je demande aux patients de m'expliquer comment les choses fonctionnent pour eux. »	Travail de compréhension objective	« Je demande aux patients de m'expliquer comment les choses fonctionnent pour eux. »
	« Je fais en sorte de ne pas ressentir les émotions des patients.»		« Je m'interroge sur le processus qui a conduit le patient à déclarer une pathologie. »
	« Je m'interroge sur le processus qui a conduit le patient à déclarer une pathologie. »	Posture Soignant-Soigné	« Avec les patients, je me positionne comme un soignant qui accueille un patient. »
	« Je me projette à la place du patient.»	Posture Humain-Humain	« Avec les patients, je me positionne comme un humain qui accueille un autre humain. »

Tableau 14 : Réarrangement des items du bloc « Reliance » et définition de nouvelles variables quantitatives

11.2.2.3 Synthèse des variables quantitatives définitives

Nous présentons ici les variables quantitatives que nous avons utilisées dans l'ACP, leurs codes ainsi que les bloc d'items dont elles sont issues. Pour plus de clarté, nous distinguons les variables quantitatives correspondant aux blocs d'items et celles issues des blocs d'items.

BLOCS D'ITEMS D'ORIGINE	VARIABLES QUANTITATIVES UTILISEES DANS L'ACP	CODES UTILISES DANS L'ACP
Variables quantitatives correspondant aux blocs d'items		
Apprenance «en général »	Apprenance «en général »	APCEgen
Apprenance auprès des patients	Apprenance auprès des patients	APCEpat
SEP dans l'accompagnement des patients	SEP dans l'accompagnement des patients	SEPpat
Reliance	Reliance	RLCE
Variables quantitatives issues des blocs d'items		
Reliance	Accueil du patient Travail de compréhension objective Travail de compréhension subjective	RLCEacc RLCEcompObj RLCEcompSub

	Expansion du patient Facilitation d'intersubjectivité Posture soignant-soigné Posture humain-humain	RLCEexp RLCEsubjec PostureSS PostureHH
Vécu professionnel	Responsabilisation du patient	RESPpat
	Dissonance cognitive	DIScogn
	Sentiment de reconnaissance	SENTreco
Apprentissages transformateurs	ATCE ATD	ATCE ATD
Genres professionnels	Genre biomédical Genre psychologique Genre social	BIO PSY SOC
Modalités d'apprentissages auprès des patients	Apprentissage dans une relation empathique Apprentissage dans une interaction formelle	APRelEmp APIntForm

Tableau 15 : Des blocs d'items aux variables quantitatives

11.2.3 Réalisation des moyennes de scores de chacune des variables quantitatives

Enfin, nous avons réalisé les moyennes des scores de chacune des variables quantitatives. Voici ci-dessous illustré, le passage d'un bloc d'items concernant la nature des apprentissages aux moyennes de variables quantitatives, ici les moyennes de scores d'« ATD » et d'« ATCE », tiré de notre tableau des données. Notons que les variables quantitatives « PostureSS » et « PostureHH » sont les seules variables correspondant chacune à un item.

Exemple du passage du bloc d'items la nature des apprentissages aux moyennes de variables quantitatives		
Variables quantitatives	Items introduits par « Auprès des patients, j'apprends/j'ai appris... »	Moyennes des scores
ATD	...à faire respecter des règles (ex : se laver, respecter les horaires de repas, les temps pour fumer etc.). »	2,8
	...qu'il y a un manque de volonté chez nombre d'entre eux. »	
	... les limites de mes actions sur le patient. » ¹²⁹	
	... à être dur dans l'intérêt du patient et pour nous, soignants. »	
	... à me résigner. »	
ATCE	...à me méfier. »	4,3
	...à ne pas les juger (revendiquant, opposant, violent, manipulateur etc.) »	
	...qu'il ne fallait jamais renoncer, que tout est possible, qu'il n'y a rien d'impossible pour les patients. »	
	...à créer des liens avec les patients de façon originale (faire une pièce de théâtre dans un couloir par exemple).»	
	... à les reconnaître en tant que personne qui a des ressources, des capacités, des compétences, qui a besoin d'être considérée. »	
... à prendre les patients avant tout comme des êtres humains plutôt que d'abord avec un étiquette pathologie. »		
	... à leur faire confiance. »	

Tableau 16 : Exemple du passage d'un bloc d'items concernant la nature des apprentissages aux moyennes de variables quantitatives

¹²⁹ Cet item a été supprimé suite à la consolidation de la cohérence interne de la variable quantitative.

12. Des régimes d'apprentissage et des profils d'infirmiers en psychiatrie

Dans cette partie, nous mettrons en évidence, tout d'abord, les régimes d'apprentissage et profils d'infirmiers en psychiatrie issus de la mise en relation des variables quantitatives seules. La mise en exergue des régimes d'apprentissage s'inscrit dans une démarche de vérification d'hypothèses et celle des profils d'infirmiers, dans une approche de production théorique issue des données quantitatives (Glaser & Strauss, 2017, p. 306)130.

Puis, nous mettrons en relation ces régimes d'apprentissage et profils d'infirmiers avec les variables qualitatives (données sociodémographiques) afin de vérifier les hypothèses restantes et de préciser les profils apparus. Enfin, nous présenterons les régimes d'apprentissages finaux détaillant les hypothèses confirmées et les nouvelles relations établies, puis les caractéristiques des profils d'infirmiers ayant émergé.

12.1 Régimes d'apprentissage et profils d'infirmiers issus de la mise en relation de variables quantitatives

A l'issue de notre analyse qualitative, un régime de perception d'ATCE et un régime de perception d'ATD sont apparus. Aussi, tenterons-nous, dans un premier temps, de confirmer, d'infirmier ou de nuancer l'existence de ces régimes en caractérisant les relations des variables quantitatives entre elles. Dans un second temps, nous conduirons une analyse complémentaire qui nous mènera à la découverte de quatre profils d'infirmiers.

12.1.1 Un régime de perceptions d'ATCE partiellement confirmé et incrémenté

Après avoir observé les relations entre les variables quantitatives de l'ensemble figurant dans la partie droite du cercle des corrélations, nous vérifierons ces dernières par le calcul des coefficients de Spearman¹³¹. En effet, lorsque les flèches, dans le cercle des corrélations, ne sont pas suffisamment longues, c'est-à-dire qu'elles ne touchent pas le bord du cercle comme c'est le cas dans notre graphique, cela signifie qu'elles sont imparfaitement représentées sur le plan factoriel, ce qui justifie une vérification des corrélations (Rangeon & Turck, 2021). Enfin, nous proposerons une représentation du régime de perception d'ATCE dans le méta-cadre théorique de Carré (2020).

12.1.1.1 Un régime de perceptions d'ATCE entrevu dans le cercle des corrélations

Un cercle des corrélations « fiable »

¹³⁰ Notons néanmoins que dans le cours de la vérification des hypothèses de corrélations au sein des régimes, des relations autres, non envisagées, apparaîtront.

¹³¹ « Indice statistique qui exprime l'intensité et le sens (positif ou négatif) de la relation linéaire entre deux variables quantitatives. Il assume des valeurs se situant dans l'intervalle qui va de - 1 à +1. Une valeur égale à - 1 ou à +1 indique l'existence d'une relation linéaire parfaite (fonctionnelle) entre les deux variables. En revanche, ce coefficient est nul ($r = 0$) lorsqu'il n'y a pas de relation linéaire entre les variables. L'intensité de la relation linéaire sera donc d'autant plus forte que la valeur du coefficient est proche de +1 ou de - 1, et d'autant plus faible qu'elle est proche de 0.

Le graphique de corrélations des moyennes des variables quantitatives prend en compte 24,02% et 18,33% soit 42,35 % des données, ce qui est relativement satisfaisant puisqu'il restitue presque la moitié de l'information.

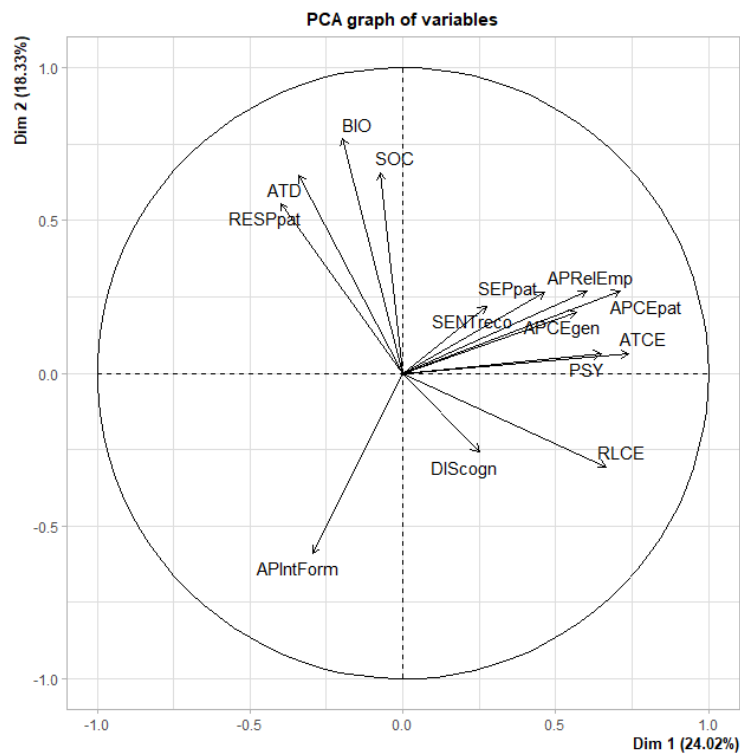


Figure 61 : Le cercle des corrélations des moyennes des variables quantitatives

Des variables quantitatives apparemment corrélées positivement

On entrevoit, dans la partie droite du cercle des corrélations un premier grand ensemble de variables quantitatives proches, séparées par des angles plus ou moins aigus, signe d'une corrélation positive plus ou moins élevée entre elles. Au centre de cet ensemble, on distingue la flèche représentant les ATCE, entourée du genre professionnel « psychologue », de l'apprenance auprès des patients, de l'apprenance « en général », de l'apprentissage dans une relation empathique, du SEP dans l'accompagnement des patients, de la reliance. Nous incluons encore, pour l'heure, le sentiment de reconnaissance et la dissonance cognitive dans cet ensemble, bien que les flèches soient les plus éloignées et les plus courtes. Aussi, nous semble-t-il entrevoir ici, en partie, le régime d'ATCE envisagé à l'issue de notre analyse qualitative.

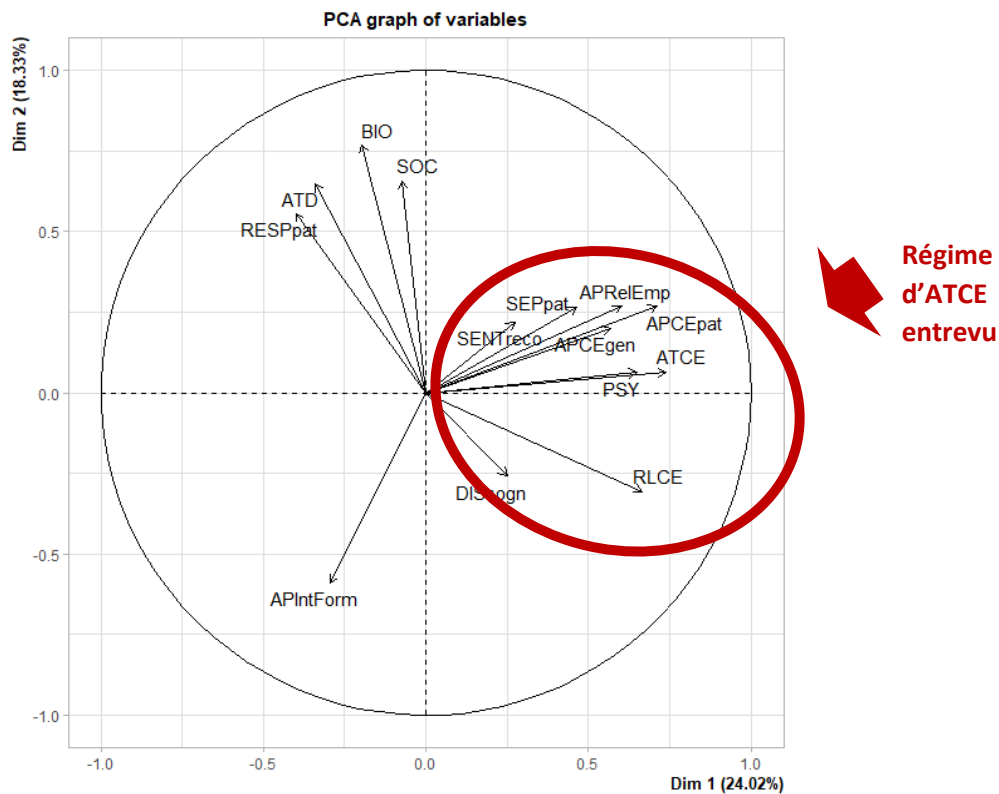


Figure 62 : Le régime de perception d'ATCE entrevu dans le cercle des corrélations

Nous allons maintenant vérifier notre hypothèse de l'existence d'un régime d'ATCE en caractérisant les relations entre les différents types de variables quantitatives, à l'aide des calculs des coefficients de Spearman, test non paramétrique qui permet de tester l'hypothèse de corrélation de données entre 2 variables sans exiger que leurs distributions soient normales (ces calculs ont été effectués avec le logiciel libre Jamovi). Tous les tableaux qui suivent donnent des valeurs issues de ce logiciel en présentant pour chaque couple de variables la valeur du coefficient de Spearman : celui-ci indique une corrélation d'autant plus forte que sa valeur absolue s'approche de 1 ; ils indiquent aussi la p-value associée qui donne une indication sur la significativité de ce test. Si cette p-value est très proche de 0, le test est significatif et l'hypothèse de corrélation peut être acceptée ; en revanche si sa valeur monte au dessus de 0.05, le test n'est plus significatif et on doit rejeter l'hypothèse de corrélation. Conformément aux usages de la norme APA, nous avons noté « *** » si la p-value est inférieure à .001, « ** » si elle est entre 0.01 et 0.001, « * » entre 0.05 et 0.01 et enfin « (ns) » pour « non significatif » si la p-value est supérieure à 0.05.

12.1.1.2 Vérification des relations entre les variables quantitatives à l'aide du coefficient de Spearman

Corrélations entre la perception d'ATCE et les facteurs endogènes

On constate tout d'abord une corrélation entre les perceptions d'ATCE et les facteurs endogènes suivants: les deux types d'apprenance (apprenance auprès des patients et d'apprenance « en général »), le genre professionnel « psychologique », des éléments d'un vécu professionnel agréable (le SEP dans l'accompagnement des patients et le sentiment de

reconnaissance) mais aussi négatif (la dissonance cognitive). Apparaît par ailleurs une indépendance des ATCE et du genre professionnel « social ».

Corrélations entre la perception d'ATCE et les deux types d'apprenance

Les hypothèses posées concernant les liens entre l'apprenance et les ATCE étaient :

- H1a : Une apprenance élevée auprès des patients est liée, chez les infirmiers en psychiatrie, à des perceptions d'ATCE auprès des patients.

- H1a' : Une apprenance faible auprès des patients est liée, chez les infirmiers en psychiatrie, à des perceptions d'ATD auprès des patients.

Nous observons sur le cercle des corrélations une proximité entre la variable « ATCE » et chacune des variables suivantes : « APCEpat », « APCEgen » confirmée par le calcul des coefficients de Spearman. La corrélation positive la plus élevée est celle existante entre les ATCE et l'apprenance auprès des patients avec un coefficient de 0,5. La corrélation avec l'apprenance « en général » est plus faible avec un coefficient de 0,33.

CORRELATIONS ENTRE LES « ATCE » ET LES FACTEURS ENDOGENES	
ATCE /Facteur endogène	Coefficient de Spearman p-value
ATCE /APCEPat	0,50 <.001***
ATCE /APCEGen	0,33 <.001***

Corrélations entre la perception d'ATCE et le genre professionnel « psychologique » et indépendance avec le genre professionnel « social »

Nous avons par ailleurs formulé l'hypothèse H1c : Il existe une influence réciproque entre un genre professionnel psychologique et la perception d'ATCE auprès des patients. Nous observons sur le cercle des corrélations une proximité entre la variable « ATCE » et la variable « PSY ». Le coefficient de Spearman confirme l'existence d'une corrélation positive de 0,4 entre ces deux variables. Nous avons également posé l'hypothèse H1d : Il existe une corrélation entre un genre professionnel social et la perception d'ATCE auprès des patients.. Or, l'observation du cercle des corrélations et le coefficient de Spearman obtenu proche de 0 (0,03) nous conduisent à l'interprétation d'une absence de corrélations entre ces variables.

CORRELATIONS ENTRE LES « ATCE » ET LES FACTEURS ENDOGENES	
ATCE /Facteur endogène	Coefficient de Spearman p-value
ATCE /GenrePSY	0,41 <.001***
ATCE /GenreSOC	0,03 .608 (ns)

Corrélations entre la perception d'ATCE et le vécu professionnel

Nous avons par ailleurs formulé l'hypothèse H1e : Il existe une corrélation entre un vécu professionnel agréable et la perception d'ATCE. A la suite du retrait de certains items dont les raisons ont été exposées précédemment, cette hypothèse pourrait être précisée par l'hypothèse suivante : H1e : Il existe une corrélation entre le sentiment de reconnaissance et la perception d'ATCE.

Nous avons également formulé l'hypothèse suivante : H1f : Il existe une corrélation entre le SEP dans l'accompagnement des patients et la perception d'ATCE. Nous observons sur le

cercle des corrélations, une proximité entre la variable « ATCE » et chacune des variables suivantes : « SEPpat » et « SentReco ». Le calcul des coefficients de Spearman confirme ces corrélations positives : 0,32 pour le « SEPpat » et 0,19 pour le sentiment de reconnaissance « SentReco ». Ces hypothèses précisées sont ainsi vérifiées.

Enfin, une corrélation positive de 0,2, non envisagée, apparaît entre la variable « ATCE » et la variable « Dissonance cognitive » (vécu plutôt négatif) puisque nous avons formulé l'hypothèse contraire : H1e' : Il existe une corrélation entre un vécu professionnel difficile et la perception d'ATD. Là encore, cette hypothèse pourrait être remplacée par : Il existe une corrélation entre un vécu de dissonance cognitive dans l'accompagnement des patients et la perception d'ATD. La corrélation positive constatée vient du même coup, infirmer cette hypothèse.

CORRELATIONS ENTRE LES « ATCE » ET LES FACTEURS ENDOGENES		
Nature du facteur endogène	ATCE /Facteur endogène	Coefficient de Spearman p-value
Vécu professionnel agréable	ATCE /SEPpat	0,32 <.001***
	ATCE /SentReco	0,20 .002**
Vécu professionnel difficile	ATCE /DisCogn	0,21 <.001***

Hiérarchisation des corrélations entre ATCE et facteurs endogènes

Les corrélations positives les plus élevées sont celles existantes entre la perception d'ATCE et l'apprenance auprès des patients (0,5) et le genre « psy » (0,4). Viennent ensuite des corrélations un peu plus faibles entre la perception d'ATCE et le SEP dans l'accompagnement des patients et l'apprenance « en général » autour de 0,3. Puis des corrélations encore plus faibles avec la dissonance cognitive et le sentiment de reconnaissance autour de 0,2. Enfin nous avons constaté précédemment l'absence de corrélation avec le genre professionnel « social ».

SYNTHESE DES CORRELATIONS ENTRE LES « ATCE » ET LES FACTEURS ENDOGENES		
Nature des facteurs endogènes	ATCE/Facteur endogène	Coefficient de Spearman p-value
Apprenance patient	ATCE/APCEPat	0,50 <.001***
Genre professionnel	ATCE/PSY	0,41 <.001***
Vécu professionnel agréable	ATCE/SEPpat	0,32 <.001***
Apprenance « en général »	ATCE/APCEGen	0,32 <.001***
Vécu professionnel difficile	ATCE/DisCogn	0,21 <.001***
Vécu professionnel agréable	ATCE/SentReco	0,20 .002**

Tableau 14 : Synthèse des corrélations entre les ATCE et les facteurs endogènes calculées avec le coefficient de Spearman et p-value associées

Corrélations entre la perception d'ATCE et les facteurs énoncés

Sont confirmées par ailleurs les corrélations entre la perception d'ATCE et la reliance au patient et celle entre la perception d'ATCE et l'apprentissage dans une relation empathique.

Corrélations entre la perception d'ATCE et la reliance

L'hypothèse H2a « Il existe une corrélation entre un comportement de reliance et une perception d'ATCE auprès des patients » est confirmée. Le cercle des corrélations met tout d'abord en évidence une certaine proximité entre les variables « ATCE » et « RLCE ». Le coefficient de Spearman montre qu'il existe une corrélation positive entre les deux, de 0,36.

Corrélation entre la perception d'ATCE et l'apprentissage dans une relation empathique

L'hypothèse H2b « Il existe un lien réciproque entre un apprentissage dans une relation empathique et des ATCE », pressentie dans le cercle des corrélations est également vérifiée. Il existe en effet une corrélation positive de 0,37 entre la variable « ATCE » et la variable « APRelEmp ». Ces corrélations positives sont similaires et peuvent être qualifiées de moyennes.

SYNTHESE DES CORRELATIONS ENTRE LES « ATCE » ET LES FACTEURS ENACTIFS	
ATCE /Facteur éactif	Coefficient de Spearman p-value
ATCE/RLCE	0,36 <.001***
ATCE /APRelEmp	0,37 <.001***

Tableau 15 : Synthèse des corrélations entre les ATCE et les facteurs éactifs calculées avec le coefficient de Spearman et p-value associées

Emergence de corrélations entre facteurs éactifs et endogènes

On constate par ailleurs, dans le cercle des corrélations, une proximité entre la variable « reliance » et les facteurs endogènes suivants : les deux types d'apprenance (apprenance auprès des patients et d'apprenance « en général »), le genre professionnel « psychologique », des éléments d'un vécu professionnel agréable (le SEP dans l'accompagnement des patients et le sentiment de reconnaissance) mais aussi négatif (la dissonance cognitive). Apparaît par ailleurs une indépendance des ATCE et du genre professionnel « social ». Des corrélations positives entre la variable « apprentissage dans une relation empathique » et les facteurs endogènes précédemment cités sont également entrevues dans le cercle. Aussi, dans un but de confirmation, avons-nous là encore calculé, le degré de corrélation entre les facteurs endogènes et les facteurs éactifs cités, avec les coefficients de Spearman.

Corrélation entre la reliance et les facteurs endogènes

La reliance apparaît corrélée positivement avec le genre « psy », les deux types d'apprenance, et des éléments d'un vécu professionnel agréable et difficile.

CORRELATIONS ENTRE LES FACTEURS ENACTIFS ET LES FACTEURS ENDOGENES	
Reliance/Facteur endogène	Coefficients de Spearman p-value
RLCE/PSY	0,51 <.001***
RLCE/APCEpat	0,27 <.001***
RLCE/APCEgen	0,21 <.001***
RLCE/SEPpat	0,25 <.001***
RLCE/SentReco	0,19 .002***
RLCE/DisCogn	0,20 <.0001***

Il existe une corrélation entre la reliance et le genre « psy » : le coefficient de Spearman confirme la corrélation positive entrevue dans le cercle des corrélations, entre la reliance et le genre professionnel « psy » avec un coefficient de 0,51.

Il existe une corrélation entre la reliance et les deux types d'apprenance : le calcul du coefficient de corrélation entre la reliance et les deux types d'apprenance montre des corrélations positives entre la reliance et l'apprenance auprès des patients (0,27) et entre la reliance et l'apprenance en général (0,21).

Il existe une corrélation entre la reliance et des éléments du vécu professionnel : enfin, une plus faible corrélation positive entre la reliance et le SEP dans l'accompagnement des patients, le sentiment de reconnaissance et la dissonance cognitive sont établies avec un coefficient de 0,25 pour le premier, de 0,18 pour le second, et de 0,20 pour la troisième.

Corrélation entre la variable « apprentissage dans une relation empathique » et les facteurs endogènes

La variable « Apprentissage dans une relation empathique » apparaît corrélée positivement avec : les deux types d'apprenance, le genre « psy » et des éléments d'un vécu professionnel agréable et difficile.

CORRELATIONS ENTRE LES FACTEURS ENACTIFS ET LES FACTEURS ENDOGENES	
APRelEmp /Facteur endogène	Coefficients de Spearman p-value
APRelEmp /APCEpat	0,40 <.001***
APRelEmp /APCEgen	0,18 .003**
APRelEmp /PSY	0,36 <.001***
APRelEmp /SEPat	0,16 .003**
APRelEmp /SentReco	0,14 .02*
APRelEmp /DissCogn	0,05 .39 (ns)

Il existe une corrélation entre la variable « apprentissage dans une relation empathique » et les deux types d'apprenance : le calcul des coefficients de Spearman confirme par ailleurs les corrélations positives pressenties à travers l'observation du cercle des corrélations, entre la variable « apprentissage dans une relation empathique » et l'apprenance auprès des patients avec un coefficient de 0,40 et entre la première et l'apprenance en « général » avec un coefficient de 0,18.

Il existe une corrélation entre l'« apprentissage dans une relation empathique » et le genre professionnel « psy » : un coefficient de Spearman de 0,36 confirme également la corrélation positive pressentie entre la variable « apprentissage dans une relation empathique » et le genre professionnel « PSY ».

Il existe une corrélation entre l'« apprentissage dans une relation empathique » et le sentiment de reconnaissance et indépendance avec la dissonance cognitive : le calcul des coefficients de Spearman confirme enfin la corrélation positive pressentie entre la variable « apprentissage dans une relation empathique » et le SEP dans l'accompagnement des patients (0,16), le

sentiment de reconnaissance « SentReco » (0,14) et fait apparaître une absence de corrélation avec la dissonance cognitive (0,05).

Hiérarchisation des corrélations entre facteurs éactifs et facteurs endogènes

La reliance est tout particulièrement associée au genre « psy » et dans une moindre mesure à l'apprenance auprès des patients. L'apprentissage dans une relation empathique apparaît également plus particulièrement corrélée à l'apprenance auprès des patients et au genre « psy ».

SYNTHESE DES CORRELATIONS ENTRE LES FACTEURS ENACTIFS ET LES FACTEURS ENDOGENES		
Nature du facteur endogène	Reliance/Facteur endogène	Coefficients de Spearman p-value
Genre professionnel	RLCE/PSY	0,51 <.001***
Apprenance auprès du patient	RLCE/APCEpat	0,27 <.001***
Vécu professionnel agréable	RLCE/SEPpat	0,25 <.001***
Apprenance « en général »	RLCE/APCEgen	0,21 <.001***
Vécu professionnel agréable	RLCE/SentReco	0,19 .002**
Vécu professionnel difficile	RLCE/DisCogn	0,14
Nature du facteur endogène	APRelEmp /Facteur endogène	Coefficients de Spearman p-value
Apprenance auprès du patient	APRelEmp /APCEpat	0,40 <.001***
Genre professionnel	APRelEmp /PSY	0,36 <.001***
Apprenance « en général »	APRelEmp /APCEgen	0,18 .003**
Vécu professionnel agréable	APRelEmp /SEPpat	0,16 .003**
Vécu professionnel agréable	APRelEmp /SentReco	0,14 .02*

Tableau 16 : Synthèse des corrélations entre les facteurs éactifs et les facteurs endogènes calculées avec le coefficient de Spearman et p-value associées

12.1.1.3 Représentation du régime de perceptions d'ATCE, confirmé et incrémenté

Nous représentons ci-dessous les corrélations confirmées et établies par l'ACP et les calculs des coefficients de Spearman dans le méta-cadre théorique de Carré (2020).

Nous y ferons figurer uniquement les corrélations positives les plus élevées pour les trois types de relations, en même temps, c'est-à-dire à la fois entre les ATCE et les facteurs endogènes, les ATCE et les facteurs éactifs et les facteurs endogènes et éactifs. Ces corrélations sont comprises entre 0,5 et 0,2. Les variables « faisant régime », c'est-à-dire fonctionnant ensemble et conservées sur la figure sont : les ATCE, une apprenance auprès des patients élevée, le genre professionnel « psy », la reliance au patient et l'apprentissage dans une relation empathique. Le SEP dans l'accompagnement des patients et l'apprenance « en général » bien que corrélés plus faiblement avec les autres variable (corrélation comprise entre 0,3 et 0,2) sont conservés. La dissonance cognitive et le sentiment de reconnaissance très faiblement représentés sur le plan factoriel et faiblement corrélés aux autres variables, sont écartés en revanche.

- Apprenance auprès des patients élevée
- Genre professionnel « psy
- SEP dans l'accompagnement des patients élevé
- Apprenance « en général » élevée

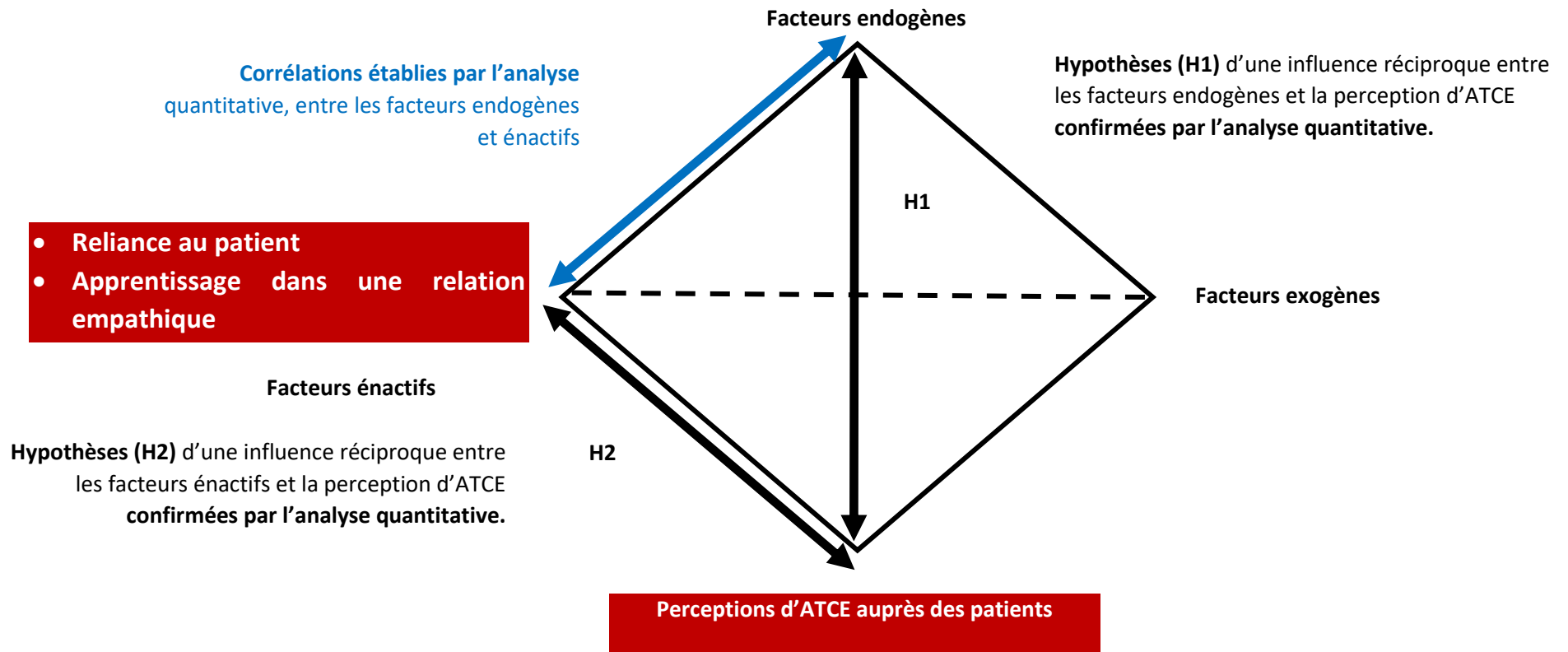


Figure 63 : Régime de perceptions d'ATCE confirmé et incrémenté, d'après le méta-cadre théorique de Carré (2020)

12.1.2 Un régime de perceptions d'ATD partiellement confirmé et incrémenté

A l'instar de ce que nous avons fait précédemment, nous observerons les relations entre les variables quantitatives de l'ensemble figurant dans la partie en haut à gauche du cercle des corrélations puis, nous vérifierons ces dernières par le calcul des coefficients de Spearman. Enfin, nous proposerons une représentation schématique du régime de perception d'ATD.

12.1.2.1 Un régime d'ATD entrevu dans le cercle des corrélations

On entrevoit, dans la partie en haut à gauche du cercle des corrélations un second grand ensemble de variables quantitatives proches, séparées par des angles plus ou moins aigus, signe d'une corrélation positive plus ou moins élevée entre elles comme indiqué précédemment. Au centre de cet ensemble, on distingue la flèche représentant les ATD, entourée des variables correspondant aux genres professionnels « biomédical », « social » et à la responsabilisation du patient. Le prolongement de la flèche de la reliance « RLCE » dans la partie en haut à gauche, nous permet de visualiser le lien entretenu également avec le versant « faible » de cette variable, à savoir la déliance « DLCE ».

Régime d'ATD entrevu

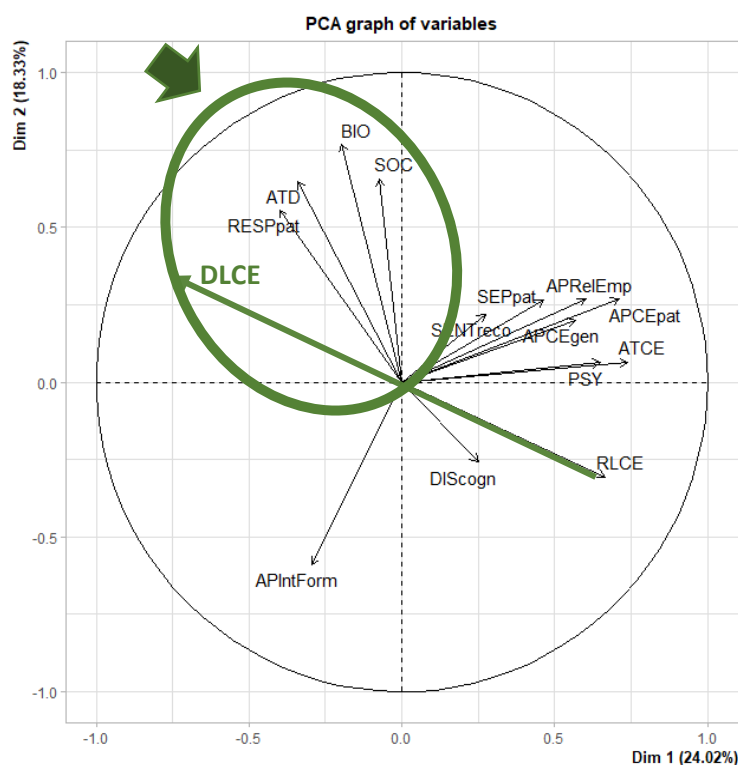


Figure 64 : Le régime de perception d'ATD entrevu dans le cercle des corrélations

12.1.2.2 Vérification des corrélations entre les variables quantitatives à l'aide du coefficient de Spearman

Relations entre la perception d'ATD et les facteurs endogènes

Sont confirmées, avec les calculs des coefficients de Spearman, plusieurs relations entrevues dans le cercle des corrélations : une corrélation entre la perception d'ATD et les genres professionnels « biomédical » et « social », une corrélation entre la perception d'ATD et la responsabilisation du patient mais aussi, une indépendance de la perception d'ATD vis à vis des deux types d'apprenance, du sentiment de reconnaissance et du SEP dans l'accompagnement des patients.

Corrélation entre la perception d'ATD et les genres « biomédical » et « social »

Nous avons formulé plus tôt l'hypothèse H1c' : Il existe une corrélation entre un genre professionnel biomédical et la perception d'ATD auprès des patients. Dans le cercle des corrélations, on constate une proximité entre les variables « ATD » et « BIO » confirmée par un coefficient de Spearman de 0,41. On constate cette proximité également entre les variables « ATD » et « SOC », laquelle, bien que moindre, est confirmée par un coefficient de Spearman de 0,29.

CORRELATIONS ENTRE LES « ATD » ET LES FACTEURS ENDOGENES	
ATD/Facteur endogène	Coefficient de Spearman p-value
ATD/BIO	0,43 <.001***
ATD/SOC	0,29 <.001***

Corrélation et indépendance entre la perception d'ATD et des éléments d'un vécu professionnel difficile

Nous avons également posé H1e' : Il existe une corrélation entre un vécu professionnel difficile et la perception d'ATD. Au vu de la décomposition de la variable « vécu difficile », nous pouvons réduire cette hypothèse à : Il existe une corrélation entre la perception d'ATD auprès des patients et un sentiment de reconnaissance faible.

Nous avons également formulé H1f' : Il existe une corrélation entre un SEP faible dans l'accompagnement des patients et la perception d'ATD.

Un coefficient de Spearman de 0,06 indique qu'il n'existe aucune corrélation entre la perception d'ATD et un sentiment de reconnaissance faible. De même, il n'existe aucune corrélation entre la perception d'ATD et un SEP faible dans l'accompagnement des patients comme (coefficient de Spearman=0,02). Les deux dernières hypothèses sont donc infirmées.

CORRELATIONS ENTRE LES « ATD » ET LES FACTEURS ENDOGENES	
ATD/Facteur endogène	Coefficient de Spearman p-value
ATD/SentReco (-)	-0,05 0.46 (ns)
ATD/SEPpat (-)	-0,02 0.96 (ns)

Indépendance entre la perception d'ATD et les deux types d'apprenance

Initialement, nous formulons les hypothèses H1a' : Une apprenance auprès des patients faible

est liée à des perceptions d'ATD auprès des patients. Et H1b' : Une apprenance « en général » faible auprès des patients est liée, chez les infirmiers en psychiatrie, à des perceptions d'ATD auprès des patients.

Dans le cercle des corrélations, on devine des angles droits entre la variable ATD et les variables « APCEpat » et « APCEgen » et donc une absence de corrélations, confirmée par des coefficients de Spearman de 0,0 (0,04 pour la corrélation entre « ATD » et « APCEgen » et -0,05 pour la corrélation entre « ATD » et « APCEpat »). Les hypothèses ci-dessus sont par conséquent infirmées.

CORRELATIONS ENTRE LES « ATD » ET LES FACTEURS ENDOGENES	
ATD/Facteur endogène	Coefficient de Spearman p-value
ATD/APCEgen (-)	-0,04 .49 (ns)
ATD/APCEpat (-)	-0,06 .35 (ns)

Synthèse et hiérarchisation des corrélations entre ATD et facteurs endogènes

La perception d'ATD est corrélée positivement plus particulièrement avec le genre professionnel biomédical (coefficient de 0,41), un peu moins avec le genre professionnel social (coefficient de 0,29).

SYNTHESE DES CORRELATIONS ENTRE LES ATD ET LES FACTEURS ENDOGENES		
Nature des facteurs endogènes	ATD/Facteur endogène	Coefficient de Spearman p-value
Genre professionnel	ATD /BIO	0,43 <.001***
	ATD/SOC	0,29 <.001***
Apprenance	ATD/APCEgen (-)	-0,04 .49 (ns)
	ATD/APCEpat (-)	-0,06 .35 (ns)
Vécu professionnel difficile	ATD/SentReco (-)	-0,05 .46(ns)
	ATD/SEPpat (-)	-0,02 .98 (ns)

Tableau 17 : Synthèse des corrélations entre les ATD et les facteurs endogènes calculées avec le coefficient de Spearman et p-value associées

Relations entre la perception d'ATD et les facteurs énoncés

Sont mises en évidence ici une corrélation entre la perception d'ATD et la déliance ainsi qu'une relation de corrélation entre la variable « apprentissage dans une interaction formelle » et la perception d'ATD.

Corrélation entre la perception d'ATD et la déliance

Concernant les liens entre les ATD et les facteurs énoncés, nous avons posé l'hypothèse H2a' : Il existe une corrélation entre la déliance et une perception d'ATD auprès des patients. Le cercle des corrélations montre une corrélation positive entre les ATD et le « versant négatif » de la variable « reliance », la déliance. Le coefficient de corrélation entre ATD et reliance étant de -0,38, alors celui des ATD et de la déliance est de 0,38.

CORRELATIONS ENTRE LES « ATD » ET LES FACTEURS ENACTIFS	
ATD/Facteur éactif	Coefficient de Spearman p-value
ATD/DLCE	0,37 <.001***

Corrélation entre la perception d'ATD et la responsabilisation du patient

La décomposition de la variable « vécu difficile », précédemment évoquée, nous a permis de préciser et de réduire l'hypothèse à : Il existe une influence de la responsabilisation du patient sur la perception d'ATD. Ce travail de réorganisation d'une variable initiale peu opérante, nous a conduit, à reconnaître, dans la responsabilisation du patient, un comportement issu d'un vécu, et non un vécu. Par conséquent, cette nouvelle variable sera désormais considérée comme un facteur éactif. Dans le cercle des corrélations, les variables « ATD » et « RespPat » apparaissent corrélées positivement, constat confirmé par un coefficient de Spearman de 0,5 qui nous permet de confirmer la première hypothèse.

CORRELATIONS ENTRE LES « ATD » ET LES FACTEURS ENACTIFS	
ATD/Facteur éactif	Coefficient de Spearman p-value
ATD/RespPat	0,51 <.001***

Corrélation négative entre la perception d'ATD et l'« apprentissage dans une interaction formelle »

Nous nous attendions à une corrélation positive entre la variable « apprentissage dans une interaction formelle » et les ATD comme l'indique l'hypothèse H2b' : Il existe un lien réciproque entre un apprentissage dans une interaction formelle et des ATD. Or une corrélation négative est apparue entre celles-ci, ce qui signifie que plus l'apprentissage dans une interaction formelle augmente, plus la perception d'ATD diminue. En conclusion, il existe une corrélation positive entre les ATD et la déliance et une corrélation négative entre les ATD et les apprentissages dans une interaction formelle.

CORRELATIONS ENTRE LES « ATD » ET LES FACTEURS ENACTIFS	
ATD/Facteur éactif	Coefficient de Spearman p-value
ATD/APIntForm (-)	-0,24 <.001***

Synthèse et hiérarchisation des corrélations entre ATD et facteurs éactifs.

SYNTHESE DES CORRELATIONS ENTRE LES « ATD » ET LES FACTEURS ENACTIFS	
ATD/Facteur éactif	Coefficient de Spearman p-value
ATD/RespPat	0,51 <.001***
ATD/DLCE	0,37 <.001***
ATD/APIntForm (-)	-0,24 <.001***

Tableau 18 : Synthèse des corrélations entre les ATD et les facteurs éactifs calculées avec le coefficient de Spearman et p-value associées

*Emergence de corrélations entre la déliance et les facteurs endogènes*¹³²

Dans le cercle des corrélations, apparaît une proximité entre la déliance et les genres professionnels biomédical et social. Si les coefficients de Spearman montrent une corrélation négative entre reliance et genres professionnels biomédical et social (respectivement -0,35 et -0,24) alors il existe une corrélation positive inverse, entre la déliance et ces genres professionnels.

CORRELATIONS ENTRE LES FACTEURS ENACTIFS ET ENDOGENES	
Déliance/Facteur endogène	Coefficients de Spearman p-value
DLCE/BIO	0,35 <.001***
DLCE/SOC	0,24 <.001***

Par ailleurs, il existe une corrélation entre la déliance et une faible apprenance auprès des patients et entre la déliance et une faible apprenance « en général » d'après le cercle des corrélations, confirmée par les coefficients de Spearman (respectivement -0,27 et -0,21).

CORRELATIONS ENTRE LES FACTEURS ENACTIFS ET ENDOGENES	
Déliance/Facteur endogène	Coefficients de Spearman p-value
DLCE/APCEpat (-)	-0,27 <.001***
DLCE/APCEgen (-)	-0,21 <.001***

La déliance est associée à un SEP dans l'accompagnement des patients et un sentiment de reconnaissance faibles, éléments d'un vécu plutôt difficile. Cependant elle est associée à un vécu agréable de consonance cognitive (DisCogn-). Cette corrélation, bien que faible, laisse entrevoir la possibilité de l'existence d'un comportement de déliance, n'entrant pas en contradiction avec les convictions des individus et ne créant aucun inconfort psychologique (Vaidis, 2007, p.12) ou, en d'autres termes, d'une déliance possiblement assumée et bien vécue.

CORRELATIONS ENTRE LES FACTEURS ENACTIFS ET ENDOGENES	
Déliance/Facteur endogène	Coefficients de Spearman p-value
DLCE/SEPpat (-)	-0,25 <.001***
DLCE/SentReco (-)	-0,19 .002**
DLCE/DisCogn (-)	-0,19 .001**

Synthèse et hiérarchisation des corrélations entre la déliance et les facteurs énaectifs

En résumé, la corrélation la plus forte établie est celle existante entre la déliance et le genre professionnel biomédical (0,35). Viennent ensuite des corrélations un peu plus faibles néanmoins considérées comme significatives comme l'indique les p-value.

SYNTHESE DES CORRELATIONS ENTRE LES FACTEURS ENACTIFS ET ENDOGENES	
Déliance/Facteur endogène	Coefficients de Spearman p-value
DLCE/BIO	0,35 <.001***
DLCE/APCEpat (-)	-0,27 <.001***
DLCE/SEPpat (-)	-0,25 <.001***

¹³² Les corrélations entre l'« apprentissage dans une interaction formelle » et les facteurs endogènes étant très faibles, nous n'avons pas retenu cette variable dans notre régime final et avons inséré nos calculs de vérification dans les annexes, page 49.

DLCE/SOC	0,24 <.001***
DLCE/APCEgen (-)	-0,21 <.001***
DLCE/SentReco (-)	-0,19 .002**
DLCE/DisCogn (-)	-0,19 .001**

Tableau 19 : Synthèse des corrélations entre les facteurs éactifs et les facteurs endogènes calculées avec le coefficient de Spearman et p-value associées

12.1.2.3 Représentation du régime de perceptions d'ATD partiellement confirmé et incrémenté

Nous représentons, ci-dessous, le régime de perceptions d'ATD avec ses corrélations, confirmées et établies par l'ACP et les calculs des coefficients de Spearman dans le méta-cadre théorique de Carré (2020). Là encore, nous avons conservé uniquement les corrélations positives les plus élevées pour les trois types de relations, en même temps, c'est-à-dire à la fois entre les ATD et les facteurs endogènes, les ATD et les facteurs éactifs et les facteurs endogènes et éactifs. Ces corrélations sont comprises entre 0,5 et 0,3.

Nous notons par ailleurs qu'un autre régime est apparu, autour de la déliance, que nous ne représenterons pas ici afin de ne pas « surcharger » notre propos. Enfin, les corrélations établies autour de la variable « Apprentissage dans une interaction formelle », ne nous semblent pas significatives au point de parler de régime.

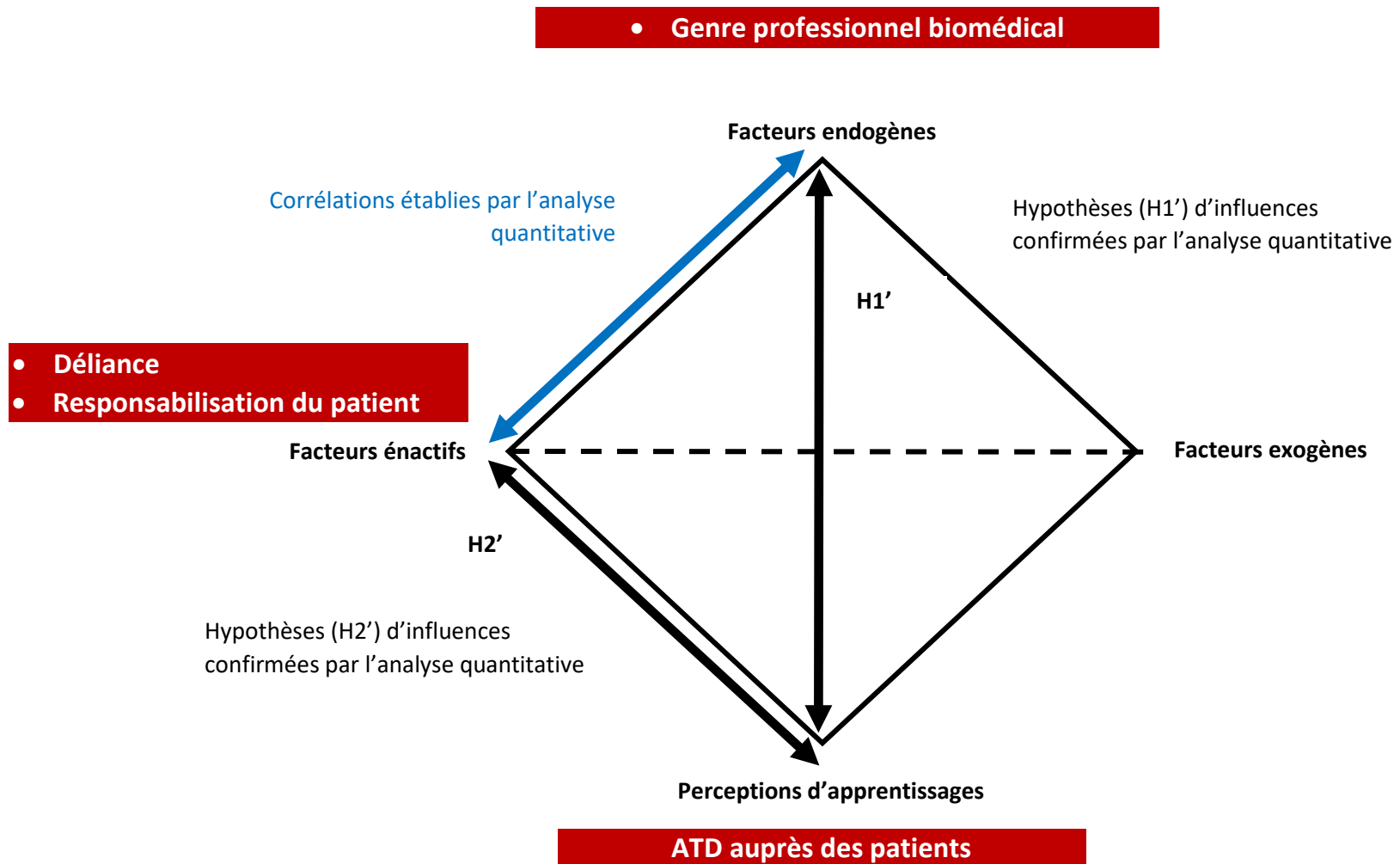


Figure 65 : Régime d'ATD confirmé et incrémenté d'après le méta-cadre théorique de Carré (2020)

12.2 Vers l'émergence de profils d'infirmiers

Au-delà des réponses apportées à nos hypothèses, l'analyse globale des organisations des flèches vectorielles dans les cercles des corrélations nous permet d'aller plus loin et de mettre en évidence des profils d'infirmiers en psychiatrie. A la suite de Glaser and Strauss, nous pensons que les données quantitatives « recèlent une grande potentialité de production théorique » (Glaser & Strauss, 2017, p. 306) et que « [...] les tableaux croisés des variables quantitatives conduisent continuellement à la découverte de nouveaux modèles sociaux et de nouvelles hypothèses, souvent ignorés parce qu'ils ne constituent pas l'objectif de la recherche » (Glaser & Strauss, 2017, p. 307). Dans le cadre de notre étude, ce sont les graphiques issus de l'ACP (plus que les tableaux de vérification) qui font apparaître de nouveaux modèles. Nous caractériserons ici les profils d'infirmiers à l'aide des variables quantitatives.

12.2.1 Caractérisation de profils d'infirmiers d'après les variables quantitatives

Afin de caractériser les profils d'infirmier en psychiatrie, nous interpréterons les axes 1 (des abscisses) et 2 (des ordonnées) du cercle des corrélations, lesquels constituent la synthèse des variables quantitatives les plus corrélées, puis nous définirons des profils à partir de ces interprétations et des variables quantitatives les plus représentatives. Afin d'affiner notre analyse, nous ferons apparaître, dans le cercle des corrélations, la variable « reliance » décomposée en plusieurs flèches, la plupart représentant les moyennes des items des différentes dimensions de la reliance et désignées par « RLCE... » et deux d'entre elles, un seul item « PostureSS » (qui renvoie à une posture soignant-soigné) et l'autre, « PostureHH » (qui renvoie à une posture humain-humain).

12.2.1.1 Interprétation des axes 1 et 2 du cercle des corrélations

« Comme les composantes principales synthétisent les variables initiales, on a l'habitude de les interpréter, c'est-à-dire à chercher à quelle notion elles correspondent » (Rangeon & Turck, 2021). Pour ce faire, on peut mettre en relation les vecteurs avec les axes, par la projection des premiers sur les seconds. On obtient ainsi les longueurs de projection des vecteurs sur les axes, lesquelles nous permettent d'évaluer le degré de contribution des premiers aux seconds. Plus les longueurs de projections seront proches de 1, plus les contributions des vecteurs aux axes seront considérées comme fortes.

L'axe de la relation intersubjective

Les variables les plus « contributives » à l'axe 1 sont : les ATCE auprès des patients, avec une corrélation d'environ 0,7; le genre professionnel psychologique, avec une corrélation d'environ 0,65 ; l'apprenance auprès des patients, avec une corrélation d'environ 0,6 ; la dimension de la reliance au patient « expansion du patient » (« RLCEexp ») avec une corrélation d'environ 0,62 ; la dimension de la reliance au patient « subjectivation du patient » (« RLCEsubjec ») avec une corrélation d'environ 0,6 ; l'apprentissage dans le cadre d'une relation empathique avec une corrélation positive d'environ 0,6. Les variables les moins « contributives » sont par ailleurs : l'apprenance « en général » avec une corrélation d'environ 0,55 ; le SEP dans l'accompagnement des patients, avec une corrélation d'environ 0,45 ; la

dimension de la reliance au patient « compréhension objective du patient » (« RLCEcompObj ») avec une corrélation d'environ 0,45; la posture humain à humain avec une corrélation positive d'environ 0,35. L'axe de la relation, dans sa partie droite, de 0 à 1 renvoie ainsi, selon nous, à une relation « fortement intersubjective » avec le patient, dans sa partie gauche, de 0 à -1, à une relation « faiblement intersubjective ».

L'axe du genre biomédical et de la défense contre le patient

L'axe 2 renvoie au genre professionnel biomédical et à une attitude de défense de l'infirmier contre le patient. Les variables les plus corrélées et représentatives de l'axe 2 sont : le genre professionnel biomédical, avec une corrélation d'environ 0,77 ; le genre professionnel social, avec une corrélation d'environ 0,65 ; les ATD, avec une corrélation d'environ 0,65. Les variables les moins « contributives » sont : la responsabilisation des patients avec une corrélation d'environ 0,55 et la variable « apprentissage dans une interaction formelle » qui présente une corrélation négative d'environ -0,45 avec cet axe. L'axe 2, dans sa partie haute, de 0 à 1, renvoie à un genre professionnel biomédical et à une défense de l'infirmier contre le patient, fortement marqués, alors que dans sa partie basse, de 0 à -1, il renvoie aux valeurs les plus faibles de ces caractéristiques.

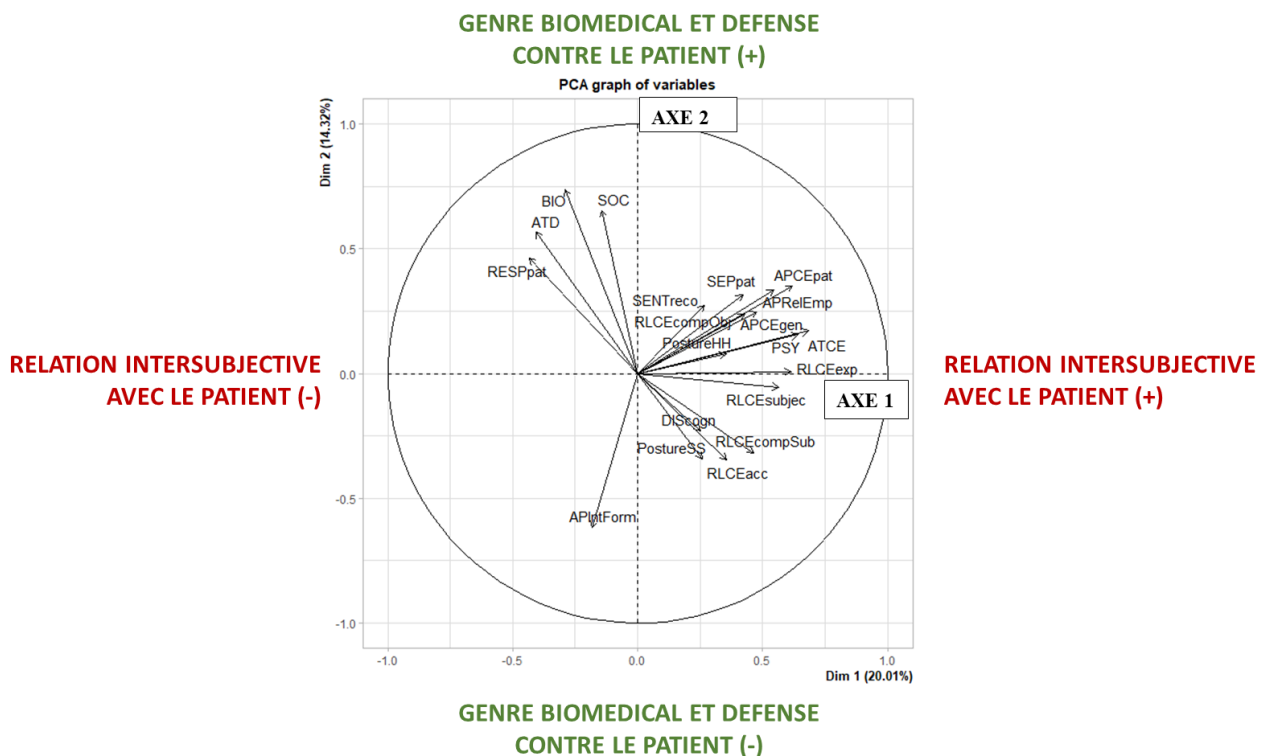


Figure 66 : Interprétation des axes 1 et 2 du cercle des corrélations

12.2.1.2 Définitions des profils

Pour la définition des profils nous nous appuyerons sur l'interprétation des axes et les variables quantitatives les plus représentatives du cercle des corrélations. Nous décrirons quatre profils: les « déliants biomédicaux défensifs », les « désengagés », les « apprenants

de/par la relation », les « reliants ».

Les « déliants biomédicaux défensifs »

Les « déliants biomédicaux défensifs » se situent dans le quadrant en haut à gauche et sont associés à la variable quantitative déliance (si l'on prolonge « mentalement » les flèches correspondant à la reliance « RLCE » jusque dans le quadrant opposé, on fait apparaître le versant négatif de la reliance, soit la déliance). Cette caractéristique est renforcée par leur association au versant négatif de l'axe 1, à savoir une relation « faiblement intersubjective » avec les patients. Ils sont par ailleurs, définis par l'axe 2 et sa variable la plus représentative, le genre professionnel biomédical et dans une moindre mesure, par le genre social. Par ailleurs, les répondants se situant dans ce quadrant, sont ceux ayant déclaré le plus d'ATD. La dimension défensive est renforcée selon nous, par la variable responsabilisation des patients « RESPat » (bien que moins bien représentée sur le plan factoriel). Aussi proposons-nous de nommer ce profil « déliant biomédical défensif », en lien avec les trois caractéristiques nous étant apparues comme les plus saillantes.

Les « désengagés »

Les « désengagés » se trouvent dans le quadrant en bas à gauche et sont associés à un apprentissage « dans une interaction formelle » et à une relation faible avec le patient, en lien avec le versant négatif de l'axe 1. Les infirmiers, ici, ont déclaré de plus faibles apprenances (auprès des patients ou « en général ») que les autres répondants, témoignant ainsi d'une proactivité plutôt faible dans l'acte d'apprendre. Enfin, dans ce quadrant, on trouve également des infirmiers ayant un faible SEP dans l'accompagnement des patients. Le sentiment de reconnaissance, étant mal représenté sur ce plan factoriel (flèche courte) nous l'écartons de notre interprétation. Enfin, les « désengagés », en termes de genre professionnel, ne sont ni « biomédicaux », ni « sociaux », en lien avec le versant négatif de l'axe 2, ni « psycho », en lien avec le versant négatif de l'axe 1 (faible relation avec le patient). Aussi, ce profil évoque-t-il pour nous, un retrait, voire un désengagement, et plus spécifiquement, un désengagement de la relation intersubjective avec le patient.

Les « apprenants de/par la relation »

Les personnes situées dans le quadrant du cercle, en haut à droite pourraient être qualifiées d'« apprenantes de et par la relation ». Elles sont associées, en effet, à une apprenance élevée auprès des patients, des apprentissages dans une relation empathique et déclarent des ATCE, apprentissages de la relation avec le patient. Elles se définissent également par des genres professionnels mêlant, dans des mesures variées, les dimensions biopsychosociale du soin puisqu'elles sont associées à l'axe 2 et au pouvoir biomédical et social mais aussi à la variable du genre psychologique, au cœur duquel, se trouve la relation avec le patient. Bien que cette variable apparaisse comme moins représentative de ce profil, nous retenons tout de même que le SEP dans l'accompagnement des patients serait plus fort chez les représentants de ce profil. Nous écartons enfin, de nouveau, le sentiment de reconnaissance dans le travail, mal représenté sur le plan factoriel. Nous notons enfin que ce profil est associé à deux dimensions de la reliance, telle que définie dans notre analyse : « l'expansion du patient » qui correspond à une activité de représentation holistique du patient et, dans une moindre mesure à « la

compréhension objective du patient ».

Les « *reliants* »

Enfin, le trait saillant des individus situés dans le quadrant en bas à droite est la reliance dans toutes ses dimensions à l'exception de la « compréhension objective » (« RLCEcompObj»), présente dans le quadrant des « apprenants de/par la relation ». Ces dimensions de la reliance sont : l'accueil inconditionnel du patient (« RLCEacc »), l'expansion du patient (« RLCEexp »), la facilitation d'intersubjectivité (« RLCEsubjec »), le travail de compréhension subjective du patient (« RLCEcompSub»). Les individus de ce quadrant sont associés également à l'axe 1 et à une relation « forte » avec le patient, et à l'axe 2, dans son versant négatif et pourraient donc être qualifiés, du point de vue des genres professionnels comme non « biomédicaux » et « non sociaux ». Les variables « Dissonance cognitive » et « Posture soignant-soigné » sont écartées de l'interprétation car mal représentées sur le plan factoriel (flèches courtes). Au vu des caractéristiques saillantes de ce profil, nous qualifierons ce profil de « *reliant* ».

En conclusion, nous représentons ci-dessous le cercle des corrélations et les profils d'infirmiers en psychiatrie correspondant :

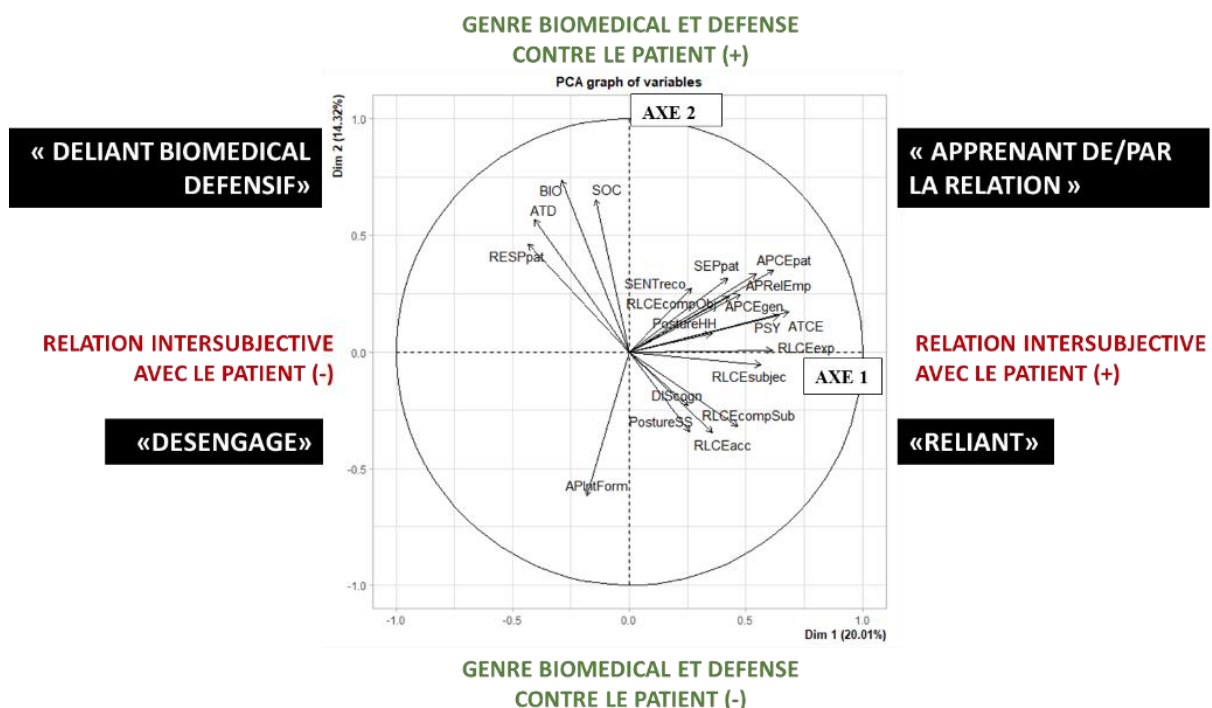


Figure 67 : Mise en relation du cercle des corrélations et des profils d'infirmiers en psychiatrie

12.3 Régimes d'apprentissage et profils d'infirmiers mis en relation avec les variables qualitatives (sociodémographiques)

La superposition « mentale », dans le cercle des corrélations, des régimes d'ATCE et d'ATD et des différents profils permet de mettre en exergue, d'une part, la relation entre le régime d'ATCE et les profils « Apprenants de/par la relation » et « Reliants », d'autre part, la relation

entre le régime d'ATD et le profil « Déliant biomédical défensif ». Aussi, nous chercherons-nous, dans cette partie, à savoir quelles sont les caractéristiques sociodémographiques associées à la fois, aux régimes et profils identifiés. Après avoir sélectionné les données sociodémographiques les plus discriminantes avec l'ACP, nous effectuerons le rapprochement entre ces dernières et chacun des profils et régimes d'infirmiers.

12.3.1 Sélection des données sociodémographiques les plus discriminantes avec l'ACP

Nous avons tout d'abord observé les 19 graphiques ci-dessous, représentant chacun, les 254 répondants au questionnaire distingués par des ellipses de confiance, en fonction des différentes variables sociodémographiques (sexe, tutorat, diplôme etc.). Ensuite, nous avons sélectionné les graphiques montrant les groupes d'individus les plus distincts (signalés par des ellipses séparées ou se recoupant légèrement). Enfin, pour plus de lisibilité, nous avons choisi de rendre les individus « invisibles » sur les graphiques présentés plus loin. Les données sociodémographiques les plus discriminantes sont :

- pour la formation initiale et continue : la période d'obtention du diplôme, la nature du diplôme obtenu, la possession d'un diplôme autre, le suivi ou non d'une formation en psychiatrie, en plus de la formation d'infirmier ;
- pour l'expérience professionnelle : la durée moyenne de l'expérience en psychiatrie, la durée moyenne de l'expérience en psychiatrie en intrahospitalier par rapport à la durée moyenne de l'expérience en extrahospitalier, une expérience ou non d'animations d'ateliers d'ETP, la fréquentation d'un seul ou plusieurs établissements de santé ;
- pour le lieu d'exercice au moment de l'enquête : en intra ou extrahospitalier, l'établissement spécialisé ou « généraliste » ;
- pour les caractéristiques personnelles : l'âge, l'expérience personnelle ou non de la maladie chronique, le sexe.

Nous n'avons pas retenu les variables « régions », « établissements de santé », « ancienneté dans le service », « expérience aigüe chronique » et « tutorat », car ne permettant pas de distinguer des groupes d'individus.

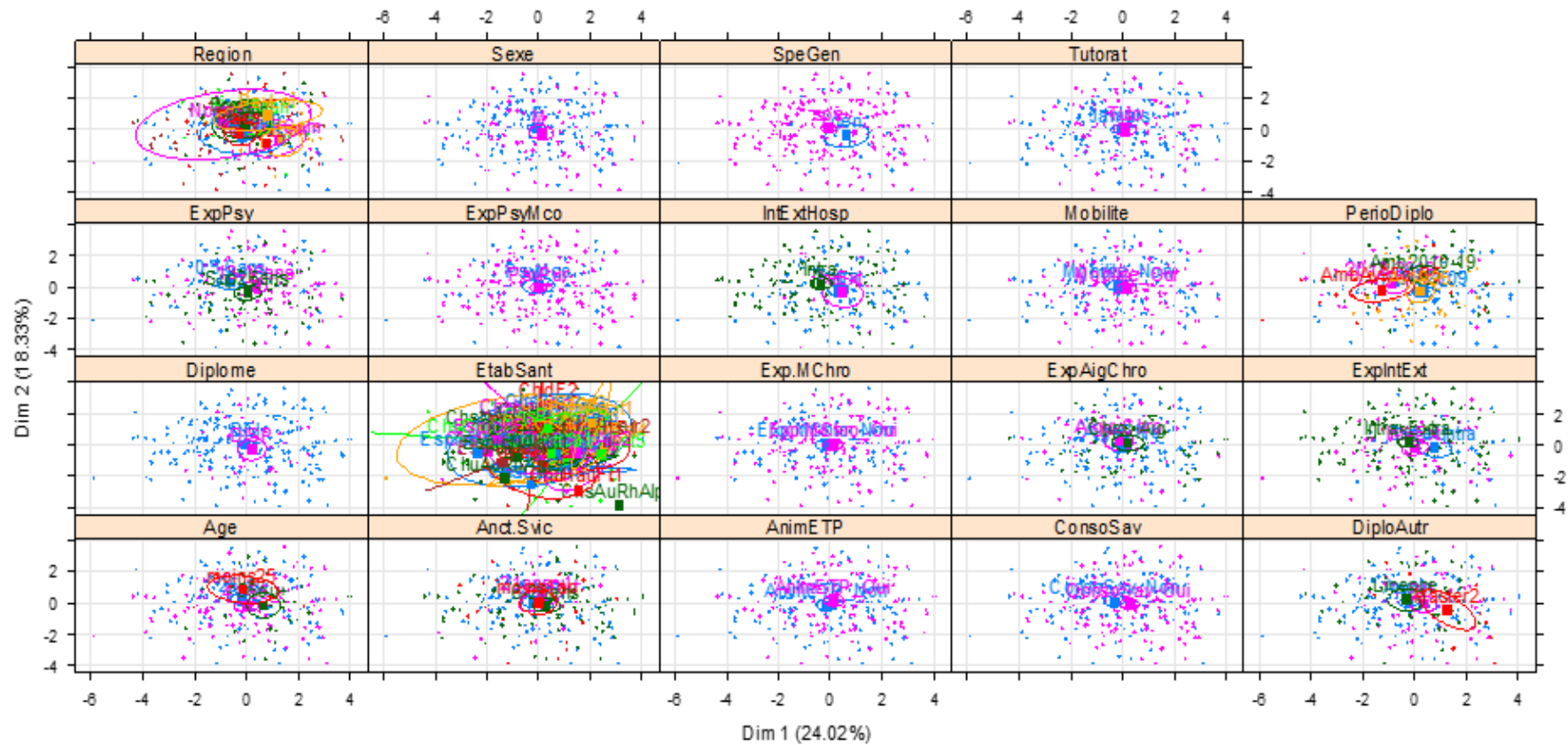


Figure 68 : Synthèse des ellipses de confiance autour de groupes d'individus en fonction de variables sociodémographiques ¹³³

¹³³ L'étiquette « ConSav » fait référence à toute formation en psychiatrie en plus de la formation d'infirmier et non pas uniquement à la formation de consolidation des savoirs.

12.3.2 Rapprochement des données sociodémographiques avec les profils d'infirmiers et les régimes d'apprentissage

C'est par un travail de superposition « mentale » du cercle des corrélations et des ellipses de confiance que nous réalisons le rapprochement entre les données sociodémographiques et les profils d'infirmiers mais aussi, entre les données sociodémographiques et les régimes d'apprentissage décrits précédemment. Pour faciliter la lecture de figures de cette partie, nous matérialisons cette superposition mentale par des « étiquettes » de profils et de régimes.

12.3.2.1 Des profils et des régimes d'apprentissage distingués par la formation initiale et continue

Nous mettrons ici en relation les profils et régimes avec les variables suivantes : la période d'obtention du diplôme, la nature du diplôme obtenu, la possession d'un diplôme autre, le suivi ou non d'une formation en psychiatrie, en plus de la formation d'infirmier.

Des profils et régimes d'apprentissage distingués par la période d'obtention du diplôme

Nous avons procédé, exceptionnellement, pour cette variable sociodémographique à une analyse sur 188 individus.¹³⁴ On retrouve les déliants biomédicaux défensifs surtout parmi les diplômés entre 2012 et 2019. Les désengagés se retrouvent également surtout dans cette catégorie de diplômés. Les apprenants de/par la relation et les reliants sont principalement des infirmiers diplômés entre 1996 et 2009 et avant 1995¹³⁵. Par ailleurs, le régime d'ATD se retrouve surtout chez les diplômés entre 2012 et 2019 et le régime d'ATCE chez des infirmiers diplômés entre 1996 et 2009 et avant 1995. Soulignons enfin que la différence peut être qualifiée de significative au vu de la séparation nette des ellipses des diplômés entre 2012 et 2019 et celles des diplômés entre 1996 et 2009 et avant 1995.

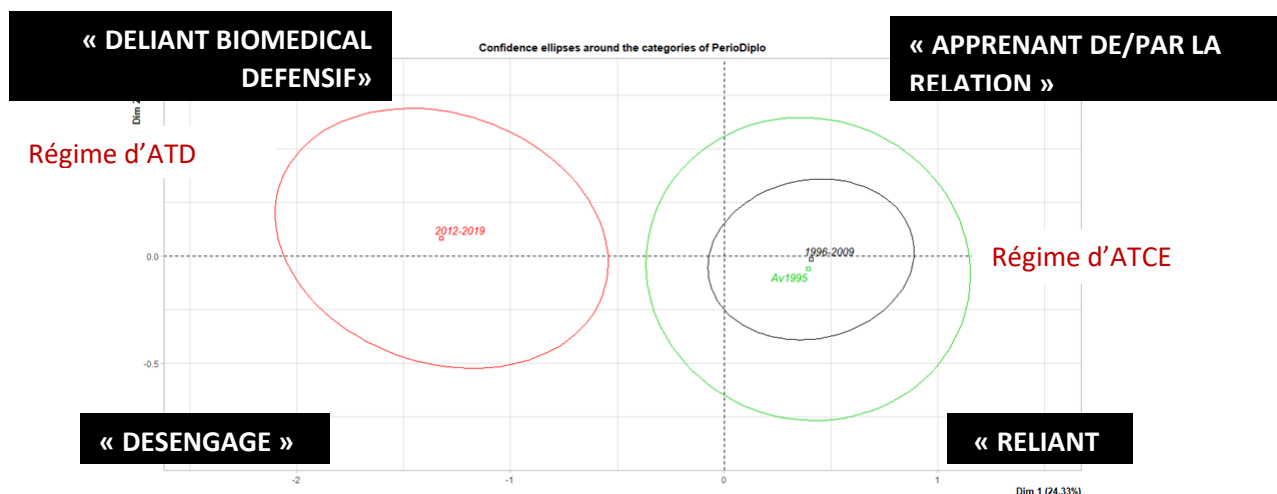


Figure 69 : Ellipses de confiance distinguant des groupes d'individus en fonction des périodes d'obtention du diplôme et rapprochements avec les profils d'infirmiers et les régimes d'apprentissage

¹³⁴ Cette réduction du nombre de répondants (188/254) est liée à une erreur dans notre questionnaire concernant les diplômes, que nous avons mentionnée précédemment.

¹³⁵ Et donc titulaires d'un DISP puisque les diplômés de notre échantillon titulaires d'un DEI obtenu avant 1995 ont été écartés ici, suite à l'erreur commise.

Des profils et régimes d'apprentissage distingués par la nature du diplôme obtenu

Les infirmiers titulaires d'un DEI apparaissent par ailleurs plutôt associés à des profils déliants biomédicaux défensifs et désengagés alors que les titulaires d'un DISP sont associés de façon franche à des profils reliants voire apprenants de/par la relation. Le DISP, pour rappel est le diplôme des infirmiers de secteur psychiatrique, un diplôme spécifique obtenu avant 1995 alors que le DEI est un diplôme d'infirmier général (il concerne aussi bien les infirmiers diplômés après 1992, que les titulaires d'un diplôme obtenu avant 1995). Le régime d'ATD se retrouve surtout chez les titulaires d'un DEI et le régime d'ATCE chez les titulaires d'un DISP.

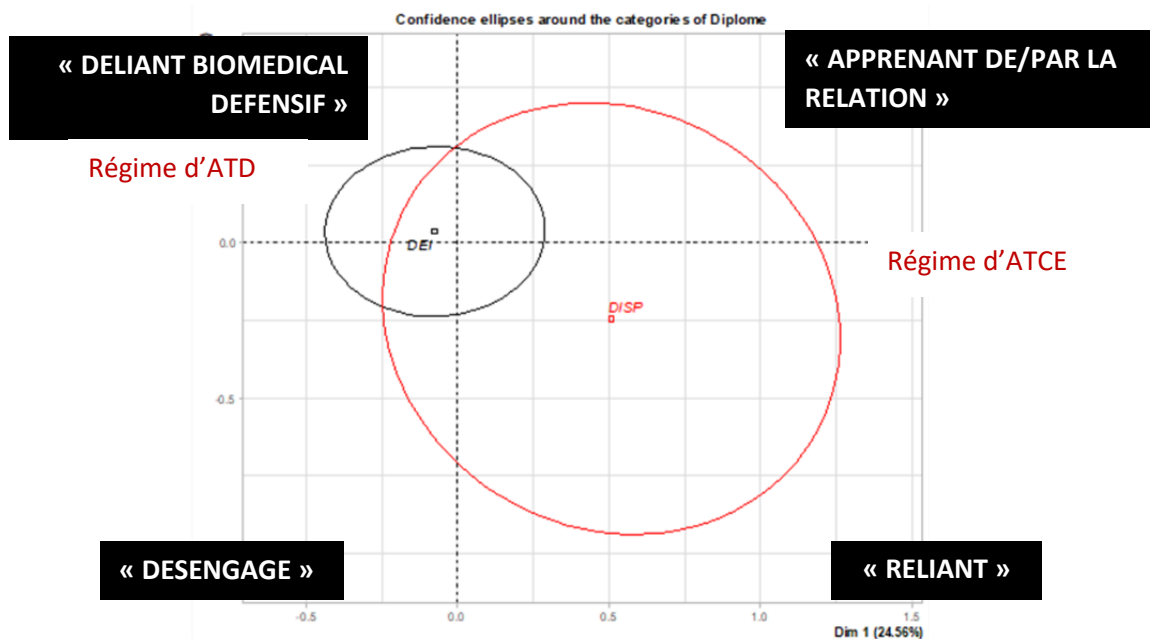


Figure 70 : Ellipses de confiance distinguant des groupes d'individus en fonction des diplômes (DEI ou DISP) et rapprochements avec les profils d'infirmiers et les régimes d'apprentissage

Des profils et régimes d'apprentissage distingués par la possession d'un diplôme autre

Par ailleurs, il apparaît que les individus titulaires d'un diplôme d'un niveau supérieur à celui d'infirmier (bac + 3 soit une licence), en l'occurrence ici un Master 2 (ellipse bleue), ont des profils d'apprenants de/par la relation et de reliants. Les personnes titulaires d'un Diplôme Universitaire (DU) (ellipse rouge), diplôme venant en plus du diplôme d'infirmier, se retrouvent également dans ces profils. En revanche les personnes ne déclarant aucun autre diplôme que celui d'infirmier (ellipse noire), et celles déclarant posséder une licence (ellipse verte) en plus du diplôme d'infirmier sont plutôt associées à des profils déliants.

Enfin, le régime d'ATD se retrouve surtout chez les titulaires d'une licence et les infirmiers sans autre diplôme et le régime d'ATCE chez les titulaires d'un Master 2 et d'un DU.

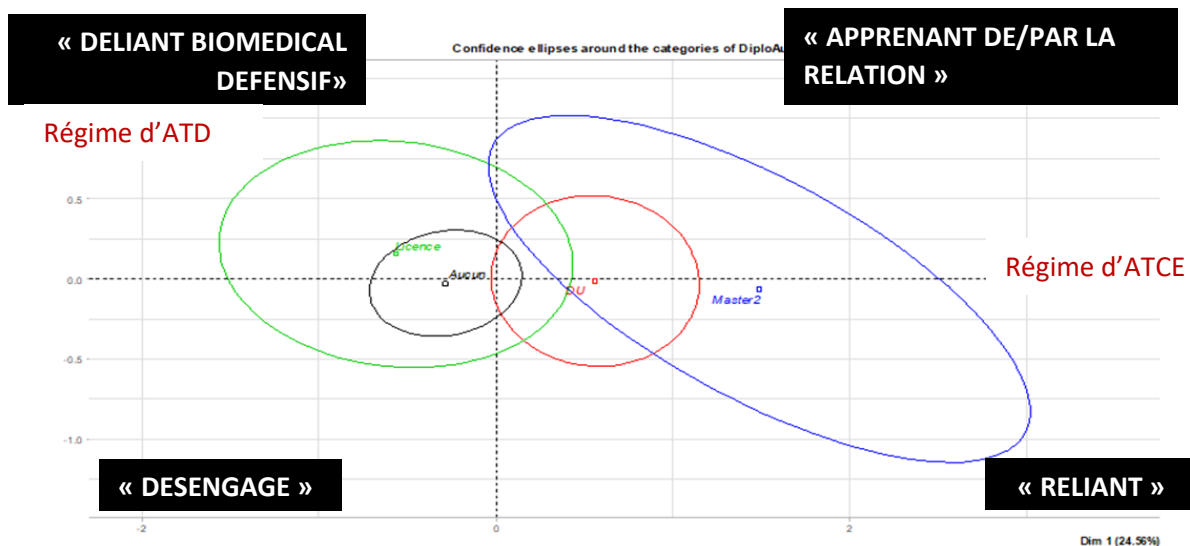


Figure 71 : Ellipses de confiance distinguant des groupes d'individus en fonction des diplômes obtenus autres que ceux d'infirmier et rapprochements avec les profils d'infirmiers et les régimes d'apprentissage

Des profils et régimes d'apprentissage distingués par une formation en psychiatrie, en plus de la formation d'infirmier

Les déliants biomédicaux défensifs se caractérisent par l'absence de suivi d'une formation en psychiatrie (de type consolidation des savoirs ou autre¹³⁶), en plus de la formation d'infirmier. Il en est de même pour les « désengagés ». A l'opposé, les infirmiers ayant suivi cette formation complémentaire sont associés à des profils d'apprenants de/par la relation et de reliants.

Enfin, le régime d'ATCE se retrouve surtout chez les infirmiers ayant suivi une formation de consolidation des savoirs alors que le régime d'ATD est prégnant chez les infirmiers n'ayant pas suivi cette formation.

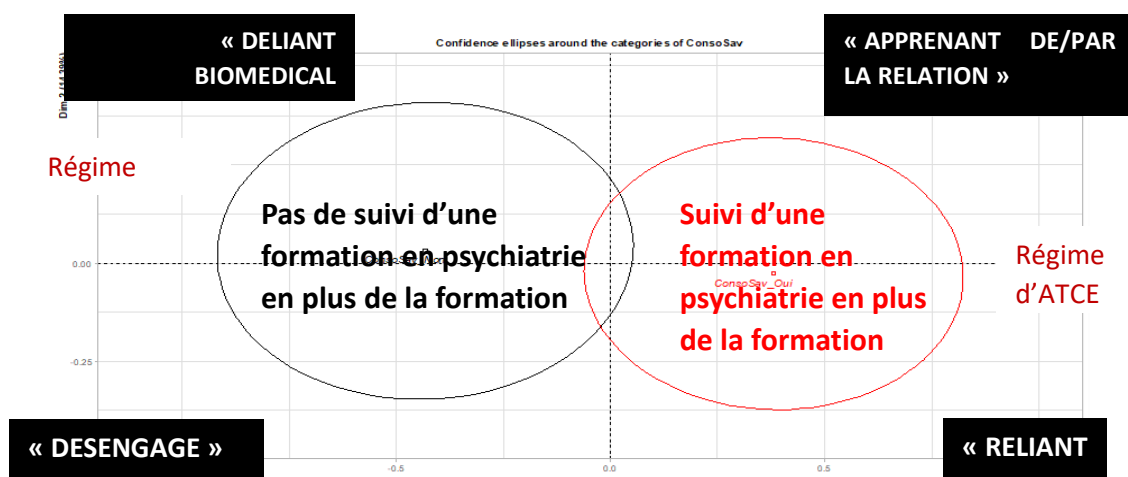


Figure 72 : Ellipses de confiance distinguant des groupes d'individus en fonction des formations suivies en psychiatrie en plus de la formation d'infirmier et rapprochements avec les profils d'infirmiers et les régimes d'apprentissage

¹³⁶ Cette formation peut être d'une durée variée et être sanctionnée ou pas par un diplôme.

12.3.2.2 Des profils et des régimes d'apprentissage distingués par la durée moyenne et la nature de l'expérience professionnelle

Nous mettrons ici en relation les profils et régimes avec les variables suivantes : la durée moyenne de l'expérience en psychiatrie, la durée moyenne de l'expérience en psychiatrie en intrahospitalier par rapport à la durée moyenne de l'expérience en extrahospitalier, une expérience ou non d'animations d'ateliers d'ETP, la fréquentation d'un seul ou plusieurs établissements, le lieu d'exercice, intra ou extrahospitalier et l'exercice dans un établissement spécialisé ou « généraliste », au moment de l'enquête.

Des profils et régimes distingués par la durée moyenne de l'expérience, en psychiatrie

Afin d'obtenir cette donnée, nous avons additionné les moyennes de durée d'expérience en intra et extrahospitalier. Si nous prenons pour référence les centres de gravité des ellipses, les déliants biomédicaux défensifs sont représentés essentiellement par les individus les moins expérimentés (durées moyennes d'expérience comprises entre 0,5 et 6 ans). Les apprenants de/par la relation se retrouvent surtout parmi les infirmiers ayant une expérience moyenne comprise entre 6 et 16 ans. Les reliants sont essentiellement présents chez les personnes les plus expérimentés, avec une expérience allant au-delà de 16 ans (durées moyennes d'expérience comprises entre 16 et 43 ans). Les désengagés peuvent être aussi bien des infirmiers très faiblement expérimentés (durée moyenne d'expérience de 0,5 ans) que des infirmiers très expérimentés (durée moyenne d'expérience de 30 ans). Nous notons par ailleurs l'existence d'une « bulle » d'infirmiers très expérimentés (33 ans d'expérience en moyenne) avec un centre de gravité sur l'axe biomédical défensif se répartissant entre les déliants biomédicaux défensifs et les apprenants de/par la relation. Enfin, le régime d'ATD est surtout le lot des infirmiers les moins expérimentés (durées d'expérience moyennes comprises entre 0,5 et 6 ans) et le régime d'ATCE, celui des plus expérimentés (au-delà d'une durée moyenne de 6 ans).

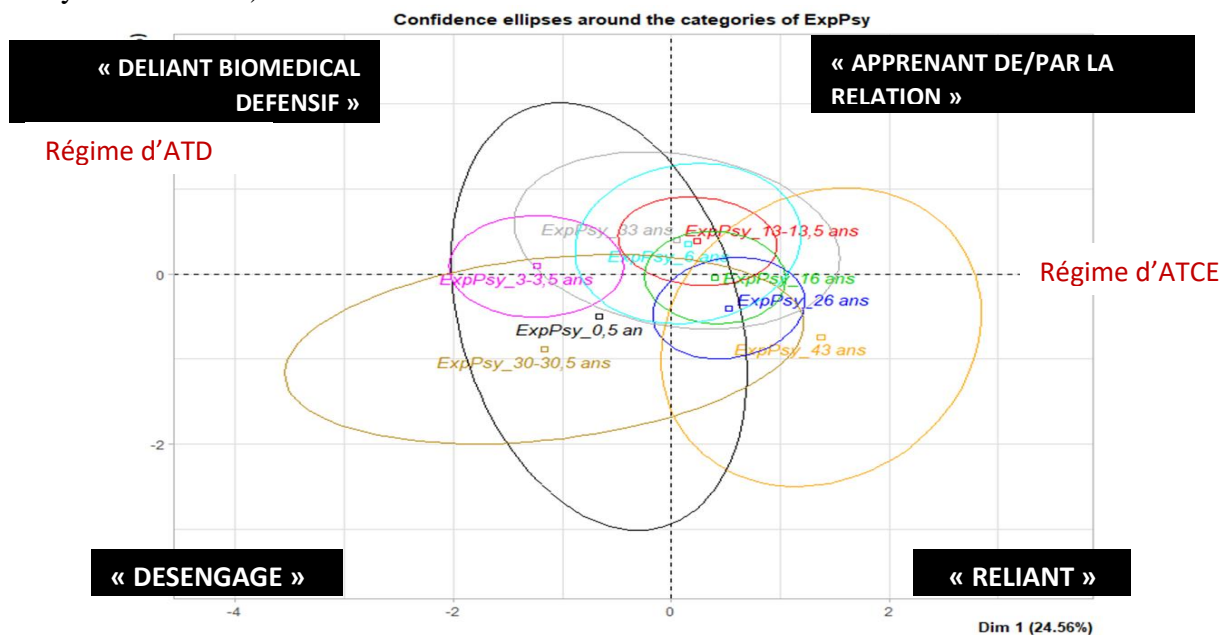


Figure 73 : Ellipses de confiance distinguant des groupes d'individus en fonction des durées moyennes d'expérience en psychiatrie et rapprochements avec les profils d'infirmiers et les régimes d'apprentissage

Des profils et régimes d'apprentissage distingués par la durée moyenne d'expérience en extrahospitalier par rapport à la durée moyenne d'expérience en intrahospitalier

Les infirmiers déclarant une durée d'expérience moyenne en intrahospitalier supérieure à la durée moyenne d'expérience en extrahospitalier (« Intra>Extra » - ellipse verte) sont associés à des profils déliants biomédicaux défensifs. A l'opposé, les infirmiers déclarant une expérience en extra supérieure à l'expérience en intra (« Extra>Itra » - ellipse noire) sont représentés à la fois par des profils d'apprenants de/par la relation et de reliants. Ces deux groupes se distinguent nettement, comme l'attestent les deux ellipses, verte et noire, faisant de ce constat un résultat significatif. Notons enfin, que les reliants sont également associés à une expérience à peu près équivalente en intra et en extra (« Intra=Extra ») et que les désengagés se retrouvent à la fois chez des infirmiers déclarant une expérience en intrahospitalier supérieure à l'expérience en extrahospitalier (« Intra>Extra » - ellipse verte) mais aussi, chez ceux déclarant une expérience à peu près équivalente en intra et en extra (« Intra=Extra »).

Enfin, le régime d'ATD est surtout présent chez les infirmiers ayant une expérience en intrahospitalier supérieure à l'expérience en extrahospitalier et le régime d'ATCE, chez les infirmiers déclarant une expérience en extra supérieure à l'expérience en intra.

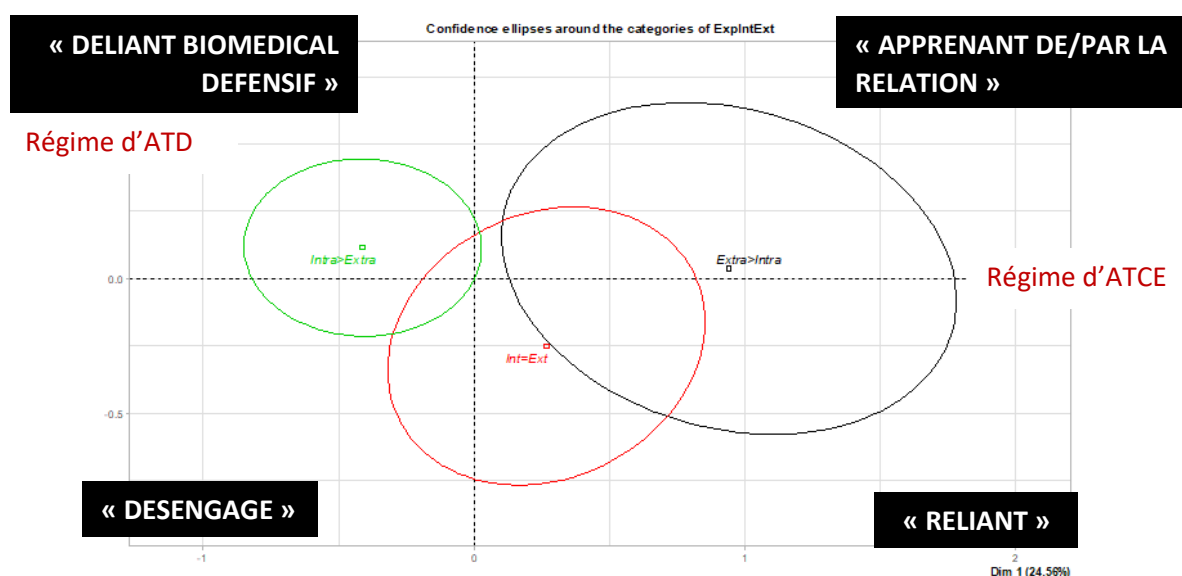


Figure 74 : Ellipses de confiance distinguant des groupes d'individus en fonction des rapports entre l'expérience en intra et extrahospitalier et rapprochements avec les profils d'infirmiers et les régimes d'apprentissage

Des profils et régimes d'apprentissage distingués par l'expérience d'animations d'ateliers d'ETP

Les personnes ayant une expérience d'animation d'ateliers thérapeutiques du patient (ETP) sont principalement des apprenants de/par la relation, alors que les personnes déclarant n'avoir jamais animé d'ateliers sont surtout représentées par les désengagés. Le régime d'ATCE est surtout présent chez les infirmiers ayant une expérience de l'animation d'ateliers d'ETP et le régime d'ATD se retrouve légèrement chez les infirmiers n'ayant pas cette expérience.

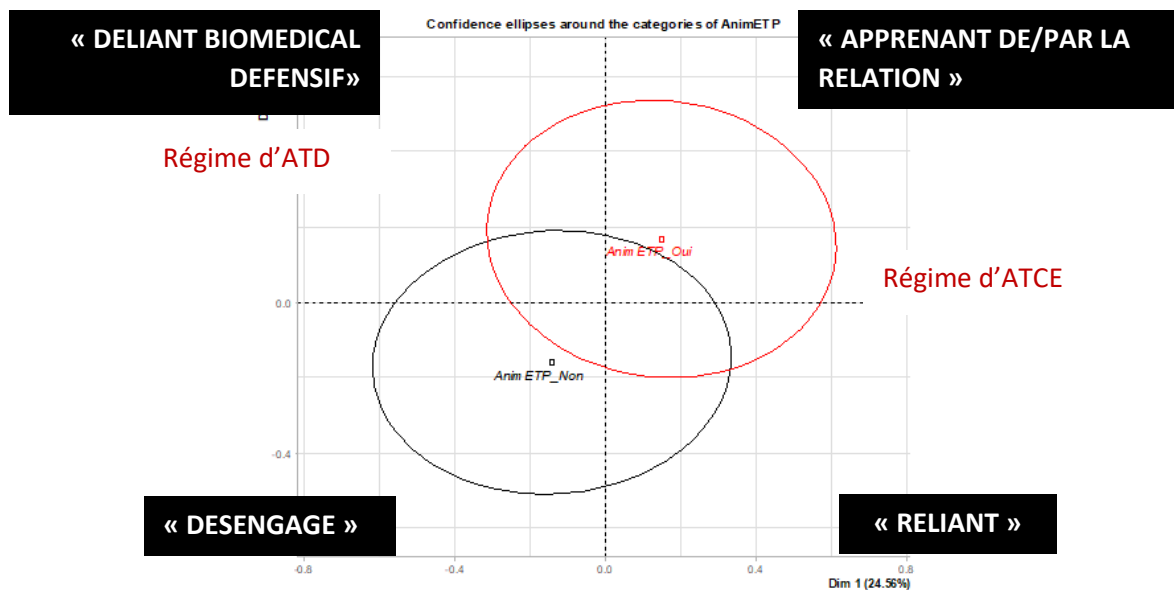


Figure 75 : Ellipses de confiance distinguant des groupes d'individus en fonction de l'existence ou non d'une expérience d'animation d'ateliers d'ETP et rapprochements avec les profils d'infirmiers et les régimes d'apprentissage

Des profils et régimes d'apprentissage distingués par la fréquentation d'un seul ou plusieurs établissement(s)

Les infirmiers n'ayant connu qu'un établissement sont représentés essentiellement par des profils déliants biomédicaux défensifs et désengagés (« Mobilité-Non », ellipse noire) alors que les individus ayant fréquenté plusieurs établissements de santé ont des profils d'apprenants de/par la relation et de reliants (« Mobilité-Oui », ellipse rouge).

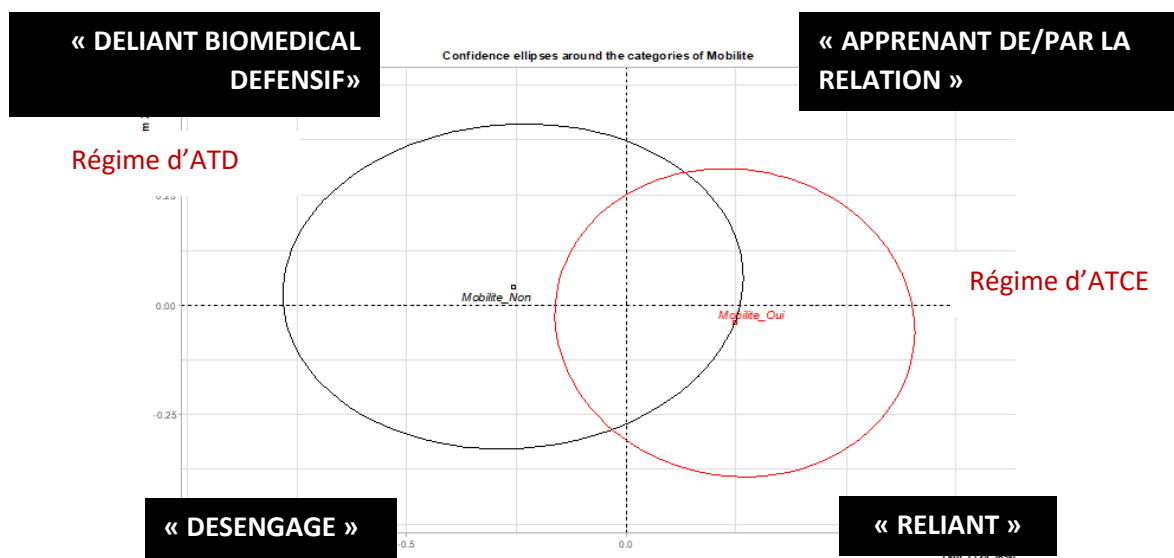


Figure 76 : Ellipses de confiance distinguant des groupes d'individus en fonction de la fréquentation d'un ou plus d'un établissement de santé et rapprochements avec les profils d'infirmiers et les régimes d'apprentissage

12.3.2.3 Des profils et des régimes d'apprentissage distingués par le lieu d'exercice au moment de l'enquête

Des profils et régimes d'apprentissages distingués par l'intra ou extrahospitalier

Les ellipses mettent également en exergue que les personnes exerçant en intrahospitalier (ellipse verte « Intra »), au moment de l'enquête, sont associées à des profils déliants biomédicaux défensifs alors que celles exerçant en extrahospitalier (ellipse noire « Extra ») sont représentées par des profils reliants et dans une mesure moindre d'apprenants de/par la relation. Les ellipses font apparaître une différence significative entre ces deux groupes.

Les infirmiers exerçant à la fois en intra et extrahospitalier sont associés à des profils plus variés mais surtout reliants et apprenants de/par la relation (ellipse rouge « IntExt »). Le régime d'ATD est surtout présent chez les infirmiers exerçant en intrahospitalier au moment de l'enquête et le régime d'ATCE, chez les infirmiers exerçant en extrahospitalier ou dans les deux.

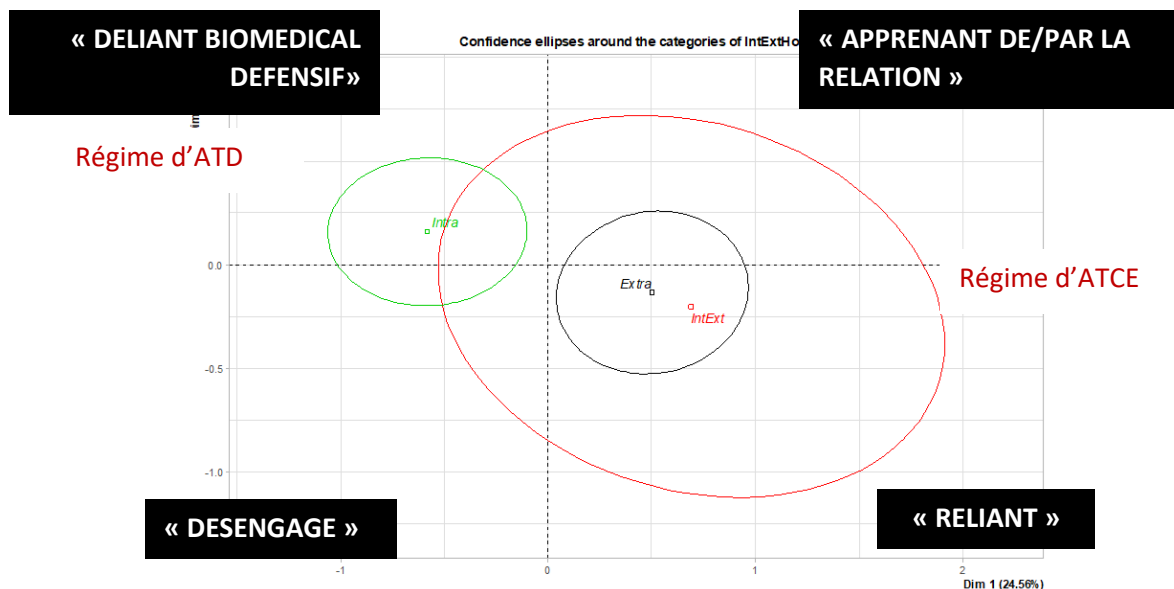


Figure 77 : Ellipses de confiance distinguant des groupes d'individus en fonction du lieu d'exercice, intra ou extrahospitalier et rapprochements avec les profils d'infirmiers et les régimes d'apprentissage

Des profils et régimes d'apprentissages distingués par l'exercice en établissement spécialisé ou « généraliste »

Les infirmiers exerçant en établissements spécialisés « spé » (CHS et Espic – ellipse rouge) sont associés à des profils déliants biomédicaux défensifs voire des profils désengagés alors que les infirmiers exerçant en établissements non spécialisés « gen » (CHU et CH – ellipse noire) sont représentés par des profils reliants et, dans une proportion moindre, par des profils apprenants de/par la relation. Le régime d'ATD est surtout présent chez les infirmiers exerçant en établissements spécialisés au moment de l'enquête et le régime d'ATCE, chez les infirmiers exerçant en établissements de soins « généraux ».

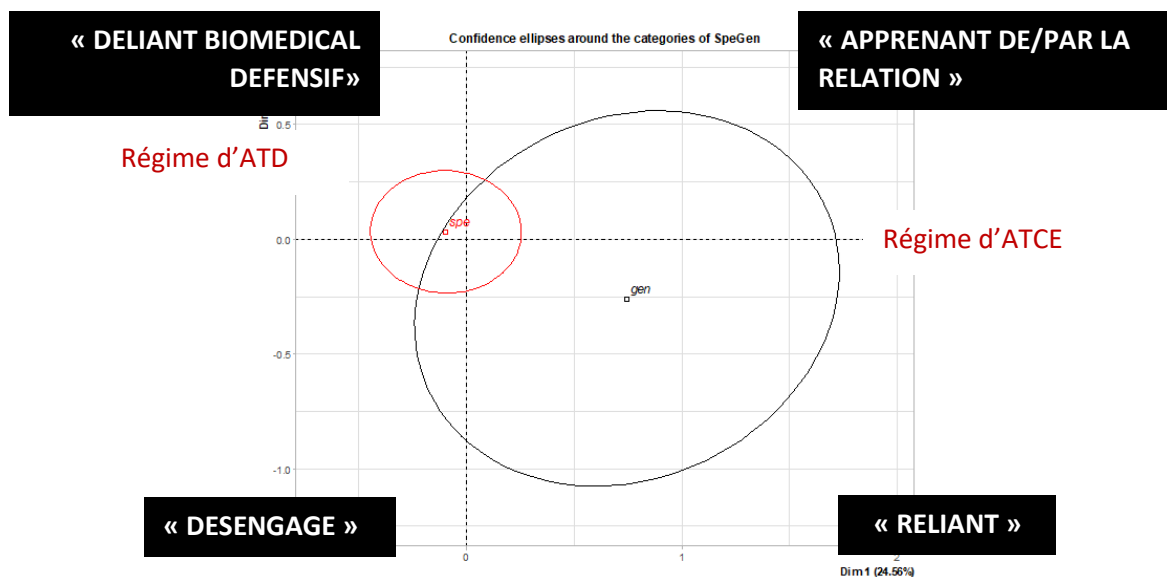


Figure 78 : Ellipses de confiance distinguant des groupes d'individus en fonction de la nature de l'établissement d'exercice, spécialisé ou « généraliste » et rapprochements avec les profils d'infirmiers et les régimes d'apprentissage

12.3.2.4 Des profils et des régimes d'apprentissage distingués par des caractéristiques personnelles

Nous décrivons ici les liens entre les profils et les régimes d'apprentissages et les caractéristiques personnelles, à savoir l'âge, le sexe et l'expérience personnelle de la maladie chronique.

Des profils et des régimes d'apprentissage distingués par l'âge

Prenant pour référence les centres de gravité de chacune des ellipses de confiance, nous observons que les déliants biomédicaux défensifs se retrouvent essentiellement parmi les plus jeunes (les moins de 25 ans et les 25-40 ans) et les reliants parmi les plus âgés (41-55 ans et les plus de 56 ans). Néanmoins, si nous prenons en compte l'ellipse dans toute son envergure, les apprenants de/par la relation se retrouvent surtout parmi les moins de 25 ans et les 56 ans et plus. Dans la même perspective, les désengagés seraient surtout représentés par les 41-55 ans, et les 25-40 ans, dans une moindre mesure.

Le régime de perception d'ATD serait ainsi celui des plus jeunes (les moins de 25 ans et les 25-40 ans) alors que le régime de perception d'ATCE serait celui des plus âgés (41-55 ans et les plus de 56 ans).

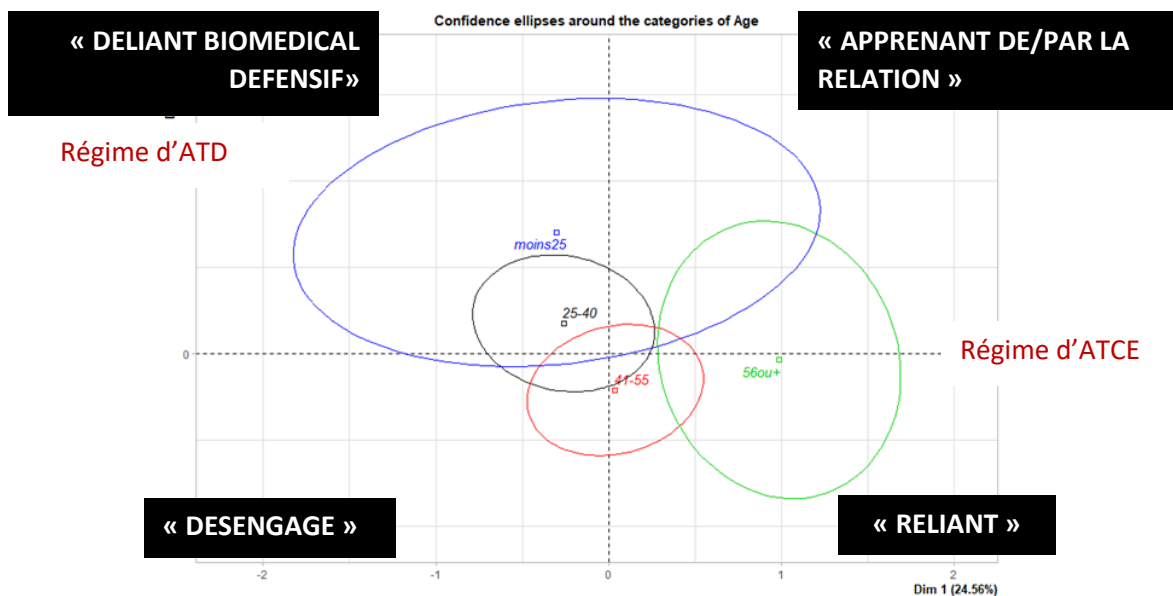


Figure 79 : Ellipses de confiance distinguant des groupes d'individus en fonction de leur âge et rapprochements avec les profils d'infirmiers et les régimes d'apprentissage

Des profils et régimes d'apprentissage distingués par le sexe

D'après ces ellipses de confiance, les déliants biomédicaux défensifs et le régime d'ATD se retrouveraient dans une plus grande proportion chez les femmes (ellipse noire) alors que les reliants et le régime d'ATCE seraient plutôt associés aux hommes (ellipse rouge).

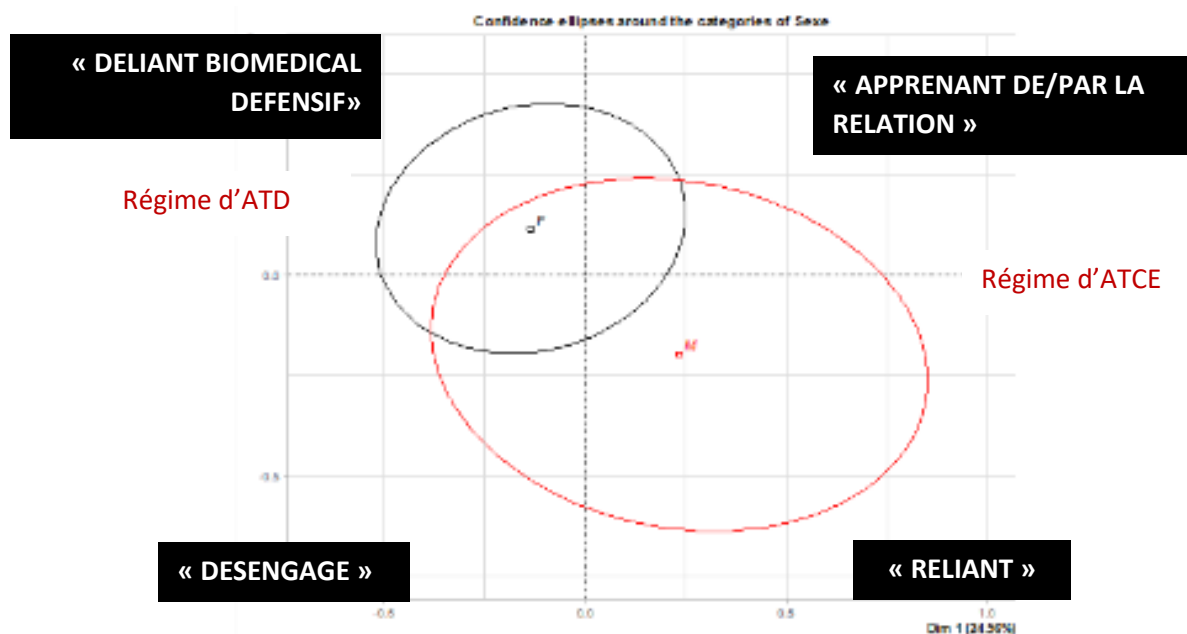


Figure 80 : Ellipses de confiance distinguant des groupes d'individus en fonction de leur sexe et rapprochements avec les profils d'infirmiers et les régimes d'apprentissage

Des profils et régimes d'apprentissage distingués par l'expérience personnelle de la maladie chronique

Pour cette variable, les ellipses se recoupent mais montrent tout de même une corrélation entre l'expérience de la maladie chronique (ellipse rouge) et des profils d'apprenants de/par la relation et de reliants et le régime d'ATCE. Inversement, les profils de désengagés et de déliants biomédicaux défensifs et le régime d'ATD se retrouvent surtout parmi les personnes n'ayant pas fait l'expérience, pour eux-mêmes ou des proches, de la maladie chronique (ellipse noire).

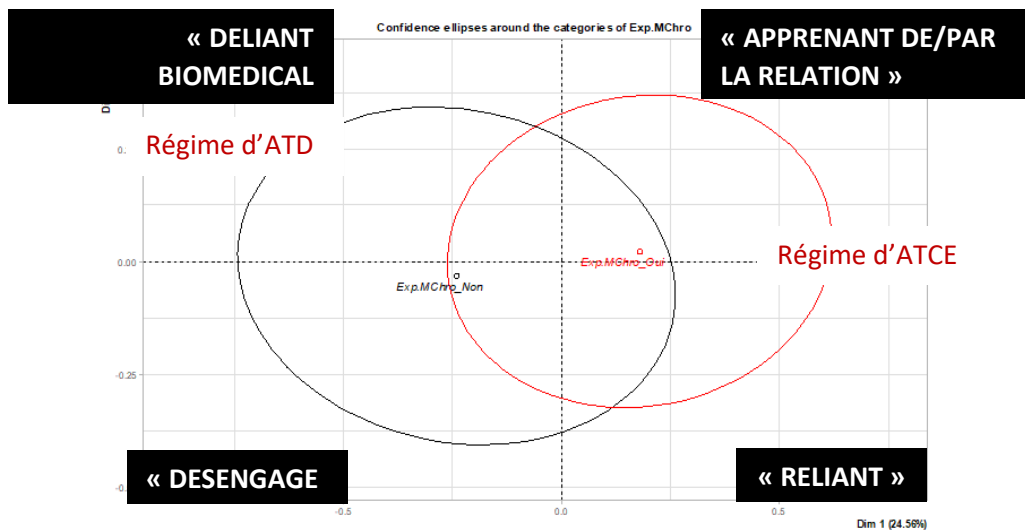


Figure 81 : Ellipses de confiance distinguant des groupes d'individus en fonction de leur expérience personnelle de la maladie chronique et rapprochements avec les profils d'infirmiers et les régimes d'apprentissage

12.3.3 En synthèse

Nous avons confirmé et établi des relations entre des régimes de perceptions d'apprentissage et des variables sociodémographiques d'une part et entre des profils d'infirmiers et des variables sociodémographiques d'autre part.

12.3.3.1 Des régimes confirmés et incrémentés

La deuxième phase de l'ACP, par la mise en évidence de liens entre des variables quantitatives et des variables sociodémographiques, nous permet de vérifier les hypothèses émises à l'issue de notre analyse qualitative et de faire émerger de nouvelles relations.

Le régime d'ATCE : hypothèses confirmées et nouvelles relations établies

Les hypothèses suivantes sont confirmées, **en lien avec l'expérience professionnelle** des infirmiers en psychiatrie :

H1g : La perception d'ATCE auprès des patients augmente avec la durée d'expérience en psychiatrie.

H1h : Plus la durée d'expérience en extrahospitalier est importante par rapport à la durée

d'expérience en intrahospitalier, plus la perception d'ATCE est forte.

H1i : La perception d'ATCE tend à augmenter lorsque la durée d'expérience auprès de patients en phase chronique est supérieure à celle auprès des patients en phase aiguë.

H1j : Il existe un lien entre la perception d'ATCE et l'animation d'ateliers d'ETP.

H1k : Plus le nombre d'établissements sanitaires fréquentés est important, plus la perception d'ATCE est forte.

H1l : Il existe un lien entre la perception d'ATCE et une faible ou absence d'expérience en MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique).

Les hypothèses suivantes sont confirmées, **en lien avec la formation initiale et professionnelle continue** :

H1m : Plus le diplôme est ancien, plus la probabilité de percevoir des ATCE est forte chez les infirmiers en psychiatrie.

H1n : Il existe un lien entre la perception d'ATCE et la détention d'un diplôme spécialisé en psychiatrie (obtenu avant 1995).

H1o : Il existe un lien entre la perception d'ATCE et le suivi d'une formation en psychiatrie, en plus de la formation d'infirmier.

H1p : Il existe un lien entre la perception d'ATCE et le fait d'avoir bénéficié d'un accompagnement tutoral.

H1q : Il existe un lien entre la perception d'ATCE et le fait de posséder un diplôme autre que celui d'infirmier.

Les hypothèses suivantes sont confirmées, **en lien avec des caractéristiques personnelles** :

H1r : La perception d'ATCE tend à augmenter avec l'âge.

H1s : La perception d'ATCE tend à augmenter lorsque l'infirmier a une expérience personnelle de la maladie chronique.

L'hypothèse suivante est également confirmée, **en lien avec le lieu de travail des infirmiers en psychiatrie** :

H3a : L'exercice en extrahospitalier est corrélé avec la perception d'ATCE auprès des patients.

Enfin, des corrélations non envisagées sont apparues. Ces corrélations concernent des facteurs exogènes et endogènes :

- il existe une corrélation entre l'exercice en extrahospitalier seul et un exercice à la fois en intra et extrahospitalier au moment de l'étude et les facteurs endogènes de type dispositions, façons d'agir, représentations, expériences et affects intériorisés représentés par : une apprenance auprès des patients et une apprenance « en général » plutôt élevées, un genre professionnel plutôt « psy », un vécu professionnel agréable et un SEP dans l'accompagnement des patients plutôt élevé.

- il existe une corrélation entre l'exercice en extrahospitalier seul et un exercice à la fois en intra et extrahospitalier et les facteurs endogènes de type variables sociodémographiques que sont : une expérience professionnelle en psychiatrie plutôt élevée, une durée moyenne d'expérience en extrahospitalier supérieure à la durée moyenne d'expérience en intrahospitalier, la détention d'un diplôme parmi les plus anciens, la détention d'un diplôme spécialisé en psychiatrie, le suivi d'une formation en psychiatrie, en plus de la formation

d'infirmier, la détention d'un diplôme de niveau supérieur à la licence (Master 2) et d'un diplôme autre (DU), une expérience d'animation d'ateliers d'ETP , la fréquentation de plus d'un établissement de santé, un âge plus avancé et une expérience personnelle de la maladie chronique.

Ces corrélations concernent des facteurs endogènes et éactifs : il existe une corrélation entre des facteurs endogènes de type sociodémographiques et éactifs, ici la reliance et l'apprentissage dans une relation empathique.

Enfin, ces corrélations concernent également des facteurs exogènes et éactifs : il existe une corrélation entre la reliance et entre l'exercice en extrahospitalier seul et un exercice à la fois en intra et extrahospitalier.

Nous représentons ci-dessous le régime de perception d'ATCE confirmé et incrémenté.

Dispositions, façons d’agir, représentations, expériences et affects intériorisés

- Apprenance auprès des patients plutôt élevée
- Apprenance « en général » plutôt élevée
- Genre professionnel plutôt « psy »
- SEP dans l’accompagnement des patients plutôt élevé

Facteurs sociodémographiques

- Diplôme les plus anciens, obtenus avant 1995 et entre 1996 et 2009
- Diplôme spécialisé en psychiatrie (DISP)
- Suivi d’une formation de consolidation des savoirs
- Diplôme de niveau supérieur à la licence (Master 2)
- Diplôme autre (DU)
- Durée moyenne d’expérience en psychiatrie > 6 ans
- Expérience extrahospitalier > Expérience intra
- Expérience d’animation d’ateliers d’ETP
- Plusieurs établissements de santé fréquentés
- Age (+) ; Homme ; Expérience personnelle de la maladie chronique

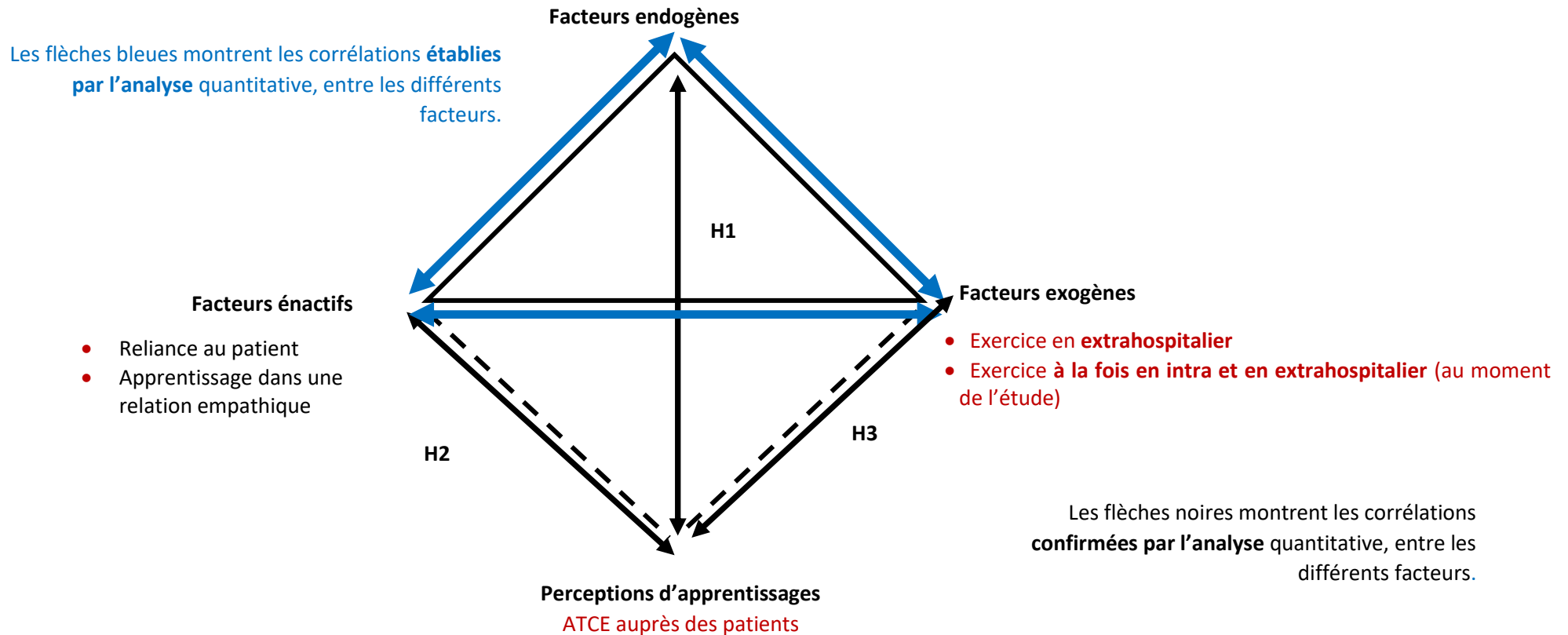


Figure 82 : Régime de perceptions d’ATCE confirmé et incrémenté par l’analyse quantitative, d’après le méta-cadre théorique de Carré (2020)

Le régime d'ATD : hypothèses confirmées et nouvelles relations établies

Les hypothèses suivantes sont confirmées, **en lien avec l'expérience professionnelle** :

H1g' : La perception d'ATD auprès des patients augmente avec la diminution de la durée d'expérience en psychiatrie.

H1h' : Plus la durée de l'expérience en intrahospitalier est importante par rapport à la durée de l'expérience en extrahospitalier, plus la perception d'ATD est forte.

H1i' : La perception d'ATD tend à augmenter lorsque la durée d'expérience auprès de patients en phase aigüe est supérieure à celle auprès des patients en phase chronique.

H1j' : Il existe un lien entre la perception d'ATD et l'absence d'animation d'ateliers d'ETP ou l'animation dans une proportion limitée.

H1k' : Plus le nombre d'établissements sanitaires fréquentés est faible, plus la perception d'ATD est forte.

H1l' : Il existe un lien entre la perception d'ATD et une forte expérience en MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique).

Les hypothèses suivantes sont confirmées, **en lien avec la formation initiale et professionnelle continue** :

H1m' : Plus le diplôme est récent, plus la probabilité de percevoir des ATD est forte chez les infirmiers en psychiatrie.

H1n' : Il existe un lien entre la perception d'ATD et la détention d'un diplôme général (obtenu entre 1995 et le moment de l'enquête).

H1p' : Il existe un lien entre la perception d'ATD et l'absence de suivi d'une formation en psychiatrie, en plus de la formation d'infirmier.

H1p' : Il existe un lien entre la perception d'ATD et le fait de ne pas avoir bénéficié d'un accompagnement tutoral ou d'un accompagnement tutoral limité.

H1q' : Il existe un lien entre la perception d'ATD et le fait de ne pas posséder de diplôme autre que celui d'infirmier.

Les hypothèses suivantes sont confirmées, **en lien avec des caractéristiques personnelles** :

H1r' : La perception d'ATD tend à diminuer avec l'âge.

H1s' : La perception d'ATD tend à diminuer avec l'absence d'expérience personnelle de la maladie chronique.

L'hypothèse suivante est confirmée, **en lien avec le lieu d'exercice** :

H3a' : L'exercice en intrahospitalier est corrélé à la perception d'ATD auprès des patients.

Enfin, de nouvelles corrélations sont apparues. Ces corrélations concernent des facteurs exogènes et endogènes :

-il existe une corrélation entre l'exercice en intrahospitalier au moment de l'étude et un genre professionnel plutôt biomédical et/ou social.

-il existe une corrélation entre l'exercice en intrahospitalier au moment de l'étude et les facteurs endogènes de type variables sociodémographiques que sont : une expérience professionnelle en psychiatrie plutôt réduite, une durée moyenne d'expérience en extrahospitalier inférieure à la durée moyenne d'expérience en intrahospitalier, la détention d'un diplôme parmi les plus récents, la détention d'un diplôme non spécialisé en psychiatrie, l'absence de suivi d'une formation en psychiatrie, en plus de la formation d'infirmier,

l'absence de diplôme de niveau supérieur à la licence et pas de diplôme autre, l'absence d'expérience d'animation d'ateliers d'ETP , la fréquentation d'un seul établissement de santé, un âge peu avancé et l'absence d'expérience personnelle de la maladie chronique.

Ces corrélations concernent des facteurs endogènes et énatifs : il existe une corrélations entre les facteurs endogènes de type sociodémographiques et les facteurs énatifs identifiés, la déliance et la responsabilisation du patient.

Enfin, ces corrélations concernent également des facteurs exogènes et énatifs : il existe des corrélations entre la déliance et l'exercice en intrahospitalier et la responsabilisation du patient et l'exercice en intrahospitalier au moment de l'étude.

Nous représentons ci-dessous le régime de perception d'ATD confirmé et incrémenté.

Dispositions, façons d’agir, représentations, expériences et affects intériorisés

- Genre professionnel plutôt biomédical

Facteurs socio-démographiques

- Diplômes les plus récents obtenus entre 2012 et 2019
- Diplôme général (DEI)
- Pas de formation à la consolidation des savoirs, suivie
- Pas de diplôme de niveau supérieur à la licence ou pas de diplôme autre
- Durée d’expérience professionnelle en psychiatrie < 6 ans
- Expérience extra<Expérience intra
- Pas d’expérience d’animation d’ateliers d’ETP
- Un seul d’établissement de santé fréquenté
- Age (-) ; Femme ; Pas d’expérience personnelle de la maladie chronique

Les flèches bleues montrent les corrélations **établies par l’analyse** quantitative, entre les différents facteurs.

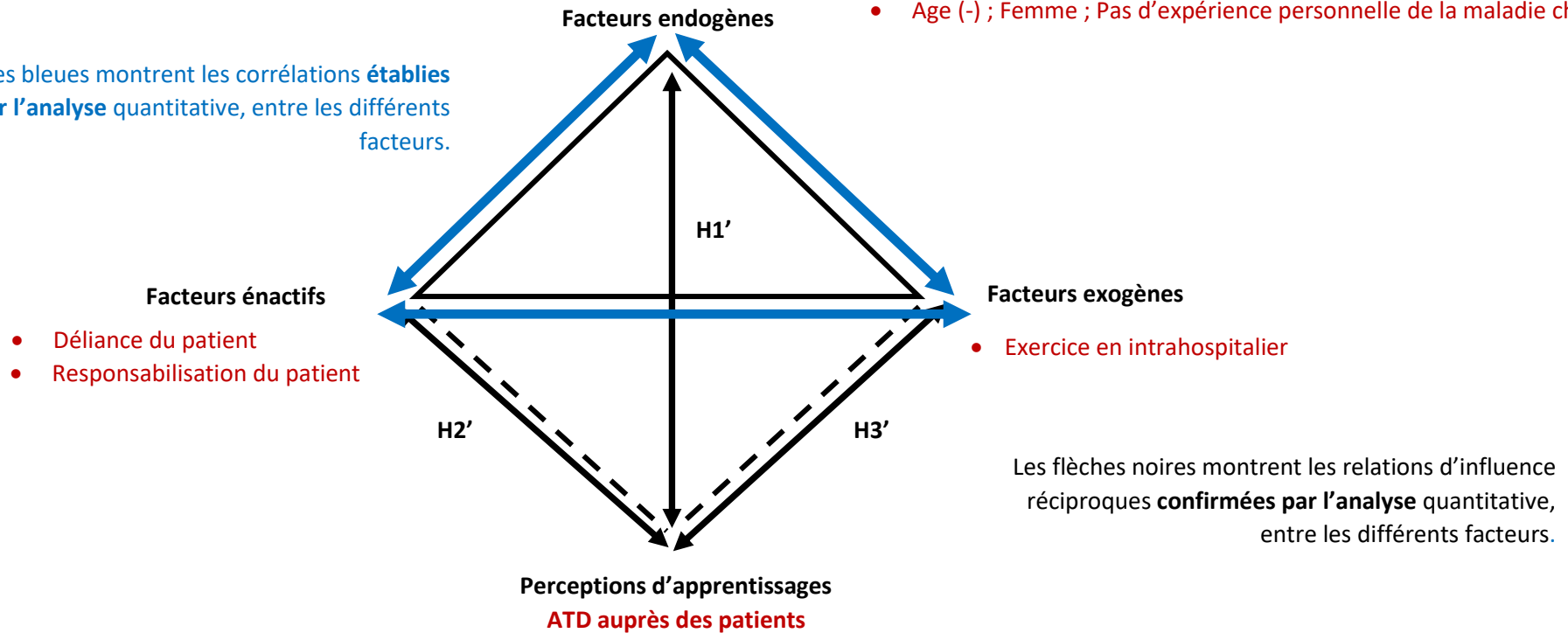


Figure 83 : Régime de perception d'ATD confirmé et incrémenté par l'analyse quantitative, d'après le méta-cadre théorique de Carré (2020)

12.3.3.2. Des profils

Pour plus de clarté, nous synthétisons dans le tableau ci-dessous les caractéristiques sociodémographiques les plus saillantes associées à nos quatre profils.

	« Déliants biomédicaux défensifs »	« Apprenants de/par la relation »	« Reliants »	« Désengagés »
Age	<ul style="list-style-type: none"> - Les moins de 25 ans - Les 25-40 ans 	<ul style="list-style-type: none"> - Les moins de 25 ans et les 56 ans et plus. - Les moins de 25 ans - Les 56 ans et plus 	<ul style="list-style-type: none"> - Les 41-55 ans - Les plus de 56 ans 	<ul style="list-style-type: none"> - Les 41-55 ans - Les 25-40 ans (moindre mesure)
Formation	<ul style="list-style-type: none"> - Diplômé entre 2012 et 2019 - Autre diplôme : licence - Pas de formation en psychiatrie, en plus de la formation d'infirmier. 	<ul style="list-style-type: none"> - Diplômés entre 1996 et 2009 et av.1995 - Autre diplôme : Master 2 et/ou DU - Formation en psychiatrie, en plus de la formation d'infirmier. 	<ul style="list-style-type: none"> - Diplômés entre 1996 et 2009 et av.1995 - Autre diplôme : Master 2 et/ou DU - Formation en psychiatrie, en plus de la formation d'infirmier. 	<ul style="list-style-type: none"> - Diplômé entre 2012 et 2019 - Pas d'autre diplôme - Pas de formation en psychiatrie, en plus de la formation d'infirmier.
Expérience professionnelle en psychiatrie	<ul style="list-style-type: none"> - 6 mois < Expérience moyenne en psychiatrie < 6 ans - Durée moyenne d'expérience en intrahospitalier > Durée moyenne d'expérience en extrahospitalier - Exercice actuel : intrahospitalier, établissement spécialisé - Un seul établissement fréquenté - Pas d'animation d'ateliers d'ETP 	<ul style="list-style-type: none"> - 6 ans < Expérience moyenne en psychiatrie < 16 ans - Durée moyenne d'expérience en extrahospitalier > Durée moyenne d'expérience en intrahospitalier - Exercice actuel : extrahospitalier, établissement généraliste - Plus d'un établissement fréquenté - Animation d'ateliers d'ETP 	<ul style="list-style-type: none"> - Expérience moyenne en psychiatrie : 16 ans et plus - Durée moyenne d'expérience en extrahospitalier > ou = Durée moyenne d'expérience en intrahospitalier - Exercice actuel : extrahospitalier, établissement généraliste - Plus d'un établissement fréquenté - Animation d'ateliers d'ETP 	<ul style="list-style-type: none"> - Durée moyenne d'expérience en psychiatrie = 6 ou 30 ans - Durée moyenne d'expérience en intrahospitalier > ou = Durée moyenne d'expérience en extrahospitalier - Exercice actuel : intra ou extrahospitalier - Un seul établissement fréquenté - Pas d'animation d'ateliers d'ETP
Expérience personnelle de la maladie chronique	Non	Oui	Oui	Non

Tableau 20 : Synthèse des caractéristiques biographique des quatre profils d'infirmiers identifiés

13. Interprétations

Nous nous attacherons, dans cette partie, à l'interprétation des résultats nous étant apparus comme les plus significatifs. Nous montrerons tout d'abord, en quoi, selon nous, les profils « déliant biomédical défensif », « apprenant de/par la relation » et « reliant » s'inscrivent dans un continuum de transformations lié à des stades de développement professionnel, en nous appuyant sur les travaux de Benner et de ses collaboratrices (Benner et al., 2009). Ensuite, nous mettrons en évidence le modelage par les environnements intra et extrahospitalier, des profils cités précédemment et donnerons à voir en quoi ils résultent d'un parcours de professionnalisation tacite de l'intra vers l'extrahospitalier, sous-tendu par un paradigme de soin biomédical. Finalement, nous mettrons en lumière, la vulnérabilité de certains profils d'infirmiers, les déliants biomédicaux défensifs et les désengagés.

13.1 De « déliant biomédical défensif » à « reliant » : un continuum de transformations lié à des stades de développement professionnel

Nous entrevoyons une relation de continuité entre trois des profils identifiés allant de déliant biomédical défensif, à apprenant de/par la relation puis reliant. Dans cette partie, nous tenterons de faire émerger ce continuum. Pour ce faire, nous montrerons en quoi il s'apparente à des transformations liées à des stades de développement professionnel.

Benner et ses co-auteurs, dans l'ouvrage *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment, and Ethics* publié en 2009, mettent en évidence, s'appuyant sur une étude d'une durée de 6 ans réalisée entre 1988 et 1994 auprès de 130 infirmiers exerçant à l'hôpital (pour la plupart d'entre eux en soins intensifs) (Benner et al., 2009, p. 23-25) un continuum développemental de ces professionnels, dans le temps. Ce continuum s'appuie sur le modèle d'acquisition des compétences des frères Dreyfus, modèle comprenant cinq stades : *novice*, *advanced beginner*, *competent*, *proficient*, *expert*. Ces stades se différencient les uns des autres par le « niveau de prise d'information (non situationnel versus situationnel), de reconnaissance d'une situation antérieure (décomposée versus globale), de prise de décision (analytique versus intuitive) ou d'attention consciente (contrôlée versus automatisée/ implicite) » (Maillart & Martinez, 2017, p. 104).

Nous pensons que certaines caractéristiques des infirmiers identifiées par Benner aux différents stades de développement professionnel, peuvent être rapprochées de celles des profils d'infirmiers en psychiatrie issus de notre étude, et ainsi contribuer à leur interprétation et à la mise en évidence d'un continuum de transformations. Aussi, mettrons-nous en exergue, dans les lignes qui suivent, les similitudes existant entre : le profil « déliant biomédical défensif » et les stades de développement « *advanced beginner* » et « *competent* » ; le profil « apprenant de/par la relation » et le stade « *proficient* » ; le profil « reliant » et le stade « *expert* ». Le stade « *novice* » ne sera pas pris en compte du fait que tous nos répondants sont diplômés et possèdent une expérience, même minimale. En effet, chez Benner, les novices sont des étudiants infirmiers en première année de formation : « *the novice stage of skill acquisition [...] typically occurs in the first year of the nursing student's clinical education*

»¹³⁷ (Benner et al., 2009, pp. 16-17).

13.1.1 Le profil « déliant biomédical défensif » : des caractéristiques des stades « *advanced beginner* » et « *competent* »

Nous avons identifié, chez les *advanced beginner* et *competent*, des similitudes avec le profil déliant biomédical défensif. Ils ont en commun d'être représentés par des infirmiers en début de carrière en psychiatrie, pour lesquels l'analyse objective du patient prime sur la relation et le détachement du patient peut relever de la défense contre ce dernier.

13.1.1.1 Des infirmiers en début de carrière dans leur spécialité

Dans notre étude, les déliants biomédicaux défensifs sont représentés par les répondants les moins expérimentés, avec une expérience moyenne en psychiatrie de 3,5 ans. Ils peuvent ainsi être rapprochés des *advanced beginners* et des *competents* du continuum de Benner, correspondant aux deux premiers stades de développement, le second stade pouvant être atteint après deux ans d'expérience environ : « *Two years into practice, nurses typically perform at the competent level of performance [...]* »¹³⁸ (Benner et al., 2009, p. 87).

13.1.1.2 Prégnance de l'analyse objective du patient et relation au second plan

Dans notre étude, les infirmiers déliants biomédicaux défensifs se définissent par une approche objective du patient, caractéristique du genre professionnel biomédical. Chez Benner et ses co-auteurs, les *advanced beginners* font le plus souvent appel à un « *disengaged reasoning* » (raisonnement désengagé) « *During their first year in practice, advanced beginners continue to work with clinical dilemmas using disengaged reasoning [...]* »¹³⁹ (Benner et al., 2009, p. 84) que Benner associe à l'analyse critique, à la distanciation et au jugement et oppose à l'engagement émotionnel (Benner et al., 2009, p. 406). On retrouve ce mode de fonctionnement chez les *competents*, lesquels, bien qu'éprouvant de plus en plus fortement les limites de ce mode de raisonnement (Benner et al., 2009, p. 111), s'en tiennent encore à un « *exclusive use of objective characteristics and quantitative measures as guides [...]* » (Benner et al., 2009, p. 130)¹⁴⁰.

Dans la droite ligne de ce qui vient d'être dit, les déliants biomédicaux défensifs se caractérisent par une relation plutôt faiblement intersubjective avec les patients. Submergés par la dimension « *cure* » du soin, les *advanced beginners* font passer le « *care* » au second plan : « *They admit that in the most troubled of circumstances, where they are overwhelmed by the biomedical needs of the patients and the complexities of the treatments, they feel*

¹³⁷ Traduction : « le stade novice de l'acquisition des compétences [...] se produit généralement au cours de la première année de la formation clinique de l'étudiant en soins infirmiers » (Benner et al., 2009, pp. 16-17).

¹³⁸ Traduction : « Deux ans après le début de leur pratique, les infirmières ont généralement un niveau de performance compétent [...] » (Benner et al., 2009, p. 87).

¹³⁹ Traduction : « Au cours de leurs premières années, les débutants avancés continuent à travailler avec des dilemmes cliniques en utilisant un raisonnement désengagé [...] » (Benner et al., 2009, p. 84).

¹⁴⁰ Traduction : « l'utilisation exclusive de caractéristiques objectives et de mesures quantitatives comme guides [...] » (Benner et al., 2009, p. 130).

unable to attend the "psychosocial" needs of the patient and family »¹⁴¹ (Benner et al., 2009, p. 72). Malgré une volonté de bien faire avec les patients, le comportement éthique des *advanced beginners* reste limité par leurs habilités et leurs faibles connaissances expérientielles : « *their ethical comportment was constrained by the limitations of their skillfulness and experience-based knowledge* »¹⁴² (Benner et al., 2009, pp. 84-85).

Ces données sont étayées par la mise en exergue par Benner et ses co-aatrices de la préoccupation des *advanced beginners* et des *competents* pour la gestion des tâches et du patient : « *Clinical situations present to advanced beginner as a set of tasks that must be accomplished* »¹⁴³ (Benner et al., 2009, p. 51). Plus loin, les autrices insistent sur la concentration des efforts des *advanced beginners* sur cette dimension de leur travail : « *Their work is shaped by a concern to organize, prioritize, and complete those tasks. Advanced beginners narratives are replete with description of their efforts to handle the numerous and competing demands for their time and energies* »¹⁴⁴ (Benner et al., 2009, p. 54). A un stade « *competent* », les infirmiers développent leurs capacités d'organisation, de compréhension clinique, d'anticipation de l'évolution de l'état du patient, selon Benner et ses collègues. Le focus des *competents* porte alors sur la gestion de l'état du patient : « *The competent-level performer focuses more on managing patient's condition* »¹⁴⁵ (Benner et al., 2009, p. 88).

13.1.1.3 Un détachement défensif du patient

Enfin, nous avons mis en évidence que le profil déliant biomédical défensif se caractérisait par des apprentissages défensifs et l'attribution de responsabilité au patient (laquelle possède, dans notre étude, un caractère défensif). En écho à ce constat, Benner et ses co-aatrices mettent en évidence, chez les *advanced beginners* et les *competents* un détachement défensif des patients. Ce comportement peut résulter d'un surengagement auprès de ces derniers. Au sujet d'une infirmière débutante, il est dit : « *She usually has had the experience of becoming « overinvolved » or involved with patients and families in ways that were not helpful and subsequently may err on the side of too much disengagement or detachment as a way of avoiding overinvolvement* »¹⁴⁶ (Benner et al., 2009, p. 101). Par ailleurs, l'analyse détachée, désengagée de la situation du patient constituerait une véritable stratégie consciente de contrôle des émotions, pour les débutants, là encore, dans une visée de protection de soi : « *We have found in this research study that disengaged, analytic thinking that is standing back from a situation is a useful strategy for the beginner who is flooded with anxiety or emotion*

¹⁴¹ Traduction : « Ils admettent que dans les circonstances les plus difficiles, où ils sont dépassés par les besoins biomédicaux des patients et les complexités des traitements, ils se sentent incapables de répondre aux besoins "psychosociaux" du patient et de sa famille » (Benner et al., 2009, p. 72).

¹⁴² Traduction : « leur comportement éthique était contraint par les limites de leur habileté et de leurs connaissances basées sur l'expérience » (Benner et al., 2009, pp. 84-85).

¹⁴³ Traduction : « Les situations cliniques se présentent au débutant avancé comme un ensemble de tâches à accomplir » (Benner et al., 2009, p. 51).

¹⁴⁴ Traduction : « Leur travail est façonné par le souci d'organiser, de hiérarchiser et de mener à bien ces tâches. Les récits des débutants avancés sont remplis de descriptions de leurs efforts pour gérer les demandes nombreuses et concurrentes de leur temps et de leurs énergies » (Benner et al., 2009, p. 54).

¹⁴⁵ Traduction : « L'exécutant de niveau compétent se concentre davantage sur la gestion de l'état du patient » (Benner et al., 2009, p. 88).

¹⁴⁶ Traduction : « Elle a généralement fait l'expérience d'une " surimplication " ou d'une implication avec les patients et les familles d'une manière qui n'a pas été utile, et peut par la suite opter pour un désengagement ou un détachement excessif afin d'éviter une surimplication » (Benner et al., 2009, p. 101).

»¹⁴⁷ (Benner et al., 2009, p. 412). Sans pour autant protéger le professionnel de la peine, le désengagement le coupe du potentiel des situations: « *The disengaged nurse is ineffectively protected from the pain and effectively shielded from the possibilities in the situation* »¹⁴⁸ (Benner et al., 2009, p. 151). Cependant, le désengagement peut être causé, chez les *advanced beginners*, par la perception des situations comme des tests de leurs connaissances personnelles et capacités : « *The narratives evidence continuous self-awareness and monitoring* »¹⁴⁹ (Benner et al., 2009, p. 61) L'anxiété générée par ce vécu d'évaluation aurait pour conséquence une distanciation du patient : « *Their anxieties cause them to distance themselves from the patient situation, being concerned equally about their own abilities and the patient's status* »¹⁵⁰ (Benner et al., 2009, p. 61).

13.1.2 Le profil « apprenant de/par la relation » : des caractéristiques du stade « *proficient* »

A l'instar du profil « déliant biomédical défensif », nous pensons que certaines caractéristiques des infirmiers identifiées par Benner et ses collègues. au stade de développement professionnel « *proficient* » peuvent être rapprochées du profil « apprenant de/par la relation » et contribuer à son interprétation. A ce stade, nous avons à faire à des infirmiers plus expérimentés dans leur spécialité (ce stade succédant aux précédents), particulièrement disposés à apprendre de l'expérience, centrés sur le développement d'une relation intersubjective, empathique et éthique avec le patient et qui ont développé une confiance dans leurs capacités.

13.1.2.1 Des infirmiers plus expérimentés dans leur spécialité

Les résultats de notre étude montrent que les infirmiers possédant une durée moyenne d'expérience en psychiatrie comprise entre 6 et 16 ans et associés, pour la plupart, au profil « apprenant de/par la relation », succèdent (en termes de durée d'expérience) au profil « déliant biomédical défensif ». De même, dans le continuum de développement professionnel des infirmiers proposé par Benner et ses co-auteurs, le stade « *proficient* » succède à ceux d'« *advanced beginner* » puis de « *competent* », et peut être atteint avec une durée d'expérience plus ou moins longue (voire jamais atteint), car contrairement à l'évolution entre les deux premiers stades (« *advanced beginner* » et « *competent* »), la progression entre le deuxième et le troisième ne va pas de soi. Elle est discontinue et se caractérise par l'acquisition de la capacité à lire les situations des patients de manière perceptuelle (en opposition à un mode conceptuel de connaissance) et à y répondre de manière appropriée (Benner et al., 2009, p. 129-130). Néanmoins, il succède aux stades incontournables d'« *advanced beginner* » et de « *competent* », ce dernier étant atteint en moyenne après trois ans d'expérience dans une spécialité : « *the reason for focusing attention for 3 years is that*

¹⁴⁷ Traduction : « Nous avons constaté dans cette étude que la pensée analytique désengagée, c'est-à-dire le fait de prendre du recul par rapport à une situation, est une stratégie utile pour le débutant qui est submergé par l'anxiété ou l'émotion » (Benner et al., 2009, p. 412).

¹⁴⁸ Traduction : « L'infirmière désengagée est inefficacement protégée de la douleur et efficacement protégée des possibilités de la situation » (Benner et al., 2009, p. 151).

¹⁴⁹ Traduction : « Les récits témoignent d'une conscience de soi et d'une surveillance continues » (Benner et al., 2009, p. 61).

¹⁵⁰ Traduction : « Leurs angoisses les amènent à prendre de la distance par rapport à la situation du patient, se préoccupant tout autant de leurs propres capacités que du statut du patient » (Benner et al., 2009, p. 61).

the developmental move to the competent level [is] occurring during this period »¹⁵¹ (Benner et al., 2009, p. 456). Cette information nous indique que le stade « *proficient* » peut être atteint avec plus de 3 ans d'expérience.

13.1.2.2 Une disposition à apprendre de l'expérience

Le profil d'apprenant de/par la relation possède des scores d'apprenance auprès des patients et en général, plus élevés que les autres profils. Ces scores élevés d'attitude favorable à l'acte d'apprendre en toutes situations dont les informelles, font écho à « l'ouverture à l'apprentissage expérientiel », qualifié de fondamental par Benner et ses co-autrices, pour passer du stade de *competent* à celui de *proficient* puis d'*expert* : « *Openness to experiential learning (i.e., openness to having one's preconceptions and assumptions turned around) is essential for the nurse to move beyond competency to proficiency and expertise* »¹⁵² (Benner et al., 2009, p. 110).

13.1.2.3 Le développement d'une relation intersubjective, empathique et éthique avec le patient

Les apprenants de/par la relation se caractérisent, comme leur nom l'indique, par les scores les plus élevés, de perception d'ATCE mais aussi, de perception d'apprentissage dans une relation empathique intersubjective. Pour nous, ce constat fait écho au stade « *proficient* », au cours duquel, les infirmiers selon développent des compétences perceptives et relationnelles : « *New perceptual and relational skills radically reshape performance capacity* »¹⁵³ (Benner et al., 2009, p. 130). De plus, Benner et ses collègues, mettent en exergue le développement de l'« accordage émotionnel », « *Emotional attunement* » (Benner et al., 2009, p. 158). Par ailleurs, Benner et ses co-autrices soulignent le développement, à ce niveau, d'un comportement véritablement éthique, car ancré, de plus en plus, dans les besoins du patient. L'infirmier peut ainsi produire des réponses situées : « *Practical grasp is perceptually grounded and response based and requires being opened to correction and disconfirmation as the situation unfolds* »¹⁵⁴ (Benner et al., 2009, p. 132-133). Un ethos d'ouverture d'écoute et de réponse à ce qui apparaît, succède à la recherche de prédiction et au contrôle : « *The ethos of openness, rather than prediction and control, and fidelity to what one sees and hears, rather than excessive suggestibility and confusion, are embodied and linked to emotional response to the situation* »¹⁵⁵ (Benner et al., 2009, p. 133).

13.1.2.4 Développement de la confiance en ses capacités

¹⁵¹Traduction : « La raison pour laquelle l'attention se concentre sur les trois années est que le passage au niveau de compétence se produit pendant cette période » (Benner et al., 2009, p. 456).

¹⁵² Traduction : « L'ouverture à l'apprentissage par l'expérience (c'est-à-dire l'ouverture à la remise en question de ses idées préconçues et de ses hypothèses) est essentielle pour que l'infirmière puisse passer de la compétence à la maîtrise et à l'expertise » (Benner et al., 2009, p. 110).

¹⁵³ Traduction : « De nouvelles compétences perceptives et relationnelles remodelent radicalement la capacité de performance » (Benner et al., 2009, p. 130).

¹⁵⁴ Traduction : « La saisie pratique est fondée sur la perception et la réponse et exige d'être ouvert à la correction et à l'absence de confirmation au fur et à mesure que la situation se déroule » (Benner et al., 2009, p. 132-133).

¹⁵⁵ Traduction : « L'éthique d'ouverture, plutôt que de prédiction et de contrôle, et la fidélité à ce que l'on voit et entend, plutôt qu'une suggestibilité et une confusion excessives, sont incarnées et liées à la réponse émotionnelle à la situation » (Benner et al., 2009, p. 133).

A ce stade également, Benner et ses co-auteurs signalent qu'une certaine confiance des infirmiers en leurs capacités s'est installée : « *With experience, the nurse notices a shift in her ability to notice what is important. The nurse no longer has the level of anxiety about the consequences of what she might leave out, because she has more confidence in her ability to notice the important things* »¹⁵⁶ (Benner et al., 2009, pp. 145-146). Cette confiance s'appuie sur la possibilité de se référer à des expériences passées dont des réussites : « *With repeated performance and increased confidence in his attunement to the situation, the nurse is increasingly confident that he will be able to do what is required* »¹⁵⁷ (Benner et al., 2009, p. 137). Ce constat résonne avec les scores élevés de SEP dans l'accompagnement des patients des apprenants de/par la relation.

13.1.3 Le profil « reliant » : des caractéristiques du stade « *Expert* »

Le profil « reliant » résonne par ailleurs avec le stade d'expert. On retrouve, parmi les caractéristiques sociodémographiques, préoccupations et pratiques des infirmiers experts, plusieurs similitudes avec les infirmiers reliants : ils comptent parmi les infirmiers les plus expérimentés, ont le souci de considérer le patient comme une personne, ont pour crédos l'ouverture et la disposition à la surprise et réalisent un travail de compréhension objective et subjective du patient.

13.1.3.1 Des infirmiers parmi les plus expérimentés

Dans notre étude, les infirmiers en psychiatrie ayant les durées d'expérience les plus longues sont les plus représentatifs du profil « reliant » (durées moyennes d'expérience comprises entre 16 et 43 ans). Chez Benner et ses co-auteurs, le stade « *expert* » est le stade de développement professionnel le plus élevé, atteint avec l'augmentation de la durée de l'expérience. Cependant, nous ne notons que l'apprentissage expérientiel est déterminant dans l'atteinte du stade d'expert : « *At the heart of good clinical judgement and clinical wisdom lies experiential learning from particular cases* »¹⁵⁸ (Benner et al., 2009, p. 16). L'expertise dépend ainsi de façon notable de ce que chaque professionnel apprend ou n'apprend pas, de ses expériences. Pour ce motif, trouve-t-on, selon Benner et ses collègues, des infirmiers, qui, bien que possédant une longue expérience ne peuvent être qualifiés d'experts.

13.1.3.2 Le souci de considérer le patient comme une personne

Les reliants se caractérisent, dans notre étude par la considération du patient comme une personne à part entière. Benner et ses co-auteurs mettent en évidence que la relation avec le patient est centrale chez l'expert, elle guide le soin. Dans cette relation, le patient est

¹⁵⁶ Traduction : « Avec l'expérience, l'infirmière constate un changement dans sa capacité à remarquer ce qui est important. L'infirmière n'a plus le même niveau d'anxiété quant aux conséquences de ce qu'elle pourrait omettre, car elle a davantage confiance en sa capacité à remarquer les choses importantes » (Benner et al., 2009, pp. 145-146).

¹⁵⁷ Traduction : « Avec des performances répétées et une confiance accrue dans sa perception de la situation, l'infirmier est de plus en plus confiant dans sa capacité à faire ce qui est demandé » (Benner et al., 2009, p. 137).

¹⁵⁸ Traduction : « Au cœur d'un bon jugement clinique et de la sagesse clinique se trouve l'apprentissage expérientiel à partir de cas particuliers » (Benner et al., 2009, p. 16) .

considéré comme une personne qui doit être respectée et l'infirmier doit s'efforcer de préserver une relation honnête et étroite :

*Central to expert practice is a concern for revealing and responding to patients as persons; respecting their dignity; caring for them in ways that preserve their personhood; protecting them in their vulnerability; helping them feel safe in a somewhat alien environment; and comforting their family, striving to preserve the integrity of close relationships.*¹⁵⁹ (Benner et al, 2009, p. 167)

Cette considération pour le patient s'exprime également à travers le respect du patient, la reconnaissance de ses ressources et la prise en compte de sa subjectivité (besoins et inquiétudes) : « *In the narratives of connection and attunement, the focus is on the worthiness, needs, resourcefulness, and concerns of the other* »¹⁶⁰ (Benner et al., 2009, p. 164). Ici, c'est la valorisation du patient, de ses forces, qui est mise en évidence : « *Expert care also celebrates, encourages, and extends the strengths of the other. Thus the experts narratives of helping most often focus on the strengths of the other rather than chronicling heroic helping feats of the one caring (Benner et al, 1995 ; Hauerwas 1981)* »¹⁶¹ (Benner et al., 2009, p. 184).

13.1.3.3 Une disposition à être surpris par les patients

Par ailleurs, notre profil de reliant se définit notamment par l'accueil inconditionnel du patient, illustré par une capacité de suspension de jugement qui résonne chez les infirmiers experts de Benner., avec l'expression « rester ouvert » et la disposition à la surprise (ou l'étonnement) :

Given the life-and-death ethical stakes, the demand is to understand the situation as fully as possible in order to be with the vulnerable person in caring ways that respond to the possibilities inherent in patients' capacities and concerns. Nurses talk about « keeping open » and being willing to be surprised because they have witnessed radical changes in patients' clinical possibilities... ¹⁶² (Benner et al., 2009, p. 296)

13.1.3.4 Un travail de compréhension du patient

Enfin, les reliants, dans notre étude, réalisent un travail de compréhension objective et subjective à l'instar des experts de Benner dont la pratique repose sur « *a mature and practiced understanding* » (Benner et al., 2009, p. 164). Ce travail de compréhension

¹⁵⁹ Traduction : « Au cœur de la pratique experte se trouve le souci de révéler et de répondre aux patients en tant que personnes ; de respecter leur dignité ; de les soigner de manière à préserver leur identité personnelle ; de les protéger dans leur vulnérabilité ; de les aider à se sentir en sécurité dans un environnement quelque peu étranger ; et de reconforter leur famille, en s'efforçant de préserver l'intégrité des relations étroites » (Benner et al, 2009, p. 167).

¹⁶⁰ Traduction : « Dans les récits de connexion et de syntonisation, l'accent est mis sur la valeur, les besoins, l'ingéniosité et les préoccupations de l'autre » (Benner et al., 2009, p. 164).

¹⁶¹ Traduction : « Les soins experts célèbrent, encouragent et étendent également les forces de l'autre. Ainsi, les récits des experts en matière d'aide se concentrent le plus souvent sur les forces de l'autre plutôt que de relater les exploits héroïques de l'aidant (Benner et al, 1995 ; Hauerwas 1981) » (Benner et al, 2009, p. 184).

¹⁶² Traduction : « Compte tenu des enjeux éthiques liés à la vie et à la mort, la demande est de comprendre la situation aussi complètement que possible afin d'être avec la personne vulnérable d'une manière bienveillante qui répond aux possibilités inhérentes aux capacités et aux préoccupations des patients. Les infirmières parlent de " rester ouvertes " et d'être prêtes à être surprises parce qu'elles ont été témoins de changements radicaux dans les possibilités cliniques des patients... » (Benner et al., 2009, p. 296).

s'exprime à travers la prégnance, dans leurs récits, du monde du patient : « *The preeminence of the patient's world [...] is prevalent in the narratives (Chesla, 1990)* »¹⁶³ (Benner et al., 2009, p. 177). Sont soulignés, également, dans les récits des infirmiers experts, les facteurs favorisant cette compréhension des patients : « *Expert nurses readily describe those patients and families with whom they have had a special connection where they felt that the connection in some way [...] brought new understanding to the nurse about the patient's world and what was important to him* »¹⁶⁴ (Benner et al., 2009, p. 165). Le travail de compréhension du patient s'exprime également à travers l'idée qu'un jugement clinique adapté requiert une connaissance et une compréhension fine du patient : « *Nurses in their narratives accounts in this study show repeatedly how clinical judgement requires particularizing formal prescriptions and abstractions through understanding how this patient responds under these circumstances* »¹⁶⁵ (Benner et al., 2009, p. 252). La pratique de l'infirmière experte sera ainsi « basée » sur la réponse du patient, « *response-based practice* » (Benner et al., 2009, p. 174).

La compréhension subjective, de sujet à sujet, comme processus d'identification, projection à la place d'autrui, apparaît aussi dans les récits des experts, à travers ce que Benner et ses collègues appellent l'engagement émotionnel :

The nurse described her emotional involvement and how it bothered her to see H. so sick. She referred to coming to understand his world : My last image of him was this man sitting up in bed, raving his grandson". For this nurse, the patient is no longer a medical case but a person with a life full of meaning. She is engaged emotionally in a part of his life world and "feels awful" to see his decline. This emotional involvement made it possible for her to respond to the family in a sensitive and meaningful way¹⁶⁶ (Benner et al., 2009, p. 232-233).

Cette compréhension subjective se reflète également à travers ce que Benner et ses collègues appellent l'« *emotional attunement* » et que nous traduisons par « l'accordage émotionnel », ou mise en harmonie des émotions de l'experte avec le patient : « *Emotional attunement is central to expert clinical and ethical comportment* »¹⁶⁷ (Benner et al., 2009, p. 184).

En conclusion, de notre point de vue, il existe une correspondance entre les stades de développement professionnel des infirmiers mis en évidence par Benner et ses collègues (allant d'*advanced beginner* à *expert*) et les profils issus de notre étude (allant de déliant

¹⁶³ Traduction : « La prééminence du monde du patient [...] est prévalente dans les récits (Chesla, 1990) » (Benner et al., 2009, p. 177).

¹⁶⁴ Traduction : « Les infirmières expertes décrivent volontiers les patients et les familles avec lesquels elles ont eu un lien spécial et pour lesquels elles ont eu le sentiment que ce lien a, d'une certaine manière, [...] permis à l'infirmière de mieux comprendre le monde du patient et ce qui était important pour lui » (Benner et al., 2009, p. 165).

¹⁶⁵ Traduction : « Les infirmières, dans leurs récits de cette étude, montrent à plusieurs reprises comment le jugement clinique exige de particulariser les prescriptions et les abstractions formelles en comprenant comment ce patient réagit dans ces circonstances » (Benner et al., 2009, p. 252).

¹⁶⁶ Traduction : « L'infirmière a décrit son implication émotionnelle et comment cela la dérangeait de voir H. si malade. Elle évoque la compréhension de son univers : " Ma dernière image de lui était cet homme assis dans son lit, délirant sur son petit-fils ". Pour cette infirmière, le patient n'est plus un cas médical mais une personne avec une vie pleine de sens. Elle est engagée émotionnellement dans une partie de son univers de vie et "se sent mal" de voir son déclin. Cette implication émotionnelle lui permet de répondre à la famille d'une manière sensible et significative » (Benner et al., 2009, p. 232-233).

¹⁶⁷ Traduction : « La syntonie émotionnelle est centrale pour un comportement clinique et éthique expert. » (Benner et al., 2009, p. 184)

biomédical défensif à reliant), nous conduisant à inscrire ces derniers dans un continuum de transformations des infirmiers en psychiatrie, auprès des patients. Au-delà de l'explication par les stades de développement, ce continuum nous semble pouvoir être compris à la lumière d'un facteur plus exogène, le parcours professionnel tacite, de l'intra vers l'extrahospitalier, dans lequel s'inscrivent, généralement, les infirmiers en psychiatrie.

13.2. Le « modelage » par les environnements intra et extrahospitaliers : résultat d'un parcours de professionnalisation, à tonalité biomédicale, tacite

L'ACP a montré que les profils et régimes identifiés se distinguaient de façon significative par la nature de l'expérience, plus ou moins intra et/ou extrahospitalière et le lieu d'exercice (également intra et/ou extrahospitalier au moment de l'enquête). Nous montrerons tout d'abord le « modelage » semblant exister, par les environnements intra et extrahospitalier. Puis nous expliquerons en quoi il semble s'inscrire dans un parcours de professionnalisation tacite à tonalité biomédicale.

13.2.1 Un « modelage » des profils par les environnements intra et extrahospitaliers

Nous ferons apparaître ici les liens existants entre les caractéristiques des profils « déliant biomédical défensif » et la prégnance de l'expérience intrahospitalière dans leur parcours et, à l'opposé, les liens entre les profils apprenants de/par la relation et reliants et la prégnance de l'expérience extrahospitalière.

13.2.1.1 Les déliants biomédicaux défensifs : prégnance de l'expérience professionnelle

Notre analyse fait apparaître que les déliants biomédicaux défensifs sont essentiellement représentés par des individus ayant une expérience moyenne dans l'intrahospitalier supérieure à l'expérience moyenne dans l'extrahospitalier et travaillant, au moment de l'enquête, en intrahospitalier. Ce résultat fait écho à plusieurs études étrangères, montrant l'existence d'un lien entre une faible empathie, des attitudes négatives vis-à-vis des patients et l'exercice en intrahospitalier des infirmiers en psychiatrie (Hansson et al. 2011; Linden & Kavanagh 2012, Hsiao et al., 2015, Dulay et al., 2018). Ce constat peut s'expliquer par quelques grandes caractéristiques de l'intrahospitalier selon nous : un environnement particulièrement touché par la violence, où la logique biomédicale et d'« ex-compagnement » des patients (Mougeot, 2019) prédomine, auprès de patients le plus souvent en phase aigüe.

Des infirmiers exposés à un environnement particulièrement touché par la violence

Les déliants biomédicaux défensifs travaillent actuellement en intrahospitalier et/ou ont été exposés, dans leur parcours, plus longuement que les autres, à cet environnement, qualifié par la HAS, comme le plus touché par la violence au sein du secteur hospitalier : « En France, 400 000 personnes sont hospitalisées chaque année dans des établissements et services psychiatriques. Il s'agit du secteur hospitalier le plus touché par la violence » (HAS, 2016). Cependant, comme le rappelle l'HAS, « seuls 2% des patients hospitalisés ont des moments de violence répétés » (HAS, 2016). La violence y est présentée comme découlant de trois facteurs : « l'état de santé du patient et l'évolution de sa maladie ; le contexte de son

hospitalisation : l'institution, l'environnement physique, le fonctionnement du service ; les interactions individuelles avec les autres patients et les professionnels de santé » (HAS, 2016). Ce contexte peut ainsi contribuer à expliquer les dimensions de déliance et de défense du profil «déliant biomédical défensif ».

Une logique biomédicale et d' « ex-compagnement »

Par ailleurs, l'importance du traitement médicamenteux dans le soin en intrahospitalier, orienté par la recherche de réduction voire d'élimination des symptômes, peut contribuer à expliquer le genre professionnel biomédical, associé aux infirmiers de ce profil de même que la dimension déliante en lien avec l'objectivation du patient, caractéristique de ce genre professionnel. De plus, un contexte de recherche de réduction des temps d'hospitalisation, faisant dire à Mougeot que la pratique soignante, à l'hôpital s'apparente davantage à l'« excompagnement », qu'à l'accompagnement, ainsi que des effectifs soignants en décroissance ne semblent pas favoriser le développement de la relation avec les patients. Ces interprétations trouvent un écho dans un étude anglophone: « *This may be due, in part, to acute mental health nurses primarily driven by the taskoriented care with restricted time in direct contact with the patients* »¹⁶⁸ (Hsiao et al., 2015).

La prégnance de l'expérience auprès de patients en phase aiguë ?

Par ailleurs, ces infirmiers ont pris soin, essentiellement, depuis le début de leur carrière, ou prennent soin actuellement, de patients en phase aiguë, ce qui implique une exposition à des moments de crise du patient, durant lesquels ces derniers n'apparaissent pas sous leur jour le plus favorable. Ce vécu peut instiller des attitudes négatives vis-à-vis de ces derniers comme le soulignent Hsiao and al : « *Additionally, mental health nurses in acute psychiatric units often encounter severely afflicted patients, which may likely instil negative attitudes* »¹⁶⁹ (Hsiao et al., 2015).

13.2.1.2 Les « apprenants de la relation » et les « reliants » : prégnance de l'expérience extrahospitalière

De l'autre côté, notre étude quantitative fait apparaître que les apprenants de/par la relation et les reliants sont essentiellement représentés par des individus ayant une expérience moyenne dans l'extrahospitalier supérieure à l'expérience moyenne dans l'intrahospitalier ou travaillant, au moment de l'enquête, en extrahospitalier. Une expérience en psychiatrie plus « extrahospitalière » pourrait ainsi contribuer à expliquer des profils « apprenants de/par la relation » et « reliants ». L'accompagnement au long cours et dans la cité, la possibilité de déploiement des activités sociothérapeutiques et des entretiens, l'accompagnement de patients stabilisés, l'autonomie des infirmiers, un cadre de travail favorable pour ces derniers, mais aussi les enjeux liés à la création et la préservation de la relation sont autant de facteurs qui semblent susceptibles de favoriser l'établissement d'une relation compréhensive et

¹⁶⁸ Traduction : « Cela peut être dû, en partie, au fait que les infirmières en santé mentale aiguë sont principalement motivées par les soins axés sur les tâches, avec un temps limité en contact direct avec les patients » (Hsiao et al., 2015).

¹⁶⁹ Traduction : « En outre, les infirmiers en santé mentale dans les unités de psychiatrie aiguë rencontrent souvent des patients gravement atteints, ce qui peut probablement leur inculquer des attitudes négatives »(Hsiao et al., 2015).

intersubjective entre les infirmiers et les patients au sein des structures extrahospitalières.

Un accompagnement au long cours dans la cité

Les structures extrahospitalières désignent principalement les Centres médico-psychologiques (CMP), les Hôpitaux de Jour (HDJ), les Centres d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP). Dans notre étude quantitative, la nature de ses structures n'a pas été précisée.

Les CMP sont, d'après la circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique en santé mentale, « des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile » (Merkling, 2016, p. 52). Le HDJ propose « des soins polyvalents et intensifs [...] durant tout ou partie de la journée, au cours d'une journée ou de quelques jours par semaine [...] Il ne s'inscrit [...] pas dans l'urgence mais le long terme. La réinsertion, l'autonomisation, la stimulation sont les objectifs centraux de ces structures, dont les prises en charge psychothérapeutiques ne sont pas exclues » (Merkling, 2016, p. 52). Enfin, les CATTP ont pour objectif de « maintenir ou favoriser une existence autonome par le biais d'activités thérapeutiques de groupe » (Merkling, 2016, p. 53). Ces activités sont de tout ordre : « musique, peinture, expression corporelle, groupes de parole par exemple » (Psycom, 2020). Aussi, comprenons-nous que l'accompagnement en structures extrahospitalières se produit dans un « espace-temps dilaté », à l'inverse de l'accompagnement intrahospitalier (en général).

L'accompagnement du patient sur des périodes longues et dans les lieux de son quotidien, vont de pair avec la création d'un lien entre l'infirmier et le patient pour Amélie, infirmière en CMP 170 :

Donc là, précisément sur le CMP, les patients psychotiques qu'on suit, c'est vraiment du long cours et un accompagnement à domicile dans la vie quotidienne du patient. Donc là pour le coup, c'est.. quand ça accroche, quand il y a un lien qui se crée et qu'on prend un patient en charge sur le long cours, effectivement, là il s'agit d'une vraie rencontre car le patient accepte qu'on aille chez lui.

Evelyne fait par ailleurs l'hypothèse qu'un échange, hors des lieux associés au soin par la patiente (CMP et domicile de la patiente), a peut-être contribué à « libérer » sa parole et à se confier à la soignante :

Mais les VAD, en l'occurrence là avec la dame, on a discuté en allant laver à la laverie automatique, c'était pas chez elle, c'était pas derrière un bureau pour son pilulier. On sort de chez elle, on fait un truc qu'on fait pas tous les jours, enfin c'est peut-être le hasard aussi.

Ainsi le cadre spacio-temporel du soin semble-t-il donner l'opportunité à la relation, de se créer.

La prégnance des activités sociothérapeutiques et des entretiens

D'autre part, les activités sociothérapeutiques et les entretiens, bien que relevant de l'intra et

¹⁷⁰ Les témoignages d'Amélie utilisés dans cette partie sont issus de quelques entretiens enregistrés et transcrits en amont de cette recherche, dans le cadre de notre travail avec le Groupe Hospitalier Paul Guiraud.

de l'extrahospitalier semblent se déployer plus aisément dans les structures extrahospitalières. Pour Yolande, au CMP : « On fait beaucoup plus d'ateliers, accueil, évaluation, orientation. »

Des témoignages d'infirmiers sur le forum du site Internet « Infirmiers.com » nous indiquent que leurs journées se répartissent entre le suivi médicamenteux (injections, pilulier etc.) les entretiens, les visites à domicile (VAD) et les activités thérapeutiques :

En fait, l'organisation varie selon les CMP (et l'humeur du chef de service...) ; là où je suis, les visites à domicile et les entretiens au CMP nous occupent l'équivalent de deux jours par semaine. Nous participons tous à des activités thérapeutiques, deux à trois demi-journées, et le reste du temps est consacré aux consultations avec le médecin, aux statistiques à faire sur ordi, aux coups de fil à passer à droite et à gauche, aux réunions de service, aux synthèses, aux permanences au CMP. (Dino, 2008)

Et Gabriel75, d'ajouter, sur le même forum : « En termes d'organisation du travail dans un CMP il y a donc des visites à domicile, des entretiens d'accueil et des injections ... » (Gabriel75, 2015).

L'accompagnement de patients stabilisés

Par ailleurs, les structures extrahospitalières ont pour point commun d'accompagner des patients dont « l'expression symptomatique » est « moins aigüe » et la « perte d'autonomie moins importante » (Merkling, 2016, p. 52). Ils sont dits « stabilisés ». Cet état semble potentiellement, plus favorable à l'établissement d'une relation, du point de vue du patient, mais aussi du point de vue de l'infirmier, auquel il serait donné de voir le patient sous un jour plus avantageux et des angles différents. Cette condition du patient pourrait ainsi faciliter la relation.

L'autonomie des infirmiers

Par ailleurs, les infirmiers interviewés, ici Yolande puis Evelyne, infirmières en CMP évoquent une autonomie plus grande dans l'extrahospitalier :

J'ai souhaité travailler sur l'extrahospitalier euh pour avoir des prises en charge beaucoup plus euh, par rapport à l'autonomie de travail, à la disponibilité au patient et puis euh, on travaillait dans un autre système d'équipes puisqu'en intra, on travaille énormément en équipe, on a moins de décision personnelle à prendre alors que sur l'extra, on demande à être quand même très très autonome. [...] c'est qu'on bénéficie d'une grande autonomie dans notre organisation, on gère nos plannings les uns en fonction des autres déjà pour assurer une permanence sur le CMP et quand on est plusieurs on envisage des rendez-vous pour des visites à droite à gauche, c'est nous qui manageons notre temps, alors qu'à l'hôpital il y a des timing préétablis, le travail en équipe est, on travaille les uns avec les autres.

Cette autonomie, cette marge de manœuvre, s'exprime dans des témoignages montrant comment les professionnelles parviennent à transformer des moments de suivi médicamenteux en « moments relationnels ».

Tout d'abord, Manon voit dans le soin technique, médicamenteux, l'opportunité, le prétexte pour une entrée en relation avec le patient :

Et c'est vrai que tous les patients pour qui ça ne pose pas de problème, que ce soit un nouveau ou une nouvelle qui fasse l'injection, beh on dit « commence par là », à faire l'injection. Même si on peut dire que c'est pas toujours simple, que c'est un geste intrusif et que certains patients le vivent mal, on le fait pour les patients qui sont vraiment très au clair avec ça, qui acceptent leur traitement. Du coup, ça permet à la fois de faire connaissance et qu'il y ait quelque chose du soin technique qui soit là pour entrer en contact.

Plus loin, on voit comment Manon, transforme le moment de l'injection en un moment relationnel, avec l'accord du patient et comment ce dernier devient à ses yeux, plus qu'un patient, un parent comme un autre :

Après on se dit peut-être qu'effectivement pour lui, l'injection, c'est pas un espace de thérapie et il a pas envie, c'est une possibilité aussi, du coup, la fois d'après moi j'le tente un peu bourrin j'lui dis : « Je crois que vous avez eu votre petit garçon pendant les vacances » il m'dit oui on a fait ci, on a fait ça, c'était la première fois que je le voyais autant parler et tout d'un coup il me dit, comme tous les parents du monde « il est encore petit quand même, il a douze ans. Je vais pas partir en débat, douze ans c'est plus petit euh mais c'était tout à fait adapté : « c'est encore un petit quand même ». Très fier etc. Voilà.

Le récit de Lina montre comment une activité sociothérapeutique, un atelier couture, proposé à une patiente, a enclenché la relation et transformé son regard sur la patiente :

Lina : [...] j'ai animé une activité couture, c'était une dame qui arrivait qui voulait rien faire, elle ne voulait absolument rien faire, elle arrivait, son sac dans le dos elle gardait son manteau, elle gardait son manteau, son sac dans le dos et toute la journée, pendant tout son passage au CATTP, c'était comme ça et je sais pas, j'ai eu l'idée de lui demander si elle voulait bien faire, participer à l'activité couture elle m'a dit oui, [...] c'est là qu'elle me raconte qu'elle faisait des costumes pour ses enfants euh à l'école, qu'est-ce qu'elle me raconte, j'avais peine à croire qu'elle faisait des costumes qu'elle maîtrisait la couture, et en effet elle a acheté du tissu avec sa fille, et elle a fait un costume et elle était beaucoup plus animée. C'était plus la dame qui arrivait au CATTP avec son sac dans le dos assise sur sa chaise, ne bougeant pas elle était, elle était vivante, animée grâce à la couture.

Le chercheur : Et du coup, justement, quand vous découvrez ça, est-ce que ... ?

Lina : Ça change parce qu'on a pu communiquer aisément, parce qu'avant on ne pouvait pas discuter avec elle, parce que j'ai su trouver une activité qui pouvait changer ce côté dépressif qu'elle avait, voilà.

Le chercheur : Voilà, du coup la parole s'est ouverte sur...

Lina : Sur sa maladie, sa vie d'avant, sa vie de famille, parce qu'elle vivait seule cette dame.

Un cadre de travail favorable

En extrahospitalier, la plupart du temps, le travail des infirmiers se répartit du lundi et vendredi, de 9h à 17h et les jours fériés sont chômés, ce qui permet un meilleur équilibre de vie comme le rappelle Evelyne :

Voilà, et en fait c'est par des choix familiaux que j'ai souhaité intégrer un CMP pour ne plus avoir nécessairement le rythme lié au fonctionnement des services, les week-ends, un sur deux, les matins, les alternances matin et après-midi, donc là en CMP, c'est quand même beaucoup plus confortable, entre guillemets, on travaille en jours ouvrables, on a nos week-ends, nos jours fériés, donc c'est le bonheur.

Répondant à la question d'un infirmier novice concernant le travail en extrahospitalier sur le forum d'« infirmier.com », un infirmier en psychiatrie déclare être moins stressé : « Le travail

n'y est pas vraiment stressant, beaucoup de relationnel, d'entretiens, d'observation ,de suivi éducatif sur le long terme » (Gabriel75, 2015). Sur le même forum, un autre déclare avoir plus de temps : « Bonjour, Je peux te partager mon expérience en maison pour ados. Et bien après 2 expériences en services hospi ; j' apprécie beaucoup . Beaucoup plus de temps ; horaires plus confortable [...] » (Kro.ide, 2019).

Ainsi, nous faisons l'hypothèse que des modalités de travail permettant un meilleur équilibre de vie chez les infirmiers, leur permettraient d'être dans des dispositions plus favorables à la relation avec les patients.

Les enjeux de la création et de la préservation de la relation

Seule une partie des patients suivis par un CMP par exemple, le sont dans le cadre d'un programme de soins psychiatriques sans consentement. Aussi, nombreux sont les patients, libres de ne pas se présenter aux rendez-vous pour les injections par exemple. Or, l'une des missions des infirmiers en extrahospitalier est de maintenir autant que possible les patients dans la cité et d'éviter une hospitalisation. Nous comprenons que plus la relation établie entre le patient et le ou les infirmier(s) sera de qualité, plus les chances que le patient prenne son traitement sont fortes, plus il y a de chances pour que le patient reste en contact avec les professionnels.

Comme le souligne Evelyne, le lien permet d'éviter que le patient ne « s'égare dans la nature », lui donne un repère en cas de problème :

J'aurais, la seule chose qu'on essaie de garder, de créer, de nouer ce lien avec le CMP, qu'ils aient un peu confiance en nous, au moins qu'ils viennent déjà un peu ici, qu'ils soient pas dans la nature complètement égarés voilà, qu'ils sachent que s'ils ont un problème qu'ils pourront venir vous voir, de nouer, de créer et de maintenir.

Au-delà , se joue « la tranquillité » de la cité...

13.2.1.3 Les limites de l'explication des profils et régimes par la nature de l'expérience

Nous sommes conscients néanmoins des limites de l'explication par la nature de l'expérience plus ou moins intra ou extrahospitalière. L'extrahospitalier n'a pas, en effet, le monopole de l'établissement de relations intersubjectives entre patients et infirmiers, de même que les relations ou interactions à visée instrumentale ne sont pas le fait exclusif de l'intrahospitalier, comme nous avons pu le constater lors de nos entretiens. Aussi, le degré d'exposition à tel ou tel cadre de soins (intra ou extrahospitalier) ne suffit pas à expliquer les profils dégagés.

Par exemple, le cadre de soin extrahospitalier apparaît certes, comme offrant un potentiel relationnel peut-être plus important que l'intrahospitalier, un espace-temps « capacitant » pour la relation entre l'infirmier et le patient. Cependant, comme nous avons pu le laisser entrevoir, les modalités d'accompagnement varient selon la nature des structures (CMP, HDJ, CATTP) et au sein même d'un type de structure (le nombre et la durée des entretiens et des activités sociothérapeutiques peuvent varier par exemple, de même les visites à domicile). Ensuite, les patients ne sont pas spontanément disposés à s'épancher auprès des infirmiers dans le cadre d'un acte technique, finalement assez bref . C'est ce qu'illustre ce témoignage de Evelyne :

Dans notre activité, on reçoit les patients pour des piluliers pour des injections, donc globalement on les reçoit entre un quart d'heure et une demi-heure, on sonde le quotidien, en se disant il y aura peut-être un début d'information intéressante, quelque chose de palpable dans ce qu'ils rapportent, c'est pas toujours le cas, en général, il y en a qui sont « lisses » entre guillemets, qui nous délivrent pas grand-chose : « oui ça va bien, oui il fait beau ».

Manon pointe également le fait que le soin technique n'est peut-être pas identifié comme un moment relationnel thérapeutique par les patients :

Ce monsieur qui ne nous en dit rien, qui vient qui fait sa piqûre qui à peine nous dit bonjour bonsoir, [...] bon après on se dit peut-être qu'effectivement pour lui, l'injection, c'est pas un espace de thérapie et il a pas envie, c'est une possibilité aussi, du coup [...]

D'autre part, la mission de contrôle des patients par les structures extrahospitalières peut conduire à l'établissement d'une relation ou plutôt, d'une série d'interactions plus instrumentales que compréhensives et intersubjectives, n'impliquant pas de changement de regard sur le patient, de la part des infirmiers. Enfin, dans le cadre d'un plan de soins sans consentement, on peut imaginer que la relation serait plus difficile à établir, mais il s'agit là d'une hypothèse à vérifier...

Enfin, Hélène, Justine et bien d'autres infirmiers en psychiatrie rencontrés nous ont apporté des témoignages du travail réalisé pour établir des relations avec les patients, dans le cadre de l'intrahospitalier que nous ne détaillerons pas ici. Aussi, ne pouvons-nous que réitérer, certes, la contribution de la nature de l'expérience plus ou moins intra ou extrahospitalière aux profils et régimes dégagés, sans toutefois y trouver la seule et unique explication. Cette recherche met en évidence à quel point la création de la relation est aléatoire, son maintien fragile et dépend de la capacité et de la volonté des infirmiers en psychiatrie à créer ou saisir des opportunités de l'établir, de la proactivité caractéristique des apprenants de/par la relation et des reliants.

13.2.2 Un « modelage » inscrit dans un parcours de professionnalisation, à tonalité biomédicale, tacite ?

Par ailleurs, ce « modelage » par l'environnement intra ou extrahospitalier, nous apparaît comme relevant d'un parcours de professionnalisation inscrit dans un paradigme biomédical d'une part, et comme étant tacite d'autre part. Après avoir présenté, les éléments issus de l'ACP, nous laissant entrevoir un parcours professionnel allant de l'intra vers l'extrahospitalier, nous présenterons les témoignages issus de la littérature et de nos entretiens, permettant d'étayer cette perception.

13.2.2.1 Perception d'un parcours de l'infirmier en psychiatrie de l'intra vers l'extrahospitalier

Comme vu précédemment, c'est chez les déliants biomédicaux défensifs que l'expérience intra est la plus prégnante en comparaison avec l'expérience en extrahospitalier et ce sont ceux qui déclarent le plus souvent travailler en intrahospitalier au moment de l'enquête. Or, c'est au sein de ce profil que l'on retrouve les infirmiers détenteurs des diplômes les plus récents (obtenus entre 2012 et 2016), les infirmiers les moins expérimentés de notre échantillon (avec des moyennes d'expérience comprises entre 0,5 et 6 ans). C'est également

parmi les déliants biomédicaux défensifs que l'on trouve les infirmiers les plus jeunes de notre étude (les moins de 25 ans et les 25-40 ans). Aussi, les infirmiers « les plus nouveaux » en psychiatrie, au sein de notre étude, sont aussi ceux dont la carrière professionnelle en psychiatrie est le plus marqué par la prégnance de l'intrahospitalier et qui y travaillent au moment de l'enquête.

D'un autre côté, on trouve chez les apprenants de/par la relation et les reliants le plus grand nombre d'individus possédant une expérience extrahospitalière, supérieure à l'expérience en intrahospitalier et exerçant au moment de l'enquête en extrahospitalier.

Or, ces profils se retrouvent surtout chez les infirmiers titulaires des diplômes les plus anciens, obtenus soit avant 1995, soit entre 1996 et 2009, ils comptent parmi les infirmiers les plus expérimentés, avec des moyennes d'expérience comprises entre 6 et 43 ans. C'est parmi eux que se trouvent les infirmiers les plus âgés (les 41-55 ans et les plus de 56 ans). Aussi, les infirmiers les plus « aguerris » en psychiatrie, au sein de notre étude, sont aussi ceux dont la carrière professionnelle en psychiatrie est la plus marquée par la prégnance de l'extrahospitalier et qui, au moment de l'enquête y exercent.

Ce résultat semble indiquer une augmentation de la proportion de l'extrahospitalier dans la carrière, avec le temps et l'augmentation de l'expérience. Il est renforcé par une répartition des infirmiers, au moment de l'enquête, dans laquelle « les plus nouveaux » en psychiatrie, exercent en intrahospitalier, alors que « les plus aguerris », exercent en extrahospitalier. Ensemble, ces constats nous laissent entrevoir l'existence d'un parcours de l'infirmier de l'intra vers l'extrahospitalier.

13.2.2.2 Existence d'un parcours de professionnalisation à tonalité biomédicale, tacite

Des témoignages d'infirmiers vont dans le sens de l'existence d'un parcours, dans une visée formative. Ce parcours a pour caractéristiques de considérer l'exposition aux manifestations aiguës des pathologies comme une première étape fondamentale dans la formation de l'infirmier en psychiatrie et d'être tacite.

Un parcours de professionnalisation inscrit dans un paradigme biomédical du soin

En écho à ce résultat, Monique Lefouler, qui a travaillé dans l'intrahospitalier de 1978 à 1986, présente d'emblée l'hôpital comme un lieu de formation : « Au bout de dix ans, j'en avais assez de l'intra-hospitalier, ce qu'en terme du métier nous appelons l'"intra". Ça m'avait formée certes, mais j'avais fait mon temps et il me semblait plus intéressant de passer à autre chose [...] » (Lefouler, 2005, p. 145).

Selon Evelyne, infirmière en CMP interviewée lors de la phase qualitative de notre étude, l'intrahospitalier permet de développer ses connaissances des pathologies : « Je pense que c'est bien d'avoir acquis un peu d'expérience des pathologies en intra, de voir un peu les types de réaction. » Elle précise qu'il est important d'être exposé à des patients en phase aiguë : « On les voit en phase aiguë donc des manifestations fortes. »

Pour elle, commencer par l'intra lui a permis également de connaître le fonctionnement de l'hôpital : « Je pense qu'il m'aurait manqué quelque chose si j'étais venue là d'emblée sans connaître le fonctionnement de l'hôpital. On est toujours en lien puisque les CMP travaillent

avec les services enfin du même secteur. »

L'intrahospitalier serait par ailleurs un lieu d'exercice choisi par les infirmiers inexpérimentés car « sécurisant », ce qui, peut sembler, au vu des témoignages d'infirmiers recueillis dans notre étude notamment, étonnant. Pour Evelyne, le travail en intrahospitalier est rassurant du fait de la présence d'une équipe : « C'est plus rassurant parce qu'il y a une permanence médicale à tout moment, il y a toujours du monde, il y a les renforts, on sait qu'il y aura toujours quelqu'un. Là, si vous vous retrouvez seule au domicile au moment où la personne commence à clasher ..ça devient très différent... » Ce témoignage fait écho au constat de Boiteau et Baret : « les infirmiers inexpérimentés en psychiatrie préfèrent débiter leur carrière en « intra », sécurisés par une équipe plus présente et un travail qui nécessite moins d'autonomie » (Boiteau & Baret, 2016, p. 202).

Un parcours de professionnalisation tacite

Enfin, il semblerait que ce parcours soit tacite. Nous n'avons trouvé, en effet, nulle part de règles obligeant les infirmiers nouveaux en psychiatrie à commencer à travailler à l'hôpital, néanmoins, les témoignages recueillis lors de nos entretiens et les recommandations réalisées par des infirmiers plus anciens à des plus jeunes, sur le forum d'infirmiers.com, manifestent l'existence de l'idée, chez les professionnels que l'intrahospitalier est le lieu idoine et incontournable pour apprendre sur les pathologies et se former. Cette association de la formation à l'apprentissage sur les pathologies semble témoigner d'une vision biomédicale du soin en psychiatrie, bien ancrée.

Cette partie montre le poids de l'environnement intra ou extrahospitalier dans les profils d'infirmiers identifiés. Elle fait apparaître également un parcours privilégiant une approche biomédicale du soin en psychiatrie, dans lequel la connaissance des pathologies précède la connaissance des patients et l'établissement de la relation.

13.3 Les déliants biomédicaux défensifs et les désengagés : des infirmiers vulnérables

Se dégage, de ces premières interprétations, le constat de la vulnérabilité de certains profils d'infirmiers en psychiatrie : les déliants biomédicaux défensifs et les désengagés. Nous nous intéresserons aux causes possibles de la vulnérabilité des déliants biomédicaux défensifs et des désengagés faiblement expérimentés dans un premier temps, puis à celles des désengagés très expérimentés.

13.3.1 Les déliants biomédicaux défensifs et les désengagés faiblement expérimentés : causes possibles de vulnérabilité

Nous relierons la vulnérabilité des premiers à des facteurs plutôt endogènes ayant à voir avec les premières phases du développement professionnel et à des facteurs plus exogènes comme la faiblesse de leur formation en psychiatrie et l'expérience intrahospitalière à laquelle ils sont confrontés très tôt dans leur carrière, dans le cadre d'un parcours relevant, possiblement d'une pratique institutionnelle de récompense de l'ancienneté.

13.3.1.1 Les premières phases de développement professionnel

Nous comprenons les premiers temps du professionnel infirmier passés dans une institution, comme des moments de vulnérabilité forte, en lien avec la construction d'un rôle d'infirmier et la phase de dualité qui lui est inhérente mais aussi, en lien avec la désillusion issue du décalage entre le métier rêvé et la réalité, conduisant à un renoncement au rôle d'infirmier « fantasmé ».

La construction d'un rôle d'infirmier et une phase de dualité

Pour Benner et ses collègues, les *advanced beginners* sont plutôt dans un « *acting like a nurse* » (Benner et al., 2009, p. 84) et « *struggle to take on the mantle of professional nursing [...]* » (Benner et al., 2009, p. 74). Ils s'interrogent sur leur rôle, les formes de relations à établir avec les patients, le degré de proximité à établir avec eux, la famille, les collègues etc. (Benner et al., 2009, p. 80). Ces comportements font écho à notre étude qualitative, laquelle montre que l'apprentissage d'un rôle de soignant en maîtrise et distancié du patient est le plus fréquent chez les infirmiers possédant entre 1 et 7 ans d'expérience en psychiatrie. Elle résonne également avec la deuxième phase de socialisation professionnelle de Hughes et Davis, durant laquelle les professionnels s'installent selon Hughes « dans la dualité » (Dubar, 2015, p. 135). Pour nous, cet « entre-deux » dans lequel les infirmiers se trouvent dans leurs premières années d'exercice est source de vulnérabilité.

Benner et ses collaboratrices, dans l'ouvrage exploré précédemment, mettent en avant par ailleurs, la vulnérabilité des infirmiers au stade « *competent* ». Avec l'apprentissage expérientiel, la prise de conscience des limites du savoir scientifique et des compétences des autres professionnels émerge à ce stade une crise de confiance, qui débouche sur un sentiment accru de responsabilité chez les infirmiers :

*The competent nurse experiences a crisis in trust about two sources of knowledge and guidance for practice that were previously unquestioned. First, scientific knowledge and analytical approaches to managing clinical situations are now recognized as incapable of standing alone. Second, coworkers are now recognized as fallible both in their fund of knowledge and in the correctness of their practical grasp and capacity to manage all situations. The breakdown in trust in this resource environment contributes to the competent nurses hypertrophied sense of responsibility*¹⁷¹ (Benner et al., 2009, p. 96).

De la montée de la désillusion au renoncement au rôle d'infirmier « fantasmé »

Ce stade est celui de la désillusion qui peut conduire les infirmiers à se demander « si le jeu en vaut la chandelle » et à quitter définitivement leur emploi : « *Failed expectations at this point of disillusionment and a sense of hyperresponsability make the entrant feel vulnerable and*

¹⁷¹ Traduction : « L'infirmière compétente vit une crise de confiance à l'égard de deux sources de connaissances et d'orientation de la pratique qui étaient auparavant incontestées. Premièrement, les connaissances scientifiques et les approches analytiques de la gestion des situations cliniques sont désormais reconnues comme incapables de se suffire à elles-mêmes. Deuxièmement, les collègues sont maintenant reconnus comme faillibles, tant dans leur fonds de connaissances que dans l'exactitude de leur compréhension pratique et leur capacité à gérer toutes les situations. La rupture de la confiance dans cet environnement de ressources contribue à l'hypertrophie du sens des responsabilités des infirmières compétentes » (Benner et al., 2009, p. 96).

question whether the work demands are worth the personal cost »¹⁷² (Benner et al., 2009, p. 122).

Ce stade fait écho à la première phase de socialisation professionnelle décrites par Hughes, Davis, et Dubar » (Dubar, 2015) mais aussi au résultat de notre recherche qualitative montrant, que les infirmiers les moins expérimentés (1 à 7 ans d'expérience) déclaraient le plus souvent des apprentissages du renoncement au pouvoir du soignant, témoignant de l'abandon d'une identité de soignant fantasmée, dans la confrontation à la réalité (limites de la psychiatrie, volonté du patient etc.).

On remarquera que chez Benner, la « lutte » pour la construction du rôle, précède la désillusion, alors que dans les stades de socialisation professionnelle de Dubar, Hughes et Davis, c'est l'inverse, à l'instar de ce que nous avons proposé dans notre étude qualitative. Dans tous les cas, ces états et cette vulnérabilité mise en évidence, concernent les déliants biomédicaux défensifs.

13.3.1.2 Une formation limitée en psychiatrie

A la vulnérabilité issue d'un « choc de la réalité [...] » (*reality shock*) (Dubar, 2015, p. 136) et de l'apprentissage d'un rôle, installant les infirmiers les moins expérimentés dans une certaine dualité, s'ajoute la vulnérabilité provenant d'un manque de formation en psychiatrie (la dernière étant d'ailleurs probablement l'une des causes des deux premières). Les déliants biomédicaux défensifs sont représentés par les infirmiers de notre étude, les moins formés à la psychiatrie. Ce sont d'une part, les infirmiers ayant bénéficié de la formation initiale issue du référentiel de 2009, d'autre part les infirmiers déclarant ne pas avoir bénéficié d'une formation en psychiatrie, en plus de leur formation d'infirmier.

Une formation initiale plus « somatique » et transversale que psychiatrique

Les infirmiers ayant bénéficié de la formation initiale issue du référentiel de 2009 sont essentiellement associés au profil « déliant biomédical défensif ».

Comme nous l'avons montré dans notre première partie sur le contexte, les infirmiers formés selon ce référentiel ont vu la part de la psychiatrie réduite dans leur formation et l'augmentation de la part des contenus « somatiques ». Rappelons les chiffres les plus probants :

- dans la formation de l'infirmier, la part du « temps de formation total maximal (obligatoire + potentiel) » en psychiatrie est de 32% depuis 2009. Cela signifie qu'un étudiant infirmier souhaitant se spécialiser dans ce domaine ne pourra y consacrer qu'un tiers de son temps d'étude.

- la part de la formation en psychiatrie dans le socle obligatoire est de 9% depuis 2009 ce qui signifie qu'un étudiant infirmier, choisissant en dernière instance l'exercice en psychiatrie ou n'ayant pu se former dans la part de temps optionnel, à la psychiatrie, rejoindra un service avec une formation extrêmement limitée. La « dilution » de la discipline psychiatrique visible

¹⁷² Traduction : « Des attentes déçues à ce stade de désillusion et un sentiment d'hyperresponsabilité font que le nouveau venu se sent vulnérable et se demande si les exigences du travail valent le coût personnel » (Benner et al., 2009, p. 122).

à travers la déspecialisation terminologique et la dissémination des enseignements psychiatriques depuis 2009, n'aura pas contribué à lui donner à voir la psychiatrie comme une spécialité et aura probablement contribué à lui donner une culture biomédicale du soin.

L'absence de suivi d'une formation en psychiatrie, en plus de la formation d'infirmier

Les infirmiers déclarant ne pas avoir bénéficié d'une formation en psychiatrie en plus de leur formation d'infirmier (de type consolidation des savoirs ou autre) sont essentiellement associés aux profils « déliant biomédical défensif » et « désengagé ». Cependant, nous ne connaissons pas la teneur de ces formations (durée etc.).

Des formations au tutorat encore limitées

Par ailleurs, dans le cadre de notre étude, 56,8% des diplômés entre 2012 et 2019 déclarent avoir bénéficié d'un accompagnement tutoral. Bien que le tableau ci-dessous montre une nette augmentation de la proportion de tutorés en fonction de la période d'obtention du diplôme (alors qu'ils sont 34,2% chez les infirmiers diplômés entre 1996 et 2009, ils sont 56,8% chez les diplômés entre 2012 et 2019, peut-être sous l'effet des recommandations de la DGOS de 2007), il n'en demeure pas moins que presque la moitié des diplômés entre 2012 et 2019 déclare ne pas avoir bénéficié de cet accompagnement.

Période diplôme	Jamais	Tutorat	Total
2012-2019	43,2%	56,8%	100%
1996-2009	65,8%	34,2%	100%
Av1995	69,7%	30,3%	100%

Tableau 21 : Répartition des infirmiers ayant bénéficié d'un tutorat, en fonction de la période d'obtention de leur diplôme

Le rapprochement de ces constats nous conduisent à imaginer une formation en psychiatrie, réalisée essentiellement « sur le tas », pour ces profils. Notre questionnaire ne nous ayant pas permis de recueillir davantage d'informations concernant les formations suivies, dans le cadre de la formation continue, nous conserverons une réserve sur ce sujet.

13.3.1.3 Une pratique institutionnelle de récompense de l'ancienneté ?

Enfin, comme nous l'avons vu précédemment, les déliants biomédicaux défensifs sont les plus représentés parmi les infirmiers ayant un parcours « plus intra qu'extrahospitalier », dans le cadre d'un parcours de professionnalisation tacite. Cela signifie que ces infirmiers, conduits probablement, par les postes ouverts au recrutement ainsi que de fortes recommandations, provenant des IFSI, des établissements (direction des soins etc.) ou des infirmiers ayant un peu d'ancienneté, commencent à travailler dans un environnement difficile, alors que, comme nous l'avons développé plus tôt, ils sont vulnérabilisés par des facteurs intrinsèques en lien avec la construction identitaire mais aussi le manque formation en psychiatrie. Certes, la raison formative est invoquée, mais l'hôpital est-il réellement le lieu idoine pour comprendre véritablement le vécu des patients ?

Et la psychose, je dirais que c'est pas à l'hôpital psychiatrique qu'on la voit, c'est à dire un patient psychotique qui est en crise, il arrive avec tous ses symptômes bruyants, on va dire, avec des troubles du comportement de l'agressivité tout ce qu'on peut voir comme panel de symptômes et puis très vite, souvent très vite, avec les traitements, ces symptômes-là sont gommés. [...]. Donc effectivement, quand vous rentrez chez certains patients psychotiques, vous voyez ce que c'est la psychose, elle vous saute à la figure. Parce qu'à l'hôpital, le patient, il est pris dans un tissu institutionnel avec des soignants qui font « Bon, écoutez, Monsieur X. là, c'est pas possible, ça fait une semaine que vous vous êtes pas douché, c'est pas possible, regardez votre chambre, on est obligé de rentrer votre chambre, vous êtes à l'hôpital, il y a des règles d'hygiène et globalement même si c'est compliqué la plupart des patients s'y plient tant bien que mal. Chez eux, ils sont chez eux, c'est leur liberté et là vous rentrez des fois dans des appartements.. et là vraiment pour le coup, vous comprenez, on se dit c'est bien de ça dont il s'agit quelque chose d'une façon d'être au monde qui est pas du tout ... [...] pas la même que celle du névrosé de base si j'ose dire. (Amélie, ISP en CMP)

Au motif formatif semble s'ajouter une raison moins fréquemment mise en avant : ce parcours permet aux plus anciens de bénéficier de conditions de travail plus favorables, au sein de l'extrahospitalier, comme développé plus tôt. Aussi, le parcours de professionnalisation se doublerait-il d'une pratique institutionnelle tacite de récompense de l'ancienneté. C'est l'hypothèse de Evelyne en tout cas. Face à notre difficulté à trouver de jeunes diplômés en extrahospitalier (dans le but de créer un échantillon de répondants, équilibré)¹⁷³, nous avons demandé à cette infirmière si son CMP accueillait cette catégorie de professionnels. Pour expliquer leur absence, elle avait émis l'hypothèse de l'existence d'une « politique institutionnelle » de récompense des infirmiers expérimentés :

Je crois que c'est des stratégies institutionnelles. Le CMP est réservé le plus souvent aux gens qui sont passés par la case hôpital. Je pense que l'extrahospitalier est réservé plutôt aux gens qui ont quelques années d'expérience. Est-ce que c'est la récompense, la cerise sur le gâteau après avoir bourlingué à droite à gauche peut-être ?

Cette pratique s'inscrirait-elle dans une stratégie de préservation des effectifs en psychiatrie, déjà difficiles à attirer ? Ne serait-elle pas par ailleurs sous-tendue par l'idée, répandue dans le monde du travail, que les « nouveaux » doivent faire leurs preuves ?

13.3.2 Les désengagés expérimentés : causes possibles de vulnérabilité

Les désengagés très expérimentés apparaissent également comme des infirmiers vulnérables il nous semble, du fait de ce qui semble s'apparenter à un « blocage » dans leur développement professionnel, d'une faible formation reçue en psychiatrie, et finalement du fait d'un temps important passé en intrahospitalier, témoignage peut-être d'un parcours moins « classique » que celui évoqué précédemment.

13.3.2.1 Des infirmiers « bloqués » dans leur développement professionnel

Ce profil d'infirmier, désengagé très expérimenté, résonne avec celui décrit par Rubin dans l'ouvrage de Benner et de ses collègues exploré précédemment (Benner et al., 2009). Ce profil est celui d'un infirmier expérimenté et considéré par l'encadrement comme ayant une pratique sûre (Benner et al., 2009, pp. 196-197) mais ne pouvant être qualifié d'expert. Cet

¹⁷³ Cette difficulté vient renforcer notre constat de l'existence d'un parcours tacite, si cela était encore nécessaire.

infirmier apparaît comme « stoppé » dans son développement professionnel. Non qualifié ou « étiqueté » dans l'ouvrage, il présente des caractéristiques communes avec le profil que nous avons nommé « désengagé » : des apprentissages cliniques faibles voire inexistant, une perception des patients stéréotypés et un « accordage » émotionnel avec ces derniers, faible, en lien peut-être avec des expériences vécues « non digérées » et une agencité et un SEP dans l'accompagnement des patients, également limités.

Des apprentissages cliniques faibles voire inexistant

Pour Rubin, les infirmiers expérimentés non experts sont enfermés dans une pratique immuable, non remise en question, qui freine le développement de leurs connaissances cliniques et de leur jugement éthique : « *From the beginning, these nurses seem to be stuck in an unchanging form of practice that severely restricts the development of their clinical knowledge and their ethical judgement* »¹⁷⁴ (Benner et al., 2009, p. 197). En substance, les apprentissages de ces infirmiers sont limités. Dans notre étude, les désengagés sont représentés par les infirmiers ayant les scores d'apprenance auprès des patients et d'apprenance « en général », les plus faibles de notre échantillon.

Patients stéréotypés et « accordage émotionnel faible » : le résultat d'expériences vécues « non digérées » ?

Par ailleurs, une des caractéristiques des désengagés est une relation « faible » avec le patient. Dans le cadre de notre enquête, ils déclarent apprendre auprès des patients surtout dans le cadre d'une interaction formelle (l'interrogatoire et l'observation notamment). Rubin constate que chez les infirmiers expérimentés mais non experts, les patients apparaissent indifférenciés et souvent réduits à des stéréotypes : « *Instead of getting to know her particular patient, she sees her as a kind of stereotype* »¹⁷⁵ (Benner et al., 2009, p. 202). Se rappelant une situation désagréable avec un patient, une infirmière déclare : « *J. is definitely the worst BPD (bronchopulmonary dysplasia) I've ever had* » faisant dire à Rubin que « *J. is not seen as a person but as a type of patient* »¹⁷⁶ (Benner et al., 2009, p. 220). Ce constat est renforcé par un manque d'engagement émotionnel en harmonie avec les patients, obstacle à la compréhension de leurs inquiétudes et de leurs besoins :

the disengaged nurses who cannot remember clinical encounters coherently [...], this is due, in part, to the lack of an attuned emotional engagement with the patient that would facilitate an understanding of the patient's concerns and problems.¹⁷⁷ (Benner et al., 2009, p. 195)

Rubin relie ainsi le comportement de stéréotypisation d'un patient par une infirmière à une expérience passée désagréable pour elle. Dans notre étude qualitative, nous avons mis en

¹⁷⁴ Traduction : « Dès le début, ces infirmières semblent être coincées dans une forme de pratique immuable qui limite fortement le développement de leurs connaissances cliniques et de leur jugement éthique » (Benner et al., 2009, p. 197).

¹⁷⁵ Traduction : « Au lieu d'apprendre à connaître sa patiente particulière, elle la voit comme une sorte de stéréotype » (Benner et al., 2009, p. 202).

¹⁷⁶ Traduction : « J. est définitivement la pire DBP (dysplasie bronchopulmonaire) que j'ai jamais eue » faisant dire à Rubin que « J. n'est pas vu comme une personne mais comme un type de patient » (Benner et al., 2009, p. 220).

¹⁷⁷ Traduction : « les infirmières désengagées qui ne peuvent pas se souvenir des rencontres cliniques de manière cohérente [...], ceci est dû, en partie, au manque d'engagement émotionnel avec le patient qui faciliterait la compréhension des préoccupations et des problèmes du patient » (Benner et al., 2009, p. 195).

évidence que certains infirmiers, comme Gabriel, bien qu'expérimenté en psychiatrie, déclaraient davantage d'ATDI que d'ATCE, ce qui contrastait avec les autres infirmiers ayant un profil similaire au sien. Un retour sur la description de son expérience met en évidence des apprentissages lors d'évènements marquants : la mise en danger de collègues et d'autres patients au sein de l'hôpital, à la suite d'un feu déclenché par un patient, et le viol d'une patiente à l'hôpital également. Un vécu difficile voire traumatisant pourrait ainsi contribuer à expliquer l'incapacité de certains infirmiers à aller vers plus d'expertise chez Benner et de reliance chez nous, dans le cadre d'une réaction défensive. Au-delà, elle résulterait également d'une incapacité à « digérer » et transformer l'expérience en quelque chose de plus « positif ».

Une agentivité et un SEP dans l'accompagnement des patients, faible

Les représentants du profil « désengagé » ont les scores de SEP dans l'accompagnement des patients les plus faibles. Or, dans les récits des infirmiers expérimentés non experts de l'étude de Benner et de ses collègues, ressort le sentiment ne pas être très important dans le soin au patient, de « ne pas faire la différence ». De manière générale, ces infirmiers ne sont pas conscients de leur pouvoir d'agir, de leur agentivité : « *these nurses lack the conviction that they make a difference, they also lack the conviction that they make a difference, that they are human agents whose capacity for clinical and ethical judgment differentiates them from automats* »¹⁷⁸ (Benner et al., 2009, pp. 220-221). Ce sentiment de n'avoir aucune ou qu'une faible influence sur le cours de la situation du patient, conduit à ce que Rubin nomme un report de responsabilité sur autrui ou « *Deferral of responsibility to other people* » (Benner et al., 2009, p. 211) qui n'est pas sans faire écho à notre attribution de responsabilité au patient lié au vécu d'impuissance des infirmiers dans leur accompagnement du patient (que l'on retrouve comme une caractéristique du profil « déliant biomédical défensif » mais pas chez les désengagés). Le SEP constituant l'une des composantes fondamentale de l'agentivité, le rapprochement entre les désengagés de notre étude et les infirmiers expérimentés non experts de Rubin peut être établi, concernant cette caractéristique.

Notre étude nous permet d'aller un peu plus loin et de trouver, dans des facteurs de nature exogène, des explications possibles à ce profil.

13.3.2.2 Une formation continue limitée en psychiatrie

Les individus les plus représentatifs de ce profil déclarent ne pas avoir bénéficié d'une formation en psychiatrie en plus de leur formation d'infirmier (de type consolidation des savoirs ou autre). Ce qui signifierait qu'ils ne se sont pas ou peu formés, dans le cadre de leur carrière.

13.3.2.3 Un parcours « non classique » marqué par la prégnance de l'expérience intrahospitalière

Les désengagés expérimentés déclarent par ailleurs, une expérience en intrahospitalier

¹⁷⁸ Traduction : « ces infirmières manquent de la conviction qu'elles font la différence, elles manquent aussi de la conviction qu'elles font la différence, qu'elles sont des agents humains dont la capacité de jugement clinique et éthique les différencie des automates »(Benner et al., 2009, pp. 220-221).

supérieure ou égale à l'expérience extrahospitalière et exercent, au moment de l'enquête plutôt en intra ou à la fois dans l'intra et l'extrahospitalier. Alors que nous avons montré précédemment, l'existence d'un parcours « classique » de l'intra vers l'extrahospitalier, caractérisé par l'augmentation de la proportion de l'extrahospitalier dans l'expérience professionnelle, pour ces infirmiers, la proportion de l'intrahospitalier dans la carrière est restée plus importante que la proportion de l'extrahospitalier ou égale. Par conséquent, il semblerait possible d'interpréter ce constat comme le résultat d'un parcours « non classique », atypique.

13.4 En conclusion

Dans le cadre de nos interprétations, nous avons mis en évidence un continuum de transformations des comportements relationnels des infirmiers en psychiatrie avec les patients, allant de la déliance à la reliance, en passant par l'apprentissage de/par la relation, en montrant les similitudes existant avec les stades de développement professionnel de Benner. Dans ce cadres, les transformations résultent de facteurs surtout intrinsèques, comme les apprentissages expérientiels, l'agentivité, la disposition à apprendre, l'« accordage » émotionnel avec le patient etc.

Nous avons également montré le « modelage » par l'environnement intra et extrahospitalier, des infirmiers, « modelage » qui ne semble pas être le fruit du hasard mais résulter d'un parcours tacite, reposant sur un paradigme biomédical du soin. Dans ce cadre, les transformations sont liées à des facteurs extrinsèques.

Enfin, nous avons pointé la vulnérabilité des infirmiers déliants biomédicaux défensifs et désengagés. Pour les premiers et les désengagés très faiblement expérimentés, les premiers stades de développement professionnel représentent des moments de vulnérabilité accrue, accentués par la faiblesse de la formation en psychiatrie et une exposition aux situations difficiles de l'intrahospitalier, en début de carrière dans le cadre d'un parcours de professionnalisation tacite et d'une probable pratique institutionnelle de récompense de l'ancienneté (et implicitement, des efforts réalisés dans l'intrahospitalier il nous semble). Nous avons également tenté d'expliquer le profil des désengagés, peut-être « bloqués » dans leur développement professionnel par des expériences vécues « non digérées », mais aussi par une formation continue limitée en psychiatrie et un parcours marqué par la prégnance de l'intrahospitalier.

Ces constats faits, nous nous proposons de discuter de ce travail dans notre dernière partie.

Partie 4 : Discussion et conclusion

Dans cette dernière partie de notre travail, nous tenterons de poser un regard critique sur notre recherche, en soulignant ses forces, en pointant ses limites et en envisageant ses prolongements possibles, dans le cadre de recherches futures ou dans la vie réelle.

14. Les forces de cette recherche

Nous tenterons ici de mettre en avant, ce que nous considérons être les principales forces de ce travail, en le resituant par rapport à des travaux proches ses apports. Pour nous, ses forces se situent à l'endroit du sujet de recherche tout d'abord, l'apprentissage auprès des patients, peu exploré et aux enjeux forts. Nous estimons également que l'une des qualités et originalités de ce travail réside dans ses approches méthodologiques, du fait d'une part du croisement de méthodes diverses, et d'autre part, du fait de son caractère « ancré ». L'angle sous lequel nous avons étudié par ailleurs les apprentissages professionnels informels dans leur dimension de transformation identitaire, nous apparaît originale, particulièrement dans un milieu francophone. Du point de vue anglophone par ailleurs, ces apprentissages transformateurs ont été peu étudiés en contexte professionnel. Le recours aux concepts de reliance et de déliance pour évoquer la relation de soin, est par ailleurs encore rare dans le domaine de la santé, alors qu'on ne peut plus approprié. Quant aux outils utilisés, l'adaptation de l'échelle d'apprenance « en général » à l'apprenance auprès des patients, nous paraît également un point intéressant et original de cette recherche. Enfin, cette étude a contribué à éclairer la professionnalisation des infirmiers en psychiatrie, à plusieurs niveaux, que nous détaillerons dans un instant.

14.1. L'apprentissage auprès des patients : un sujet d'importance peu exploré

Comme souligné dans notre analyse contextuelle, nous avons trouvé peu d'études concernant les apprentissages des professionnels de santé réalisés auprès des patients, et aucune spécifiquement dédiée aux apprentissages de infirmiers en psychiatrie auprès des patients. Pour rappel, les études anglophones identifiées traitant ce sujet se sont intéressés aux étudiants en médecine et aux médecins (Bell et al., 2009 ; Skelton et al., 2017) et les études francophones sur les apprentissages informels des infirmiers (Carré & Ricard, 2008 ; Muller, 2014) ou sur les dynamiques de professionnalisation des infirmiers en psychiatrie (de Miribel, 2017, 2020) ou encore, sur le métier d'infirmier en psychiatrie (Orofiamma, 2006) se sont intéressées à ce sujet, à la marge. Pourtant, au vu de la reconnaissance progressive, à différents niveaux, de l'usager de la psychiatrie comme acteur de son rétablissement et partenaire du système de santé, largement développée dans notre analyse contextuelle, cette question apparaît majeure.

14.2 L'étude des apprentissages transformateurs professionnels informels, expansifs et défensifs

Ensuite, nous estimons que nous apportons une contribution à l'étude des apprentissages professionnels informels, en nous intéressant spécifiquement à leur dimension de transformation identitaire mais aussi, à l'étude des apprentissages transformateurs en contexte professionnel.

14.2.1 L'étude des apprentissages professionnels informels dans leur dimension de transformation identitaire

Par ailleurs, nous estimons que le recours au concept d'apprentissage transformateur vient éclairer les apprentissages réalisés de façon informelle, en contexte professionnel, sous un aspect encore peu exploré, à savoir la transformation identitaire. Il nous semble en effet, que ce sont surtout les apprentissages de type informationnel au sens de Kegan (2009) qui ont été étudiés dans le cadre de l'étude des apprentissages professionnels informels (Carré & Charbonnier, 2003 ; Carré & Ricard, 2008 ; Müller, 2014).

14.2.2 L'étude des apprentissages transformateurs en contexte professionnel

Par ailleurs, alors que les apprentissages transformateurs ont été largement étudiés en situations de formation professionnelle des adultes, en milieux anglophones, ils l'ont peu été en contexte professionnel, de l'avis d'Illeris (Illeris, 2014). Néanmoins, nous avons relevé quelques études anglophones publiées depuis 2014, se concentrant sur : les moyens de favoriser l'apprentissage transformateur en situation de travail (Wilhelmson et al., 2015) ; la manière de créer des espaces favorisant les apprentissages transformateurs à l'université (Groen & Kawalilak, 2016) ; l'apprentissage dans et par le travail comme facteur de transformation identitaire des travailleurs au-delà du développement des compétences (van Dellen & Cohen-Scali, 2016) ; les apprentissages transformateurs perçus par des mentors de personnes migrantes au Canada comme témoignage d'un apprentissage réciproque entre ces deux « types » d'acteurs (Shan & Butterwick, 2017) ; l'impact de la sécurité psychologique sur l'apprentissage transformateur sur le lieu de travail. (Kwon, 2020). Quant aux études francophones recensées, exception faite de celle de Duchesne (2010) qui relate une expérience de transformation des perspectives vécue par des apprenants en formation professionnelle, elles s'intéressent surtout, pour la plupart, au concept d'apprentissage transformateur, comme le montre le titre de cette publication de la revue *Phronesis* L'apprentissage transformateur : état des lieux et portée heuristique d'un construit en développement (2018, *Phronesis*). Et comme nous l'avons montré plus tôt, Carré s'intéresse également au concept dans le cadre du lien établi entre auto-formation, pratique apprenante, et apprentissages transformateurs (Carré, 2020, p. 199).

14.2.3 La distinction entre apprentissages transformateurs expansifs régressifs/défensifs

Par ailleurs, notre étude nourrit la distinction d'Illeris réalisée entre les apprentissages transformateurs expansifs et défensifs (Illeris, 2014), mais aussi par Holzkamp (cité dans Schraube et al, 2013), et de façon implicite selon nous, par Argyris et Schön, lorsqu'ils parlent d'apprentissages en simple et double boucle (Argyris et Schön, 2001). Cette distinction, nous ne l'avons pas retrouvée dans d'autres études si ce n'est la thèse de Gruber-Jost (2018), laquelle s'intéresse aux apprentissages expansifs et défensifs à l'école, selon Holzkamp.

14.3 Les approches méthodologiques utilisées

Nous pensons par ailleurs que l'exploitation approfondie des entretiens grâce au croisement

de méthodes, de même que la caractéristique « ancrée » de notre étude constituent des points forts de cette recherche.

14.3.1 Une exploitation approfondie des entretiens grâce au croisement de méthodes

Souvent, les entretiens de recherche sont faiblement exploités, du fait de l'examen précis de certains éléments, en vue de répondre à des hypothèses préconçues. La démarche exploratoire et empirico-déductive choisie nous a conduit à examiner notre matériau (les 23 entretiens), sous différents angles en nous appuyant sur des méthodes d'analyse variées et de l'étudier ainsi, de façon approfondie. A titre d'exemple, l'analyse lexicométrique avec Iramuteq, nous a permis de rendre palpables, tangibles des genres professionnels distincts (bio, psycho, social), faiblement perçus lors de l'analyse thématique la précédant.

14.3.2 Une recherche « ancrée »

14.3.2.1 Un ancrage des hypothèses

La plupart des hypothèses proposées sont issues de l'analyse des verbatims, ce qui leur confère un ancrage fort dans la réalité explorée.

14.3.2.2 L'approche sociométrique dans la réalisation du questionnaire

D'une part, notre questionnaire reprend les phénomènes majeurs identifiés dans l'analyse des entretiens qualitatifs dans les différents blocs, d'autre part, la majeure partie des items de ces derniers ont été réalisés à partir des verbatims des personnes interviewées. Ils sont ainsi en prise directe avec la réalité des individus.

14.3.2.3 La production de théorie ancrée à partir de l'analyse qualitative

L'analyse par théorisation ancrée de nos entretiens, par la posture d'ouverture et le travail d'accès au sens qu'elle implique, nous a permis de donner une dimension autre à l'analyse qualitative et de faire émerger, à travers la création des catégories conceptualisantes, deux concepts qui nous semblent centraux dans notre étude, la reliance et la déliance.

14.2.3.4 La production de théorie ancrée à partir de l'analyse quantitative

La production de théorie ancrée, à partir de données quantitatives, telles que décrite par Glaser and Strauss dans La découverte de la théorie ancrée (Glaser and Strauss, 2017) peut également être considérée comme un aspect original de ce travail, impulsé par notre directeur de thèse, Olivier Las Vergnas. L'ouverture, apportée par ces travaux, à la possibilité de voir, dans les graphiques croisant des variables (cercle des corrélation issus l'ACP, ellipses de confiance) d'autres résultats que ceux recherchés, nous a permis de dépasser la vérification de nos hypothèses et de produire des résultats plus complets, affinés et peut-être plus « parlants ». De nouvelles relations ont été établies dans les régimes de perceptions d'apprentissages entre facteurs endogènes et énatifs, nous permettant de rendre nos régimes plus « complets ». Par ailleurs, l'émergence de profils d'infirmiers, non envisagée dans un

premier temps constitue un résultat à la fois plus fin, car distinguant quatre catégories d'infirmiers au lieu des deux mis en évidence par les régimes d'apprentissage et plus « parlant » que ces derniers, du fait de leur référence aux caractéristiques de personnes, nous semble-t-il.

14.4 L'utilisation des concepts de reliance et de déliance pour évoquer la relation de soin

Par ailleurs, l'utilisation des concepts de reliance et de déliance, pour évoquer l'acte de se relier au patient ou de s'en délier dans la relation de soin, est apparue comme peu commune dans le domaine de la santé. Une recherche exhaustive nous a permis de relever les usages de la reliance dans quelques publications relevant du domaine de la santé où elle est étudiée comme : facteur d'éthique dans le soin (Langlois et al., 2009), facteur de résilience des patients (Roisin, 2012), ou encore, utilisée dans une perspective relationnelle et sociale de l'autonomie (Bouisson, 2016 ; Papaux, 2015).¹⁷⁹ Pour ce qui est de la déliance, son utilisation, toujours dans le domaine de la santé, est apparue encore plus rare (Rofessart-O'Berry, 1996 ; Peyré et De La Fournière, 2004 ; Soulet, 2009 ; Nivet & Casalegno, 2011 ; Pourtois & Humbeeck, 2011).

14.5 L'adaptation de l'échelle d'apprenance « en général » à l'apprenance auprès des patients

De plus, la transformation de l'échelle d'apprenance « en général » en une échelle d'apprenance auprès des patients, tout en s'inscrivant dans la suite des travaux de Vicherat (2017) et Temkeng (2020) notamment, présente une certaine originalité. Alors que nos anciens collègues se sont intéressés à des « apprenances thématiques » (Las Vergnas, 2016, p. 102), l'apprenance en santé pour Vicherat, l'apprenance scientifique pour Temkeng, nous nous sommes penchés sur la disposition à apprendre auprès d'autrui, en fonction de son statut en lien avec les travaux sur le conflit cognitif de Mugny (2017). Finalement, nos résultats montrent une corrélation entre apprenance « en général » et apprenance auprès des patients.

14.6 Les éclairages apportés sur la professionnalisation des infirmiers en psychiatrie

14.6.1 Approfondissement de la compréhension du mouvement de déprofessionnalisation et de reprofessionnalisation des infirmiers en psychiatrie

Les processus les plus souvent mis en lumière, à notre connaissance sont ceux de déprofessionnalisation, au sens de et de reprofessionnalisation à l'aide du tutorat et de la consolidation des savoirs. Nous avons, il nous semble élargi, le spectre d'étude de la déprofessionnalisation des infirmiers en psychiatrie en nous intéressant, au-delà de la déspecialisation de la formation initiale, aux entraves à la mise en œuvre des parcours de

¹⁷⁹ Nous notons par ailleurs son apparition et développement en sciences de l'éducation à travers : l'éducation existentielle (Barbier, 1996, 2019) ; les ingénieries de reliance (Clénet, 2006 ; 2016 ; 2020), (Parent, De Ketele et al., 2020) ; la reliance comme facteur de professionnalisation et construction identitaire (Maubant, Roquet, Boudjaoui, Guillaumin, Lechaux, Talbot 2016)

professionnalisation par le référentiel de 2009 et aux signes de déprofessionnalisation du travail de l'infirmier en psychiatrie, recueillis dans la littérature. Notre étude de la (re)professionnalisation des infirmiers en psychiatrie, à l'aide de l'examen des formations à la consolidation des savoirs de 14 organismes de formation et établissements hospitaliers et des dispositifs de tutorat de 22 établissements de santé a par ailleurs mis en évidence (bien que sur un échantillon limité) l'aspect aléatoire et inégal de la formation des infirmiers en psychiatrie.

14.6.2 Mise en évidence d'une trajectoire de transformation des infirmiers en psychiatrie dans leur relation au patient, de la déliance à la reliance

Par ailleurs, cette recherche, qui s'inscrit dans la lignée des travaux réalisés sur la socialisation professionnelle et plus spécifiquement, celle des infirmiers (Davis, 1966) et sur les stades de développement professionnel des infirmiers de Benner (Benner et al., 2009), apporte un éclairage sur la trajectoire professionnelle des infirmiers en psychiatrie, du point de vue du développement de la relation avec les patients, centrale dans cette spécialité.

Alors que Hughes puis à sa suite Davis envisagent cette socialisation, dans sa dimension psychologique, auprès des pairs, notre étude, plus proche de celle de Benner, s'intéresse à une transformation des infirmiers, auprès des patients spécifiquement, par le biais des apprentissages perçus, des éléments du « monde interne » des infirmiers et des comportements avec les patients (pour rappel, Benner et ses collaboratrices s'intéressent à ce que les infirmiers apprennent et comment en général, à leur « monde clinique », à la façon dont ils sont en relation avec les patients, à leur agentivité, à leur vécu psychologique etc.).

14.6.3 Mise en évidence du poids d'un parcours de professionnalisation tacite dans cette trajectoire de transformations

Cependant, notre étude se distingue de celle de Benner par la prise en compte du contexte d'exercice (intra ou extrahospitalier) en lien avec la spécialité étudiée, la psychiatrie et plus particulièrement, par l'inscription de cette trajectoire de transformations dans un parcours de professionnalisation tacite biomédical, voire, dans une pratique institutionnelle de récompense de l'ancienneté. La mise en relation des facteurs endogènes et énatifs avec le milieu d'exercice contribue à « désessentialiser » le propos en faisant apparaître un facteur autre, sur lequel il serait possible de « jouer ».

14.6.4 Des régimes de perceptions d'apprentissages

La grande quantité de données récoltée nous a permis la mise en évidence de régimes de perceptions d'apprentissages. Pour l'heure, nous n'avons pas trouvé de travaux similaires, tout au moins, mettant en relation un nombre de données suffisamment important, aux trois pôles de la causalité triadique réciproque (Bandura, 2003) pour pouvoir parler de régime.

15. Faiblesses et limites

Les principales faiblesses de cette recherche résident, selon nous, dans les outils de recueil de données et la limitation de notre échantillon.

15.1 Les outils de recueil des données

15.1.1 Un cadre conceptuel d'analyse des apprentissages trop riche

Nous avons multiplié les rapprochements théoriques pour concevoir un cadre d'analyse des apprentissages, qui a mobilisé Mezirow, Illeris, Holzkamp et Argyris et Schön. Afin de ne pas démultiplier les hypothèses déjà nombreuses, nous avons dû abandonner, au fur et à mesure de nos avancées, des catégories d'apprentissages, les ATR et les ATID, réduits aux ATD.

15.1.2 Des erreurs dans le questionnaire

15.1.2.1 Les questions concernant la formation initiale et continue

Certains de nos résultats sont par ailleurs fragilisés par des erreurs et ambiguïtés dans notre questionnaire. L'erreur la plus criante concerne la question de la formation initiale des infirmiers. Comme signalé en temps voulu, nous avons commis des erreurs dans les périodes d'obtention des diplômes qui nous ont conduit à écarter de notre questionnaire 66 répondants pour lesquels la période d'obtention du diplôme était ambiguë. Nous avons tout de même pu conserver un échantillon fiable, pour cette variable, de 188 répondants. Notre question concernant l'obtention d'un diplôme autre, dans sa version électronique, n'a pas permis aux répondants de préciser le thème de la formation suivie. Notre question concernant la formation « en plus, de la formation infirmière, en psychiatrie », aurait pu, par ailleurs, être précisée par une question concernant sa durée et son intitulé.

15.1.2.2 Un bloc d'items « bancal » : le bloc du vécu professionnel

Nous avons par ailleurs dû revoir totalement le bloc de notre questionnaire « vécu professionnel » comme décrit plus tôt. Néanmoins, ces erreurs nous ont appris à rebondir. Nous avons appris, auprès de notre directeur de thèse, qu'un outil imparfait, en l'occurrence ici, notre questionnaire, n'était pas un obstacle insurmontable à l'exploitation des données et qu'il était possible de procéder à des « réarrangements », après coup, à l'instar de ce que l'on fait, dans le cadre de l'analyse qualitative.

15.2 Un échantillon limité

Le nombre de répondants aux questionnaires, bien que suffisant demeure limité. A notre décharge, il a été diffusé en grande partie durant le premier semestre 2020, au début de la pandémie de Covid 19.

16. Prolongements possibles

Nous imaginons à l'heure actuelle, que cette recherche, pourrait conduire à l'amélioration et l'opérationnalisation d'une échelle de reliance à l'usage des infirmiers en psychiatrie mais aussi de toutes professions paramédicales et médicales. Cette recherche pourrait nourrir également une réflexion sur l'articulation de l'intra et de l'extrahospitalier dans les premiers temps de la carrière des infirmiers en psychiatrie. Enfin, du point de vue la recherche, il nous

semblerait intéressant de poursuivre des investigations concernant l'apprenance auprès d'autrui, en fonction des statuts des individus.

16.1 Une échelle de reliance à améliorer et opérationnaliser

Le bloc d'items permettant d'évaluer le degré de reliance nous semble un outil intéressant à perfectionner et peut-être opérationnaliser, dans le cadre de la facilitation d'une prise de connaissance et de conscience, des concepts de reliance et déliance dans le cadre du soin. Au-delà, il pourrait être utilisé comme un outil d'auto-positionnement et nourrir des réflexions et discussions sur ce qu'est la création de la relation avec le patient mais aussi l'éthique, centrale dans ces concepts. D'ailleurs, est-ce trop s'avancer que de considérer la reliance comme une éthique, en action ? Nous rapprochons ce potentiel outil de la *Checklist de l'Etoile du rétablissement* d'Helen Glover ¹⁸⁰ (Glover, 2012, pp. 49-50) qui « permet de s'assurer de la capacité des milieux créés par les structures de santé mentale à développer les potentiels des individus accueillis » (Glover, 2012, p. 48). Une échelle de la reliance par ailleurs, pourrait concerner, avec quelques adaptations, toutes les professions paramédicales et médicales du secteur sanitaire, social et médico-social, et plus encore.

16.2 Mener une réflexion sur l'articulation de l'intra et de l'extrahospitalier dans les premiers temps de la formation des infirmiers en psychiatrie

Cette recherche peut contribuer à nourrir la réflexion concernant l'amélioration des parcours de professionnalisation des infirmiers en psychiatrie. Nous avons souligné, dans notre analyse contextuelle, les limites de la formation initiale et les entraves à la mise en œuvre des prescriptions de parcours de professionnalisation, à laquelle venait s'ajouter la fragilité de la reprofessionnalisation des infirmiers nouveaux en psychiatrie, en lien avec son aspect aléatoire et inégal sur le territoire. Nous considérons, à l'issue de ce travail, que manquait, dans l'équation, la prise en compte d'une fragilisation des infirmiers les moins formés et les plus « nouveaux » en psychiatrie par l'existence d'un parcours de professionnalisation tacite de l'intra vers l'extrahospitalier, qui conduit des infirmiers déjà fragiles du fait de leurs stades de développement et/ou de socialisation professionnelle, à « faire leurs premières armes » dans les milieux les plus difficiles (en intrahospitalier). A notre humble avis, ce parcours tacite peut « miner » la possibilité de reliance de l'infirmier au patient et affecter la qualité des soins. Peut-être un meilleur équilibre dans l'articulation de l'intra et de l'extrahospitalier, tout particulièrement dans les premières années de carrière de l'infirmier, contribuerait-il à offrir de meilleures conditions pour la reliance des infirmiers aux patients, dont on peut dire, reprenant Merklng (2017), qu'elle est le « principe actif des soins ». Cependant, nous sommes conscient que l'espace fait aux infirmiers nouveaux en psychiatrie, dans l'extrahospitalier remettrait en question la pratique de récompense institutionnelle entrevue, laquelle n'est pas sans rappeler le système du même ordre existant chez les enseignants du secondaire et les policiers.

16.3 L'apprenance en fonction des statuts des individus

¹⁸⁰ Helen Glover est travailleur social d'origine australienne. Elle utilise son expérience d'usager de la psychiatrie et ses compétences professionnelles pour promouvoir la mise en place de services de santé mentales, centrés sur le concept de rétablissement (Glover, 2012, p. 33)

Enfin, il nous semblerait intéressant d'aller plus avant dans l'exploration de la disposition à apprendre, en fonction des statuts des individus (ou de la représentations qu'on a des individus) au vu des développements apportés à la question, et de ses enjeux.

La déliance du patient en psychiatrie n'est pas une fatalité. Elle résulte d'un contexte et de facteurs personnels sur lesquels il est possible d'agir. La conceptualisation de la reliance proposée dans cette étude, ouvrira peut-être des perspectives d'actions pour son développement.

Bibliographie

Afar. (s.d.). *Spécialisation et consolidation des savoirs en soins psychiatriques pour infirmiers (circulaire du 25 juin 2004)*. Consulté le 13 mai 2020 sur <https://afar.fr/formation-certifiante/CPFFP-Specialisation-des-savoirs-en-soins-psychiatriques-pour-infirmiers-138>

Agence régionale de santé d'Ile de France (2018, 17 août). *Projet régional de santé 2018-2022*. Consulté le 27 mai 2020 sur <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/prs-5-axes-pour-transformer-le-systeme-de-sante>

Agence régionale de santé d'Ile de France. (2020). *Démocratie sanitaire : définition et enjeux*. Consulté le 12 avril 2020 sur <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/democratie-sanitaire-definition-et-enjeux>

AGFOR Santé. (s.d.). *Consolidation des savoirs en psychiatrie (adaptation à l'emploi)*. Consulté le 13 mai 2020 sur <https://www.agfor-sante.fr/wp-content/uploads/OFFRE-DE-FORMATION-AGFOR-SANTE.pdf>

Alberne, T., & Bourgeois, D. (2012). Qu'appelons-nous cadre thérapeutique ? *Santé mentale*, (172), 1-7.

Alfapsy. (s.d.). *Alfapsy : conseil sensibilisation et formation en santé mentale*. Consulté le 24 juillet 2021 sur <https://www.alfapsy.fr/alfapsy-conseil-sensibilisation-et-formation-en-sante-mentale/>

Alhadeff-Jones, M. (2019). *Transformative Learning*. Dans : Christine Delory-Momberger éd., *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique* (pp. 263-265). Toulouse: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.delor.2019.01.0263>

Allione, C. (2018). *Vocabulaire raisonné de la supervision d'équipe*. Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.allio.2018.01>

Altet, M. (2000). L'analyse de pratiques: une démarche de formation professionnalisante?. *Recherche & formation*, 35(1), 25-41.

Anaxis Santé. (s.d.). *Etre infirmier en psychiatrie : consolidation et intégration des savoirs pour l'exercice infirmier en psychiatrie*. Consulté le 12 mai 2020 sur <https://anaxis.fr/formation/consolidation-des-savoirs-en-psychiatrie/>

Andrieu, B. (2012). 1 - Un savoir expérientiel. Dans : , B. Andrieu, *L'autosanté: Vers une médecine réflexive* (pp. 35-58). Paris: Armand Colin.

Anselme, G. (2016). Tutorés, 10 ans déjà ! Quelle transmission pour demain ? Tuteurs et tutorés. Dans J.-C. Faivre-Pierret, M. Nicolas, & S. Ynesta (pres.). *Actes de la 4ème journée régionale Auvergne-Rhône-Alpes du tutorat en psychiatrie* (p. 16). <https://docplayer.fr/76142517-Les-dix-ans-du-tutorat-en-psychiatrie-quels-bilans-et-perspectives-en-auvergne-rhone-alpes-pour-demain.html>

Apostolidis, T. (2005). Représentations sociales et triangulation : enjeux théorico-méthodologiques. Dans : Jean-Claude Abric éd., *Méthodes d'étude des représentations sociales* (pp. 13-35). Toulouse, France: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.abric.2003.01.0013>

Ardouin, T. (2017). Chapitre 7. Référentialisation et référentiels. Dans : , T. Ardouin, *Ingénierie de formation: Intégrez les nouveaux modes de formation dans votre pédagogie* (pp. 109-130). Paris: Dunod.

Arrêté du 28 juillet 1955. Réorganisation de la formation professionnelle du personnel soignant des hôpitaux psychiatriques : infirmiers et infirmières (1955) <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000834341>

Arrêté du 16 février 1973 relatif à la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique, (1973). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000482718>

Arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier, (1992). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000158224/>

Arrêté du 21 octobre 1996 modifiant l'arrêté du 12 décembre 1990 modifié relatif à la scolarité, au diplôme d'Etat de puéricultrice et au fonctionnement des écoles, (1996). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000005621993/>

Arrêté du 28 septembre 2001 modifiant l'arrêté du 23 mars 1992 modifié relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier, (2001). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000774227>

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, (2009). https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf

Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste, (2012). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000026230199/>

Arrêté du 27 avril 2022 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire, (2022). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045696964>

Argyris, C. & Schön, Donald A. (2001). *Apprentissage organisationnel : Théorie, méthode, pratique*. De Boeck Supérieur.

Assistance Publique Hôpitaux de Marseille (APHM). (s.d.). *Consolidation des savoirs infirmiers en psychiatrie*. Consulté le 12 mai 2020 sur <http://fr.ap-hm.fr/site/cfph/formation/a20147>

Aubert, I. (2008). Sujet et intersubjectivité. La philosophie de Habermas face aux théories de Fichte et Husserl. *Tr@jectoires-n*,(2), 89-100. <https://doi.org/10.4000/trajectoires.209>

Aubret, J. (2009). Référentiel d'activités professionnelles. Dans : Jean-Pierre Boutinet éd., *L'ABC de la VAE* (pp. 196-197). Toulouse: Éres. <https://doi.org/10.3917/eres.bouti.2009.01.0196>

Ayme, J. (1995). Construire et défendre. Dans : J. Ayme, *Chroniques de la psychiatrie publique : À travers l'histoire d'un syndicat* (pp. 235-280). Toulouse, France : ERES.

Bahía, H. de la, (2019). *Personnels psychiatriques révoltés : grèves et manifestations pour "des soins plus humains"*. Révolution permanente. <https://www.revolutionpermanente.fr/Personnels-psychiatriques-revoltes-greves-et-manifestations-pour-des-soins-plus-humains>

- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. Dans V. S. Ramachaudran (Ed.). *Encyclopedia of human behavior 4* (pp. 71-81). Academic Press.
- Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle*. De Boeck Supérieur.
- Barbier, J. M. (1996). Tutorat et fonction tutorale : quelques entrées d'analyse. *Recherche & Formation*, 22(1), 7-19. <https://doi.org/10.3406/refor.1996.1341>
- Barbier, R. (2019). Écoute sensible. Dans : Christine Delory-Momberger éd., *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique* (pp. 329-332). Toulouse: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.delor.2019.01.0329>
- Barrier, P. (2010). *La blessure et la force : La maladie et la relation de soin à l'épreuve de l'auto-normativité*. Presses Universitaires de France.
- Barthélémy, S. (2015). La fonction phorique: être porté pour porter. *Santé Mentale*, (195), 14-20.
- Beaugrand, J.-P. (1988). Démarche scientifique et cycle de la recherche. Dans M. Robert. *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie* (pp. 1-35). Edisem.
- Bell, K., Boshuizen, H. P., Scherpbier, A., & Dornan, T. (2009). When only the real thing will do: junior medical students' learning from real patients. *Medical Education*, 43(11), 1036-1043.
- Benner, P., Tanner, C.A., & Chesla, A. (dir.). (2009). *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment & ethics*. Springer Publishing Company.
- Benrberbia, F., Berenguer, C., Esnault, O., Fischer, E., Garcia, L., Regnard, M., Delompre, P. & Duboscq, C. (2007). Construction et utilisation d'un outil permettant d'évaluer les compétences relationnelles des étudiants infirmiers en stage en psychiatrie. *Recherche en soins infirmiers*, 90, 4-14. <https://doi.org/10.3917/rsi.090.0004>
- Besse, P. (s.d.). *Analyse en Composantes Principales (ACP)*. Institut de Mathématiques de Toulouse. WikiStat. Consulté le 20 juillet 2020 sur <https://www.math.univ-toulouse.fr/~besse/Wikistat/pdf/st-m-explo-acp>
- Bessière, S. (2005). La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage. *Revue française des affaires sociales*, , 17-33. <https://doi.org/10.3917/rfas.051.0017>
- Bioy, A., Bénony, H., Chahraoui, K., & Bachelart, M. (2012). Évolution du concept d'alliance thérapeutique en psychanalyse, de Freud à Renik. *L'Evolution psychiatrique*, 77(3), 342-351.
- Biry, A. (2015). *Les représentations de la psychiatrie chez de futurs professionnels de santé – une enquête participative* [Mémoire pour le Diplôme Inter-Universitaire « Santé mentale dans la communauté », Université Lille 2, Université Paris 13, APHM/CHU Sainte Marguerite Marseille, CCOMS, EPSM Lille Métropole]. <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/A%20Biry.pdf>
- Blin, J.-F. (1997). *Représentations, pratiques et identités professionnelles*. L'Harmattan.
- Bolle De Bal, M. (1982). L'organisation vivante: régulation stratégique et travail psychosociologique. *Le Travail Humain*, 45(1), 25-32.
- Bolle De Bal, M. (2003). Reliance, déliance, liance : émergence de trois notions sociologiques. *Sociétés*, 2(2), 99-131. <https://doi.org/10.3917/soc.080.0099>

- Bolle De Bal, M. (2009). Éthique de reliance, éthique de la reliance : une vision duelle illustrée par Edgar Morin et Michel Maffesoli. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2(2), 187-198. <https://doi.org/10.3917/nrp.008.0187>
- Bonnet, C. & Arveiller, J. (2012). Chapitre 11. Psychiatrie sociale et communautaire. Dans : Vassilis Kapsambelis éd., *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte* (pp. 179-196). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France.
- Borkman, T. (1976) Experiential Knowledge: A New Concept for the Analysis of Self-Help Groups. *Social Service Review*, 50, 445-456. <https://doi.org/10.1086/643401>
- Bouisson, J. (2018). *Enjeux et défis de l'habitat intergénérationnel solidaire*. Librinova.
- Bourgeois, É. (2013). Expérience et apprentissage. La contribution de John Dewey Dans : Luc Albarello éd., *Expérience, activité, apprentissage* (pp. 13-38). Paris cedex 14, France : Presses Universitaires de France.
- Bouyssières, P., & Mulin, T. (2013). Les représentations professionnelles comme principe organisateurs des genres professionnels des formateurs d'adultes. *TransFormations-Recherche en Education et Formation des Adultes*, (9).
- Boyer, R., Guay, S., & Goncalves, J. (2014). *Évaluation du programme de formation Oméga pour prévenir et gérer l'agressivité des patients: résultats d'une étude menée à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal*. Institut universitaire en santé mentale de Montréal.
<https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2497137?docref=NgPwNweuyxSRKD Ic8H5EQA>
- Brasseur, M. (2019). Chapitre 9. L'apprenance et l'éthique. Dans : Soufyane Frimousse éd., *L'apprenance au service de la performance* (pp. 97-104). Caen, France: EMS Editions.
- Brault, I. (2015, 4 juin). *Enseigner la collaboration interprofessionnelle en sciences infirmières : spécificités du programme de l'Université de Montréal*. Docplayer. Consulté le 20 juillet 2021 sur <https://docplayer.fr/13715491-Cours-css-enseigner-la-collaboration-interprofessionnelle-i-en-sciences-infirmieres-specificites-eifiie-du-programme-de-l-universite-de-montreal.html>
- Breton, H. (2018). Vers une relecture herméneutique et biographique de la théorie de l'apprentissage transformateur. *Phronesis*, 7, 35-42. <https://www.cairn.info/revue--2018-3-page-35.htm>.
- Brusset, B. (2005). *Les psychothérapies*. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.bruss.2005.01>
- Boiteau, K. & Baret, C. (2016). Gérer la transition générationnelle en hôpital psychiatrique: Du diagnostic co-construit au plan d'action. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, XXII, 187-210. <https://doi.org/10.3917/rips1.053.0187>
- Boudjaoui, M. (2016). La coopération université-entreprises dans les dispositifs alternés : entre partenariat et effet de reliances. *Phronesis*, 5, 63-75. <https://www.cairn.info/revue--2016-1-page-63.htm>.
- Bourdoncle, R. (2000). Professionnalisation, formes et dispositifs. *Recherche & formation*, 35(1), 117-132.

- Bozarth, J. (2010). Des modes d'empathie émergent au-delà du reflet. *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 12, 64-82. <https://doi.org/10.3917/acp.012.0064>
- Buzin, A. (2018, 31 janvier). *Le pouvoir d'agir « empowerment » des patients questionne l'éducation thérapeutique et ses acteurs*. [Discours au CCOMS]. Lille. <https://www.ccomssantementalelillefrance.org>
- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. (2019, 5 août). *En 2018, plus de 74 000 personnes ont fréquenté les GEM*. Consulté le 27 juin 2020 sur <https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/en-2018-plus-de-74-000-personnes-ont-frequence-les-gem>
- Campbell, J., & Schraiber, R. (1989). *In Pursuit of Wellness: The Well-Being Project*. California Department of Mental Health.
- Canguilhem, G. (2009). *Le normal et le pathologique*. Presses universitaires de France.
- Carbou, N., Gueudry, V., Legendre, B., Le Villain, P., Niel, M.-C. (2005). Le référentiel des soins infirmiers en santé mentale. *Soins. Psychiatrie*, (241), 37-43.
- Carré, P., & Charbonnier, O. (2003). *Les apprentissages professionnels informels*. L'Harmattan.
- Carré, P. (2004). Bandura : une psychologie pour le XXI^e siècle ?. *Savoirs*, 9-50. <https://doi.org/10.3917/savo.hs01.0009>
- Carré, P. (2005). *L'apprenance : vers un nouveau rapport au savoir*. Dunod.
- Carré, P., & Ricard, J-D. (2008). Les apprentissages professionnels informels dans les organisations. *Bonnes pratiques en formation médicale continue*, 44-48. Paris : Masson.
- Carré, P. (2016). Autour de l'apprenance. *Éducation permanente*, (207), 7-24.
- Carré, P. (2020). *Pourquoi et comment les adultes apprennent: De la formation à l'apprenance*. Dunod.
- Cartron, E. & Lefèvre-Utile, J. (2018). Le dynamisme de la recherche infirmière en psychiatrie et en santé mentale. *Recherche en soins infirmiers*, 135, 5-6.
- Carvalho, P. (2015, 21 avril). *Maladies psychiatriques. Prise en charge. contention malades. Perspectives*. [Question publiée au Journal Officiel]. Assemblée nationale. Consulté le 20 avril 2020 sur <https://questions.assemblee-nationale.fr/q14/14-52832QE.htm>
- Castel, D., & Guillot, F. (2016). L'impact de l'évolution du secteur hospitalier français sur la relation infirmier-patient en psychiatrie. *Effets de modes d'organisation au travail*, 43-54.
- CEDIP. (2001). Compagnonnage et compétences : pourquoi ? comment ? *La Lettre du CEDIP - En lignes n°22*. https://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/22-compagnonnage_et_compences_-_pourquoi_-_comment_cle72794c.pdf
- Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (2018, 31 janvier). *Le pouvoir d'agir « empowerment » des patients questionne l'éducation thérapeutique et ses acteurs*. [Conférence]. CCOMS à Lille. <https://www.ccomssantementalelillefrance.org/>
- Centre de ressources pour le handicap psychique. (2019, 14 mai). *Nouvelle rencontre Projet COFOR*. Consulté le 8 mai 2020 sur <https://www.crehpsy-hdf.fr/nouvelle-rencontre-projet-cofor.html>

Centre d'Innovation du partenariat avec les patients et le public (CI3P). (2020). *CHERPA*. Consulté le 12 mai 2020 sur <https://ci3p.univ-cotedazur.fr/tag/cherpa/>

Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux. (s.d.). *Université des patients. Diplôme d'université : patient formateur au parcours en soins chroniques*. France Assos Sante. La voix des usagers. Nouvelle-Aquitaine. Consulté le 2 juillet 2021 sur <https://nouvelle-aquitaine.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/sites/16/2021/06/2021-22-universite-patient-bx-d.u-patient-formateur-vf.pdf>

Centre National de l'Expertise Hospitalière (CNEH). (2016). *Consolidation des savoirs et des pratiques pour les infirmiers nouvellement affectés en psychiatrie*. Consulté le 14 mai 2020 sur <https://docplayer.fr/74416861-Sante-sommaire-contacts-coordination-pedagogique-karine-lanio-tel.html>

Clénet, J. (2006). Renouveler le sens et les modes d'interventions en formation. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 39, 17-32. <https://doi.org/10.3917/lsdle.391.0017>

Clénet, J. (2016). Pour apprendre et relier les connaissances, suffirait-il de co-opérer ? Esquisse de théorisation pour penser la reliance et complexifier l'alternance. *Phronesis*, 5, 16-27. <https://doi.org/10.3917/phron.051.0016>

Clénet, J. (2020). Chapitre III. L'accompagnement des acteurs et des organisations de formation : impulser des génies de la reliance et développer la qualité de l'alternance. Dans : , J. Clénet, *Formations en alternance: Au cœur de l'aventure humaine* (pp. 119-163). Nîmes: Champ social.

Chamak, B. (2015). 5. Le concept de neurodiversité ou l'éloge de la différence. Dans : Catherine Déchamp-Le Roux éd., *Santé mentale : guérison et rétablissement: Regards croisés* (pp. 41-49). Montrouge, France: John Libbey Eurotext.

Charpentier, A., Goudemand, M., & Thomas, P. (2009). L'alliance thérapeutique, un enjeu dans la schizophrénie. *L'Encéphale*, 35(1), 80-89.

Cintas, C. (2007). « Quand la violence au travail ne se trouve pas là où on l'attend... » : le cas d'un hôpital psychiatrique. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 4, 213-231. <https://doi.org/10.3917/nrp.004.0213>

Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, (1960). https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=21540

Circulaire DGS/SD6 n° 2001-504 du 22 octobre 2001 relative l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé, (2001). https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=21540

Circulaire DGS/DHOS n°2003-366 du 10 juillet 2003 relative à la mise en oeuvre 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, (2003). <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgsdhos-n-2003-366-du-10-juillet-2003-relative-a-la-mise-en-oeuvre-des-enseignements-concernant-la-sante-mentale-prevus-par-larrete-du-30-mars-1992-modifie-relatif-au-programme-des/>

Circulaire DHOS/P2/O2DGS/6C no 2006-21 du 16 janvier 2006 relative à la mise en oeuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie, (2006). <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-02/a0020031.htm>

- Clot, Y. & Faïta, D. (2000). Genres et styles en analyse du travail. *Travailler*, (4), pp. 7-42.
- CoFor. (s.d.). *Qu'est-ce que le CoFor ?* Consulté le 8 mai 2020 sur <http://www.coforettablissement.fr/>
- Coldefy, M., Fernandes, S., & Lapalus, D. (2017). Les soins sans consentement en psychiatrie: bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. *Questions d'économie de la santé*, 222, 1-8.
- Combret, M. (2018). Oser la relation pour moins de violence. *Santé mentale*, (230), 48-52.
- Constantin-Kuntz, M., Pons, É., Artaud, B., Zoute, C. & Tran, J. (2014). Parcours de soin en psychiatrie adulte : de l'hospitalisation à un suivi ambulatoire, du mouvement régressif à l'autonomie. *Cliniques*, 8, 88-105. <https://doi.org/10.3917/clini.008.0088>
- Contrôleur général des lieux de privation de liberté. (2017, 28 juin). *Le personnel des lieux de privation de liberté*. Dalloz. https://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2017/07/Rapport-th%C3%A9matique-personnel_web.pdf
- Corin, E., Rodriguez del Barrio, L., Poirel, M.L. (2001). Le point de vue des utilisateurs sur l'emploi de la médication en psychiatrie : une voix ignorée. *Revue québécoise de psychologie*, 22(2), 1-23.
- Couty, E. (2009, 21 janvier). *Mission Organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*. Ministère de la santé et des sports. <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-missions-et-organisation-de-la-sante-mentale-et-de-la-psychiatrie>
- Cristol, D., & Muller, A. (2013). Les apprentissages informels dans la formation pour adultes. *Savoirs*, 32, 11-59. <https://doi.org/10.3917/savo.032.0011>
- Crouzier, M.-F. (2003). *La mise en réseau des aides spécialisées à l'école primaire: du cadre organisationnel à la circulation de la parole*. [Thèse de doctorat, Université Lumière de Lyon 2]. http://theses.univ-lyon2.fr.http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2003/crouzier_mf#p=0&a=top
- Darnon, C., Butera, F., & Mugny, G. (2008). *Des conflits pour apprendre*. Presses universitaires de Grenoble.
- Daumerie, N., Vasseur Bacle S., Giordana, J.-Y., Bourdais Mannone, C., Caria, A., Roelandt J.-L.(2012). La discrimination vécue par les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles schizophréniques. Premiers résultats français de l'étude INDIGO. *L'Encéphale* (38), 224-231.
- Debout, C., Coudray, M.-A., Giraud, M., Tortonèse, M., Jaeger, M., Le Bœuf, D. (2010). La réforme des études en soins infirmiers Changements et conséquences de l'universitarisation, *Pluriel*, (82), 1-12
- Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, (2004). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000421679/>
- Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée, (2018).<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037218115/>

Décret n° 2019-1107 du 30 octobre 2019 modifiant le décret n° 87-31 du 20 janvier 1987 relatif au Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques, (2019). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000039296788>

Delion, P. (2011). Chapitre 6. Les clubs thérapeutiques. Dans : P. Delion, *Accueillir et soigner la souffrance psychique de la personne: Introduction à la psychothérapie institutionnelle* (pp. 153-187). Paris : Dunod.

Delion, P. (2018). 1. Origine de la fonction phorique. Dans : P. Delion, *Fonction phorique, holding et institution* (pp. 19-32). Toulouse: Érès.

Delmas, P. (2020, janvier 23). *La recherche en soins : autonome ou sous-tutelle ?* [Conférence]. 6èmes Rencontres de la Recherche en Soins psychiatriques, <https://www.rrspsy.fr/rsi/index.php/rrspsy/262-6emes-rrspsy-philippe-delmas/>

Demilly, L., Roelandt, J. & Daumerie, N. (2012). 13 - Pourquoi la psychiatrie sociale et communautaire a-t-elle du mal à s'implanter en France ?. Dans : Lise Demilly éd., *La politique de santé mentale en France: Acteurs, instruments, controverses* (pp. 173-184). Paris: Armand Colin.

Demilly, L. (2020). Les pratiques des médiateurs de santé-pairs en santé mentale. *Rhizome*, 75-76, 37-46. <https://doi.org/10.3917/rhiz.075.0037>

Demilly L. & de la Broise P. (2009). Les enjeux de la déprofessionnalisation. *Socio-logos* (4) <http://journals.openedition.org/socio-logos/2305>

Demilly L. (2008). *Politiques de la relation. Approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles*. Presses universitaires du Septentrion.

Dino. (2008, 24 février). En fait, l'organisation varie selon les CMP (et l'humeur du chef de service...) ; là où je suis. [Commentaire sur le message « Infirmière en CMP »]. *Infirmiers.com*. <https://www.infirmiers.com/forum/infirmiere-en-cmp-t71983.html>

Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). (2011, mai). La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles. *Études et résultats* (759). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er759.pdf>

Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). (2019). *Démographie des professionnels de santé*. Drees. Consulté le 15 avril 2020 sur <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>

Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). (2020). L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé. *Les établissements de santé-éditions 2021*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ES2021.pdf>

Direction générale de la Santé (2002, 1^{er} mai). *L'évolution des métiers en santé mentale : recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mental caractérisé*. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/024000452.pdf>

Di Vittorio, P., Minard, M. & Gonon, F. (2013). Les virages du DSM : enjeux scientifiques, économiques et politiques. *Hermès, La Revue*, 2(2), 85-92.

- Dornan, T. (2006). Experience based learning : learning clinical medicine in workplaces. Universitaire Pers Maastricht.
- Drieu, D. & Crété, P. (2015). Actualités de la clinique institutionnelle en France : entre résistance et création ? *Filigrane*, 24(2), 13–30. <https://doi.org/10.7202/1036528ar>
- Duby, C., & Robin, S. (2006). Analyse en composantes principales. *Institut National Agronomique, Paris-Grignon*, 80, 53.
- Dubar, C. (2015). *La socialisation : Construction des identités sociales et professionnelles*. Armand Colin.
- Duchesne, C. (2010). L'apprentissage par transformation en contexte de formation professionnelle. *Éducation et francophonie*, 38(1), 33–50.
- Dulay, M. C. B., Domingo, J. E. A., Domingo, K. F. R., Domondon, H. O. F., Dumangon, L. G., & Duran, R. (2018). An exploratory study of factors influencing student nurses' empathy. *J Health Educ Res Dev*, 6(2), 2-7.
- Dumez, V. (2017, 5 juillet). *Réflexions sur l'évolution des modèles conceptuels d'organisation de soins : du paternalisme au partenariat*. Health 4 Africa. Consulté le 14 mai 2020 sur <https://www.health4africa.net/2017/07/reflexions-evolution-modeles-conceptuels-organisation-soins-du-paternalisme-au-partenariat/>
- Dupiré, P. (2010). Prise en compte et financement de la santé mentale. Dans Giordana, J-Y. (dir). *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. (pp.65-69). Paris : Elsevier/Masson.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Ehrenberg, A. (2004). Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale : Point de vue. *Revue française des affaires sociales*, 77-88. <https://doi.org/10.3917/rfas.041.0077>
- Ehrenberg A. (2016, 12 décembre). La santé mentale est une question sociale. Libération. https://www.liberation.fr/france/2016/12/12/alain-ehrenberg-la-sante-mentale-est-une-question-sociale_1534778/
- Etablissement Public de Santé. Mentale 74 de la Vallée de l'Arve (EPSM 74). (2020). Livret d'accueil du personnel. <https://www.ch-epsm74.org/livret%20d'accueil%20des%20nouveaux%20agents.pdf>
- Etablissement Public de Santé. Mentale Lille Métropole. (s.d.). *Le CCOMS*. Consulté le 22 juillet 2021 sur <https://www.ccomssantementalelillefrance.org/?q=diu-sant%C3%A9-mentale-dans-la-communaut%C3%A9-%C3%A9tudes-et-applications>
- FactomineR. (s.d.). *Analyse en Composantes Principales*. FactomineR. Consulté le 20 juin 2021 sur <http://factominer.free.fr/factomethods/analyse-en-composantes-principales.html>
- Faulx, D. (2006). Le recadrage dans les situations conflictuelles: Description et mise en perspective de l'approche de Michel Monroy. *Thérapie Familiale*, 27, 377-397. <https://doi.org/10.3917/tf.064.0377>
- Fernagu Oudet, S. (2012). Concevoir des environnements de travail capacitants :l'exemple d'un réseau réciproque d'échanges des savoirs. *Formation emploi*, 119, 7-27. <https://doi.org/10.4000/formationemploi.3684>

- Flora, L. (2014). Le patient formateur, un nouveau métier pour accompagner un nouveau paradigme au sein du système de santé. Dans Jouet E., Las Vergnas O., Noël-Hureau E. (dir.), *Nouvelles coopérations réflexives en santé. De l'expérience des malades et des professionnels aux partenariats de soins, de formation et de recherche* (pp.21-41). Edition des archives contemporaines.
- Flora, L. (2015). 11. Du patient « passif » au patient expert. Dans : Catherine Déchamp-Le Roux éd., *Santé mentale : guérison et rétablissement : Regards croisés* (pp. 109-119). Montrouge, France: John Libbey Eurotext.
- Flora, L., Lebel, P., Dumez, V., Bell, C., Lamoureux, J., & Saint-Laurent, D. (2015). L'expérimentation du Programme partenaires de soins en psychiatrie : le modèle de Montréal. *Santé mentale au Québec*, 40 (1), 101–117. <https://doi.org/10.7202/1032385ar>
- Follenfant A. & Meyer, T. (2003). Échelle d'auto efficacité personnelle au travail (adaptation de Schwarzer & Jerusalem, 1995). La Fabrique des formations de l'Université de Lille. https://fabrique-formations.univ-lille.fr/fileadmin/user_upload/learning-fab/Documents/Echelles_REFA/auto-efficacite/SEP-T_Follenfant_2003.pdf
- Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 89, 33-42.
- Formavenir Performances. (s.d.). *Formation : Consolidation et intégration des savoirs et des pratiques en psychiatrie*. Consulté le 13 mai 2020 sur <https://www.formavenir-performances.fr/nos-formations/prise-en-charge-du-patient/sante-mentale/formation-consolidation-integration-savoirs-et-pratiques-psychiatrie/>
- Foucault, M., Brion, F., & Harcourt, B. E. (2012). *Mal faire, dire vrai: Fonction de l'aveu en justice-cours de Louvain, 1981*. Presses univ. de Louvain.
- Friard, D. (2013). L'alliance thérapeutique, un concept controversé. *Santé mentale*, (181), 26-33.
- Friard, D. (2017). L'entretien clinique infirmier : des obstacles à dépasser. *Santé mentale*, (218), 1-16. <https://www.santementale.fr/2017/06/1-entretien-clinique-infirmier-des-obstacles-a-depasser/>
- Gabriel75. (2015, 30 juin). En termes d'organisation du travail dans un CMP il y a donc des visites à domicile. [Commentaire sur le message « Premier poste en CATTP/CMP »]. Infirmiers.com.<https://www.infirmiers.com/forum/premier-poste-cattp-cmp-t148764.html>
- Gabriel75. (2015, 30 juin). Le travail n'y est pas vraiment stressant, beaucoup de relationnel, d'entretiens, d'observation. [Commentaire sur le message « Premier poste en CATTP/CMP »]. Infirmiers.com.<https://www.infirmiers.com/forum/premier-poste-cattp-cmp-t148764.html>
- Garnier, C. & Marchand, C. (2012). Portfolio en Institut de formation en soins infirmiers : Mythe ou réalité. *Recherche en soins infirmiers*, 110(3), 98-112. <https://doi.org/10.3917/rsi.110.0098>
- Gaudry Muller, A. (2014). *Des apprentissages infirmiers informels à l'organisation apprenante. Etude des perceptions d'apprentissage et de soutien organisationnel dans deux établissements de santé*. [Thèse de doctorat, Université Paris Ouest Nanterre La Défense – Paris X]. Thèses.fr. https://bdr-parisnanterre-fr.faraway.parisnanterre.fr/theses/intranet/2014PA100133_1.pdf

- Gaulejac, V. de, (1996). Discussion autour du concept de reliance. Dans M. Bolle De Bale (dir.), *Voyages au cœur des Sciences Humaines. Reliance et théories* (tome 1), (pp. 131-135). L'Harmattan.
- GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences. (2020, 30 janvier). *FER : Formation Et Recherche*. Consulté le 22 juillet 2021 sur <https://www.ghu-paris.fr/fr/actualites/fer-formation-et-recherche>.
- GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences. (2020). *L'éducation thérapeutique*. Consulté le 10 juillet 2021 SUR <https://www.ghu-paris.fr/fr/leducation-therapeutique>
- GHU Paris Psychiatrie Neurosciences. (s.d.). *Parcours recommandés pour les infirmiers et aides-soignants nouvellement recrutés en psychiatrie*. Consulté le 12 mai 2020 sur https://www.ghu-paris.fr/sites/default/files/2020-01/ghu_plan-formation_2020.pdf
- Giloux, N. (2016). Le pyjama hospitalier. *Santé mentale*, (206), 6-7.
- Giordana, J-Y. (2010). Une nouvelle voie de recherche : l'étude Indigo. Dans Giordana, J-Y. (dir). *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. (pp.18-24). Paris : Elsevier/Masson.
- Glaser, B.G. et Strauss, A.L. (2017). *La découverte de la théorie ancrée ; stratégies pour la recherche qualitative* (2e édition). Armand Colin.
- Glover, H. (2012). 2. Un nouveau paradigme se fait-il jour ?. Dans : Emmanuelle Jouet éd., *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie: Rétablissement, inclusion sociale, empowerment* (pp. 33-59). Toulouse: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.jouet.2012.01.0033>
- Goffman, E. (1975). *Stigmates. Les usages sociaux du handicap*. Les éditions de minuit.
- Golf, G., d'Hauteville, T. & Molinié, M. (2020). « Faciliter » un groupe d'entraide du REV France, l'expérience de Montpellier. *Rhizome*, 75-76, 193-202.
- Gonon, F. (2014). La psychiatrie biologique : une bulle spéculative ? Dans : Marcel Sassolas éd., *Défense de la clinique en psychiatrie* (pp. 43-61). Toulouse, France: Érès.
- Gougoulis, N., Sallustrau, J. & Toliou, A. (2012). Chapitre 55. Traitements psychologiques. Dans : Vassilis Kapsambelis éd., *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte* (pp. 1007-1032). Paris cedex 14, France : Presses Universitaires de France.
- Grasset, R. (2019). Apprenance et équipes de travail : mise à l'épreuve d'une évaluation individuelle du rapport à l'apprendre dans les interactions des collectifs. [Thèse de doctorat, Université Paris Ouest Nanterre La Défense – Paris X].
- Greacen, T., & Jouet, E. (2013). Rétablissement et inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychique : le projet EMILIA. *L'information psychiatrique*, 89, 359-364.
- Greacen, T., & Jouet, E. (2015). 9. L'empowerment en santé mentale. Dans : Catherine Déchamp-Le Roux éd., *Santé mentale : guérison et rétablissement: Regards croisés* (pp. 91-100). Montrouge, France: John Libbey Eurotext.
- GRIEPS Formation Conseil Santé. (s.d.). *Certificat : spécialiste en soins psychiatriques*. Consulté le 12 mai 2020 sur <https://www.grieps.fr/formations-certificat-specialiste-en-soins-psychiatriques-1496>

- Grillet, M. (s.d). *Programme d'études préparatoires au diplôme d'infirmier et d'infirmière de secteur psychiatrique*. Consulté le 2 juillet 2019 sur : <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/programme/isp.htm#:~:text=Au%20service%20des%20personnes%20et,de%20l'organisation%20du%20secteur>
- Groen, J. & Kawalilak, C. (2016). Creating Spaces for Transformative Learning in the Workplace. *New Directions for Adult and Continuing Education*, 2016(152), 61-71. <https://doi.org/10.1002/ace.20213>
- Groupe de Recherche en Soins Infirmiers. (2020). *6èmes Rencontres de la Recherche en soins en psychiatrie organisées par le Centre Hospitalier de Saint-Cyr-au-Mont d'Or : programme Jeudi 23 et Vendredi 24 janvier 2020*. La Recherche en Soins en Psychiatrie. Consulté le 25 mai 2020 sur <https://www.ch-st-cyr69.fr/wp-content/uploads/programme-rsp-2020.pdf>
- Gruber Jost, S. (2018). *L'autoévaluation des compétences en contexte : l'intime au service d'un apprentissage expansif*. [Thèse de doctorat, Université de Strasbourg]. Theses.unistra.fr. https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_doctorat/2018/Gruber_Jost_Sylvie_2018_ED519.pdf
- Guerfel-Henda, S., El Abboubi, M. & El Kandoussi, F. (2012). La socialisation organisationnelle des nouvelles recrues. *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 4,1, 57-73. <https://doi.org/10.3917/rimhe.004.0057>
- Guillaumin, C. (2016). Le sens de l'alternance. Alternative pédagogique, projet éthique et perspective politique. *Phronesis*, 5, 28-37.
- Habermas, J. (1987). *Théorie de l'agir communicationnel. Rationalité de l'agir et rationalisation de la société*. (Tome 1). Fayard.
- Hansson, L., Jormfeldt, H., Svedberg, P., & Svensson, B. (2013). Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: do they differ from attitudes held by people with mental illness?. *The International journal of social psychiatry*, 59(1), 48–54. <https://doi.org/10.1177/0020764011423176>
- Happell, B. & Roper, C. (2009). Promoting genuine consumer participation in mental health education: A consumer academic role. *Nurse Education Today*. Aug;29(6): 575-579.
- Happell, B., Platania-Phung, C., Scholz, B., Bocking, J., Horgan, A., Manning, F., Doody, R., Hals, E., Granerud, A., Lahti, M., Pullo, J., Vatula, A., Ellilä, H., van der Vaart, K. J., Allon, J., Griffin, M., Russell, S., MacGabhann, L., Bjornsson, E., & Biering, P. (2019). Nursing student attitudes to people labelled with 'mental illness' and consumer participation: A survey-based analysis of findings and psychometric properties. *Nurse education today*, 76, 89–95. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.02.003>
- Hartmut, R. (2018). *Résonance: une sociologie de la relation au monde*. La Découverte.
- Haute Autorité de Santé (2014, 19 juin). *Éducation thérapeutique du patient (ETP)*. Haute Autorité de Santé. Consulté le 7 mai 2021 sur https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp/
- Haute Autorité de Santé. (2016, 22 novembre). *Episodes de violence des patients hospitalisés en psychiatrie : comment les éviter ? comment mieux les gérer ?* Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-11/dossier_de__presse_prevention_des_episodes_de_violence_des__patients_hospitalises_en__psychiatrie.pdf

Haute Autorité de Santé (2017, février). *Isolement et contention en psychiatrie générale. Méthode Recommandations pour la pratique clinique*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-03/isolement_et_contention_en_psychiatrie_generale_-_recommandations_2017-03-13_10-13-59_378.pdf

Haute Autorité de Santé (2018, mars) *Fiche mémo. Aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation de 72 heures*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-04/fiche_memo_aide_a_la_redaction_des_certificats_et_avis_medicaux_dans_le_cadre_des_soins_psychiatriques_sans_consentement.pdf

Haut Conseil de Santé Publique (2016, avril). *Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015*. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=555>

Hazan, A. (2019, 27 mars). *Rapport d'activité 2018*. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Dalloz. http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2019/05/CGLPL_Rapport-annuel-2018_web.pdf

Henderson, C., Noblett, J., Parke, H., Clement, S., Caffrey, A., Gale-Grant, O., Schulze, B., Druss B., & Thornicroft, G. (2014). Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *The Lancet Psychiatry*, 1(6), 467-482.

Henry, F. (2018). Comment transmettre les savoirs en psychiatrie ? *Santé mentale*, (hors-série-août 2018), 32-35.

Hsiao, C. Y., Lu, H. L., & Tsai, Y. F. (2015). Factors influencing mental health nurses' attitudes towards people with mental illness. *International journal of mental health nursing*, 24(3), 272–280. <https://doi.org/10.1111/inm.12129>

Hude, W. & Pinet, E. (2020). Les médiateurs de santé pair : une profession en devenir. *L'information psychiatrique*, 96, 527-532.

Illeris, K. (2014a). *Transformative Learning and Identity*. Routledge

INFIPP. (s.d.). *Parcours d'intégration et adaptation à l'emploi des infirmiers en psychiatrie*. Consulté le 13 mai 2020 sur <https://infipp.com/formation/10667-parcours-d%E2%80%99int%C3%A9gration-et-adaptation-%C3%A0-l%E2%80%99emploi-des-infirmiers-en-psychiatrie>

Infirmier(e)s en psychiatrie : un véritable choix. (2013, 21 octobre). Infirmiers.com. <https://www.infirmiers.com/votre-carriere/votre-carriere/infirmieres-en-psychiatrie-un-veritable-choix.html>

INFOR Santé. (s.d.). *Consolidation des savoirs en psychiatrie*. Consulté le 13 mai 2020 sur <https://www.inforsante.fr/uncategorized/formation-consolidation-des-savoirs-en-psychiatrie/>

Institut Régional Jean Bergeret. (s.d.). *Consolidation des savoirs infirmiers en psychiatrie*. Consulté le 13 mai 2020 sur <https://www.institutbergeret.fr/formation/>

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>

Jodelet, D. (2006). Place de l'expérience vécue dans les processus de formation des représentations sociales. Dans V. Hass (dir), *Les savoirs du quotidien. Transmissions, Appropriations, Représentations* (pp. 235-255). Presses universitaires de Rennes.

Jouet, E. Flora, L., & Las Vergnas, O. (2010). Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients : Note de synthèse. *Pratiques de Formation - Analyses*, 2010 (58-59).

Jouet, E., & Greacen, T. (2010). Savoir autodidacte et expertise des malades en psychiatrie. *Rhizome* (40), 7-8

Jouet, E. (2013). Le projet Emilia : inclusion sociale par la formation des personnes vivant avec un trouble psychique. *Savoirs*, 31, 69-80. <https://doi.org/10.3917/savo.031.0069>

Jouet E. (2014). La reconnaissance des savoirs des malades : de l'émergence au fait social. Dans Jouet E., Las Vergnas O., Noël-Hureaux E. (dir.), *Nouvelles coopérations réflexives en santé. De l'expérience des malades et des professionnels aux partenariats de soins, de formation et de recherche* (pp.9-20). Edition des archives contemporaines.

Jouet, E. (2016). L'approche fondée sur le rétablissement : éducation diffuse et santé mentale. *Le Télémaque*, 49, 111-124. <https://doi.org/10.3917/tele.049.0111>

Jouet, E. (2017). Savoirs expérientiels en santé mentale. *Santé mentale*, (220).

Jouet, E., Greacen, T., Fischer, R. & Morel, A. (2019). Chapitre 29. Usagers, parcours et rétablissement. Dans : Alain Morel éd., *Addictologie: En 47 notions* (pp. 381-398). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.morel.2019.01.0381>

Kalampalikis, N. (2005). L'apport de la méthode Alceste dans l'analyse des représentations sociales. Dans : Jean-Claude Abric éd., *Méthodes d'étude des représentations sociales* (pp. 147-163). Toulouse: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.abric.2003.01.0147>

Karazivan, P. (2014). Le virage patient-partenaire et les résistances d'une profession en mutation : regard d'un médecin de famille. Dans Jouet E., Las Vergnas O., Noël-Hureaux E. (dir.), *Nouvelles coopérations réflexives en santé. De l'expérience des malades et des professionnels aux partenariats de soins, de formation et de recherche* (pp.3-8). Edition des archives contemporaines.

Kassambara (2017,15 octobre). *ACP - Analyse en Composantes Principales avec R: L'Essentiel*. Statistical Tools For High-Throughput Data Analysis. Consulté le 20 juillet 2020 sur <http://www.sthda.com/french/articles/38-methodes-des-composantes-principales-dans-r-guide-pratique/73-acp-analyse-en-composantes-principales-avec-r-l-essentiel>

Kaufmann, J.-C. (2016). *L'entretien compréhensif*. Armand Colin.

Kecskeméti, S. (2003). Rites et rituels en institution psychiatrique. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 1(1), 135-144. <https://doi.org/10.3917/rppg.040.0135>

R. Kegan, R. (2009). What "form" transforms ? A constructive-developmental approach to transformative learning. Dans K. Illeris, *Contemporary Theories of Learning* (pp. 35-52). Routledge.

Knaak, S., Mantler, E., & Szeto, A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare management forum*, 30(2), 111–116. <https://doi.org/10.1177/0840470416679413>

- Knight, L. V., & Rees, C. E. (2008). "Enough is enough, I don't want any audience": exploring medical students' explanations of consent-related behaviours. *Advances in health sciences education : theory and practice*, 13(4), 407–426. <https://doi.org/10.1007/s10459-006-9051-1>
- Koenig, M. (2017). Le rétablissement dans la schizophrénie: une transformation longtemps silencieuse. *Rhizome*, 6566(3), 8-9.
- Kro.ide. (2019, 14 juillet). Bonjour, Je peux te partager mon expérience en maison pour ados. Et bien après 2 expériences en services hospici ; j'apprécie beaucoup. [Commentaire sur le message « témoignages sur l'extra hospitalier »]. *Infirmiers.com*. <https://www.infirmiers.com/forum/temoignages-sur-extra-hospitalier-t169262.html>
- Kübler-Ross, E. (1975). *Les Derniers Instants De La Vie*. Labor Et Fides.
- Labey, M., Defromont, L., Noël, C., & Boisseau, A. (2017). Intégrer les savoirs expérientiels aux soins. *Santé mentale*, (220), 58-64.
- Lacaze, D. (2005). Vers une meilleure compréhension des processus d'intégration: Validation d'un modèle d'intégration proactive des nouveaux salariés. *Revue Gestion des Ressources Humaines*, Avril-Mai-Juin, 19-35.
- Laconi, S., Cailhol, L., Pourcel, L., Thalamas, C., Lapeyre-Mestre, M., & Chabrol, H. (2015). Relation entre mécanismes de défense et alliance thérapeutique. *L'Encéphale*, 41(5), 429-434.
- Lalande, F. & Lepine, C. (2011, mai). *Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter*. Inspection générale des affaires sociales. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/114000287.pdf>
- Lampropoulos, D., Fonte, D., & Apostolidis, T. (2019). La stigmatisation sociale des personnes vivant avec la schizophrénie: une revue systématique de la littérature. *L'Évolution Psychiatrique*, 84(2), 346-363. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2018.09.002>
- La langue française. (s.d.). Recadrer. Dans *La langue française*. Consulté le 4 avril 2020 sur <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/recadrer>
- Lang, J. P., Jurado, N., Herdt, C., Sauvanaud, F., & Tongio, L. L. (2019). L'éducation thérapeutique pour les patients souffrant de troubles psychiatriques en France: psychoéducation ou éducation thérapeutique du patient?. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 67(1), 59-64.
- Langlois, L., Dupuis, R., Truchon, M., Marcoux, H., & Fillion, L. (2009). Les dilemmes éthiques vécus par les infirmières aux soins intensifs. *Éthique publique. Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, 11(2), 20-30.
- Lanquetin, J. P., & Tchukriel, S. (2013). L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie. *Recherche en soins infirmiers*, 114(3), 95-95.
- Lanquetin J.-P., Tchukriel S., & Roberton, G. (2015). *Le carnet du Soclecare*. (2^{ème} édition). Editeur Mont d'Or : Groupe de Coordination des Initiatives.
- Lanquetin, J.-P. (2019). Le développement de la recherche en soins infirmiers en psychiatrie. *L'information psychiatrique*, 95, 529-534. <https://doi.org/10.1684/ipe.2019.1992>
- La Recherche en Soins en Psychiatrie. (s.d.). *Le SocleCare*. La Recherche en Soins en Psychiatrie. Consulté le 5 août 2020 sur <https://www.rrspsy.fr/rsi/index.php/grsi/soclecaire>

La Recherche en Soins en Psychiatrie. (s.d.). *Le Groupe de Recherche en Soins Infirmiers*. La Recherche en Soins en Psychiatrie. Consulté le 5 août 2020 sur <https://www.rrspsty.fr/rsi/index.php/grsi/presentationgrsi>

Laroze, M. (2016). Impact de l'ETP sur les pratiques soignantes. *Pratiques de l'éducation thérapeutique en psychiatrie : état des lieux et perspectives* [Dossier]. EPSM de l'Agglomération Lilloise. <https://www.epsm-al.fr/sites/default/files/2018-10/dossier-colloque-etp-epsma.pdf>

Las Vergnas, O. (2014). Réflexivité des malades et dialogues entre phénoménologies pragmatiques et épistémologies académiques. Dans E. Jouet, O. Las Vergnas, E. Noël-Hureaux (dir.), *Nouvelles coopérations réflexives en santé. De l'expérience des malades et des professionnels aux partenariats de soins, de formation et de recherche* (pp.101-135). Edition des archives contemporaines.

Las Vergnas, O. (2016). Apprenance, rapports aux sciences et effets de la catégorisation scientifique scolaire. *Éducation permanente*, (207), 97-104.

Laval, C. (2017). Édito. *Rhizome*, 65-66, 1-5.

Laval, C., & Gardien, È. (2020). Accompagner ses pairs n'est pas une activité de médiation, pourtant ils sont appelés « médiateurs de santé-pairs » *Rhizome*, 75-76, 184-192.

Le Boterf, G. (2011). *Ingénierie et évaluation des compétences*. Editions d'Organisation.

Le Cardinal, P., Roelandt, J., Rafael, F., Vasseur-Bacle, S., François, G. & Marsili, M. (2013). Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : historique, études et perspectives. *L'information psychiatrique*, 89, 365-370.

Lechaux, P. (2016). L'alternance en formation : le travail silencieux de l'activité de reliance des « alternants » dans le cadre d'un dispositif de formation mobilisateur. *Phronesis*, 5, 38-49.

Lechaux, P. & Wittorski, R. (2016). Pour une recherche en travail social/intervention sociale orientée « analyse des métiers en actes et professionnalisation ». *Forum*, 148, 77-83. <https://doi.org/10.3917/forum.148.0077>

Lechevalier Hurard, L. (2018). Des libertés au prix de l'enfermement : le cas d'une unité Alzeihmer. Dans L. Velpry, P. A. Vidal-Naquet & B. Eyraud (dir.). (2018). *Contrainte et consentement en santé mentale: forcer, influencer, coopérer* (pp. 71-86). Presses universitaires de Rennes.

Leclercq, F. (1996). Les métamorphoses d'un fil : la reliance et le lien. Dans M. Bolle De Bale (dir.), *Voyages au cœur des Sciences Humaines. Reliance et théories* (tome 1), (pp. 99-109). L'Harmattan

Ledesma, L. A. (2017). Les infirmiers débutants: quelles transformations identitaires ? *Carnets de recherche sur la formation*, <https://hal-cnam.archives-ouvertes.fr/hal-02124720/document>

Lefouler, M. (2005). Désillusion et scepticisme en psychiatrie (témoignage). *Chimères. Revue des schizoanalyses*, 57(1), 145-152.

Lerbert-Sereni, F. (2000). Système, paradoxe et relation pédagogique. Les nouages de la relation et des savoirs. *Les Dossiers des Sciences de l'Éducation*, 3(1), 41-61.

- Lety, C. (2015). *Certificat de spécialiste en soins psychiatriques : un dispositif innovant et pluriel au service d'un métier en quête de repères*. Grieps. Consulté le 15 mars 2020 sur <https://www.grieps.fr/temoignages-certificat-specialiste-en-soins-psychiatriques-un-dispositif-innovant-et-pluriel-au-service-dun-metier-en-quete-de-reperes-12> -
- Leyreloup, A. (2010). Entre hier et aujourd'hui, le métier d'infirmier en psychiatrie. *Sud/Nord*, 25, 121-128.
- Linden, M., & Kavanagh, R. (2012). Attitudes of qualified vs. student mental health nurses towards an individual diagnosed with schizophrenia. *Journal of advanced nursing*, 68(6), 1359–1368. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05848.x>
- Linder, A. (2016). Maladie psychique et sujet : les attributions de responsabilité dans une unité psychiatrique de réhabilitation. *SociologieS*. <https://doi.org/10.4000/sociologies.5338>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 363-385.
- Lochard, Y. (2007). L'avènement des « savoirs expérientiels ». *La Revue de l'Ires*, 55, 79-95. <https://doi.org/10.3917/rdli.055.0079>
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1), (2002). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015>
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1), (2005). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000809647/>
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1), (2009). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475/>
- 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 (1), (2011). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000024312722/>
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1), (2016). https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI00003191331
- Luca-Bernier, C. de, (2011). Logique du soin en psychothérapie institutionnelle. *Le Coq-héron*, 206, 98-106.
- Maffesoli, M. (2007). *Le réenchantement du monde*. Editions Table Ronde.
- Maffesoli, M., & Bourion, C. (2007). Ruptures et liens. *Revue internationale de psychosociologie*, 13(30).
- Maillart, C. & Martinez Perez, T. (2017). Chapitre 5. Décliner un référentiel en niveaux de développement et apprentissages critiques : quels impacts pour un programme en logopédie ?. Dans : Marianne Poumay éd., *Organiser la formation à partir des compétences: Un pari gagnant pour l'apprentissage dans le supérieur* (pp. 97-117). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.
- Martin, E., & Schweitzer, L. (2021). *Rapport d'activités Juin 2021*. Plateforme de promotion et développement du travail pair en Région Auvergne Rhône Alpes. https://b783a332-2f94-491a-b48a-4ecb5ef439ae.filesusr.com/ugd/e9ca54_8d83486b21e14892af887efe05f8c84d.pdf

- Martineau, S., Portelance, L., & Presseau, A. (2009). La socialisation au travail comme indicateur de développement professionnel: analyse des approches basées sur la mesure. *Questions Vives. Recherches en éducation*, 5(11), 243-258.
- Mateo, M. (2012). Alliance thérapeutique. Dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières : 2ème édition* (pp. 64-66). Toulouse, France: Association de Recherche en Soins Infirmiers.
- Maubant, P., Roger, L., & Lejeune, M. (2013). Déprofessionnalisation. *Recherche et formation*, (72), 89-102.
- Maubant, P. & Roquet, P. (2016). Introduction: Les reliances de l'alternance en formation et ses effets sur les processus de construction identitaire des alternants. *Phronesis*, 5, 1-3. <https://www.cairn.info/revue--2016-1-page-1.htm>.
- Merkling, J. (2017). *L'infirmier en santé mentale : Identité, rôle, savoirs et pratiques*. Seli Arslan.
- Merkling, J. (2018). Mettre en acte le soin relationnel. *Santé mentale*, (230), 36-41.
- Métayer, M. (2001). Vers une pragmatique de la responsabilité morale. *Lien social et Politiques*, (46), 19-30.
- Mezirow, J. (1990). How critical reflection triggers transformative learning. *Fostering critical reflection in adulthood*, 1(20), 1-6.
- Mezirow, J. (1997). Transformative learning: Theory to practice. *New directions for adult and continuing education*, 1997(74), 5-12.
- Mezirow, J. (1991). *Transformative dimensions of adult learning*. Jossey-Bass, 350 Sansome Street, San Francisco, CA 94104-1310.
- Mezirow, J. (2000). *Learning as Transformation: Critical Perspectives on a Theory in Progress. The Jossey-Bass Higher and Adult Education Series*. Jossey-Bass Publishers, 350 Sansome Way, San Francisco, CA 94104.
- Mezirow, J. (2001). *Penser son expérience: une voie vers l'autoformation*. Chronique Sociale.
- Mezirow, J. (2003). Transformative learning as discourse. *Journal of transformative education*, 1(1), 58-63.
- Miazza, M. (2020). Être autour pour être avec... *Santé mentale*, (244), 42-47.
- Middleton, P., Stanton, P., & Renouf, N. (2004). Consumer consultants in mental health services: Addressing the challenges. *Journal of Mental Health*, 13(5), 507-518.
- Miettinen, R. (2000). The concept of experiential learning and John Dewey's theory of reflective thought and action. *International journal of lifelong education*, 19(1), 54-72.
- Ministère de la Santé. (2005). *Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf
- Ministère de la Santé et de la Prévention. (2020). *Les programmes financés par le ministère et leurs appels à projets*. Consulté le 10 février 2020 sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/l-innovation-et-la-recherche-clinique/appels-a-projets/programmes-recherche>

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018, 28 juin). *Feuille de route, Santé mentale et psychiatrie*. Ministère des Solidarités et de la Santé. https://handicap.gouv.fr/sites/handicap/files/files-spip/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf

Ministère du travail de l'emploi et de la santé et ministère des Solidarités et de la cohésion sociale. (2012, 6 avril). *Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015-2.pdf

Miribel, J. de, (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, Université Charles de Gaulle - Lille III]. Tel.archives-ouvertes.fr. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01775318/document>

Miribel, J. de, (2020). *Expérience et professionnalisation des infirmiers en psychiatrie. Des ficelles au métier*. L'Harmattan.

Monceau, M., & Visintainer, S. (2005). Le mouvement des usagers en santé mentale : introduction et repères historiques. Dans : Jean Furtos éd., *La santé mentale en actes* (pp. 263-274). Toulouse, France: Érès.

Morasz, L., Perrin-Niquet, A., Vérot, J.-P. et Barbot, C. (2012). *L'infirmier(e) en psychiatrie. Les grands principes du soin en psychiatrie* (2^{ème} édition). Masson.

Morin, E. (1996). Pour une réforme de la pensée. *Le Courrier de l'UNESCO*, 49, 10-14.

Morin, E. (2004). *La méthode. Ethique* (Tome 6). Editions du Seuil.

Mougeot, F. (2019). *Le travail des infirmiers en hôpital psychiatrique*. Érès.

Mugny, G., Falomir-Pichastor, J., Quiamzade, A. (2017). *Influences sociales*. Presses universitaires de Grenoble. <https://doi.org/10.3917/pug.manue.2017.01>

Muller, A. (2016). Apprenance et apprentissages infirmiers informels. *Éducation permanente*, (207), 43-48.

Nicolas, M. (2016). *Quel tutorat d'intégration en psychiatrie. Centre ressource métiers et compétences en psychiatrie*. Centre ressources métiers et compétences en psychiatrie (CRMC Psychiatrie). Consulté le 10 avril 2019 sur <https://docplayer.fr/59546036-Centre-ressource-metiers-et-competences-en-psychiatrie-quel-tutorat-d-integration-en-psychiatrie.html>

Niewiadomski, C. (2009). Valoriser d'autres approches cliniques que la seule clinique biomédicale. *Savoirs*, 19, 44-47. <https://doi.org/10.3917/savo.019.0044>

Nivet, B. & Casalegno, J. (2011). Quand des espaces potentiels de reliance disparaissent: Le cas de l'intensification du travail. *Revue internationale de psychosociologie*, XVII, 123-148. <https://doi.org/10.3917/rips.043.0123>

Noël-Hureaux, E. (2012, Juillet). En quoi l'universitarisation de la formation infirmière modifie-t-elle la transmission?. Dans *Biennale internationale de l'éducation, de la formation et des pratiques professionnelles*. halshs-00790578f

Organisation Mondiale de la Santé Europe. (1986). *Charte d'OTTAWA pour la promotion de la santé*. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

Omega de base. (s.d.). L'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales. <http://asstsas.qc.ca/formations-nos-formations/omega-de-base>

Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe. (1998). *Éducation thérapeutique du patient : programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques : recommandations d'un groupe de travail de l'O.M.S.* Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345371>

Orofiamma, R. (2006). Faire de son expérience un récit. Être là, être avec. Les savoirs infirmiers en psychiatrie. *Éducation permanente*, (HS1), 187-202.

Oury, J. (2007). Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapie institutionnelles. *VST - Vie sociale et traitements*, 95, 110-125. <https://doi.org/10.3917/vst.095.0110>

Pachoud, B. (2018). La perspective du rétablissement : un tournant paradigmatique en santé mentale. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 7, 165-180. <https://doi.org/10.3917/ccgc.007.0165>

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). Chapitre 1 - Choisir une approche d'analyse qualitative. Dans : P. Paillé & A. Mucchielli (Dir), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (pp. 13-32). Paris: Armand Colin.

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin.

Paillé, P. (2017). Chapitre 3. L'analyse par théorisation ancrée. Dans : Marie Santiago Delefosse éd., *Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé* (pp. 61-83). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.santi.2017.01.0061>

Papaux, É. (2015). Le cercle de la reliance: une perspective relationnelle et sociale de l'autonomie. *Actualités en analyse transactionnelle*, (1), 45-58.

Parent, F., Ketele, J. M. D., Gooset, F., & Reynaerts, M. (2020). Taxonomie de l'approche par compétences intégrée au regard de la complexité. Contribution critique à la santé publique. *Tréma*, (54).

Parent, F. & Jouquan, J. (2013). *Penser la formation des professionnels de la santé*. De Boeck Supérieur.

Parizot, I. (2012). 5 – L'enquête par questionnaire. Dans : Serge Paugam éd., *L'enquête sociologique* (pp. 93-113). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.paug.2012.01.0093>

Paul, M. (2009). Autour du mot accompagnement. *Recherche et formation*, 62, 91-107.

Perrin-Niquet, A. (2019). Évolution des pratiques infirmières en psychiatrie. *Soins Psychiatrie*, (325), 11-37.

Perrin-Niquet, A. (2020). De l'infirmier de secteur psychiatrique à l'infirmier de pratique avancée en santé mentale et psychiatrie. *L'information psychiatrique*, 96, 511-517.

Perrot, É. de, (2004). 19. Réflexions sur quelques thérapies adjuvantes : ergothérapie – sociothérapie – physiothérapie. Dans : É. de Perrot & M. Weyeneth (Dir), *Psychiatrie et psychothérapie: Une approche psychanalytique* (pp. 259-268). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.

- Peyré, P., & De La Fournière, F. (2004). Entre déliance et reliance au sein de la famille: la complexité du travail d'accompagnement des parents âgés dépendants psychiques face au paradoxe du changement. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 4(22), 44-48.
- Peyré, P. (2020). *L'éthique au fil de la reliance : Le système et l'outil*. L'Harmattan.
- Piel, E., & Roelandt, J. L. (2001). De la psychiatrie vers la santé mentale. *VST-Vie sociale et traitements*, (4), 9-32.
- Piot, T. (2017). Chapitre 3. La collaboration entre formateurs d'école et tuteurs de stage en formation professionnelle par alternance. Dans : Cécile Gardiès éd., *Savoirs au travail: Savoirs en partage en éducation et formation* (pp. 59-72). Dijon cedex: Éducagri éditions. <https://doi.org/10.3917/edagri.gardi.2017.01.0059>
- Pomey, M., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M. .. & Jouet, E. (2015). Le « *Montreal model* » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*, 1, 41-50.
- Portail d'accompagnement des professionnels de santé Ile-de-France. (2020). *Devenir infirmier(e) en pratique avancée*. Consulté le 5 juin 2020 sur <https://www.iledefrance.paps.sante.fr/devenir-infirmiere-en-pratique-avancee>
- Poupart, F. (2020). Le cadre thérapeutique, une peau pour le soin. *Santé mentale*, (244), 18-23.
- Pourtois, J. & Humbeeck, B. (2011). Éduquer en milieu pauvre. Transcender les effets de la pauvreté. Dans : Chantal Zaouche Gaudron éd., *Précarités et éducation familiale* (pp. 17-37). Toulouse: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.zaouc.2011.01.0017>
- Présentation de l'ancien programme de formation des étudiants en soins infirmiers*. (2020, 7 septembre). Infirmiers.com. <https://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifs/la-formation-en-ifs/presentation-des-etudes.html>
- Programme d'études préparatoires au diplôme d'infirmier et d'infirmière de secteur psychiatrique*. (s.d.). Psychiatrie Infirmière. Consulté le 10 février 2020 sur <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/programme/isp.htm>
- Protais, C. & Litzler, A. (2018). Jouer avec les règles : le travail de contrôle des substances psychoactives en unité d'hospitalisation psychiatrique pour détenus. Dans L. Velpry, P. A. Vidal-Naquet & B. Eyraud (dir.). (2018). *Contrainte et consentement en santé mentale: forcer, influencer, coopérer* (pp. 87-99). Presses universitaires de Rennes.
- Provencher, H. (2002). L'expérience du rétablissement: perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 35-64.
- Psycom. (2020, 8 juillet). *Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)*. Consulté le 20 mars 2022 sur <https://www.psycom.org/sorienter/le-dictionnaire-des-lieux/centre-daccueil-therapeutique-a-temps-partiel-cattp/>
- Psycom. (2021, 24 mai). *Santé mentale : Les associations d'entraide*. Santé.fr. Consulté le 27 juin 2021 sur <https://www.sante.fr/sante-mentale-les-associations-dentraide>
- Racamier, P.-C. (2001). *L'esprit des soins*. Ed. du Collège.
- Rangeon, N., & Turck N. (2021). *Interprétez le cercle des corrélations*. OpenClassrooms. Consulté le 15 décembre 2021 sur <https://openclassrooms.com/fr/courses/4525281-realisez-une-analyse-exploratoire-de-donnees/5278723-interpretez-le-cercle-des-corrrelations>

- Raymond, C., & Forget, M. H. (2020). Pour un usage judicieux de l'analyse par théorisation ancrée dans le champ des didactiques. *Éducation et didactique*, (14-1), 31-47. <http://journals.openedition.org/educationdidactique/>
- Rechtman, R. (2000). Quelques aspects de la gestion psychiatrique de la violence. *L'Homme et la Société*, 138(4), 55-62.
- Reinert, M. (1993). Les «mondes lexicaux» et leur «logique» à travers l'analyse statistique d'un corpus de récits de cauchemars. *Langage et société (Maison des Sciences de l'Homme)*, 66, 5-39.
- Réseau français sur l'entente de voix. (s.d.). *Présentation*. Consulté le 27 juin 2020 sur <https://revfrance.org/presentation/>
- Roelandt J.-L., Caria, A., Benradia, I., Defromont, L. (2010). Perceptions sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. Dans Giordana, J.-Y. (dir). *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. (pp.47-64). Paris : Elsevier/Masson.
- Rofessart-O'Berry, J. (1996). Déliance économique, déliance psychologique, reliance thérapeutique. Dans M. Bolle De Bale (dir.), *Voyages au coeur des Sciences Humaines. Reliance et théories* (tome 1), (pp. 255-271). L'Harmattan.
- Rogers, C. R. (1966). *Le développement de la personne* (Herbert E.L. , Trad.). Dunod.
- Roisin, J. (2012). Chapitre 20. La reliance à l'humanité : le travail de résilience dans les groupes de parole. Dans : Roland Coutanceau éd., *Trauma et résilience: Victimes et auteurs* (pp. 217-231). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.lemit.2012.01.0217>
- Rose, P. (1999). Ceméa et psychiatrie : le traitement collectif de Philippe Paumelle. *VST : Revue du champ social et de la santé mentale*, 45(64), 43-46.
- Ross, C. A., & Goldner, E. M. (2009). Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 16(6), 558–567. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01399.x>
- Roussel, J.-F. (2016). L'apprenance, une contribution déterminante en organisation. *Éducation permanente*, (207) , 35-42
- Roussel, P. (2005). *Méthodes de développement d'échelles de questionnaires d'enquêtes* (No. halshs-00008920).
- Saetta, S. (2018). Contraindre, faire adhérer : le paradoxe du soin des auteurs d'infractions à caractère sexuel. Dans L. Velpy, P. A. Vidal-Naquet & B. Eyraud (dir.). (2018). *Contrainte et consentement en santé mentale: forcer, influencer, coopérer* (pp. 53-64). Presses universitaires de Rennes.
- Sahli, C., Le Goff-Cubilier, V., Weyeneth, M. & Bryois, C. (2006). Psychiatrie et psychothérapie : quid ?. *Psychothérapies*, 3(3), 167-173.
- Sartorius N. (2007). Stigma and mental health. *Lancet* (London, England), 370(9590), 810–811. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61245-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61245-8)
- Sartorius N. (2002). Iatrogenic stigma of mental illness. *BMJ* (Clinical research ed.), 324(7352), 1470–1471. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7352.1470>

- Schraube, E. E., Osterkamp, U. E., & Borehain, A. T. (2013). *Psychology from the standpoint of the subject: Selected writings of Klaus Holzkamp*. Palgrave Macmillan.
- Schugurensky, D. & Rieu, M. (2007). « Vingt mille lieues sous les mers » : les quatre défis de l'apprentissage informel. *Revue française de pédagogie*, 160, 13-27. <https://doi.org/10.4000/rfp.583>
- Schweitzer, L. (2020). « On est des (ex-) quelque chose »... De la mobilisation des savoirs expérientiels dans le travail pair. *Rhizome*, 75-76, 56-66.
- Shan, H. & Butterwick, S. (2016). Transformative learning of mentors from an immigrant workplace connections program. *Studies in Continuing Education*, 39(1), 1-15. <https://doi.org/10.1080/0158037x.2016.1167032>
- Sheffield Directory. (s.d.). *Sheffield User Survivor Trainers*. Consulté le 22 juillet 2021 sur <https://www.sheffielddirectory.org.uk/kb5/sheffield/directory/service.page?id=2PwHRZ4WP Gc>
- Siksou, M. (2008). Georges Libman Engel (1913-1999): Le modèle biopsychosocial et la critique du réductionnisme biomédical. *Le Journal des psychologues*, 7(7), 52-55.
- Skelton, J. R., O'Riordan, M., Berenguera Ossò, A., Beavan, J., & Weetman, K. (2017). Learning from patients: trainers' use of narratives for learning and teaching. *BJGP open*, 1(1), bjpgopen17X100581. <https://doi.org/10.3399/bjpgopen17X100581>
- Solidarité Réhabilitation pour sortir du labyrinthe. *Le projet CoFoR (Centre de Formation au Rétablissement)*. Consulté le 8 mai 2020 sur <https://www.solidarite-rehabilitation.org/projet-cofor-centre-de-formation-retablissement/>
- Soulet, M. (2009). Nouvelles pathologies sociales et transformations de l'action sociale. Dans : Thomas Périlleux éd., *Destins politiques de la souffrance* (pp. 85-98). Toulouse: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.peril.2009.01.0085>
- Staedel, B.Hude, W. (2020). Programme médiateurs de santé-pairs. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, (110) 8-9.
- Staff Santé. (2019, 28 novembre). *Combien d'infirmiers en France au 1er janvier 2019 ?* Consulté le 10 mai 2020 sur <http://content.staffsante.fr/combien-dinfirmiers-en-france-au-1er-janvier-2019/>
- Stantzou, A. & Schneebeli, V. (2012). Il faut poser un cadre au patient ! *Santé mentale*, (172), 52-55.
- Stockless, A., Carbone, C., Potvin Rosselet, E. Bisailon, J., Malé-Mole, L., Allard Martin, D et Hottote, L. (2019). *Classe du futur. Un projet interdisciplinaire pour réfléchir aux espaces d'apprentissage actif en enseignement universitaire*. UQAM, Montréal, 65 p. archipel.uqam.ca/13541/
- St-Onge, M. (2021). Pair-aidance en santé mentale. Une entraide professionnalisée, Nicolas Franck et Caroline Cellard 2020, Elsevier Masson, 286 pages. *Aequitas: revue de développement humain, handicap et changement social/Aequitas: Journal of human development, disability, and social change*, 27(2), 93-97.
- Sperer, N. (2016). Infirmière clinicienne et tutrice : un référencement clinique dans et hors l'équipe. Dans J.-C. Faivre-Pierret, M. Nicolas, & S. Ynesta (pres.). *Actes de la 4ème journée régionale Auvergne-Rhône-Alpes du tutorat en psychiatrie* (pp. 42-

44). <https://docplayer.fr/76142517-Les-dix-ans-du-tutorat-en-psychiatrie-quels-bilans-et-perspectives-en-auvergne-rhone-alpes-pour-demain.html>

Surber, R. (2012). 3. Le rétablissement des professionnels qui stigmatisent leurs patients. Dans : Emmanuelle Jouet éd., *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie: Rétablissement, inclusion sociale, empowerment* (pp. 61-74). Toulouse: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.jouet.2012.01.0061>

Talbot, M. (2016). La construction identitaire des éducateurs de jeunes enfants en alternance : ou comment l'usage du construit de reliance participe-t-il de la réorientation de leur projet professionnel en cours de formation ?. *Phronesis*, 5, 4-15. <https://www.cairn.info/revue--2016-1-page-4.htm>.

Thievenaz, J. (2017). *De l'étonnement à l'apprentissage : Enquêter pour mieux comprendre*. De Boeck Supérieur.

Tortonese, M., (2016). Etre tuteur professionnel, métier ? Peut-être ...Travail ? Sûrement ! Dans J.-C. Faivre-Pierret, M. Nicolas, & S. Ynesta (pres.). *Actes de la 4ème journée régionale Auvergne-Rhône-Alpes du tutorat en psychiatrie* (pp. 37-41). <https://docplayer.fr/76142517-Les-dix-ans-du-tutorat-en-psychiatrie-quels-bilans-et-perspectives-en-auvergne-rhone-alpes-pour-demain.html>

Touak, M. (2009). Le tutorat des infirmiers en psychiatrie : un levier stratégique pour le directeur des soins. [Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique]. Portail documentaire École des hautes études en santé publique. <https://documentation.ehesp.fr/>

Tourette-Turgis, C., & Thievenaz, J. (2013). La reconnaissance du « travail » des malades : un enjeu pour le champ de l'éducation et de la formation. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 46, 69-87.

Tourette-Turgis, C. (2013). L'université des patients : une reconnaissance institutionnelle des savoirs des malades. *Le sujet dans la cité*, 4, 173-185.

Tricard, S. (2017). Le Centre Ressource Régional des Métiers et des Compétences en psychiatrie CRMC. Consulté le 11 février 2020 sur <http://www.adesm.fr/wp-content/uploads/2017/04/S.TRICARD-Pr%C3%A9sentation-CRMC-avril-2017.pdf>

Union Francophone des Patients Partenaires. (s.d.). *Patients et Aidants*. Consulté le 10 juillet 2021 sur <https://ufpp.fr/patients-et-aidants.html>

Unité Mixte de Formation continue en Santé Aix Marseille Université. (s.d.). *Education Thérapeutique pour Patients – Experts*. Consulté le 24 juillet 2021 sur <https://umfcs.univ-amu.fr/notre-catalogue/par-type-de-formation/formations-diplomantes/education-therapeutique-pour-patients>

Université Claude Bernard Lyon 1. (s.d.). *DU « Pair-aidance »*. Consulté le 10 mars 2021 sur <http://offre-de-formations.univ-lyon1.fr/parcours-1367/pair-aidance.html>

The University of Melbourne.(s.d).*Graduate Diploma in Mental Health Nursing Practice* Consulté le 20 mai 2020 sur <https://study.unimelb.edu.au/find/courses/graduate/graduate-diploma-in-mental-health-nursing-practice/what-will-i-study/>

The University of Melbourne.(s.d). *Ms Cath Roper Lecturer (Mental Health Consumer Acad) Nursing*. Consulté le 15 mars 2020 sur <https://findanexpert.unimelb.edu.au/profile/6844-cath-roper>

Université de Montpellier Faculté de Médecine de Montpellier-Nîmes. (s.d.). *Éducation pour la sante des patients, éducation thérapeutique. Diplôme d'Université*. Consulté le 24 juillet 2021 sur <https://du-diu-facmedecine.umontpellier.fr/diplome-education-pour-la-sante-des-patients-education-therapeutique-39>

Université de Montréal. (s.d.). *Direction Collaboration et Partenariat Patient*. Consulté le 20 juillet 2021 sur <https://medecine.umontreal.ca/faculte/direction-collaboration-partenariat-patient/>

Université des patients. (s.d.). *Transformer l'expérience des malades en expertise*. Consulté le 24 juillet 2021 sur <https://universitedespatients-sorbonne.fr/>

Université des patients. (s.d.). *Formation à l'Éducation Thérapeutique*. Consulté le 24 juillet 2021 sur <https://universitedespatients-sorbonne.fr/diplome/du-formation-a-leducation-therapeutique/>

Université Grenoble Alpes. (s.d.). *Diplôme d'Université Education thérapeutique du patient : expérimenter et formaliser*. Consulté le 24 juillet 2021 sur <https://formations.univ-grenoble-alpes.fr/fr/catalogue-2021/du-diplome-d-universite-DU/diplome-d-universite-education-therapeutique-du-patient-experimenter-et-formaliser-IOMKCIN8.html>

Université Paris Cité. (s.d.). *DU Rétablissement en santé mentale : soins et accompagnement, de la précarité à l'inclusion sociale*. Consulté le 22 juillet 2021 sur https://odf.u-paris.fr/fr/offre-de-formation/diplome-d-universite-du-diu-1/sciences-technologies-sante-STs/du-retablissement-en-sante-mentale-soins-et-accompagnement-de-la-precarite-a-l-inclusion-sociale-XUF0_71.html

Université Paris-Est Créteil Val de Marne. (s.d.). *Certificat d'Université Soins en Santé Mentale*. Consulté le 12 mai 2020 sur <https://www.u-pec.fr/fr/formation/certificat-d-universite-soins-en-sante-mentale>

Université Sorbonne Paris Nord. (s.d.). *Licence 3^{ème} année. Sciences sanitaires et sociales. Parcours Médiateur de Santé Pair*. [Programme de formation]. Consulté le 10 mars 2020 sur https://leps.univ-paris13.fr/images/PDF/licence_MSP_2020.pdf

Usclat, P. (2010). Une conception habermassienne de la pédagogie. *Carrefours de l'éducation*, 29, 131-144.

Vaidis, D., & Halimi-Falkowicz, S. (2007). La théorie de la dissonance cognitive: une théorie âgée d'un demi-siècle. *Revue électronique de Psychologie sociale*, 1, 9-18.

Van Campenhoudt, L., Marquet, J., Quivy, R. (2017). *Manuel de recherche en sciences sociales*. 5e édition. Dunod.

van Dellen, T., & Cohen-Scali, V. (2015). The transformative potential of workplace learning: Construction of identity in learning spaces. *International Review of Education*, 61(6), 725-734.

Van Haepere, B. (2012). Que sont les principes du New Public Management devenus : Le cas de l'administration régionale wallonne. *Reflets et perspectives de la vie économique*, LI, 83-99.

Vasseur-Bacle, S., Sandrin, B., Demassiet, V., & Roelandt, J.-L. (2018). Les personnes ayant un problème de santé mentale. *Le pouvoir d'agir « empowerment » des patients questionne l'éducation thérapeutique et ses acteurs*. (64-67). <https://www.omedit-idf.fr/wp->

content/uploads/2019/09/DEF-MAR16H-INTEGRALE-RESTITUTION-Se%cc%81minaire-de-recherche-action-.pdf

Velpry, L. (2010). Subjectivité et psychiatrie: Travailler les points de vue dans l'intervention thérapeutique. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 4, 115-133.

Velpry, L., & Eyraud, B. (2018). *Contrainte et consentement en santé mentale : un objet pour les sciences sociales*. CNRS Editions. halshs-01936772.

Velpry, L., Vidal-Naquet, P. A., & Eyraud, B. (dir.). (2018). *Contrainte et consentement en santé mentale: forcer, influencer, coopérer*. Presses universitaires de Rennes.

Verdon, C., Lavoie, M., Blondeau, D. (2014). Les fondements de la relation infirmière/soigné revisités par un modèle construit autour de la philosophie de Gabriel Marcel. *Aporia*, 6(3).

Vermersch, P. (2010). *L'entretien d'explicitation*. ESF.

Vicherat-Stoffel, B.(2017). *Le soin de soi. Apprenance et agentivité en santé au mitan de la vie*. [Thèse de doctorat, Université Paris Ouest Nanterre La Défense – Paris X]. Thèses.fr. <https://bdr.parisnanterre.fr/theses/internet/2017/2017PA100050/2017PA100050.pdf>

Vincent-Ponroy, J. & Chevalier, F. (2018). Chapitre 9. Les récits de vie. Dans : Françoise Chevalier éd., *Les méthodes de recherche du DBA* (pp. 158-175). Caen, France: EMS Editions.

Wilhelmson, L., Åberg, M. M., Backström, T., & Olsson, B. K. (2015). Enabling transformative learning in the workplace: An educative research intervention. *Journal of Transformative Education*, 13(3), 219-238.

Wittorski, R. (2007). *Professionnalisation et développement professionnel*. L'Harmattan.

Wittorski, R. (2009). A propos de la professionnalisation. Dans J.-M. Barbier, E. Bourgeois, G. Chapelle & J.-C. Ruano-Borbalan, *Encyclopédie de l'éducation et de la formation* (pp. 781-793). PUF.

Wittorski, R. (2012). La professionnalisation de l'offre de formation universitaire : quelques spécificités. *Revue Internationale de Pédagogie de l'Enseignement Supérieur*, 28.

Wittorski, R. (2015). Chapitre 1. Questions posées à la professionnalisation aux métiers de l'humain. Dans : Jean-Yves Bodergat éd., *Des professionnalités sous tension: Quelles (re)constructions dans les métiers de l'humain* (pp. 29-41). Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.

Wittorski, R. (2016). L'injonction à l'interdisciplinarité : un symptôme de (dé) professionnalisation et une opportunité ?. *Forum*, 148, 44-51. <https://doi.org/10.3917/forum.148.0044>

Ynesta, S. (2016). Les mots d'accueil ...Dans J.-C. Faivre-Pierret, M. Nicolas, & S. Ynesta (pres.). *Actes de la 4ème journée régionale Auvergne-Rhône-Alpes du tutorat en psychiatrie* (pp. 7-8). <https://docplayer.fr/76142517-Les-dix-ans-du-tutorat-en-psychiatrie-quels-bilans-et-perspectives-en-auvergne-rhone-alpes-pour-demain.html>

Yvon, F. & Veyrunes, P. (2013). Genre et style. Dans A. Jorro (éd.), *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation* (pp. 141-144). Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.

- (2005). « Voir dans l'autre à la fois sa différence et son identité avec nous ». Entretien avec Edgar Morin: Entretien conduit par P. Bonjour et B. Peny. *Reliance*, 17, 9-13. <https://doi.org/10.3917/reli.017.0009>
- (2017). Les liens dans les pratiques professionnelles. *Pratiques en santé mentale*, 63, 35-38. <https://doi.org/10.3917/psm.171.0035>
- (2018). L'apprentissage transformateur : état des lieux et portée heuristique d'un construit en développement. *Phronesis*, 7, 1-4. <https://www.cairn.info/revue--2018-3-page-1.htm>.

Table des tableaux

Tableau 1 : Evolution des temps de formation obligatoires (théorie et stages) potentiels et maximaux, spécifiques à la psychiatrie et aux contenus somatiques et transversaux, entre 1973 et 2009.....	25
Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques des infirmiers en psychiatrie interviewés.....	135
Tableau 3 : Caractéristiques des apprentissages transformateurs instrumentaux et communicationnels.....	155
Tableau 4 : Principales caractéristiques des trois types d'apprentissage transformateurs et indicateurs retenus.....	161
Tableau 5 : Cadre conceptuel d'analyse des apprentissages transformateurs.....	161
Tableau 6 : Synthèse des apprentissages transformateurs perçus par les infirmiers, auprès des patients.....	181
Tableau 7 : Répartition des infirmiers (en nombre et %) dans les différentes catégories d'AT en fonction de caractéristiques biographiques.....	190
Tableau 8 : Synthèse des caractéristiques des approches biomédicale, psychologique et psychosociale issue de l'analyse lexicométrique et de la littérature	214
Tableau 9 : Expressions des genres professionnels bio, psycho, social, dans les entretiens, en relation avec des objets significatifs du métier d'infirmier en psychiatrie.....	231
Tableau 10 : Synthèse des vécus agréables et difficiles exprimés par les infirmiers en psychiatrie interviewés.....	242
Tableau 11 : Répartition des infirmiers en psychiatrie interviewés (en nombre et %) dans les différentes catégories d'AT en fonction des lieux d'exercice.....	280
Tableau 12 : Tableau récapitulatif des caractéristiques de l'échantillon (N=254).....	310
Tableau 13 : Les variables quantitatives provisoires, issues de blocs d'items.....	316

Table des figures

Figure 1 : Réduction de la part de la psychiatrie et augmentation de la part des contenus somatiques et transversaux dans la formation des futurs infirmiers en psychiatrie, entre 1973 et 2009.....	26
Figure 2 : Intensification de l'« optionnalisation » de la psychiatrie dans la formation des futurs infirmiers en psychiatrie, entre 1973 et 2009.....	26
Figure 3 : Réduction du temps de formation maximal en psychiatrie dans la formation des futurs infirmiers en psychiatrie, entre 1973 et 2009.....	27
Figure 4 : Augmentation de la part des stages et réduction des enseignements théoriques spécifiques à la psychiatrie, dans le temps de formation maximal en psychiatrie, en 2009.....	32
Figure 5 : Taxonomie de Bloom révisée par Anderson et Krathwohl en 2001.....	99
Figure 6 : Emergence de notre question de recherche.....	126
Figure 7 : Carte des secteurs du Groupe Hospitalier Paul Guiraud.....	130
Figure 8 : Répartition des infirmiers en psychiatrie par période d'obtention du diplôme.....	136
Figure 9: Répartition des infirmiers en psychiatrie en fonction de la période d'obtention du diplôme et du diplôme obtenu (DEI ou DISP).....	136
Figure 10 : Répartition des infirmiers par lieu d'exercice, intra ou extrahospitalier.....	137
Figure 11 : Répartition des infirmiers par secteur psychiatrique.....	137
Figure 12 : Répartition des infirmiers en fonction de la durée d'expérience en psychiatrie.....	138
Figure 13 : Répartition des infirmiers par sexe.....	138
Figure 14: Présentation schématique de notre étude qualitative.....	145
Figure 15 : Etapes du processus d'analyse thématique des apprentissages.....	146
Figure 16 : L'apprentissage : résultat d'un processus tridimensionnel, d'après Carré (2020).....	183
Figure 17 : Augmentation des ATCE et diminution des ATR et ATID déclarés avec l'augmentation de la durée d'expérience en psychiatrie.....	192
Figure 18 : Augmentation des ATCE et diminution des ATR et ATID avec l'augmentation de la durée d'expérience en extrahospitalier par rapport à la durée d'expérience en intrahospitalier.....	192
Figure 19 : Augmentation des ATCE et diminution des ATR et ATID déclarés avec l'ancienneté du diplôme (sauf pour le DEI avant 1995).....	193

Figure 20 : Trajectoire possible vers un apprentissage transformateur expansif (d'après Illeris, 2014 et Kübler-Ross, 1975).....	195
Figure 21 : Essai de modélisation d'une trajectoire de transformations identitaires et relationnelles des infirmiers auprès du patient, à l'échelle d'une carrière professionnelle en psychiatrie.....	197
Figure 22 : Dendrogramme des trois classes issues de la CHD.....	204
Figure 23 : Les trois « mondes lexicaux » issus de l'AFC.....	205
Figure 24 : Le 'monde lexical' biomédical.....	206
Figure 25 : Le 'monde lexical' psychologique.....	208
Figure 26 : Le 'monde lexical' psychosocial.....	211
Figure 27 : Représentation des infirmiers en psychiatrie interviewés, caractérisés par leur diplôme, à l'issue d'une AFC.....	216
Figure 28 : Processus d'analyse par théorisation ancrée mis en œuvre dans notre étude.....	245
Figure 29 : Mise en relation des catégories conceptualisantes avec le concept de reliance...269	
Figure 30 : Le travail d'accueil du patient et ses propriétés.....	269
Figure 31 : L'expansion humanisante du patient et ses propriétés.....	270
Figure 32 : Le travail de compréhension du patient et ses propriétés.....	272
Figure 33 : La facilitation d'intersubjectivité et ses propriétés.....	273
Figure 34 : Mise en relation des catégories conceptualisantes avec le concept de déliance..274	
Figure 35 : Le travail de conversion du patient et ses propriétés.....	274
Figure 36 : La réduction dévalorisante du patient et ses propriétés.....	276
Figure 37 : Mise en relation des catégories conceptualisantes et de leurs propriétés avec les concepts de reliance et de déliance.....	278
Figure 38 : Régime hypothétique de perceptions d'ATCE des infirmiers en psychiatrie, auprès des patients.....	285
Figure 39 : Régime hypothétique de perceptions d'ATD des infirmiers en psychiatrie, auprès des patients.....	289
Figure 40 : Répartition des répondants par région.....	303
Figure 41 : Répartition des répondants par type d'établissement fréquenté, spécialisé ou « général ».....	303
Figure 42 : Répartition des répondants par type d'établissement fréquenté, public ou privé non lucratif.....	303

Figure 43 : Répartition des répondants par sexe.....	304
Figure 44 : Répartition des répondants en fonction de l'âge.....	304
Figure 45 : Répartition des répondants en fonction d'une expérience personnelle de la maladie chronique.....	304
Figure 46 : Répartition des répondants en fonction de la période d'obtention du diplôme...305	
Figure 47 : Répartition des répondants en fonction de l'obtention d'un diplôme autre que le diplôme d'infirmier.....	306
Figure 48 : Répartition des répondants en fonction du suivi d'une formation en psychiatrie en plus du diplôme d'infirmier.....	306
Figure 49 : Répartition des répondants en fonction d'un accompagnement tutoral.....	306
Figure 50 : Répartition des répondants en fonction du lieu d'exercice actuel intra et/ou extrahospitalier.....	307
Figure 51 : Répartition des répondants en fonction de la nature de leur expérience, plus ou moins intra et/ou extrahospitalière.....	307
Figure 52 : Répartition des répondants en fonction de leur expérience auprès des patients en phase aiguë et chronique.....	308
Figure 53 : Répartition des répondants en fonction de leur expérience en psychiatrie et MCO.....	308
Figure 54 : Répartition des répondants en fonction du nombre d'établissements fréquentés.....	309
Figure 55 : Répartition des répondants en fonction de l'expérience d'animation ou non d'ateliers d'éducation thérapeutique.....	309
Figure 56: Cercle des corrélations (Rangeon & Turck, 2021).....	312
Figure 57 : Nuage de points représentant les individus sur les deux axes.....	313
Figure 58 : Ellipses de confiance autour de groupes d'individus.....	314
Figure 59 : Illustration du renforcement de la cohérence interne de la variable ATD par la suppression de l'item ATD3.....	317
Figure 60 : Illustration du renforcement de la cohérence interne de la variable « genre social » par la suppression de 3 items.....	318
Figure 61 : Le cercle des corrélations des moyennes des variables quantitatives.....	322
Figure 62 : Le régime de perception d'ATCE entrevu dans le cercle des corrélations.....	323
Figure 63 : Régime de perceptions d'ATCE confirmé et incrémenté, d'après le méta-cadre théorique de Carré (2020).....	329

Figure 64 : Le régime de perception d'ATD entrevu dans le cercle des corrélations.....	330
Figure 65 : Régime d'ATD confirmé et incrémenté d'après le méta-cadre théorique de Carré (2020).....	336
Figure 66 : Interprétation des axes 1 et 2 du cercle des corrélations.....	338
Figure 67 : Mise en relation du cercle des corrélations et des profils d'infirmiers en psychiatrie.....	340
Figure 68 : Synthèse des ellipses de confiances autour de groupes d'individus en fonction de variables sociodémographiques.....	342
Figure 69 : Ellipses de confiance distinguant des groupes d'individus en fonction des périodes d'obtention du diplôme et rapprochements avec les profils d'infirmiers et les régimes d'apprentissage.....	343
Figure 70 : Ellipses de confiance distinguant des groupes d'individus en fonction des diplômes (DEI ou DISP) et rapprochements avec les profils d'infirmiers et les régimes d'apprentissage.....	344
Figure 71 : Ellipses de confiance distinguant des groupes d'individus en fonction des diplômes obtenus autres que ceux d'infirmier et rapprochements avec les profils d'infirmiers et les régimes d'apprentissage.....	344
Figure 72 : Ellipses de confiance distinguant des groupes d'individus en fonction des formations suivies en psychiatrie en plus de la formation d'infirmier et rapprochements avec les profils d'infirmiers et les régimes d'apprentissage.....	345
Figure 73 : Ellipses de confiance distinguant des groupes d'individus en fonction des durées moyennes d'expérience en psychiatrie et rapprochements avec les profils d'infirmiers et les régimes d'apprentissage.....	346
Figure 74 : Ellipses de confiance distinguant des groupes d'individus en fonction des rapports entre l'expérience en intra et extrahospitalier et rapprochements avec les profils d'infirmiers et les régimes d'apprentissage.....	347
Figure 75 : Ellipses de confiance distinguant des groupes d'individus en fonction de l'existence ou non d'une expérience d'animation d'ateliers d'ETP et rapprochements avec les profils d'infirmiers et les régimes d'apprentissage.....	348
Figure 76 : Ellipses de confiance distinguant des groupes d'individus en fonction de la fréquentation d'un ou plus d'un établissement de santé et rapprochements avec les profils d'infirmiers et les régimes d'apprentissage.....	348
Figure 77 : Ellipses de confiance distinguant des groupes d'individus en fonction du lieu d'exercice, intra ou extrahospitalier et rapprochements avec les profils d'infirmiers et les régimes d'apprentissage.....	349

Figure 78 : Ellipses de confiance distinguant des groupes d'individus en fonction de la nature de l'établissement d'exercice, spécialisé ou « généraliste » et rapprochements avec les profils d'infirmiers et les régimes d'apprentissage.....	350
Figure 79 : Ellipses de confiance distinguant des groupes d'individus en fonction de leur âge et rapprochements avec les profils d'infirmiers et les régimes d'apprentissage.....	351
Figure 80 : Ellipses de confiance distinguant des groupes d'individus en fonction de leur sexe et rapprochements avec les profils d'infirmiers et les régimes d'apprentissage.....	351
Figure 81 : Ellipses de confiance distinguant des groupes d'individus en fonction de leur expérience personnelle de la maladie chronique et rapprochements avec les profils d'infirmiers et les régimes d'apprentissage.....	352
Figure 82 : Régime de perceptions d'ATCE confirmé et incrémenté par l'analyse quantitative, d'après le méta-cadre théorique de Carré (2020).....	355
Figure 83 : Régime de perception d'ATD confirmé et incrémenté par l'analyse quantitative, d'après le méta-cadre théorique de Carré (2020)	358