



Rapport au savoir et care : regard psychanalytique sur l'apprentissage du prendre soin chez un apprenant d'un métier du lien

Carine Sanches

► To cite this version:

Carine Sanches. Rapport au savoir et care : regard psychanalytique sur l'apprentissage du prendre soin chez un apprenant d'un métier du lien. Education. Normandie Université, 2023. Français. NNT : 2023NORMR072 . tel-04695850

HAL Id: tel-04695850

<https://theses.hal.science/tel-04695850v1>

Submitted on 12 Sep 2024

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.

THÈSE

Pour obtenir le diplôme de doctorat

Spécialité **SCIENCES DE L'EDUCATION**

Préparée au sein de l'**Université de Rouen Normandie**

**Rapport au savoir et care : regard psychanalytique sur
l'apprentissage du prendre soin chez un apprenant d'un métier
du lien**

Présentée et soutenue par
CARINE SANCHES, NÉ-E GARAT

Thèse soutenue le 12/07/2023
devant le jury composé de :

MME SYLVIE CANAT-FAURE	Professeur des Universités - UNIVERSITE MONTPELLIER 3 PAUL VALÉRY	Rapporteur du jury
MME FRANÇOISE HATCHUEL	Professeur des Universités - UNIVERSITE PARIS 10 PARIS-NANTERRE	Rapporteur du jury
MME CLÉMENCE DALLAIRE	Professeur des Universités - Université de Laval (QUEBEC)	Membre du jury
MME ÉLIANE ROTHIER BAUTZER	Maître de Conférences HDR - UNIVERSITE PARIS CITE	Membre du jury
M. ARNAUD DUBOIS	Professeur des Universités - Université de Rouen Normandie	Président du jury
M. JEAN LUC RINAUDO	Professeur des Universités - Université de Rouen Normandie	Directeur de thèse

Thèse dirigée par **JEAN LUC RINAUDO** (Centre Interdisciplinaire de Recherche Normand en Education et Formation)

Résumé

L'objet de cette recherche est d'explorer le travail psychique mobilisé dans l'apprentissage du care chez un sujet-apprenant d'un métier du lien, avec l'hypothèse d'un entremêlement entre rapport au savoir et apprentissage. Sujet intemporel d'actualité et enjeu sociétal, le care a fait l'objet de nombreuses théorisations présentant cependant des divergences, à la fois au niveau de sa définition et de ses attributs que de son processus. Une recherche méthodique francophone scientifique à partir de Cairn sur le prendre soin et le care entre 2015 et 2020 étaye le cadre théorique et termine la première partie. En outre, la production de savoirs renvoyant à l'idée d'une relation à un « objet savoir » en tant qu'objet de satisfaction et de plaisir (Mosconi, 1996/2020a), il est montré dans la deuxième partie de l'état des lieux de la littérature, comment le rapport au savoir peut induire des formes particulières d'apprentissage et de construction de savoirs qui, en retour modifient le rapport au savoir. Questionnant son rapport à l'objet de recherche, l'auteure soignante-chercheuse inscrit ce travail dans une approche clinique d'orientation psychanalytique. Quinze entretiens non-directifs réalisés en visio-conférence en France d'apprenants auxiliaires médicaux ou en travail social, de niveau de formation et de territoire différents, ainsi que de néoprofessionnels, sont étudiés à l'aide d'une analyse thématique puis lexicale, cette dernière étant effectuée par le logiciel TXM (Heiden et al, 2010).

L'entre-deux de la rencontre (Thouroude, 2022) avec des personnes dépendantes, vulnérables, isolées, suppose, de la part du sujet-apprenant, un travail psychique intérieur consistant à reconnaître ses propres peurs, ses propres blessures, oser les partager, et (res) sentir comment évoluer à travers elles. Résister à la tentation d'emprise sur l'autre est également un aspect mis en lumière dans les résultats, ce travail sur soi devant être réalisé en permanence par le futur professionnel de la relation. Le rapport au savoir reste omniprésent dans les discours des étudiants empruntant de multiples formes, mais en orientant l'ensemble des activités psychiques du sujet-apprenant de façon à atteindre le plaisir ou la satisfaction. Un entre-deux du care comme passage évoquant l'idée, au sens psychanalytique, d'un espace symbolique, d'un écart, d'une tension maintenue entre conscient et inconscient, résulte de l'analyse du contenu, cet espace reposant sur trois capacités s'articulant autour de quatre axes et quatre effets. En conclusion, une définition de cet espace, lieu de transaction et de médiation, est avancée et des propositions pour sa prise en compte dans la formation des apprenants de métiers du lien à la rencontre avec l'altérité, sont formulées.

Mots clés : Rapport au savoir ; Formation professionnelle ; Métier du lien ; Théories du care ; Processus psychiques inconscients.

Abstract

The purpose of this research is to explore the psychic work mobilized in the learning of care in a subject-learner of a link profession, with the hypothesis of an interconnecting relationship between knowledge and learning. A timeless subject of current interest and a societal issue, care has been and still is the subject of numerous theories, but views differ on its definition, its attributes and its process. A scientific francophone methodical research from Cairn on care between 2015 and 2020 supports the theoretical framework and concludes this first part. Furthermore, as the production of knowledge refers to the idea of a relationship to a "knowledge object" as an object of satisfaction and pleasure (Mosconi, 1996/2020), the second part of the literature review shows how the relationship to knowledge can induce particular forms of learning and knowledge construction which, in turn, modify the relationship to knowledge. Questioning her relationship to the research object, the author, a nurse-researcher, inscribes this work in a clinical approach of psychoanalytical orientation. Fifteen unstructured interviews conducted by videoconference in France, with medical auxiliaries or social work learners of different levels of training and territories, as well as neo-professionals, are studied using a thematic and then lexical analysis, the latter being carried out by TXM software (Heiden et al, 2010). The in-between encounter (Thouroude, 2022) with dependent, vulnerable, isolated people, supposes, on the part of the subject-learner, an inner psychic work consisting in recognizing his own fears, his own wounds, daring to share them, and feeling how to evolve through them. Resisting the temptation to have too much hold on the other person is also an aspect highlighted in the results, and this work on oneself must be carried out continuously by the future relationship professional. The relationship to knowledge remains omnipresent in the students' discourses, taking many forms, but orienting all the psychic activities of the subject-learner in such a way as to achieve pleasure or satisfaction. An in-between of care as a passage evoking the idea, in the psychoanalytical sense, of a symbolic space, a gap, a tension maintained between conscious and unconscious (Pontalis, 1973), results from the analysis of the content, this space consisting of three capacities constructed around four axes and four effects. In conclusion, a definition of this space, a place of transaction and mediation, is put forward and proposals are formulated for its consideration in the training of learners of link professions to the encounter with otherness.

Key words : Relationship to knowledge; Professional training; Profession of the link; Care theories; Unconscious psychic processes.

Remerciements

Je voudrai de prime abord adresser toute ma gratitude à Jean-Luc Rinaudo pour ses conseils éclairés et sa confiance en mes capacités. Son accompagnement favorisant a contribué à ma réflexion de soignante-chercheuse en devenir.

Je désire aussi remercier les enseignants-chercheurs de l'université de Rouen-Normandie qui m'ont fourni les outils nécessaires à la réussite de cette recherche, ainsi que les doctorants du séminaire pour nos échanges fructueux et rassurants.

Je voudrai exprimer toute ma reconnaissance aux nombreux collègues et amis qui m'ont apporté leur support moral et intellectuel tout au long de ce projet intense, mais également à Yveline Lepagnot pour ses relectures assidues.

Je tiens aussi à remercier l'Association Nationale des directeurs d'Écoles Paramédicales (ANdEP) et plus particulièrement sa présidente Florence Girard pour leur soutien financier dans cette aventure.

Enfin, un grand merci à mes enfants Sélène et Tristan pour leur compréhension et leur patience, et à mon mari Jean-Charles pour son soutien indéfectible malgré ce temps volé à notre vie commune.

« Le désir réintroduit de l'existence, du mystère aussi, du possible multiple, de l'énergie, de l'impondérable, de la fantaisie, de la création. Fonder l'éducation sur le désir est une toute autre entreprise que de l'asseoir sur la motivation » (Beillerot, 1998, p. 93).

SOMMAIRE

<i>Résumé</i>	- 2 -
<i>Abstract</i>	- 3 -
<i>Remerciements</i>	- 4 -
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	- 7 -
PREMIÈRE PARTIE : DES ÉLÉMENTS CONTEXTUELS À L'ÉMERGENCE PROGRESSIVE D'UN OBJET DE RECHERCHE.....	- 10 -
1. Le contexte : une thématique de recherche actuelle.....	- 10 -
2. De l'engagement à la distanciation, histoire d'une praticienne-chercheuse.....	- 18 -
3. Un État de l'art lamellaire : regards croisés sur le prendre soin et le rapport au savoir	- 26 -
SYNTHÈSE : Le <i>care</i> , un concept ou une notion loin d'être consensuelle.....	- 91 -
SYNTHÈSE : Des variations fécondes autour du rapport former/soigner.....	- 133 -
CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE : PROBLÉMATIQUE ET QUESTION DE RECHERCHE	- 135 -
DEUXIÈME PARTIE : DE LA CONSTRUCTION DE LA MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE Â L'ANALYSE DES RÉSULTATS	- 139 -
1. Le protocole d'enquête.....	- 139 -
2. La méthode d'analyse des données empiriques	- 152 -
CONCLUSION DE LA DEUXIÈME PARTIE.....	- 155 -
TROISIÈME PARTIE : DE L'ANALYSE DES RÉSULTATS A LA DISCUSSION	- 156 -
1. Quelques figures emblématiques du corpus.....	- 156 -
CONCLUSION DES TROIS ANALYSES INDIVIDUELLES : OSER LA RELATION	- 183 -
2. Un apprentissage composé d'une triade capacitaire au service d'un espace d'entre-deux du <i>care</i>	- 184 -
CONCLUSION DE LA TROISIÈME PARTIE	- 213 -
CONCLUSION GÉNÉRALE : LA PROFESSIONNALISATION PAR L'APPRENTISSAGE DU CARE, VERS L' « IMPOSSIBLE » ET AU-DELÀ... ..	- 215 -
BIBLIOGRAPHIE	- 221 -
TABLE DES MATIÈRES	- 250 -
Liste des sigles utilisés	- 256 -
Table des tableaux.....	- 257 -
Table des figures	- 258 -

INTRODUCTION GÉNÉRALE

L'idée du prendre soin n'est pas nouvelle, elle est inhérente à l'aventure humaine et au devenir de l'humanité. Il m'est apparu cependant pertinent de proposer ce travail de recherche au cours duquel je me suis questionnée à son propos, sur son sens, ses domaines d'application et les savoirs qui en découlent, compte tenu des défis nombreux, complexes et variés, auxquels la société fait face aujourd'hui.

Le prendre soin est un acte éminemment humain, qui, sans doute pour la plupart des individus, relève de l'évidence. Depuis la nuit des temps, les hommes doivent « prendre soin » d'eux-mêmes et des autres pour survivre. Il s'agit de prendre soin de l'autre bien sûr, aux multiples moments de la vie, mais de prendre soin de soi aussi, pour survivre, se reproduire et vivre en santé physique et mentale. Dans une relation de soin, d'accueil, d'accompagnement, l'identité et l'altérité se confrontent, se transforment et se définissent. Bien que l'acte de « prendre soin » semble universel, il peut prendre différents visages selon l'époque, l'endroit d'où il vient, la culture, mais aussi l'éducation, les valeurs et les vécus de chacun. Le prendre soin est un acte quotidien, voire domestique : on prend soin de ses proches, on prend soin de soi et on prend également soin des lieux où l'on vit. Toutefois, au fil des années, particulièrement au cours du siècle dernier, le prendre soin s'est institutionnalisé et il s'est spécialisé. Des hommes et des femmes font leur métier du prendre soin et de ses différentes facettes et ils le pratiquent à l'intérieur de cadres souvent règlementés.

Or le métier de *caregiver* ne va pas de soi, ne se « fait pas comme ça », sans intention profonde ou sans authenticité, allant même jusqu'à mobiliser un « art soignant du singulier » (Hesbeen, 2018), autrement dit, une compétence soignante imprégnée du souci de la singularité de l'autre. Alors que certains valorisent des qualités constitutives de la pratique du prendre soin sous forme de mots-ingrédients, comme le respect, la dignité, la bienveillance, la politesse, l'humilité, la sensibilité, la générosité et la délicatesse (Hesbeen, 2018) ; d'autres revendiquent la nécessité de « désentimentaliser le *care* » (Molinier et al., 2009/2021b, p. 89), ou encore d'adopter une « *caring attitude* » par l'attention des autres, le soin mutuel, la sollicitude ou le souci des autres (Brugère, 2011/2021, p. 3).

Comment s'approprie-t-on le(s) savoir (s) du prendre soin ou *care* et comment s'articule le désir de savoir d'un apprenant au sein de sa formation, celle-ci concernant à la fois le savoir et le

savoir-faire, impliqués l'un dans l'autre ? En effet, la formation reste une des plus graves questions qui soient à l'ordre du jour, tant ses dimensions sont multiples, sociales et professionnelles, mais aussi culturelles et éthiques. La notion de « rapport au savoir » est aujourd'hui, dans le champ des recherches sur l'éducation et la formation, fréquemment mobilisée.

Une relation se vit et se ressent, c'est une réalité vécue, une rencontre entre deux personnes. La considération pour la personne et la prise en compte de sa singularité et de son devenir dans cette relation de *care*, conditionnent la pratique du futur professionnel. Par ailleurs la notion de savoir incarné peut-elle être retrouvée dans la relation de *care* ? En effet, « interroger la dimension incarnée des savoirs, c'est donc interroger les frontières entre un savoir (légitime) qui s'appuie sur son caractère non affecté et tous les savoirs qui, restent attachés à des corps qui sentent, éprouvent, s'émeuvent » (Hert, 2014, p. 30). Ce savoir ordinaire relié au vécu du corps n'est sans doute jamais totalement explicité pour l'apprenant et doit présenter une part d'ambiguïté et d'ambivalence à explorer.

Mon entrée en thèse dans la double thématique du *care* et du rapport au savoir s'appuie sur mon mémoire de master à l'université de Rouen (Sanches, 2018). Cette double thématique constitue deux domaines, se rattachant au système de formation de futurs professionnels¹ du prendre soin, habituellement travaillés séparément. Impliquée moi-même sur ces objets de façon distincte en tant qu'infirmière cadre formatrice en Institut de formation en soins infirmiers (Ifsi), il m'est apparu progressivement pertinent de les réunir, afin d'ouvrir des voies de réflexion sur l'accompagnement des futurs pourvoyeurs de *care*, apprenants des professions du soin, de l'accueil ou de l'accompagnement.

La première partie de cette recherche est consacrée à l'explicitation du choix de mon sujet de thèse, du contexte, ainsi qu'à l'étude des notions du prendre soin et du rapport au savoir. Je m'attacherai à dévoiler les mille et une nuances du prendre soin, et surtout là où sa présence demeure discrète, implicite voir masquée par d'autres concepts, parfois proches. La notion de rapport au savoir sera développée sous différents angles, l'approche clinique étant adoptée dans le cadre de cette recherche. En effet, notion centrale dans cette partie, le rapport au savoir

¹ Le genre masculin est utilisé au sens neutre, d'une part pour les apprenants, d'autre part pour les professionnels. Il désigne les femmes autant que les hommes.

« réfère l'appropriation des savoirs à un processus ou une activité où est en jeu un sujet désirant, dans ses dimensions à la fois conscientes et inconscientes, avec ses inhibitions et aussi ses moments créateurs » (Beillerot, 1989, p. 10). Au service de la description du paysage scientifique actuel, une recension des écrits sera présentée en étant étayée d'une recherche méthodique francophone scientifique à partir de Cairn et d'un focus sur les thèses en sciences de l'éducation et de la formation sur le prendre soin et le *care*, de 2015 à 2021. La question de la dénomination d'un professionnel du prendre soin sera éclairée au profit de l'apparition de l'expression « métier du lien ».

La deuxième partie traite de la construction de la méthodologie pour cette recherche conduite dans une approche clinique d'orientation psychanalytique. La stratégie d'enquête, les outils dont l'entretien clinique à visée de recherche, le choix de la population cible composée d'apprenants auxiliaires médicaux, en travail social et de néoprofessionnels (n=16), seront abordés respectivement. La méthode d'analyse des données empiriques sera ensuite présentée sous la forme d'une analyse de discours menée dans une approche clinique situationnelle, en référence à l'appareil théorique et clinique de la métapsychologie freudienne. Une analyse lexicale, puis thématique et de l'énonciation sera également utilisée (Bardin, 1977/2013a). Une attention particulière sera portée à la chronologie des cursus, aux trajectoires professionnelles et personnelles des locuteurs.

La troisième partie porte sur l'analyse des données saillantes du corpus, quels points communs entre les notions du *care* et du rapport au savoir au profit de l'apprentissage du *care* chez un sujet-apprenant ? La question de l'altérité sera à l'épicentre de cette partie, ce qui me permettra d'envisager les modalités d'appropriation personnelle du *care* chez un sujet désirant. Trois cas issus du panel seront tout d'abord proposés. Puis l'ensemble des résultats significatifs contribuera à explorer la validité de la notion de rapport au savoir sous un angle clinique à visée d'une meilleure compréhension du phénomène d'apprentissage du *care*.

PREMIÈRE PARTIE : DES ÉLÉMENTS CONTEXTUELS À L'ÉMERGENCE PROGRESSIVE D'UN OBJET DE RECHERCHE

1. Le contexte : une thématique de recherche actuelle

1.1 Prendre soin aujourd'hui dans nos organisations soignantes : un défi contemporain permanent

Contextuellement la question économique en matière de soins ne peut être occultée, le conseil d'Etat lui-même a été particulièrement clair en affirmant dans son rapport public de 1998 : « [...] il ne peut donc être question d'instaurer un droit ² la santé qui signifierait un droit à engager sans limites les finances publiques » (p. 240). Toutefois prendre soin dans nos organisations soignantes semble aujourd'hui un véritable défi, car sur le terrain les institutions sont confrontées à des approches comptables toujours plus strictes (Vaccaro, 2018). Dans les établissements de soins, l'intensification du travail, les changements organisationnels, le *turn-over*, sans parler de l'absentéisme, sont le lot quotidien des équipes soignantes. En effet l'activité de travail est aujourd'hui sous le joug d'une obsession budgétaire. Depuis plus de 20 ans le coût et l'efficacité des soins sont au cœur de tous les débats et l'enjeu de nombreuses réformes (Safon, 2021) (Annexe I). L'actuel mode de financement des établissements de santé français est issu de la réforme hospitalière du « plan hôpital 2007 » (Ducassou et al., 2003) sous forme de tarification à l'activité (T2A). Ainsi s'est mise en place une logique de résultat remplaçant la logique de moyens qui a prévalu jusqu'ici. La T2A est un élément central de cette « nouvelle gouvernance hospitalière » créée par les ordonnances de mai et septembre 2005, entraînant la valorisation des recettes issues des activités hospitalières dans la détermination des dépenses et non l'inverse.

Ce tournant gestionnaire a provoqué une profonde mutation de l'organisation du travail à l'hôpital. La gestion quantitative des flux (durée de séjour, tarification à l'activité, contrats d'objectifs, projets d'établissements) s'est substituée à la direction de l'hôpital (administrée au départ par des médecins) par référence à la qualité des soins et aux progrès des connaissances scientifiques en biologie, en psychologie et en médecine (Auslender, 2017).

² En italique dans le rapport.

Ces questionnaires ont par ailleurs introduit dans le monde hospitalier un certain nombre de dispositifs comme l'évaluation individualisée des performances, quantitative et objective (obtenue par le mesurage), les critères de qualité globale, la flexibilité de l'emploi (sous-traitance, intérim, temps partiels, etc.) entraînant sa précarisation, et enfin la normalisation ou standardisation des modes opératoires. Il serait intéressant de rendre compte exactement de la signification de ces termes mais ce n'est pas mon propos ici et il existe une littérature explicite à ce sujet (Dejours, 2003, 2015).

Le constat amer aujourd'hui se situe au niveau des soignants, avec la nécessité de travailler sous la pression accrue des cadences de travail de soin, la concurrence entre temps consacré au travail de soin proprement dit et temps consacré aux tâches d'enregistrement des données, de codification, de *reportings*, pour fournir aux gestionnaires des données quantitatives à partir desquelles ils vont « piloter » l'hôpital (Supiot, 2020).

Mais la relation humaine est-elle compatible avec la T2A et notre mode actuel de gestion ? Michel Nadot écrit dans ce sens : « L'activité soignante n'est jamais stabilisée. [...] Schématiquement, elle est de l'ordre du mouvement perpétuel et du mobile. Elle ne se laisse pas enfermer dans des protocoles et des routines présentés comme sécurisants dans la mesure où "l'on ne sait jamais" ni la nature du message, ni son intensité, ni le moment auquel il sera délivré » (Nadot, 2005, p. 39). Comment dès lors reconnaître ce travail de soin sans le réduire à des actes de soins standardisés, surtout en pleine épidémie COVID-19³ ?

1.2 Le prendre soin ...et la pandémie mondiale de COVID-19

Avril 2020...Le monde vit une crise sanitaire et économique sans précédent, liée à l'épidémie COVID-19. Cette période génère de nombreuses réflexions sur l'actualité, l'après-confinement et l'évolution de la société de demain. Dans les médias, le prendre soin et le *care* sont omniprésents. Par exemple Claire Legros (2020), journaliste au Monde questionnant la notion du souci de l'autre dans le cadre de la catastrophe sanitaire, revient sur l'héroïsme guerrier convoqué par le président E. Macron et son écart avec l'éthique du *care*. La rubrique Actualités d'un journal spécialisé *l'Ecole des parents* met également en lumière les métiers du *care*,

³ Coronavirus SARS-CoV2, <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/coronavirus-sars-cov-et-mers-cov>

rarement valorisés en temps normal, mal rémunérés et pourtant indispensables au fonctionnement de la société (Laugier et al., 2020). Enfin dans un domaine différent, la revue des Beaux-Arts présente une chronique ayant pour thématique le *care* et l'avenir de l'art. Cet article journalistique promeut le champ du *care* dans le monde de l'art en rapprochant le soin, les travaux domestiques, le lien social et l'art, à priori exclus de l'économie « sérieuse » (Beaux-Arts, 2021). Rappelons en effet que le (jeune) métier de curateur (organisateur d'expositions) a pour étymologie latine *curare* ou « prendre soin ».

Il y a quelques mois au cours d'une émission sur France Inter l'historien Carlo Ossola, les philosophes Claire Marin et Cynthia Fleury, la professeure de littérature Belinda Cannone et le sociologue Michel Wieviorka ont énuméré les grands enjeux qu'a suscité cette crise pour penser la société de demain (Rebeihi, 2020). Très vite ils ont énoncé le besoin de repenser notre rapport à la solidarité collective. Carlo Ossola a rappelé qu'il y avait entre 30 et 50 % de citoyens qui agissaient et travaillaient pour les autres, ce qui doit commencer, selon lui, à nous faire réfléchir à une société où chacun peut et doit intervenir : « La vie ne sera plus jamais la même, il faudra désormais beaucoup plus d'attention ». Les invités ont également souligné que « la solidarité devait aller de soi ». En effet selon ces intellectuels la notion de responsabilité collective semble aujourd'hui fondamentale, « ces jours doivent nous faire réfléchir sur l'éthique indépendamment des décisions politiques, il faut parvenir à réfléchir indépendamment des consignes de notre démocratie. Il faut que la responsabilité de chacun aille de soi sans que ce soit l'État qui le demande ». Carlo Ossola a insisté sur cet état de fait en affirmant que le premier acte de liberté de l'usager était d'exercer sa responsabilité civique. Pour lui il faut arrêter de penser en individu, mais plutôt penser en termes de communauté. « La gratitude doit s'exercer à chaque moment, la réciprocité s'impose naturellement ».

Quant à la philosophe Cynthia Fleury, elle n'a pas hésité à rappeler que « quand la civilisation n'est pas soin, elle n'est rien ». Elle a dit « regretter » que l'on ait « appliqué la division du travail aux soins » car « le soin est indivisible. [...] Et lorsqu'une médecine n'écoute plus, c'est dramatique, pas nécessairement voulu mais le temps manque. Quand vous n'écoutez pas votre patient, vous avez une augmentation des erreurs de diagnostic absolue » (Becard & Delvaux, 2019).

Selon elle, ce contexte de crise sanitaire invite à prendre conscience de façon très concrète, ce qu'est le soin et à dépasser ce qu'elle appelle « invisibilisation sociale » de tous les acteurs

mobilisés en première ligne : « pour une fois, soudainement, cette base constituante de la société est là, plus présente que jamais sous nos yeux : les métiers de la santé, tous ceux qui assument cette démocratie de proximité, permettent que l'activité, la solidarité, l'espoir continuent ».

Quels liens entre ces questionnements et le « prendre soin » ? Jeune chercheuse en sciences humaines et sociales, mon regard a été façonné par mon identité professionnelle et mes valeurs soignantes. C'est pourquoi au vu de ce contexte actuel, cette thèse est l'expression questionnante d'une professionnelle de santé engagée dans les sciences de l'éducation qui a le désir de penser sa (ses) future(s) pratique(s). Mon intention n'est pas d'énoncer une nouvelle théorie de soin, mais d'explorer plus avant le sens ordinaire du « prendre soin », voire de faire émerger à mon humble niveau une nouvelle réflexion sur le sens de l'action de soigner. A l'instar d'Hesbeen (1997) et de Svandra (2011), je suis convaincue que l'avenir du soin ne peut être construit sur les failles de l'approche médicale dominée par la scientificité, la technicité et les catégorisations. Il est plus qu'urgent dans cette situation actuelle de réenvisager certaines valeurs collectives et individuelles du « prendre soin » et de sensibiliser, d'initier nos futurs professionnels de la société de demain à l'art du soin.

1.3 Un futur professionnel du soin engagé dans le souci de l'Autre

Ce contexte pandémique génère, inévitablement, une accélération des besoins en personnels de santé et une augmentation des ratios dans les différents curricula. Au carrefour des logiques gestionnaire et soignante malheureusement souvent opposées, prendre soin d'autrui dans un milieu en constante restructuration devient un défi dans la pratique quotidienne. Cependant les étudiants en formation sanitaire ou du travail social tentent de développer un savoir-agir promouvant le souci de l'autre en s'inscrivant même dans une logique de « don de soi » (Gaudry-Muller, 2015). En effet le prendre soin n'est pas le résultat d'un contrat, mais une obligation morale, une responsabilité, une prise en charge de la vulnérabilité de l'autre. « A l'heure de la rentabilité, le *care* s'inscrit dans une logique de don et non d'échange marchand, augmentant la perception du travail bien fait et synonyme d'accomplissement de soi lié au don de soin pour soigner l'autre » (Gaudry-Muller, 2015, p. 49). Cette reconnaissance de l'individualité va donner aux étudiants en santé un sentiment d'existence, d'appartenance à une communauté de pratiques, indispensable à l'élaboration de leur identité professionnelle.

Toutefois être soignant aujourd'hui, est-ce s'engager ? Les professionnels du soin vivent et expérimentent au quotidien des défis humains, politiques, scientifiques et technologiques. Rappelons qu'il existe cependant pour chaque soignant des injonctions réglementaires et des devoirs généraux (Codes de déontologie des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, charte d'éthique professionnelle des éducateurs spécialisés...). C'est pourquoi la notion d'engagement est en premier lieu sous-jacente à cette obligation réglementaire, où le soignant va devoir s'engager « dans » et « pour » une profession, mais également envers les patients et ses pairs (Lecointre, 2017, p. 49). Il est intéressant de noter que cet engagement soignant correspond à un choix libre, éclairé et responsable d'un parcours personnel et professionnel construit autour d'une formation initiale en santé, qui permet le maintien et le développement de connaissances et de compétences.

Au final devenir soignant, est-ce une vocation, un choix ou une prédestination pour ces étudiants ? (Zawieja, 2018). Plusieurs types de relation au métier sont mis en lumière par ce chercheur canadien, en lien avec le parcours singulier du soignant. Un premier type de relation spéculaire consiste à voir autrui comme un autre soi-même ou, plus précisément, à se voir soi-même comme un autre. Cette disposition d'esprit permet alors l'exercice de facultés essentielles à la relation de soin, comme l'empathie et la compassion. Le deuxième type de relation au métier pourrait être qualifié de vocation à cause de la répétition d'événements familiaux antérieurs (e.g. soin d'un proche ou figure parentale exerçant déjà une profession du soin). Le troisième type pourrait s'identifier à un choix par réparation, à l'égard d'un proche que le soignant, encore enfant, n'a pas eu, n'a pas connu, ou dont il pense de pas avoir suffisamment bien pris soin (Zawieja, 2018, p. 61). Une dernière figure, extrême, pourrait aussi être ajoutée dans ces différentes relations au métier, celle du « nourrisson savant », valorisée par le psychanalyste hongrois Sándor Ferenczi (1990) ; il décrit un jeune enfant « adultifié », qui s'est trop tôt vu confier les responsabilités d'un adulte (e.g. prendre soin de sa mère divorcée). Lorsqu'est mis à mal l'environnement familial et émotionnel, veiller sur soi signifie veiller sur ses parents réels, afin de préserver la vie de ses objets internes menacés d'anéantissement, dans le cadre d'une relation autosoignante comprenant nécessairement par détour le soin au parent défaillant (Parseval, 2007).

Au regard de ces relations au métier complexes, quel est le processus psychique engagé pour devenir soignant ?

1.4 Un investissement psychique nécessaire associé à la sublimation et au rapport au savoir

Communément, étudier et travailler sont souvent synonyme d'effort, c'est pourquoi il paraît paradoxal d'envisager leurs liens avec la notion de plaisir. Or sur le plan de l'apprentissage, la production de savoirs pour un apprenant renvoie à l'idée d'une relation à un « objet savoir », en tant qu'objet de satisfaction et de plaisir (Beillerot et al., 1996/2020a, p. 75). Le sentiment de discontinuité vécu par les apprenants soignants entre les études et la pratique en milieu professionnel va entraîner la dissimilitude des processus psychiques engagés. En effet « les pratiques des professionnels de la relation humaine se construisent en tension selon deux pôles : un travail de déliaison et un travail de construction et de renforcement du lien » (Rinaudo, 2015, p. 119).

L'investissement psychique dans les études est la plupart du temps associé à la sublimation et au rapport au savoir alors que, pour être investi, le travail implique un remaniement psychique car il confronte au réel (Méloni & Petit, 2016). Une période de transition entre le statut étudiant et le statut professionnel va donc apparaître, période sous-jacente à la nécessité d'une élaboration psychique à l'entrée du monde du travail. Comparant le travail psychique engagé avec celui de l'adolescent, Blanchard-Laville et Nadot (2000) ont mis en évidence que la construction identitaire engagée est conséquente à l'établissement de nouveaux repères. Selon Bossard (Bossard, 2001, 2009), cette période correspond même à une véritable crise d'adolescence professionnelle.

Les formations aux métiers de lien peuvent être considérées, encore plus aujourd'hui, comme des contextes à risque générateur de stress pour les apprenants de différents curricula. L'accumulation de multiples facteurs (stress dû à la pandémie COVID-19, situations de soins fragilisantes émotionnellement...) confrontent les apprenants à des dangers psychiques avec des risques de désorganisation du moi.

Comment accompagner ce passage ? Avec la mise en place d'un apprentissage responsabilisant mais sécurisant (Méloni & Petit, 2016, p. 70), de façon à incarner la profession en accord avec le travail demandé mais aussi avec sa subjectivité ? Prendre en compte le psychisme inconscient nous semble à ce jour incontournable dans le processus d'apprentissage de l'apprenant soignant et sa reconnaissance permettrait de soutenir le travail psychique engagé.

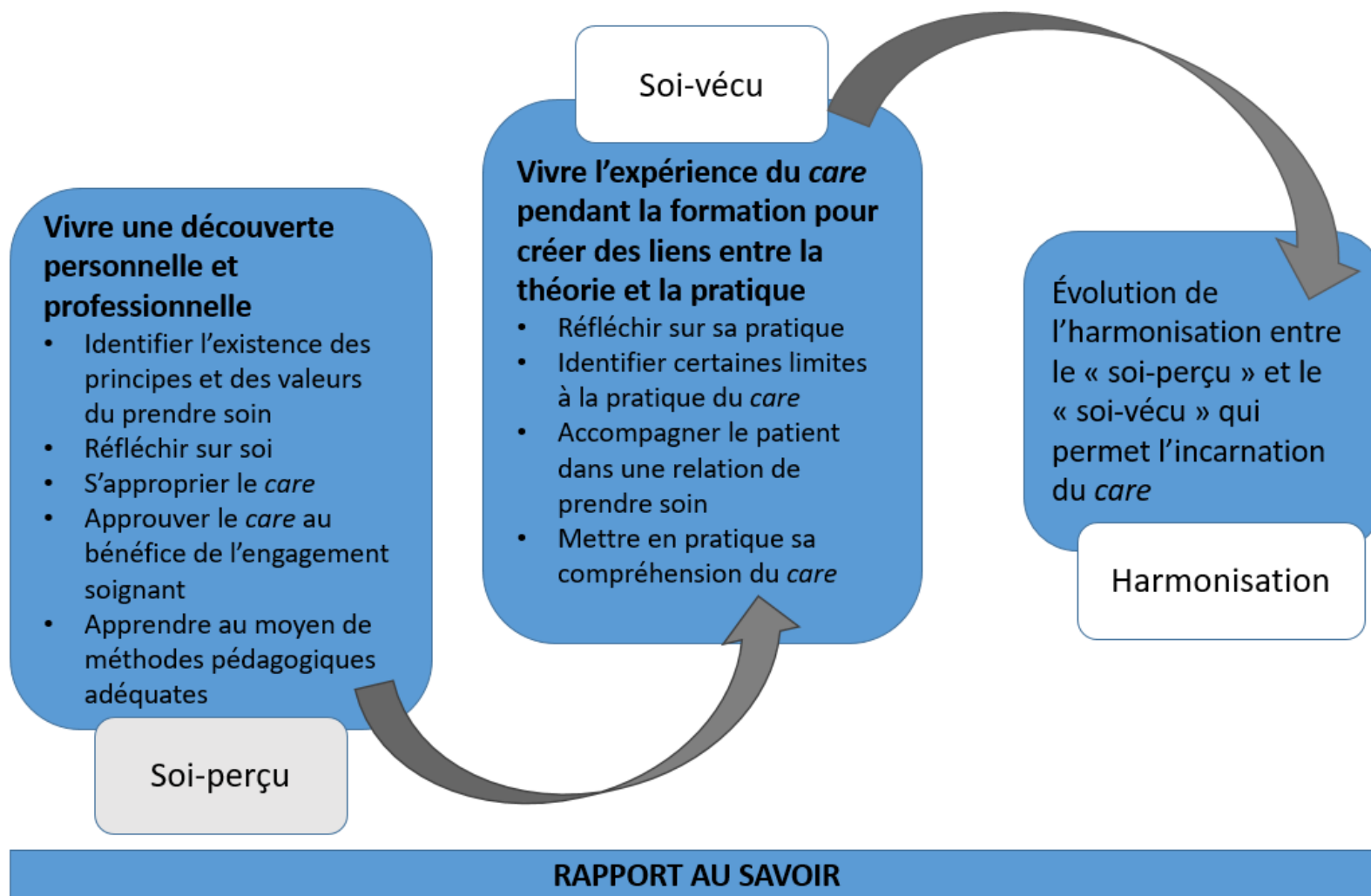
1.5 Un apprentissage du care basé sur l'harmonisation théorie-pratique des concepts du « soi-perçu » et du « soi-vécu »

La recherche réalisée lors de mon mémoire de master, sur les mécanismes d'apprentissage du prendre soin chez les étudiants infirmiers (Sanches, 2018), a montré que le prendre soin ou *care* reste encore aujourd'hui une notion floue à géométrie variable et qu'il représente sans doute un fondement ontologique et épistémologique permettant d'avoir un cadre théorique pour les formations aux métiers de santé, tout en étant vecteur de professionnalisation. Ce prendre soin possède de nombreuses caractéristiques transversales et il ne peut se réduire à un travail technique. Il nécessite pour les apprenants de se pencher sur l'analyse de la singularité des situations de soins rencontrées dans une dimension d'éthique du *care*.

L'analyse de contenu a mis en évidence que cette complexité accrue de l'accompagnement à réaliser s'apparente à un mode d'acquisition basé sur une harmonisation entre le concept du « soi-perçu », et celui du « soi-vécu » (Watson et al., 1998). Le premier concept du « soi-perçu » correspond au moment où les sujets réalisent des activités d'apprentissage liées au caractère théorique de la philosophie du *care*, et le concept du « soi-vécu », au moment où les activités d'apprentissage se déroulent dans l'expérience concrète par la mise en pratique du prendre soin (figure 1). Ainsi cet équilibre permettant l'incarnation du *care* se concrétise quand les apprenants infirmiers vivent une cohérence expérientielle entre la théorie et la pratique de l'ensemble de leurs apprentissages, mais où l'inconscient reste tout-puissant et dominateur.

Par ailleurs cette recherche a souligné l'importance de la transmission et de l'appropriation des savoirs sur le plan psychosocial chez les futurs professionnels infirmiers. L'apprentissage du *care* serait donc composé de traces sociales comme la transmission de jugements familiaux sur le savoir en lien avec l'environnement primaire de l'apprenant infirmier, de traces cognitives comme traces transmises de la scolarisation avec la notion de transfert de savoir, et de traces psychiques comme traces d'une transmission inconsciente opérée chez le sujet (Roman-Ramos & Eymard, 2011).

Figure 1: L'expérience globale de l'apprentissage du care (Krol, 2010 ; Sanches, 2018)



C'est pourquoi au vu de ces premiers éléments de réflexion concernant l'apprenant infirmier, il serait judicieux de se questionner sur l'apprentissage du prendre soin ou *care* pour un futur professionnel d'un métier du lien (du soin, de l'enseignement ou de l'éducation) dans notre contexte actuel.

Mais tout d'abord, je me suis interrogée sur les raisons de mon engagement en thèse et sur le choix d'un objet de recherche centré sur le *care*. Pourquoi et comment réaliser cette recherche sur mon domaine de pratique professionnelle ? Quelle est ma distance personnelle à cet objet de recherche ? Au terrain ? Quelle prise en compte de mon implication en tant que chercheuse ?

2. De l'engagement à la distanciation, histoire d'une praticienne-chercheuse

2.1 Du parcours professionnel vers le rapport au prendre soin

Infirmière engagée et fidèle à la fonction publique de par mon histoire familiale, j'ai exercé pendant vingt-et-un ans dans différents établissements et services de soins spécialisés au cours de ma carrière de soignante et principalement dans un établissement hospitalier francilien. Durant cette période je me suis assez vite tournée vers des responsabilités supplémentaires afin d'aider mes collègues et de participer plus largement à la vie des services de soins. Par ailleurs le tutorat des étudiants en santé a tout particulièrement retenu mon intérêt et il a fait partie de mes pratiques quotidiennes de professionnelle de santé. Engagée dans des services comme la pédiatrie générale, les urgences pédiatriques ou le service infirmier de compensation et de suppléance (dit le pool), j'avais toujours à cœur d'être utile en faisant preuve d'altruisme envers mon prochain, que ce soit le patient, ses proches, mes pairs ou le futur professionnel en stage.

Au bout de neuf années d'exercice en tant qu'infirmière, j'ai eu ensuite le désir d'élargir mon engagement en participant activement aux organisations en amont de l'activité de soins. Diplômée cadre de santé en 2006, je suis devenue tout d'abord responsable d'une équipe de cinquante agents en unité de soins de longue durée pendant trois ans. J'y ai découvert une autre facette de l'accompagnement de la personne soignée mais aussi des soignants, grâce à la dimension managériale par la bienveillance. Néanmoins, l'exercice professionnel en Ifsi m'attirait aussi depuis plusieurs années et c'est grâce à l'opportunité d'un recrutement que je

rejoignis l'équipe pédagogique de l'Ifsi du Centre Hospitalier de Poissy/St-Germain-en-laye (78) en 2008.

Formatrice au sein d'un campus bi-site, j'ai pu développer, les dix années qui suivirent, des compétences en pédagogie en mettant en œuvre des fondamentaux comme le socioconstructivisme qui positionne l'apprenant comme « l'acteur central » du dispositif de formation, l'approche par compétences qui développe la pensée globale chez l'étudiant en soins infirmiers, l'alternance intégrative essentielle à la construction d'une posture professionnelle impliquée et distanciée, ainsi que la réflexivité qui permet à l'étudiant d'apprendre de ses expériences tout en construisant son identité professionnelle.

Référente notamment de la « compétence 5 infirmière⁴ » qui regroupe les unités d'enseignements de santé publique, d'éducation pour la santé et d'éducation thérapeutique du patient, j'ai ressenti le besoin d'approfondir mes compétences en réalisant un master en sciences de l'éducation, parcours ingénierie de l'éducation à la santé et de l'éducation thérapeutique (ETP) à l'université de Rouen-Normandie. Cette formation m'a confortée dans mon appétence pour ces thématiques et m'a ouvert de nouveaux horizons sur les modèles théoriques en ETP, les méthodologies en démarche éducative, les valeurs et les principes de la relation de soin avec ce besoin d'évolution de la posture du soignant ; mais elle a surtout initié une réflexion personnelle et professionnelle sur le concept du prendre soin (Sanches, 2018). Ce travail de recherche doctorale s'inscrit ainsi dans la continuité de cette première étude.

Au cours de séances d'analyses de pratiques professionnelles (APP) avec les étudiants infirmiers, j'ai été interpellée de manière récurrente par leurs témoignages sur leurs pratiques éducatives valorisant en première intention l'action « concrète » de soigner (éléments également retrouvés auprès de professionnels de santé rencontrés au cours de visites de stage). Cette confusion entre « faire des soins » et « prendre soin » a suscité chez moi un questionnement en lien avec mon histoire personnelle et professionnelle. En effet, je suis depuis toujours sensibilisée à l'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques au sein de mon entourage familial et social (e.g. pathologies dégénératives, inflammatoires, tumorales...). Une posture éducative adaptée est bien sûr déterminante dans l'ETP mais difficile à développer, j'en

⁴ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, Compétence 5 « Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs », (2009). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020961044/>

ai également fait l'expérience personnellement auprès de ma famille. Cette entrée dans le temps de la relation de soin est pourtant essentielle « aux soins ». En outre la mise en œuvre de ce prendre soin ne demanderait-elle pas la reconnaissance d'une compétence professionnelle particulière ? (Hesbeen, 1997).

En tant que professionnelle de la formation infirmière, j'ai toujours attaché une importance particulière à l'enseignement du soin et de son corollaire le prendre soin, base fondamentale des soins infirmiers. Michel Nadot (2005) définit un prendre soin se situant dans un champ tridimensionnel au fondement de cette activité. Selon cet auteur l'action soignante peut se décliner tout d'abord comme un prendre soin de l'humain à travers tous les âges de la vie, puis comme un prendre soin de la vie d'un groupe car l'activité soignante s'opère au sein d'une communauté, mais aussi comme un prendre soin de l'institution, c'est-à-dire dans ses dimensions socioéconomiques, logistiques, voire domestiques.

Ces différents aspects du prendre soin ont guidé toute ma carrière professionnelle, que ce soit dans le soin direct au contact du patient et de sa famille, la gestion d'une équipe soignante, l'accompagnement d'une promotion d'étudiants en santé, mais également dans ma participation à des projets institutionnels hospitaliers. Alors pourquoi m'engager en thèse en sciences de l'éducation et de la formation ?

2.2 Un rapport nostalgique au savoir

En réfléchissant sur le choix de ce doctorat en sciences de l'éducation, j'ai pris conscience que mes études de professionnelle de santé n'avaient cessé de tendre vers mes premiers objets d'investissements. Meilleure élève au lycée dans les matières littéraires que dans le domaine scientifique, j'ai malgré tout respecté la volonté familiale en suivant un parcours assez « élitiste » (i.e. en section scientifique, série mathématiques et sciences physiques, allemand première langue, anglais seconde langue, option latin). Puis, après avoir débuté des études universitaires en sciences pharmaceutiques, je me suis aperçue qu'elles ne correspondaient pas à mes attentes et à mon désir de découvrir le monde hospitalier, les soins et le prendre soin, d'où au final le choix d'une formation paramédicale.

Des années de vécu infirmier plus tard, j'ai choisi de suivre la formation de cadre de santé dans la perspective d'avoir sans doute une posture plus « distanciée » en m'inscrivant dans une démarche réflexive. L'étape suivante correspondit au choix d'intégrer la formation initiale infirmière pour me rapprocher notamment de l'enseignement des sciences humaines et sociales. Mon parcours d'approfondissement s'est ensuite concrétisé avec le désir d'obtenir un master en sciences de l'éducation il y a cinq ans et aujourd'hui de mener ce projet de recherche doctorale. Au-delà de ce choix d'études paramédicales, l'ensemble de mon parcours professionnel témoigne de ma volonté à rechercher un objet savoir sans jamais y céder complètement.

C'est pourquoi, je rejoins Nicole Baudouin (2003) qui, après un travail d'investigation sur les autobiographies de Freud et Schnitzler devenus médecins malgré eux, propose dans sa thèse de psychologie l'hypothèse de nostalgie comme aiguillon qui fait avancer. Elle avance que l'homme ne renonce pas aux objets de ses premières satisfactions. « Le nostalgique s'épuise à rechercher l'objet perdu, retrouvant toujours un autre que celui qu'il cherchait. L'empêchement à suivre la voie de ses premières inclinations, oblige à emprunter des détours qui vont tendre au retour, sur le modèle du principe de réalité » (Baudouin, 2003, p. 2). Réaliser des détours ne serait pas s'égarer, mais ne pas céder sur son désir, tendre malgré soi à retrouver la satisfaction se rattachant aux premiers investissements. Le psychisme, travaillant à rebours, va opérer alors une bascule à l'image du développement du moi qui s'éloignant du narcissisme primaire aspire à le recouvrer.

Enfin dans le cadre de ce projet doctoral, j'ai dû réaliser plusieurs choix engagés : choix de la thématique, du protocole de recherche avec l'identification de la population d'étude, du terrain et de l'approche clinique sur laquelle nous allons à présent revenir.

2.3 Le choix de la démarche clinique d'orientation psychanalytique

2.3.1 Réflexions épistémologiques

Rappelons tout d'abord que cette approche s'inscrit dans une histoire. C'est en se questionnant sur les processus psychiques chez ses patients, que Freud a montré l'influence de la prime enfance dans le processus du fonctionnement psychique. Selon lui, la psychanalyse semblait

présenter un certain intérêt pour la pédagogie (Freud, 1984/1998). Des liens entre éducation et psychanalyse sont alors apparus très vite dès la naissance de celle-ci, vers une prise en compte de la scène inconsciente du processus enseigner-apprendre (Cifali & Imbert, 1998; J. C. Filloux, 2000).

Ensuite l'accompagnement d'enfants ou de jeunes en souffrance, le développement d'une psychopédagogie psychanalytique visant à résoudre les difficultés de l'enfant à l'école, ainsi que l'intérêt des psychanalystes pour les racines infantiles de l'éducation ont permis la poursuite de cette approche. Les travaux d'A. Freud, M. Klein, D.-W. Winnicott, W.-R. Bion, F. Dolto notamment le montrent de manière abondante. La création de la discipline « sciences de l'éducation » en 1967 va offrir à des enseignants et chercheurs l'opportunité de développer le lien entre l'éducation et la psychanalyse, en passant d'une pratique appliquée, selon le souhait de Freud, à une démarche de production de savoirs référés à la psychanalyse (Bossard, 2020).

La parution de la note de synthèse intitulée *Psychanalyse et pédagogie : ou d'une prise en compte de l'inconscient dans le champ pédagogique* (J.-C. Filloux, 1987) est la trace de cette évolution et elle illustre ainsi la constitution d'un domaine spécifique de recherches. Puis dans les années 2000, le passage de l'expression « clinique d'inspiration psychanalytique » (Blanchard-Laville, 1999) à celle de « clinique d'orientation psychanalytique » (Blanchard-Laville et al., 2005) montre le chemin dans lequel les recherches s'engagent alors, le sujet étudié étant aux prises avec son psychisme inconscient (au sens de Freud) et la prise en compte de la subjectivité du chercheur étant utilisée comme outil de connaissance (Bossard (dir.), 2020).

La pédagogie s'est donc très vite adossée à la psychanalyse au cours du XX^e siècle. Aujourd'hui les questionnements ont évolué et sont considérés au sens large, c'est-à-dire en incluant les questions d'enseignement, d'apprentissage et de formation (Blanchard-Laville et al., 2005). En effet, nous avons affaire à une « démarche de formation impliquant des gestes analogues, mais aussi de façon plus radicale, à une démarche maïeutique pariant sur l'autonomie du sujet : l'analysant, ainsi que l'être-en-formation, accouche de la vérité de son désir, quoique à deux niveaux de réalisation différents » (Resweber, 2017, p. 69).

2.3.2 Un choix conscient de la dimension psychique inconsciente du sujet

C'est pourquoi en me référant à Claudine Blanchard-Laville (2019, p. 66), je souhaiterais situer cette recherche doctorale dans « le domaine des actes au quotidien auquel est affronté tout professionnel des métiers du lien, mais en prenant en compte avec tout le sérieux possible l'hypothèse du psychisme inconscient selon la voie que nous ont indiquée les travaux de Sigmund Freud ». Je suis également consciente qu'évoquer l'inventeur de la psychanalyse peut inquiéter bien des professionnels de la formation, néanmoins je suis convaincue de la prégnance de la dimension psychique du sujet au sens de la psychanalyse dans le champ de l'éducation et de la formation. De nombreuses contributions montrent en effet la fécondité de cette approche clinique d'orientation psychanalytique au vu du contexte sociétal actuel (Bossard et al, 2019), même si persiste la résistance originelle rencontrée par Freud à l'hypothèse de l'inconscient. De nouvelles propositions émergent chaque jour à propos de l'étude des liens éducatifs ou de formation qui prennent en compte les corps, les subjectivités, les émotions et les affects.

2.3.3 Subjectivité de la chercheuse

A ce propos, plusieurs auteurs reviennent dans une note de synthèse sur le lien personnel de chaque chercheur/chercheuse à la psychanalyse (Blanchard-Laville et al., 2005). Comment prendre en compte cette question de la subjectivité du chercheur en lien avec le concept de transfert dans une approche clinique de recherche ? Sur cet axe, j'ai retrouvé différentes modalités qui comprennent la notion d'« implication » du chercheur jusqu'au terme de « contre-transfert » du chercheur (Blanchard-Laville et al., 2005). Car comme le souligne George Devereux,

« la seconde étape [de la construction d'une science du comportement qui soit scientifique] consiste en l'étude de l'engagement personnel du savant dans son matériau et des déformations de la réalité qui résultent de ses réactions de “contre-transfert”, puisque le plus grand obstacle à la création d'une science du comportement qui soit scientifique est le fait, mal exploité, que le chercheur est émotionnellement impliqué dans son matériau, auquel il s'identifie » (2012, p. 29-30).

Il semble donc nécessaire de différencier l'idée d'« implication » qui renvoie à la pensée psychologique, de celle de « contre-transfert » qui renvoie à la théorie psychanalytique (Blanchard-Laville et al., 2005).

Enfin il est intéressant d'en venir à la question de ma potentielle légitimité pour conduire cette recherche clinique. Sur cet élément, les auteurs revendiquent que le chercheur se doit de bénéficier *a minima* d'une expérience personnelle d'un travail d'élaboration psychique d'orientation psychanalytique, sans pour autant avoir été obligatoirement engagé dans une *cure* psychanalytique (Blanchard-Laville et al., 2005). Malgré tout, des chercheuses comme Mireille Cifali ou Nicole Mosconi relatent leur expérience personnelle et la plus-value apportée par une entrée en analyse à la rédaction de leur thèse (Bossard, Lerner-Seï, Chaussecourte, (dir.), 2019). En d'autres termes, même si mon expérience reste limitée, il est intéressant de noter que pour tout doctorant « la clinique ne va pas intervenir directement dans sa thèse mais elle est en revanche présente dans la manière dont il s'empare des questions théoriques, voire dont il rend compte de cas cliniques développés par d'autres » (Mijolla-Mellor (De) et al., 2002, p. 30).

Par conséquent je m'attacherai en tant que chercheuse à décrire, par rapport à ce concept du prendre soin qui m'est cher, comment je suis parvenue à obtenir ces résultats, c'est-à-dire de répondre à la question : d'où est-ce que je tiens ce que j'avance, quelle est la source de ce savoir et est-ce que je suis en mesure de reconstituer le chemin parcouru ? (Slama, 1999).

Comme je l'ai indiqué précédemment, en tant que praticienne de la formation je cherche toujours à me situer dans une perspective de prendre soin des personnes que je côtoie, ce qui n'empêche pas que je sois conduite à analyser un (des) processus en jeu. Cette recherche visera avant tout la compréhension des processus qui définissent le registre éducatif de l'apprentissage du prendre soin. La centration est ici en quelque sorte déplacée car ce qui me préoccupe en tant que chercheuse clinicienne en sciences de l'éducation, sera de mettre en œuvre dans cette démarche de recherche « une clinique du lien professionnel, une clinique qui s'attache à la part professionnelle de la personnalité et non à la personnalité des [futurs] professionnels » (Blanchard-Laville, 2019, p. 65). Au final, peut-être est-ce une façon de m'inscrire dans un courant de chercheurs qui analysent les terrains et les situations qu'ils investiguent en formulant des hypothèses interprétatives inspirés par les éléments théoriques de la clinique psychanalytique, suivant ainsi les travaux de Freud sur la psychopathologie ordinaire.

2.4 De l'action vers la recherche, une nouvelle posture de praticienne-chercheuse

Selon Albarello (2003), une recherche en sciences humaines et sociales doit avant tout s'ancrer dans un terrain social (l'engagement), toutefois cet auteur souligne qu'il est utile et bénéfique de prendre de la distance et d'opérer un recul par rapport à ce terrain (i.e. la distanciation). Plus précisément le praticien souhaitant passer du modèle qui lui est habituel, celui de l'action à celui de l'analyse et de la recherche, doit acquérir des compétences spécifiques et originales.

Ce double concept d'engagement-distanciation semble, pour Albarello, réellement adéquat pour investiguer une problématique sociale en lien avec le domaine de la méthodologie de la recherche en sciences humaines, surtout lorsque cette recherche est appréhendée par des praticiens-chercheurs. En effet, ce dernier va se retrouver dans une position d'engagement par rapport à son terrain, ce qui est bien ma situation aujourd'hui, étant professionnelle du soin et formatrice, étudiant le phénomène d'apprentissage du prendre soin chez un apprenant soignant.

Du fait de mes pratiques quotidiennes, je me situe clairement dans un registre de l'action et de l'engagement avec mes propres normes de fonctionnement. Or dans le cadre de ce travail de thèse, je suis amenée à jouer un rôle différent et à évoluer vers une autre fonction, celle de l'analyse et de la recherche. Il est donc primordial que je sois consciente de cette situation pour tenter d'apprécier la distance/proximité qui se crée personnellement avec mon objet de recherche. Selon Albarello (2003) et Mias (1998), un même acteur peut simultanément tenir les deux positions sans confusion. Cependant, il me faudra réaliser en permanence un « effort d'équilibrage dialectique » (Albarello, 2003, p. 17) entre ces deux pôles engagement et distanciation afin de pouvoir observer rigoureusement, scientifiquement, des faits sociaux, de les analyser sans jugement de valeur, sans idée préconçue, car « une forte émotivité dans la réaction diminue les chances d'une appréciation réaliste du processus critique [...] » (Elias, 1993, p. 79).

Albarello (2003) soutient que cette distanciation semble acquise non pas par l'appartenance à un monde quel qu'il soit, mais par la mise en œuvre d'un processus d'acquisition progressive de compétences et de mise en œuvre de procédures. Il évoque aussi que c'est bien l'insertion du praticien dans un terrain social, par l'intermédiaire de son activité professionnelle par exemple, qui lui fait prendre conscience des véritables enjeux présents sur son terrain.

Aujourd'hui en 2022 en pleine pandémie COVID-2019, l'enjeu de mon objet de recherche centré sur le *care* chez l'apprenant soignant demeure d'une insistante actualité. C'est pourquoi lors de cette recherche, je m'attacherai à adopter une attitude épistémologique spécifique, à percevoir les zones d'ombre, les points aveugles, les effets pervers, les aspects symboliques dignes d'intérêt, souvent cachés de prime abord. Pour cela, j'essaierai de me situer dans une posture de doute, de remise en cause, d'exploration sur les notions à utiliser, plutôt que dans une attitude de certitude et d'affirmation en lien avec ma connaissance du terrain.

Être conscient de ces différents aspects relatifs au praticien-chercheur sera selon moi incontournable afin que je mobilise des compétences spécifiques dans le but d'adapter une disposition intellectuelle particulière, car « la qualité de la connaissance produite [...] est fonction du soin avec lequel cette production aura été organisée et réalisée » (Friedberg, 2001, p. 129).

Suite à la présentation du contexte singulier de cette recherche doctorale et des premiers éléments de justification du choix de la méthodologie clinique d'orientation psychanalytique, je vais à présent aborder les éléments conceptuels qui gravitent autour de mon questionnement centré sur le rapport personnel au prendre soin d'un apprenant d'un métier du lien.

3. Un État de l'art lamellaire : regards croisés sur le prendre soin et le rapport au savoir

Le premier chapitre de cet état de l'art est axé sur les notions du prendre soin et du *care*. Composé tout d'abord d'un focus sur les thèses récentes en sciences de l'éducation et de la formation pour lesquelles les objets de recherche sont liés à ces notions, il sera suivi d'une recherche bibliographique méthodique aboutissant à une analyse lexicale du recueil de données produit. Enfin une recension plus classique de la littérature scientifique et professionnelle sera réalisée.

Comme il n'existe pas de notion spécifique du rapport au prendre soin, je l'envisagerai à partir d'une autre notion, plus assurée, celle du rapport au savoir. Le deuxième chapitre aura donc pour objet, de faire état précisément des connaissances et des méconnaissances sur le concept du rapport au savoir, ainsi que sur ses différents courants de pensée.

3.1 Des recherches bibliographiques sur les thèmes du prendre soin et du care

3.1.1 Présentation et argumentation des méthodes choisies à visée du corpus documentaire

Dans la quête de compréhension de l'apprentissage du prendre soin pour un apprenant d'un métier du lien, j'ai choisi de réaliser un état de l'art en plusieurs parties afin de dresser un panorama des savoirs actuels sur cette thématique de recherche. Cette démarche a pour finalité de percevoir les questionnements qui l'ont structurés, les disciplines qui l'ont étudiées, les principaux résultats de la littérature scientifique et/ou ceux qui font défaut. La réalisation de cet état de l'art doit me permettre de clarifier et d'approfondir les connaissances actuelles concernant mon objet de recherche.

Au bénéfice de la construction de mon projet doctoral, il m'a semblé judicieux d'envisager une première étude de la littérature scientifique, grise et professionnelle à partir d'articles, d'ouvrages, de rapports scientifiques, de documents professionnels et institutionnels, notamment pour les notions du *care* et du prendre soin. Or j'ai observé lors de ces recherches, que la littérature scientifique et professionnelle sur les thèmes du *cure/care* et du prendre soin d'un patient, dont les prémisses remontent aux années 70, est aujourd'hui très prolifique.

Une lecture exhaustive de l'ensemble des travaux de recherche étant impossible, il m'est apparu nécessaire d'avoir recours à un ensemble de documents significatifs et représentatifs de ce champ d'études, par l'intermédiaire d'une recherche bibliographique méthodique. Le corpus sélectionné devrait ainsi me permettre de positionner ma démarche de recherche dans le champ des sciences humaines et sociales, et de me renseigner sur les contextes d'emplois de la notion du prendre soin ou *care*.

Pour ce faire, j'ai tout d'abord défini l'objectif principal de cette recherche bibliographique méthodique, ainsi que les indicateurs qui vont me permettre de retenir les différents textes et documents composant le futur corpus. La finalité générale de cette recension des écrits est donc de dresser un état des lieux des connaissances scientifiques sur les notions du prendre soin, du *care*, du *caring* (notions que j'aborderai plus loin), leurs emplois contextualisés et d'identifier les auteurs à l'origine de ces notions.

Cette démarche constitue une des étapes préparatoires à l'identification de notre question de recherche pour la problématisation. Elle doit me permettre d'engager une discussion concernant les manquements de la littérature scientifique et de positionner clairement ma démarche doctorale dans le champ disciplinaire des sciences de l'éducation et de la formation.

3.1.2 Focus sur les thèses en sciences de l'éducation et de la formation sur le prendre soin et le care

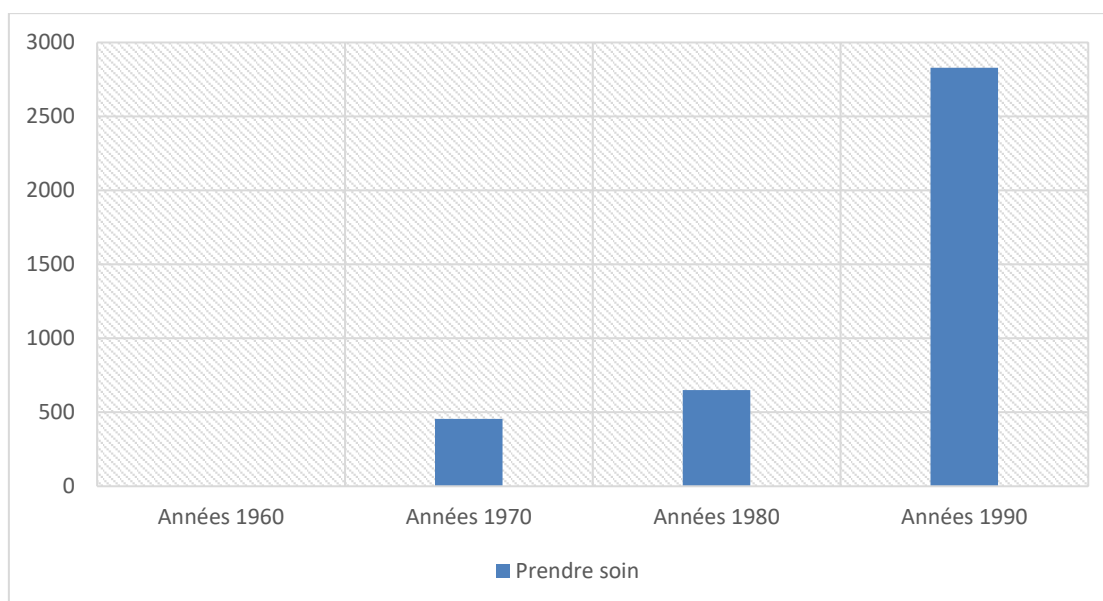
a) Une notion en pleine expansion à l'ère de l'anthropocène

En introduction sur cette notion, il me semble judicieux de remarquer que l'expression « prendre soin » est de plus en plus présente dans notre société (figure 2), tout en observant que de nombreux textes n'étaient sans doute pas numérisés dans les décennies 60-70 et n'ont donc pas été pris en compte par le moteur de recherche Google. Les années 2020 voient même l'explosion de l'usage de cette notion, élément sans doute à relier au contexte de la pandémie mondiale due au COVID-19.

Je retrouve sensiblement la même évolution de cette notion dans le moteur de recherche Google Scholar (figure 3), qui est un outil de recherche multidisciplinaire proposé par Google et mis en œuvre grâce à la collaboration de nombreuses universités. Il donne accès à des travaux scientifiques dans toutes les disciplines : articles approuvés ou non par des comités de lecture, thèses de doctorat, livres scientifiques ou des citations.

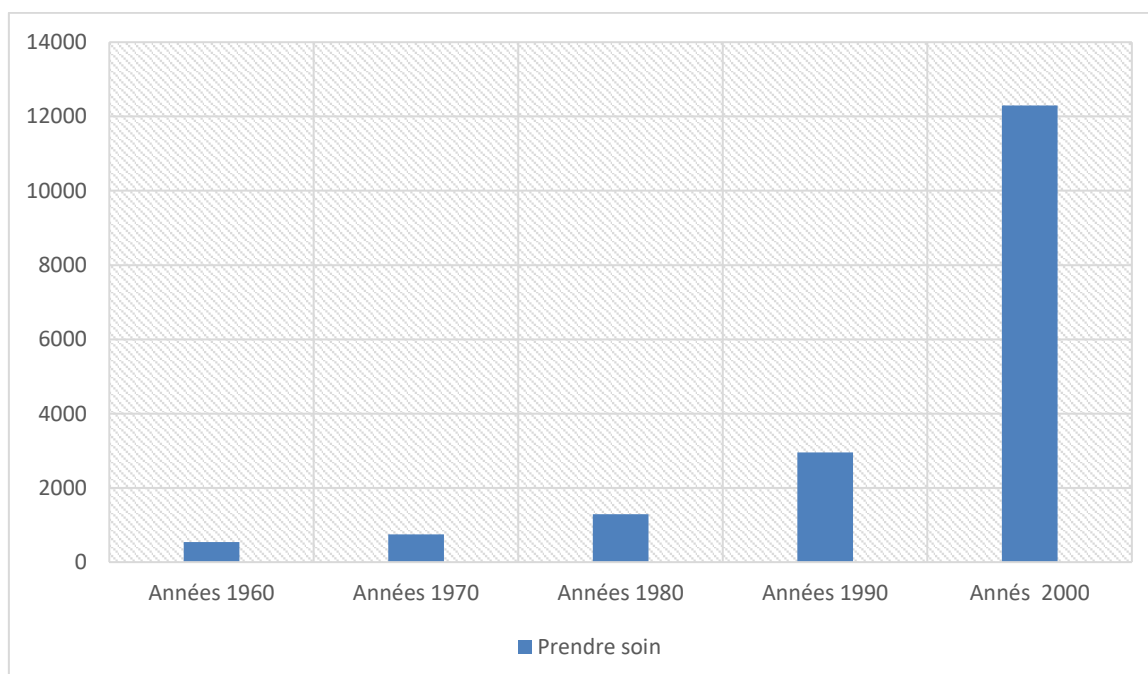
A propos de l'évolution exponentielle de cette notion, de nombreux auteurs font l'hypothèse que, à l'ère de l'anthropocène, le prendre soin ou *care* devrait être fondamentalement l'enjeu central de la définition de ce que sont ou devraient être les solidarités sociales dans une « société du *care* » (Macé, 2020; Meyronin, 2020; Sabot, 2020).

Figure 2: Nombre de références à la requête « prendre soin » sur Google pour la période 1960-2022



Années 2000 : 65 600 références à la requête « prendre soin » sur Google
 Années 2010 : 14 400 000 références
 Septembre 2022 : 37 600 000 références

Figure 3: Nombre de références à la requête « prendre soin » sur Google Scholar pour la période 1960-2022



Années 2010 : 20 100 références à la requête « prendre soin » sur Google Scholar
 Septembre 2022 : 63 300 références

Mais qu'en est-il des usages de cette notion dans les travaux de recherche doctorale en sciences de l'éducation et de la formation ?

b. Les recherches doctorales françaises en sciences de l'éducation sur la période 2015-2022

Pour cela, j'ai réalisé une recherche avancée sur le site theses.fr en choisissant les mots-clés *care* ou « prendre soin » pour des thèses soutenues en français ou en anglais entre 2015 et 2022. Les notions du « prendre soin » et du *care* se retrouvent dans de multiples travaux de thèse récents, soit 86 recherches doctorales au total, toute discipline confondue (Annexe 2). Durant ces sept dernières années, onze thèses ont été soutenues dans la 70^e section du Conseil national des universités (CNU). Toutefois deux thèses seront exclues de ce corpus à la lecture des titres et des résumés, ne comportant pas au final les mots-clés *care* ou « prendre soin ».

Je remarque d'emblée qu'il s'agit de la discipline la plus saillante pour laquelle les objets de recherche sont liés aux notions du « prendre soin » et du *care*. Deux grandes thématiques émergent à la lecture des neuf résumés de thèses, prendre soin des autres (de la part de professionnels du soin, de l'éducation ou de l'enseignement), et prendre soin de soi (en tant que personne soignée, accompagnée ou même professionnel).

- Prendre soin des autres

Tout d'abord, Isabelle Eyland (2017) s'est interrogée sur la nature des gestes professionnels liés au *care*, mobilisés par les infirmiers libéraux en milieu rural. Elle a souhaité identifier ces gestes afin de les rendre visibles et de questionner leur éventuelle plus-value dans le soin. Son enquête a consisté à réaliser quarante enregistrements audios de situations réelles de soins pour trois infirmiers libéraux (vingt-cinq heures d'enregistrement au total), ainsi que des observations avec prise de notes lors des interactions entre patients et professionnels infirmiers. A cela se sont ajoutés des entretiens d'autoconfrontation simple avec le professionnel de soin (grâce à la méthode de l'instruction au sosie). Au final, par l'intermédiaire de cette démarche d'analyse de l'activité, elle a élaboré un outil d'analyse des gestes professionnels liés au *care* (régulation, sollicitude, évaluation, ambiance), permettant de renseigner l'activité des infirmiers pendant les soins, et d'approcher les préoccupations des professionnels dans des situations de travail.

L'art du prendre soin fut également exploré par Fabienne Kwocz (2017) afin de comprendre en quoi la démarche de recherche peut être un levier pour mettre en valeur l'art du prendre soin dans la pratique du cadre de santé. Le matériau utilisé dans cette étude qualitative s'est composé de dix entretiens semi-directifs auprès d'étudiants cadres en formation en utilisant la

méthode de saturation des données. L'auteure a pu indiquer comment, par cette formation à la recherche, le soignant investit sa future fonction de cadre de santé. L'analyse a permis également de proposer la recherche paramédicale comme une démarche à trois visages : celui d'une démarche d'enquête, celui d'une démarche collective pour penser le soin, et enfin, celui d'une démarche réparatrice pour "panser" la fonction de cadre de santé. Au final, pour cette auteure, la recherche en soin deviendrait un trait d'union entre les différents aspects de la fonction de cadre de santé.

La thèse d'Elisabeth Boullière (2017) interroge quant à elle, la dissonance cognitive éprouvée par les infirmiers de bloc opératoire, entre leur non-respect de façon consciente des bonnes pratiques et leur volonté de valoriser les valeurs professionnelles telles que le prendre soin, la rigueur, la sécurité et la qualité des soins. Deux méthodologies complémentaires ont été utilisées par la chercheuse : une enquête quantitative par questionnaire qui s'appuie sur une échelle d'affects auto-rapportés et une enquête qualitative par entretiens. L'analyse thématique et la discussion finale mettent en évidence l'importance du contexte professionnel dans lequel évoluent ces professionnels, contexte susceptible de normaliser les violations en générant de ce fait l'accroissement d'une zone accidentogène aux dépens de la garantie des soins sécuritaires au service du patient.

Dans un autre champ, celui de la parenté dans l'accueil familial, Philippe Fabry (2019) s'est questionné à partir du déni juridique entourant l'expression « parents nourriciers » en France. Sa recherche empirique se base sur des récits de vie professionnelle de douze assistants familiaux (pour dix familles d'accueil), abordant trente-cinq situations d'enfants accueillis dans le passé ou au moment de l'enquête. En associant une approche anthropologique, la théorie de l'attachement et l'approche politique du *care*, Fabry analyse le rôle parental des assistants familiaux. En se transformant en accueil familial, la parenté nourricière préserve selon lui ses fondamentaux : il s'agit toujours de vivre avec un enfant, de le nourrir, d'en prendre soin (le *care*), de l'éduquer. Fabry avance que l'enfant est inscrit dans une pluriparentalité à la fois réelle et incertaine, du fait du déni juridique de la parentalité d'accueil. Il étudie enfin comment la parenté nourricière peut être reconnue dans le droit et les institutions françaises, en se fondant sur des exemples étrangers et des propositions d'experts.

La recherche de Peggy Cadière (2019) est centrée autour de l'existence d'un paradoxe, fondé sur une volonté de former à des pratiques génériques les enseignants novices pourtant toujours

placés dans des contextes de travail singuliers. Cette thèse a donc pour objet de réfléchir à des dispositifs de formation à la gestion de classe, qui répondraient à cette préoccupation dans le cadre de la formation des enseignants novices du premier degré. S'appuyant sur une anthropologie culturaliste principalement inspirée de la philosophie analytique, dont l'objet central est l'étude de la construction du sujet professionnel en formation, les principaux résultats mettent en lumière la prééminence des circonstances de formation, ainsi que des connaissances et expériences acquises antérieurement. Cadière souligne au final que, en situation de formation collective, les enseignants novices limitent leur engagement dans les tâches d'analyse dans le but de « prendre soin » ou « d'encourager leurs pairs ».

Enfin Anne-Marie Baraër-Mottaz (2020) s'est intéressée à l'activité réelle, individuelle-sociale d'infirmières-puéricultrices en interaction avec le nouveau-né grand prématuré. Elle s'appuie sur le constat que la formation concernant ces soins à hauts risques possède peu d'ancrage avec les données scientifiques permettant de reconnaître l'activité humaine déployée dans ces situations complexes. Cette étude à visée épistémique et transformative a pour finalité de décrire, analyser et caractériser cette activité peu explorée, afin de comprendre comment en situation réelle, deux infirmières expérimentées utilisent en-action différentes ressources corporelles, langagières et artefactuelles pour inter-agir avec l'enfant. Le dispositif méthodologique articule une composante ethnographique concernant les contraintes de l'activité dans les corps, situations et cultures construites et une dimension psychophénoménologique par l'intermédiaire d'entretiens d'autoconfrontation de situations filmées. Les résultats attestent l'importance des dimensions sensorielles et sensorimotrices de l'expérience des puéricultrices qui étayent le prendre soin et donnent à voir leur engagement dans la recherche d'une essentielle rencontre avec le nouveau-né.

- *Prendre soin de soi*

Jean-Bernard Cottier (2019) s'est questionné, quant à lui, sur la plus-value d'un espace de parole entre soignants dans un service de gastro-entérologie et son impact dans la professionnalisation du rôle relationnel. Cette recherche est issue d'une expérience qui s'est déroulée sur une période de cinq ans (2003-2008). De nombreuses années plus tard, cet infirmier-doctorant a rencontré les soignants mobilisés dans cette rencontre, cette dernière leur ayant permis d'évoquer leurs difficultés, leurs interrogations, leurs doutes, voire leurs souffrances. A la lumière des récits recueillis, une thèse s'est progressivement imposée selon

lui : pour prendre soin des autres, le soignant n'a d'autres recours que de se raconter, entouré par ses pairs. Cottier avance que c'est la figure du sujet apprenant qui apparaît à travers ces récits d'apprentissage réalisés au sein d'un groupe et que le professionnel-sujet se caractérise selon quatre dimensions : il est capable, sensible, situé socialement et en mesure de conduire une réflexion.

La recherche doctorale d'Anne France Hardy (2020) a interrogé les pratiques de prévention pensées pour les jeunes, à travers le processus d'autonomisation articulé autour du développement des compétences psychosociales. En s'éloignant du postulat épidémiologique de l'*evidence based médecine* (EBM), cette recherche a pour objet d'explorer, à partir des hypothèses dialogiques de la « médecine narrative », une autre façon d'aborder les pratiques d'éducation à la santé. Construite selon la méthode de la théorie ancrée, l'enquête empirique s'appuie sur un matériau qualitatif composé d'entretiens et de narrations plurielles recueillies auprès de trente jeunes âgés de quinze à vingt ans. Les résultats mettent en avant le développement des compétences psychosociales et de l'accroissement d'une confiance en leur propre expérience, les jeunes valorisant la nécessité d'une attention soutenue aux affects et aux vulnérabilités que permettent d'explorer les soubassements philosophiques du *care*.

Béatrice Vicherat-Stoffel (2017) s'est intéressée dans son étude *Le soin de soi : apprenance et agentivité en santé au mitan de la vie*, au phénomène de l'autorégulation de la santé, c'est-à-dire comprendre comment le pouvoir d'agir sur soi se construit au fil du temps puis se déploie au gré des événements biographiques. Grâce à une double approche méthodologique alimentée d'entretiens biographiques menés auprès d'individus "au mitan de leur vie" et de questionnaires, cette auteure pose le postulat que les comportements de santé de ces patients atteints de maladies chroniques peuvent s'analyser en considérant conjointement trois facteurs : leur rapport au savoir, leur rapport au médecin et leur rapport à la fatalité.

Au-delà des distinctions habituelles entre recherches qualitatives, quantitatives, fondamentales ou appliquées, il est intéressant de soulever ici une distinction épistémologique essentielle, ces recherches visent toutes à comprendre le présent en étudiant l'activité humaine autour du prendre soin ou *care*. Les méthodologies retrouvées font appel à une pluralité d'outils d'enquête, notamment les entretiens semi-directifs, d'autoconfrontation ou biographiques, les récits de vie, les enregistrements audios, les observations, le questionnaire n'ayant cependant été choisi qu'une seule fois.

Ces études ont pour objet, soit le professionnel (du soin, de l'éducation ou de l'enseignement), sa professionnalité, soit la personne soignée ou ses proches, avec comme noyau central le prendre soin ou *care*, selon la dénomination choisie par le chercheur en sciences de l'éducation et de la formation. Cela corrobore le propos de Svandra (2019), qui souligne que de nombreuses recherches contemporaines, en soins notamment, portent déjà sur cette thématique. Il met en lumière la perspective du *care* comme un « axe de recherche particulièrement prometteur » (Svandra, 2019, p. 9) et fait l'hypothèse que cette approche peut donner une dimension authentiquement soignante en constituant une alternative fort intéressante aux théories classiques, notamment pour les sciences infirmières.

Cependant la question du *care* comme objet de recherche est aujourd'hui reconnue dans la discipline des sciences de l'éducation et de la formation ; les professionnels de l'éducation, comme les professionnels du soin, les apprenants, ainsi que les patients étant aux prises avec ce prendre soin.

3.1.3 Une recherche méthodique francophone scientifique à partir de Cairn

Comme annoncé, l'état de l'art va de prime abord s'inscrire dans une démarche d'analyse qualitative d'un ensemble de données issu d'un corpus documentaire construit selon une certaine méthodologie. Les trois étapes constitutives de cette démarche seront dans un premier temps la préanalyse et l'organisation des données, puis l'exploitation des matériaux recueillis par les opérations de découpages en unités de sens à l'aide d'un logiciel d'analyse lexicale et enfin l'interprétation et la synthèse finale.

a) Une pluralité d'indicateurs pour préciser et limiter le corpus de recherche

Plusieurs indicateurs d'inclusion et d'exclusion ont été définis pour intégrer ou non les documents à étudier (tableau 1). Ils ont pour but de préciser et limiter les contours du corpus de recherche, mais ils soulignent également ce que la recherche n'est pas et précisent le cadre dans lequel les discussions seront faites ultérieurement. Dans mon travail de sélection, cette étape a prêté attention à la diversité, mais surtout à la fiabilité des sources scientifiques.

Tableau 1: Indicateurs choisis pour la composition du corpus de recherche documentaire

Type de sources	Articles scientifiques issus de revues comportant un comité de lecture, utilisation de la liste de l'Hcères (Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur) pour la discipline des sciences de l'éducation (version 2019).
Objets des travaux	Les données des titres, des résumés doivent faire référence au <i>prendre soin</i> , au <i>care</i> ou au <i>caring</i> du soignant pour le patient en France. Le choix des sources en français vise à limiter le corpus et se justifie au regard du choix de terrains d'étude français pour l'enquête empirique.
Indicateur de représentativité du corpus	Importance de la représentativité des différentes situations de soin dans lesquelles sont impliquées différentes catégories de soignants (infirmier, manipulateur en électroradiologie médicale, accompagnant éducatif social...) ou professionnels de métiers du lien.
Indicateur de pertinence du champ disciplinaire	Importance des champs disciplinaires les plus pertinents au regard de l'objet de recherche : sciences de l'éducation et de la formation, psychologie, santé publique, sociologie.
Indicateur de fiabilité	Importance de fiabilité de la source, de sa diffusion et de sa visibilité dans le champ scientifique et professionnel.
Indicateur de temporalité	Importance de la période choisie sur les 5 dernières années permettant d'identifier le paysage actuel de la recherche francophone sur le prendre soin.
Indicateur d'accès	Disponibilité de la donnée bibliographique, accessibilité financière ou par le biais de prêt entre bibliothèques universitaires, accès numérique privilégié en vue de son exploitation ultérieure.

La recherche de données bibliographiques s'est effectuée à partir de mots clés et d'opérateurs booléens formant l'équation de recherche suivante : prendre soin OU *care* OU *caring* ET patient pour la période 2015-2020. La plateforme de partage et de diffusion d'œuvres et de revues en sciences humaines et sociales (SHS) Cairn a été choisie. En effet cette dernière est francophone et accessible sur l'espace numérique de travail (ENT) de l'université de Rouen-Normandie et les principales revues de SHS y sont répertoriées.

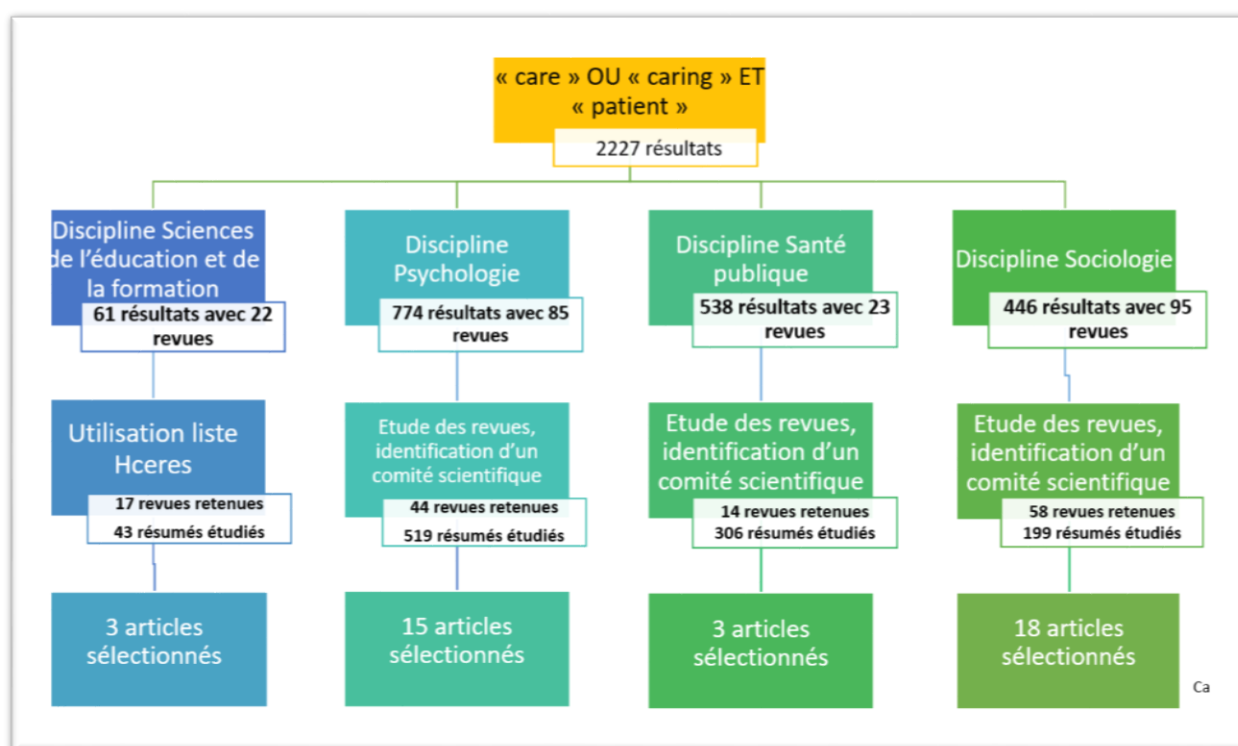
Les résultats de cette recherche menée sur la plateforme Cairn m'ont permis de recenser de nombreuses références bibliographiques. Une fois l'accès au document effectif, une pré-analyse de la source a été réalisée en s'appuyant sur les indicateurs identifiés en amont (tableau 1). Ces données bibliographiques ont été systématiquement évaluées au regard de leur caractère

scientifique en vue de l'élaboration de l'état de l'art. De ce fait, cela signifie que l'ensemble des résumés pour les revues retenues ont été étudiés.

Si une donnée était en accord avec les indicateurs définis lors de l'étape préparatoire, celle-ci était intégrée au corpus de recherche à visée d'une démarche de recension des écrits (Annexe 3). Pour préserver la scientificité de ce corpus documentaire ont été exclus les articles pour lesquels les mots clés avaient été repérés, mais qui étaient des textes à destination de professionnels ou des récits d'expérience et qui ne faisant pas état d'une recherche scientifique.

Au final, à l'issue de cette première étape de création du corpus, trente-neuf documents ont été retenus (figure 4), appartenant aux disciplines des sciences de l'éducation et de la formation (3 articles), de la psychologie (15 articles), de la santé publique (3 articles) et de la sociologie (18 articles), le corpus rassemblant 6942 mots exactement.

Figure 4 : État des lieux de la recherche scientifique sur le prendre soin et le care à partir de la base de données Cairn sur la période 2015-2020



b) Classifier et structurer les données grâce à un logiciel de gestion bibliographique

Pour organiser les recherches, j'ai tenté de classifier, dans un deuxième temps, ces différentes données pour faciliter leur exploitation ultérieure. Dans cette étude, le choix a été fait d'utiliser

Zotero, logiciel de gestion bibliographique, pour sa gratuité, son espace de stockage adapté (300 Mo en ligne ; illimité localement). L'usage de cet outil a nécessité une inscription gratuite et la création d'un profil utilisateur qui ouvre droit à un espace en ligne de stockage (de type cloud).

Cet espace m'a donc offert la possibilité d'accéder en ligne à un compte utilisateur et à mes références bibliographiques, dont les documents PDF associés. Le logiciel m'a permis de construire une base de référencement ordonnée et dynamique (partage de données dans un réseau et possibilité de se voir recommander des références en fonction des centres d'intérêt et/ou de recherche).

Concrètement lorsqu'une donnée bibliographique a été choisie, après l'avoir consultée en ligne sur Cairn, j'ai pu l'intégrer aux références bibliographiques de mon compte en exportant la donnée directement dans Zotero. Ce *plug-in* proposé par ce logiciel installé sur mon navigateur a pu ainsi procéder à l'extraction des métadonnées de la référence bibliographique pour les insérer dans ma base.

Ce logiciel m'a permis d'organiser des dossiers (collections) et sous-dossiers en fonction de la discipline, l'objet/thème de recherche et la méthodologie choisie. Zotero a été principalement utilisé pour classer les résumés des articles sélectionnés avant leur exploitation, ce qui correspond par ailleurs à la deuxième étape de cette démarche. L'outil de gestion me permettra également par la suite de produire des styles bibliographiques et des citations aux normes bibliographiques de publication souhaitées.

c) Travailler sur des résumés et des titres d'articles.

Un travail sur les titres et résumés d'articles m'a semblé pertinent dans le cadre de cette recherche bibliographique méthodique pour plusieurs raisons. D'une part, lire plusieurs centaines d'articles, dans le détail, était impossible à visée de l'état de l'art. De plus, je pars du postulat comme avancé par Rinaudo (2020), que les éléments essentiels des articles scientifiques figurent dans leurs résumés, ici les usages pluriels du prendre soin ou du *care* par la communauté scientifique.

Cependant le corpus étant ici relativement modéré, j'ai préféré y ajouter les titres des articles. A l'inverse, réaliser un travail d'analyse uniquement sur des titres semblerait pertinent

uniquement pour de grands corpus, par exemple de plusieurs centaines de thèses, à l'instar de ce qu'avaient réalisé Beillerot (1993) puis Beillerot et Demori (1998).

En revanche, notre hypothèse est que, comme l'affirmait Dessus (1999) dans son analyse des résumés aux Biennales de l'éducation, les préoccupations de recherche des docteurs en SHS, centrés ici sur le *care*, le prendre soin et leurs contextes d'emploi, peuvent être analysés à partir du lexique qu'ils utilisent dans leur résumé.

d) Une partition structurée en quatre sections disciplinaires

Le document final du corpus de recherche a consisté en un copier-coller des résumés et titres sélectionnés, les références, numéros de pages et en-têtes des articles ayant toutes été supprimés. Ce dernier a ensuite été classé par discipline entraînant la création de parties numérotées de 1 à 4, identifiées dans un fichier de métadonnées nommé Metadata et enregistré au format CSV (*comma separated values*) (tableau 2). La première case est nommée id. Les autres éléments de cette première ligne sont au choix du chercheur, mais sont rédigés en minuscules, sans caractères spéciaux, ni espaces. Puis chaque partie a été mise en forme dans le logiciel Notepad++, anonymisée et enregistrée au format TXT (format par défaut de Notepad++).

Tableau 2 : Fichier Metadata regroupant les 4 parties

id	titre	discipline
Partie 1	Partie SEF	Sciences de l'éducation et de la formation
Partie 2	Partie Psycho	Psychologie
Partie 3	Partie SP	Santé publique
Partie 4	Partie Socio	Sociologie

Le dossier résultant est au final composé du fichier Metadata au format CSV et des quatre parties (pour les quatre disciplines) en format TXT à analyser. Le traitement des titres et résumés, après ces étapes préparatoires, a été réalisé à l'aide d'un logiciel de textométrie TXM (Heiden et al., 2010), qui a l'avantage de n'effectuer que les traitements que le chercheur lui demande.

Développé à l'École nationale supérieure de Lyon, ce logiciel *open source* établit, parmi plusieurs fonctionnalités, le lexique d'un corpus et calcule la fréquence d'utilisation d'un mot ou d'une expression. Il permet par ailleurs de repérer le contexte d'emploi et de calculer les co-

occurrences d'un terme. Contrairement à d'autres logiciels, TXM ne permet pas la catégorisation du corpus en unités sémantiques ou de classification.

e) Hypothèses de travail

Les outils de lexicométrie permettant de repérer quels sont les mots, en lien avec le prendre soin et le *care*, employés dans les titres et résumés, notre hypothèse de travail est que ces termes apparaîtront explicitement dans ces résumés de recherche scientifique, et que la manière dont sont considérés les acteurs se fera jour à travers les emplois de leur désignation dans le corpus. Il s'agit donc ici de comprendre à partir des titres et des résumés d'articles, les contextes d'emploi du prendre soin et du *care* dans le paysage scientifique.

f) Des résultats qui interrogent les liens entre le prendre soin, le travail du (de) *care* et l'environnement

- *Lexique du corpus de recherche*

Le lexique utilisé par les chercheurs en SHS (Annexe 4.2) apporte quelques éléments éclairant notre questionnement sur les contextes d'emploi du prendre soin et du *care*. Lorsqu'on étudie les mots pleins, c'est-à-dire les verbes, les substantifs, les adjectifs etc. mais pas les mots outils correspondant aux déterminants, aux prépositions, aux pronoms ou aux conjonctions, on repère des termes qu'on pouvait s'attendre à trouver en position hiérarchique haute, puisqu'ils sont liés à la composition même du corpus.

Tableau 3: *Lexique du prendre soin et du care*

	Sing.	Pluriel
care	48	
travail	41	
prendre soin	15	
santé	25	
soins	21	20
relation	14	
genre	11	
pratiques	7	7
caregiving	5	
caregiver	3	
cure	3	

Ainsi un premier groupe de mots souvent utilisés dans les titres et résumés étudiés est identifié quels qu'en soient les disciplines d'inscription (tableau 3). Il rassemble les termes relatifs au champ du prendre soin et du *care* et met en lumière la prééminence du mot *care* (48 occurrences) par comparaison à *prendre soin* (15 occurrences), mais aussi du terme *travail* (41 occurrences).

L'articulation *care/cure* reconnue comme pouvant aller jusqu'à une opposition (Collière, 2001; Rothier Bautzer, 2013) semble ici peu mobilisée en raison du faible nombre d'occurrences retrouvé pour le terme *cure* (3 fois)⁵. En revanche, la perspective du *care* (48) paraît inévitablement reliée à celle des sciences du travail (41), invitant sans doute à la création d'un nouveau cadre théorique avec l'identification de thématiques actuelles (tableau 4), que je propose d'étudier dans la deuxième partie de l'état de l'art.

Tableau 4: Concordances du terme "travail"

Extraits du corpus	Thème général	Fréquence
- travail soignant - travail hospitalier - travail infirmier [...] dans sa relation au «prendre soin»	Le prendre soin par les professionnels du soin et de l'accompagnement	3
- l'apprentissage du prendre soin comme travail - prendre soin comme travail auquel on forme - véritable outil de travail du caregiver, du soignant - travail du care - pénibilité du travail de care - description du travail de care - refus du travail de care ? - valeur du travail de care - valeur accordée au travail de care - grande valeur au travail de care - travail dans le secteur du care	Travail du (de) care	11
- clinique de l'activité, éthiques du care - éthiques et politiques du care - éthique du care et démocratie - l'éthique du care - l'éthique du care	Éthiques du care	5
- psychodynamique du travail et genre - analyses psychodynamiques du travail féminisé (les activités de care)	Travail du care et genre	4

⁵ Dans la suite de cette partie, les nombres entre parenthèses indiquent la fréquence du mot dans le corpus.

- sous-estimation du travail féminin - travail des femmes		
- travail à domicile - « leur travail, c'est s'occuper de mon père ». care managers - travail domestique	Travail domestique et care	3
Fréquence totale		21

On repère sans surprise et assez vite un deuxième groupe de mots employés rassemblant les termes désignant des recherches scientifiques (tableau 5), mais à priori d'origine non doctorale (le terme *thèse* n'étant pas retrouvé). Concernant le mot *étude* (16), son emploi reste souvent attaché à décrire le type de méthodologie choisie par le chercheur (ethnographique, exploratoire (2), pilote (2), descriptive, multicentrique (2), randomisée).

Tableau 5: Lexique des résumés des articles scientifiques

	Sing.	Pluriel
étude	16	
analyse	10	
résultats		10
clinique	9	
recherche	6	3
approche	6	
recherche-action	1	

Enfin, on trouve également en position hiérarchique haute les acteurs concernés dans ces recherches (tableau 6), que ce soit en tant qu'investigateur ou public cible au singulier comme au pluriel (24), c'est-à-dire les professionnels du soin, de l'éducation ou de l'enseignement. A noter que les enfants et les femmes sont les populations les plus sollicitées dans ces recherches centrées sur le *care*.

Ce constat est en lien avec les hypothèses de nombreuses auteures qui affirment que le prendre soin ou *care* est perçu en France comme une apologie des valeurs et des activités féminines, tout en se préoccupant des plus vulnérables (Ibos et al., 2019). Les termes *acteur* et *individu* ne sont par ailleurs jamais employés, ce sont les mots *personne* (15) et *patient* (15) qui sont choisis par la communauté scientifique, et à moindre mesure *sujet* (5).

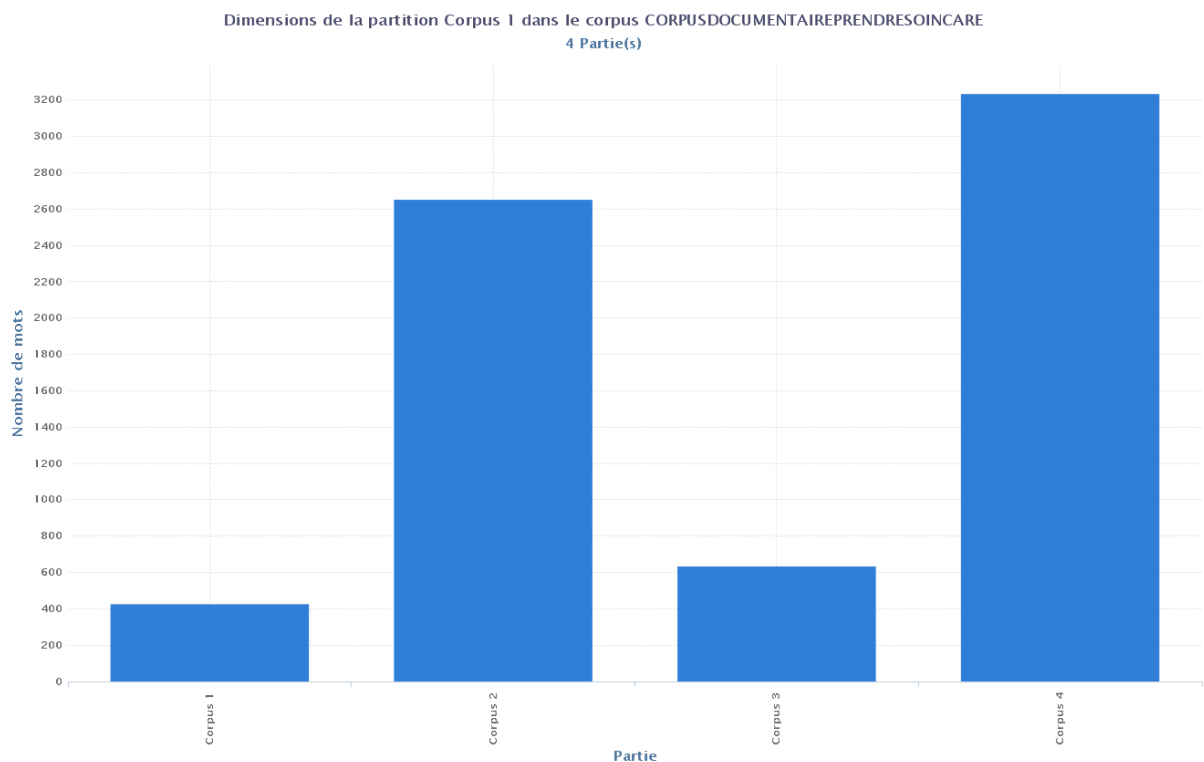
Tableau 6 : Lexique des acteurs

	Sing.	Pluriel
Professionnel.le.s	8	16
enfants		15
femmes		14
patients	2	13
personnes	4	11
famille	6	
proches		6
jeunes		6
sujet	4	1
usager		2

- *Les contextes d'emploi du prendre soin et du care*

En premier lieu après observation des dimensions des 4 parties par rapport à l'ensemble du corpus documentaire, la plus grande surprise de ce travail (figure 5) consiste en la saillance de la psychologie (partie 2) et de la sociologie (partie 4) dans le champ du care.

Figure 5: Répartition des parties 1, 2, 3 et 4 du corpus de recherche



C'est pourquoi, la question du *care* comme objet de recherche dans la discipline des sciences de l'éducation et de la formation, demeure à ce jour une voie d'investigation prometteuse et innovante, les professionnels de l'éducation, comme les professionnels du soin, les apprenants, ainsi que les patients étant confrontés au prendre soin et au *care*.

Au-delà du repérage des premiers mots pleins utilisés dans les titres et résumés, ce qui m'intéresse ici concerne les usages des termes prendre soin et *care* dans les champs disciplinaires des sciences humaines et sociales. Pour ce faire, les contextes d'emploi de différents mots issus du lexique du corpus, ont été étudiés par ordre décroissante.

Les 25 emplois du mot *santé* correspondent pour 8 occurrences à l'expression *professionnel de santé*, la plupart de ces recherches sur le *care* touchant sans surprise la profession soignante. J'observe également que l'expression « programme d'éducation pour la santé » est utilisée 4 fois pour un même article (Rat et al., 2019).

Les mots de la famille de *soin* (tableau 7), au singulier comme au pluriel (62 en tout), sont souvent employés de manière cohérente avec son corollaire le prendre soin (Annexe 4.4). Mais la relation soignant-soigné y est sous-employée (1), alors que c'est une dimension fondamentale reconnue dans la notion du prendre soin, relation traduite même comme un « lien d'attachement » (Juneau, 2013, p. 251). L'expression « faire soin » est aussi peu utilisée (2).

Tableau 7: Famille du mot " soin " [frlemma="soi.*"]

	Sing.	Pluriel
soin	21	20
soignant	9	5
soigné	2	
soigner	2	
soignantes	1	
soignant-soigné	1	
soigneuses	1	
Total	62	

Concernant la fréquence du substantif *accès* (10), c'est l'expression *accès aux soins* qui est la plus employée (4), rejoignant ainsi la logique de parcours de soin inhérente au prendre soin et au *care*. En effet, Ploog *et al* (2021) font l'hypothèse que le partage d'informations entre

professionnels du soin issus de spécialités diverses dans le cadre d'un parcours de soins, a pour but d'objectiver et d'enrichir leur compréhension du profil du patient, afin de mettre au point collectivement une stratégie de soin où les participants s'engagent à « prendre soin ».

En revanche, l'emploi important du mot *cruauté* (9) peut paraître de prime abord très surprenant par rapport au champ étudié. Cela s'explique par son usage conséquent dans un article unique qui a pour objet la haine et la cruauté dans la relation transféro-contre-transférentielle du *caregiver* dans une approche clinique psychanalytique (Jean-Dit-Pannel & Thomas, 2020). Comme je l'aborderai dans une des parties suivantes, ces auteurs avancent que le soin est empreint de la relation primaire/première *caregiver*-bébé (Winnicott, 1956/1969b), aussi bien pour les soignés que pour les soignants, surtout lorsque les soins nécessitent une régression somato-psychique. Dans une démarche de prendre soin, « reconnaître la haine, sa haine, la haine de l'autre, et ce que cela re-joue en soi, à condition d'en savoir le plus possible à ce sujet, est un travail fondamental pour tout soignant » (Jean-Dit-Pannel & Thomas, 2020, p. 274).

Les 36 emplois de la famille de mots de *social* (tableau 8) mettent en valeur une dimension prégnante dans le paysage scientifique du *care* et du prendre soin, celle de de l'individu, du collectif et du territoire (Annexe 4.4). Ce constat indique comment la recherche francophone interroge la notion de *care* en particulier les liens entre le prendre soin, les communautés humaines et l'environnement, en écho à des questionnements sur les enjeux des humanités dans le contexte des vulnérabilités contemporaines (Fleury-Perkins & Fenoglio, 2019; Margolin & Margolin, 2002).

Tableau 8: Famille du mot " social" [frlemma="soci.*"]

	Fréquence
sociales	9
social	7
sociale	6
sociaux	6
société	4
sociétés	4
sociocognitif	1
sociologue	1
Total	36

Le terme *éducation* (8) est utilisé dans un article respectivement pour chacune de ces trois disciplines, en sociologie (2), santé publique (4) et psychologie (2), à propos d'un programme d'éducation de santé orale pour les patients schizophrènes (Rat et al., 2019) ou d'éducation des chiens-guides d'aveugles (Mouret, 2017) ; étonnamment il n'est pas employé en sciences de l'éducation et de la formation. A l'inverse, le terme *formation* (8) est rattaché aux recherches en soins infirmiers pour les sciences de l'éducation et de la formation (4) et à la formation professionnelle pour la psychologie (4).

Enfin je remarque que la plupart de ces recherches scientifiques sont investiguées dans des lieux de soin de psychiatrie (8) et de santé mentale et ont pour objet de recherche en priorité la qualité de vie du sujet (5), par comparaison à celle du *caregiving* du professionnel (2).

g) Conclusion

Au final, l'analyse lexicale du corpus documentaire a mis en lumière l'omnipotence du *care* sur le prendre soin dans le paysage actuel de la recherche scientifique francophone. J'ai pu également observer que les sciences du travail semblent sous-jacentes à cet objet de recherche, ainsi que la question du genre. Sans surprise, le vocabulaire de la recherche en sciences humaines et sociales est fréquemment employé et mobilise un ensemble de termes rattachés aux domaines du soin et du social. Les acteurs désignés dans ces recherches sont majoritairement les professionnels, en tant qu'investigateurs ou sujets dans l'étude.

Le point saillant de cette recherche méthodique porte essentiellement sur les liens entre le prendre soin, les communautés humaines et l'environnement. En effet qu'est-ce qu'un territoire ou une société qui « prend soin » ? Ce travail d'analyse des titres et des résumés d'articles montre comment les chercheurs se questionnent actuellement sur la notion d'un *care* monde, terme emprunté à Molinier (2018), tout à la fois vulnérable et solidaire dans la perspective de nouvelles formes de « vivre ensemble ».

A la suite de cette première partie de l'état de l'art, une recension plus classique de la littérature scientifique et professionnelle sera abordée dorénavant.

3.2 Autour de la fonction soignante

3.2.1 Des métiers « de la relation », « de l'interaction humaine », « adressés à autrui » ou « du lien » ?

En premier lieu il est intéressant de chercher à s'interroger sur la dénomination du mot soignant. Est-ce un professionnel de santé, un professionnel du soin ? Faut-il retenir pour cela toutes les professions dont les soins sont remboursés par le système de protection sociale ? Faut-il se rendre à l'hôpital pour repérer les différents métiers ? Est-ce que les professionnels qui se nomment « thérapeutes » sont concernés par cette dénomination ?

a) Point de vue des pouvoirs publics

Le rapport Berland-Gausseron sur la démographie des professions de santé (2002, p. 6) a fait le choix, il y a vingt ans, de définir les professions de santé comme celles soumises à une autorisation d'exercice avec des actes codés, c'est-à-dire « les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs en électroradiologie médicale, audioprothésistes, opticiens lunetiers ». Sont donc exclues de cette définition les personnes concourant aux soins comme les aides-soignantes, les agents hospitaliers, les brancardiers, nombre de « petits métiers sanitaires », œuvrant malgré tout auprès des personnes soignées ou accompagnées. Sont exclues également de cette énumération par exemple les psychologues, collaborateurs indispensables dans une équipe pluridisciplinaire. Cette exclusion est par ailleurs étonnante dans la mesure où les problèmes de démographie dans le domaine de la psychiatrie ont ouvert des collaborations entre médecins et psychologues cliniciens (Tillard-Cassar, 2014).

Faut-il différencier les professions sociales et les professions de santé ? Les deux termes sont à priori assez souvent rapprochés. Ne parle-t-on pas du champ médico-social ? De plus de nombreux services publics sont assurés par des équipes pluridisciplinaires associant professions médicales, paramédicales, de la rééducation et professions sociales, par exemple médecin, infirmière, masseur-kinésithérapeute et assistant de service social.

b) Point de vue des auteurs

Concernant les professions soignantes, plusieurs dénominations sont apparentes dans la littérature scientifique comme les métiers de « l'interaction humaine » (Tardif & Lessard,

1999), « adressés à autrui » (Piot, 2009) ou « de la relation » (Cifali, 2019). En effet, ces termes peuvent regrouper selon les auteurs les métiers du soin, de l'enseignement ou du travail social ou d'autres métiers engagés dans des processus de transaction ou de service.

Cifali décrit des « métiers de la relation » dont le fil conducteur est fondé sur une dialectique entre engagement dans le rapport à autrui et travail de l'intériorité. Elle aborde la construction et la valeur du lien dans ces métiers. Pour l'auteure, la relation pour ces professionnels serait d'abord « une affaire d'immersion » (p.28) appelant une « subjectivité travaillée » mais aussi « assumée » (p.116), nécessitant un travail par la pensée, des sentiments d'un sujet dans la relation à l'autre. « Croire en l'humain dans l'humain » est pour Cifali une nécessité des métiers « de la relation ».

« Le travail de l'interaction humaine où l'activité du travailleur est adressée à autrui, se distingue du travail industriel classique en ce sens qu'il est écologique, interprétatif, historicisé (Piot, 2006) et requiert la maîtrise d'un double registre de compétences (Mayen, 2007) ; d'une part des compétences sur l'objet de service qui correspondent [...] aux gestes ou techniques de soin pour l'infirmier [...], et d'autre part des compétences communicationnelles et relationnelles » (Piot, 2009, p. 263).

Piot précise que les missions des métiers de l'interaction humaine (socialiser, enseigner ou former, soigner, accompagner...) sont définies ou appréhendées grâce à l'histoire multidimensionnelle et complexe des groupes culturels de référence et des personnes concernées, c'est-à-dire leurs trajectoires sociales et les dimensions psychologiques et cognitives (p.263). Il rappelle que les métiers adressés à autrui se définissent comme une activité instrumentale et formalisée, institutionnellement et socialement reconnue, où les compétences sont codifiées dans des référentiels (p.264). A ce propos la réingénierie des référentiels de compétences est toujours d'actualité et concernent de nombreux cursus de formation : infirmier (2009), travailleur social (2018), enseignant (2019), aide-soignant et auxiliaire de puériculture (2021).

Pour Pastré et al (2006), les activités de ces professionnels vont se réaliser dans des interactions humaines où l'imprévisibilité est une constante. Ces interactions coexistent au sein de formes de vies et dans des jeux de langage avec leurs propres lois qui imposent aux professionnels des façons de raisonner et d'agir (p.175). Selon ces auteurs, les professionnels identifient et

construisent une posture en connaissance de cause après s'être appropriés les buts de la transaction de service (mais pour des métiers comme l'hôtesse de caisse ou l'auxiliaire de vie).

Enfin Blanchard-Laville (2019) considère le sujet professionnel comme doté d'un psychisme agissant au sens de Sigmund Freud, c'est-à-dire « comme un sujet divisé par son inconscient et, de ce fait, un sujet aux prises avec de fortes turbulences intérieures » (p.63). Elle va qualifier ces métiers de l'humain comme des « métiers du lien », car en reprenant l'expression de Jeammet ce sont des métiers « à haut potentiel émotionnel » (Braconnier, 2017, p. 30).

A la suite de ces éclairages, ces métiers dits impossibles ou encore métiers du lien et la psychanalyse (Cifali, 2005, 2019; Enriquez, 1987/2019; Freud, 1926/2015) m' amènent à penser l'activité dans ces métiers au-delà des gestes et postures techniques en acceptant les effets de l'intersubjectivité et en assumant le transfert et le contre-transfert comme des éléments latents mais inhérents aux situations de travail vécues. Le choix de l'expression, futur professionnel « d'un métier du lien » de notre objet de recherche, renverra donc à un choix théorique (Blanchard-Laville, 2019).

Mais tout d'abord étudions d'un peu plus près le professionnel d'un métier du lien, acteur de santé engagé dans la prise en soin et l'accompagnement de son prochain.

3.2.2 L'évolution de la fonction soignante en France

a) Une opposition *cure/care* maintenue par les pouvoirs publics

Historiquement plusieurs éléments législatifs et règlementaires ont participé depuis vingt ans à cette différenciation *cure/care* dans les pratiques professionnelles. Tout d'abord, les rapports Berland (2002, 2003) se sont orientés spécifiquement vers une reconnaissance des professionnels paramédicaux. Le premier rapport « Démographie des professions de santé » concluant à une diminution sensible du nombre de médecins, a identifié la nécessité de redéfinir les différents niveaux d'intervention des diverses professions de santé, pour une utilisation optimale des compétences. Le second rapport Berland sur la coopération des professions de santé et le transfert de tâches et de compétences, quant à lui a approfondi les concepts de coopération entre professions de santé. Par la suite les centres hospitaliers universitaires (CHU) ont vu leurs rôles et missions évoluer en lien avec le rapport Giraud et le nouveau contexte budgétaire (2006).

Puis, la modernisation de la gestion interne des hôpitaux publics a débuté avec le plan Hôpital 2007 (Ducassou et al., 2003), puis 2012 (Fellinger & Boiron, 2011), suivi de l'amélioration des soins de suite (Larcher, 2007). La création du système Licence-Master-Doctorat (LMD) (Soulas et al., 2005) impactera d'une certaine façon les professions paramédicales, car j'ai pu observer dans le rapport de l'Igas (Inspection générale des affaires sociales) (Bras & Duhamel, 2008) que le *care* y apparaît plutôt comme une occupation « déléguée » pour ces professionnels de santé.

La première année commune des études de santé a fait suite à une dizaine d'années de réflexion et à plusieurs rapports tels que le rapport Debouzie (2003), le rapport Thulliez (2006) et le rapport Bach (2008). Cette idée d'année commune entre plusieurs filières de santé a été la réponse donnée à plusieurs impératifs et besoins : l'intégration des formations de santé au Processus de Bologne et notamment au format LMD, l'amélioration des conditions d'études de la Première Année du Premier Cycle des Études Médicales (PCEM1), les ré-orientations des étudiants en PCEM1 afin d'« éviter ainsi le gâchis humain », la mutualisation de certains enseignements entre les étudiants de formations de santé pour une meilleure coopération professionnelle. L'ensemble de ces réformes ont cependant favorisé l'utilisation d'un modèle de santé centré sur le *cure* (guérison des maladies « aiguës ») au détriment du *care*.

Puis les premières années de médecine (PCEM1) et de pharmacie (PCEP1) (Arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé, 2009) ont connu de profonds changements à la rentrée 2010. La principale modification fut la création d'un "tronc commun" entre les quatre disciplines de la première année de médecine (médecine, maïeutique, odontologie, pharmacie), avec quatre concours distincts dès la fin de la première année. Cette première année commune aux études de santé deviendra la PACES.

Dix ans plus tard, le plan « ma santé 2022 » (Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, 2019) a mis en place la réforme de ce dispositif avec la reconfiguration du cursus de formation des études en santé, avec une première année des études de médecine appelée le Parcours d'Accès Spécifique Santé (PASS). Cette dernière prépare à présent aux cinq filières MMOPK (médecine, maïeutique, odontologie, pharmacie, kinésithérapie). Ces nombreuses réformes ont eu pour objectifs principaux de répondre aux enjeux de la démographie territoriale face à des inégalités majeures et de diversifier le profil des futurs médecins (Le Boulter & Lenesley (dir.), 2021).

Dans ce contexte de vieillissement de la population, d'explosion des maladies chroniques et de polyopathologies, et d'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire, de nouveaux métiers sont apparus comme le métier d'infirmier en pratique avancée (IPA) (Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée, 2018). La France a cependant retenu le modèle d'« infirmière praticienne » comportant pour partie une activité « médicale » centrée sur le *cure*. En effet ce dispositif axé sur les pathologies se réfère à une « médecine des organes *versus* le dispositif centré sur les personnes et/ou besoins de soins de la population » (Jovic, 2021, p. 316). La pratique avancée utilise des compétences essentielles à la prise en soins des patients en situation de soins complexes, notamment avec des interventions dans les domaines éducatifs, relationnels et de consultation infirmière (Article 30 dans la nouvelle loi de modernisation du système de santé). Bien que, dans la littérature internationale, il soit rappelé que la pratique avancée est celle d'une profession, en l'occurrence infirmière, le modèle français centré sur les pathologies s'est donc orienté vers les activités médicales au détriment d'une vision plus globale référant aux soins infirmiers et donc sans doute du *care*.

b) Le soin sous tension

Cette nouvelle gestion hospitalière associée au cursus LMD des formations médicales, paramédicales et pharmaceutiques, rendent sans doute la notion du *care* ambivalente. En effet, de nombreux auteurs se sont interrogés sur cette difficile rencontre de l'éthique soignante et de l'économie. Svandra (2011) évoque un soin qui se retrouve nécessairement en tension entre trois éléments incontournables : la technique, la relation et la justice. Il insiste sur la reconnaissance de la vulnérabilité comme un élément central de nos vies et sur les éthiques du *care* qui doivent viser à revaloriser l'entraide et la sollicitude. Dans cet article, il démontre l'influence de la technique sur le *care*, sa complémentarité avec la relation de soin (entre empathie, bienveillance et sollicitude) et enfin l'importance du prendre soin « collectif » avec la question de la justice.

Dans un collectif d'auteurs, Orrock *et al* (2012, p. 173) abordent également ce dilemme en décrivant une « *fracture du moi, une déconstruction de l'identité de rôle* » pour le professionnel de santé, comme conséquence des réformes des soins de santé. Le chapitre de cet ouvrage se fonde sur une recherche réalisée à partir des expériences vécues par des infirmières et cadres de santé en Australie. L'auteur va souligner que les idéologies managériales, en lien avec notre

contexte actuel, représentent comme une intrusion dans les valeurs et croyances des professionnelles infirmières, dont le rôle est étayé par la philosophie de l'humanisme et du soin, concept synonyme des soins infirmiers, mais qui ne prête pas facilement aux mesures quantitatives. Les impacts décrits dans cette recherche sont nombreux, allant de la détresse existentielle jusqu'à la rupture d'identité vécues par les participantes.

Il ressort de ces différents éléments l'importance de valoriser l'apprentissage du *care* pour les futurs professionnels de santé, comme une nécessité de préserver l'approche humaniste au cœur des soins.

3.2.3 Être professionnel du soin aujourd'hui : du mythe, au rêve...à la réalité ?

a) Prémices d'un questionnement sur l'identité soignante : l'exemple de l'identité infirmière

La question de l'identité soignante en lien avec l'exercice professionnel contemporain se pose aujourd'hui au vu des premiers éléments relatés. Ce questionnement a débuté en France mais aussi aux Etats-Unis et au Canada dans les années 1960 notamment pour l'infirmière (Collière, 2001), avec des signes avant-coureurs du malaise infirmier qui s'affirment au sein des mouvements sociaux de 1968 et qui continuent à s'exprimer par rebonds successifs tout au long du XX^e et XXI^e siècle. Selon cette auteure, l'ambiguïté vécue par le personnel infirmier en raison des tensions présentes entre les valeurs idéologiques transmises par la formation et les avancées de la technicité, accompagnées du sentiment d'une dévalorisation au sein des institutions sanitaires (surtout hospitalières) entraîne insatisfaction et réduction de la durée d'exercice. Collière (2001) s'interroge sur « le rôle » de cette professionnelle du soin, constamment invoqué dans les instances professionnelles pour définir l'objet de cette profession ou même sa finalité. Elle fait l'hypothèse d'un cheminement permettant de cerner le processus d'identification au rôle de la femme soignante jusqu'à celui de « la [femme]-infirmière-auxiliaire-du-médecin » (p.91). Collière avance que ce processus multidimensionnel est chargé de connotations allant du mythe au rêve reléguant dans l'ombre la réalité.

En effet la figure emblématique de l'infirmière trouve ses racines dans un mythe beaucoup plus profond, porteur de représentations antagonistes, qui est celui de la femme. Collière (2001) la

décrit au travers d'une vision fantasmée : « Il s'agit pour l'INFIRMIÈRE⁶, par le biais de la formation, d'accomplir, dans le sillage [des femmes]-consacrées, ce passage de la femme-NATURE à LA FEMME Transcendée, oblatrice, dépossédée de son corps sexué, si ce n'est pour retrouver la dédicace d'une maternité sublimée. » (p. 93).

Pour cette auteure, le mythe fusionnel qui identifie l'infirmière à la prestation qu'elle donne, les *soins* et inversement, entraîne beaucoup de désillusion et une grande insatisfaction. Ces dernières ont pour origine la difficulté d'acquiescer une maîtrise et une capacité d'explicitation la raison et la nature de la prestation infirmière, les *soins*. Selon elle, « un moyen sinon d'y pallier, tout au moins d'essayer d'atténuer le ressenti de difficultés, est le rêve » (p. 96), traduisant ainsi l'expression d'un avenir fantasmé. Or la réalité est investie d'un lourd passé religieux, puis médical, qui a influencé fortement la construction identitaire du soignant par rapport à la nature de cette prestation et du service offert au regard du bénéficiaire des soins.

Collière (2001) revendique que c'est « la formation acquise pour devenir L'INFIRMIERE, qui s'est portée garante de l'identité » (p.98). Cependant la façon d'aborder les soins infirmiers reste très indépendante de l'acquisition d'un modèle de pensée à partir d'un concept imposé et de procédures à appliquer. Est-ce que l'adoption d'un même raisonnement, dit « scientifique », un même langage, un même processus, permettrait de construire réellement une identité professionnelle ? Mais que cherchons-nous exactement comme identité soignante ?

Collière (2001) conclut que tout soignant exerçant un métier détient une double identité. La première correspond à une identité sexuée d'être homme ou femme soignant.e à ne pas confondre avec l'identité du métier. La deuxième est l'identité professionnelle issue de son métier, basée sur ce qui caractérise la nature de la prestation, les *soins*, qui déterminent *in fine* la fonction d'un soignant. Cela signifie pour Collière d'abandonner le masque du rôle au bénéfice de la clarification de la notion de fonction. « Pour qu'un individu ou un groupe devienne un acteur de l'histoire de la société, il faut d'abord qu'il cesse d'accepter l'identité que lui donne le système social. Il ne naît à l'action historique et à une nouvelle identité qu'en rejetant ses statuts et ses rôles » (Touraine, 1974, p. 195).

⁶ En lettres majuscules dans l'ouvrage.

b) Désillusion et blessures de l'idéal professionnel

Plus encore que l'identité soignante, la notion d'idéal professionnel a un poids considérable dans le vécu et la carrière d'un professionnel d'un métier du lien. Selon Freudenberg (1987), le sujet peut s'épuiser à suivre des objectifs inatteignables et finir démotivé, sans considération pour les personnes soignées prises en charge. Cet état de fait souligne, au-delà des aspects plus classiques de stress (Truchot, 2004) ou de difficultés émotionnelles (Hart & Mucchielli, 2002), un questionnement plus intime à propos de l'engagement des valeurs du professionnel dans la pratique soignante (Arcand & Brissette, 1999). Il interroge de la sorte le processus de construction de l'idéal professionnel et met en évidence la conflictualité naturelle idéal/réalité dans le contexte actuel des restructurations hospitalières. Cette dernière impose aux sujets un travail psychique d'adaptation qu'ils perçoivent souvent comme s'opposant à leurs représentations.

Daloz (2007) aborde ce questionnement portant sur ces difficultés professionnelles et sur la responsabilité de la formation initiale, via des entretiens de recherche auprès de soignants paramédicaux et médecins (n=106). L'analyse du corpus est réalisée grâce à une grille d'interprétation psychodynamique, dans une visée compréhensive des situations vécues. Les résultats de cette recherche montrent que cette crise subjective du sujet est en lien avec la perte douloureuse de repères identitaires et qu'elle est le signe d'un renoncement à un rôle, remettant en cause l'investissement professionnel, entre négativisme, sentiments d'impuissance, d'échec ou de préjudice. Le professionnel est en rupture du contrat narcissique qui le lie avec l'institution, en rupture à la fois d'une affiliation tranquillisante au groupe et d'un équilibre construit sur des étayages gratifiants.

Pour cet auteur, « l'idéal a failli dans son rôle de gardien serein d'un investissement ou d'un projet de vie, d'un fantasme de toute-puissance rassurant, du maintien d'une image de soi positive » (p. 85). Cette désidéalisée correspond selon lui à la perte de l'idéal professionnel et à la fin de l'idéalisation comme défense, plaçant le sujet face à l'ambivalence et aux doutes. Resurgissent alors chez le soignant des affects, une violence interne que le sujet avait amnésiés. C'est le signe pour Daloz (2007) de l'arrêt d'une forme de construction de la réalité, issu du soi et de l'idéologie et qui protégeait les illusions du sujet (le Moi s'identifiant au Surmoi, à son éthique ou à l'idéal groupal). De ce fait, l'angoisse réapparaît dans la discordance entre l'idéal

fixé et sa réalité, conduisant les soignants au conformisme ou aux symptomatologies dépressives et fonctionnelles (Sapir, 1979).

En outre cet auteur s'interroge sur la naïveté des sujets constatée au cours des entretiens, liée selon lui à une absence de questionnement et à un besoin d'évidence protecteur. Significativement, nous sommes face à une difficulté de mise en sens plutôt qu'à une vision négative du travail. En effet, Daloz (2007) décrit « une mauvaise activité de symbolisation [due à une réalité difficilement pensable] et de capacité à faire du lien » (p.87), dont la finalité première est d'extraire une signification pertinente, utile permettant un travail psychique. Au final au cours de cette crise, l'idéal personnel et professionnel, en partie fixé par les études, les identifications marquantes et une idéologie du métier, se révèle inadapté au monde complexe des soins et de l'institution. Le Moi s'étant en partie identifié à l'idéal du Moi chez le sujet, l'adaptation est devenue laborieuse. Daloz (2007) différencie la notion d'épuisement trop liée à l'idée de stress, à celle de désillusion professionnelle, par l'intermédiaire du couple déception/désillusion, qui traduit mieux selon lui l'aspect psychique des conséquences du travail dit aidant.

Dans ses perspectives, cet auteur valorise notamment l'utilité d'un travail sur l'idéal professionnel lors des études, abordé au travers de questions éthiques, morales ou déontologiques ou comme un objectif éducationnel en soi, à visée de prévention primaire de l'épuisement professionnel.

3.2.4 Exercer dans l'incertitude ou plaisir et souffrance dans le travail

a) Un nouveau cadre de travail

Depuis les années 1980, l'hôpital assimilé à une entreprise a des nouveaux modes de management qui ont pour objectif d'accroître la productivité tout en réduisant les effectifs de personnes (Acker, 2018). Dans son ouvrage *Le travail à cœur* Clot (Clot, 2010) souligne, en évoquant le monde hospitalier, que « l'activité de travail peut aussi se trouver incarcérée en toute liberté » allant jusqu'à décrire l'organisation hospitalière comme « un collectif en miettes » (p.69). Selon cet auteur, l'institution maltraite le métier de soignant car impuissante ou absente, elle se concentre uniquement sur les questions budgétaires. Or « le collectif de travail n'est ni plus ni moins qu'un instrument de travail qui "contient" les gestes de chacun » (p.80).

Cette reconfiguration de l'organisation du travail et des activités se traduit par des dimensions de travail occultées, voire empêchées, ce qui pèse sur l'engagement des soignants. Les frontières du travail soignant se sont aujourd'hui redessinées, car en raison d'un manque de temps et d'une représentation du travail souvent fondée sur une dimension médicoteknique, les soignants mettent en jeu les nombreux types de tâches à réaliser et donnent majoritairement la priorité aux soins prescrits par les médecins (Acker, 2018). Car il s'agit d'aller vite, d'aller à l'essentiel. Mais qu'est-ce qui est essentiel et qui le définit ? Les professionnels du soin ont de plus en plus de mal à être disponibles face à des demandes imprévues, à être attentifs à des sentiments, à laisser les patients exprimer leurs inquiétudes ou des souffrances particulières.

Je remarque que ce réaménagement des frontières du travail soignant a un impact également sur la régulation de l'activité par les patients eux-mêmes (toilette préopératoire, auto-surveillance...). Cette nouvelle figure du patient s'est par ailleurs construite à partir des revendications d'associations de malades, de la loi relative aux droits de malades et à la qualité du système de santé et du déploiement d'une démocratie sanitaire (2002), entre autres. Enfin la redistribution de certaines actions entre acteurs de plus en plus nombreux conduit à la création d'outils et de dispositifs permettant et soutenant la continuité des soins et la coordination des intervenants (fiches de liaisons, création de fonctions de médecins, d'infirmières de coordination, réseau ville-hôpital...).

b) Travail invisible, travail empêché

L'intensification du travail soignant est également rattachée à des tâches non incluses dans les outils de représentation du travail, qui ne sont ni comptées, ni reconnues par l'institution hospitalière, mais nécessaires pour faire « du beau travail » (Acker, 2018). L'auteure entend par là, celui qui est guidé par les références professionnelles et les valeurs qui les sous-tendent, celui qui est attendu par les personnes soignées et souvent aussi par l'institution. Aussi « le travail visible et le travail invisible sont dialectiquement liés » (p. 16).

Acker (2018) met en évidence par la suite deux dimensions de travail occultées et empêchées. Le travail passé sous silence, invisible, constamment dénié, correspond à celui qui mobilise l'intelligence des soignants pour déchiffrer la situation de santé, vérifier la pertinence de l'action à effectuer au moment de s'engager, en raison de l'état du patient et de son évolution. Le travail empêché, quant à lui, c'est celui qu'on voudrait réaliser, car appelé par la situation,

mais qu'on a du mal à mettre en œuvre, qu'on ne peut faire en raison des contraintes qui pèsent sur le travail d'ensemble.

Par exemple au cœur du travail soignant, le travail de confort est souvent empêché, car il s'agit de donner la priorité aux soins sur prescription médicale dans un contexte de personnel réduit. Or reconforter, tranquilliser, soulager, atténuer le mal-être et la douleur des patients font appel à un travail clinique s'appuyant sur l'observation et l'écoute du patient, et qui est régi par des règles professionnelles (Art. R. 4312-11 du Code de déontologie des infirmiers (2016), Article R4321-58 des Devoirs généraux des masseurs-kinésithérapeutes (2008)...).

c) La souffrance des soignants, un risque humain, des enjeux éthiques

Terme créé par des soignants pour les soignants, le « burnout syndrome » ou syndrome d'épuisement professionnel des soignants (SEPS) correspond à un état psychique et physique particulier (Canouï, 2003). Maslach et Jackson (1998) en créant un outil d'évaluation grâce à une approche quantitative, ont permis de mieux définir le SEPS en isolant les caractéristiques du syndrome, considérées comme trois stades évolutifs. L'épuisement professionnel traduisant la difficulté à faire face à une émotion ou un effort supplémentaire en est la première. La déshumanisation de la relation à l'autre correspondant à un mode de défense psychologique est le deuxième critère et se traduit souvent par une forme de sécheresse relationnelle ou de cynisme, que les éthiciens de la relation nomment la « réification de la personne ». Enfin la troisième caractéristique est la perte du sens d'accomplissement de soi au travail, marquée par une démotivation, un doute quant à ses compétences.

Pour Canouï (2003), si pour tous les professionnels sont présents épuisement émotionnel et perte d'accomplissement de soi au travail, c'est seulement dans les professions d'aide que la déshumanisation de la relation à autrui a un fort impact. En effet, la relation à l'autre est à l'épicentre des professions de la relation d'aide et constitue le sens du travail de l'individu qui en a fait ce choix. « Le burnout est d'autant plus violent qu'il se construit sur des valeurs inconnues du sujet, en décalage avec l'idéal du *care* » (Mauranges, 2018, p. 31).

D'autres auteurs ont illustré des conséquences majeures pour les soignants suite à des situations de soins émotionnellement fragilisantes. Lombart (2016) s'est interrogée dans le cadre de sa recherche doctorale au niveau philosophique et éthique, sur l'usage de la contention forte lors des soins en pédiatrie. En effet, un enfant effrayé ou douloureux se débat et s'agite au décours

du soin et les soignants doivent le maintenir pour poursuivre le geste. Un rapport de force s'installe aussitôt entre soignants et enfant. Mais le fait de contraindre l'enfant de force confronte les professionnels à un paradoxe, celui de faire mal à l'enfant pour son bien. L'objectif de cette recherche était de questionner le point de vue des soignants pour comprendre comment l'usage de la contention lors d'un soin en pédiatrie pouvait se transformer en un usage illégitime de la force. L'analyse de parole des soignants a pointé la présence d'empathie et d'attention des professionnels à l'égard de l'enfant, mais à l'évocation de la contention, l'enfant disparaissait du discours. Lombart a alors proposé le concept de « cécité empathique transitoire » pour caractériser ce phénomène. Elle décrit les soignants comme des « prisonniers de la caverne, otages de leurs illusions » et dont « l'espoir de maîtriser l'inconstance de l'existence par la grâce de la biotechnologie semble les contraindre à sacrifier leur propre subjectivité » (p.5).

Dans la continuité des fatigues professionnelles, Zawieja (2017) fait l'hypothèse d'une « fatigue compassionnelle », forme particulière d'usure compassionnelle d'abord identifiée chez les soignants en soins palliatifs et en oncologie. Elle se manifeste chez ces professionnels en contact prolongé avec la souffrance d'autrui sous la forme de multiples symptômes tels que colère, dépression, apathie (Joinson, 1992). Cette fatigue compassionnelle est selon lui l'une des issues possibles d'un processus de « stress compassionnel », où le contact prolongé avec la souffrance d'autrui dépend de l'interaction de plusieurs variables (Figley, 2002).

A ce propos, Séguret (2020) a même nommé l'expérience du soin en milieu extrême, par exemple en réanimation pédiatrique, comme une fonction « d'altérance » ou « capacité d'une interaction émotionnellement intense de nous transformer, tout d'abord de façon positive pour le soignant mais qui, poussée à l'extrême, est destructrice » (p.119). Selon cette auteure, ce phénomène se caractérise par sa double connotation d'altération et d'altérité, signe de l'ambiguïté entre le risque de corruption par l'autre, pouvant aller jusqu'au burnout, et la possibilité d'une ouverture à l'autre, entraînant une transformation psychique parfois coûteuse, mais toujours maturatrice. Séguret avance que si cette fonction d'altérance est perçue, reconnue et nommée, elle est alors salvatrice pour le soignant, et lui permet alors de « se ressourcer, de se dés-altérer, auprès des autres soignants, dans la réflexion intellectuelle, dans la sublimation, dans le travail thérapeutique, par tous les créateurs de sens » (p.119)

Enfin les résultats d'une étude dans un service de néonatalogie (Fontaine & Wendland, 2015) dont l'objectif était de comprendre les particularités de la relation entre le soignant référent et le nouveau-né prématuré hospitalisé, de sa terminaison lors du décès du nouveau-né et du deuil qui s'ensuit, ont montré également la prépondérance de la souffrance des soignants. L'analyse de contenu met en évidence que la mise en place de mécanismes de défense face aux signes de détresse, de souffrance du nouveau-né et à son décès, va à l'encontre du système de *caregiving* des soignants dans la relation au nourrisson. Ces soignantes sont constamment sollicitées d'agir, dans un univers très opératoire, sorte de professionnalisation désincarnée, où, selon les auteures, le plaisir semble par moments totalement absent. La pratique avec les bébés nécessite un positionnement à double-mesure, induisant à la fois une implication affective et une distance professionnelle. En outre, la capacité de rêverie du soignant serait également fondamentale dans la relation de soins à l'enfant, mais elle « s'exprime moins facilement quand la gravité du cas, la technicité des soins prévalents accaparent sa pensée » (Soulé, 2008, p.23). Dans un dernier temps, Fontaine et Wendland (2015) abordent l'impact de l'idéal professionnel dans la question du deuil des soignants, ainsi que l'émergence de leur propre angoisse de la mort.

3.2.5 La fabrication du soignant, tension entre universitarisation et formation

a) Une double rupture dans le processus de formation

Sous l'impulsion de la stratégie de Lisbonne (2000), puis du processus de Bologne (2018), des réformes importantes ont impacté de nombreuses formations en France : infirmier (Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, 2009), ergothérapeute (Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, 2010), masseur-kinésithérapeute (Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, 2015), manipulateur d'électroradiologie médicale (Arrêté du 14 juin 2012 relatif au diplôme d'Etat de manipulateur d'électroradiologie médicale, 2012), ou les métiers du travail social (Arrêté du 22 août 2018 relatif au socle commun de compétences et de connaissances des formations du travail social de niveau II, 2018). Ces réformes ont intégré la reconnaissance de ces formations dans l'espace universitaire par l'attribution d'ECTS (*European Credits Transfer System*), et la valorisation des expériences professionnelles par la généralisation des stages aux différents niveaux du cursus de formation. Or ces réformes sont sans doute à l'origine d'une double rupture au regard

des précédentes formations : une rupture temporelle et une rupture paradigmatique (Adé & Lescouarch, 2015).

La première rupture est caractérisée par l'allongement de la durée de formation et par conséquent l'expérience pour les apprenants d'une relation prolongée avec des savoirs universitaires. Cette relation délicate peut être sujet à controverse entre les savoirs académiques et professionnels chez les formés comme chez les formateurs. Adossée à cette rupture temporelle, la rupture paradigmatique s'élabore à partir de l'instauration de nouvelles relations entre les dimensions épistémiques et pragmatiques. Les apprenants se retrouvent face à une double articulation : l'articulation entre la recherche (avec la réalisation d'un mémoire) et la formation (avec l'apprentissage d'un métier) ; et l'articulation entre des savoirs académiques transmis par des formateurs universitaires et des savoirs professionnels diffusés à l'université et lors des stages par des représentants des mondes socio-professionnels. « Cette double rupture nous semble devoir être prise au sérieux non seulement car elle place *a priori* les formés au cœur d'une tension entre d'un côté des exigences de formation universitaire (concrétisés par une diplomation) et de l'autre des attentes de professionnalisation, et parce qu'elle semble constituer l'amorce d'un changement d'épistémologie dans la formation aux métiers de l'interaction humaine » (p.9). Dans ce sens, ces deux auteurs citent l'exemple de la place et du rôle du mémoire de recherche susceptible de participer à l'articulation entre les différents savoirs et où s'élaborent des relations circulaires entre recherches et pratiques.

Les concepts pluridimensionnels d'universitarisation et de professionnalisation évoluent au carrefour de multiples déterminations scientifique, politique, sociale, institutionnelle (Lebouvier, 2020). L'universitarisation caractérise de manière globale le processus d'entrée des formations professionnelles dans le schéma désormais généralisé des formations universitaires (LMD). La professionnalisation quant à elle signifie un mouvement lié à l'évolution des missions des universités incitées à contribuer à l'employabilité et à l'ajustement aux besoins économiques des formations qu'elles dispensent.

Ce processus visant à faire dialoguer la formation et les situations professionnelles est qualifié par Adé et Lescouarch (2015) d'« universitarisation-professionnalisation ». En effet, les réformes actuelles s'orientent vers une problématique cherchant pour les formations en même temps à « professionnaliser » le champ de la formation universitaire et à « universitariser » le champ de la formation professionnelle.

De nombreux auteurs se sont interrogés sur les fondements de l'apprentissage du métier, les modes de l'alternance et les liens entre ces deux espaces de travail et de formation que sont l'université et le milieu professionnel (Adé & Piot, 2018). Dans cet ouvrage cinq études mobilisant des cadres théoriques spécifiques et des méthodologies variées investissent la formation et l'entrée dans les métiers de « l'interaction humaine », et plus précisément celui « des métiers de service adressés à autrui ».

b) L'exemple de la formation en soins infirmiers

L'étude de Piot (2018) consacrée aux tensions induites par l'universitarisation de la formation à la profession infirmière a particulièrement attiré notre attention. Son travail d'analyse inductive ancrée dans la didactique professionnelle, à partir de dix binômes constitués d'un néoprofessionnel et d'un collègue chevronné travaillant avec lui, met en lumière deux points importants. Le premier concerne la tension entre connaissances et habiletés. Les binômes investigués décrivent la difficulté de la formation initiale à construire des habiletés spécifiques tout en les exposant à des connaissances académiques décontextualisées. Pour Piot, cela semble s'expliquer dans une alternance trop juxtapositive qui ne mobilise pas suffisamment la complémentarité fonctionnelle entre la logique universitaire et la logique professionnelle.

Le second résultat saillant de cette étude réside dans la mise au jour d'une autre raison, celle du développement d'une ingénierie de formation trop rationnelle qui met de côté l'acculturation professionnelle. Le dépassement de ces tensions selon lui passe par une réflexion pédagogique sur l'alternance et la mise en place d'espaces dialogiques au bénéfice du lien entre savoirs universitaires et pratiques professionnelles.

c) L'exemple de la formation des travailleurs sociaux

Le projet de Chaput-le Bars (2018) est d'identifier les ressources utiles à l'entrée dans le métier et d'examiner en quoi l'universitarisation participe à la professionnalisation désignée ici par l'auteure comme « la spécialisation du savoir, une formation de haut niveau et un idéal de service » (Wittorski, 2008, p.6). Le cadre conceptuel de cette recherche laisse une place centrale à l'activité au travail en s'appuyant sur les apports de Wittorski et à l'implication des sujets. Les investigations menées auprès de six jeunes professionnelles font succéder un entretien biographique et un entretien d'explicitation sur des situations déterminées qualifiées d'emblématiques par les acteurs. Les résultats mettent en évidence trois catégories de

ressources : des ressources humaines considérées comme des points d'appui (famille, formateurs, pairs...), des ressources pragmatiques construites en dehors du champ de la formation (surtout pour les expériences d'animation), des ressources académiques issues des formations sociales. L'auteure défend la nécessité d'une plus grande individualisation des parcours de formation, avec un recours aux stages dans le cadre d'une alternance intégrative et la reconnaissance des expériences personnelles dans le travail d'animation.

d) Au final des rapports ambigus et contrastés entre professionnalisation et universitarisation

Pour Wittorski qui conclut l'ouvrage, cette intention de professionnalisation est au cœur d'un nouveau paradigme social valorisant l'action, le résultat et la responsabilité des acteurs. A l'inverse des métiers industriels ou techniques, ces métiers de l'interaction humaine ou métiers de service destinés à autrui, nécessitent une co-activité, s'adressent à des sujets humains non standardisés et entraînent des situations de travail coconstruites entre professionnels et autrui (élève, étudiant, formé, patient, client, etc.). Pour Wittorski ces éléments induisent que la formation ne peut pas uniquement correspondre à une transmission « déductive de savoirs » et que l'enjeu principal aujourd'hui est d'articuler culture universitaire et culture professionnelle, et de rapprocher la recherche universitaire des préoccupations professionnelles.

3.3 Le prendre soin ou care, cœur de métier d'un professionnel d'un métier du lien

3.3.1 Du sens du soin au prendre soin

a) Une pluralité de définitions pour un soin porté aux choses ou à autrui

Le mot *soin* a diverses significations (Honoré, 2017). Il peut se rapporter à une pensée « qui dispose à porter son intérêt à soi-même, à quelqu'un, à quelque chose, à une œuvre ou à une action en cours, à une entreprise ou une institution, à un environnement que l'on souhaite de quelque manière préserver » (p.20).

Ce mot évoque dans un premier temps le souci, l'inquiétude à propos de ce qui peut être abîmé et qu'il faut maintenir en bon état. Mais il a aussi un sens plus global en lien avec une préoccupation occupant l'esprit répondant à une nécessité, un besoin. Le soin se caractérise pour Honoré par une attitude précautionneuse, de veille, envers les choses et les autres,

concernant leurs environnements sous toutes leurs formes, en vue d'éviter un mal-être de ces personnes. Il est aussi une attitude et un comportement dans une démarche de *prendre soin*. « Se rapportant à l'autre, prendre soin est une extériorisation, à partir de l'attention portée à l'autre, du souci que l'on a en soi-même de son bien-être » (p.20).

L'auteur différencie le soin porté aux choses (par rapport à sa valeur identitaire ou de souvenir), le soin porté au corps (en tant que corps-objet et corps-sujet), le soin porté à soi-même et à l'autre (prendre soin de l'identité de l'autre pour qu'il se sente libre d' « être lui-même ») et le soin porté au monde (prendre soin du monde dans lequel nous vivons et des conditions du vivre-ensemble). De fait il considère alors l'orientation du soin selon trois vecteurs : le soin de soi, le soin de l'autre et le soin de l'environnement. Ces orientations sont interdépendantes les unes avec les autres et ont en commun la perspective de la santé.

b) Prendre soin de l'autre comme à soi-même

Dans la question du sens du soin, il apporte un éclairage grâce à l'ouvrage de Paul Ricoeur intitulé *Soi-même comme un autre* (1990). En effet qu'est ce qui est pris en considération dans le soin ? Est-ce pour moi-même ou pour l'autre, du soin de quelque chose se rapportant au corps, à l'identité ou au soi ? Selon le philosophe, trois visées sont à envisager. La première pose la question de « qui » à propos du souci de soi. La deuxième concerne l'identité de « celui qui ne se maintient qu'à la manière d'une promesse tenue » (p.89). La troisième visée consiste à dépasser toute comparaison entre soi-même et l'autre pour essayer de distinguer soi-même en tant qu'autre. En associant l'idée de soi-même comme un autre, il émerge qu'en toute situation de soin sont engagées deux personnes dans une relation que Ricoeur nomme *intersoin* (1990). Il y a un « entre » du soin dans lequel sont concernés deux sujets, celui qui donne et celui qui reçoit. Plusieurs manifestations du soin sont identifiées ici. La plus courante correspond à celle du soin pratiqué sur le mode utilitaire. Mais si ce soin est réalisé en s'adressant à une personne en son existence, il s'exerce alors selon le mode de la sollicitude.

Selon Honoré (2017), lorsque je prends soin de quelqu'un, je tiens compte de ma représentation de l'autre et du sens de cette pratique en son existence en référence à la constitution de son identité. Mettre le soin en perspective peut amener à découvrir que le sens donné à la pratique du soin n'est pas une caractéristique du soin lui-même, mais ce vers quoi le soignant se projette à partir de son champ de valeurs, de son expérience, du sens que le soin prend dans son

existence. Le soin installe un « entre-deux » dans la rencontre entre deux personnes. « Dans le soin de l'autre, les regards se croisent » (p.93). Au final, la compréhension du sens du soin est le résultat d'une sensibilité à cette proximité et d'une disposition à mobiliser notre attention à l'autre comme à soi-même en « la possibilité de se questionner sur le sens du soin dans la vie » (p.95).

c) De la cure au care

Winnicott (1988a) développe également différentes dimensions du *soin*, à la fois « prendre soin de » (*to care*) et « traiter » (*to cure*). Tout d'abord il explique qu'à l'origine *cure* (soins, *cure*, traitement, guérison) avait le même sens que *care* (soin, intérêt, attention). C'est vers le XVIII^e siècle que ce sens a évolué vers le traitement médical, comme dans la *cure* thermale. Un siècle plus tard, la guérison ou « mal exorcisé » s'y ajoutait en permettant, de manière légitime, le passage du *care* « soin » au *cure* « traitement ». A ce jour cet écart tend à se réduire et le *cure*, au sens de traitement, d'éradication de la maladie et de son étiologie, tend à prendre la place sur le sens de *care* (soin, intérêt, attention).

Mais qu'est-ce que la société attend exactement des professionnels de santé ? Winnicott avance que l'ensemble de ces états de santé altérés entraînent une dépendance et que c'est pourquoi les patients demandent au personnel soignant « d'être humainement (et non mécaniquement) fiables » (p.125). Il cite plusieurs principes sous-jacents à la relation de soin. Tout d'abord pour lui, la question des hiérarchies ne se retrouve pas dans la confrontation clinique. Seule la relation interpersonnelle est présente dans toutes ses nuances humaines. Mais l'auteur met en relief que le fait d'« être malade » semble alors une solution immédiate pour le soignant car cela justifie cette dépendance. Cette situation positionne le professionnel comme celui qui répond aux besoins, comme le *curegiver* dans le sens de *caregiver* (intérêt, attention).

Comme nous le précise Winnicott, « nous avons besoin de nos patients autant qu'ils ont besoin de nous » (p.127). Il identifie le rôle incontournable du professionnel de santé, qui consiste à prendre soin et à traiter (*care-cure*), tout en respectant la vérité. En effet, cette fiabilité du professionnel va permettre de protéger le patient du caractère d'imprévisibilité inhérent à tout état de santé. Selon lui, il semble également nécessaire d'adopter une juste distance émotionnelle face au patient, en s'interdisant actes de cruauté et de vengeance dans ces relations professionnelles.

d) Un travail psychique mobilisé dans le *care-cure*

Il présente ensuite la notion d'identifications croisées qui consistent à « se mettre à la place de l'autre et permettre à l'autre d'en faire autant » (p.130). Selon Winnicott (1988a), l'utilisation de ces identifications croisées apportent une plus-value aux rencontres humaines. Enfin il avance que le *care-cure* (soin-traitement) est une continuité du *holding* qui commence in utero et s'enrichit avec le processus de développement chez l'enfant grâce à une mère « suffisamment bonne ». Il fait le lien entre l'environnement facilitant de la fonction familiale et le processus de maturation de l'être humain. Cela va donc permettre le développement d'une identité personnelle « qui ne peut devenir une réalité pour chaque être humain, que parce qu'il y a eu une mère suffisamment bonne et que l'environnement a fourni le *holding* pendant la période d'immaturation » (p.131). Winnicott avance que la dépendance naturelle de la personne immature va inciter les figures parentales à mettre en œuvre un environnement qui favorisera la croissance individuelle. Il revient enfin sur la notion *care-cure* comme devise indispensable de la profession soignante, afin d'aider le patient à identifier ses propres solutions et donc faciliter le développement. Cet aspect *care-cure* pose donc un cadre éthique dans la relation de soin, car il permet d'appliquer ce principe appris au début de la vie, lorsque l'individu était encore immature et qu'il recevait de sa mère « suffisamment bonne », de ses parents, des soins et un traitement suffisamment bons.

e) Le *care* comme disposition morale

Pour Worms (2010), le fait de *prendre soin* ou de pratiquer le *care* n'est pas uniquement une relation à, c'est-à-dire une relation froide, mais une relation entre, ou relation chaude, avec une profondeur affective, temporelle et nécessitant de l'engagement personnel, de la compétence, de l'attention pour être reconnue comme telle. Cette philosophie de la relation doit également être abordée avec un prérequis indispensable : « introduire du sensible dans du lien social, préconiser un retour de la pensée aux vies ordinaires, repartir des pratiques individuelles et collectives telles qu'elles peuvent se déployer dans les institutions, plutôt qu'analyser ces institutions comme des structures sans individus qui, pourtant, les font vivre ou les servent, et donc les modifient ! » (Brugère, 2010, p.2). Le propos de Worms repose sur une analyse de la philosophie contemporaine qui lui fait saisir le soin comme séquence caractéristique de notre époque. En effet, cette philosophie dite sensible, qui valorise l'importance des subjectivités

individuelles tout en montrant les agencements dans les situations de soins, va permettre la reconnaissance d'une humanité qui se devine de plus en plus à travers sa vulnérabilité.

Worms (2010) démontre que le soin n'est pas seulement une intention de secourir mais la mise en forme et en savoir, au sens strict « opératoire ». « Dès lors, le soin est lui aussi un travail et un outil, une fonction et une médiation. Il entre dans une épistémologie, une politique, une économie » (Worms, 2010, p. 249). Il fait l'hypothèse qu'il y a réciprocité entre l'activité du soignant et la vulnérabilité du soigné. En effet l'activité du soignant le renvoie aux soins dont il a, à une autre époque, bénéficié, lorsqu'il était lui-même l'objet d'une relation par laquelle il est devenu sujet. Il insiste enfin sur la nécessité d'élargir nos éthiques et nos politiques démocratiques au « vivant » pour être en lien avec les pratiques du *care* ou du soin. Et ainsi « permettre au sentiment qui est l'origine du care de s'exercer de façon socialement reconnue dans un travail ; ou permettre dans la relation médicale de soin que la relation créatrice et individuante ait sa part et sa place » (p.251).

f) Un soin inspiré d'un modèle « parental » ou « médical »

Par ailleurs, Worms donne une définition générale du soin : « toute pratique tendant à soulager un être vivant de ses besoins matériels ou de ses souffrances vitales, et cela, par égard pour cet être même » (2010, p.21). Il va donc rendre visible un sujet de besoins qui nécessite l'attention des autres pour se développer, se maintenir dans l'existence ou être protégé. Parallèlement, l'acte de soigner ne doit pas être réduit ni à sa dimension technique, ni à une réponse en lien à une nécessité physiologique ou biologique ; le soin est une nécessité relationnelle.

Cependant deux logiques relationnelles sont présentes dans le soin. La première, que Worms nomme « modèle parental », consiste à définir la relation parentale comme relation de soin mais dans le sens objet d'un soin « adressé ». Les soins parentaux sont compris ici comme ce qui permet à un être humain de devenir un être ou un enfant individuel. C'est pourquoi la théorie de l'attachement (conçue par Bowlby et Winnicott) évoquée par Worms, doit être comprise, dans un premier temps comme la réponse à un besoin biologique spécifique mais surtout comme « le besoin constitutif pour le sujet individuel d'un soin adressé » (p.25), ce qui laisse envisager une réponse. A l'intérieur de ce modèle, l'auteur insiste sur le travail de la psychanalyse et la possibilité pour elle de soigner les relations elles-mêmes.

Cette pratique psychanalytique peut alors relier la deuxième dimension du soin, le soin « médical », perçu comme partiel et dissociatif, à l'inverse du premier modèle présenté comme global et intégratif. Si le modèle parental se rattache à un lien expressif entre les corps et les individus, ce deuxième modèle prend racine dans un lien cognitif, technique ou une compétence. « Soigne ici, celui qui non seulement veut, mais qui peut et qui sait » (p.30).

Plus encore, analyser la complexité des relations de soin revient à s'interroger sur une contradiction qui concerne le sujet moderne et démocratique : celle de la vulnérabilité et du pouvoir. Dans cette perspective, l'auteur avance qu'une éthique et une politique de ces relations nécessite une attention mutuelle entre les hommes. « Prendre soin, c'est à la fois se relier les uns aux autres, de manière individuelle, expressive, globale, et s'absorber dans le détail minutieux de la chose, avec le dévouement technique mis à la préserver de la dégradation ! » (p.36). Ainsi, cette vulnérabilité présente dans des relations pourtant asymétriques, est alors rendue visible comme une préoccupation adressée à soi et aux autres.

3.3.2 Prendre soin, care et caring des voies différentes

A cette étape de l'état de l'art il nous semble à présent nécessaire d'étudier les particularités des notions « prendre soin », « care » et « caring » en interrogeant leur usage dans le contexte des pratiques professionnelles. Des clarifications semblent nécessaires pour tenter de comprendre en quoi le *care*, le *caring* ou le « prendre soin » sont des mouvements qui peuvent emprunter des voies différentes. Michaux (2018) part du postulat qu'on observe aujourd'hui un usage flottant des termes « prendre soin », « care » et « caring », que ce soit dans la littérature professionnelle, les écrits ou les discours destinés au grand public. En effet, les soignants, entendus ici comme les multiples professionnels paramédicaux, médicaux et médico-sociaux exerçant dans le champ des soins et de l'accompagnement, sont confrontés au quotidien à la matière du soin, des soins, des gestes du soin, de la relation de soin.

De ce fait émerge le questionnement suivant : comment nommer ces savoirs professionnels mis en œuvre auprès de personnes en demande d'aide, de soin et d'accompagnement ? La question de la dénomination de cette part du travail soignant semble essentielle, car ce dernier nécessite un réel investissement des professionnels du soin, afin de ne pas se réduire à une simple application mécanique de gestes et de paroles. Il s'agit donc de cerner les contours de ce qui est

produit au contact des personnes en demande d'aide et qui n'est pas toujours visible : l'intention du soin, l'attention à l'autre, le souci de l'autre. Dénommer permettra de mettre en valeur ce qui semble aller de soi, ne nécessitant pas d'effort particulier, ou bien se réduisant au relationnel.

a) Des notions interchangeables ?

Dans un premier temps Michaux (2018) s'interroge sur la raison pour laquelle il faudrait se tourner vers une autre langue, notamment l'anglais ici, pour dire ou signifier la même chose. Remarquons que chaque terme a son histoire propre et chaque culture ses usages de langue. Cependant est-ce si difficile de dénommer ce champ particulier du soin ? A priori oui, d'où peut-être l'utilisation d'un terme étranger au français dans l'espoir que tous comprennent ainsi.

Cette auteure souligne que les enjeux de cette dénomination sont multiples. Désigner ce qu'il convient de faire au quotidien pour un professionnel permettra de valoriser ses actions soignantes réalisées avec soin, c'est-à-dire dans le respect des valeurs humanistes du soin. Dans un contexte de temps contraint et bousculé par des injonctions extérieures toujours plus fortes, « prendre soin » pourrait disparaître sous le flot de ces pressions. C'est pourquoi bien dénommer va également permettre d'argumenter le bien-fondé de ces pratiques professionnelles soignantes auprès d'instances dirigeantes et gestionnaires, dont la logique est souvent économique. S'entendre sur le sens de ces mots va pouvoir favoriser le dialogue dans une équipe interdisciplinaire, certaine d'être pourvue d'un socle sémantique mais aussi éthique commun. Enfin dénommer ce cœur de métier soignant où le professionnel va exercer avec soin, travailler dans le souci de l'autre, est également un enjeu de formation pour l'apprenant soignant ; car la terminologie employée au cours de la formation initiale va sensibiliser et marquer les futurs soignants.

Concernant ces différentes dénominations, je peux relever que « care », « caring » et « prendre soin » ne sont pas des créations ni des néologismes. Michaux nous évoque tout d'abord l'influence de l'évolution des usages avec notamment le développement du terme « prendre soin » en tant que locution. Elle souligne que l'expression « le soin » ne suffit pas pour pointer ce qu'il faut désigner. Même si les expressions comme « prendre soin de son apparence », « prendre soin de toi » sont reconnues dans l'usage courant, c'est dans le domaine de la santé que le « prendre soin » prend tout son sens étant même érigé en valeur. Cependant qu'en est-il

pour l'usage du « care » en français ? Cette question est sans doute selon cette auteure en lien avec une certaine fascination de la langue anglaise et effet de mode, mais aussi avec l'influence du langage journalistique, « serait-il finalement plus “in” et “cool” de dire “care” que “soin(s)” ou “prendre soin” ? » (p.18).

Associés à cette confusion terminologique ou cet usage flottant, des risques de banalisation voire de désintérêt de cette question pourtant fondamentale peuvent apparaître car consécutifs à cette vulnérabilité de la langue. Mettre sur le même plan les termes « prendre soin », « care » et « caring » risquent d'entraîner une mauvaise compréhension pour désigner cette partie difficile à décrire du travail soignant. Le « soin » au singulier va en effet correspondre à l'attention pour autrui, le souci de son humanité, alors que les « soins » au pluriel vont désigner les actes et activités pour soigner une personne. Comme exemple je peux citer le portfolio infirmier qui utilise bien l'expression « activités de soin » comme élément à décrire et à mesurer en lien avec la compétence infirmière. Enfin l'auteure s'interroge si le champ du « prendre soin » peut désigner une théorie alors que son essence prend source dans les pratiques quotidiennes. Elle va mettre en évidence qu'il s'agit, selon elle, plutôt d'une pensée, s'approchant d'une philosophie, d'un mode de réflexion, ce qui en fait à ce jour une notion mouvante. C'est pourquoi il est également essentiel d'étudier l'histoire de ces termes « prendre soin », « care » et « caring », afin d'essayer de distinguer si l'emploi du terme « care » fait systématiquement référence aux « éthiques du care » ou si son usage est courant associé au « prendre soin » sans mention d'une quelconque différence.

b) De l'étude des mots aux usages en contexte

- De l'origine du « prendre soin » ...

Tout d'abord la locution « prendre soin » a pour origine en ancien français *soign* issu du verbe *soignier* signifiant « procurer, fournir ». Au XV^e siècle le mot « soin » avait comme sens souci, inquiétude. La signification courante de « soigner » ou « s'occuper de rétablir la santé de (quelqu'un) » apparaît au XVII^e siècle (Rey, 1992, p. 1962). En outre Bernard Honoré (2017) souligne aussi le lien de sens entre « soin » et « besoin » lorsqu'il retrace l'étymologie de « soigner ». Selon Michaux (2018), il apparaît intéressant de retenir ici l'idée du souci parallèlement à celle de la préoccupation qui renvoie à l'idée de procurer, fournir. « Il existe bien, à la racine du soin, une inquiétude pour, une préoccupation de l'esprit à l'égard de, et un mouvement, un élan pour répondre au be-soin » (p.29).

De son côté, le verbe « prendre » issu du latin *prehendere* signifie saisir, s'emparer de et renvoie à une idée de mouvement, de faire sien quelque chose. L'expression « prendre soin » (ou « *prendre soing de* ») semble être apparue à la fin du XV^e siècle dans le sens « veiller à faire en sorte que, s'efforcer de » (Cnrtl, s. d.). D'après Rey (Rey, 1992, p. 1962), l'expression « prendre soin de » aurait pris un sens plus définitif en 1677 sous la forme « s'occuper du bien-être de quelqu'un, du bon état de quelque chose ». A ce niveau il est donc possible de constater que l'expression « prendre soin » n'est pas une notion contemporaine et qu'elle montre des liens étroits avec l'histoire du mot « soin » et celle du verbe « soigner ».

- A celles du « *care* » et du « *cure* »...

Dans un deuxième temps penchons-nous sur l'origine des mots « *cure* » et « *care* ». Il est reconnu que l'usage premier du mot « *care* » en anglais est de s'opposer avec l'autre terme anglais « *cure* », même si leurs liens avec la notion de soin sont présents. Le terme « *cure* » (en français ou en anglais) a pour étymologie *cura* en latin, c'est-à-dire « soin ». Michaux (2018) évoque l'existence d'une boucle entre l'identification d'un manque de quelque chose qui engendre du souci, de la préoccupation et la mise en œuvre d'une action particulière, ici la *cure* (en français).

Il est judicieux de relever ici le parallèle du sens entre la « *cure* » (française) au sens de traitement et le mot « *cure* » (anglais) signifiant remède, traitement en lien avec tout ce qui sert à traiter une maladie. L'origine latine commune des deux termes associée à un sens en partage du mot anglais « *cure* » (le traitement) fait s'interroger Michaux sur la séparation entre le soin-souci-sollicitude et le traitement-remède ; réflexion qui fait écho pour elle avec une éventuelle distinction entre le *cure* et le *care*.

Les travaux de Winnicott (2015) ont montré que « *care* » et « *cure* » n'ont pas la même étymologie, alors qu'il existe un sens premier commun à ces deux termes. « *Care* » a pour origine en vieil anglais *caru* signifiant chagrin, douleur mais aussi attention (*Online Etymology Dictionary*, s. d.). D'autres sources saxonnes, gothiques ou proto-germaniques s'ajoutent à cette première définition, mais le sens premier est globalement celui de chagrin intérieur. « *Care* » et « *to care* » partagent aussi la même origine signifiant « être anxieux, soucieux, se plaindre, ressentir du souci ou de l'intérêt ». Michaux (2018) conclut en soulignant l'existence de cette communauté de sens entre *care* et *cure* autour des idées de souci et d'attention.

- *Et pour le « caring » ?*

Enfin la forme verbale « caring » est née au milieu du XV^e siècle avec la même origine que « care ». Notons que l'adjectif est cependant apparu plus récemment en 1966, et qu'il signifie aimant, affectueux, mais aussi attentionné, bienveillant comme dans l'expression « *caring parents* » (*Online Etymology Dictionary*, s. d.). Ici est soulignée l'idée du souci retrouvée dans l'origine du mot « caring » en lien avec la déclinaison directe du verbe « *to care* » au sens de montrer de l'attention, de l'intérêt à/pour, se préoccuper de.

- *En terminant par le mot « soin ».*

Les termes « soin(s) », « care » et « caring » sont donc des noms communs polysémiques, c'est-à-dire riches en nuances apportées par leur emploi suivant leur contexte et par l'évolution des usages au fil du temps. Le mot français « soin » est composé de cinq sens (*Le Robert en ligne*, s. d.), allant d'une simple « préoccupation qui tourmente », à « la pensée qui occupe l'esprit », au fait de « prendre soin de (quelqu'un, quelque chose.) », puis à « des actes par lesquels on soigne », jusqu'à un dernier sens défini comme une « manière appliquée, exacte (de faire quelque chose.) ». J'observe ici que ces multiples significations allient les idées de préoccupation, d'attention, de souci à celle de s'occuper effectivement d'une personne ou d'une chose dont on se soucie afin de lui apporter un bien-être. Cela va nécessiter pour cela de réaliser des actes de « soins » spécifiques pratiqués avec rigueur et minutie, c'est-à-dire avec « soin ».

Hesbeen (2012) insiste lui aussi dans son ouvrage sur cette distinction essentielle à réaliser entre soin au singulier et soins au pluriel.

« [...] il ne suffit pas de bien faire des soins pour se révéler un professionnel compétent dans une situation de soins. Cela équivaut à constater que l'on peut soigner une personne sans en prendre soin, c'est-à-dire qu'on peut administrer des actes de soins de qualité sans se soucier véritablement et sincèrement de la personne à qui ces soins sont prodigués » (p.29).

J'identifie ici, d'un côté les actes correspondant à « faire des soins » et de l'autre, le souci d'autrui, la préoccupation que l'on a du bien-être, retrouvé dans l'expression « prendre soin ». C'est pourquoi il est donc nécessaire pour les professionnels de métiers du lien d'allier les deux, « actes et intention, gestes et attention » (Michaux, 2018, p. 36). Par ailleurs cette idée fondamentale « du soin apporté aux soins » est au cœur de l'actualité soignante qui nous

rappelle l'importance des valeurs du prendre soin au bénéfice, par exemple, de « l'humanisation des hôpitaux » ou du concept de bientraitance. A ce propos plusieurs chercheurs d'une nouvelle chaire santé (Université Jean Moulin Lyon 3) étudient aujourd'hui les enjeux éthiques, économiques et politiques portés par la notion de valeurs et s'interrogent particulièrement sur le concept de « soin centré-patient » dans l'intention de « (re)mettre le patient au centre » (Pierron et al., 2018).

Cependant le « prendre soin » ne doit pas s'envisager que dans un aspect uniquement relationnel, comme les soins ne doivent pas être réduits « à la technique » à appliquer (Hesbeen, 2015; Hébrard, 2011). Michaux (2018) revient également sur le sens signalé comme manquant le plus dans le mot français « soin » qui est celui de la « sollicitude ». C'est pourquoi l'« éthique du care » a souvent été (re)connu sous le nom d'« éthique de la sollicitude » (p.41).

Cette auteure fait également la remarque que les termes soin et soigner ne semblent pas suffisamment refléter l'élan, l'intention ou l'attention attendue dans une relation de soin, ce qui sans doute a entraîné le développement ces dernières années de la locution « prendre soin ». Cette dernière s'est souvent rattachée tout d'abord à un usage courant dans la sphère domestique, concernant les personnes (soi ou autrui) ou les choses, puis elle s'est installée dans le vocabulaire des professionnels de santé notamment.

- *Quels sens pour care, to care et caring ?*

Ces derniers sont comme pour le français nombreux. Le substantif « care » peut se traduire selon plusieurs dictionnaires (Larousse, s. d.; Le Grand Robert & Collins, s. d.) comme souci, inquiétude, mais aussi soin(s), traitement, ou attention (*to take care of*), puis responsabilités (*to be in care of somebody*) et enfin dans un sens administratif (*to put a child in care*). Je note donc la multiplicité des sens de ce substantif, mais également la subjectivité de la traduction d'un mot polysémique comme « care ».

Le verbe « to care » signifie se soucier de (*to care about*), soigner une personne (*to care for*), mais aussi aimer (*he cares a lot about his daddy*). L'adjectif et le nom *caring* ont quant à eux pour sens général aimant, bienveillant, mais ils peuvent correspondre aussi aux métiers du social ou aux professionnels de santé (*caring professions*). En effet, Hesbeen (2018), infirmier et docteur en santé publique analyse « des mots “fragiles” du prendre soin » correspondant à « l'humilité, la sensibilité, la générosité et la délicatesse qui sont autant de valeurs du prendre

soin et qui font le lit de la tendresse » (p.20). Cette notion d'aimant ou d'affection du « *caring* » pourrait cependant gêner ces professionnels selon Michaux (2018), car cela engendrerait une relation de soin trop chargée d'affect. Or les soignants revendiquent depuis toujours une juste distance dans leurs interactions avec autrui afin de mieux gérer leurs émotions. Enfin ce suffixe *-ing* est aussi en lien avec une théorie en soins infirmiers « *le caring* » abordé dans une partie suivante.

Puis Michaux (2018) s'interroge sur l'emploi du terme anglais « *care* » en français (p.43). Elle explique qu'il est important de discerner trois types d'emploi en français et surtout de tenir compte des contextes : le contexte des écrits et des discours professionnels, celui de la littérature universitaire (à priori plutôt philosophique) et celui de la sphère publique. Dans les écrits professionnels, je retrouve régulièrement le mot « *care* » dans le sens de « prendre soin », ou en référence à l'« éthique du *care* ». Dans les écrits journalistiques, les deux sens sont présents. De nombreux auteurs (Molinier, 2011; Pattaroni, 2011) nous font part de leurs difficultés à traduire ce mot « *care* » et finissent par retenir le terme de « constellation » (d'états et d'activités), en partant du postulat que le « *care* » n'est ni le soin, ni la sollicitude, ni le dévouement.

De plus, pour le philosophe Francesco Paolo Adorno (2015), dans le cadre de l'éthique le « *care* » correspondrait à une théorie ayant pour objet l'étude d'une activité, d'un travail, voire même d'une disposition d'esprit. Il alerte sur l'usage du mot « sollicitude » dans cette théorie, car trop relié à la notion de sentimentalisme, notion souvent rejetée par les philosophes du *care*. Au final le « *care* » serait à mettre en évidence avec l'« éthique du *care* » dans un ouvrage d'approche philosophique, alors qu'il serait à mettre en lien avec la notion du « prendre soin » dans les écrits professionnels des soignants (Michaux, 2018).

Au vu de ces différents éléments, il semble qu'il soit donc nécessaire de bien préciser le sens attribué à ce terme lors de la première occurrence dans un écrit afin d'éviter tout problème d'interprétation.

c) De la nature du « prendre soin », du « *care* » et du « *caring* » à leur popularisation

Chercher à déterminer la nature du « prendre soin », du « *care* » et du « *caring* », c'est s'interroger s'il s'agit de notions ou de concepts, ou encore de philosophies, d'éthiques ou de théories (Michaux, 2018). Identifier une définition nécessite de décrire le contenu des

principales caractéristiques de ces mots. Comme je vais le présenter, les auteurs ayant popularisé ces notions ont souvent cherché à apporter des essais de définitions.

- *Le care et le cure une première distinction*

Marie-Françoise Collière établit une première distinction entre « cure » et « care » dans son ouvrage *Promouvoir la vie* (1982). Elle souhaitait mettre en évidence de façon plus nette qu'en français la différence entre le soin et les soins, c'est-à-dire le prendre soin et les actes de soin, autrement dit soigner et traiter. Le « care » correspond selon elle, « aux soins coutumiers et habituels ou soins d'entretien et de maintien de la vie » (Collière, 1982, p.116). Ces derniers peuvent être prodigués dans la sphère intime, assurés par nous-mêmes ou par des tierces personnes à certains moments de notre vie, soins « que d'autres doivent compenser lorsque nous voyons cette autonomie se rétrécir, diminuer ou lorsque nous l'avons perdue » (p.244). Le « cure » quant à lui correspond « aux soins de réparation », plutôt définis par la négative par Collière dans leur opposition aux soins d'entretien précédemment abordés :

« Le discernement des soins de réparation s'est fait en isolant de plus en plus chaque individu de son environnement, de sa niche écologique, de son groupe d'insertion, et même de lui-même en tant que personne, puisque l'objet de réparation est devenu peu à peu la fonction organique ou mentale, l'organe, le tissu, la cellule isolée de son tout, donc de tout ce qui peut donner signification au processus santé-maladie » (p.245).

Cette infirmière désigne ici le risque de morcellement du corps par la médecine technoscientifique, la médecine de spécialités ou de sous-spécialités, tendance aussi évoquée par Masquelet (2010, p.209), sous la forme d'une « médecine contemporaine de la fragmentation ».

Elle revient ensuite sur l'art du prendre soin dans un deuxième ouvrage *Soigner...le premier art de la vie* (2001). Cet art selon elle, ne correspond pas seulement à une posture ou à une manière d'être attentif à l'autre, il requiert de disposer de compétences techniques nécessaires pour soigner, tout en sachant les mettre en œuvre de façon adaptée à la situation qui vit la personne soignée (p.110). Prendre soin ne se réduit donc pas à la qualité d'un savoir-être relationnel, c'est-à-dire d'un savoir-faire humain (p.132). Par ailleurs le « cure » semble aujourd'hui avoir pris le pas sur le « care » en termes de visibilité. Cette tendance a sans doute pour explication l'évolution médicale, avec pour conséquence la délégation de ces actes

relevant du *care* aux infirmières, qui elles-mêmes les délèguent aux aides-soignantes. Il est intéressant de relever que cette infirmière est en partie à l'origine de l'usage en France de la dualité *care/cure*, même si aujourd'hui ce binôme ne semble pas toujours utilisé en référence à cette association. Pour elle « soigner n'est pas traiter » (p.116). Cela signifie qu'il ne faut pas les opposer, mais comprendre qu'on ne peut substituer l'un à l'autre.

- *L'émergence des éthiques du care*

De l'autre côté de l'Atlantique, Carol Gilligan, philosophe, psychologue et féministe américaine est l'auteur d'un livre pionnier *In a different voice : Psychological theory and women's development* (1982). Cet ouvrage sur le *care* s'inscrit dans le champ de la psychologie et de la philosophie, mais aussi dans le champ des études du genre et du féminisme. En effet Gilligan s'interroge sur l'existence d'un sens de la moralité différent entre les hommes et les femmes. Elle s'appuie sur un dilemme moral issu d'une théorie du psychologue américain Lawrence Kohlberg et démontre que le rapport à la morale masculine est constitué des principes de justice universelle, alors que le rapport féminin a pour origine l'attention à autrui, le dialogue et la responsabilité, ce qui est à la source de l'éthique du *care*.

Ce travail, outre sa capacité contestataire de ses approches et son caractère féministe, a eu le mérite d'attirer l'attention de la société sur les sentiments moraux des femmes, ressource morale ignorée jusqu'à présent (Molinier et al., 2009/2021). Cette œuvre s'inscrit donc dans le mouvement des éthiques du *care* qui vont essentiellement étudier le travail effectué par les femmes. « A condition de ne pas voir le *care* comme une sensibilité seulement, mais comme une *pratique*, une éthique définie non par des principes abstraits mais par le travail concret accompli essentiellement par des femmes » (Molinier et al., 2009/2021, p. 161). A noter que ces « voix différentes » ne sont pas celles seulement des femmes, mais « celles de toutes les catégories sociales, désavantagées, ethnicisées, racialisées » (Molinier et al., 2009/2021, p. 14). Par ailleurs il est intéressant de souligner que les situations de soins ou que le contexte des pratiques soignantes ne sont pas présents dans l'approche philosophique et politique de Gilligan et dans ces éthiques du *care*. Or il est à présent reconnu que le champ d'étude du *care* se centre à la fois sur la sphère domestique, le travail d'aide ou d'accompagnement, mais aussi de soins ou d'ordre social, et que ces activités sont réalisées le plus souvent par des femmes (Michaux, 2018).

Le deuxième auteur phare dans la contribution à la naissance de l'éthique du *care* est Joan Tronto grâce à ses livres *Moral boundaries : A political argument for an ethic of care* (1993), puis *Un monde vulnérable, pour une politique du care* (1993/2009). Politologue et féministe américaine, elle met en avant la notion de vulnérabilité, le *care* étant compris comme une « activité centrale et essentielle de la vie humaine ». Tronto (1993/2009) donne la définition suivante du *care* (« sollicitude/besoin ») :

« Au niveau le plus général, nous suggérons que le *care* soit considéré comme une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre “monde”, de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie » (p.143).

Cette auteure identifie plusieurs caractéristiques au champ du *care*. Cette éthique est marquée tout d'abord selon elle par la nécessité d'une « désentimentalisation » du *care* car il est important de ne pas réduire le *care* à une « relation duelle ou interindividuelle » (comme celle de la mère et de l'enfant), mais aussi d'engager une rupture avec la vision masculine qui répartirait les tâches selon le genre. L'environnement politico-culturel serait à prendre en compte dans toute analyse d'activités de soins, d'autant plus que le champ du *care* inclut aussi le monde politique et écologique. Le *care* est donc à la fois selon Tronto (1993/2009) « une pratique et une disposition » (p.145), ce qui entraîne que ce champ apparait dans le monde du concret en lien avec le travail de *care*, et non comme une simple intention ou disposition d'esprit. Ses recherches ont participé à sortir de la vision d'un *care* comme intervenant seulement entre deux personnes, l'une étant en demande d'aide, et l'autre en demande de soutien. Toutefois plusieurs auteures (Molinier et al., 2009/2021) soulignent la problématique de cette définition de la façon suivante :

« ...car elle [la définition] suppose que le *care* est une activité exercée uniquement par des individus sur d'autres individus. Elle exclut d'une part le soin que l'on peut prendre de soi-même, mais également la possibilité d'un *care* exercé par des institutions ou des groupes d'individus, ou la possibilité d'un *care* exercé à distance » (p. 36).

Tronto (1993/2009) identifie trois catégories dans l'éthique du *care*, le *care* pour soi-même ou souci de soi (en catégorie psychologique), le *care* pour les autres ou souci des autres (en

catégorie sociologique) et le *care* à l'égard du monde ou souci du monde (en catégories économiques et politiques). Je remarque en accord avec cette auteure que l'usage du *care* est aujourd'hui très étendu et qu'il ne peut donc pas être réservé seulement à la sphère des soins de santé. De plus toute relation humaine, même de soins, s'inscrit dans un champ plus large que le simple face à face. Il semble essentiel aussi de tenir compte que nous ne sommes pas dans une vision abstraite des choses, mais dans une réalité concrète, palpable. Les éthiques du *care* émanant de philosophes et de chercheurs en sciences humaines « cherchent à comprendre et à délier la complexité des relations humaines » (Michaux, 2018, p. 103). L'ensemble de ces auteures se sont finalement peu approchées du cœur de ces pratiques de soins, qui nécessitent pourtant un travail de dévoilement.

Tronto (1993/2009) propose par ailleurs quatre phases analytiquement distinctes dans le processus actif du *care*, mais intimement liés : le fait de se soucier de quelqu'un ou quelque chose (qui relève du sentiment, *caring about*), de prendre soin de quelqu'un (en lien avec la notion de responsabilité, *taking care of*), de soigner quelqu'un (qui relève de l'activité, *care giving*), d'être objet de soin (en lien avec la notion d'interaction dans la relation, *care receiving*).

Tableau 9 : Tableau d'analyse du terme *care* proposé par Tronto (1993/2009, p. 147) et Rothier Bautzer (2014a, p. 101)

CARE	DÉFINITION	TRADUCTION
1. <i>Caring about</i>	- Se soucier de - Nécessite de constater l'existence d'un besoin et d'évaluer la possibilité d'y apporter une réponse - Implique fréquemment d'assumer la position d'une autre personne ou d'un autre groupe pour identifier le besoin	Sollicitude (quand l'emploi se limite à cette dimension)
2. <i>Taking care of</i>	- S'occuper de, « prendre en charge » - Constitue l'étape suivante du processus de <i>care</i> - Implique d'assumer une certaine responsabilité par rapport à un besoin identifié et de déterminer la nature de la réponse à lui apporter	Sollicitude (quand l'emploi se limite à cette dimension)
3. <i>Care giving</i>	- Prodiguer des soins, « prendre soin » - Suppose la rencontre directe des besoins de <i>care</i> - Implique un travail matériel - Nécessite un contact direct de ceux qui prennent soin avec des objets du <i>care</i>	Soin (quand l'emploi se limite à cette dimension)
4. <i>Care receiving</i>	- Dernière phase du processus de <i>care</i> - Recevoir le soin - Correspond à la reconnaissance de l'objet de la sollicitude qui réagit au soin qu'il reçoit - Inclure la réception du soin parmi les éléments du processus pour savoir s'il a été apporté une réponse aux besoins de soin	Soin (quand l'emploi se limite à cette dimension)

La traduction du mot *care* (tableau 9) suppose d'intégrer ces quatre phases qui relient en français les termes de sollicitude (identifier le problème ou le besoin et relever des moyens de l'adresser) et de soin (réalisation pratique du soin et vérification auprès de la personne qu'il répond au problème posé).

A cela s'ajoutent pour cette auteure quatre qualités morales du *care* : l'attention (*attentiveness* correspondant au *caring about*), la responsabilité (correspondant au *taking care of*), la compétence (correspondant au *care giving*) et la réceptivité (*responsiveness* correspondant au *care receiving*).

- *Le développement des éthiques du care*

Comme je viens de l'aborder, l'émergence des théories du *care* s'est tout d'abord réalisée dans les pays anglo-saxons, puis plusieurs auteurs français ont contribué à leur diffusion en France. Leurs travaux insistent sur la diversité des acceptations du mot *care* dans le cadre de la popularisation en français des éthiques du *care* et sur l'aspect critique de son utilisation (Benaroyo et al., 2010; Worms, 2010; Garrau & Le Goff, 2010). Le mot « soin » est largement utilisé par ces auteurs mais leur visée est bien de s'inscrire dans une analyse philosophique du *care* sous l'étiquette populaire anglo-saxonne d'éthique du *care*. Concernant ce terme « soin », je peux lire sur la quatrième de couverture de l'ouvrage *La philosophie du soin. Ethique, médecine et société* de Benaroyo et al (2010):

« Le soin ne désigne pas seulement un domaine particulier de l'activité médicale, au sens où l'on parle par exemple des soins infirmiers ou des soins palliatifs. Il ne correspond pas non plus à un « supplément d'âme » de la médecine, mais il en constitue une, sinon la finalité essentielle ».

Le deuxième ouvrage *Le moment du Soin* de Worms (2010) porte sur la valorisation de « l'unicité du soin » et sur la notion de vulnérabilité de l'activité humaine en lien avec la pensée de Tronto. Ce livre a également une portée morale et politique dans la démarche d'analyse présentée. Enfin le troisième ouvrage *Care, justice et dépendance* (Garrau & Le Goff, 2010) retrace le parcours théorique de la notion de dépendance dans la philosophie féministe contemporaine. Ces relations de dépendance seraient selon ces auteures le point de départ de l'éthique du *care* ou de la sollicitude.

Ces trois ouvrages montrent bien que le *care* est d'insistante actualité et gravite à travers différents champs disciplinaires, politique, philosophique, sociologique et psychologique. D'autres auteures Pascale Molinier, Sandra Laugier, Patricia Paperman ont également développé la popularisation du *care* en France depuis plus de dix ans. Peu de leurs textes en revanche abordent les soins de santé. Pascale Molinier (2009/2021, p. 249) tente pourtant « de faire entendre leur voix différente (aux aides-soignantes) » selon la célèbre formule de Carole Gilligan dans son ouvrage *Qu'est-ce que le care ?*, ce dernier apportant une première synthèse d'une très grande ampleur sur cette notion.

Ces textes avancent que le *care* est conçu au sens de « prendre soin » et qu'il relève des « petites choses » de la vie quotidienne, en apparence donc peu importantes, mais pourtant essentielles pour le confort de celui qui ne peut les accomplir. Je rejoins donc Molinier qui défend que les soins à réaliser pourraient empêcher de bien prendre soin, c'est-à-dire que pour bien prendre soin, tous les gestes du quotidien ne doivent pas être négligés, y compris dans le cadre des soins techniques. L'auteure nous montre ici que le *care* pourrait faire défaut et qu'il nécessiterait un effort d'attention aux demandes d'autrui. Quel que soit le contexte de la situation « le *care* n'est pas enraciné dans la nature humaine, il ne se déclenche pas instinctivement au contact du désarroi et de la dépendance d'autrui, le *care* est le produit d'un effort collectif, d'une culture du soin, laquelle est contingente et peut disparaître » (Molinier, 2011, p. 355). Elle précise que ces gestes professionnels sont la plupart du temps invisibles dans le travail soignant (notamment infirmier) et les relie dans son étude aux « savoir-faire discrets » des soignants.

Au final, je peux retenir de ces éclairages que les éthiques du *care* ne peuvent se lire sans leur contexte d'émergence et qu'elles sont issues d'une théorie critique et féministe, attentive surtout au travail des femmes, le travail des soignants ne constituant pas le centre principal d'intérêt.

- *La popularisation du caring et du prendre soin*

Le concept du *caring* a fait l'objet d'une théorisation initiée par des américaines dès les années 1970. Mayeroff (1965) pose une première définition du *caring* comme l'activité d'aider une personne à croître et à s'actualiser, un processus, une manière d'entrer en relation avec l'autre pour favoriser son développement. Leininger (1988) a ensuite travaillé sur les variations interculturelles à propos des représentations du *caring* dans une trentaine de cultures différentes et a pu élaborer un modèle conceptuel d'un *prendre soin* transculturel.

Watson (1998) promeut quant à elle la « science du caring » comme discipline infirmière. Elle définit le *caring* grâce à un ensemble de facteurs qu'elle nomme « caratifs » et qui sont à l'origine de toute démarche soignante favorisant, soit le développement ou le maintien de la santé, soit une fin de vie paisible. Ces facteurs « caratifs » reposent sur une philosophie humaniste et un corpus de savoirs scientifiques ; ils servent de repères pour comprendre le processus thérapeutique interpersonnel entre infirmière et personne soignée. Selon cette auteure, le *caring* constitue l'essence même du soin infirmier et correspond à un accompagnement personnalisé afin d'aider la personne à comprendre, contrôler et à s'auto-guérir (*self-healing*).

Roy et Robinette (2005) apportent également leur contribution aux domaines d'application du *caring* en identifiant cinq grandes dimensions : affective, éthique, humaine, instrumentale et relationnelle. Elles précisent comme Watson que ce *caring* est au cœur des soins infirmiers (en accord avec le postulat nord-américain que le *caring* est une théorie disciplinaire), qu'il nécessite un mouvement réciproque entre l'autre et soi et qu'il est influencé par l'affect avec les notions de compassion et de sollicitude. Sur ce point le *caring* se différencie de la notion de *care*, telle qu'elle a été décrite dans le cadre de l'éthique du *care*, où il s'agit d'éviter de relier tout travail de *care* à une quelconque référence de « bons sentiments ».

Comme je l'ai déjà évoqué, la locution « prendre soin » est courante et elle est utilisée depuis très longtemps pour décrire tout ce qui relève du soin apporté aux soins. A l'instar de Collière, Walter Hesbeen, infirmier belge qui a développé le « prendre soin à l'hôpital » en 1997, a particulièrement contribué à ériger ce terme en valeur première. Il définit le *prendre soin* comme la volonté de « porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce dans une perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être et sa santé » (Hesbeen, 1997, p. 8). Vingt ans plus tard (2017), il insiste toujours sur les notions d'attention et de singularité qui caractérisent le *prendre soin*, cette préoccupation éthique s'inscrivant selon lui dans la relation à autrui et dans notre rapport au monde. Il avance que le *prendre soin* ne doit pas se confondre avec le « relationnel » ni la « relation d'aide ». Cependant il se distancie du *caring* de Watson qui associe *nursing* et *caring*, et qui défend que le *care* appartient aux infirmières et le *cure* aux médecins, en argumentant que le *prendre soin* a « une finalité commune à l'ensemble des professionnels de la relation de soin » (2017, p. 13). Enfin Michel Nadot (2005), infirmier suisse, propose la notion du *prendre soin* à travers un champ tridimensionnel, c'est-à-dire prendre soin de l'humain à tous les âges de la vie, prendre soin de

la vie d'un groupe au sein d'une communauté et prendre soin de la vie du domaine (de l'environnement) sur les plans socio-économique, logistique et domestique.

Toutefois, des divergences peuvent être identifiées entre ces différents auteurs sur plusieurs points : la spécificité ou non du *care* aux infirmières, son association à une démarche scientifique discutable par l'existence d'attributs différents selon les auteurs (dix facteurs dits « caratifs » selon Watson opposés aux notions d'« intention », de « démarche soignante » et de « capacité d'inférence » caractérisant le professionnalisme, d'après Hesbeen), et enfin la non-distinction de l'activité même du *caring* avec l'expérience du *caring* et le *caring* lui-même. Pour Worms (2010), le soin et/ou le *care* a (ont) plusieurs manifestations : il(s) peut (peuvent) être à la fois un sentiment, une activité, mais aussi un secours, une technique ou une relation. A la suite de ces différentes définitions, la théorisation de Hesbeen (1997), pour qui le prendre soin, ne doit se réaliser pleinement et efficacement que dans un contexte pluriprofessionnel et par l'intermédiaire d'une démarche soignante interdisciplinaire, me semble la plus pertinente au regard des pratiques soignantes actuelles.

Je retiens de cette analyse que le *care* désigne à la fois une vulnérabilité et une activité, un sentiment et un travail. C'est pourquoi il devrait être reconnu et institué comme tel dans la société.

3.3.3 Travail de care et histoire du genre, entre public, privé et intime

Popularisé par Carole Gilligan (1982) dans *In a different voice*, le *care* comme nous l'avons précédemment, désigne d'une part une grille de lecture du monde social et d'autre part un terrain de recherche qui nous invite à éclairer les dispositions, les compétences et les activités de soin d'autrui, de souci des autres, ainsi que les dynamiques sociales et sexuées auxquelles elles s'adossent (Plumauzille & Rossigneux-Méheust, 2019, p. 8).

Au XX^e siècle, de nombreux travaux en France, en Espagne, au Japon, au Brésil, en Colombie ou en Argentine rejoignent ce qu'il est désormais convenu d'appeler la perspective du *care* (Damamme et al., 2017). D'un côté une augmentation de la longévité, en général, et des vies marquées par de graves handicaps, en particulier ; de l'autre côté, une dégradation des formes de prises en charge familiales et gratuites par les femmes, du fait de leur présence croissante

sur le marché du travail. Cette crise a fait émerger la carence ou la pénurie de *care* comme un problème public, modifiant les frontières entre le privé et le politique. De ce fait, la constitution de l'Uruguay a même placé le *care* comme besoin primordial des citoyens et citoyennes au même rang que la santé ou l'éducation.

Selon Gilligan, cette voix différente du *care* décrit une vision du monde sensible, affectée et attentionnée, souvent dévolue aux femmes car découlant d'une division sexuée de la prise en charge d'autrui historiquement construite. Ce rapport à l'histoire du genre pour le *care* semble aujourd'hui avoir une place importante au vue de l'émergence contemporaine d'un « grand marché mondial du soin d'autrui » (Plumauzille & Rossigneux-Méheust, 2019, p. 8). En effet, ce nouveau marché du *care* se développe sur toute la planète, généré par les migrations féminines de grande ampleur en provenance des pays ou des régions les plus pauvres vers les plus riches, des campagnes vers les villes, des anciennes colonies vers les anciennes puissances colonisatrices. Sur ce terrain résolument transdisciplinaire, l'histoire y est à la fois discrète mais omniprésente, tant les études du *care* s'appuient sur une réflexion plus large concernant les conditions historiques de la division sociale et morale de la prise en charge des vulnérabilités.

Caroline Ibos (2019, p. 210) explique à ce propos que : « [...] Sans recherche historique, sans enquête sociologique, sans terrain ethnographique, la plupart des hypothèses au cœur du *care* resteraient abstraites et programmatiques, alors même qu'il s'est constitué sur la critique de l'abstraction des éthiques libérales ». Plusieurs historiens, sociologues, anthropologues ou psychologues ont souhaité faire sortir la problématique du *care* du très contemporain afin d'interroger l'évolution des arrangements sociaux entre famille, État, marché, charité ou association à la lumière de différentes temporalités.

a) De l'histoire antique à l'histoire contemporaine

Ainsi, la Grèce ancienne est mise à l'honneur avec Castelli (2019) qui, grâce à des sources épigraphiques sur les femmes guérisseuses, démontre que le *care* constitue bien une activité subalterne largement exercée par les femmes de la Grèce archaïque et classique, quel que soit leur statut. Une véritable expertise découlant de leurs activités de *care* à domicile au sein de l'*oikos*, leur est par ailleurs reconnue à cette époque. L'article de McCarthy (2019) sur les nourrices de l'hôpital Saint-Esprit à Marseille à l'époque de grande peste (XIV^e siècle), aborde quant à lui, l'existence à l'échelle locale, d'un « *welfare* avant le *welfare* », avec la création

d'une délégation et d'une institutionnalisation de la prise en charge d'autrui. Par l'intermédiaire d'une étude sur les salaires des nourrices employées par l'hôpital, elle démontre l'existence d'un travail de *care*, à la fois rémunéré mais aussi valorisé économiquement, dans un contexte démographique pourtant précaire.

L'histoire contemporaine est également largement présente dans plusieurs contributions. En effet, le XIX^e siècle représente un tournant dans l'institutionnalisation du *care* à la fois avec la construction de l'État social mais aussi avec le développement de congrégations féminines à vocation soignante (Brejon de Lavergnée, 2019). Cet auteur s'appuie notamment sur des images pieuses pour interroger l'intériorisation de la sollicitude chez les Sœurs de la Charité. La sœur servante est ainsi, selon lui à l'échelle locale, la clé de l'institutionnalisation du *care* charitable. Cependant il met en évidence dans cette contribution que la pénibilité du travail de *care* n'est rendue supportable que par un surinvestissement du travail émotionnel. « Créer du lien affectif, voire aimer la personne vulnérable peut aider à accomplir le « sale boulot », à surmonter par exemple le dégoût d'une toilette intime » (p.84). Travailler avec le *care* peut ainsi contribuer à lier l'histoire du travail domestique à celle des émotions.

De plus, la relation de travail en contexte de *care* met en présence un ensemble de vulnérabilités : salariales, sociales et sanitaires (Plumauzille & Rossigneux-Méheust, 2019). Cette question de l'histoire du travail s'appuie donc sur une perspective relationnelle, à l'instar des récits de vie recueillis et des photos de famille exhumées par Violaine Tisseau (2019) resituant des savoirs-être de *care* propres à la domesticité coloniale à Madagascar.

b) Comparaisons et enjeux internationaux du *care* au XX^e et au XXI^e siècle

Il est intéressant de remarquer que, sur l'ensemble de ces séquences historiques, les activités de *care* varient de nature selon leurs contextes de mise en pratique : dans son étude documentaire sur les protestations des femmes médecins affectées aux services de Protection maternelle et infantile en Gold Coast britannique dans les années 1920-1930, Hugon (2019) évoque une remise en cause de la différence entre *care* et *cure* et une dénonciation de l'assignation féminine au *care*, par la mise en exergue de compétences professionnelles mêlées à des revendications salariales. Cette tension se rejoue en France dans les années 2000 selon l'anthropologue Le Du (2019), avec l'intégration des études en sciences maïeutiques au sein des facultés de médecine

et la promotion par les étudiants sages-femmes d'une pratique de *care* « qui relève de compétences plus que d'évidences » (p.150).

Prendre en compte le *care*, dans le travail et comme un travail, fait émerger l'évolution genrée de certaines professions et peut mettre en lumière les attentes sociales liées à certaines activités professionnelles. Dans son article sur la professionnalisation des ambulanciers du XX^e siècle en France, Wanecq (2019) interroge les ambiguïtés d'un travail appartenant à deux domaines *à priori* éloignés : le premier en lien avec le transport privé relève plutôt du domaine masculin, populaire et peu reconnu ; le deuxième rattaché à l'assistance et aux premiers secours correspond au domaine féminin et est reconnu dès lors qu'il s'exerce dans un cadre institutionnel et philanthropique.

Dans le cadre d'un éclairage réalisé à partir de la réalité de trois pays (Brésil, France, Japon) (Hirata et al., 2017), le point commun saillant pour les travailleurs et travailleuses du *care*, reste la précarisation de leur itinéraire professionnel. Bien que dans chaque pays, les manifestations des rapports sociaux et du métier du *care* soient différents (un travail informel au Brésil, un travail assuré par la migration en France, un travail choisi par défaut par les hommes au chômage au Japon), ce sont toujours les plus vulnérables qui deviennent des pourvoyeurs ou pourvoyeuses du *care* quel que soit le pays.

Ogaya (2017) analyse, pour sa part, la relation étroite entre le travail du *care* au sein de la société japonaise et la féminisation de la migration, en s'appuyant notamment sur les caractéristiques des flux migratoires philippino-japonais à partir des années 1970. Prendre soin d'autrui, en l'occurrence des japonais, en tant qu'hôtesse-club, aides-soignantes, ou même épouses, belles-filles, valorise la diversité des modalités d'exploitation du *care* produites par des migrantes dans leur pays d'accueil.

A partir d'enquêtes réalisées auprès de travailleuses domestiques à Bogota en Colombie et à Beyrouth au Liban, Younes et Molinier (2017) questionnent la récurrence de la référence à la famille pour caractériser les rapports entre employeurs et travailleuses domestiques. Ayant pour origine une « promesse familiale » patriarcale, l'idiome de la famille fait écho, selon elles, à une éthique située, basée sur des idéaux d'inclusivité, de *care* et de solidarité, qui interroge les frontières politiques et relationnelles autour du travail domestique rémunéré.

Par ailleurs, la sexualité, peu présente dans les recherches sur le *care*, semble être considérée comme un angle mort des théories et des analyses dans ce domaine. Borgeaud-Garciandia (2017) explore les liens entre émotions et travail en Argentine en prenant ancrage dans les expériences d'aides à domicile pour personnes âgées, autour du thème tabou de la sexualité et du désir des personnes démentes. Son approche met en lumière la nécessaire prise en compte des expériences rapportées, mais aussi les possibilités d'expression et le jeu des émotions dans la situation d'entretien sociologique. L'articulation de ces aspects atteste, selon elle, des différentes échelles, significations, constructions et temporalités des émotions perçues, en tant que modes d'expression et d'action fondamentaux des activités humaines et sociales.

Enfin je remarque dans ces études que faire profession du soin des autres, semble constituer une trajectoire attendue pour toutes ces femmes à l'intersection des dominations de classe, de genre, d'âge et de race. Observer le travail de *care* constitue au final une invitation sans cesse renouvelée à interroger le processus de construction des dominations à l'œuvre dans le cadre d'un travail largement féminisé (Plumauzille & Rossigneux-Méheust, 2019). Analyser la nature, l'intensité et surtout l'expression des émotions dans les relations de *care* est aujourd'hui fondamental pour mettre en évidence la singularité de ces professions liées au *care*.

Il ressort également de ces articles que le rapport professionnel peut également donner lieu à une relation affective et que cette relation de *care* est inscrite dans les émotions du corps (Plumauzille & Rossigneux-Méheust, 2019). C'est pourquoi par-delà l'injonction à la vocation directement issue de la sphère religieuse et charitable, des recommandations sont formulées à mesure que ces professions s'institutionnalisent, comme dans l'article de Zappi (2019) sur les premières générations d'assistantes sociales dans l'entre-deux-guerres. L'auteur s'interroge sur la dimension émotionnelle du rapport à l'usager dans ce métier tourné vers la prise en charge d'autrui qui réunit les doubles missions d'assistance et de contrôle, conduisant les écoles du travail social à enjoindre leurs élèves à une plus grande distance et à définir un « savoir-être » de la relation d'assistance.

Quelle que soit la discipline des chercheurs, l'attention portée aux situations ordinaires du *care* fait appel « à une pensée enracinée dans l'expérience concrète des femmes, souvent analysée par des femmes qui en ont fait elles-mêmes l'expérience » (Damamme et al., 2017, p. 6). Le rapport entre sujet et objet est de ce fait déplacé, porté par une vision qui n'est pas seulement socialement située, mais aussi impliquée, et de façon sensible. La plupart de ces essais mettent

en avant des ambiguïtés du travail du *care*, psychologiques, éthiques autant que politiques : proximité entre les corps, présence de la sexualité, de la mort, emportement des affects, récurrence des rapports de domination composés de violence, d'humiliation ou de mépris social...

A l'ère de l'anthropocène marquée par la transformation des humanités et des valeurs soignantes, le mouvement du *care* met en lumière une autre éthique par l'intermédiaire de récits qui questionnent sur ce qui est important pour les êtres vivants et pourrait se traduire dans la politique notamment. Au final, ces différents éclairages entre l'histoire du genre et l'épistémologie du *care*, valorisent le poids de l'histoire contemporaine du travail de *care* dans l'essentialisation des qualités émotionnelles supposées féminines, au bénéfice de l'histoire sociale des femmes et du genre.

3.3.4 *L'approche par les « petits riens » ou l'art du prendre soin*

a) Guérir, soigner ou prendre soin d'une personne ?

Rothier Bautzer (2017) montre dans ses travaux de recherche portant sur le travail soignant, que ce dernier est un exemple paradigmatique des tensions à l'œuvre entre deux formes de sollicitudes qui sont définies comme opposées, car elles fondent des territoires professionnels hiérarchisés. La première s'oriente vers la guérison de la maladie, la seconde vers le mieux-être, l'accompagnement de la personne souffrante. Dans le cadre d'une recherche ethnographique centrée sur le groupe professionnel infirmier durant la première décennie des années 2000, Rothier Bautzer met en lumière la place particulière de la relation dans la formation, qui, selon elle, ne fait pas l'objet d'une expertise professionnelle, mais est plutôt assimilée à une tâche profane. Elle avance que le *prendre soin* infirmier s'est élaboré à partir d'une conception peu professionnalisée et peu reconnue du travail relationnel. « Il est valorisé dans la relation qu'il établit au traitement technique d'une maladie, particulièrement dans sa phase aiguë. Il contribue ainsi au travail visant la guérison de la maladie diagnostiquée par le médecin dans un temps court » (Rothier Bautzer, 2017, p. 17).

Cette auteure souligne l'importance du travail professionnel relationnel dans le contexte contemporain de l'évolution de la « technicité » et des connaissances des pathologies aiguës.

En effet la performance du modèle curatif et les changements des modes de vie, ont produit des besoins exponentiels en éducation et en accompagnement de personnes malades chroniques.

Rothier Bautzer (2017) fait l'hypothèse que les soignants interviewés, ceux qui ont quitté les terrains du soin, ne sont pas parvenus au stade de l'intériorisation stable, dans laquelle l'incorporation du rôle entraîne « le refoulement stabilisé du moi profane, le rôle étant dévolu à une centration sur les aspects techniques et curatifs du soin et à⁷ une invisibilisation du travail de sollicitude » (p.18). Or pour Tronto (1993/2009), la traduction du mot *care* suppose d'intégrer quatre phases qui relient en français les termes de sollicitude (identifier le problème ou le besoin et relever des moyens de l'adresser) et de soin (réalisation pratique du soin et vérification auprès de la personne qu'il répond au problème posé).

C'est pourquoi Rothier Bautzer se positionne en affirmant que, en accord avec le courant très étayé autour des politiques du *care* dans les pays anglo-saxons (Tronto, 1993/2009), c'est la dimension pratique et située du travail du *care* qui est dévalorisée au fur et mesure que l'autonomisation de la personne dont on prend soin, s'installe dans la durée. Plus le soin est hospitalier et spécialisé, centré sur le traitement des pathologies aiguës, plus le soignant porte son travail sur le soin et non sur la sollicitude. De ce fait, Rothier Bautzer affirme que l'on ne peut alors assimiler son territoire à celui du *care/caring*.

La formation infirmière illustre « un cas paradigmatique de l'impossibilité de construire un territoire professionnel orienté vers la mise en pratique du travail de *care*, à côté d'un territoire centré sur le *cure* » (Rothier Bautzer, 2014a, p. 101). En effet l'invisibilisation de l'articulation des sollicitudes centrée sur le traitement de la maladie et le *prendre soin* d'une personne caractérise le travail soignant. La problématique qui émerge au travers de l'analyse du travail soignant réalisée par cette auteure, reste celle de l'articulation *care/cure*, question toujours d'insistante actualité.

b) Ces petits riens qui soignent

Gaberan (2021c) lui aussi évoque une part « non-scientifique » dans l'agir professionnel du *prendre soin*, car dans l'instant de la présence à l'autre, l'intuition de l'acte à poser précède très souvent sa conceptualisation et sa rationalisation. Ce sont pour les professionnels des « trucs

⁷ En italique dans l'article.

ou des bricolages », et « ces petits riens qui sont des formes de bricolage constituent en réalité autant de “savoirs d’action” ». (Gaberan, 2021c, p. 12). Ces derniers n’ont pas été appris en institut de formation, mais ils se développent au fil de l’expérience, dans les interactions avec les personnes soignées et/ou accompagnées (Grand, 2021). Il faut ajouter qu’ils ne sont pas figés, mais qu’ils varient selon les professionnels, les situations et restent généralement discrets et passés sous silence à cause de leur caractère ordinaire et routinier. C’est seulement dans l’après-coup, lors de la réflexion sur la pratique ou dans une réunion d’équipe, que s’argumente et se mutualise ce qui fait la qualité du « prendre soin » et de la relation.

Ces « petits riens du quotidien » signifient pour Gaberan (2021b) : « des capacités d’attention, d’observation, une mobilisation à bas bruit de connaissances antérieures acquises, une écoute et un respect de ce qui fait l’histoire et la personnalité des personnes accompagnées [ou soignées], une anticipation des échos qu’une situation va générer sur les personnes présentes » (p. 12).

Il fait l’hypothèse que ces « petits riens du quotidien », largement sous-estimés ou négligés par les pouvoirs publics, voire même par les professionnels du soin et de l’éducation, constituent le matériau incontournable de l’accès à soi comme sujet de soi (2021b). Cette hypothèse se base pour cet auteur sur deux éléments d’argumentation : le premier s’appuie sur la spécificité de l’être humain pour qui le sens de ce qui fait sa présence au monde, est le produit d’une construction de soi par soi avec l’aide d’un autre que soi. Le second argument tient à ce que les « petits riens du quotidien » sont un matériau incontournable mobilisant les cinq sens des professionnels, de sorte à élaborer des repères affectifs et donc sécurisants pour l’autre, permettant « le travail de tissage et de métissage du corps et de l’esprit indispensable à l’advenir d’un “je” unifié et sujet de lui-même » (Gaberan, 2021b, p. 16).

Selon Gaberan (2021b), il s’agit de (re)positionner l’attention sur « des petites choses inapparentes », ces « petits riens » de l’existence qui au final font le tout de l’être humain. Il observe que la routine, le souci de l’organisation, l’urgence ou la lassitude entraînent que l’écoute et l’attention s’émoussent, que le décentrage de soi et la préoccupation de l’autre ne sont pas toujours au rendez-vous de ces « petites choses du quotidien ». Cet état de fait engendre la fabrication de générations de professionnels soi-disant formés à la « juste distance », acteurs d’une stratégie de déshumanisation progressive du lien. En effet, ces « petits riens » en apparence inapparents sont des « milliers de signes anodins ponctuant le quotidien de l’être qui

rendent visible de manière imperceptible ce qui fait à la fois l'essence et la substance d'une présence » (Gaberan, 2021b, p. 21). Sigmund Freud (1967/1971) l'affirme également lorsqu'il démontre que les lapsus, les rêves, les actes manqués sont autant de signes révélateurs des composants en apparence inexistants d'une existence. Gaberan (2021b) revendique ensuite que les professionnels du travail social doivent reconnaître et admettre que leurs pratiques relèvent à la fois d'une science de l'éducation (avec un haut niveau de maîtrise de connaissances) et d'un art de la relation (et donc une appropriation d'un ensemble de compétences).

Une équipe pluridisciplinaire (Truchis-Ramière et al., 2021) va jusqu'à nommer ces « petits riens » du quotidien, « des petits riens qui soignent », car « c'est une clinique de petits riens qui font du bien » (p. 95). Dans le cadre d'un service d'hospitalisation à temps complet en pédopsychiatrie, les professionnels décrivent leur quotidien avec des enfants âgés de 6 à 17 ans. Ils remarquent que de nombreuses peurs archaïques et la plupart des fantasmes sont présents dans la vie quotidienne de l'équipe :

« Le quotidien = attention danger ! Avec les repas : fantasme de dévoration ; se remplir, débordement, explosion ; se vider, se liquéfier. Avec les toilettes : fantasme et angoisse autour de son enveloppe, de ses orifices ; de la continuité de soi, de son intégrité... Avec le sommeil : reviennent toutes les peurs de séparation, de perte des limites corporelles, de disparition et de mort. Avec la maîtrise du temps : position régressive des jeunes d'être à la merci de l'autre... » (p. 96).

Il est intéressant de comprendre ici l'importance du *prendre soin*, de l'accompagnement, de prendre le temps, écouter, parler, instaurer des routines, des rituels, faire « quelque chose », c'est-à-dire des « petits riens » parmi les gestes les plus simples.

Cependant, d'autres (Séverin & Gabriel, 2021) évoquent, que contextuellement la relation intersubjective est souvent mise à mal par le travail prescrit des organisations et qu'elle est presque toujours en décalage avec les réalités de terrain et l'expérience vécue par les professionnels. Or les « petits riens » sont, pour ces professionnels d'établissements médico-sociaux, des partenaires du quotidien, « compris comme un ensemble de signes actualisés par des actes, des paroles, des gestes, des regards voire des silences qui accompagnent la vie quotidienne des enfants accueillis en maison d'enfants à caractère social » (2021, p. 104).

Dans ce sens, Cifali (2019) décrit la notion d'accompagnement ainsi :

« Accompagner c'est "savoir être là", c'est "être pris dans une énigme", c'est "être intelligent dans les situations singulières", ce qui nécessite des "connaissances extraites des sciences humaines", mais aussi "des compétences relationnelles". C'est "construire des connaissances à même le vivant". C'est "restituer à celui qui est tellement engouffré dans le présent son rapport à un passé et un futur". C'est "être fiable" et "accepter l'incertitude". Accompagner, c'est "aller avec", "être à côté de", "donner une place à l'autre" ; c'est "intégrer le fait qu'on ne peut agir et décider à la place de quelqu'un", "s'éloigner de la prise de pouvoir qui peut advenir si facilement dans nos métiers" » (p.126).

Au final cette constellation de « petits riens » qui font du bien possède une valeur doublement symbolique et thérapeutique instituant la personne soignée en tant que sujet-acteur, mais aussi auteur dans un ordinaire socialement repéré (Séverin & Gabriel, 2021). Pourtant donner de la valeur aux « petits riens » en tant que grand tout relève presque d'un acte militant pour le professionnel.

3.3.5 *L'éthique du care, au fondement du sanitaire et du social*

Comme je l'ai évoqué précédemment le *care* se présente comme la « capacité de prendre soin d'autrui » (Gilligan et al., 2015), il n'est pas une prédisposition naturelle, celle des femmes, mais une activité absolument nécessaire pour le bon fonctionnement de la société. Selon Fleury (2018), l'éthique du *care* nous invite à réintégrer dans nos pratiques une forte conscientisation de la singularité de la personne et de sa situation. Il n'y a pas d'un côté ceux qui sont autonomes et indépendants et de l'autre, ceux qui seraient dépendants et vulnérables, tous les individus sont autonomes et vulnérables. Cependant certains rendent invisibles cette dépendance, dans la mesure où ils font peser sur autrui le soin d'assumer leurs propres dépendances, par exemple avec de l'argent. Il devient donc nécessaire de prendre en compte la question du *care* pour penser un modèle de justice sociale :

« Le fait de maintenir dans l'invisibilité le travail de *care* et ceux (et celles) qui s'y adonnent, constitue un déficit de réciprocité démocratique, lequel contribue à produire les déficits de *care* relevés précédemment. Ils reposent *in fine*, sur la non-reconnaissance du travail de *care* et du poids qu'il représente pour les subjectivités en présence. Ici

aussi, le *care* délégué peut devenir le *care* relégué dont la négligence repose non pas sur un processus individuel, voire sur les pratiques déviantes d'un groupe professionnel peu ou mal formé, mais plutôt sur le choix politique qui organise l'ensemble du système de santé » (Rothier Bautzer, 2014b, p. 11).

De plus, assimiler le *care* au don, le naturaliser, le féminiser, le « domestiquer » (en le faisant relever de la sphère privée ou domestique) sont autant de façons de rendre invisible la dette qui est due au *care* et entraîner que cela soit gratuit et donc non reconnu en qualité de valeur-travail (Fleury, 2018). Il n'en demeure pas moins que des conflits de finalités peuvent émerger pour les pourvoyeurs de *care*, dès lors qu'ils sont confrontés à des situations complexes dans lesquelles l'arbitrage entre maintien de l'autonomie et protection de la vulnérabilité est délicat. Pour cette philosophe, l'apport majeur de l'éthique du *care* est d'accompagner les personnes de façon à ce « qu'elles soient capables de s'aider elles-mêmes, non dans le sens de leur déléguer une responsabilité trop lourde, mais dans celui de veiller à renforcer leurs capacités » (Fleury, 2018, p. 57).

De plus la crise sanitaire que nous vivons remet en cause de nombreux présupposés sociaux, économiques et même managériaux. Si le COVID-19 a mis en lumière des « premiers de tranchée » habituellement invisibles, il nous pousse aujourd'hui vers une nouvelle étape, revaloriser des métiers de l'ombre en première ligne face à la pandémie, dont les métiers du soin et de l'accompagnement. Le Texier (2016) souligne dans son ouvrage *Le maniement des hommes : Essai sur la rationalité managériale*, comment la pensée managériale s'est exclue de toute conception domestique de l'organisation en se tournant vers une modélisation uniquement scientifique. De ce fait, cette logique évacue le relationnel considéré comme dimension « inutile » de l'organisation (Silva & Lacan, 2020). Cependant le *care* reste par définition aussi invisible qu'insaisissable : il « se voit avant tout quand il est raté ou quand il n'est pas fait » (Molinier, 2012, p. 208), cette idée renvoie au fait que le *care* ne serait perçu qu'en négatif.

C'est pourquoi, tantôt nié, tantôt instrumentalisé, le *care* reste un point aveugle de la pensée et de la pratique managériales, ces dernières ayant participé activement à son invisibilisation (Pastier & Silva, 2020). En effet, se dessinent d'une part, un éloignement du souci de l'autre par les outils de gestion développés par l'organisation et une dépossession de soi par perte de pouvoir d'agir, et de l'autre, une instrumentalisation des émotions par les politiques managériales et des ressources humaines, où le *care* devient une « technologie

compassionnelle » (Pastier & Silva, 2020, p. 8). Il semble aujourd'hui plus que nécessaire de refonder le paradigme managérial à la réalité et à la spécificité des métiers du soin vers une nouvelle société du *care*.

SYNTHÈSE : Le *care*, un concept ou une notion loin d'être consensuelle

En anglais, le terme *care* est donc polysémique et désigne le plus souvent le « souci », soit un état émotionnel ou une disposition d'esprit, associés à un ensemble de pratiques orientées vers un soin (non médical). Il s'agit alors de se soucier d'autrui de façon active, en réalisant quelque chose. Emprunté à la langue anglaise, le *care* renvoie donc dans le contexte français à un ensemble de significations et c'est pourquoi aucune traduction, surtout littérale, n'en épuise le sens (Ibos et al., 2019). Tout d'abord utilisé depuis la fin du XX^e siècle dans des travaux de philosophie et de sciences sociales pour caractériser à la fois une perspective analytique et des pratiques éthiques, certaines professions se sont emparées du terme, alors que ses usages communs se multiplient à présent au risque de le banaliser.

Parce qu'elle insiste sur l'interdépendance des personnes entre elles, mais aussi sur les liens entre humains et non humains, l'éthique du *care* comprend des valeurs souvent marginalisées, telles que l'attention et la responsabilité envers autrui (Ibos et al., 2019). Elle ne se présente non pas comme une simple théorie, mais comme la définition d'une activité, d'une pratique, plus concrètement encore d'un travail, voire chez certains auteurs du moins, comme une certaine disposition, un sentiment ou un état d'esprit (Adorno, 2015).

Traduire *care* uniquement par « sollicitude », reviendrait à donner la prééminence à sa dimension sentimentale (pourtant indéniable) au détriment des dimensions qui font du *care* une activité et une pratique. Au-delà des dimensions de soin et d'activité qui sont donc les deux grandes classifications classiquement retrouvées du *care*, la notion de vulnérabilité est également perçue comme incontournable, alors que celle de sollicitude reste encore en débat car trop rattachée aux valeurs féminines (Molinier, 2011).

Par ailleurs utiliser les mots « soin » ou « souci » reviendrait à favoriser la perception d'un seul aspect du *care* en le rapprochant plutôt du travail médical et paramédical. Comme je l'ai identifié, le terme *care* contient aussi l'idée de ce qui importe, ce qui compte, ce à quoi l'on

tient (Adorno, 2015). J'ai constaté aussi que les savoirs investis dans le *care*, qualifiés de « savoir-faire discrets » (Molinier, 2011), posent la question de leur apprentissage sur le plan des compétences morales (Svandra, 2013).

En s'appuyant sur les œuvres majeures de Gilligan (1982) et Tronto (1993/2009), de nombreux auteurs ont développé leur réflexion sur le *care* tout en s'accordant sur le constat que cette notion où le scientifique étant intimement lié au politique reste délicate à définir. De plus le *care* revêtirait plusieurs fonctions : une fonction de sécurité favorisant l'apparition des ressources chez l'individu, une fonction de reconnaissance des qualités spécifiquement féminines comme l'altruisme et enfin un instrument de lutte sociale (Noël-Hureaux, 2015).

Tronto (1993/2009) nous rappelle l'importance de penser le *care* comme un processus, avec des tâches et des acteurs nobles et des tâches beaucoup plus pénibles, souvent difficiles physiquement et éprouvantes psychiquement. Même si le *care* se réalise dans des « petits riens » du quotidien, « le care est toujours du côté de l'en plus, du don, du plaisir, de la vie » (Molinier, 2018, p. 11). Mais dans le travail, chaque geste, chaque intention est tributaire de l'œuvre commune. Au final entrer dans le *care* monde, ce serait sans doute avant tout soutenir une politique de l'écoute (Molinier, 2018).

3.4 Savoir et rapport au savoir

3.4.1 De l'apprentissage en passant par l'apprenance au rapport au savoir

La *question des savoirs* est l'une des questions que la recherche sur l'intervention soignante ou éducative oblige à aborder (Vial & Caparros-Mencacci, 2007). De nombreux chercheurs s'y consacrent notamment avec l'étude des deux éléments constitutifs de la notion de rapport au(x) savoir(s), le savoir et le sujet (Carnus et al., (dir.), 2020). En effet la nature des savoirs engagés dans le soin et l'accompagnement est délicate à identifier.

Mais de quoi parle-t-on ? L'apprentissage correspond tout d'abord à une « modification durable du comportement qui ne peut être uniquement attribuée à une maturation physiologique » (Raynal et al., 2014, p. 65). Selon le courant de pensée cognitiviste, apprendre c'est modifier durablement ses représentations et ses schèmes d'actions. Quelle que soit la définition que les auteurs donnent au terme apprendre, ce qu'il faut comprendre ici, c'est que « l'être humain apprend partout, de différentes manières, et pas uniquement sous la forme monolithique d'un cours ou du séminaire » (Carré, 2005, p. 57). En outre, contrairement à ce que la plupart croit généralement, l'essentiel de ce que nous apprenons est appris hors de l'école (Charbonnier & Carré, 2003).

Cependant si « le rapport au savoir est le rapport au monde, à l'autre et à soi-même d'un sujet confronté à la nécessité d'apprendre » (Charlot, 1997, p. 93), l'acquisition de connaissances et de compétences est alors contextualisée dans un nouveau rapport au savoir que Carré (2005) envisage ainsi : vouloir apprendre, savoir apprendre et pouvoir apprendre correspond au concept de l'*apprenance*. Cet auteur illustre ces déclinaisons en définissant le néologisme d'*apprenance* comme « un ensemble durable de dispositions favorables à l'acte d'apprendre dans toutes les situations formelles ou informelles, de façon expérientielle ou didactique, autodirigée ou non, intentionnelle ou fortuite » (Carré, 2005, p. 15). On ne peut donc imposer l'*apprenance* : si l'on peut envisager de former un autre que soi, il est difficile de penser le faire apprendre malgré lui.

Il décrit le rapport au savoir en s'appuyant sur les théories de la motivation d'Albert Bandura, psychologue américain, et le définit comme une structure psychologique triple, réunissant des représentations, des affects et des conations, c'est-à-dire des caractéristiques qui se placent dans le registre de la motivation (Carré, 2001). Pour Hatchuel (2005), le rapport au savoir de la

personne s'élabore dans une interaction dynamique entre la pensée, l'action et l'environnement social du sujet et elle avance que la notion de sentiment d'efficacité personnelle à apprendre est au cœur de cette construction. Puisqu'on sait que « ce ne sont pas les savoirs en eux-mêmes qui sont ou non émancipateurs mais bien la posture avec laquelle on les aborde, la façon dont on se situe par rapport à eux et ce qu'on en fait » (Hatchuel, 2005, p. 34).

L'apprentissage correspondrait donc à une construction de savoirs mais quel(s) est (sont) le(s) rapport(s) au(x) savoir(s) des étudiants de métiers du lien ? Il s'agit de comprendre ici comment, l'apprenant, sujet possédant un certain état de savoirs constitués d'une société, de son parcours personnel et professionnel, aura sa manière propre de se rapporter aux savoirs existants, se confronter à eux, les accepter ou les rejeter et éventuellement se les approprier, pour produire sa propre façon de comprendre le monde et d'agir sur lui (Beillerot, 1997).

3.4.2 Différentes approches du rapport au savoir

Je commencerai les présentations des différentes approches par un tableau de synthèse ci-dessous (tableau 10), pour ensuite approfondir chaque approche notamment celles de l'équipe *Savoir et rapport au savoir* de l'université Paris X et de l'équipe de l'université Paris 8.

Tableau 10 : Synthèse des approches de la notion de "rapport au savoir" (Caillot, 2014, p. 7)

	Approches			
	Clinique	Socio-anthropologique	Anthropologique	Didactique
Quelques noms	Beillerot, Mosconi, Blanchard-Laville, Hatchuel	Charlot, Bautier, Rochex	Chevallard	Caillot, Maury, Venturini
Où ?	Université Paris X (Nanterre)	Université Paris 8 (Saint-Denis)	Marseille	Paris, Toulouse
Objet	Désir de savoir	Rapport à « l'apprendre »	Objets de savoirs identifiés	Objets de savoirs identifiés
Dimension	Identitaire	Identitaire, Epistémique Sociale	Sociale Epistémique	Identitaire Epistémique
Acteur majoritaire	Enseignant/enseigné	Sujet, « petit d'homme »	Enseignant	Enseignant Elèves
Singulier ou pluriel	Singulier	Singulier	Institutionnel Personnel	Pluriel

Comme nous le verrons, cette notion de rapport au savoir est polysémique et récente dans le monde francophone. Apparue dans les années 1980, elle est particulièrement questionnée tout d'abord par la recherche dans le champ de la formation d'adultes. Elle a été ensuite introduite dans les didactiques des sciences et de la psychologie sociale de l'apprentissage (Giordan, 1977). C'est à partir des années 1990 qu'elle commencera à être problématisée en sciences de l'éducation et en didactique. (Caillot, 2014, p. 7).

3.4.3 Genèse d'un concept : perspectives historiques

Les premières utilisations, dans la littérature scientifique francophone, de l'expression « rapport au savoir » débutent à la fin des années soixante dans des travaux centrés autour de la notion de savoir elle-même. Mais c'est dans la mouvance des événements de « mai 68 » que l'emploi de cette notion s'est ensuite développé. Souvent associée aux notions de « rapport au langage » ou « rapport au pouvoir », la création du syntagme « rapport au savoir » revient à Lacan (1966), et elle permet à ses utilisateurs une approche nouvelle de l'échec scolaire à l'opposé de la théorie du handicap socio-culturel (Laterrasse, 2002).

Lorsque l'usage de la notion se systématisait, Beillerot (1989) propose alors une synthèse de son emploi qui regroupe trois sous-ensembles : le premier utilise l'expression dans le champ de la psychanalyse ou dans le champ éducatif et scolaire, avec une mise en cause des institutions ; le deuxième aborde l'idée d'un rapport social au savoir ; et le troisième développe la pensée chrétienne sur le savoir et l'éducation. A partir des années 1980, deux équipes de recherche vont faire de cette notion un usage systématique dans leurs travaux théoriques et empiriques : la première du laboratoire ESCOL (Education, Socialisation et Collectivités Locales) et la deuxième au sein du CREF (Centre de Recherche Education et Formation) intitulée *Savoirs et rapport au savoir*.

a) L'équipe de Bernard Charlot (Université Paris 8)

Les enseignants du Département des Sciences de l'Education de l'université de Saint-Denis sous la responsabilité de Charlot, créent en 1987 l'équipe de recherche du laboratoire ESCOL. Dans l'objectif de donner une nouvelle dimension à la question de l'échec scolaire, ces chercheurs choisissent de centrer leurs travaux sur « le rapport au savoir et le rapport à l'école de jeunes fréquentant des établissements scolaires situés en banlieue » (Charlot, 1997, p. 7). La

question du sens de l'école et du rapport au savoir de collégiens et d'écopiers, scolarisés en Zone d'Education Prioritaire, y est centrale. Dans son travail de thèse (1992), Rochex analyse comment le sens de l'expérience scolaire se forme et évolue dans des rapports dialectiques entre la cellule familiale et l'école, entre activité et subjectivité.

Charlot (1997) constitue peu après un ouvrage central *Du rapport au savoir. Éléments pour une théorie* abordant les fondements théoriques de cette notion et il se positionne alors en lui donnant le statut de concept. De nouvelles recherches concernant les élèves de lycées professionnels de banlieue sont réalisées (Bautier & Rochex, 1998), mettant en lumière des logiques complexes et hétérogènes composant le travail scolaire à travers l'analyse des relations entre « rapport au langage », « rapport au savoir » et « rapport au monde », de lycéens « héritiers de familles défavorisées » et de « nouveaux lycéens de familles populaires ». D'autres publications suivront sur ces questions et permettront de faire le point sur l'usage de la notion dans le groupe ESCOL (Charlot, 1999; Rochex, 2000).

b) L'équipe de Jacky Beillerot (Université Paris X)

A la suite de la thèse de Beillerot *Savoir et rapport au savoir. Disposition intime et grammaire sociale* (1987), deux ouvrages collectifs de l'équipe de recherche *Savoirs et rapport au savoir* auront comme point d'ancrage essentiel la construction de cette notion et en préciseront les avancées théoriques et recherches empiriques menées en lien (Beillerot, 1989; Beillerot et al., 1996/2020c). Il est judicieux d'observer, à propos de ce concept, que Beillerot se saisira du syntagme inventé par Lacan qui présente le rapport au savoir comme « une médiation pour situer le sujet » (1966, p. 793). En effet, Lacan réintroduit le sujet au centre de cette notion en faisant du rapport au savoir un élément qui le constitue dans son être. Beillerot fera le choix de la dimension psychanalytique dans la construction de cette notion en lien avec le questionnement de Freud : « qu'est-ce qui nous pousse à savoir ? ».

L'équipe de recherche *Savoirs et rapport au savoir* avance l'hypothèse que pulsion et désir de savoir ne sont pas suffisants pour rendre compte du rapport au savoir. Par ailleurs le sujet semble poussé par une nécessité pratique (i.e. la souffrance engendrée pour le jeune enfant par la naissance d'un puîné) et pas seulement par une soif de connaissances. L'attrait (ou la répulsion) pour le savoir s'élabore dans l'histoire infantile. Par conséquent le savoir va se construire sur un fond d'impuissance (Freud), de souffrance et de culpabilité (Klein) (Laterrasse, 2002).

Les publications suivantes (Beillerot et al., 1989, 1996/2020b) sont toutes orientées par la psychanalyse (Bion, Mannoni, Kaës, Klein, Winnicott) et elles suivent une méthodologie clinique attentive à la singularité du sujet, en prenant en compte la part inconsciente du rapport au savoir sans pour autant ignorer la dimension socio-culturelle. Pour ces auteurs ayant choisi de fonder l'unité épistémologique de leurs recherches sur la dimension clinique, il s'agit d'utiliser une approche qui affirme « une consistance propre du psychisme par rapport à l'organique et au social, qui s'intéresse au sujet en situation – cette interaction entre sujet et situations impliquant une dynamique à la fois psychologique et sociale » (Beillerot et al., 1996/2020b, p. 7-8). Ils tentent d'expliquer via ces contributions, les conditions de la constitution du rapport au savoir dans le début de notre vie psychique.

A ce propos, Blanchard-Laville (1996) analysera les théories de Bion qui aborde la construction psychique précoce de l'appareil d'apprentissage et de pensée, alors que Mosconi (1996/2020a) s'appuiera sur Winnicott et Castoriadis pour établir un pont entre la relation d'objet au sens psychanalytique et le rapport au savoir. Beillerot (1996/2020b), quant à lui, dans sa synthèse sur le terme du savoir, le distinguera d'un simple stock de connaissances et mettra l'accent sur l'activité du sujet, sur le travail psychique mobilisé dans le rapport au savoir. Ce second ouvrage s'est également préoccupé de montrer la richesse de cette notion dans les recherches et sa capacité de produire des connaissances nouvelles, notamment grâce à la présence d'un texte méthodologique axé sur le « *modus operandi* du rapport au savoir » (Beillerot, 1996/2020c) et la présentation des recherches récentes réalisées au sein du CREF.

D'autres travaux (Hatchuel, 1997, 1999, 2000) valorisent le rapport au savoir en tant que « processus qui s'enracine au plus profond du psychisme » (Hatchuel, 1997). Afin d'articuler les déterminations inconscientes propres à l'histoire familiale individuelle et les déterminations socio-historiques qui échappent au sujet, ils s'appuient délibérément sur les théories de Mendel, fondateur de la socio-psychanalyse, à propos de la transmission socio-culturelle de l'inconscient. L'élaboration de l'imaginaire paternelle, protectrice et émancipatrice, est incontournable dans cette transmission, même si c'est au prix de la culpabilité. Dans notre société qui tend à s'affranchir de l'héritage des Pères et où les figures paternelles régressent en lien avec les avancées scientifiques et technologiques (Laterrasse, 2002), le Père intériorisé qu'est l'idéal du moi émerge et « le Savoir, attribut parental, pouvoir d'action sur le monde, et donc symbole de l'émancipation, occupe une place privilégiée » (Hatchuel, 1999, p. 39). Enfin,

tout en reconnaissant l'existence d'un rapport à l'extériorité du savoir (les représentations des stocks de savoir, les usages et les modes d'élaboration), Beillerot (Mosconi et al., 2000) valorise l'intériorité du rapport au savoir en le présentant comme « une donnée intérieure, vécue, psychique qui ne peut se confondre avec une machinerie cognitive et stratégique » (p. 46).

3.4.4 Construction d'une définition, de ses prolongements jusqu'à ses variantes

a) Des définitions centrées sur un « rapport à » d'un sujet singulier

Une des premières définitions du rapport au savoir est identifiée dans un ouvrage de Lesne (1977) :

« Le rapport au savoir concerne les conceptions et les options relatives aux contenus que véhicule tout acte de formation : savoir au sens large du terme et recouvrant l'habituelle trilogie des savoir, savoir-faire et savoir-être, ainsi que toutes les formes issues de l'imagination pédagogique (...). Le rapport au savoir peut être conçu soit comme un rapport avec la connaissance produite par la société savante dont il faut mettre en relation les différents dépositaires, soit comme un rapport de production personnelle du savoir par l'appropriation de constructions théoriques empruntés à la société savante pour favoriser les ruptures et les reconstructions dans l'univers personnel de la connaissance » (p. 35-36).

Les définitions initiales proposés ensuite par les équipes de recherche ESCOL et *Savoir et rapport au savoir*, se rejoignent autour de l'idée de mise en relation, de mise en lien, l'accent portant sur le « rapport à ». Une seconde définition sera proposée à la suite de leurs réflexions : « le rapport au savoir est une relation de sens, et donc de valeur, entre un individu (ou un groupe) et les processus ou produits du savoir » (Charlot et al., 1992, p. 29). Ces processus évoquent dans cet ouvrage l'acte d'apprendre et les produits signifient les compétences acquises, les objets culturels, institutionnels et sociaux. Le rapport à l'école sera distingué du savoir objet, et sera spécifié comme « une relation de sens, et donc de valeur, entre un individu (ou un groupe) et l'école comme lieu, ensemble de situations et de personnes ». La volonté des auteurs dans ces définitions est véritablement de souligner la dialectique introduite entre sens et valeur : « l'individu valorise ce qui fait sens pour lui, ou inversement, confère du sens à ce qui pour lui présente une valeur » (p.29).

Cependant plusieurs auteurs (Beillerot, 1996/2020; Rochex, 2000) critiquent la définition de Charlot la décrivant comme trop large et difficilement opératoire pour conduire un travail de recherche et préfèrent poser le rapport au savoir comme un « ensemble de relations » (et non une relation au singulier). Beillerot (1989), quant à lui, s'orientera pour un concept plus englobant et développera l'articulation entre savoir et rapport (du sujet) à. En effet, il accorde une grande importance à la mise en lien de tout rapport au savoir et c'est pourquoi il le définira comme « une représentation du sujet qui exprimera un vécu conscient ou non, plus que la production, la circulation ou la réalité cognitive et sociale du savoir. Le rapport au savoir ne nomme pas le savoir mais une liaison d'un sujet à un objet » (p. 176).

De ces différentes définitions, j'ai retenu leur caractère augmentatif et leur souci de valoriser l'acte éducatif et ses effets d'apprentissage dans leur multidimensionnalité, mais aussi les formes du savoir dans leur pluralité.

Dans un second temps, les travaux de recherche au sein du CREF se tourneront vers une définition du rapport au savoir axée sur le processus créateur.

« Le rapport au savoir pour un sujet (individuel ou collectif) tient à la nécessité d'analyser sa situation, sa position, sa pratique et son histoire pour lui donner son propre sens (...). Le rapport au savoir devient donc un processus créateur de savoir, par lequel un sujet intègre tous les savoirs disponibles et possibles du temps » (Beillerot, 1989, p. 189).

De ce fait, il ne s'agit donc pas d'une simple création de plus de connaissances, mais d'un processus d'auto-construction, de dépassement de soi par soi où le désir est omniprésent. Le rapport au savoir se transforme en « capacité d'élucidation et de conscience où le désir de savoir est désir d'affranchissement » (Beillerot, 1989, p. 193).

Dans l'ouvrage de 1996 (Beillerot et al. (dir.), 1996/2020), j'ai pu observer la place importante des concepts psychanalytiques et l'articulation plus ferme entre rapport et savoir et processus de socialisation. La définition ultérieure plus ciblée sera fournie par Hatchuel (1999), où le Savoir (avec une majuscule) y est devenu un objet au sens psychanalytique, c'est-à-dire comme support de l'investissement libidinal et affectif. « Le Savoir fait l'objet de projections et de fantasmes » et « il peut être considéré comme figure fantasmatique, c'est-à-dire comme une représentation construite par le psychisme » (p. 38). Cette auteure perçoit le rapport au savoir comme le rapport du sujet à ce que représente pour lui le savoir réel (en imaginant qu'un savoir

puisse être réel) (Hatchuel, 1999, 2000). Au final le Savoir, avec une majuscule, fait appel à une figure fantasmatique à différencier de son équivalent réel.

Pour l'équipe de recherche ESCOL, le choix épistémologique se fera davantage sur la construction du sens dans le rapport à l'apprendre. Cette question du sens rejoint la problématique identitaire du sujet : « l'identité n'est pas seulement exprimée dans le rapport au savoir, elle y est aussi en jeu ; être confronté à un apprentissage, à un savoir, à l'école, c'est y engager son identité et la mettre à l'épreuve » (Charlot et al., 1992, p. 30). Ce rapport identitaire au savoir répondant à la question « pourquoi apprendre ? », renvoie « à la façon dont le savoir prend sens par référence à des modèles, à des attentes, à des repères identificatoires, à la vie qu'on veut mener, au métier que l'on veut faire » (Bautier & Rochex, 1998, p. 34).

Charlot repère une autre forme de conceptualisation de la notion, le rapport épistémique au savoir qui fait appel à la nature même de l'acte d'apprendre et au fait de savoir. Un passage s'effectue ici d'un « rapport au savoir » à un « rapport à l'apprendre ». Charlot (1997) revendique ce rapport épistémique qui concerne les « figures de l'apprendre » présentes sous de multiples formes, « l'univers de l'apprendre est beaucoup plus large que celui du savoir (...). Apprendre, c'est acquérir des savoirs (...) mais c'est aussi maîtriser des activités (...) et entrer dans des relations avec les autres et avec soi-même » (Charlot, 1999, p. 15).

Enfin le « rapport social au savoir » est présenté par le groupe ESCOL comme une troisième dimension, plutôt transversale par rapport aux deux autres. Car Charlot souligne qu'« il n'y a pas d'un côté l'identité du sujet et de l'autre son être social » (1997, p. 87), les deux notions sont inséparables, par conséquent le rapport au savoir est inévitablement social et singulier.

Ces trois dimensions se réunissent dans une formulation permettant d'explicitier les conditions d'appropriation du savoir par un sujet singulier : « le rapport au savoir est une forme de rapport au monde » (Charlot, 1997, p. 89). Plusieurs définitions jalonneront les travaux de Charlot, dont celle-ci qui a retenu mon attention :

Le rapport au savoir est « l'ensemble (organisé) de relations qu'un sujet humain (donc singulier et social) entretient avec tout ce qui relève de l'apprendre et du savoir : objet, contenu de la pensée, activité, relation interpersonnelle, lieu, personne, situation, occasion, obligation, etc., liés en quelque façon à l'apprendre et au savoir » (1999, p. 3).

b) Le rapport au savoir : des formes d'emploi plurielles selon Rinaudo

Enfin sur la question de l'emploi de la notion rapport au savoir, Rinaudo (2002) a décrit et analysé une collection d'emplois contextualisés réalisée pendant vingt ans par l'équipe *Savoirs et rapport au savoir*. Ce corpus d'étude, arrêté en mars 2002, est composé de 348 extraits de livres, articles et communications publiés, dans lesquels les auteurs emploient au sens strict l'expression *rapport au savoir*. Rinaudo y repère indéniablement la forte progression de l'emploi de cette notion. De trois emplois en 1966 à sept à la fin des années 60, il compte 27 emplois dans les années 70, puis 70 utilisations pour les années 80. Mais c'est dans la période des années 90 qu'il constate l'augmentation exponentielle de l'usage de cette notion, avec 56 utilisations sur l'année 1998 pour un total de 244 emplois pour la période 1990-1999.

Ce chercheur réalise alors une étude lexicométrique de ce corpus, identifiant plus de 5 500 mots différents regroupant plus de 40 500 occurrences. L'expression *rapport au savoir* au sens strict y est, selon lui, employée jusqu'à 560 reprises. Comme les auteurs qui emploient cette notion ont un intérêt spécifique au savoir, il n'est pas surpris que ce soit le mot plein⁸ *savoir* qui soit le plus employé (466 fois). Son étude met en évidence les nombreux qualificatifs qui accompagnent le mot *savoir*, ainsi que son association à d'autres rapports de nature différente. La lecture de l'index le renseigne sur l'omniprésence du champ de l'éducation et de la formation et encore plus précisément du domaine de l'école, en lien sans doute avec l'appartenance des chercheurs à la discipline des sciences de l'éducation.

Rinaudo met en exergue dans ce corpus la prééminence du sujet. Mosconi (Carnus et al., 2020; Mosconi et al., 2000) rappelait à ce propos que l'élément commun des deux équipes ESCOL et *Savoirs et rapport au savoir* est sans équivoque la primauté du sujet dans l'étude du rapport au savoir. Dans la collection étudiée, le sujet désigne en masse les apprenants, puis les enseignants, les chercheurs considérant majoritairement le rapport au savoir des autres.

Les auteurs phares cités comme Freud, Beillerot ou Lacan se rattachant au courant *Psychanalyse et pédagogie* sont retrouvés de prime abord dans le corpus, confirmant l'affirmation de Beillerot qu'on ne peut s'affranchir d'un soubassement psychanalytique dans l'utilisation de cette notion (1996/2020a, p. 73). Rinaudo fait la remarque que l'absence d'autres

⁸ Le mot plein correspond à un verbe, substantif, adjectif, adverbe, par opposition au mot outil qui correspond à un déterminant, pronom, auxiliaire, préposition.

psychanalystes (i.e Winnicott, Klein), n'amoindrit pas leur importance en tant qu'auteurs, mais ils n'apparaissent pas dans l'environnement immédiat de l'emploi de la notion *rapport au savoir*. Le second groupe de références des utilisateurs de la notion appartient au pôle des auteurs qui ont développé cette notion (Charlot, Rochex, Bautier...).

Enfin l'étude de l'environnement de la notion grâce à la prise en compte des cooccurrences montre selon Rinaudo, que les auteurs rattachent la notion de rapport au savoir à un processus, ou au moins à une dynamique de changement ou de transformation. De plus, il fait l'hypothèse que l'usage massif d'adjectifs et de comparatifs autour de la notion serait en lien avec le souci des chercheurs de préciser « ce qu'ils entendent par rapport au savoir ou quel rapport au savoir ils analysent » (Rinaudo, 2002, p. 98). Pour de nombreux chercheurs, la notion *rapport au savoir* est souvent imprécise, voire trop large. Dans cette perspective, « il est sans doute difficile pour un chercheur de considérer le rapport au savoir dans sa globalité. D'ailleurs l'utilisation d'une notion floue, donc ouverte à une incertitude de limites, peut se révéler un excellent outil, porteur de contradictions et de contenants hétérogènes, pour rendre compte de la complexité du monde réel » (Rinaudo, 2002, p. 98).

3.4.5 Quelques éléments de controverse

Des divergences historiques et conceptuelles de cette notion de rapport au savoir sont repérables à plusieurs niveaux. Alors que la question de la singularité semble se référer à la critique de la théorie du handicap socio-culturel et de la problématique du déficit pour le groupe ESCOL, elle renvoie pour l'équipe *Savoirs et rapport au savoir* à une forme de disposition que chaque sujet entretient avec le savoir, c'est-à-dire un mode de relation de plaisir ou de souffrance. L'intérêt des recherches pour cette équipe réside donc dans l'analyse du désir de savoir (inscrite dans les premières relations d'objet) et sur l'explicitation de ce mouvement du sujet vers le savoir.

En outre, l'infléchissement psychanalytique des orientations de l'équipe *Savoirs et rapport au savoir* s'est accompagné de l'instauration d'une controverse autour de la place du rapport à l'autre dans le rapport au savoir. En faisant ouvertement référence à l'ouvrage de Beillerot et al (1996/2020b), Charlot (1997) avance que :

« Après avoir posé l'autre au cœur du désir de savoir, les auteurs régressent vers une interprétation biologisante du désir (...). Il s'agit d'une approche qui entend fonder le désir sur la pulsion (...) et n'introduire le social que dans un second temps ou troisième temps (...). Dans une telle théorisation, la pulsion permet de penser le psychisme sans référence à l'autre (qui n'est introduit qu'au moment de la sublimation). Dès lors, la construction du concept de rapport au savoir suivra les transformations de la pulsion – et ne rencontrera l'autre que dans un deuxième temps, et le social dans un troisième » (p.53-54).

Mosconi (2000) répondra à cette critique en se questionnant sur la légitimité « de parler biologisme dès qu'est employé le terme de pulsion [car] pour Freud lui-même, le concept de pulsion n'est pas un concept biologique (...) [mais] un concept-limite entre le somatique et le psychique » (p. 65). Charlot (1999) poursuivra cette critique de l'approche psychanalytique, qui tout comme la théorie du handicap socio-culturel, ne parvient pas à reconnaître le caractère indissociablement singulier et social de l'histoire scolaire d'un sujet :

« Deux types d'explications borgnes doivent être rejetés : celles qui prétendent rendre compte de la réussite scolaire à partir de la seule origine sociale, en oubliant qu'il s'agit de l'histoire du sujet ; celles qui prétendent tout expliquer en termes de singularité (et qui plus est, parfois, à partir du seul inconscient), en négligeant la corrélation statistique pourtant avérée entre origine sociale et histoire scolaire » (p. 3).

En retour, l'équipe *Savoirs et rapport au savoir* lui reprochera sa théorie d'une « sociologie du sujet » adossée à une sociologie « occultant les modes spécifiques d'organisation du fonctionnement du psychisme » (Mosconi, 2000, p. 61).

Au final, quelque soient la pertinence et le principe de ces critiques, j'ai observé que l'existence même de ces controverses met en évidence que le concept du rapport au savoir est loin de faire l'objet d'un consensus, car ces deux interprétations de la notion s'appuient sur des acceptations et pré-requis théoriques nettement différenciés. Cette notion reste centrale dans les travaux des membres de l'équipe *Savoirs et rapport au savoir* et s'intériorise pour ces derniers, alors que l'équipe ESCOL a tendance à lui substituer des termes plus génériques (rapport au monde, à l'apprendre) ou, à l'inverse plus spécialisés rattachés à une activité ou à ses résultats (expériences scolaire, rapport à la tâche...).

3.4.6 Les modes d'opérationnalisation du rapport au savoir

L'ensemble des définitions présentées plus haut n'aboutit pas à une opérationnalisation simple et univoque. En effet, j'ai pu remarquer à la lumière de ces différents éclairages qu'elles objectivent des relations et des processus plus que des entités fixes. C'est pourquoi il semblerait qu'elles s'opérationnalisent dans des types de populations et des méthodes de recueil de données très variées (Laterrasse, 2002). Il apparaît judicieux de présenter le rapport au savoir comme « un concept pour construire des méthodes ou des situations qui permettent de différencier le rapport au savoir comme processus de production de savoir pour penser et agir » (Beillerot et al., 1996/2020b, p. 147).

Beillerot (1996/2020b) résume de la façon suivante cette posture méthodologique : « Etudier le rapport au savoir est étudier les pratiques de savoir en situation. (...). Le rapport au savoir n'est analysable que dans la relation entre la situation donnée et ce que le sujet produit » (p.150-151). Or cette position est partagée par le groupe ESCOL qui souhaite donner « la parole à ceux qui sont engagés dans les situations et les pratiques (...) [car] dire sa pratique c'est toujours l'interpréter, la théoriser » (Charlot, 1997, p. 13-14).

3.4.7 L'approche socio-anthropologique et le « rapport à l'apprendre »

Cette approche abordée par l'équipe ESCOL s'intéresse particulièrement à la singularité du sujet dans une démarche qui fut caractérisée comme socio-anthropologique. En effet, la question du rapport au savoir a pour origine dans le fait qu'anthropologiquement l'homme apprend depuis qu'il est bébé jusqu'à sa mort. Mais le point central du questionnement de Charlot porte sur la notion d'échec scolaire ou plutôt les élèves en échec scolaire. Cet auteur se situe ici dans une approche centrée sur la sociologie du sujet plutôt qu'une sociologie critique. Le rapport au savoir évoque pour lui une conception du sujet : « le sujet est indissociablement humain, social et singulier » (Charlot, 2003, p. 48).

Il démontre que c'est dans sa capacité d'apprendre que l'enfant « le petit d'homme » construit son rapport au savoir en interaction avec l'autre. Comme Charlot (2003) le souligne : « c'est le sujet qui apprend (nul ne peut le faire à sa place) mais il ne peut apprendre que par la médiation de l'autre (...) et en s'engageant dans une activité » (p. 48). Dans cette citation, même si Charlot ne l'évoque pas, deux composantes du socioconstructivisme sont identifiées : la médiation

(Lenoir, 1996) et l'activité (au sens de Leontiev, 1984). Dans cette intéressante théorisation de Charlot, notamment pour les didacticiens des disciplines scolaires, le sujet apprenant est donc face à des objets de savoirs spécifiques médiatisés par des enseignants (ou des adultes).

A partir de cette réflexion théorique, l'équipe ESCOL a développé de nombreuses recherches empiriques sur la réussite et l'échec scolaire dans les milieux défavorisés en France mais aussi à l'étranger. Les méthodologies utilisées sont toujours qualitatives à partir de bilans de savoir et d'entretiens semi-directifs. Charlot propose plusieurs définitions du rapport au savoir que nous avons présenté précédemment : « (il) est un rapport au monde, à l'autre et à soi-même d'un sujet confronté à la nécessité d'apprendre ; le rapport au savoir est l'ensemble organisé des relations qu'un sujet entretient avec tout ce qui relève de « l'apprendre » et du « savoir », (...) le rapport au savoir est l'ensemble des relations qu'un sujet entretient avec un objet (...) lié en quelque façon à l'apprendre et au savoir » (1997, p. 93-94).

Ainsi dans cette citation il va jusqu'à nommer le rapport au savoir comme un rapport à « l'apprendre ». L'important selon moi dans cette démarche, est que l'élève singulier et ses apprentissages (l'« apprendre ») sont au cœur de la problématique.

3.4.8 *L'approche anthropologique et l'objet de savoir identifié*

A côté de ces deux premières conceptions du terme rapport au savoir, une troisième est retrouvée chez un didacticien des mathématiques Yves Chevallard. Dans *Recherches en didactique des mathématiques*, son approche distingue un rapport personnel et un rapport institutionnel à un objet de connaissance (Chevallard, 1992). Il avance qu'un objet n'existe que dans une institution, qui, pour ce chercheur, peut avoir une grande extension : l'école, mais aussi la famille, le cours, les travaux dirigés etc. En effet, quand un sujet est ou entre dans une institution, il devient « assujetti » à cette dernière ; c'est pourquoi l'objet se met alors à vivre pour le sujet qui développe un rapport personnel à cet objet. Ce rapport peut par ailleurs se transformer et cela correspond alors à l'apprentissage.

Un « bon sujet », selon la terminologie de Chevallard, est celui qui a un rapport personnel en lien avec le rapport institutionnel audit objet. Cette théorisation va conduire ce chercheur à formaliser et à définir une anthropologie didactique de la connaissance. Il remarque que les

rapports institutionnels à un objet donné sont souvent décrits dans les programmes et instructions officielles en France, ainsi que dans les manuels, mais aussi les savoir-faire appris précédemment et leurs conditions d'application. Aussi, face à des objets de savoir institutionnels scolaires, Chevallard avancera que les enseignants se construisent également un rapport personnel comme les élèves.

3.4.9 L'approche didactique dans les rapports aux savoirs des élèves et des enseignants

Une dernière approche du rapport au savoir est retrouvée née de l'insatisfaction de chercheurs dans le fait de traiter l'élève comme un sujet épistémique, sans aucune individuation (Caillot, 2001), que ce soit à travers les recherches sur les représentations personnelles des concepts scientifiques ou sur la résolution de problèmes. Cela correspond à la période où Charlot publie son ouvrage théorique de 1997.

Des nouvelles recherches sont lancées (Albe & Venturini, 2002; Chartrain, 2003; Chartrain & Caillot, 2002; Jelmam, 2002) : quels types de rapports ont les élèves sur tel ou tel concept scientifique ? Quels sont les rapports aux savoirs des enseignants ? Des rapports aux savoirs disciplinaires qu'ils ont appris et qu'ils doivent faire apprendre ? Et les rapports aux savoirs professionnels acquis lors d'une formation professionnelle ou sur le tas ?

a) Des rapports aux savoirs des élèves

Chartrain (2003) rédige une thèse sur le rapport au savoir d'élèves de cinquième année du primaire à propos du volcanisme. Sa méthodologie s'inspire des travaux du groupe ESCOL en une demande de bilans de savoir, accompagnées de questions sur l'apprendre : « qu'est-ce que tu as appris jusque-là ? Qu'est-ce qui est important à l'école ? Qu'est-ce qu'apprendre pour toi ? Qu'est-ce que tu te sens capable d'apprendre ? ». Il va poser ces questions avant et après apprentissage afin de construire des caractéristiques de rapport à l'apprendre. Il utilise des bilans de savoir classiques, associés à deux outils appelés « Mes décisions pour réussir mon année » et « Je suis un(e) élève à l'école », ce dernier permettant de recueillir des informations sur le sens que l'élève donne à l'école. Suite à l'analyse du corpus, il définira trois pôles et fera l'hypothèse que le rapport au savoir au savoir n'est « pas structuré par une logique unique, et [que] ceci lui confère une certaine plasticité s'inscrivant contre tout déterminisme » (Chartrain,

2003, p. 25). Il va par la suite relier les rapports aux savoirs sur le volcanisme avec le changement conceptuel constaté. Des données recueillies avant et après apprentissage, il constate des conceptions différenciées. Certains élèves, ayant un rapport épistémique positif à « l'apprendre » d'après les bilans de savoir, ont une approche plus globale. Ce rapport positif se caractérise soit par une vision utilitariste du rôle de l'école, soit par le plaisir que l'élève a à aller à l'école pour apprendre (pôles 1 et 2).

Jelmam (2002) étudie, quant à lui, le rapport à la foudre des élèves de deuxième année de secondaire en Tunisie. La foudre est travaillée en cours de physique comme une décharge électrostatique entre la partie inférieure de nuages chargés négativement et la Terre chargée positivement. Or dans la culture populaire tunisienne, et certaines religions, la foudre est appréhendée comme un châtiment de Dieu. Quel peut être alors le rapport au savoir sur la foudre de ces élèves issus d'une culture à la fois rurale et musulmane ? Des entretiens semi-directifs ont permis d'identifier une typologie d'élèves, où Jelmam montre que les rapports aux savoirs sont construits de manière identitaire et qu'ils peuvent donc entraîner un refus d'apprentissage. En effet il est délicat pour un jeune élève de se couper de la culture de ses parents ou de la culture religieuse présente, voire de ses camarades de classe qui pensent différemment. Cet exemple de recherche peut s'interpréter comme relevant de l'analyse anthropologique de Chevallard où se côtoieraient deux rapports institutionnels à la foudre en concurrence l'un avec l'autre : le premier rationnel de l'école et le deuxième de la croyance religieuse. Cet état de fait renvoie au final les élèves à deux injonctions contradictoires, que Jelmam a dénommé la double contrainte (*double blind*), chacun niant l'existence de l'autre.

b) Des rapports aux savoirs des enseignants

Il est reconnu qu'un enseignant a de nombreux rapports aux savoirs : rapports aux savoirs académiques appris au cours de ses études et qu'il doit faire apprendre aux autres, rapports aux savoirs professionnels acquis dans une formation professionnelle ou sur le terrain, ces derniers se déclinant en de multiples savoirs (savoirs didactiques, savoirs de gestion de classes et de conflits, savoirs administratifs...). De ce fait plutôt que des rapports à l'apprendre, ce constat met en évidence des rapports au « faire apprendre », ainsi qu'à des rapports de savoirs professionnels, c'est-à-dire à tout ce qui gravite autour de la professionnalité des enseignants (Caillot, 2014).

Cependant le rapport au savoir académique reste fondamental pour les professeurs spécialistes d'une discipline (Bronnet, 1997). Quel peut bien être le rapport au savoir personnel à un objet disciplinaire d'un professeur ? Question sans doute incongrue. Mais la raison est que l'enseignement de cet objet a fortement évolué ces vingt dernières années (y compris à l'université), entre le moment où ces professeurs ont été formés et le moment où ils l'enseignent. Le rapport institutionnel a donc évolué, ainsi que la transposition didactique qui s'en est suivi. Plusieurs études (Berdot & Blanchard-Laville, 1996; Bernard, 2008; Maizières, 2012) ont montré que le rapport au savoir est un marqueur à la fois identitaire et épistémique.

Comme dernier exemple, je peux citer la recherche doctorale de Bernard (2008) qui utilise une méthodologie basée sur les récits de vie. Ce chercheur s'intéresse à six professeurs de biologie à leur rapport à l'apprendre et à l'école, à leur rapport à la biologie et aux pratiques de laboratoire, mais aussi à leur rapport aux êtres vivants. La biologie apprise lors des études étant plus mobilisatrice pour les professeurs que la biologie enseignée, Bernard montre que ces professeurs se sentent mal à l'aise (voire en souffrance psychique) par rapport à ce qu'ils ont appris au cours de leurs études universitaires, produisant chez certains « une forme de maltraitance institutionnelle », que l'on retrouve par ailleurs dans le cadre de l'approche clinique d'inspiration psychanalytique (Berdot & Blanchard-Laville, 1996).

3.4.10 Focus sur l'approche clinique et le désir de savoir

Dans cette approche largement utilisée et développée par l'équipe de recherche *Savoirs et rapport au savoir*, le rapport au savoir est donc lié au désir de savoir où le savoir y apparaît comme un objet de désir parmi d'autres objets. Ce savoir a donc la caractéristique d'être distinct du sujet et extérieur à lui. Mosconi (1996/2020a) précise à ce propos que « l'apprentissage est appropriation de l'objet de savoir par le sujet et cette appropriation est une sorte de récréation de l'objet dans le sujet apprenant qui le transforme en objet interne » (p. 85).

Mais le désir **de** savoir n'est pas le rapport **au** savoir. Comme le souligne Beillerot (2000), le rapport au savoir peut être défini comme le « processus par lequel un sujet, à partir de savoirs acquis, produit de nouveaux savoirs singuliers lui permettant de penser, de transformer et de sentir le monde naturel et social » (p. 51). Les chercheurs de l'équipe *Savoirs et rapport au savoir* ont développé ainsi un grand nombre de recherches empiriques aussi bien chez les élèves

que chez les enseignants. Par exemple, l'une des premières recherches rapportée par Beillerot est l'étude d'Eugénie (élève de sixième) qui concerne l'apprentissage de langues étrangères avec un focus sur l'allemand. Par l'intermédiaire d'un entretien en profondeur, l'auteur a pu ainsi mettre en évidence les différences dimensions du désir de savoir et du désir d'apprendre un objet inconnu jusque-là. Il a complété son étude par d'autres entretiens avec les parents et le frère d'Eugénie, pour démontrer que le rapport au savoir, dans une perspective psychanalytique, est une histoire dans les familles et donc reliée à la notion de filiation familiale.

Cette approche est ambitieuse car elle s'intéresse au sujet singulier en situation dans sa dynamique à la fois psychique et sociale. Ces auteurs vont également montrer qu'il existe un processus par lequel la « relation » au savoir se fait « rapport » au savoir. Au final j'ai retenu cette approche clinique pour ma propre recherche, la dimension inconsciente semblant trop centrale selon moi pour adopter un point de vue uniquement sociologique.

3.4.11 Désir, désir de savoir, désir d'apprendre

a) Le désir du Moi

Dans la recherche d'une conceptualisation du rapport au savoir ou de l'apprentissage, les chercheurs s'appuient sur une pluralité de notions qui, au final, tentent toutes de désigner la même chose : curiosité, pulsion, envie, besoin, passion, élan, motivation, mouvement, désir, appétit, volonté. A ce propos, Beillerot (1996/2020a) défend tout d'abord l'idée de la permanence du désir dans notre quotidien en s'appuyant même sur un article journalistique interrogeant le désir de lire, ce dernier mettant en interrelation, imaginaire, langage et désir (Marmande, 1994). Il conteste également la validité des notions et concepts voisins ou proches :

« Le besoin est trop physiologique, la pulsion trop biologique, l'un et l'autre trop mécaniques, la motivation est quant à elle trop psychologique. La curiosité et l'envie sont trop banales ou encore du langage commun (malgré l'école kleinienne) et surtout trop restreints pour rendre service dans le champ du savoir » (Beillerot, 1996/2020a, p. 52).

Alors pourquoi le désir ? Un besoin cela se satisfait, un désir justement pas...Le désir est fondamental, c'est l'essence même de l'homme pour persévérer dans son être. Ainsi ce désir renvoie aux notions de plaisir, de jouissance et de souffrance. C'est d'abord un regret de quelque chose que l'on n'a plus, et le désir sera alors tendance constante vers l'objet qu'on se représente.

Selon Beillerot (1996/2020a), ce désir se rattache à un processus hallucinatoire, la recherche d'une première expérience jamais retrouvée oblige le sujet à la récréation par hallucination et sa seule satisfaction possible proviendrait alors des activités de substitution et de leurs objets.

« Ainsi le désir de savoir serait se suffire d'un savoir à la place de quelqu'un : phénomène qui montre les liens profonds entre apprendre et frustration ; nombre d'inhibitions et d'impossibilités d'apprendre ont leur source dans l'insuffisante construction de la tolérance à la frustration » (Beillerot, 1996/2020a, p. 67).

Pour Beillerot (1996/2020a), le rapport au désir contient la fascination du désir ; dès lors il n'y a pas de désir de savoir sans les autres facettes du désir de non savoir et du non désir de savoir « je veux ne pas savoir et je ne veux pas savoir » (p. 65). Mais ces arguments ne doivent pas masquer une part plus intime dans notre choix, comme le souligne Beillerot (1996/2020a) « si je choisis le terme de désir, c'est que je désire le désir, je désire ce mot et pas un autre » (p. 51). Pour ces chercheurs, le rapport au savoir est donc lié au désir de savoir où le savoir y apparaît comme un objet de désir parmi d'autres objets. Mais ce désir est-il inconscient ? Ou peut-on parler d'un « ailleurs de la conscience, inconscient tout tissé d'appétit, d'inhibitions, d'émotions, de plaisirs, de manques et de souffrances ? » (Beillerot, 1996/2020a, p. 68).

Quelle est la visée du désir de savoir ? Si l'on part du postulat de Beillerot (1996/2020a) que le désir prévaut sur l'objet, le savoir sera alors objet de maîtrise ; ce n'est pas le savoir qui est voulu comme objet de satisfaction mais l'idée de savoir. Le désir de savoir se développe pour faire face à la frustration entraînée par l'absence de l'objet, partiel puis total. Il est à la fois une forme de compensation, sur fond de manque et de deuil et une source inépuisable. L'auteur fait l'hypothèse que cette séparation devient source du désir de savoir. Il avance également l'idée que, si dans l'histoire d'un sujet, la frustration n'est pas suffisamment compensée par ce désir, le socle des apprentissages de savoirs ultérieurs peut être profondément perturbé.

Par ailleurs comment le désir de savoir choisit tel ou tel objet en savoir ? « Quels rapports le sujet entretient-il avec *l'élection*⁹ de ses objets : rapport défensif, jubilatoire, explicite, occulte, soumis, etc., restent des questions ouvertes » (Beillerot, 1996/2020a, p. 71). Or à l'étape suivante, les processus de sublimation s'installent. La nature de la pulsion évolue et de

⁹ En italique dans l'ouvrage.

désexualise, c'est-à-dire que le plaisir de la représentation se substitue au plaisir d'organe, et le but se transforme jusqu'à devenir socialement acceptable (Beillerot, 1996/2020a).

Dans sa réflexion, Beillerot souligne bien la primauté du désir **de** savoir et non du désir **du** savoir. Pour l'équipe de recherche *Savoirs et rapport au savoir*, la notion de rapport au savoir prend donc son origine dans la psychanalyse et dans la théorisation de la relation d'objet, du désir et du désir de savoir, puis de l'inscription sociale de ces termes dans des rapports (reliés au psychologique et au social). « Il n'y a de sens que du désir » (Beillerot, 1996/2020a, p. 73).

b) Relation d'objet et rapport au savoir

Par ailleurs comment la relation d'objet devient-elle rapport au savoir ? Qu'est-ce qui, permet de passer de la relation d'objet à la relation à l'« objet-savoir » ? Tout d'abord la notion de relation d'objet peut se définir comme le mode de relation du sujet avec autrui, marqué par les mouvements pulsionnels, la personnalité du sujet, sa vie fantasmatique et ses mécanismes de défense associés (Mosconi, 1996/2020a). En rapport avec le concept de pulsion, Freud (1915/1968) dans *Pulsions et destins de pulsions* différencie quatre termes : la poussée, facteur moteur de la pulsion ; la source correspondant à un processus somatique localisé dans un organe et dont l'excitation est représentée dans la vie psychique par la pulsion ; le but à visée de satisfaction ; l'objet qui permet à la pulsion d'atteindre son but.

Il faut entendre par « objet » ici, soit un objet réel ou imaginaire, soit une personne, soit un objet fantasmatique, soit un objet partiel ou total. Si nous partons du postulat que les tendances pulsionnelles existent dès le début de la vie, alors la relation d'objet peut être perçue comme corrélative à la pulsion, en tant que processus très primaire de la construction psychique. C'est l'aboutissement d'un développement, celui du passage d'une relation d'objet partiel, le sein, à une relation d'objet total, la personne entière de la mère (Mosconi, 1996/2020a).

Dans la relation d'objet, je retrouve ici un lien spécifique entre la nature de l'objet et le but de la pulsion, mais aussi entre le sujet et l'objet. Freud (Contou Terquem, 2015) montre l'existence de trois types de relation d'objet en fonction des processus de maturation pulsionnelle : « orale » marquée par un but qui est incorporer (relation érotique orale) ou dévorer (relation sadique orale) ; « anale » sous la forme d'« une poussée à l'emprise » se distinguant avec peine de la haine ; « génitale » regroupant l'amour de l'objet à l'opposé de la haine.

Rappelons que les auteurs anglais comme Mélanie Klein ont mis en lumière la primauté de l'objet partiel et donc le « clivage » de l'objet en « bon » ou « mauvais » objet. Winnicott (1971a), quant à lui, décrit physiologiquement la constitution de la relation d'objet en insistant sur l'influence qu'exerce l'environnement primaire. Il avance dans un premier temps que la dépendance du nourrisson, par rapport à l'objet maternel, est absolue, et que peu à peu au cours de la première année de vie, cette dépendance va évoluer en diminuant. Dans cette période de dépendance, le bébé vit confondu avec l'« objet » (la mère ou son sein). Puis survient un stade de « répudiation » de l'objet, en tant que « non-moi ». Le petit enfant, selon Winnicott, va séparer la mère du « Soi » et l'envisager comme un objet existant séparément de lui. C'est à cet instant que va se créer une relation d'objet véritable. Cette théorie des objets et des phénomènes transitionnels de Winnicott est la base de cette question du passage de la relation d'objet à la relation d'objet-savoir pour Mosconi (1996/2020a).

Comme je l'ai évoqué précédemment, « la pulsion peut se déplacer d'un objet à un autre et trouver par rapport à son objet primaire, un objet de substitution pour sa satisfaction » (Mosconi, 1996/2020a, p. 79). Ici se situe la source de la sublimation où l'objet primaire se substitue à un objet de remplacement, valorisé par la culture. Pour rappel, Freud a montré comment, lors de la crise œdipienne, l'objet « savoir » va se substituer au désir de l'objet œdipien pour permettre une satisfaction substitutive à la satisfaction impossible du désir œdipien. Puis, dans ce mouvement où le bébé sépare l'objet maternel du Soi, apparaît « un espace potentiel, espace qui peut devenir une aire infinie de séparation, espace que le bébé, l'enfant, l'adulte peuvent remplir créativement en jouant, ce qui deviendra ultérieurement l'utilisation heureuse de l'héritage culturel » (Winnicott, 1971a, p. 150).

C'est pourquoi Mosconi (1996/2020a) défend l'hypothèse que le passage de l'objet maternel à l'« objet savoir » s'effectue selon les mêmes modalités que l'objet transitionnel. D'après elle, le savoir est dans la lignée, comme d'autres éléments, de la culture d'une personne, de l'objet transitionnel et du jeu (*playing*) et est l'un des moyens de « maintenir à la fois séparées et reliés l'une à l'autre réalité intérieure et réalité extérieure » (Beillerot et al., 1996/2020c, p. 8). Le savoir permet la distinction claire entre fantasme et fait réel, objets internes et externes. Il va agir comme un médiateur entre la réalité psychique personnelle et la réalité extérieure partagée.

On assiste alors à une métamorphose de l'objet investi qui transforme la relation primitive à l'objet savoir. Pour Cornelius Castoriadis (1999), la socialisation de la psyché (à travers la crise

œdipienne), va substituer à des objets privés plus ou moins imaginaires, des objets et significations publics. Sa théorie de la sublimation propose le remplacement de ces objets privés de savoir (les théories sexuelles infantiles) par des objets du savoir commun qui sont reconnues par leur institution sociale. Cette relation à l'« objet savoir » devient donc aussi « rapport au savoir », en ce que cette accession différentielle au savoir commun est vécue par le sujet comme ce qui lui permet d'accéder à une position sociale, dans une institution et un système. Car « l'accession au langage et au savoir communs est un des éléments essentiels de la transformation du sujet en individu social » (Beillerot et al., 1996/2020c, p. 9).

3.5 Et la formation au care pour les futurs praticiens ?

3.5.1 Formation, soin psychique et care

a) Des rencontres de hasard ou de structure ?

A propos de l'apprentissage du prendre soin, Pechberty (2009) propose quelques repères sur les liens existants entre le désir de former autrui et celui de soigner. Bien que ces deux domaines, soient intrinsèquement différents, cet auteur avance qu'il existe des glissements, des confusions, mais aussi des résonances entre la formation d'autrui et l'imaginaire rattachés aux domaines du soin, du thérapeutique et de la guérison. En effet, il fait l'hypothèse que, sur le plan clinique, l'acte de formation est composé d'attitudes, de scénarios psychiques et de fantasmes proches du soin, ou du champ thérapeutique.

Sur le propos de la transmission des savoirs, Beillerot (1988) a tout d'abord ouvert cette piste en rattachant d'une part l'information et les connaissances à l'enseignement et d'autre part les liens avec autrui à la formation, mais en décrivant son caractère impossible, au sens où on ne peut jamais apprécier l'usage que fera l'autre des savoirs transmis. Toute formation comporte ainsi une part immaîtrisable, en raison de l'altérité du sujet en formation.

Kaës (1973) souligne, quant à lui, le caractère passionnel du désir de former, ou pulsion à former, dans l'idée de vouloir influencer et transmettre une part de soi précieuse et narcissique, à autrui. Cet auteur montre de quelle manière cet acte de former mobilise des désirs conscients et inconscients qui animent des fantasmes créateurs ou destructeurs concernant le désir du sujet qui souhaite se former. Il met également en évidence l'ambivalence accompagnant les

changements induits par l'apprentissage chez le sujet en formation, celui-ci désirant apprendre et redoutant simultanément d'être « déformé » par cette transformation.

Pechberty (2009) opère alors un rapprochement avec le fantasme thérapeutique de la manière suivante : les désirs de former et de soigner partageraient, chacun à leur façon, la volonté de « développer les capacités optimales de vie » du sujet (Kaës, 1973, p. 68). Pour lui, les différences entre les métiers choisis, éducatifs, enseignants ou soignants, seraient assujettis à des recherches sur la spécificité des modèles et des indentifications inconscientes en jeu chez les sujets en formation.

De nombreux travaux en sciences de l'éducation ont pour objet d'opérationnaliser la mise en lien du soi-enseignant avec le soi-élève ou le soi-enfant inconscient dans l'exercice des pratiques professionnelles (Blanchard-Laville & Pestre, 2001), le soi se définissant ici par l'unité psychique dynamique et intégrative des différentes instances de l'appareil psychique décrites par S. Freud. A ce jour, les questions concernant le rapport au savoir mobilisé par les postures de l'enseignant, de l'éducateur et du soignant, croisent des travaux classiques issus du champ de la psychologie clinique en lien avec la relation thérapeutique. Je remarque que les deux dernières postures sont bien moins étudiées que la première, constat en adéquation avec mon objet de recherche.

Dans le cadre de l'étude du triangle médecin-malade-maladie élargie à la relation thérapeutique grâce aux travaux de Balint (1973) et Valabrega (1962), le soin de type médical peut être relié à la vulnérabilité, c'est-à-dire la partie inconsciente du soi-professionnel du soignant, à la fois somatique et psychique, une partie en souffrance à guérir ou à réparer chez le patient, mais aussi en miroir chez le praticien.

Dans son texte *Petite galerie de portraits de formateurs en mal de modèles*, Enriquez (1981) présente son analyse des rencontres entre les configurations sociales et les scénarios psychiques archaïques mobilisés chez un formateur. Il insiste sur la présence de scénarios thérapeutiques parmi les scénarios fantasmatiques « normaux » des formateurs et la dérive éventuelle du désir formatif vers le modèle thérapeutique. En effet, le deuxième portrait décrit correspond au formateur-thérapeute (axé sur le désir de guérir et de restaurer l'intégrité blessée de l'autre), le troisième, proche du thérapeutique, est celui du formateur-accoucheur, le sixième renvoie au formateur-réparateur car orienté vers le dévouement. Enfin, le huitième portrait identifie le

formateur-destructeur (l'effort pour rendre l'autre fou), ou plus exactement l'anti-thérapeutique. La dimension thérapeutique reste ici au final omniprésente dans le désir de former, tout particulièrement auprès des publics fragilisés et vulnérables.

Dans ces scénarios, il s'agit avant tout de réparer l'autre blessé par la société ou l'histoire familiale. Pour Enriquez (1981), la transformation du sujet en formation en malade, ayant besoin d'être soigné ou réparé, entraîne le formateur dans une position de toute-puissance aliénante envers l'autre. Cependant « imaginer soigner l'autre, c'est aussi soigner certains éléments de sa propre identité mise à mal, de son soi-professionnel et privé, à la place d'une élaboration psychique de la pratique professionnelle qui n'a pas eu lieu. » (Pechberty, 2009, p. 45).

Selon Pechberty, il n'y aurait plus alors de différenciation entre les professions et cette dimension thérapeutique réunirait les fonctions soignantes, éducatives et enseignantes. Sachant que l'avantage de la recherche clinique, c'est qu'elle permet de distinguer de manière claire le scénario thérapeutique du soin psychique.

b) Vers le *care*

Pour rappel, Winnicott (1988b) avance que le *care* met en scène la résonance induite chez le praticien de la dépendance obligée du sujet, qui se trouverait au cœur de la dimension relationnelle des métiers thérapeutiques, éducatifs ou du travail social. Ce transfert, ce *holding* inconscient (renvoyant au *holding* maternel), serait le support indéfectible de la totalité de ces métiers qui sont en lien avec la dépendance, c'est-à-dire le soin, l'éducation et le travail social.

Selon cet auteur, le *care* souligne cette nécessité psychique qu'a le patient ou l'utilisateur de dépendre du praticien. C'est ce besoin de dépendance qui mobilise le *care* du professionnel et qui le distingue du *cure*, remède, en tant que savoir appliqué de l'extérieur. Pechberty (2009) en déduit qu'il s'agit bien des formes du *care*, du soin, du souci de l'autre et des enjeux inconscients qui interviennent dans les pratiques soignantes, d'éducation, de travail social et d'enseignement. La finalité ici de Winnicott (1988b) est de promouvoir le *care*, terme non psychanalytique, utilisé pour désigner la relation du médecin au malade (ou du travailleur social à la personne accompagnée), afin de valoriser les enjeux psychiques liés à la demande de soin psychique. Encore une fois, le *care* se distingue du *cure*, du thérapeutique, pour mieux faire admettre aux professionnels la part d'inconscient qui régit leur travail.

3.5.2 Quelle place pour les savoirs d'expérience dans les formations du soin et de l'accompagnement ?

a) Savoirs expérientiels : de quoi parle-t-on ?

Aujourd'hui il est reconnu que les praticiens ou professionnels de terrain développent un « savoir » spécifique qui est la carte de visite de leurs compétences professionnelles ; un « savoir » souvent désigné sous le nom de savoir d'expérience, ou de savoir « pratique ». En effet à l'inverse des approches traditionnelles de recherche en pédagogie des sciences de la santé centrées sur l'évaluation et la mesure, plusieurs études participative et qualitative montrent que le développement des compétences s'appuie en grande partie sur la construction, l'explicitation et la mise en œuvre de savoirs d'expérience (Aloisio Alves et al., 2020; Piot, 2015).

Mais de quoi est composé ce « savoir pratique » ? Peut-il exister réellement en tant que savoir constitué ? Ce « savoir » serait le résultat de la retraduction sur le terrain par les praticiens, des théories, ou des recherches récemment produites dans le champ du soin. Ainsi comme l'explique Tochon (1992, p. 34), « Dans la perspective dualiste habituelle, le transfert de connaissances est inhérent au passage “descendant” des résultats de la recherche à des savoirs pratiques, mais la contextualisation des savoirs est indispensable pour les transformer en connaissance pratique ».

Villers définit le savoir comme « un corps de connaissances autonomes, formalisées dans un “discours constitué” (dans le sens de Charlot), présentant un caractère de prédictibilité et d'anticipation des phénomènes ultérieurs » (1996, p. 285). Selon cette auteure, le savoir est transmissible en dehors du contexte de sa production, car un savoir transmis n'est pas pour autant un savoir intégré. Son propos est de sensibiliser les lecteurs à la difficulté de transmettre un tel « savoir » car celui-ci n'existe pas en tant que discours constitué.

Grâce à la réalisation de vingt-sept entretiens semi-directifs auprès d'instituteurs maîtres formateurs, elle a découvert que l'apprentissage débutait par l'utilisation d'outils, de techniques, de recettes véhiculées dans un discours et donc pouvant être transmis. Ces outils (recettes, procédures, techniques...) sont situés à l'interface de la théorie et de la pratique et sont même nommés par l'auteur comme des « proto-savoirs ». Issus de l'action, ces « savoirs » **de la** pratique s'en détachent pour l'explicitier mais ne la dépassent pas pour l'expliquer, se

situant à la frontière du monde des idées. Cette classe d'« objets » répond *in fine* à la question du « comment faire ? ».

Puis, Villers différencie une autre classe, les savoirs **sur** la pratique, c'est-à-dire les savoirs sur les actions de terrain des praticiens (activités de soin, d'éducation, d'enseignement), produits par la recherche. Véritables ressources indispensables à l'élucidation et à la compréhension de ce qui se passe sur les terrains, ces savoirs ont pour finalité de connaître et d'expliquer le sens et la portée des résultats de l'action. Cependant même si ces savoirs sur la pratique sont indubitablement distincts des savoirs de la pratique, ils ne peuvent évoluer les uns sans les autres.

b) Mobiliser les savoirs expérientiels pour la recherche et la formation des professionnels des métiers du lien : quelques exemples

La recherche participative d'Aloisio Alves et al (2020) propose une contribution centrée sur le rôle des savoirs d'expérience dans le développement des compétences professionnelles dans le domaine de la santé. Le constat de ces chercheurs est le suivant : le contexte de l'explosion exponentielle des maladies chroniques, de la prévalence marquée de la comorbidité au sein des populations, ainsi que l'impact conséquent des facteurs psychosociaux et économiques sur la santé, engendrent la nécessité vitale de compétences nouvelles chez les soignants et même chez les patients.

« Acquis au cours de l'insertion dans les terrains de pratique, transmis dans le “feu de l'action”, par imitation, par observation, par essais-erreurs, les savoirs d'expérience sont peu à peu incorporés et prennent dans la pratique des professionnels des formes beaucoup plus élaborées que celles décrites dans les procédures et les protocoles » (Aloisio Alves et al., 2020, p. 54).

Or la technique biomédicale de soin au corps rejoint la technique relationnelle avec le patient, mais également avec les autres professionnels du soin ; cette juxtaposition, soins et relations interpersonnelles, génère un sens spécifique à l'exercice du métier de soignant apportant des incidences sur la façon dont les sujets se forment à ces métiers.

Selon ces mêmes chercheurs, l'abordage des savoirs expérientiels peut se réaliser par le biais de la biographisation, qui constitue le dévoilement des savoirs acquis par le sujet au cours de

sa vie, ou également par l'analyse de tâche, qui permet de dégager la construction des savoirs requis pour son accomplissement adéquat. Une multiplicité d'instruments d'investigation comme l'entretien d'explicitation ou l'instruction au sosie est disponible selon eux, pour développer la capacité à verbaliser des savoirs expérientiels d'un sujet associés à la réalisation d'une activité.

Cependant des difficultés peuvent émerger, d'après ces auteurs, à travers l'analyse du vécu, de l'expérience et des savoirs de l'expérience, puis que ce sont des connaissances hautement individuelles et contextuelles, construites à partir de l'action dans le quotidien, ces savoirs étant délicats à énoncer, ce qui les dérobe davantage à leur légitimité et leurs valeurs sociales. De plus, la prise de distance critique du professionnel relativement à son savoir peut introduire le risque de diminuer sa validité en ce qui concerne la situation professionnelle.

Piot (2015), quant à lui, s'est intéressé aux ressources mobilisées par des néo-professionnels infirmiers quelques mois après leur prise de fonction. D'après cet auteur, la notion de développement professionnel est composée de deux logiques hétérogènes mais complémentaires : la première plutôt rationnelle et instrumentale visant la consolidation des compétences construites en formation initiale, la deuxième liée à la construction identitaire et d'acculturation professionnelle.

Piot met également en relief que le *cure*, qui vise à la guérison de la maladie en reposant sur des connaissances médicales validées, est plus souvent invoqué que le *care*. Il décrit par ailleurs ce dernier sous la forme d'une activité discrétionnaire, associant l'intention d'agir du professionnel, son *éthos* soignant, avec le soin adressé au patient mais dans sa dimension relationnelle.

Cette étude (Piot, 2015) dont le cadre théorique est celui de la didactique professionnelle, s'appuie sur une enquête ergonomique qualitative basée sur la réalisation de quinze entretiens d'explicitations auprès de néo-professionnels infirmiers d'une même promotion. Les entretiens ont porté sur deux situations de travail : l'une sur une situation emblématique et récurrente dans le service de soin de l'enquêté, la deuxième sur une situation professionnelle difficile choisie par l'enquêté (avec un événement critique).

Les résultats mettent en évidence deux grands registres de ressources pour les néo-professionnels infirmiers qui leur permettent de conduire leurs activités une année après leur prise de fonction : le registre des ressources pragmatiques ordinaires afin d'être efficace face aux exigences immédiates des situations de travail et celui des ressources d'analyse clinique professionnelle réflexive, assimilé à un savoir-agir professionnel de haut niveau permettant de problématiser des situations de soin complexes (processus désigné par le « raisonnement clinique ») (Piot, 2015).

c) Le care, un savoir expérientiel ?

En lien avec mon objet de recherche, que faut-il faire pour *prendre soin* d'une personne ? Il s'agit bien ici de la construction et de la mise œuvre de savoir-faire diversifiés et pertinents par rapport à un objectif donné, le *care*. Ces habilités identifiées ou savoir-faire pluriels sont sans doute le résultat d'un processus d'intégration des apprentissages qui donnent à l'individu une capacité « à faire quelque chose » d'adapté pour les autres (*prendre soin* de l'autre) dans un contexte donné. Comme nous le rappelle Eyland dans sa recherche sur l'activité des infirmiers libéraux, « le *care* est un savoir qui se construit dans les expériences de vie, les expériences de travail, et donc au cours de la formation [...] » (2017, p. 1).

Prendre soin d'une personne en lien avec le concept d'accompagnement, est donc une question de posture à vivre et à expérimenter. Dans la relation d'accompagnement, la posture attendue est composée d'accueil, de compréhension, d'engagement et de veille (Paul, 2016). Ces multiples capacités s'établissent sur quelques principes : posture de non-savoir (pour échapper à cette toute-puissance du soignant), de dialogue (dans le sens dialogue conscientisant), d'écoute (comme processus de délibération interactive), de posture tierce (juste distance) et émancipatrice (au sens facilitateur de liberté et d'autonomie).

Et si les savoirs du *care* étaient par nature insaisissables car entièrement immergés dans l'action ? Ce « sont des « savoirs » qui se *sentent*¹⁰, qui se *ressentent*, qui *viennent* ou qui ne *viennent pas* » (Villers, 1996, p. 294). Les nommer, c'est sans doute les réduire, les détruire car ils sont, par définition, singuliers et contextualisés. Dominique Villers explique que si le savoir-faire est l'aboutissement d'un processus, c'est aussi une réalité intégrée (au sens où on ne peut la « découper » en constituants simples), qui « modifient profondément et conjointement le

¹⁰ En italique dans l'ouvrage.

praticien et la réalité dans laquelle il est plongé » (1996, p. 293). Il s'agit ici donc de « pratiques » et non de « savoirs pratiques » pour l'auteur. Car une pratique est une attitude unique et personnelle. De ce fait elle devient, de par son appropriation par le praticien, un objet particulier et original et intransmissible dans sa nature initiale.

Le propos de Villers ici est de défendre l'idée que les savoirs sur la pratique ont bien pour but de connaître en partie les procédés d'action (ici à visée du *care*), voire de mesurer ce qu'ils valent, mais ils ne peuvent plus aujourd'hui, se présenter comme des théories destinées à orienter l'action que l'apprenant mettrait simplement en œuvre sur le terrain. Les apprentis-praticiens (ici les étudiants de métiers du lien) sont donc bien producteurs de « savoirs » spécifiques qui s'élaborent à l'interface du monde symbolique et du monde matériel. Au final, « il ne suffit pas de savoir pour faire, il faut également faire pour savoir et pour savoir faire » (Villers, 1996, p. 299).

d) L'expérience du soin aux personnes et la construction du rapport au métier de soignant

Si la formation des professionnels de soin est sans contexte un enjeu social majeur, je l'ai présenté dans le premier chapitre de cette étude, l'expérience de la pratique soignante comporte donc des dynamiques contributives de l'apprentissage du métier et du développement professionnel. Sur cette idée, De Miribel et Neuville (2020) se sont interrogés sur les liens entre expérience et apprentissage au service de l'élaboration du sujet professionnel, dans le cadre d'une enquête (au sens de Dewey), à partir du discours de deux groupes de soignants distincts (étudiantes sages-femmes en quatrième année et néo-infirmiers en psychiatrie).

Dans un premier temps, ils mettent en évidence que la notion de rapport au métier fait écho à celle de « rapport au savoir » avec le sujet en place centrale, pour analyser des apprentissages présents dans un « rapport au monde, rapport au soi, rapport aux autres » (Charlot, 1997, p. 91). Dans le contexte des étudiantes sages-femmes et infirmiers novices en psychiatrie, la construction du rapport au métier renverrait, selon eux, « au vécu subjectivement significatif du soin aux personnes, à ce que le sujet soignant ressent, comprend et interprète de l'exercice de son métier » (de Miribel & Neuville, 2020, p. 23).

Une première investigation consacrée à l'apprentissage expérientiel en études de sages-femmes lors d'un stage en santé communautaire en Afrique, est menée auprès de six étudiantes avec un corpus composé de douze entretiens semi-dirigés (avant et après le stage). La seconde recherche a, quant à elle, reposé sur une démarche d'observation participante durant trois années dans un établissement public de santé mentale, complétée par trente-six entretiens semi-directifs à visée compréhensive, auprès de néo-professionnels infirmiers exerçant en psychiatrie.

Séparément mais de manière convergente, ces deux recherches ont mis en lumière des éléments pertinents à la compréhension du rapport au métier en voie de construction chez ces futurs et nouveaux soignants (de Miribel & Neuville, 2020). Tout d'abord les résultats font identifier aux auteurs que l'exercice de ces métiers repose sur un travail adressé à autrui et nécessite la construction d'un rapport à un autrui « vulnérable ». En effet, la formation implique d'apprendre à reconnaître l'autre dans sa différence et cette idée d'altérité convoque les registres de la subjectivité et de l'intersubjectivité (Cifali, 2014). En termes d'enquête deweyenne, la partie indéterminée de la situation de soin vécue par le soignant va se présenter sous la rencontre et la découverte d'un autrui vulnérable.

De Miribel et Neuville soulignent que cette confrontation à la vulnérabilité humaine place le professionnel du soin ou *caregiver* en situation de responsabilité comme condition morale (Tronto, 1993/2009), associée à sa fonction sociale le situant, dans une relation d'aide, comme celui qui prodigue des soins, des ressources et des réponses. De ce fait, l'enquête sur ce rapport à autrui semble immanquablement réalisée à travers soi, ce que l'on a vécu, ce que l'on ressent et ce que l'on pense être bien ou mal.

Dans un deuxième temps, cette recherche met également l'accent sur la nécessité de construire un rapport à l'incertitude cette fois, en tant qu'élément constant et structurel de l'exercice soignant. Aujourd'hui, il est reconnu que les professionnels du soin œuvrent la plupart du temps dans des situations où l'activité n'est pas toujours prescrite et où les situations de soin sont diverses, complexes et évolutives. Or cette incertitude se manifeste structurellement au cours de l'activité de soin.

Enfin, le besoin de construire un sens clinique pertinent, pour tout soignant, se dégage de l'analyse réalisée par De Miribel et Neuville (2020), dans le sens où les futurs et nouveaux professionnels évoquent une prise de conscience de l'importance de la clinique décrite ici

comme une valeur « professionnelle ». La clinique y apparaît comme une part de savoir « pratique » qui s'acquiert dans la durée, par l'expérience du « terrain » et par la mobilisation de multiples ressources variées.

3.5.3 Zoom sur les référentiels des métiers du lien

a) Prendre soin dans les formations infirmière ou du travail social

Mais quelle est la place de ce(s) savoir(s) du *care*, en lien avec la relation soignant-soigné ou accompagnant-accompagné, dans les cursus de formation du soin ou du travail social ?

Le référentiel de formation infirmière par exemple, évoque des modalités pédagogiques qui « s'appuient sur des valeurs humanistes ouvertes à la diversité des situations vécues par les personnes » (Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, 2009, p. 276). Je remarque que l'ensemble des textes de l'Arrêté est centré sur la dimension opérationnelle de l'apprentissage infirmier ; aucune mention du *prendre soin*, du *care* ou du *caring*, aucun élément sur une posture humaniste et empathique.

Petrus-Krupsy (2015) s'est interrogée sur les modalités de transmission du *care* dans la formation initiale infirmière. Elle s'est, tout d'abord, questionnée sur l'influence du découpage de la formation en compétence sur la compréhension du *care* par les étudiants. Elle observe que la quasi-totalité des apports théoriques sollicitant le *care* dans sa définition et sa pratique sont enseignés en première année de formation. Seuls la psychologie et les soins relationnels sont, quant à eux, transversaux sur l'ensemble des trois années de formation. Sachant que chaque semestre d'enseignement comporte une unité d'intégration (UI) évaluant les connaissances liées à ce semestre, il est pertinent de s'interroger si le *care* est présent ou non dans ces UI. Or cette organisation interne est laissée à la discrétion de chaque Ifsi. L'auteur met alors en garde les lecteurs sur l'enseignement de certitudes, de patterns à copier (souvent demandés par les étudiants), au lieu de propositions d'actions réflexives centrées sur l'humain.

C'est pourquoi, selon elle, le projet pédagogique de l'Ifsi va impacter sur la transmission du *care* et sur l'unité de vue des formateurs. En effet, contrairement au *cure* qui est une prescription, le *care* n'est pas une injonction de la part des formateurs et des professionnels infirmiers des services. Cette auteure conclut en rappelant que ce sont les trois groupes d'acteurs

(formateurs d'Ifsi, terrains de stage, universitaires) qui sont partenaires de la transmission du *care*. Ce sont à eux de se rencontrer et d'échanger autour de cette éthique du *care* car il représente le cœur et la raison du travail infirmier.

De manière complémentaire, Hébrard (2011) s'est interrogé sur les zones d'ombre qui, selon lui, entourent cette « *compétence relationnelle* » au bénéfice de la professionnalisation des métiers de l'interaction avec autrui. « L'humanité » se définit-elle comme une compétence ? Quelle est la terminologie à utiliser ? Compétence à développer ou activité à acquérir ? Une analyse documentaire a été réalisée à partir d'un corpus d'outils utilisés par les formateurs, comme les référentiels, les portfolios, les grilles d'évaluations, pour les formations préparant au diplôme d'état d'infirmier et au métier de technicien de l'intervention sociale et familiale. Des entretiens auprès des formateurs (dont le nombre n'est pas précisé) complètent la méthodologie choisie par l'auteur.

L'auteur met d'abord en évidence la pluralité des termes formalisés dans ces outils : savoir-être, patterns, attitudes, capacités relationnelles, sociales, émotionnelles... Puis il identifie un flou dans les cadres conceptuels utilisés liés à l'influence d'un paradigme en lien avec le behaviorisme, le pragmatisme, l'insuffisance d'une réflexion épistémologique et le peu de questionnement éthique des formateurs. Il en déduit le besoin de consolidation par des références théoriques. « Le problème ne réside donc pas dans le fait que nous ignorons ce que nous savons et ce que nous faisons, mais que nous ne disposons pas toujours de bons cadres (conceptuels et langagiers) pour parler de ce que nous faisons et de ce que nous savons » (Lahire, 1998, p. 27).

Il remarque qu'il n'y a pas de distinction évidente entre activité et compétence et que la dimension relationnelle y est plutôt réduite avec un aspect technique très développé. Les deux référentiels abordent surtout des démarches à mettre en œuvre, des méthodes de communication, de l'organisation et des techniques. Les dimensions affectives, conflictuelles, la notion de pouvoir dans la relation soignant-soigné (ou accompagnant-accompagné) et les enjeux identitaires y sont très peu évoqués. Les capacités relationnelles occupent une place souvent très limitée dans ces référentiels et la complexité de la relation humaine est en général réduite à sa surface communicationnelle et à l'utilisation de « techniques ». La profondeur et l'ambiguïté, les enjeux identitaires, sociaux, politiques et éthiques semblent occultés ou du moins mis au second plan.

Il conclut en soulignant l'importance d'un cadre théorique pertinent et l'utilisation de méthodes pédagogiques fondées sur la réflexivité. Toutefois la non-prescription du *care* dans les textes législatifs n'empêche pas sa transmission et sa mise en œuvre au sein des lieux d'enseignement, au-delà des injonctions réglementaires. Malgré tout, ces modèles de soins sont mal connus, car pas toujours utilisés durant la formation, ce qui leur donne un statut d'« exercice pédagogique » et non d'aide à la décision en situation professionnelle ou de mise en œuvre d'activités pour *prendre soin* des personnes. En tant que praticienne-formatrice, je pourrai penser que la proximité d'un métier du lien serait un avantage, mais comme le précise Gilioli dans sa thèse de doctorat de philosophie, « il est toujours difficile de penser des pratiques qui se pratiquent sans se penser » (2001, p. 6).

b) La place du *care* en faculté de médecine

Fleury et al (2020), quant à eux, mettent notamment en lumière la problématique de l'enseignement des humanités médicales et de l'éthique dans la formation médicale. A l'heure du positivisme scientifique (*evidence-based-medicine*) et des technologies de pointe, face aux difficultés engendrées par notre système de santé, le lien entre les humanités et la médecine semble plus que jamais distendu selon eux. C'est pourquoi ils promeuvent le développement d'un enseignement en sciences humaines et sociales, directement intégré au raisonnement clinique et à la pratique de décision. Pour ces auteurs, la multiplication de dispositifs de collaboration interdisciplinaire, interuniversitaire favorise l'expansion et l'institutionnalisation progressive du champ des humanités en santé. Mais à l'opposé de cela, ils observent que le volume horaire et le poids, en termes de coefficient, attribué aux sciences humaines a particulièrement régressé par rapport à la période 1994-2009.

Ils formulent alors la recommandation d'élaborer le projet pédagogique du curriculum en articulant l'éthique d'un côté (à la fois éthique clinique et bioéthique) et les humanités en santé de l'autre, majoritairement dès le premier cycle de la formation. Ces enseignements seraient centrés sur des grandes questions philosophiques, historiques ou sociologiques (la personne, la mort, la maladie, le corps, les controverses scientifiques par exemple).

En troisième année le service sanitaire pourrait être utilisé avec la rédaction d'un rapport écrit visant à mobiliser les connaissances académiques acquises en première et deuxième année afin de réaliser un compte rendu réflexif de leur intervention sur les terrains. En deuxième cycle, l'utilisation d'ateliers obligatoires en stage favorisant l'apprentissage par groupe restreint, lui

semble également intéressante. Enfin pendant l'internat, il est souhaitable, selon eux, que la formation des futurs médecins à l'éthique et aux humanités en santé se poursuive dans le cadre de l'acquisition du certificat de compétences cliniques actuel.

c) Penser des dispositifs de formation en lien avec la perspective du *care*

De ce fait, la formation initiale, quelle que soit la section disciplinaire, a donc comme mission l'incorporation de valeurs humanistes et de la culture professionnelle (Michaux, 2015). Dans le cadre particulier de la formation, l'étudiant est amené à intérioriser ces normes et les valeurs spécifiques du groupe. C'est la socialisation professionnelle. Dufey (1998) avance que chaque professionnel de santé ou du travail social détient ses propres caractéristiques (valeurs prioritaires guidant l'action) et conclut en défendant qu'une personne « fait partie d'une profession lorsqu'elle s'en est appropriée les instruments (moyens d'actions), les symboles (sens donnés aux actions) et les codes (langages et pratiques) » (Dufey, 1998, p. 107).

Pourtant le soin relationnel dans une perspective du *care* reste un modèle à questionner (Bigoni & Marchand, 2012). Car apprendre à soigner/ accompagner, c'est apprendre à dialoguer. Partant de ce postulat Chetelat-Bequet et al (2010) se sont interrogées sur les axes d'enseignement à choisir pour cet apprentissage du dialogue qui se heurte aussi bien à des tensions qu'à des paradoxes. En effet, relevant d'un apprentissage difficile reposant sur un vécu passé, présent et avenir, le dialogue permet la construction de l'action de soin envisagée dans sa valeur morale, en lien avec la dimension éthique du *prendre soin*. La relation est une rencontre avec l'altérité. De cette rencontre avec l'autre va naître le soin quand le dialogue est présent, « espace pour la confiance, le partage d'intimité, des rythmes et d'élaboration de partenariat » (Chetelat-Bequet & Froger, 2010, p. 43). Ce dialogue va entraîner l'émergence d'un objectif commun par la collaboration et la co-construction de sens entre le professionnel et le patient.

De plus dans le secteur actuel de la santé, il n'est guère possible de « s'endormir » sur les valeurs du soin, c'est-à-dire de les tenir acquises une fois pour toute : chaque situation peut venir les remettre en cause ou exiger du soignant qu'il les réexamine dans un contexte précis. « Il n'y a pas de valeur sans inquiétude, [...] il n'y a pas de valeur tranquille » selon Dupuis (2012, p. 51). Cet état d'« intranquillité » est la raison d'être des groupes de réflexion, d'analyses de pratiques, des réunions d'équipes, des séances de formation continue car cette réflexion sur le sens des valeurs du soin est incontournable au *care*.

C'est pourquoi au vu de ce contexte, l'élaboration d' « outils pour le *care* » apporterait une contribution intéressante en permettant aux étudiants de construire à la fois des savoirs, des habiletés et surtout des rapports au(x) savoir(s) et à l'autre, aux autres (patients, aidants, pairs), donnant du sens à leur(s) future(s) pratique(s) professionnelle(s) (Bailleul, 2021). Cette question du *care* pourrait être abordée par l'intermédiaire de dispositifs définis selon trois critères (Bailleul & Marie-Bailleul, 2021) : rendre capacitaire les acteurs concernés, produire dans la mesure du possible des externalités positives (des impacts positifs extra-financiers), critères décrits par Fleury et Fenoglio (2019) et être intentionnellement porteur de « bienveillance dispositive », notion empruntée à Belin (2002).

Les principes à mettre en œuvre pour concevoir ces dispositifs feraient appel à la mise en place d'une formation partagée basée sur l'interprofessionnalité, mais aussi à une formation par l'expérience, centrée sur la créativité et la réflexivité (Bailleul, 2021). Différents scénarii selon les publics concernés sont proposés par l'auteure, mobilisant des ateliers de photolangage, l'utilisation de textes et les retours d'expérience.

3.5.4 « *Mon premier c'est désir, mon deuxième du plaisir, mon troisième c'est souffrir...* »¹¹

Dans cette dernière partie de l'état de l'art, il me semble judicieux de se centrer sur l'acteur central de cette étude, à savoir l'étudiant d'un métier du lien. En 2019-2020, l'enseignement supérieur français a accueilli plus de 2,7 millions d'étudiants, avec près de 1,6 millions au sein des universités (Mesri, 2020) . Ces éléments sont en constante progression depuis dix ans et les projections envisagées pour l'avenir sont aussi à la hausse au regard de l'évolution démographique, et notamment du pic de naissance de 2000 à 2006. Toutefois, le taux important d'échec au cours des deux premières années universitaires (40 % des étudiants n'obtenant pas leur diplôme de premier cycle¹²) et la proportion élevée de réorientation (33 % des étudiants abandonnent l'université en fin de première année), questionnent ce passage vers l'enseignement supérieur (Shankland et al., 2022).

¹¹ Souchon, A., Voulzy, L. (1986). *Désir Désir* [enregistrement audio], Les Editions Laurent Voulzy.

¹² Même si ces données sont à considérer avec précautions tant les raisons de ces échecs diffèrent.

a) De l'adolescence à l'âge adulte, une transition de vie aux multiples facettes

Le passage de l'adolescence à l'âge adulte est une transition de vie majeure où vont s'opérer des transformations multiples et profondes (Faurie & Giacometti, 2017). Sur le plan individuel, chaque jeune sera amené à construire sa personnalité, en posant ses premiers choix de vie, notamment avec la direction qu'il souhaite donner à son existence. De plus en plus autonome, il devra façonner son mode de vie, se prendre en charge dans de multiples domaines, en gérant son quotidien et en assumant ses responsabilités. Aux niveaux familial et social, il peut vivre également une transition importante puisque de nombreux jeunes quittent à la fois, leur ville, leur foyer et leur cercle d'amis. Cette distanciation avec la famille leur permet de s'inscrire dans un double processus d'émancipation et de socialisation grâce à cette nouvelle vie et à la création de nouveaux liens sociaux (Shankland et al., 2022). Durant cette période transitoire, les jeunes de 18-25 ans se situent donc dans un entre-deux et multiplient les rôles, cette transition de vie étant qualifiée de phase de l'« adulte émergent » par Arnett (2000). Ces nombreuses transformations sur le plan interne (physique, biologique, cognitif, affectif, émotionnel) et externe (contexte social, nouveaux repères, normes sociales) requièrent une adaptation graduelle du jeune à son statut émergent et à son environnement (Spitz et al., 2007), tout en établissant les fondements de sa vie d'adulte (Martineau et al., 2015).

Malheureusement, cette phase de transition, considérée comme enrichissante, est source d'instabilité pour les jeunes les plus vulnérables et peut générer un stress important. En effet, ces jeunes doivent composer d'une part avec des dimensions personnelles en voie de développement (changement de statut, construction identitaire) et d'autre part avec l'éloignement familial souvent synonyme d'une perte de repères. Confrontés à un nouvel environnement, ils peuvent se sentir perdus dans la masse et l'anonymat tout en devant s'adapter aux nouvelles modalités académiques (rythme et façon de travailler spécifiques à l'enseignement supérieur) (Shankland et al., 2022).

Pour certains, cette transition s'accompagne de difficultés financières et c'est pourquoi de nombreux étudiants cumulent travail alimentaire et universitaire. L'ensemble de ces éléments peut se traduire par des tensions internes susceptibles d'avoir des retentissements sur leur état psychologique (Nelson & Padilla-Walker, 2013; Strenna et al., 2009). Si ces perturbations deviennent majeures, elles peuvent alors déséquilibrer leur bien-être et peuvent même engendrer des troubles psychopathologiques (De Moissac et al., 2019). Ces différents stressors

qui accompagnent les études post-secondaires et ceux présents tout au long du cursus peuvent avoir un impact négatif sur la santé physique et mentale des étudiants (Bitsika et al., 2010). C'est pourquoi la préoccupation de la santé d'un étudiant d'un métier du lien est au cœur des préoccupations actuelles dans le champ de l'enseignement supérieur.

b) Etat des lieux de la santé mentale des étudiants

A ce jour, la notion de santé mentale ne se définit plus par l'absence de troubles mentaux, mais elle inclut la dimension du bien-être, de l'épanouissement et de la réalisation de soi, malgré les aléas et les difficultés rencontrées au cours de la vie (Keyes, 2005). Les étudiants représentent une population cible hétérogène en termes d'âges, de catégories socio-professionnelles ou encore de motivations. Or ce groupe de personnes est reconnu comme étant plus à risque de problématiques de santé mentale (OCDE, 2015). Notons que les besoins sur le plan de la promotion de la santé mentale et de compétences de résilience se sont accentués depuis le début de la pandémie du COVID-19, dont les conséquences psychologiques ont été importantes pour les étudiants.

Une étude réalisée auprès de 2000 étudiants issus de six universités françaises (Verger et al., 2010) révèle que la moitié des étudiants ont des difficultés à s'adapter aux méthodes d'enseignement universitaires, cet état de fait entraînant une plus grande prévalence de troubles anxiodépressifs et de conduites addictives. Une étude longitudinale rapporte quant à elle un déclin du bien-être psychologique, ainsi qu'une augmentation des symptômes dépressifs entre le moment de la pré-inscription et la première session universitaire (Bewick et al., 2010). De plus, à l'aube de leur cursus universitaire, les étudiants se sentent souvent seuls et par conséquent, ils sont trois fois plus nombreux en première année à éprouver des difficultés psychologiques (Zorman, 1998). Ce sentiment de solitude renforce malheureusement leurs difficultés d'adaptation et les amène à douter de leurs capacités, ce qui accentue les risques d'échouer et de connaître des difficultés psychologiques.

Aujourd'hui, la réussite des jeunes ne peut pas se limiter à la sphère universitaire, car elle inclut également l'épanouissement et la réalisation de soi, sous toutes ses formes. C'est pourquoi, s'intéresser aux facteurs psychosociaux et environnementaux qui caractérisent leur univers semble incontournable (Shankland et al., 2022).

Malgré tout, de nombreuses études internationales mettent en lumière des problèmes de santé chez les jeunes âgés de 18 à 25 ans. Elles mettent en lumière un taux de prévalence des troubles mentaux plus important dans ce groupe d'âge, tout particulièrement au niveau de la détresse psychologique, des troubles anxieux et dépressifs, des troubles alimentaires et ceux liés à la consommation d'alcool et de drogues (Fournier et al., 2002; Kairouz et al., 2008; Nguyen et al., 2005).

A présent, focalisons-nous sur les étudiants de certains métiers du lien. La filière médicale est particulièrement à risque en termes de santé mentale (Rotenstein et al., 2016). Sont présents, un haut niveau de stress (Berrewaerts & Desseilles, 2015), une prévalence du *burn-out* (Dyrbye et al., 2008; Ladner et al., 2016), un plus grand risque de consommer des produits psychoactifs, voire des taux importants de dépression et de suicide (Romo et al., 2019). Une étude française portant sur 1596 étudiants en santé (Hermetet et al., 2019) a mis en exergue la forte prévalence de l'anxiété (44 %) et de la dépression (8 %). Dans cette même étude, 40 % des participants s'estimaient en mauvaise santé psychique, tandis que 15 % déclaraient avoir présenté des idées suicidaires depuis la rentrée universitaire. Pour ces étudiants, les facteurs de risque sont principalement les horaires de travail, la charge mentale, les problèmes relationnels et le manque de sommeil (Pougnet & Pougnet, 2017). Il est reconnu aujourd'hui, que la confrontation au contexte de la maladie, à la détresse, à la souffrance et à la mort représente un facteur de risque de développer un problème de santé mentale ou d'épuisement professionnel chez ces étudiants.

A cela s'est ajouté en 2017 le phénomène de « maltraitance des étudiants à l'hôpital » (Auslender & Fleury, 2017). A la suite d'un appel à témoins lancé en France en août 2015, 130 étudiants en santé (médecins, infirmiers, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, aides-soignants, pharmaciens...) ont décidé de briser le silence des violences présentes dans les coulisses des services de soins. Dans un recueil de textes complétés de témoignages imprégnés d'émotions, l'ouvrage *Omerta à l'hôpital* (Auslender, 2017) propose les analyses de plusieurs auteurs à partir de leurs expertises sur les conditions de travail, sur l'éthique, sur la philosophie du soin et sur la formation.

Ces témoignages sont particulièrement éloquents : déconsidération des subalternes, humiliations devant les patients et les pairs. Dans cette enquête, le harcèlement moral occupe une place prépondérante au cours de la période d'apprentissage ; le racisme, l'homophobie et

le sexisme devenant le quotidien de certains de ces apprenants. La toute-puissance de quelques professionnels dans un climat très hiérarchisé et l'absence de contre-pouvoir pour les étudiants, obligent certains à accepter l'inacceptable pour pouvoir valider leur stage ou obtenir un diplôme. Dans un contexte de maltraitance institutionnelle, évoqué précédemment, ces étudiants sont « pris pour cible » par des professionnels en difficulté, qui tentent de refouler une « souffrance éthique » (Dejours, 1998), par des stratégies de défense individuelles de déni notamment ou par des stratégies collectives, afin d'éviter la dépression. Pourtant, l'hôpital étant un environnement existentiel très fort, il devrait provoquer de fortes solidarités, mais il n'en est rien car les problèmes statutaires, l'hyperconcurrence et la performance restent omniprésents (Auslender & Fleury, 2017).

c) La « mise à l'épreuve des motivations » ou la crise identitaire des étudiants de métiers du lien

Guidés par leurs aspirations, ces étudiants s'engagent en formation avec une représentation souvent idéalisée de la profession que les expériences de stage vont progressivement modifier. En effet, toutes ces formations aux métiers du lien reposent sur une organisation pédagogique par alternance, qui permet la confrontation à un ensemble de figures identitaires. Ce processus de socialisation engagé sur plusieurs années d'études est cependant marqué par une période de crise souvent positionnée en deuxième année de formation (Boittin, 2002).

Il s'agit d'une crise identitaire, se traduisant chez le sujet apprenant par une transformation des motivations, engendrée par l'installation d'une dualité entre le modèle idéal et le modèle réel professionnel. Cette dernière est le résultat d'un an d'expériences et de savoirs pour l'étudiant, qui remettent en question ses représentations, ses croyances et orientent le futur professionnel vers une nouvelle conception de soi et du monde. Cette prise de conscience, cette rencontre souvent choquante de la réalité est suivie d'une « installation dans l'inauthentique » (Boittin, 2002, p. 66).

De ce fait, l'intégration de nouvelles conceptions va résulter de deux processus fondamentaux et complémentaires, l'assimilation et l'accommodation, tels qu'ils ont été décrits par Piaget (1977). L'étudiant animé d'une « pensée naïve » va rechercher à assimiler de nouvelles informations qui lui permettront de choisir un modèle professionnel et de développer un esprit critique sur sa future profession. « En ce sens apprendre, ce n'est pas substituer des

connaissances nouvelles à des connaissances préalables mais bien transformer des connaissances préalables en connaissances nouvelles. On ne peut donc apprendre qu'avec les connaissances préalables » (Bourgeois & Nizet, 2005b, p. 34). L'existence d'un différentiel entre les modèles présentés et les représentations d'origine des apprenants fait alors apparaître un conflit cognitif, qui peut même aller jusqu'à remettre en question l'identité préalable du sujet apprenant.

Or ce conflit vécu en milieu de formation est indispensable à la réorganisation de la structure initiale et à la transformation identitaire de l'apprenant. La résolution de ce conflit marque alors le temps de l'accommodation et permet l'adaptation du sujet apprenant à son environnement avec l'adoption d'un nouveau modèle identitaire. Toutefois le coût cognitif et affectif qui résulte de cette transformation identitaire, peut avoir un impact sur le processus motivationnel. Si l'engagement du sujet apprenant dans la formation à un métier du lien est guidé par sa trajectoire et des aspirations profondes et personnelles, les expériences et le contexte de la formation jouent également un rôle important. C'est pourquoi la prise en compte des buts et des projets de l'étudiant participe au développement de ses motivations et favorise son implication, tout en contribuant à la résolution de cette crise (Boittin, 2002).

d) Etudiants et qualité de vie en formation initiale

Pour rappel, la qualité de vie au travail dans les établissements d'accueil et de soins reste un enjeu managérial prévalent (HAS, 2017). Pour preuve, elle figure dans le manuel de certification V2014 de l'HAS, et plus particulièrement dans le compte qualité (HAS, 2014). Suite aux multiples constats concernant la santé et le bien-être des étudiants de métiers du lien, certains gouvernements, dont celui de la France, se sont investis en développant des outils de mesure afin d'identifier la spécificité des risques auxquels les étudiants sont confrontés durant leur parcours de formation, ainsi que les étapes du parcours posant des problèmes particuliers (Marra, 2018). Le rapport réalisé par Marra en France (2018) montre le caractère multifactoriel et systémique des difficultés liées à la nature même des études (notamment en santé), aux conditions d'encadrement au stage, à la pression engendrée par des études compétitives, au temps insuffisant pour la vie personnelle et les activités extra universitaires, au faible accompagnement du projet professionnel, à la formation pédagogique pouvant être insuffisante des encadrants.

Ce rapport comprend douze recommandations qui ont servi de base à l'élaboration de quinze engagements qui touchent aux niveaux de prévention primaire à tertiaire, individuelle et collective (pour les étudiants identifiés à risque jusqu'à l'ensemble des étudiants). Ils comprennent des mesures immédiates de soutien et d'intervention (avec la création d'une structure d'accompagnement des victimes de violence dans toutes les universités, l'introduction d'un module transversal sur les risques psycho-sociaux, la gestion du stress et les stratégies d'*empowerment* dans toutes les formations aux métiers du lien...) ; une transformation globale des études (en rendant l'étudiant acteur de sa formation...) ; une coordination régionale et nationale pour mesurer, repérer et partager les bonnes pratiques (avec la création en 2019 du centre national d'appui pour favoriser la qualité de vie des étudiants...) (Marra, 2018). Concernant les stagiaires paramédicaux, une charte pour leur qualité de vie a même été formalisée à l'initiative de la FHF (Fédération hospitalière de France) et de la Fnesi (Fédération nationale des étudiant.e.s en sciences infirmières) (2018). Ce document aborde les conditions d'accueil et d'encadrement des étudiants afin d'améliorer notamment la formation et la disponibilité des tuteurs en stage.

A cette même période, Hesbeen (2019) quant à lui, identifie cinq facteurs inhérents au bien-être de l'étudiant d'un métier du lien: le sujet lui-même et ses motivations, le lieu de formation (accessibilité, ambiance, matériel...), la qualité pédagogique (projet, enseignements, enseignants ou formateurs...), les lieux de stage (sélection, accueil, accompagnement, tutorat, évaluation...), le groupe de classe (communication, solidarité, plaisir d'étudier, activités extra-scolaires...). Une autre enquête sur la qualité de vie en formation initiale infirmière (Barrau et al., 2018) met également en évidence la nécessité d'une relation pédagogique de qualité avec le formateur référent et de la prise en compte de l'individualité de l'étudiant, l'importance de la cohésion au sein de l'équipe d'enseignants ou de formateurs (au niveau des consignes de travail), l'utilisation renforcée des groupes d'étudiants à visée de l'élaboration d'un collectif de travail (par l'animation de TD en sous-groupes de moins de 25 étudiants), le développement de la communication entre les étudiants et l'Ifsi, et enfin l'encadrement et la disponibilité des soignants en stage.

In fine, pour améliorer la qualité de vie et le bien-être des étudiants de métiers du lien, il serait peut-être nécessaire d'intégrer les pratiques d'accueil et d'encadrement des stagiaires dans les

politiques d'établissement, voire dans la démarche de certification, car il est temps de prendre soin de ceux qui soignent ou accompagnent.

SYNTHÈSE : Des variations fécondes autour du rapport former/soigner

Tout d'abord, il semble difficile de produire une définition précise et consensuelle du rapport au savoir. Au-delà de ses critiques, la notion de rapport au savoir est indubitablement antiréductionniste, c'est un processus difficile à cerner, laissant entrevoir une vision partielle à un instant « t » du Savoir d'un sujet. Elle met l'accent sur la pluralité des déterminants et des multiples champs de l'apprendre, mais également sur « la nécessaire dialectique entre l'acquisition du savoir et son exercice, entre la relance du désir de savoir et l'activité du sujet » (Laterrasse, 2002, p. 41). Au travers de ce concept, l'engagement dans l'acte d'apprendre prend la signification d'un axe identitaire d'un sujet en permanente construction, où les conflits occupent une place majeure car ils poussent à savoir.

Les théories de référence des deux équipes *Escol* et *Savoirs et rapport au savoir* partagent le fait de situer l'acte d'apprendre au cœur du processus de personnalisation ou subjectivation. Elles évoquent le développement d'un sujet actif dont le rapport à l'autre est obligatoire. C'est pourquoi le rapport du sujet au savoir dans sa forme primaire « n'est ni second ni gratuit puisqu'il répond à une nécessité vitale qui met l'enfant dans la dépendance physique mais aussi symbolique de l'autre. Ainsi l'enfant naît à la subjectivité et se développe parce qu'il se fait d'abord dépendant du savoir de l'autre » (Laterrasse, 2002, p. 41).

Cette notion montre donc l'intérêt de lier le savoir et le sujet valorisant ainsi le savoir dans son objectivation et sa dimension sociale, mais également la part que prend le sujet à l'identifier comme savoir. Toutefois « le savoir n'acquiert réalité et efficacité que s'il est saisi par un sujet pour lequel il prend sens » (Laterrasse, 2002, p. 42). Le rapport au savoir apparaît donc comme un concept médiateur et intégrateur présentant la manière « dont le sujet est affecté par le savoir qui lui est transmis et la manière dont ce sujet le signifie et s'y rapporte » (Laterrasse, 2002, p. 42).

De plus, les métiers éducatifs et formatifs comprennent potentiellement et structurellement une part soignante latente, aux frontières du thérapeutique (Pechberty, 2009). C'est pourquoi dans le cadre de mon travail de recherche, l'articulation des deux champs du soin et de l'éducation

devient alors nécessaire à penser au regard des apports du choix d'une clinique se référant à l'orientation psychanalytique.

Outre le fait que le développement des compétences s'appuie en grande partie sur la construction, l'explicitation et la mise en œuvre de savoirs d'expérience, il a été observé dans ce premier chapitre que le *cure*, qui vise à la guérison de la maladie en reposant sur des connaissances médicales validées, est plus souvent retrouvé que le *care*. Notons que « le *care* est un savoir qui se construit dans les expériences de vie, les expériences de travail, et donc au cours de la formation [...] » (Eyland, 2017, p. 1). Décrit sous la forme d'une activité discrétionnaire, ce dernier associe l'intention d'agir du futur professionnel, son *éthos* soignant en construction, avec le soin adressé au patient mais dans sa dimension relationnelle.

Par ailleurs, concernant le rapport au métier du soignant, l'exercice de ces métiers s'appuie sur un travail adressé à autrui et sous-tend la construction d'un rapport à un autrui « vulnérable » (de Miribel & Neuville, 2020). Apprendre à reconnaître l'autre dans sa différence est donc primordial en formation et cette idée d'altérité renvoie aux registres de la subjectivité et de l'intersubjectivité (Cifali, 2014).

Enfin, durant leur apprentissage clinique et théorique, les étudiants de métiers du lien ne semblent pas intrinsèquement vulnérables, mais beaucoup peuvent se trouver en situation de vulnérabilité conjoncturelle (Morenon et al., 2018). Car apprendre à prendre soin peut à la fois être source de plaisir, mais aussi de souffrance pour un étudiant, la désillusion étant un facteur important de vulnérabilité.

CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE : PROBLÉMATIQUE ET QUESTION DE RECHERCHE

Apprendre dans le milieu des soins ou de l'accompagnement constitue aujourd'hui un défi permanent. Dans le cadre d'un apprentissage en alternance intégrative, les étudiants de métiers du lien sont dès les premières semaines d'apprentissage en position de professionnels, leur statut de stagiaire les plaçant en situation directe de soin ou d'aide/soutien.

Contextuellement en France, le dernier rapport du Sénat (Jomier & Deroche Catherine, 2022), a pointé un certain nombre de difficultés et de contraintes impactant le système de santé. La pression intense sur les services hospitaliers et la dégradation des conditions de travail, antérieure à la crise sanitaire, se sont accentuées. Une perte de sens est ressentie par nombre de personnels et les revalorisations salariales, pourtant significatives, à l'occasion du Ségur de la santé, n'ont pas fondamentalement redressé le moral des soignants (Décret n° 2022-738 du 28 avril 2022 relatif au versement d'une prime de revalorisation à certains personnels relevant de la fonction publique hospitalière exerçant au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux, 2022). Les limites de la tarification à l'activité sont aujourd'hui clairement identifiées, car la T2A est à présent jugée comme un outil de répartition et non comme un mode de juste financement des établissements. Ce rapport a par ailleurs comme axe prioritaire de redonner de l'attractivité et du sens aux métiers du soin (notamment en renforçant la qualité de vie au travail et en améliorant les conditions de formation initiale des personnels soignants) (Jomier & Deroche Catherine, 2022, p. 5).

De plus, depuis une dizaine d'année dans le cadre de l'universitarisation, les instituts de formations d'auxiliaires médicaux et /ou du travail social ont mis en œuvre les réingénieries de plusieurs cursus en intégrant une partie de la formation dans les universités. Une enquête récemment menée par l'Association nationale des directeurs d'écoles paramédicales (ANdEP) a permis de réaliser un état des lieux sur la qualité des formations paramédicales françaises depuis le lancement du processus d'universitarisation (ANdEP, 2021).

Les résultats montrent un bon niveau de satisfaction générale auprès des professionnels en exercice clinique ou en formation (travaillant dans le secteur public, privé ou libéral), avec cependant des nuances en fonction des professions (les ergothérapeutes et les kinésithérapeutes sont globalement plus satisfaits que les infirmiers par exemple). En revanche, les répondants

mettent en évidence de mauvaises relations de partenariat et un déficit d'appropriation de la culture des organisations dans lesquelles les professionnels devront exercer.

Au final, la qualité de la formation serait sous-jacente, selon cette enquête, à la nomination d'un référent pédagogique pour chaque étudiant, à la qualité de la formation des tuteurs en stage, à la fixation d'objectifs de stage avec la réalisation d'entretiens de suivis pédagogiques personnalisés (en utilisant le portfolio). Le stage, lieu de contextualisation des connaissances mais aussi de la pratique reste le lieu de la construction de compétences articulant connaissances et savoir-faire. La nécessité d'une équipe pédagogique disposant d'un socle de compétences semble indispensable pour cette association : des formateurs « agiles, adaptables, avec une grande capacité d'écoute et d'accompagnement des étudiants [...], compétents en ingénierie de formation et en ingénierie pédagogique [...], en capacité de lire la littérature internationale, d'utiliser des outils numériques et de partager avec leurs pairs formateurs » (ANdEP, 2021, p.63). Afin de répondre aux besoins des apprenants, des expertises sont même à présent incontournables dans la décennie à venir : en digitalisation (ingénieur en pédagogie numérique), en méthodologie de recherche (enseignant-chercheur/clinicien-chercheur), en innovation, en santé publique, en raisonnement clinique, en analyse de la pratique (enseignant-clinicien), en communication (chargé de communication), en gestion de projet, en coordination (directeur/coordonnateur de stages) etc.

Sur le plan conceptuel, la première grande partie de ce travail a tout d'abord explicité les liens entre *soin* et *prendre soin* dans le sens où le *soin*, nécessité relationnelle, s'exerce régulièrement selon le mode de la sollicitude ; or c'est une approche souvent remise en cause. Il semble également indispensable d'être dans le *cure* au sens du *care* (intérêt, attention) et d'utiliser la notion d'identifications croisées pour les professionnels du soin (*care-cure*), afin que les patients bénéficient de soins et de traitements « suffisamment bons ». De plus, le *soin* peut se présenter sous deux logiques relationnelles (« parentale » et « médicale ») reliées par la pratique psychanalytique. Il apparaît qu'une éthique et une politique de ces relations nécessite une attention mutuelle entre les hommes entre vulnérabilité et pouvoir. Sujet intemporel d'actualité et enjeu sociétal, le concept du *care* a fait l'objet de nombreuses théorisations présentant cependant des divergences, à la fois au niveau de sa définition et de ses attributs que de son processus. C'est pourquoi j'ai retenu la définition néanmoins vaste de Fisher et Tronto, qui décrit la notion du *care* comme une « activité générique qui comprend tout ce que nous faisons

pour maintenir, perpétuer et réparer notre “ monde ” de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible » (1990, p. 40). Grace à l’analyse lexicale d’un corpus documentaire, l’omnipotence du *care* sur le prendre soin a été mis en exergue dans le paysage actuel de la recherche scientifique francophone. Il a été aussi relevé que les sciences du travail sont sous-jacentes à cet objet de recherche, ainsi que la question du genre. De nombreux chercheurs s’interrogent actuellement sur la notion d’un *care* monde (Molinier, 2018), tout à la fois vulnérable et solidaire dans la perspective de nouvelles formes de « vivre ensemble ». Je me suis ensuite questionnée sur la place de ce savoir en lien avec la relation de soin dans les formations aux métiers du lien. Il a été mis en évidence que les prescriptions des référentiels regroupent peu d’éléments sur la posture humaniste et empathique du *care* et qu’ils abordent surtout des démarches à mettre en œuvre, des méthodes de communication, de l’organisation et des techniques. En effet, malgré l’existence de ces nombreuses théories de soin, il perdure dans les lieux de formations un flou dans les cadres conceptuels utilisés. Le projet pédagogique et l’investissement des groupes d’acteurs (formateurs, professionnels de terrain et universitaires) vont impacter la transmission du *care* et l’unicité de vue des formateurs.

Dans une deuxième partie, il m’a semblé essentiel d’explorer les éléments constitutifs et les facteurs contributifs de l’apprentissage grâce à l’explicitation du rapport au savoir de l’apprenant. L’approche clinique de l’équipe de recherche *Savoirs et rapport au savoir* a retenu toute mon attention, car elle s’intéresse au sujet singulier en situation dans sa dynamique à la fois psychique et sociale. En outre, elle souligne l’existence d’un processus par lequel une « relation » au savoir se transforme en « rapport » au savoir, lié au désir de savoir. La notion de relation « d’objet de savoir » a été définie dans la lignée de l’objet transitionnel et du jeu selon Winnicott. Enfin la place du « savoir pratique » dans le *care* a été éclairée et a permis de montrer la plus-value de la pratique comme lieu d’apprentissage de ces savoirs spécifiques.

Comme la production de savoirs pour un apprenant se réfère à l’idée d’une relation à un « objet savoir », en tant qu’objet de satisfaction et de plaisir sur le plan de l’apprentissage, (Beillerot et al., 1996/2020a, p. 75), il est apparu qu’un sentiment de discontinuité vécu par les apprenants soignants entre les études et la pratique en milieu professionnel, peut se créer engendrant la dissimilitude des processus psychiques engagés. Cependant, l’investissement psychique dans les études est le plus souvent associé à la sublimation et au rapport au savoir alors que, pour être investi, le travail implique un remaniement psychique car il confronte au réel (Méloni &

Petit, 2016). Dans ces temps perturbés, l'accumulation de multiples facteurs dans des contextes à risque générateurs de stress pour les apprenants de différents curricula, confronte les apprenants à des dangers psychiques avec des risques de désorganisation du moi.

Par ailleurs, l'apprentissage du *care* serait donc composé de traces sociales comme la transmission de jugements familiaux sur le savoir en lien avec l'environnement primaire de l'apprenant, de traces cognitives comme traces transmises de la scolarisation avec la notion de transfert de savoir, et de traces psychiques comme traces d'une transmission inconsciente opérée chez le sujet (Roman-Ramos & Eymard, 2011; Sanches, 2018).

Savoir-faire, savoir-être, attitudes, patterns en lien avec les valeurs du soin ou de l'accompagnement, sont donc autant d'éléments incontournables dans la professionnalisation des étudiants de métiers du lien. Une des dimensions fondamentales du rapport au savoir et de son intérêt réside donc dans la compréhension du sens que donnent les apprenants à l'acte d'apprendre. De manière indirecte, ce rapport au savoir influence sans doute leurs pratiques d'études du *care*. L'objet de recherche sera au final centré sur l'analyse du travail psychique inconscient mobilisé dans l'apprentissage du *care* pour un étudiant d'un métier du lien, avec l'hypothèse d'un entremêlement entre rapport au savoir et apprentissage. Le rapport au savoir induit des formes particulières d'apprentissage et de construction de savoirs qui, en retour modifient le rapport au savoir.

C'est pourquoi à ce stade, la question de recherche peut être formulée de la manière suivante :

Comment se construit personnellement l'apprentissage du care chez un futur professionnel d'un métier du lien?

DEUXIÈME PARTIE : DE LA CONSTRUCTION DE LA MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE À L'ANALYSE DES RÉSULTATS

1. Le protocole d'enquête

1.1 Les objectifs principaux et les résultats attendus

L'objectif principal de cette recherche est de contribuer à la compréhension des phénomènes psychiques inconscients en jeu dans l'apprentissage du *care* par des apprenants de différents métiers du lien. Pour cela, mes intentions sont d'identifier les différents facteurs influençant l'appropriation personnelle du *care* pour un apprenant d'un métier du lien, ainsi que de caractériser ce phénomène d'apprentissage personnel du prendre soin. Si je devais formaliser des attendus, ce serait en priorité de mettre en évidence les stratégies d'apprentissage de ces apprenants qui facilitent le développement de leurs compétences psychiques en lien avec le *care*. De ce fait, des premières perspectives pédagogiques pourraient s'orienter vers la formalisation de stratégies pédagogiques propices à l'engagement des praticiens-formateurs vers une « clinique de l'accompagnement » des étudiants (Blanchard-Laville & Geffard, 2020, p. 139).

1.2 Le type d'étude et sa justification : une méthodologie qualitative clinique

Pour rappel, je m'appuie dans le cadre de cette recherche sur le courant *Pédagogie et psychanalyse* transformé aujourd'hui en *Psychanalyse et éducation*, dont les premiers contours ont été dessinés par Freud. Les chercheurs de ce courant ne formulent pas d'hypothèse a priori, sinon, bien sûr, des hypothèses théoriques concernant les postulats ou les fondamentaux de la psychanalyse (inconscient freudien, transfert, etc.) (Blanchard-Laville, 2009). C'est pourquoi j'ai pris acte, en quelque sorte, de la dimension heuristique de ma démarche et de ses limites, à savoir qu'elle n'a pas la capacité de pouvoir vérifier ou infirmer des hypothèses de recherche, comme cela est recommandé dans une méthodologie de recherche standard. Cet aspect me donnera sans doute plus de liberté dans ma posture de chercheuse, mais en induisant également des différences sur la question des élaborations contre-transférentielles du chercheur, ainsi que sur les questions de validation (Blanchard-Laville, 2009), éléments que j'aborderai un peu plus loin dans ce chapitre.

1.2.1 De la psychologie à la démarche clinique

Selon le dictionnaire ancien Le Littré, paru à la fin du XIX^e siècle (1873, 1874), le terme *clinique* a pour origine *clinicus* en latin, c'est-à-dire incliner, coucher. Il le commente ainsi : « terme de médecine, qui se fait au lit du malade (...) médecine clinique : celle qui s'occupe du traitement des maladies considérées individuellement ; médecin clinique : celui qui visite les malades par opposition à celui qui donne des consultations »¹³.

Revault d'Allonnes (2014) avance que la démarche clinique a pour origine essentielle la psychologie clinique, mais sans y être spécifique. Privilégiée par le fait qu'elle est souvent l'objet d'une demande sociale importante, l'approche clinique possède une position néanmoins fragile et aléatoire, le caractère fondamentalement problématique de cette position étant tributaire « de l'interaction permanente, qui en fait justement tout l'intérêt ; de la tension particulière qu'entretiennent le sujet et l'objet (le plus souvent lui-même un ou des sujets), dans l'intervention et la recherche » (p. 45).

Puis cette interrogation va dépasser le champ de la psychologie clinique pour cette auteure et s'étendre à d'autres sciences sociales soumises par leurs pratiques et leurs objectifs propres, dès lors que les chercheurs se posent la question du sujet (histoire personnelle, expérience éprouvée, création continue de soi...), ou plus précisément celle de la subjectivité, de sa place dans le champ social, de ses rapports complexes avec le fonctionnement social.

« Initialement le concept clinique était relatif à l'activité du médecin et sa pratique au chevet du malade. Ensuite il sera utilisé en psychiatrie et en psychologie et plus récemment dans les champs des soins infirmiers, des sciences humaines et sociales. Autrement dit, dans des disciplines tentant de rendre compte de la complexité du vivant dans ses acceptions organiques, psychiques et sociales [...] La perspective dans laquelle se placent les différentes sciences en se référant à la clinique est la compréhension à partir du "sujet", des cas individuels, des phénomènes singuliers » (Jovic, 2012, p. 104).

Dejours désigne la démarche clinique comme « une démarche partant du terrain, se déployant sur le terrain et retournant constamment au terrain » (1996, p. 158). Au final, ce terme *clinique*

¹³ Littré, E. (1873, 1874). Clinique. In *Dictionnaire de la langue française en ligne*. L.Hachette, version électronique créée par François Gannaz. <https://www.littre.org/definition/clinique>

employé à la fois comme adjectif et comme substantif, semble donc posséder un caractère particulièrement polysémique.

1.2.2 La démarche clinique en sciences de l'éducation et de la formation

Appliquée aux sciences de l'éducation et de la formation, elle se distingue d'autres approches, ayant pour visée la production de connaissances sans visée thérapeutique (comme la cure psychanalytique) tout en respectant une méthode d'objectivation d'un fait ou d'une dimension sociale. Cette démarche se caractérise par son approche heuristique d'un problème ou d'une dimension sociale, mais en faisant abstraction de l'extériorité de l'agent engagé dans l'interaction avec le chercheur (caractéristique sociale d'un individu, position dans un espace social...) (Durning, 1987). En outre, elle se focalise sur le vécu des interviewés, sur leurs points de vue subjectifs, sur le rapport qu'ils entretiennent avec telle ou telle chose.

Pour Lagache (1949/2013), la méthode clinique se définit en l'« étude intensive des cas individuels », [elle consiste à] « envisager la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et de réagir d'un être humain complet et concret aux prises avec une situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui le motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits » (p. 14-15).

Gréco (s. d.) différencie « deux caractéristiques fondamentales de l'approche clinique : elle est *casuistique*, puisqu'elle s'intéresse d'abord à des cas individuels qui ne sont jamais rigoureusement comparables ; elle est *holistique* (ou globaliste), puisque ses interprétations se réfèrent à un ensemble synchronique et diachronique de conduites, et non pas aux seules relations régulières entre conduites actuelles et situations qui les provoquent »¹⁴.

Pour réaliser ce projet de recherche doctorale, c'est au final une méthodologie clinique qualitative multicentrique d'orientation psychanalytique, organisée autour d'une approche « entretiens cliniques libres », qui m'est apparue nécessaire. La nature complexe et multiforme

¹⁴ Gréco, P. (s. d.). *Psychologie*. Encyclopædia Universalis. Consulté le 6 novembre 2022, à l'adresse <http://www.universalis-edu.com.ezproxy.normandie-univ.fr/encyclopedia/psychologie/>

des phénomènes psychiques à observer m'a amenée à privilégier une démarche visant à « faire sens » plutôt qu'à « donner la preuve ».

1.3 Le choix de la méthode et des outils

1.3.1 La stratégie d'enquête : le choix de l'entretien dit non-directif ou entretien clinique à visée de recherche

« L'homme est acteur et vecteur de sa culture » (Stoetzel, 1952, p. 326). Chaque sujet est donc porteur de la culture et des sous-cultures auxquelles il appartient et dont il est représentatif. Et c'est parce que ces modèles sont intériorisés par chaque individu, qu'ils peuvent « jouer un rôle explicatif des comportements sociaux » (Michelat, 1975, p. 232), dont les chercheurs essaient d'analyser les mécanismes.

De ce fait, l'utilisation de la méthode par entretien non-directif est essentielle chaque fois que l'on cherche à appréhender et « à rendre compte des systèmes de valeurs, de normes, de représentations, de symboles propres à une culture ou une sous-culture » (Michelat, 1975, p. 230). Cette pratique est même désignée comme la « clinique des idéologies » pour appeler ces « ensembles organisés de représentations » que veut atteindre ce type d'entretiens (Raymond, 1968, p. 174). *In fine* c'est la méthode d'analyse privilégiée pour les phénomènes sociaux.

En effet, selon Michelat (1975) l'information atteinte par ce type d'entretien est considérée comme correspondant à des niveaux très profonds, en lien avec le degré de liberté laissé à l'enquêté et le niveau de profondeur des informations qu'il peut fournir. Cela va faciliter la production d'« informations symptomatiques » (p. 231) qui risqueraient d'être censurées dans un autre type d'outil d'enquête. Pour cet auteur, cela signifie que tout ce qui est affectif est plus profond, plus significatif et plus présent dans les comportements que ce qui est intellectualisé. « Il existe ainsi pour chaque individu un système complexe d'accentuations, de contradictions, de transformations en fonction des différents éléments qui jouent ou ont joué dans les processus de socialisation qui ont eu un effet sur lui » (p. 233).

De manière complémentaire, Blanchet (1989) avance que « la structure du substrat psychique est coextensive à celle du discours. C'est-à-dire que le discours, langage en action dans une

situation de communication, est constitutif des modes de fonctionnement de la pensée qui eux-mêmes sous-tendent les mécanismes de compréhension et de production du discours » (p. 91). Le but de cette méthode d'enquête est donc de tenir compte de ce qu'il y a de plus psychologique, de plus individuel, de plus affectif dans le discours des personnes interrogées, pour atteindre ce qui est sociologique, ce qui est culturel. Le chercheur s'adresse au sujet non pas pour lui demander ce qu'il sait, mais ce qu'il pense, ce qu'il ressent en tant que personne (sachant que la distinction entre ce qui est connu et ce qui est ressenti n'est pas simple, c'est là le vrai travail de l'analyste).

Cet entretien a comme caractéristique que l'enquêteur ne pose à la personne qu'il interroge qu'une seule question directe, la « consigne » ; le reste de ses interventions a seulement pour but d'encourager la personne interviewée à enrichir et à approfondir son discours. L'appellation « entretien non-directif » vient du psychologue américain Carl Rogers (1945) et de la pratique thérapeutique qu'il a élaborée, le *counseling*. Ce type d'entretien va donc favoriser un déplacement du questionnement, tourné vers le savoir et les questions propres des acteurs sociaux.

C'est pourquoi je considère, comme Michelat (1975) et Blanchet (1989), que l'émergence d'un contenu socio-affectif profond est facilitée par l'entretien non-directif ; ce dernier me permettra ainsi d'accéder à des informations que je ne pourrai atteindre directement. « Si on admet que le langage et la parole sont les moyens les plus adéquats pour un sujet de représenter son expérience, il est logique que tous ceux qui se préoccupent du fonctionnement psychique, social et collectif des sujets soient avides de leurs discours » (Jacobi, 1995/2007, p. 180-181).

Enfin, afin de tendre vers l'objectivation scientifique dans une recherche où le subjectif est important, je suivrai une approche méthodologique proposée par Gorden (1969) et composée de plusieurs paramètres : la définition du thème, de l'objet de recherche, de l'environnement, de la programmation temporelle (unité de temps), de la scène (unité de lieu) et de la distribution des acteurs (unité d'action). L'idée ici serait que si le cadre de l'entretien tend à être maîtrisé, il y aura la possibilité d'accéder à la véritable pensée de la personne.

1.3.2 Le processus de mise en œuvre du règlement général de protection des données

En premier lieu, il m'a été nécessaire de m'approprier le cadre du règlement général de protection des données (RGPD) dans un contexte de recherche. Deux documents furent consultés pour cette étape, le guide de la recherche du Centre national de recherche scientifique (André-Poyaud et al., 2019) et l'article 30 du RGPD correspondant au registre des activités de traitement (Rectificatif au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données), 2018). J'ai également utilisé les apports d'une formation doctorale sur l'application du RGPD animée par la déléguée à la protection des données (DPO) de l'université de Rouen-Normandie.

La deuxième étape correspondit à l'identification des spécificités de mon projet de recherche en lien avec le RGPD. En effet, le type de données collectées renvoie à des enregistrements audio et vidéo d'entretiens de recherche (en visio-conférence due au contexte de la pandémie sanitaire). Les données à caractère personnel se rapportent aux voix et images d'apprenants et de néo-professionnels. Les données sensibles comprennent quant à elles, les éléments sur l'âge, la famille, les événements de vie ou de santé, les parcours de formation et professionnel, les représentations, les croyances des interviewés etc.

A l'étape suivante, il m'a fallu concilier les exigences du RGPD et les choix du dispositif de recherche par l'intermédiaire de solutions concrètes et adaptées. Le repérage des enjeux des consentements m'a conduit à identifier de multiples phases dans le processus de recueil des consentements éclairés des acteurs (Annexe 5.1), de la demande écrite d'autorisation d'enquête auprès de plusieurs directions d'instituts de formation et d'écoles régionales, jusqu'aux confirmations écrites des consentements des enquêtés. La sécurisation et la conservation des données recueillies furent également l'objet d'un process en plusieurs étapes (Annexe 5.2), avec notamment la retranscription des verbatims et l'anonymisation des données sensibles (Annexe 6).

1.4 La question de la représentativité, le choix de la population cible

1.4.1 Représentativité et diversification de l'échantillon

Comme je l'ai précisé précédemment, dans une enquête qualitative le sujet est considéré comme « représentatif » des groupes sociaux auxquels il appartient, de la ou des cultures dans lequel il a grandi. Un échantillon est donc constitué à partir de critères de diversification en fonction de variables, qui, par déduction, seront stratégiques pour obtenir des exemples de la plus grande diversité possible des attitudes et des comportements supposés en lien avec l'objet de recherche. Par variables stratégiques, j'entends celles dont le chercheur estime en amont du recueil de données, qu'elles jouent le rôle le plus important dans le champ du phénomène étudié. Dans ma recherche, ces variables étaient divisées en deux types : premièrement, celles de nature quantitative en lien avec des indicateurs d'appartenance à des groupes sociaux (sexe, âge, région, lieu d'habitation, parcours scolaire...) ; puis celles qualitatives plus spécifiquement liées aux objectifs de la recherche.

De ce fait, mon attachement à identifier des invariants psychiques chez des apprenants de différents métiers du lien, m'a amené à rencontrer des apprenants de multiples curricula. Le choix des formations du soin ou de l'accompagnement a été réalisée en lien avec les similitudes des dispositifs de formation et la certification obtenue, c'est-à-dire une formation post-bachelière universitaire ou en partenariat universitaire, dans une approche par compétences avec l'obtention d'un grade licence ou master. Plusieurs écoles et instituts de formation aux métiers du lien ont ainsi été sollicités sur la période de février à mai 2021 (Annexe 5.3) : instituts de formation en soins infirmiers, en psychomotricité, en ergothérapie, en masseur-kinésithérapie, de manipulateurs en électroradiologie médicale, écoles régionales en travail social (éducateur de jeunes enfants, éducateur spécialisé, assistant de service social).

La présence d'apprenants de plusieurs années de formation par filière a été également recherchée afin d'apprécier l'appropriation des savoirs en lien avec le *care* sur l'ensemble du parcours de formation. Des néo-professionnels récemment diplômés (de moins d'un an) ont aussi été interrogés afin d'observer, s'il y a des différences notables entre le rapport au savoir de l'apprenant en formation et celui du jeune professionnel, et si la fabrication des savoirs du *care* s'estompe ou pas en fin de formation. Enfin j'ai formalisé des critères d'inclusion et de non-inclusion (tableau 13) nécessaires à l'élaboration de mon protocole de recherche.

Tableau 11: Critères d'inclusion et de non-inclusion pour la population cible

Critères d'inclusion	Critères de non-inclusion
- Etudiants en formation universitaire (grade licence ou master) à des métiers du lien : auxiliaires médicaux (professions paramédicales, de la rééducation et médicotechniques) ou du travail social à des niveaux de cursus différent	- Etudiants de mon campus de formation rattaché au Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre (92)
- Professionnels de santé ou du travail social exerçant depuis moins d'un an en intra ou en extrahospitalier (obtention du diplôme d'état en 2020)	-Etudiants en formation médicale et pharmaceutique (médecine, maïeutique, pharmacie) avec un cursus de formation supérieur à trois ou quatre ans
	- Professionnels de santé ou du travail social exerçant depuis plus d'un an en intra ou en extrahospitalier
	- Professionnels coordinateurs d'un service ou faisant fonction de cadre de santé
	- Professionnels de santé ou du travail social cadres de santé de proximité ou cadres formateurs

1.4.2 Traduire l'échantillon en personnes interrogées

Après avoir défini les critères de sélection des personnes que je souhaitais interviewer, je me suis interrogée sur les techniques existantes pour constituer mon échantillon : un mode d'accès direct ou de type « porte-à-porte », un deuxième mode d'accès par l'entremise d'un tiers « par relations », ou un troisième mode d'accès de « proche en proche » (Duchesne, 2000, p. 14-15). Le premier mode d'accès consiste à observer le terrain (au sens socialement et géographiquement) pour le découper en zones d'intervention, puis aller sonner aux portes afin de solliciter les gens pour un entretien d'environ une heure. Cela n'a pas été réalisable dans le contexte de cette étude car l'étape de recueil de données s'est réalisée sur le premier semestre 2021 en période de pandémie mondiale COVID-19. De plus, je rencontre essentiellement les apprenants sur leur lieu de formation ou en stage dans les services de soins de par mes activités professionnelles. Cela m'a donc semblé plus logique de les contacter via un intermédiaire suivant le deuxième mode d'accès (tableau 11).

En procédant par carnet d'adresses, j'ai veillé à contacter moi-même les personnes concernées, pour éviter que n'intervienne celui d'où provient l'information. En effet, la personne qui me servait d'introducteur risquait d'annoncer l'enquête dans des termes dont je n'avais pas idée et

cela pouvait contribuer à structurer le début de l'entretien (voire même à l'influencer), sans que je sache comment. Travailler selon le troisième mode d'accès en « boule de neige » semblait intéressant, mais le risque aurait été d'interviewer des personnes faisant partie du même groupe d'amis ou du même cercle, et qui présenteraient des similarités par rapport à certaines caractéristiques en lien avec une culture propre. Notons que les apprenants qui m'ont sollicité par suite d'un échange réalisé avec un interviewé et qui avaient connaissance de la consigne, n'ont pas été retenus.

Parallèlement deux règles éthiques et techniques ont été appliquées : ne pas interroger des personnes que je connaissais directement ou que je serai amenée à fréquenter par la suite (de façon à garantir la confidentialité des propos tenus et afin que les personnes sachent, que ce qu'elles ont dit ne rejaillira pas sur leur existence) ; et ne pas contacter des étudiants ou professionnels qui seraient dans l'obligation de se soumettre à l'entretien, de par la nature de la relation qu'ils entretiennent avec celui qui m'a mis en contact avec eux. Les tableaux de l'annexe 5 illustrent cette étape du protocole de recherche.

1.5 La passation de l'enquête

L'entretien non-directif étant une interaction qui est structurée dès la première prise de contact entre l'enquêteur et l'enquêté, j'ai tenté de mettre en œuvre un « contrat de communication » tel que proposé par Ghiglione (1986), notion largement utilisée sous diverses formes par les linguistes pragmaticiens. Ce contrat désigne un accord explicite initié au début de la situation de communication et qui se construit dans l'interaction après les premiers échanges. Cet auteur préconise également d'expliquer à l'enquêté les modalités de réalisation de l'entretien, sans trop attirer son attention sur ces règles de l'échange pour ne pas le détourner de l'objet même de l'entretien.

1.5.1 Nature de l'échange enquêteuse - enquêté.e

En tant qu'enquêteuse, j'ai eu le souci de présenter une attitude bienveillante et non autoritaire. Je me suis efforcée de ne pas juger, conseiller ou discuter. Mon intervention avait pour objectif de faciliter la prise de parole de l'interviewé et de l'aider à soulager ses inquiétudes. En effet,

l'échange doit porter exclusivement sur ce que pense la personne interrogée du thème soumis par la consigne, sur les idées, les souvenirs, les émotions qu'il lui suggère. J'ai veillé à ne pas prolonger la conversation informelle de présentation, car elle est en lien avec des règles de bienséance, d'échange de points de vue avec lesquelles il a fallu rompre.

J'ai tenté de maîtriser le sujet de conversation afin d'éviter de prendre position, tout en intervenant suffisamment pour ne paraître ni mystérieuse, ni antipathique, ni trop « fière » à leurs yeux. Dans le contexte d'un entretien en distanciel, j'ai cherché à favoriser la création d'un espace intime avec l'enquêté. Par conséquent, je n'ai réalisé aucun entretien sur mon lieu de travail, mais à mon domicile dans la seule pièce où je pouvais m'isoler, ma chambre à coucher, avec comme arrière-plan le tableau d'un paysage. Côté enquêté, le lieu choisi fut toujours silencieux, isolé - nous n'avons jamais été dérangés lors des échanges - et paradoxalement très diversifié (salle à manger, chambre, bureau, grenier...). J'ai remarqué que les locuteurs ont utilisé des supports numériques multiples (ordinateur, téléphone, tablette), générant des images d'écran de taille variable.

Dans l'après-coup de mon enquête, j'ai pris conscience à présent que ce choix de la chambre à coucher devait sans doute répondre à mes angoisses de chercheuse en lien avec la notion d'« entretien idéal ». Je souhaitais sans doute donner la meilleure image de moi-même (ma chambre n'étant pas en désordre et le mur refait à neuf) en étant dans la toute-puissance pour l'approche de l'interviewé. Mon intention ici était de nous installer confortablement dans la situation de communication afin d'être suffisamment proches l'un de l'autre, à visée d'un recueil de données « idéal ».

1.5.2 Au commencement la consigne

Parce qu'elle ouvre l'entretien et introduit le sujet de l'exploration, la consigne est un élément fondamental dans la réalisation de l'entretien non-directif. Cette formulation permet à la fois d'ouvrir le dialogue, en précisant clairement ce que sera l'objet de ce dialogue. Mon intention initiale était de recueillir des informations sur les représentations de l'enquêté du *prendre soin* à ce stade de sa formation ou de sa vie professionnelle, comment ce dernier donne du sens à son enseignement, mais aussi de quelle façon le sujet-apprenant évoque les facilités et difficultés rencontrées dans l'acquisition du *prendre soin*. De ce fait, j'ai privilégié le choix du

terme *prendre soin* au lieu du terme anglais *care* dans le but d'éclairer les interviewés sur la thématique de la recherche.

Ma consigne était : « *vous êtes étudiant ... en ...année (ou jeune professionnel). Pourriez-vous me dire ce que le prendre soin signifie pour vous personnellement et comment vous vous y formez ?* ».

1.5.3 Ecouter, prendre le temps, utiliser le silence

Dans ce type d'entretien, l'interviewé prend alors la parole et répond, avec plus ou moins d'assurance et de précision. L'enquêteur doit alors jouer un rôle de facilitation et de soutien, « on part ainsi de l'idée que la personne interrogée est plus apte à explorer le champ du problème qui lui est soumis, en fonction de ce qu'elle pense et ressent. Cela doit correspondre à une acceptation réelle, par l'enquêteur, de la personne interrogée telle qu'elle est » (Michelat, 1975, p. 229).

Je me suis efforcée de comprendre, de saisir tout ce qui se disait, mais aussi ce que la personne ne pouvait ou ne voulait pas dire. J'ai appliqué le principe que plus mon attention serait grande et plus j'arriverais à convaincre la personne interrogée de mon intérêt pour ce qu'elle pense et cela l'encouragerait à poursuivre. Mon rôle a consisté donc essentiellement à stimuler le discours de l'enquêté. J'ai essayé de parler peu et d'écouter beaucoup pour laisser à la personne le temps de réfléchir. Les silences constituent un point central de l'entretien non-directif car ils sont la trace de moments en dehors du temps, à l'écart des conversations ordinaires, loin de l'urgence des actions quotidiennes et de l'immédiateté contemporaine. Lors de la réalisation de ces entretiens, j'ai rencontré trois types de silences : les silences « pleins » où l'enquêté réfléchissait, les silences « tendus » pendant lesquels la personne interrogée exposait son désarroi, une inquiétude et les silences « vides » quand l'enquêté avait le sentiment qu'il n'avait plus rien à dire. Dès que cela a été nécessaire, je suis intervenue par des relances comme un miroir, en « réfléchissant » les paroles, les idées, les émotions exprimées. De ce fait, j'ai pris quelques notes à chaque entretien pour rester concentrée sur ce que disait l'interviewé et ne pas le regarder trop fixement. Les notes m'ont permis de « doser » mes regards, mais aussi de pouvoir revenir à ces écrits lors des silences durant l'entretien et ainsi relancer avec une question de synthèse.

1.5.4 La composition finale du corpus

Seize personnes, dont trois professionnels diplômés, furent rencontrées pour une durée moyenne d'entretien de vingt-huit minutes (tableau 12). Le panel d'apprenants était issu de six instituts de formation ou écoles régionales (Annexe 5.3). La moyenne d'âge des enquêtés était de vingt-quatre ans.

Tableau 12: Nombre, type d'apprenants et de néo-professionnels rencontrés

Type de formation	Apprenant	Âge	Année de formation	Date et durée de l'entretien
Formation en soins infirmiers	Céline	33 ans	Première année	05/03/2021 48 mn
	Maylis	18 ans	Première année	06/03/2021 22 mn
	Manon	20 ans	Troisième année	11/03/2021 33 mn
Formation de manipulateurs en électroradiologie médicale	Damien	22 ans	Deuxième année	12/02/2021 47 mn
	Amina	20 ans	Deuxième année	19/02/2021 32 mn
	Ryzelenne	21 ans	Troisième année	20/02/2021 27 mn
Formation en psychomotricité	Gabrielle	20 ans	Deuxième année	28/02/2021 48 mn
	Corentine	23 ans	Troisième année	25/02/2021 29 mn
	Isabella	22 ans	Troisième année	22/02/2021 27 mn
Formation aux métiers du travail social : assistante en service social	Anne-Laure	49 ans	Troisième année	26/03/2021 31 mn
Formation aux métiers du travail social : éducatrice spécialisée	Rosa	22 ans	Deuxième année	03/04/2021 37 mn
Formation aux métiers du travail social : éducatrice de jeunes enfants	Mélissa	19 ans	Deuxième année	23/05/2021 24 mn
Formation aux métiers du travail social : éducatrice de jeunes enfants	Virginie	Non donné	Deuxième année	28/05/2021 27 mn
Type de professionnel	Néo-professionnels	Âge	Année d'obtention du diplôme d'état	Date et durée de l'entretien
Infirmier en service infirmier de compensation et de suppléance (Sics ou pool) dans un centre hospitalier public francilien	Hugues	30 ans	2020	08/04/2021 32 mn
Masseur-kinésithérapeute en cabinet libéral	Marine	24 ans	2020	12/02/2021 28 mn
Éducatrice de jeunes enfants en attente d'exercice	Chloé	25 ans	2019	21/05/2021 37 mn

1.5.5 Les limites de l'outil d'enquête : le flou dans le rapport interviewé-interviewer et la question de la domination

L'écoute de l'interviewer, son non-jugement, ses interventions sporadiques placent l'interviewé dans la position d'un enfant qu'il ne faut pas brusquer afin d'obtenir de lui la vérité (Magioglou, 2008). « S'il est vrai que l'interviewé n'est pas un patient, il est néanmoins infantilisé » (2008, p. 53).

Par ailleurs, dans son rôle de témoin l'interviewer tend à faire oublier ce qu'il est et à disparaître, en quelque sorte, dans son discours. Cet effort empathique de projection ou de ressemblance a pour but de lutter contre les effets de domination, qui souvent caractérisent une situation d'entretien où l'interviewer a le pouvoir sur l'interviewé (Magioglou, 2008). Ce rapport de domination existe donc, mais il est caché.

Dès lors que l'entretien débute, l'interviewé s'attend à une situation de dialogue malgré les explications de l'interviewer. Mais la consigne donnée, les interventions timides de l'enquêteur, risquent de ne pas satisfaire les attentes de l'interviewé, qui doit alors faire face au vide et au flou de la situation. Certains auteurs (Edwards, 1993; Magioglou, 2008) proposent de rester à la fin de l'entretien et d'engager un « dialogue » pour répondre à toutes les questions de l'interviewé. Cette conversation, selon eux, ne fait pas partie des données à analyser, mais contribue de manière sensible à la compréhension des données de l'entretien. D'autres en revanche (Revault D'Allonnes, 1989/1999 ; Yelnik, 2005), ne le recommandent pas, « il [le chercheur] s'abstient également de tout échange réel en dehors de la situation de recherche » (Yelnik, 2005, p. 137). Le flou de l'entretien non-directif permet au final à l'enquêté de s'enfoncer dans ce dialogue avec lui-même en utilisant ce vide à sa manière et en l'utilisant « comme un outil polyvalent de manière créative » (Magioglou, 2008, p. 58).

C'est pourquoi je me suis positionnée en fonction de la demande (verbale) de l'interviewé. Seuls Damien, étudiant manipulateur en électroradiologie médicale, et Gabrielle, étudiante en psychomotricité, ont cherché à échanger avec moi à la fin de l'entretien : le premier dans le but de me présenter son sujet de mémoire de fin d'études et d'obtenir sans doute un conseil, la deuxième pour revenir sur la genèse complexe de son institut de formation qu'elle souhaitait me faire partager.

Dans l'après-coup de mon enquête, je me suis aperçue enfin que pour l'ensemble des entretiens menés, je ne me suis pas présentée comme chercheuse, mais comme cadre de santé formatrice engagée dans une recherche en sciences de l'éducation et de la formation. Or il est souvent conseillé d'éluder son appartenance professionnelle, afin de rassurer les interviewés que « rien de ce qu'ils disent dans le cadre de l'entretien de recherche ne sera rapporté à des personnes avec lesquelles ils sont en relation, notamment celles qui ont servi d'intermédiaire » (Yelnik, 2005, p. 137). Cet état de fait a pu peut-être induire certaines réponses des locuteurs.

Après avoir décrit précisément la première partie du protocole de l'enquête empirique, notamment le type d'étude, le choix de l'outil d'enquête et de la population cible, la passation de l'enquête en période de pandémie sanitaire, la deuxième partie de ce chapitre comprendra les éléments constitutifs de la méthode d'analyse des données du corpus.

2. La méthode d'analyse des données empiriques

Les différentes phases de l'analyse de contenu se sont organisées comme l'enquête sociologique ou l'expérimentation, autour de trois pôles chronologiques : la préanalyse ; l'exploitation du matériel ; le traitement des résultats, l'inférence et l'interprétation (Bardin, 1977/2013). Pour cela, les verbatims des quinze entretiens ont tous été retranscrits (Annexe 6). L'analyse du corpus a été réalisée grâce à deux approches complémentaires : d'une part une approche discursive s'appuyant sur les notions du *care*, du rapport au savoir, ainsi que sur l'appareil théorique et clinique de la métapsychologie freudienne ; d'autre part une approche lexicale pour identifier le lexique du prendre soin, ses contextes d'emploi et les champs lexicaux prévalents des locuteurs (Heiden et al., 2010).

2.1. Une première étape d'analyse des données : des catégorisations thématique et de l'énonciation

Comme l'a montré Michelat (1975, p. 229), il apparaît indiscutablement que dans l'entretien non-directif, « le plus important est en général ce qui a été exprimé le plus rarement et souvent de façon furtive, voire simplement sous-entendu ». Analyser en profondeur ces entretiens m'a conduit à travailler sur les liens entre les différentes unités de contexte, à « reconstituer pour chaque entretien, puis pour l'ensemble du corpus, la structure latente qui organise les idées, les

valeurs, les émotions, les opinions recueillies » (Duchesne, 2000, p. 28). Cette structure correspond à un modèle ou à une combinaison de modèles culturels, en lien avec les univers sociaux auxquels appartiennent les personnes interrogées.

Trois principes m'ont guidé : tout a un sens en entretien, c'est pourquoi j'ai tenté d'avoir une attention particulière à ce qui justement semblait ne pas en avoir ; tout a un sens en contexte car les conditions de déroulement des entretiens, les relations instituées, ce qui était dit, tout participait à créer des « informations symptomatiques » (Michelat, 1975, p. 231) ; ce sens n'est pas donné, car l'analyse qualitative des entretiens non-directifs est à considérer comme une interprétation de symptômes qui se présentent sous la forme de « détails ». Comme l'a souligné Freud dans son mode d'analyse, « elle est (la méthode d'interprétation)¹⁵ comme celle-ci (la méthode de déchiffrement)¹⁶ une analyse “en détail” et non “en masse”, comme celle-ci, elle considère le rêve dès le début comme un composé, un conglomerat de faits psychiques » (1967/1971, p. 97).

Après une période d'« imprégnation » de mon matériel (par lecture flottante), j'ai essayé d'élaborer un schéma provisoire pour faire apparaître les significations. En amont de cette réflexion, je n'ai pas souhaité réaliser de « grille d'analyse », car l'ensemble des auteurs (Blanchet, 1989; Magioglou, 2008; Michelat, 1975) rappellent qu'elle « se dégage elle-même au fur et à mesure, elle est constituée par l'état du schéma à un moment donné de l'analyse » (Michelat, 1975, p. 244). C'est en ce sens que ce type d'analyse m'a semblé pertinente.

Dans le respect d'une méthodologie clinique d'orientation psychanalytique, l'usage de l'entretien non-directif de recherche a nécessité à la fois une élaboration préalable du contre-transfert de la chercheuse, une posture de clinicienne au cours de l'entretien et une élaboration dans l'après-coup de l'analyse. Cette dernière étape a été conduite entretien par entretien pour respecter la dynamique singulière de chaque configuration psychique. Une analyse de l'énonciation a été ajoutée en utilisant trois niveaux d'approche : une analyse syntaxique et paralinguistique, dont l'étude s'est centrée sur les structures formelles grammaticales, une analyse qui s'appuyait sur une connaissance de l'agencement du discours et une analyse des

¹⁵ Ajouté par moi.

¹⁶ Idem.

éléments formels (i.e. les omissions, les failles logiques, les silences, etc.) (Bardin, 1977/2013a).

Enfin je rejoins Blanchard-Laville (1999) qui défend que le caractère clinique d'une démarche d'investigation ne peut faire l'objet d'une « mesure », une saturation clinique a donc été privilégiée faisant graduellement passer « d'une clinique *a minima* à une clinique dense » (Legrand, 1993, p. 176), cette dernière n'entraînant pas l'agencement d'une hiérarchie normative de la démarche.

2.2 Une deuxième étape d'analyse lexicale des données brutes

L'analyse clinique de contenu a ensuite été étayée par une étude lexicométrique du matériau. En effet, l'évolution technique permet aujourd'hui une systématisation des outils d'investigation de la verbalité des entretiens (Bossard, 2004; Rinaudo, 2001, 2020). Mes résultats bruts ont été traités par l'intermédiaire du logiciel TXM® de façon à être significatifs ou « parlants » et valides.

Des opérations statistiques simples (pourcentages) ou plus complexes (analyse factorielle) ont permis d'établir des tableaux de résultats, diagrammes, figures, qui ont condensé et mis en relief les informations apportées par le premier niveau d'analyse (Annexe 7). Plusieurs requêtes et opérations ont été ainsi réalisées : propriétés du corpus, lexiques et tables lexicales par locuteur, concordances de mots-pivot, requêtes à visée d'identification des familles de mots récurrentes, analyse factorielle des correspondances, dendrogramme (diagramme de Clustering¹⁷), spécificités des parties...

Ayant à ma disposition des résultats significatifs et fiables, j'ai pu proposer des inférences et avancer des interprétations à propos des objectifs prévus, centrés sur l'apprentissage du *care*, ou d'autres découvertes imprévues.

¹⁷ Un dendrogramme est un diagramme de regroupement hiérarchique, permettant d'organiser des données en arborescence en fonction de leurs similitudes.

CONCLUSION DE LA DEUXIÈME PARTIE

Ce chapitre incontournable dans une recherche doctorale, m'a permis de me confronter aux questions de scientificité d'une méthodologie qualitative, face la progressive prédominance des méthodes quantitatives (Santiago Delefosse & Del Rio Carral (dir.), 2017). La primauté d'une approche concrète du sujet en tant que globalité en situation, m'a guidé dans l'élaboration du protocole d'enquête. En outre, le choix de l'entretien clinique de recherche est en accord avec la considération du langage comme indicateur privilégié des modes d'expérience humaine (Santiago Delefosse & Del Rio Carral (dir.), 2017). J'ai souhaité intégrer la modélisation du vécu du sujet dans la méthodologie, en privilégiant l'analyse de l'acte du prendre soin (mental ou moteur) sur l'objet (et sur la représentation introspective). Mon positionnement qualitatif rejoint le postulat de Santiago-Delefosse et Del Rio Carral (2017), qui refusent, de manière solipsiste, la réduction de la recherche à un sujet coupé du monde et du sens de son action.

J'ai eu pour objectifs de rendre compte de la plasticité telle que vécue par le sujet-apprenant en situation d'apprentissage du *care*, de comprendre les co-constructions des significations et des réalités qui permettent ajustement entre le sujet et son contexte. Le point fondamental de la méthodologie de recherche a été de prendre en compte la complexité de l'environnement personnel et professionnel de l'étudiant d'un métier du lien (développement primaire, temporalité, spatialité, socialités multiples). Le protocole d'enquête choisi a permis d'intégrer dans l'étude du vécu du sujet, ses représentations, le poids des contraintes et les manières dont le sujet peut également les transformer.

Enfin veiller à une posture éthique dans l'action et analyser ma place de praticienne-chercheuse et son influence dans la recherche et les résultats, ont constitué un des enjeux prégnants de cette recherche qualitative. La tension entre mon positionnement théorique d'une part, mon rapport à l'objet de recherche et le terrain de recherche d'autre part, qui est à la base d'une méthode qualitative, représente « la clef d'une recherche fondamentale de terrain » (Santiago Delefosse & Del Rio Carral (dir.), 2017, p. 32) et sera par ailleurs abordée dans le chapitre analytique suivant.

TROISIÈME PARTIE : DE L'ANALYSE DES RÉSULTATS A LA DISCUSSION

Dans l'après-coup de cette enquête, j'ai essayé de ne pas gommer ce qui, pour moi, faisant conflit ou contre-transfert. Ma rencontre avec ces apprenants de multiples curricula et ces néoprofessionnels a généré des affects d'émotion, de mélancolie, de perplexité voire de colère...qui ont teinté ou orienté mon analyse. Cependant je ne suis pas « en dehors » de la scène du *care*, mais bien là où je voudrai être, c'est-à-dire « en dedans ». Dans la subjectivité de ma posture de soignante-chercheuse, j'ai sans doute pris parti, je me suis offensée, j'ai résisté à certains points de vue, n'ayant pas été indifférente à leurs discours. Par conséquent comment me questionner sur le *care*, sur le souci des autres en lien avec la notion de sensibilité morale, à partir d'une position « neutre » ?

Tout au long de ce chapitre, j'ai donc cherché à rendre visible et expliciter ma position subjective chaque fois que cela m'a paru essentiel. En effet, le terrain de recherche est une expérience qui peut défaire les certitudes théoriques ou déstabiliser les systèmes idéologiques qui protègent les chercheurs en les préservant de certaines remises en questions théoriques difficiles ou douloureuses (Molinier, 2013). Le trajet clinique et théorique que je propose ici pour envisager d'un œil neuf l'apprentissage du *care*, j'ai dû l'accomplir pour moi-même en surmontant mes propres résistances ou idéalisations.

Ce chapitre présentera dans une première partie trois analyses individuelles du corpus qui mettent en lumière des formes plurielles du *care*, des indices sur le travail psychique inconscient mobilisé dans l'apprentissage du prendre soin, ainsi que des prérequis semblant incontournables à la relation avec l'autre. Dans un deuxième temps, les éléments transversaux de l'analyse du corpus seront abordés pour envisager le phénomène d'apprentissage du *care* sous forme d'une triade capacitaire au service d'un espace d'entre-deux du *care*.

1. Quelques figures emblématiques du corpus

1.1 *Maylis, un objet savoir à incorporer*

Cet entretien clinique de recherche auprès de Maylis s'est déroulé en visioconférence durant la période de pandémie au mois de mars 2021 vers la fin d'après-midi. Jeune étudiante infirmière de dix-huit ans en première année de formation, Maylis était intimidée et hésitante lors de

l'échange. Elle a été surprise par la consigne centrée sur le prendre soin et j'ai dû souvent la relancer avec des reformulations de type reflet ou synthèse. L'entretien a duré vingt-deux minutes avec quelques ralentissements dans la connexion, mais sans réel impact pour la retranscription du verbatim.

1.1.1 Du choix de la profession d'infirmière à la juste distance

Dès le début de l'entretien qui aborde son orientation, Maylis défend son choix de devenir soignante comme une évidence, « *depuis toute petite c'était le milieu médical/ enfin je j'avais aucun doute sur ça et je voyais aucune autre possibilité /c'était le milieu soignant voilà* » [l. 29-30]. Elle décrit cependant un parcours scolaire difficile au lycée marqué par l'ennui et la démotivation, en utilisant même des mots extrêmement forts qui montrent l'intensité de son ressenti scolaire (et sans doute son rapport au savoir scolaire). « *J'aimais pas du tout les cours [...] c'était une torture d'aller au lycée* » [l. 187], « *ça n'avait aucun sens* » [l. 188].

Après l'obtention d'un baccalauréat scientifique classique, elle dépeint ses hésitations dans le choix de son orientation universitaire (entre psychologue, pédicure-podologue et infirmière) et son envie d'études courtes accessibles à ses capacités, mais en réfutant la carrière de médecine choisie par sa sœur.

« *Euh/ j'ai jamais eu envie de faire médecine parce que ma sœur étant enfin aujourd'hui cardiologue/ mais en fait ça m'a plus/ son parcours m'a plus dégouté qu'autre chose [...] j'aurai pas pu étudier autant d'années* » [l. 30 à 34].

Concernant le rapport au savoir de Maylis, elle montre ici un certain désir d'apprendre en s'inscrivant dans une formation en santé, malgré son « dégoût » pour la médecine. Cela pourrait donner l'idée d'un réel désir de prendre soin de l'autre, malgré sa vision négative de la formation médicale. Ce désir de savoir semble se relier dans son discours à la notion de saveur, de savoir à incorporer pouvant s'apparenter à une ingestion qui va prendre corps sous une autre production « les nouveaux savoirs » de la formation paramédicale. Cette manière de faire sien le savoir peut correspondre au stade oral du développement de l'enfant, la relation orale à l'objet étant essentiellement marquée par le but d'incorporer l'objet (Freud, 1926/2015). L'objet savoir suscite des sentiments qui sont au fondement de ce rapport au savoir. Ces sentiments de satisfaction et de contentement se développent lorsque l'objet a pris la forme voulue (ici des

outils, méthodes ou patterns pour prendre soin de manière contextualisée, des « *soins techniques* » ou « *relationnels* », [l. 95], savoir « *comment réagir à une situation* » [l. 137]).

Engagée dans le scoutisme depuis 7 ans, Maylis est sportive en haut niveau (dans une équipe nationale féminine). En croisant ces éléments avec son engagement soignant, il se dégage pour cette étudiante infirmière un intérêt tourné vers sa personne en termes de recherche de dépassement de soi, potentialisé par une éventuelle compétition avec sa sœur dans ce registre du prendre soin. Ce concept d'intérêt fait écho à la notion de dette, de quête de l'objet perdu, de dû psychique (Morvan, 1995).

Par ailleurs, malgré sa jeune expérience du soin, Maylis est consciente de cet engagement soignant et de ses limites. Elle décrit une situation issue de son premier stage où elle a été en difficulté. En effet, les métiers du soin plongent les professionnels dans une relation singulière avec le patient, mais en les exposant à des risques et périls surtout par rapport à la charge morale et psychique due à leur engagement personnel. « Assumer les émotions provoquées par la rencontre, accompagner dans sa peine celui qui souffre, se retenir de tout énervement envers celui qui se plaint, n'est-ce pas ainsi mieux prendre soin et mieux vivre son métier de soignant » (Brabois (de), 2017, p. 56). C'est pourquoi Maylis insiste sur la nécessité de se préserver.

« Mon premier stage il était en psychiatrie et/ je sais qu'il y a l'histoire d'une patiente qui m'a qui m'a un peu qui m'a plus touchée que les autres /on va dire /en lisant son dossier médical/ et pour me protéger je me suis dit que cette patiente je m'investirai moins avec elle qu'avec les autres/ donc je mettrais plus de distance/ et ben c'est aussi prendre soin/ parce que pas mélanger le professionnel et le perso enfin/ les /c'est pas que nos émotions n'ont pas à avoir lieu mais enfin faut pas se laisser submerger quoi/ et pour un premier stage/ je préférais jouer la carte de la sécurité/ me mettre en retrait par rapport à cette patiente plutôt que/ aux autres qui qui étaient très gentils mais qui me touchaient moins par leur histoire que cette dame » [l. 156 à 164]

Soigner et/ou prendre soin passe nécessairement par un travail dans (et sur) la relation. Pour cela, il faut se placer à la « bonne » distance de l'autre tout en étant attentif à la singularité et à la demande du patient. Ces éléments peuvent être mis en relation avec l'idée d'un autre menaçant susceptible de nous entraîner où nous ne voudrions pas aller et de nous aliéner. A être trop à l'affût de l'autre, le soignant risquerait de se perdre lui-même. On y perçoit le risque de « suppression du non-moi » et peut-être l'apparition d'un sentiment d'omnipotence infantile en lien avec le fantasme de toute-puissance du soignant (Morvan, 2020).

La juste distance permet aux soignants de s'accommoder de la réalité qui peut être parfois insupportable et de rester impliquer. Et c'est ce que réalise Maylis ici, car il existe des limites

à l'engagement pour ne pas affecter le bien-être psychique ni les capacités physiques du professionnel de soin. S'engager, c'est donner de sa personne et de son temps en accord avec ses valeurs et ses croyances, toutefois cela ne doit pas conduire à se sacrifier. Ces éléments rejoignent le propos de Worms (2010), dont l'analyse de la philosophie contemporaine lui fait saisir le soin comme séquence caractéristique de notre époque. Son approche qui valorise l'importance des subjectivités individuelles tout en montrant les agencements dans les situations de soins, va ainsi permettre la reconnaissance d'une humanité qui se devine de plus en plus à travers sa vulnérabilité. Elle est alors rendue visible comme une préoccupation adressée à soi et aux autres.

Enfin, les mots de Maylis (« *et pour un premier stage/ je préférerais jouer la carte de la sécurité* » [l. 163]) renvoient à un cadre d'apprentissage (le stage, ou plutôt l'institution), qui devrait être à la fois souple et contenant au sens de rassurant. Comment ne pas penser à la fonction placentaire ? Serait-il attendu que l'institution (le stage et l'institut de formation), tout à la fois protège et nourrisse ? Car se former c'est d'une certaine façon se nourrir.

1.1.2 Un prendre soin transmis centré sur le soin relationnel

Pour Maylis, le *care* est un concept pluridimensionnel qui a pour visée « *d'accompagner l'autre de la meilleure façon possible* » [l. 63]. Il apparaît dans son discours comme une attention portée à autrui mais aussi à soi-même (Honoré, 2017). L'étudiante l'évoque en tant que sollicitude, souci de l'autre, mais de manière très qualitative (« *être attentif/capter certaines choses* » [l. 60-61]) afin de saisir la spécificité d'une situation, d'une personne (Molinier et al., 2009/2021b).

En effet, véritable convocation de l'action, ce prendre soin, à la fois relationnel et pratique, vise donc à se soucier de l'autre en premier lieu dans sa possibilité d'être au monde. L'analyse lexicale ci-dessous nous montre également une représentation du *care* assimilée à une activité de soin, un acte, une pratique (« *faire* » avec 9 occurrences), mais surtout comme un état, une disposition d'esprit tournée vers l'Autre (« *être* » avec 16 occurrences) (tableau 13).

Tableau 13 : Extrait du lexique de Maylis (verbes à l'infinitif)

Mot	Fréquence
être	16
faire	9
développer	6
avoir	4

Plusieurs niveaux¹⁸ dans le soin sont retrouvés au cours de l'entretien. Le premier niveau de soin (Benaroyo, 2010) est celui de la rencontre, où va s'instaurer un rapport asymétrique fondé sur la vulnérabilité du patient d'une part, et sur l'engagement du professionnel à prendre soin de cette personne fragilisée d'autre part (Svandra, 2018). Effectivement, Maylis me confie : « ouais pour prendre soin /faut déjà [...] soit avoir observé que la personne en /avait besoin d'aide ou pas /ou sinon qu'elle nous l'ait dit directement » [l. 66-67]. La jeune étudiante perçoit l'importance de l'observation dans le prendre soin à relier avec la capacité d'être attentif à ce qui se présente à soi et en soi. Cela signifie être au plus près des faits, du détail, des ressentis, de l'attitude corporelle, du timbre de voix, « pour sortir de sa projection et sentir ce qui vient de l'autre, ce qui est manifesté par lui » (Vernay, 2018, p. 50).

Le deuxième niveau du soin retrouvé dans le discours de Maylis est celui où s'élaborent le diagnostic et les moyens thérapeutiques mis en œuvre pour venir en aide au patient ; le professionnel évolue alors d'une attitude d'empathie à un comportement où s'exerce son expertise et son savoir-faire. « Agir en conséquence/ développer la parole/ se confier/ [...] ça peut passer par les pansements/ les actes matériels/ [...] ça passe soit par la parole soit par les gestes » [l. 67-69].

Une objectivation s'opère et se retrouve à présent en opposition avec le premier moment de la rencontre. Le troisième niveau cherche à rééquilibrer la relation de soin. Malgré une position de vulnérabilité initiale, la finalité serait d'établir un lien moins asymétrique entre le patient et le soignant, la réciprocité devant ainsi possible. Cette alliance thérapeutique va permettre au soignant de recourir aux techniques de soin nécessaires, mais en les adaptant à la singularité du soigné et à son contexte. Or ce niveau n'est pas évoqué par Maylis nous donnant un sentiment

¹⁸ Le médecin allemand Viktor Emil Freiherr a élaboré dans les années 1950 une anthropologie phénoménologique sur la relation clinique.

d'inachevé dans la relation de soin relatée. Sans doute est-ce dû à son manque d'expérience et à son jeune âge (elle est au début de sa formation et n'a réalisé que quelques semaines de stage).

Concernant l'apprentissage du prendre soin, l'étudiante le définit comme faisant partie de la personne, comme une essence naturelle. « *C'est plutôt de l'inné que de l'acquis* » [l. 98], « *y a des personnes qui sont naturellement tournées (vers les autres)¹⁹* » [l. 110], « *des personnes qui sont plus sensibles à ces sujets-là* » [l. 112]. L'analyse lexicale met également en avant ces éléments dans le tableau ci-dessous, avec une fréquence plus saillante dans le discours de Maylis pour le champ lexical du terme « *savoir* » (19) en comparaison à celui d'« *apprendre* » (9) (tableau 14).

Tableau 14: Nombre d'occurrences des familles de mots "savoir et "apprendre" pour Maylis

Mot	Fréquence
apprend	3
apprendre	2
apprennent	2
appris	2 = 9 au total
saïs	14
savais	4
savoir	1 = 19 au total

Ce ressenti personnel corrobore l'hypothèse que l'apprentissage du *care* est composé de traces sociales comme la transmission de jugements familiaux sur le savoir en lien avec l'environnement primaire de l'apprenant, de traces cognitives comme traces transmises de la scolarisation avec la notion de transfert de savoir, et de traces psychiques comme traces d'une transmission inconsciente opérée chez le sujet (Roman-Ramos & Eymard, 2011). De ce fait je peux souligner l'importance de la transmission et de l'appropriation des savoirs du *care* sur le plan psychosocial chez des futurs professionnels de métiers du lien.

L'étudiante complète en ajoutant que c'est la relation avec l'autre (conjoint, famille, amis, patients...), qui permet d'ajuster ce prendre soin et de l'optimiser. « *Ça passe par la relation avec les autres/ notre milieu familial/ ce que nous renvoient les gens qu'on côtoie au quotidien* » [l. 100-101]. Apprendre à soigner, c'est donc nécessairement apprendre à dialoguer. Le

¹⁹ Ajouté par moi

(prendre) soin se crée grâce au dialogue et celui-ci peut alors se construire dans un espace intersubjectif (Chetelat-Bequet & Froger, 2010).

Puis Maylis met en lumière une représentation personnelle du *care* comme intimement lié au soin relationnel, voire au métier de psychologue, car à cinq reprises elle relie ce métier au prendre soin. « *Bah à l'école on apprend les soins techniques/ après quelques soins relationnels mais ça c'est plutôt de l'inné je trouve/ on ne peut pas apprendre à quelqu'un d'être psychologue* » [l. 95-96], « *j'ai jamais rencontré quelqu'un qui avait appris à être psychologue / alors que il partait de zéro* » [l. 115], « *je trouve pas qu'ils nous apprennent à être psychologue ces cours-là* » [l. 121]. Il est intéressant de s'interroger si cela est en lien avec son projet professionnel et ses hésitations entre les différents cursus de formation. En effet, elle montre son désir d'un métier soignant très pratique, manuel, centré sur la *praxis* : « *la pratique dès les premiers mois (d'études)/ l'aspect manuel* » [l. 41], « *j'hésitais entre podologue c'était beaucoup pour l'aspect manuel/ manier des outils etc.* » [l. 47].

A ce propos, Hesbeen (Hesbeen, 2012) rappelle qu'au gré du temps, les actes soignants ont aujourd'hui pris plus d'importance que l'intention qui les anime, conduisant à une « frénésie du faire », qui participe à la représentation sociétale de l'infirmière comme une technicienne (qui fait des soins et non du soin). Maylis par ses paroles illustre cet élément.

1.1.3 Le travail sur soi comme prérequis au soin des autres

Maylis envisage le *care* d'emblée de deux façons, le prendre soin des autres et le prendre soin de soi. Elle va aborder ce dernier à plusieurs reprises au cours de l'entretien. L'étudiante infirmière explicite un peu plus loin son choix de la formation paramédicale en insistant sur l'impact que cela aura sur sa vie et il est intéressant de le relier à une première forme de prendre soin de soi.

« *pour que je sois bien et pour donner un sens à ma vie /entre guillemets/ et bah ça passe par être là pour les autres/ après que ce soit médical psychologique/ enfin/ de de plein de manières différentes/ il n'y a pas que ça non plus qui me rend heureuse/ mais par exemple au lycée quand je vous disais qu'en première c'était une torture que d'aller en cours /tous les matins je me levais et je ne comprenais pas pourquoi je me levais/ enfin ça n'avait aucun sens/ tandis que là en stage je me levais à 5h30 /et bon c'était fatigant mais je savais pourquoi je me levais/ je savais que j'allais faire une bonne action /et que bah j'allais servir à quelque chose /quelque chose quoi/ /aux gens en tout cas* » [l. 181 à 190]

Dans les propos de l'étudiante centrés sur le plaisir intense apporté par l'activité soignante (« *qui me rend heureuse* »), on retrouve la notion de vocation qui interroge, en psychanalyse, les notions de Surmoi et d'Idéal du moi. Le Surmoi correspond à l'instance d'identification à l'autorité parentale résultant de la résolution du complexe d'Œdipe. Quant à l'Idéal du moi, il se rapporte au modèle d'identification positive et de valeurs auxquels aspire le sujet (Freud, 1926/2015). Ces tensions entre le Surmoi et l'Idéal du moi vont caractériser, par exemple, le « narcissisme moral qui sous-tend les pratiques ascétiques et sacrificielles » (Zawieja, 2018, p. 59).

La situation de soins peut alors alimenter une forme de perversion pathologique du soignant, qui va puiser une certaine jouissance dans ce déséquilibre au travers de cette codépendance du soigné et du soignant, ce dernier va pouvoir trouver dans la relation thérapeutique la possibilité d'être renarcissisé, mais aussi, à l'inverse l'occasion d'exercer son pouvoir et son emprise. Ce narcissisme moral se présente donc sous une forme inconsciente et c'est dans le sentiment d'être meilleur dans le renoncement que le narcissique moral puise sa satisfaction. Maylis semble jouer ici cette fonction de narcissiste moral en mettant en œuvre un prendre soin d'autrui qui donne sens à son existence depuis l'enfance.

« Ah bah ça c'est depuis toujours (le prendre soin)²⁰ (rit) /euh ça je l'ai pas appris à l'école / c'est euh/ du coup mes parents sont divorcés / ma mère a été très triste/ c'est c'est comme ça que ça a commencé /même si quand j'étais petite j'étais beaucoup comme ça aussi [...] et je pense avoir toujours été là pour /pour mon entourage/ que ça soit mes amis ou ma famille/ et du coup bah maintenant avec les patients d'une autre manière » [l. 170 à 176]

Enfin le prendre soin de soi reste omniprésent dans son discours : « *je pense que pour être bien avec les autres/ faut déjà être bien soi-même [...] c'est aussi s'écouter par exemple/ être conscient qu'on a des gros moments de fatigue donc faire une pause lâcher-prise [...] parce que si on se délaisse je pense qu'on peut pas être 100% là pour les autres /donc dans ce cas-là ça sera flouté et faussé* » [l. 78 à 86]. L'analyse lexicale avec la recherche de concordances de l'expression "prendre soin" met aussi en évidence la prévalence du prendre soin de soi dans le discours de Maylis (tableau 15).

²⁰ Ajouté par moi.

Tableau 15: Concordances du "prendre soin" dans le discours de Maylis

Contexte gauche	Mot pivot	Contexte droit
est plus de l'innée et après/	prendre soin	de soin/ soi-même / bah ça passe par la relation avec
futur métier/ prendresoin de soi-même /	prendre soin	de soi-même / prendresoin / c'est faire / enfin / être attentif à bah à
/ du coup dans notre futur métier	prendre soin	de soi-même / prendresoin / c'est faire / enfin /
y a plusieurs matières/ il y a	prendre soin	des autres / du coup dans notre futur métier / prendresoin de
de distance/ et ben c'est aussi	prendre soin	/ parce que pas mélanger le professionnel et le perso enfin /
nous proposent les autres/ du coup bah	prendre soin	de soi du coup / c'est aussi s'écouter par exemple
est un peu enfin c'est important de	prendre soin	de soi d'une manière globale / parce que si on se
moment je me suis posée la question du	prendre soin	/euh/ bah il y a deux fois en première parce que
un compromis // comment ça le	prendre soin	/ bah il y a plusieurs manières / il y a prendresoin
donc bah ça prend en compte le	prendre soin	/ donc se poser les bonnes questions et agir en conséquence et
façons /// ouais // pour	prendre soin	faut déjà / soit que soit avoir observé que la personne
du coup agir en conséquence/ pour pouvoir	prendre soin	enfin / pour être le mieux possible ou accompagner l'autre de

Pour cette apprenante, il s'agit de prendre soin de soi avant toute chose, comme si l'on était malade avant de le devenir. Hatzfeld en s'inspirant de Foucault, explique qu' « un sujet moral ne peut se constituer qu'à partir d'un travail de soi, qu'à partir d'une pratique de soi », ainsi « on se donne à connaître » (2013, p. 117).

1.1.4 En conclusion

Apprenante infirmière, Maylis découvre l'univers soignant au travers des rencontres réalisées lors de ses stages dans un contexte de conditions de travail difficiles. Les formes de soin décrites par l'étudiante sont plurielles et ont pour finalité de soigner et de prendre soin dans une articulation du *cure*, l'ensemble des activités techniques relatives au soin et du *care*, l'ensemble des activités qui répondent aux exigences caractérisant les relations de dépendance et consistant à apporter une réponse concrète aux besoins des autres (Paperman & Laugier, 2011). Remarquons que ces savoirs discrets du *care* mobilisant à la fois des connaissances techniques, le souci du confort psychologique de l'autre et l'économie de soi (Molinier et al., 2009/2021b) transparaissent sous forme de compétences requises dans le référentiel infirmier français (Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, 2009) : « accompagner une

personne dans la réalisation des soins quotidiens », « communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins » et elles ne disent rien sur la manière de la réaliser en contexte.

L'expérience du *care* est décrite ici par l'étudiante comme naturelle et son discours met en lumière la prévalence de la transmission et de l'appropriation des savoirs du *care* sur le plan psychosocial chez des futurs professionnels de métiers du lien. Enfin le défi pour Maylis dans l'apprentissage du *care* reste centré sur l'élaboration de son identité professionnelle nécessitant la mobilisation d'un travail psychique inconscient à visée d'un engagement qui fasse sens, associée au prendre soin de soi.

1.2 Anne-Laure ou l'inquiétante étrangeté, lorsque la ressemblance avec l'autre ne va pas de soi

Anne-Laure, apprenante la plus âgée du corpus (49 ans), se situe lors de la passation de l'enquête en troisième année de formation d'assistante en service social (AS) en mars 2021. Nous avons échangé pendant plus de trente minutes alors qu'elle s'était installée à une table dans sa salle à manger. Peu souriante, elle était très concentrée dans ses réponses, prenant souvent le temps de la réflexion avec de profondes inspirations. Ses yeux balayaient souvent l'horizon en même temps qu'elle me parlait.

D'emblée lors de sa présentation, je suis surprise par les premiers éléments partagés, car elle me précise qu'elle est mère de deux « grands » enfants d'une façon plutôt interpellante "*j'ai deux enfants accessoirement*" [1.6]. En effet, avant de formuler ma consigne sur le *care*, je me présente et sollicite le locuteur pour qu'il en fasse de même. Elle me raconte ensuite son parcours professionnel atypique. Titulaire d'un Bac G3 option commerce, elle débute une première année de licence mention administration économique et sociale qui lui déplaît et se réoriente dans un tout autre domaine vers un brevet de technicien agricole (BTA) mention jardins et espaces verts. Elle poursuit ensuite sa nouvelle formation par un BTS de conduite de cultures protégées (avec le prendre soin des plantes) et exerce pendant plusieurs années.

Suite à un congé parental, elle décide de reprendre des études et se réoriente vers le social. Elle tente le concours d'assistante de service social, échoue et choisit de suivre la formation d'éducatrice spécialisée (ES) au final. Elle exerce ensuite dans le domaine de la petite enfance

(foyer de l'enfance, institut thérapeutique éducatif et pédagogique), et a une expérience également comme auxiliaire de vie auprès des personnes âgées. Experte dans une langue régionale, elle s'investit parallèlement dans un centre de formation pour des professeurs en immersion linguistique et devient secrétaire pédagogique. De plus, elle a rejoint depuis plusieurs années en tant que bénévole une association pour les droits des migrants et des réfugiés. Cet investissement réactive selon elle son projet de devenir AS et elle intègre la formation directement en deuxième année grâce aux équivalences. A la fin de sa présentation, elle juge son parcours « *chaotique* » [1.8], composé d'« *allers-retours* » et indique se situer « *dans la voie professionnelle (et la formation) qui lui correspond le mieux* » [1.37-39].

Concernant son rapport au savoir, ces éléments semblent montrer que, sur le plan psychique, il existe chez cette future professionnelle un réel désir de prendre soin en toile de fond au vu de l'ensemble de son parcours. En effet, le désir étant d'abord « un regret de quelque chose que l'on n'a plus » (Beillerot, 1996/2020a, p. 67), Anne-Laure semble s'inscrire par son histoire vers une quête perpétuelle (d'un objet perdu), où trouver c'est retrouver. « Le désir de savoir se développe pour faire face à la frustration provoquée par l'absence d'un objet, partiel puis total » (2020a, p. 70). Est mis en scène ici pour cette apprenante, un désir de savoir vécu à la fois comme une sorte de compensation, sur fond de manque et de deuil (avec ses multiples réorientations), et une source inépuisable, renouvelable en permanence, induisant un désir (centré sur le *care*) « puissamment constructeur et civilisateur » (2020a, p. 70).

1.2.1 Un dispositif de formation vecteur de dénouement de l'expérience de l'apprenante en travail social

La formulation de ma consigne la fait sourire spontanément, elle me raconte avoir eu une discussion récente à ce propos avec une camarade de promotion réalisant son mémoire sur le *care* en service social. En effet, elle reconnaît que jusqu'à cet échange, elle n'intégrait pas la notion du *care* à ses futures missions d'AS, ayant une représentation plutôt médicale de cette notion.

« alors moi la question du soin en fait je l'avais pas envisagé comme justement la question du soin/ c'est en parlant avec elle que j'ai eu conscience que ça pouvait effectivement s'apparenter aux soins/ prendre soin de l'autre effectivement/ parce que je j'avais une image plutôt du côté effectivement médical » [1.54-57]

Selon Anne-Laure, ce prendre soin de l'autre est un concept multiforme basé essentiellement sur l'accueil, l'écoute active et la question de la relation d'aide, afin de "*créer du lien avec la personne qu'on accompagne*" [l.62-63], "*l'aider à remettre du sens sur les choses qu'elle vit qui sont en général difficiles*" [l.63-64]. Cette représentation du *care* fait écho à la définition proposée par Tronto et Fischer (1993/2009), « une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre “monde”, de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible » (1993/2009, p. 142).

Au niveau de l'analyse lexicale, Anne-Laure possède un nombre d'occurrences élevé pour les notions d'accueil et d'accompagnement et se situe en deuxième position par rapport à la fréquence totale du corpus (tableau 16). Effectivement l'accueil est ce qui conditionne l'entrée dans un parcours de soin et d'accompagnement et constitue la première étape de l'élaboration de toute relation de soin (Loute, 2018). « Si l'accueil est d'abord le geste qui facilite l'accès au service, pour beaucoup d'intervenants il relève déjà du soin (*care*)²¹ par le fait même qu'il noue une relation » (Moriau, 2018, p. 16).

Tableau 16: Nombre d'occurrences pour les familles de mots "accueil" et "accompagnement" pour Anne-Laure

Mot	Fréquence du corpus total T= 63591	Fréquence pour Anne- Laure EAS T= 2867	Mot	Fréquence du corpus total T= 63591	Fréquence pour Anne- Laure EAS T= 2867
accueil	5	2	accompagnement	10	2
accueillir	4	3	accompagner	10	2
accueille	2	0	accompagne	6	1
accueillent	2	1	accompagnée	2	1
accueille	2	0	accompagnent	2	0
accueillis	2	0	accomplir	2	1
total	17	6	accompagnait	1	0
			accompagné	1	0
			total	34	7

Elle décrit alors certaines situations professionnelles d'accompagnement, notamment avec l'exemple de la gestion de l'agressivité de personnes âgées lors de visites à domicile. Ces éléments rapportés semblent en accord avec trois phases du *care* en tant que processus actif (Tronto, 1993/2009). Considérant que le *care* est à la fois une pratique et une disposition, je

²¹ Ajouté par l'auteur.

m'appuie sur le postulat que ces phases sont analytiquement distinctes mais intimement liées. La première phase *caring about* correspondant à l'attention comme reconnaissance d'un besoin est repérée dès le début du discours de la locutrice.

« voilà il y a certaines personnes âgées qui qui n'accueillent pas forcément très bien non plus les soignants chez eux/ mais en fait je me suis rendue compte que c'était surtout /comment exprimer ça /une sorte de de protection qu'ils avaient mis en place/ parce que c'est des personnes qui souffrent beaucoup » [l.71-74]

La deuxième phase *taking care of* désignant la prise en charge, le fait d'assumer une responsabilité est également présente chez Anne-Laure qui valorise l'éthique de l'accompagnement : *« et moi ce que je voulais c'était surtout pas pas leur envoyer la même chose en fait [...] » [l.78]*. Enfin la troisième phase nommée *care-giving* mettant en avant le travail effectif du soin et de sa compétence est aussi saillante dans la narration de l'apprenante : *« c'est là aussi que j'ai de/ développer le un peu plus l'écoute/euh// et comment dire/// une certaine forme de douceur je pense ouais dans /le le le comment dire/// dans dans le dans la voix/ dans l'intonation de la voix » [l.74-80]*. La dernière phase *care receiving* centrée sur l'adéquation du soin n'est cependant pas retrouvée dans son discours.

Sur le plan de l'apprentissage du *care*, Anne-Laure souligne la prévalence de l'alternance dans la formation rendant incontournable l'apprentissage clinique, ce dernier permettant d'acquérir et de développer la professionnalité de l'apprenant.

« là je pense que c'est l'articulation entre théorie et pratique/ qui qui prend sens /et /qui me semble essentielle/ parce que si ça ne reste que théorie encore une fois /bah/ c'est pour moi c'est pas suffisant pour /euh/// pour vraiment comprendre concrètement comment comment se se se passent les choses /donc du coup oui je trouve que c'est c'est essentiel les stages dans une formation /pour se rendre compte déjà de la réalité vraiment du métier/ parce qu'on est aussi beaucoup sur des représentations au départ /donc le stage ça permet vraiment d'entrer dans le cœur du sujet/ et de de voir comment /bah/si vraiment ou si vraiment ça nous correspond pas aussi/ » [l.186-193].

Ces « représentations » des apprenants sont nonobstant un matériau de départ indispensables pour la construction de connaissances nouvelles (Bourgeois & Nizet, 2005a). Former se définit donc essentiellement comme un travail de réorganisation de ces connaissances préalables en connaissances nouvelles. Il me semble judicieux de souligner ainsi l'existence et la prégnance des connaissances préalables de l'étudiant en tant que composante essentielle du processus d'apprentissage, composante qu'il s'agit dès lors de prendre en compte (que ce soit comme obstacle à franchir ou comme ressource à exploiter) dans le processus de formation. Par ailleurs, Anne-Laure revient sur l'importance de faire évoluer ces représentations du métier grâce à la

confrontation avec le réel, toutefois dans un environnement sécurisé dans un premier temps, le stage étant évoqué comme un "sas" avec moins d'enjeux avant le "grand saut" [l.218].

L'apprenante précise peu après la complémentarité de ses expériences personnelles et professionnelles composées de sa formation d'ES, ses expériences d'auxiliaire de vie, des stages en tant qu'étudiante AS, mais également de son parcours de vie personnel.

« voilà /il y a des gens qui vivent des choses différentes mais moi par rapport à ce que j'ai vécu /je pense que je si je n'avais pas eu mes expériences personnelles à côté de de la formation/ je l'aurais pas intégrée de la même façon/ et j'en aurais pas eu autant conscience/ donc /moi aussi je parle à mon sens les deux (expériences personnelles et professionnelles)²² sont indispensables/ mais complémentaires » [l.174-177]

De nombreux dispositifs de formation d'adultes visent à établir des liens avec l'expérience des étudiants, voire à entraîner un impact sur celle-ci. L'expérience, au sens de Dewey (1983/1993), s'inscrit dans les rapports que les sujets apprenants entretiennent avec leur environnement matériel et humain et comporte un double mouvement actif (où l'apprenant agit sur le monde) et passif (où le monde agit sur lui). Constituée à la fois d'un continuum expérientiel et d'épisodes expérientiels, elle se présente comme un tout composé de multiples dimensions (conative, cognitive et émotionnelle), qui peut être envisagé selon Alberro (2010) dans une « approche ternaire ».

La première dimension « fonctionnelle » définie comme organisatrice et régulatrice de l'activité de formation se retrouve dans le discours de l'apprenante par la notion de « *théorie* » [l.186], avec l'exemple de l'approche centrée sur la personne (Rogers et al., 2013) ; cette dernière évoquant une composante du cadre théorique de la formation universitaire des travailleurs sociaux. La deuxième dimension « idéelle » correspondant aux principes qui guident les décisions des acteurs apparaît dans l'ancrage donné aux expériences des étudiants et à la formation par l'alternance « *c'est essentiel les stages dans une formation* » [l.189]. La troisième dimension « vécue » illustrant les interactions qui impliquent au quotidien les apprenants et les formateurs se retrouve chez Anne-Laure dans la notion de travail en équipe.

« le le travail en équipe avec les collègues c'est c'est une richesse/ parce que/ euh/ on est tous confrontés aux mêmes problématiques/ aux mêmes difficultés/ parfois heureusement aux mêmes joies aussi/ mais beaucoup aussi aux difficultés /et le fait d'en parler ensemble dans un cadre formel ou pas d'ailleurs /je trouve que/euh/ c'est c'est thérapeutique aussi en quelque sorte » [l.157-161]

²² Ajouté par moi.

Le discours d'Anne-Laure corrobore l'hypothèse de Nizet (2021) qui avance que les dispositifs de formation sont vecteurs de dénouements des expériences des étudiants et où la dimension « vécue » est souvent prédominante, tout en pouvant aussi être combinée aux autres dimensions.

1.2.2 La reconnaissance de l'autre comme préalable de la relation

Tout au long de l'entretien, Anne-Laure (comme Maylis) affirme la nécessité du prendre soin de soi dans un contexte de situations professionnelles émotionnellement fragilisantes. Écouter la douleur de l'autre, jour après jour, peut induire que le professionnel soit envahi (sans qu'il en ait toujours conscience) par une marée d'émotions fortes, parfois contradictoires, qui peuvent se traduire de multiples façons jusqu'au parasitage de la pensée.

« oui c'est ça prendre soin de soi/ parce que ça peut être aussi très envahissant les situations que les autres vivent effectivement /ça peut /on peut peut se mettre à y penser tout le temps si on met pas la distance/ parce que justement la question de l'empathie /elle est /elle est très présente » [1.123-126]

Or cette notion d'empathie est souvent confondue avec la compassion, la sympathie et l'identification, alors qu'elle est en est différente (Tisseron & Bass, 2011). Notons que pour Tisseron, la compassion, pourtant largement utilisée dans l'éthique du *care* (Laugier, 2021), met l'accent sur la souffrance ; son principal danger consistant dans le fait qu'elle fait peu de place à la réciprocité et qu'elle peut s'accompagner d'un sentiment de supériorité. Cette notion se construit selon lui à l'image d'une pyramide constituée de trois étages superposés.

L'identification correspond au premier degré de l'empathie et consiste à comprendre le point de vue de l'autre (empathie cognitive) et ce qu'il ressent (empathie émotionnelle). « S'identifier » n'entraîne pas que l'on se mette totalement à la place de l'autre, cela signifie qu'une résonance s'élabore entre ce que l'autre éprouve et pense et ce que l'on éprouve et pense soi-même. Le deuxième étage est celui de la reconnaissance mutuelle. Toutefois cette acceptation de la réciprocité peut mobiliser les angoisses liées aux premières années de vie : angoisses d'intrusion, de manipulation et de contrôle sur autrui. En outre, le professionnel de la relation d'aide peut vivre des « situations limites » dans lesquelles les limites de la ressemblance viennent questionner les limites de l'humain (i.e la violence physique des personnes âgées atteintes d'Alzheimer dans le discours d'Anne-Laure). Le raisonnement en surface est souvent « si j'étais à sa place je ne voudrai pas vivre cette vie-là ». Le professionnel

ne veut tellement pas lui ressembler, qu'il peut être tenté de le rejeter hors de l'humanité, j'entends au sens symbolique. Le risque ici est de « projeter sur lui *ma* propre souffrance, qui est souffrance de ne pas entrer en relation avec lui, impuissance à savoir, angoisse de ma propre déshumanisation » (Zielinski, 2021, p. 84).

« je pense qu'il y a des fois où de toute façon il y a des personnes avec qui c'est c'est allé ça allait loin dans l'agression /et là on peut de toute façon je pense/ peut-être plus du tout même être en relation avec cette personne/ je pense notamment quand on est agressé physiquement /[...] c'est quand même une autre[...] une forme de protection/ là du coup puisque/ enfin quand son intégrité physique est atteinte je pense que oui là on a besoin de se mettre à l'abri //euh et ça me semble difficile de continuer après la relation d'aide avec cette personne /sans avoir fait un travail au préalable en tout cas avec une psychologue ou un psychiatre » [l. 110-118]

Ce sont des situations d'inquiétante étrangeté, où « quelque chose en nous résiste à reconnaître en l'autre un semblable, à constituer cet *alter* en *alter ego* » (Zielinski, 2021, p. 79). Au niveau de l'analyse lexicale (tableau 17), je remarque que cette apprenante emploie plus fréquemment le terme *personne* par rapport au mot impersonnel *autre* en accord avec ses propos et principes et tente inconsciemment d'affirmer cette reconnaissance de l'autre.

Tableau 17: Dénomination de la personne prise en soin pour Anne-Laure

Mot	Fréquence au singulier	Fréquence au pluriel	Fréquence au total
patient	2	0	2
autre	9	4	13
personne	16	9	25

Le troisième étage de l'empathie est celui de l'intersubjectivité (Tisseron, 2011), qui « consiste à reconnaître à l'autre la possibilité de m'éclairer sur des parties de moi-même que j'ignore » (p.21). Ce troisième degré plus élaboré nommé par Tisseron « empathie extimisante », reconnaît à l'autre la possibilité d'établir sur soi une emprise. Au final, cette empathie complète requiert d'être capable d'entrer en résonnance avec un autre sans s'en sentir menacé.

1.2.3 Se laisser toucher sans être envahi

A plusieurs reprises, cette apprenante affirme donc la nécessité d'un travail sur soi au bénéfice d'une prise de recul favorisant l'instauration d'une juste distance dans la relation accompagnant-accompagné.

« je trouve important de prendre du recul par rapport à ce qu'il pouvait se dire parfois ou des gestes mêmes qui pouvait être violents /notamment des personnes qui sont atteintes de la maladie d'Alzheimer qui voilà/ne se rendent plus forcément compte non plus de de la violence parfois de leur geste /euh/ ben voilà de mettre cette distance finalement entre ce que la personne peut me renvoyer ///et faire en sorte que que ça m'atteigne pas personnellement » [l.91-95].

En situation de non prise de recul, plusieurs impacts majeurs peuvent apparaître selon Anne-Laure, le repli sur soi du professionnel - que l'on peut qualifier de stratégie d'autoprotection - ses souffrances psychique et physique, l'ensemble provoquant des limites dans la relation avec l'autre et finalement une diminution de la qualité de l'accompagnement.

« bah si on se pré/si on se préserve pas /justement au niveau des émotions ça peut /bah ça peut aussi nous faire souffrir /et finalement ///comment dire (silence de 5 secondes)/ bah finalement ne plus arriver peut-être à être vraiment dans l'écoute /puisque on se/ on a tendance à se replier sur soi quand on se sent agressé/ et voilà je pense que ça c'est du coup une limite après dans la relation avec la personne » [l.104-108] ; "je pense que quand on est trop impliqué dans une relation avec la personne on ne peut pas se détacher suffisamment pour percevoir ce qui fera avancer la situation de la personne" [l.135-136]

Cet état de fait induit des risques psychosociaux qualifiés d' « usure professionnelle » (l. 129) par Anne-Laure ou de traumatisme vicariant²³ par Richardson (2001). Usé par le matériel traumatisant venant des personnes accompagnées, et non par la charge de travail, le professionnel de la relation d'aide souffre d'usure par empathie, de traumatisme vicariant. Ses schémas cognitifs de base vont être perturbés au point de remettre en question son cadre de références existentiel.

« bah en fait l'empathie/ elle doit pas devenir au final quelque chose un peu comme une éponge /qui ferait qu'on absorberait /euh/ toutes les émotions et les ressentis des autres /et au final/ euh/ bah après c'est nous qui qui qui /euh/ le risque c'est d'être en usure professionnelle je pense au bout d'un moment parce qu'on n'arrive plus du tout à mettre la distance /et en plus je pense /que on peut pas vraiment bien accompagner non plus la personne si on /à un moment on met pas une distance parce qu'on est plus objectif finalement non plus /dans dans /euh/ ce qu'on peut/ dans ce qu'on peut proposer à la personne en terme d'accompagnement » [l.126-133]

Ces éléments corroborent l'hypothèse de la nécessité d'un « confort du thérapeute » (Salamin, 2021, p. 9), favorisant un engagement authentique au travers d'une attention particulière portée à ses émotions. Il est vrai que dans ce contexte d'organisations en tension, la préoccupation principale du jeune professionnel est bien souvent en priorité de « se sentir efficace » que de « ressentir ». Un de ses premiers défis dans la confrontation au réel sera de combler ce déficit du rapport à soi en apprenant à prendre soin de la personne. La question du type de confort peut

²³ Ce concept renvoie à l'apprentissage vicariant qui signifie apprendre par observation (Legault Faucher, 2007).

aussi être posée : s'agit-il d'un confort physique ou psychique/émotionnel ? J'avance l'idée ici que l'on pourrait évoquer des confort plutôt que du confort. « La première responsabilité est sans doute, de prendre soin de soi. Notre outil de travail étant nous-même, il importe de veiller à notre état personnel » (Vasquez & Laupies, 2006, p. 222). D'autant que le professionnel d'un métier du lien en soignant son engagement invite par isomorphisme la personne accompagnée/soignée à en faire de même.

Anne-Laure revient sur cet aspect en partageant avec moi son parcours personnel comprenant la réalisation d'une cure psychanalytique. Cette prise de recul par le biais de l'analyse peut participer à la mise en mouvement, dans la relation avec l'autre, à la fois du soi professionnel et du soi privé dans la compréhension des situations de vie délicates (notamment dans la gestion d'échos, de résonances privées) (Calicis, 2017).

« bon y a la formation professionnelle d'une part/ qui qui peut nous y aider/ mais après euh /moi je trouve aussi avec /ce que chacun vit dans sa vie privée /et ça mais je je pense qu'on a pas non plus la même distance à 20 ans qu'à 40 /euh /et que c'est aussi quelque part un/ euh /un chemin de vie qui fait qu'on peut au bout d'un moment arriver aussi à peut-être prendre plus soin de soi /et et être en capacité d'accompagner l'autre /maintenant/euh/ moi je pense qu'il est aussi intéressant de faire /euh/ c'est ce que c'est ce que j'ai fait en tout cas pour ma part /une psychanalyse /parce que c'est un outil/ euh bah justement qui permet de pas tout confondre /et de de mettre son vécu /son son ressenti à part quand on est avec l'autre » [l. 146-154].

1.2.4 En conclusion

L'analyse de l'entretien avec Anne-Laure, étudiante assistante en service social, met en évidence plusieurs points saillants en relation avec les processus psychiques inconscients. Son désir de savoir introduisant la construction de son Idéal du moi et de ses avatars, constitue bien à mes yeux le soubassement du rapport au savoir d'un étudiant *sujet* en formation. De plus, en soignant d'abord la liaison entre la subjectivité de la personne accompagnée et l'institution, la posture d'accueil évoquée par l'apprenante semble inhérente au *care* car elle s'inscrit pleinement dans la relation thérapeutique. Enfin, prendre soin de l'autre sans prendre soin de soi peut être assimilé à un « altruisme exacerbé » ou un « élan soignant excessif » (Vasquez & Laupies, 2006, p. 222) et de ce fait, met au jour la nécessité d'aider les futurs professionnels de la relation d'aide à distinguer « sentir avec » de « souffrir avec » (Calicis, 2017, p. 160).

1.3 Corentine, un prendre soin sous forme d'accordage affectif soignant- soigné

Étudiante âgée de 23 ans en troisième année de formation en psychomotricité, Corentine était plutôt souriante et à l'aise tout au long de notre échange en visio-conférence. Elle a grandi en s'engageant dans le scoutisme à l'âge de 10 ans et a vécu de multiples expériences (louvette, guide éclairseuse, cheftaine, assistante). Baby-sitter occasionnelle, elle a eu l'opportunité d'être jeune fille au pair un été, mais aussi caissière. Concernant son parcours scolaire, elle a redoublé sa terminale S avant d'obtenir son bac scientifique. Elle s'investit par la suite dans une préparation au concours pour devenir psychomotricienne ou pédicure-podologue, la réussit et choisit immédiatement la formation en psychomotricité « *mais voilà quand j'ai eu psychomot//la question euh s'est pas posée* » [1.14].

Lors d'une relance sur le choix de cette profession, Corentine évoque tout d'abord son désir d'un métier de la petite enfance comme une évidence en lien avec son histoire familiale. Son souhait de travailler auprès des enfants, en tant qu'auxiliaire de puériculture ou infirmière puéricultrice, se relie selon elle à son enfance vécue auprès d'enfants gardés par sa mère assistante maternelle.

Pour Corentine, son orientation vers la psychomotricité se justifie par son dégoût du sang "*la vue du sang c'était trop compliqué*" [1.35], entraînant l'abandon des études d'infirmière et le choix d'un autre métier du lien. Elle décrit pourtant ce désir de manière paradoxale, à la fois comme un choix par défaut « *fallait qu'je trouve autre chose* », mais également comme un projet réfléchi « *et donc plusieurs fois donc/ c'est revenu à la psychomotricité/ donc arrivée en terminale ça faisait facile 5 ans que c'était/ la psychomot à fond /* » [1.37-39]. L'apprenante montre ici un réel désir de prendre soin, le rapport à l'enfant et à la personne étant un élément motivationnel. Cet itinéraire met en relief un cheminement singulier correspondant à un type motivationnel qualifié d'« après-coup » par Morvan (1988), formatif en ce que la deuxième motivation de Corentine est venue révéler la véritable nature de son orientation professionnelle.

1.3.1 *Un mouvement d'attachement-détachement en mode de dialogue tonico-émotionnel*

Le *care* se définit pour Corentine par l'intermédiaire de plusieurs registres, le respect, la bienveillance, l'attention, l'écoute par l'observation du corps et des émotions « *être à l'écoute de leurs corps et de qu'ils peuvent ressentir* » [l.91] ; elle met en lumière la dimension corporelle « *il y a aussi tout ce qui se passe par le toucher* » [l.90]. Cette apprenante en psychomotricité souligne un aspect essentiel de la relation dont la transmission des émotions en est le fondement.

« j'ai pu le voir du coup / dans différentes stages// typiquement des soignants qui sont pas bien dans leur travail et finalement/ bah le patient/ il le ressent et on sent cette tension/ bon ben en psychomot /on parle beaucoup de dialogue tonico émotionnel/ bah finalement ça se ressent aussi /comme ça j'm'égare un peu » [l.80-84].

Ce phénomène appelé trans-subjectivité (Marcelli, 2010) mobilise un dialogue tonico-émotionnel entre le professionnel et la personne soignée, relatif à celui vécu par le bébé et son parent. Ce dialogue serait le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre, en particulier chez le bébé, et dès le plus jeune âge. En effet, l'engagement par le regard précède en général la communication prosodique, tonique puis verbale (Bachollet & Marcelli, 2010) et « la mère “transfuse” donc à son bébé quelque chose qui a trait à la signification, la clef du sens passe de l'un à l'autre » (2010, p. 16). Cette cohérence mimique, prosodique, tonico-émotionnelle entre les deux partenaires de la relation constitue l'arrière-plan, le paysage émotionnel qui va accompagner les mots.

Si pour des raisons qui lui appartiennent le professionnel n'est pas libre de ses émotions, quand il ne peut s'autoriser certaines, ni se laisser aller, quand au contraire il est envahi par une émotion récurrente ou négative, la réflexion qui est offert à la personne soignée (comme au bébé) s'en trouve suspendue, déformée, amputée ou rigide. Stern (1989) a parfaitement montré cela au travers de ce qu'il nomme les ruptures d'accordage affectif entre la mère et le bébé.

Corentine rattache le prendre soin essentiellement à la famille du mot *soin* (25) par comparaison à celles de l'*accueil* ou de l'*accompagnement* totalement absentes de son discours (0) (tableaux 18 et 19), l'apprenante se situant en quatrième position sur l'ensemble du corpus. Cet état de fait semble surprenant pour une professionnelle du soin. En effet, je considère, en tant que soignante-chercheuse, qu'un accueil raté ou manqué conditionne négativement toute relation de soin future ; c'est pourquoi ce dernier représente la première étape de la constitution de la

relation soignant-soigné. De plus, l'accueil signifie une position d'ouverture à la demande, à la personne, et surtout de sa reconnaissance (patient-sujet qui demande à être perçu dans la singularité de son parcours). Cette posture d'accueil s'inscrit d'emblée dans la fonction thérapeutique (Moriau, 2018) et « rapprocher l'accueil du *care* signifie donc que l'accueil participe de cette attention accordée aux patients et aux tissus de relations qui nous lient à eux » (Loute, 2018, p. 22).

Tableau 18: Nombre d'occurrences pour la famille du mot "soin" chez Corentine

Mot	Fréquence du corpus total T= 63591	Fréquence de Corentine EP T = 3537
soin	58	11
soignant	30	0
soins	30	1
soignants	14	1
soigné	4	0
soigner	4	2
soignais	1	0
soignante	1	0
soignant-soigné	1	0
total	334	25

Tableau 19: Nombre d'occurrences pour les familles des mots "accueil" et "accompagnement" chez Corentine

Mot	Fréquence T= 63591	Fréquence de Corentine EP T = 3537	Mot	Fréquence T= 63591	Fréquence de Corentine EP T = 3537
accueil	5	0	accompagnement	10	0
accueillir	4	0	accompagner	10	0
accueille	2	0	accompagne	6	0
accueillent	2	0	accompagnée	2	0
accueilli	2	0	accompagnent	2	0
accueillis	2	0	accomplir	2	0
total	17	0	accompagnait	1	0
			accompagné	1	0
			total	34	0

En outre, Corentine assume une représentation du prendre soin qui semble se relier à un *éthos* professionnel en devenir, ainsi qu'au champ de compétences d'un futur métier du lien.

« oui complètement parce que /pareil à /inconsciemment/ on a notre /notre champ de compétences en fait/ qui au début arrive en première année/ bon voilà/ les deux étudiantes sauf que/ là plus les années passent et plus on se rend compte que nos champs de compétences sont très différentes/ mais aussi notre vision du patient est/ euh/ est différente/et mais ça ça correspond aussi à nos métiers et je trouve ça très enrichissant quand on peut afin d'échanger

sur certains patients etc/on vas dire ah ben tiens c'est marrant nous en psychomot/ on aurait plutôt/ bah/ fait comme ci/ fait comme ça et finalement/ bah c'est donc c'est pas du tout la même prise en charge /mais c'est forcément formateur pour/ pour nous en tant que futur professionnel /mais c'est comme/ j'ai des amis qui sont infirmières et qui sont top /ah et et je pense/ que voilà ça ça me forme aussi moi en tant que futur professionnel comment l'autre prend soin finalement de son patient/ comment enfin voilà/ tous ces échanges » [1.129-139].

Pourtant l'éthique de *care* semble réticente à toute forme de spécialisation, de formalisation de compétences, voire contraire à l'idée même de professionnalisation. Aussi pour Molinier, « le *care* est une activité qui ne relève ni des bonnes pratiques ni d'une compétence, pas même, parfois, d'un savoir-faire. Il s'agit bien d'un savoir, pourtant qui s'exerce, se déploie et même se partage et se transmet, mais il défie tous les cadres de pensée fondés sur l'idée d'une spécialisation » (Molinier, 2013, p. 71). Quid de l'idée d'une formation initiale centrée sur le travail de *care* ? Faut-il alors rejeter toute forme de professionnalisation ? Car « le travail de *care* est informe dans les catégories de la spécialisation, des protocoles de bientraitance ou des bonnes pratiques » (Molinier, 2013, p. 72-73).

1.3.2 Le prendre soin entre pairs, une forme de holding collectif ?

Corentine valorise plusieurs fois le prendre soin entre pairs comme prérequis au prendre soin des personnes prises en charge. Devant la difficulté à gérer ses émotions dans des situations de soin ou d'accompagnement émotionnellement fragilisantes, l'apprenante semble se ressourcer auprès de ses camarades, étudiants de métier du soin ou de l'accompagnement (ici une étudiante ergothérapeute).

« je suis en colocation et ma coloc/ elle est en ergothérapie/ et et/ on on s'est rendu compte /qu'en fait aujourd'hui/ en 3e année/ on parle beaucoup plus de nos émotions et de ce qu'on/ ce qu'on peut ressentir et finalement/ bah c'est comme ça finalement aussi qu'on prend soin l'une de l'autre/ en mettant /bah du coup /des mots sur ce qu'on peut ressentir et y a trois ans/ on faisait pas du tout ça /et et je trouve que même dans notre manière de parler /enfin /de nos métiers/ bah y a une évolution et je pense que c'est aussi tous ces échanges avec différents étudiants dans d'autres domaines/ qui qui nous forment finalement à prendre soin de l'autre /et au soin » [1.117-124].

Cette relation incarnée par le groupe d'étudiants sous forme de soutien pour Corentine pourrait être reliée à la fonction de *holding* (maintien) que Winnicott (1969/2000) conceptualise à propos de la relation mère-nourrisson pendant les premiers mois de vie. Il désigne par ce terme l'ensemble des soins de la mère donnés à l'enfant afin de répondre à ses besoins physiologiques spécifiques selon ses propres sensibilités tactile, auditive, visuelle, sa sensibilité à la chute et

qui s'adaptent aux changements physiques et psychologiques de l'enfant. Ce dernier en retire un sentiment de continuité d'être. L'axe central du maintien est, selon lui, le fait de tenir physiquement l'enfant (ici l'apprenante dans son vécu psychique). Ce lien entre ce concept winnicottien et le prendre soin de soi (grâce aux autres) pourrait favoriser un environnement « suffisamment bon » qui répond, entre autres, aux besoins affectifs et psychiques des sujets en formation.

Ce lien semble si fort que Corentine, représentante des étudiants de sa promotion et sans doute animée d'une certaine responsabilité de ce fait, se rebelle auprès des formateurs en s'opposant au changement des groupes créés en début d'année scolaire pour les TD de médiations.

« je suis déléguée dans ma classe /et et depuis en fait on change de groupe à peu près tous les semestres et là/ j'avais j'avais j'avais dit /non il faut pas qu'on change de demi-groupe /parce que finalement c'était notre seul repère ce demi-groupe/ alors j'ai dit alors même /moi hein mais toutes mes copines elles sont dans l'autre demi groupe/ dit mais finalement c'était notre/ notre seul repère aujourd'hui qu'on a /on sait qu'on aura notre demi-groupe une fois par semaine /on sait qu'on se retrouve/ euh /et j'avais dit il faut pas il faut pas qu'on change ce demi-groupe » [l.182-188].

Comment ne pas penser ici dans les propos de Corentine relatifs à la transformation professionnelle (s'adapter à de nouveaux repères) à l'idée d'« adolescence professionnelle » (Bossard, 2009)? Le passage du statut d'étudiant à celui de professionnel d'un métier du lien n'est pas aisé, d'où les tentatives de ces apprenants de se raccrocher à des points de repère qui se dérobent.

« c'est que finalement notre seul repère nous avait été un petit peu enlevé/ et juste avoir les noms qui ont changé bah ça a créé du stress/ et je me suis dit bah en fait dans notre demi groupe/ ça fait depuis/ du coup septembre qu'on est là /enfin 5 mois chaque semaine le même demi-groupe /il faut pas le changer/ parce que bah là on a tous pris conscience que notre demi groupe/ c'était un petit peu notre/// bah il fallait qu'on prenne soin des autres » [l.198-202].

Le point culminant réside dans la phrase notée en gras « *là on a tous pris conscience que notre demi groupe/ c'était un petit peu notre /// bah il fallait qu'on prenne soin des autres* » [l.201-202]. Corentine aurait-elle souhaitée verbaliser « *c'était un petit peu notre famille*²⁴ » ? L'interruption de phrase traduit ici la difficulté de l'élaboration, la gêne, comme s'il y avait quelque chose de honteux dans ce désir du prendre soin entre pairs d'être assimilé à une famille, quelque chose qui ne pouvait être dit, révélateur d'un conflit intérieur. Cet élément saillant est renforcé par le suremploi (+ 4,9) de l'apprenante du pronom indéfini *on* par rapport

²⁴ Ajouté par moi.

à *je* ou *j'* (Annexe 7.9 sur les spécificités des parties), mais également par le terme *inconsciemment* utilisé par Corentine (3).

« oui on est inconsciemment formé à être attentif » [l.100-101] ; « je pense que inconsciemment/ on se rend pas compte /mais oui /je pense vraiment qu'il a évolué y a pas de doute » [l.10-109] ; « parce que /pareil à /inconsciemment/ on a notre /notre champ de compétences en fait » [l.129-130].

Notons néanmoins que pour Cifali (1994), le groupe réactive les angoisses du sujet face à l'altérité, « le groupe dramatise les angoisses primitives de l'autre » (p. 127). Par conséquent, « travailler en groupe, suppose que chaque membre soit assez fort pour communiquer vraiment, assez sûr de soi pour entrer en relation sans éprouver l'angoisse de se perdre dans le groupe, assez installé dans sa personne pour ne pas se sentir diminué de n'être que membre d'un groupe » (Ranjard, 1984, p. 162).

1.3.3 Les « petits riens » du prendre soin

Ce prendre soin entre pairs est décrit à plusieurs reprises par Corentine comme des « petites choses », synonymes d'entraide, d'appels, de moments de petits plaisirs entre camarades et amis.

« euh des petites choses /ça peut être des messages/ des appels/ c'est déjà (inaudible) que quand je dis ça/ les petites attentions ça peut être dire/ bah typiquement/ là on a eu nos partiels/ est-ce que quelqu'un a le cours //mais c'est c'est anodin /mais finalement ça fait un peu partie de ça/ parce que /il me manque ce cours/ quelqu'un peut me l'envoyer/ et finalement on s'échange les cours sur/ quelqu'un passe ce livre pour /mais voilà /c'est de l'entraide finalement /et comme ça peut être pour une copine bien bah/ se faire à manger/ se faire plaisir /donc je sais pas /ses gâteaux préférés/ des petites choses comme ça mais ça ça marche bien avec les copines/ comme la famille /comme n'importe qui » [l.228-235]

Ces éléments corroborent l'hypothèse de Gabéran (2021c) qui évoque lui aussi une part « non-scientifique » dans l'agir professionnel du prendre soin, sous forme de « trucs ou de bricolages », et « ces petits riens qui sont des formes de bricolage constituent en réalité autant de “savoirs d'action” ». (Gaberan, 2021c, p. 12). Ces derniers ne semblent pas appris en institut de formation, mais ils se développent au fil de l'expérience et des rencontres, dans les interactions avec les pairs, les personnes soignées ou accompagnées (Grand, 2021). Non figés, ils varient selon les sujets, les situations et restent généralement discrets et passés sous silence à cause de leur caractère ordinaire et routinier. Corentine l'illustre avec des exemples d'interactions et de partages pendant la crise sanitaire COVID-19.

« moi le confinement je l'ai bien vécu /le deuxième un peu moins bien/ mais je pense que c'est aussi/ parce que j'ai plus ou moins bien vécu ces 2 confinements/ enfin ces ces périodes/ parce que j'ai su voilà /prendre des ressources que j'avais /et justement m'accrocher à mes amis/ ne pas hésiter à demander de l'aide/ et et aussi à prendre soin finalement/ enfin s'il y a un copain qui va pas forcément bien /bah hop on est là /et puis bah je sais que forcément que après bah ça ira dans les deux sens » [1.292-297]

L'analyse lexicale (tableau 20) renforce cet élément avec un nombre élevé d'occurrences de *petites choses* (5) par rapport au nombre total de concordances pour le terme *choses* (9).

Tableau 20 : Concordances du terme "choses" pour Corentine

Contexte gauche	Pivot	Contexte droit
se maquiller se pomponner ou ce genre de	choses	euh finalement si on parle du coup patient bah ça va être
par rapport au stage par rapport aux différentes	choses	qu'on peut voir euh qu'on peut être aussi amené à
précieux parce qu'on parlait de plein de	choses	de nos stages de nos vies et et on pouvait un petit
il se passe enfin il se passe des	choses	très fortes ou beaucoup on enfin se livre beaucoup et donc tout
de stage mais on parle pas de petites	choses	de petits justement de nos stages de ce qu'on peut voir
plus échanger et se motiver euh des petites	choses	ça peut être des messages des appels c'est déjà que quand
je sais pas ses gâteaux préférés des petites	choses	comme ça mais ça ça marche bien avec les copines comme la
bah déjà il fallait aussi satisfaire de petites	choses	je reprends « mes petites choses » mais euh mais aussi bah
de petites choses je reprends « mes petites	choses	» mais euh mais aussi bah aujourd'hui on a un petit peu

1.3.4 Souci de soi, respect de soi, pratiques de soi

Corentine souligne tout au long de l'entretien le lien entre le prendre soin d'autrui et le travail sur soi. En effet, « travailler (ici prendre soin des autres) n'est pas uniquement un acte de production, c'est aussi une action de développement et de transformation de soi » (Garel, 2022, p. 41). Pour le sujet apprenant, travailler revient à s'engager complètement dans le monde avec la perspective de participer à son propre développement. C'est grâce au travail *de* et *par* la pulsion que « le sujet éprouve un accroissement de sa subjectivité et fait l'expérience de sa capacité à vivre un moment de culture psychique unique, en agissant sur le monde tout en agissant sur lui-même » (Garel, 2022, p. 39).

« je trouve que en psychomotricité /on nous/ on nous forme du coup si je puis dire /à d'abord nous connaître nous /euh parce que bah j'ai toujours entendu que/ on pouvait pas soigner les autres si nous même on était pas au clair entre guillemets avec /avec pourquoi on était là/ euh qu'est-ce/ qui on était finalement/ pourquoi le soin /pourquoi la psychomot/ je dirais que c'est ça/ » [1.55-58].

L'apprenante relate tout un éventail d'activités compris dans sa formation en psychomotricité qui sont, selon elle, contributives à ce travail sur soi, de découverte de soi-même, de sa sensorialité, de sa corporalité. Elles se déclinent sous forme d'un panel d'ateliers de médiation, d'art-thérapie, de conscience corporelle, de sophrologie, et même d'improvisation théâtrale ou de jeux de cirque avec des échasses.

« bon du coup/ c'est par rapport aux médiations /les médiations/ on a pu avoir par exemple /art thérapie /moi c'est la médiation qui m'a vraiment/ on va dire/ chamboulé et qui m'a fait le plus apprendre sur moi-même/ et à me rendre compte aussi et/ et aujourd'hui ça me sert » [1.83-86].

« Se connaître soi-même, c'est se reconnaître comme sujet complexe et singulier, vulnérable, confronté à du manque, de l'incomplétude, du non-savoir, de la non-maitrise, du non-moi. » (Morvan, 2020, p. 62). C'est donc aussi reconnaître ses limites. C'est pourquoi il s'agit ici pour le sujet apprenant d'identifier ses limites et ses possibilités pour prévenir les mouvements pulsionnels interdits, dont l'objet est de combler les failles et de retrouver une toute-puissance infantile perdue. Corentine à ce propos ajoute plus loin *« je pense que dans le prendre soin c'est aussi grandir au niveau professionnel »* [1.165-166].

Foucault (1983/2001) va jusqu'à évoquer une éthique du soin de soi signifiant que l'on se constitue comme sujet moral par la « pratique de soi », c'est-à-dire par « des exercices par lesquels on se donne soi-même comme objet à connaître » (p. 1358). Aussi prendre soin des autres en tant qu'action morale implique un certain rapport à soi qui n'est pas simplement « conscience de soi » mais constitution de soi en tant que « sujet moral », « dans laquelle l'individu [...] agit sur lui-même, entreprend de se connaître, se contrôle, s'éprouve, se perfectionne, se transforme » (Hatzfeld, 2013, p. 117).

Se former à l'apprentissage du *care* pour Corentine est le fruit de rencontres notamment avec les autres futurs professionnels de métiers du lien, mais aussi son entourage personnel. Elle remarque une évolution notable dans la pertinence de ses activités de *care* sur les trois années de formation. Le dispositif d'analyse de la pratique professionnelle (APP) est également abordé par l'étudiante.

« du coup nous on est 25 /26/ donc la classe est divisée en deux et ces demi-groupes ils nous servent du coup pour nos médiations/ nos TD/ non en fait on a on a des// qui s'appellent des ARPP et là par exemple/ on est suivi par une psychologue ou là généralement c'est aussi un temps ou non peut revenir sur nos stages ou tout ce qui ne va pas/ et c'est par exemple à l'issue de ce dernier ARPP où là /tout le demi-groupe a littéralement explosé/ et on a créé ce groupe pour pouvoir encore plus échanger et se motiver » [1.219-224].

En effet, le groupe d'APP (demi-groupes évoqués par Corentine) développe la professionnalisation de l'apprenant, qui s'opère par un retour réflexif sur sa propre pratique professionnelle, « dans un travail de liaison d'éléments impensés » (Rinaudo, 2015, p. 110). Les objectifs globaux des APP en psychomotricité sont généralement d'approfondir l'élaboration clinique par une analyse collective des situations et de mieux saisir les modalités particulières des échanges archaïques dans les prises en charges corporelles.

Je rejoins donc Rinaudo (2015) qui avance que la démarche clinique de formation professionnalise les apprenants de métiers du lien en facilitant chez eux le processus de subjectivation. La finalité de cet outil de formation-professionnalisation a donc pour objet d'aider les futurs professionnels à repérer l'enchevêtrement dans leur pratique professionnelle, de leur personnalité propre, ce qui fait d'eux des sujets, leur rapport au savoir personnel et leur désir de prendre soin d'autrui.

1.3.5 En conclusion

Cette troisième analyse individuelle met de nouveau en valeur la place des processus psychiques inconscients dans l'apprentissage du *care* pour des apprenants de métiers du lien. Sous forme de dialogue tonico-émotionnel au bénéfice d'un accordage affectif entre deux sujets, la relation à autrui met en mouvement des « petits riens » du prendre soin et évoque l'idée de rencontre au sens fort du terme, c'est-à-dire comme productrice de liens. Enfin se connaître soi-même, identifier ses limites pour Anne-Laure, participe à l'élaboration de son identité professionnelle et prévient le risque d'omnipotence infantile inhérent au travail pulsionnel intérieur, car trouver une posture adéquate est une tâche difficile et délicate pour la future professionnelle d'un métier du lien.

CONCLUSION DES TROIS ANALYSES INDIVIDUELLES : OSER LA RELATION

Ces retours sur images pour trois apprenantes de cursus de formation différent (en soins infirmiers, travail social, psychomotricité) mettent en exergue la diversité des phénomènes psychiques inconscients présents dans les pratiques d'études et le vécu des sujets-apprenants.

Le rapport à l'autre semble être au cœur du choix de la profession quelle qu'elle soit. La question de la juste distance est par ailleurs retrouvée dans les discours de ces futures professionnelles de métiers du lien : ni trop près, ni trop loin. Comment rester présent et disponible sans s'identifier à la souffrance de l'autre, ou se sentir happée par elle, sans construire des barrières défensives qui empêchent la rencontre et appauvrissent la relation ? Cette distance souvent qualifiée de « juste » se définit comme « une distance intérieure vis-à-vis de nos propres affects, une distance entre moi et moi, et non pas une distance entre moi et l'autre » (Hennezel & Leloup, 1997, p. 114). L'entre-deux de la rencontre avec des personnes dépendantes, vulnérables, isolées, suppose sans doute, de la part du sujet-apprenant, un travail psychique intérieur consistant à reconnaître ses propres peurs, ses propres blessures, oser les partager, et (re)sentir comment évoluer à travers elles.

Résister à la tentation d'emprise sur l'autre est également un aspect mis en lumière dans ces études individuelles, ce travail sur soi devant être réalisé en permanence par le futur professionnel de la relation. Cette posture est délicate à adopter dans une période d'apprentissage exigeante et insécurisante, d'autant plus dans un contexte général d'incitation permanente à tout contrôler et à tout maîtriser.

Enfin, le rapport au savoir reste omniprésent dans les discours des étudiantes empruntant de multiples formes, mais en orientant l'ensemble des activités psychiques du sujet-apprenant de façon à atteindre le plaisir ou la satisfaction. Si l'investissement des études représente pour ces trois sujets une activité sublimatoire, il est fondé sur le désir, tout en relevant aussi de l'inaboutissement de ce désir et de la reconnaissance d'un manque (Méloni & Petit, 2016).

Cette réflexion autour des savoirs du prendre soin dans une démarche clinique me conduit à présent à envisager l'apprentissage du *care* chez un sujet-apprenant de métiers du lien, sous la forme d'un espace d'entre-deux lieu de rencontre, de passage et de médiation, propice à l'innovation et à la créativité.

2. Un apprentissage composé d'une triade capacitaire au service d'un espace d'entre-deux du care

2.1 Un care qui s'éloigne des définitions du soin

2.1.1 Une notion imprécise désignant une approche multidisciplinaire

Les formes de *care* saillantes dans les discours des apprenants et des néoprofessionnels apparaissent de manière plurielle. Ces essais de définition du prendre soin comprennent majoritairement le développement du bien-être physique, psychique et social de la personne, la restauration de sa santé et de son autonomie, ces éléments induisant les notions d'accueil, d'écoute, d'empathie, de bienveillance, de respect de la dignité (i.e. le consentement de l'enfant et de ses parents [Mélissa, EEJE], la prévention des « douces violences » [Virginie, EEJE], le partenariat avec le patient [Hugues, IDE]).

Le *care* est présenté pour la plupart des locuteurs comme un concept à multiples facettes ayant pour visée « *d'accompagner l'autre de la meilleure façon possible* » [Maylis, l. 63] et de l'aider à devenir « *acteur de sa santé* » [Hugues, l.77]. Il apparaît comme une attention portée à autrui mais aussi à soi-même (Honoré, 2017). Les interviewés valorisent le *care* en tant que sollicitude, souci de l'autre, mais de manière très qualitative selon les besoins de la personne « *c'est les prendre un par un* » [Rosa, l. 149], afin de saisir la spécificité d'une situation, d'un sujet (Molinier et al., 2009/2021b).

Pour les apprenantes infirmières, ce concept décrit de manière pluridimensionnel s'associe à leur fonction spécifique de soignante et constitue leur cœur de métier « *c'est vraiment tout ce qui englobe notre métier* » [Manon, l.67]. Selon les étudiantes psychomotriciennes, il articule psyché et soma en aidant les personnes soignées « *à se reconnecter à eux* », « *à cheminer* », « *à vivre avec une problématique* » [Gabrielle, l.150] et à travailler « *la prise de confiance en soi* » [Mélissa, l.129]. Certains apprenants, comme les MEM, l'envisagent davantage comme des pratiques de *cure* centrées sur la pathologie et les techniques de soin « *faire attention à la pathologie humaine* » [Damien, l.86], « *il y a des/ entre guillemets/ protocoles à suivre pour faire tel ou tel à tel acte* » [Amina, l.74]. Dès le début de leur entretien, ces derniers par ailleurs montrent des résistances à envisager d'emblée ce prendre soin sous le prisme de leur profession : « *prendre soin ///(silence de 3 secondes) bah c'est une grosse question* » [Damien,

1.80], « *(rit mal à l'aise) je réponds pas //c'est compliqué* » [Amina, 1.59], « *(silence de 3 secondes) oula ça commence* » [Ryzelenne, 1.36].

Les représentations du *care* des interviewés se déclinent sous la forme d'un agir à la fois professionnel et privé dirigé vers le *patient* (143) sujet de soins, sous-jacent à leur *expérience* (58), cette dernière étant composée des *stages* (186) et de leur trajectoire de vie. Gaberan (2021a) souligne à ce propos que « l'agir professionnel, lequel n'a rien à voir avec le faire professionnel [...] exige de l'éducateur de savoir adosser son moi professionnel à son moi personnel sans pour autant les confondre » (p. 11). Le nombre élevé d'occurrences du terme *faire* (273) met en lumière un aspect du *care* se traduisant essentiellement comme une activité de soin, un acte, une pratique (tableau n°21). Néanmoins cet aspect est immédiatement suivi par un autre terme *être* (231), signifiant que le *care* se conçoit aussi comme un état, une disposition d'esprit tournée vers l'Autre (Gilligan, 1982) (Annexe 7.7).

Tableau 21: Nombre d'occurrences des verbes à l'infinitif du corpus

Mot	Fréquence
faire	273
être	231
dire	150
avoir	141
prendre	95
voir	55
prendre soin	43
mettre	38
aider	33
aller	31

En effet, Tronto avance que « le care peut caractériser une activité singulière ou décrire un processus. A cet égard, il n'est pas simplement une préoccupation intellectuelle ou un trait de caractère, mais le souci de l'existence, engageant l'activité d'êtres humains dans les processus de la vie quotidienne. Le care est à la fois une pratique et une disposition » (Tronto, 1993/2009, p. 145). Cette fragmentation du *care* retrouvée dans les discours des interviewés, corrobore l'hypothèse de cette auteure (1993/2009), qui avance que les activités de *care* sont inévitablement reliées aux sciences du travail sous la forme d'un « travail de soin » (p. 156).

Cet art du *care* se compose de « petites choses » (142) inapparentes (tableau n°22) qualifiées de « petits riens du prendre soin » (Gaberan, 2021c), nous invitant comme le préconise Arendt

(1930-1954/2002), à replacer notre attention sur ces « petits riens » de l'existence qui finalement font le tout d'un sujet (Annexe 7.5.2). A plusieurs reprises, les interviewés évoquent des « *petits détails* » [Virginie, l.186], des « petits riens mis bout à bout [...] et qui soignent » (Séverin & Gabriel, 2021, p.102), mettant au jour « une clinique des petits riens qui font du bien » (Truchis-Ramière et al., 2021, p. 95).

Tableau 22: Extrait des concordances du mot "choses" pour Corentine et Marine

Locuteur	Contexte gauche	Pivot	Contexte droit
Corentine	de stage mais on parle pas de petites	choses	de petits justement de nos stages de ce qu'on peut voir
Corentine	plus échanger et se motiver euh des petites	choses	ça peut être des messages des appels c'est déjà que quand
Corentine	je sais pas ses gâteaux préférés des petites	choses	comme ça mais ça ça marche bien avec les copines comme la
Corentine	bah déjà il fallait aussi satisfaire de petites	choses	je reprends « mes petites choses » mais euh mais aussi bah
Corentine	de petites choses je reprends « mes petites	choses	» mais euh mais aussi bah aujourd'hui on a un petit peu
Marine	petits objectifs chaque semaine c'est les petites	choses	et le patient il se prête au jeu et voilà et en
Marine	des simulations d'anamnèse de bilan des petites	choses	comme ça et c'est vrai que ça se développe au cours
Marine	exemple un petit contexte dépressif ou des petites	choses	comme ça et là on se disait ah bah vous voyez ce
Marine	induire les questions même voilà enfin des petites	choses	comme ça et après tout ce qu'on fait toute l'après
Marine	il faut enfin voilà c'est les petites	choses	mais le prendre soin de l'autre bah même si c'est un

« C'est par le voir, l'entendre, le toucher, le sentir, le goûter, c'est par les cinq sens tous mobilisés au travers de petites choses maintes fois réitérées de façon non pas routinière mais ritualisée, de sorte à produire des repères affectifs et donc sécurisants, que s'opère le travail de métissage du corps et de l'esprit indispensable à l'advenir d'un "je" unifié et sujet de lui-même » (Gaberan, 2021b, p. 15).

Le fait d'utiliser un mot aussi indéfini que *choses* pour désigner le prendre soin signifie sans doute que cette notion est indicible, non technique et peut-être en conséquence moins formalisable, moins repérable dans la formation à un métier du lien. L'absence de spécificité forte pour *chose* et *choses* (tableau n°23) montre que ce point est partagé par l'ensemble des interviewés (Annexe 7.9).

Tableau 23: Spécificités des 15 parties pour les termes "choses" et "chose"

Mot	Fréquence pour le corpus	Amina EMEM t=2531	Anne-Laure EAS t= 2247	Céline EI t= 5808	Corentine EP t = 2754	Damien EMEM t= 4980	Gabrielle EP t= 4079	Hugues IDE t= 2980	
chose	127	-1,9	-0,5	-0,7	-0,2	-0,4	-0,3	0,6	
choses	142	0,3	-0,3	-0,5	0,4	-4,4	-0,8	0,6	
Mot	Fréquence pour le corpus	Marine KDE t= 3717	Maylis EI t= 1631	Mélissa EEJE t= 1991	Rosa EES t= 3597	Ryzelenne EMEM t= 2576	Virginie EEJE t = 2490	Isabella EP t= 1950	Manon EI t= 3603
chose	127	-1,4	0,4	-0,4	-0,4	3,8	0,7	0,7	0,3
choses	142	0,7	1,7	-0,3	1	-0,3	-0,5	0,4	1,5

Il existe sans doute comme un pari à relever ici, afin de rendre visible et lisible la face cachée de ces « petits riens », partenaires du quotidien de la relation d'aide éducative et de soin.

2.1.2 Les quatre phases du *care*

Le cadre d'analyse du *care* m'a permis d'identifier dans le corpus quatre phases analytiquement distinctes, mais intimement liées dans ce processus actif (Tronto, 1993/2009). La première phase « se soucier de » (*caring about*) implique la reconnaissance de la nécessité du *care*. Le constat de l'existence d'un besoin et l'évaluation de la possibilité d'y répondre sont retrouvés chez la plupart des locuteurs. Reconnaître par exemple, que les personnes atteintes de maladies chroniques peuvent devenir dépendantes dans des actes de la vie quotidienne ou que certaines sont en situation de grande vulnérabilité psychique, s'inscrit dans cette première phase : « améliorer son autonomie » [Hugues, IDE, l.76], « les personnes viennent avec des besoins » [Rosa, EES, l.160]. « Se soucier de » signifie de manière plus précise assumer la position d'une autre personne ou d'un autre groupe pour identifier le besoin. Toutefois, cette étape est parfois délicate à mettre en œuvre dans un contexte d'implication exponentielle du patient et de développement de la littératie en santé²⁵.

« enfin/ c'est vrai que c'est très compliqué maintenant avec internet/ c'est que certains patients ils arrivent ils attendent un traitement /parce ce qu'ils ont lu un article sur internet /et c'est pas forcément ce qu'on leur propose donc /des fois on a des petites divergences » [Marine, KDE, l.133-136].

²⁵ Le concept de littératie en santé désigne « les connaissances, la motivation et les compétences permettant d'accéder, comprendre, évaluer et appliquer de l'information dans le domaine de la santé pour ensuite se forger un jugement et prendre une décision en termes de soins de santé, de prévention et de promotion de la santé, dans le but de maintenir et promouvoir sa qualité de vie tout au long de son existence » (Sørensen et al., 2012, p. 3).

« Prendre en charge » (*taking care off*) constitue la deuxième étape du processus du *care*. Elle nécessite d'assumer une certaine responsabilité par rapport à un besoin identifié et de déterminer le type de réponse à lui apporter. Au lieu de se satisfaire en se centrant d'emblée sur les besoins d'une personne, la prise en charge demande de reconnaître que l'on peut agir pour s'occuper de ces besoins non satisfaits. Cette étape permet au pourvoyeur du *care* de décider de répondre au besoin décelé et d'organiser la réponse, ce qui mobilise le sens de sa responsabilité vis-à-vis de la personne vulnérable.

« je devais donner à la cuillère le repas d'une d'une patiente hémiplegique /qui avait fait un AVC 2 ans avant/ enfin vraiment avec en plus un problème de saturation en oxygène /c'était pas le top quoi /et la positionner en plus elle était obèse [...] tout de suite je fais quoi en fait//vous voyez/ j'ai tout de suite/je me suis dit c'est quoi ta en fait ta responsabilité elle est énorme en fait » [Céline, EI, 1.469-473].

La troisième étape rencontrée chez les locuteurs se dénomme « prendre soin » (*care giving*). Elle s'appuie sur la rencontre directe des besoins de *care* et implique un travail matériel en exigeant presque toujours de ceux qui prennent soin qu'ils aient un contact direct avec les objets du *care*. A l'opposé, plusieurs apprenants décrivent d'autres situations, assimilées à du « non prendre soin » illustrant de manière parallèle cette phase.

« C'est ce genre d'acte par exemple /ou alors un enfant qui mange à chaque cuillère on lui racle la bouche avec la cuillère parce que ça dépasse /parce qu'il y a de la nourriture autour de sa bouche ça aussi c'est considéré comme une douce violence par exemple [...] pour certaines professionnelles la vue de la nourriture autour de la bouche pour eux /c'est c'est compliqué à à vivre/ parce que pour eux justement c'est c'est pas soigner /parce que c'est considéré comme sale » [Virginie EEJE, 1.153-166].

« ça c'est le côté je trouve le plus le plus ardu de cette tâche de soignant /en plus de pas mal de côtés ingrats et qui finalement sont nécessaires voilà/ » [Céline, ESI, 1.113-114], « vous avez pas envie de gagner 1500 balles à la fin du mois/ pour nettoyer de la merde/ » [Céline, ESI, 1.500], « y'a pas de chichi /quoi y'a pas de ceci cela et puis s'il faut faire du travail en équipe /quitte à mettre la main dans la merde comme on dit/ » [Céline, ESI, 1.512-513]

Ces extraits mettent en évidence une notion empruntée à Hugues (1996) et ses essais de sociologie du travail, celle d'un « sale boulot » (traduction de *dirty work*) qui se ferait « salement ». Pour appuyer cette réflexion sur les incidences de la confrontation au sale, à l'impur, à la souillure dans l'exercice professionnel à cette troisième phase, je citerai Rothier Bautzer (2014b), qui souligne la difficile mutation du « sale boulot relationnel » en concept de *care*, compromettant ainsi la mise en place de situations de soins ou d'accompagnement ayant pour visée l'autonomisation des bénéficiaires.

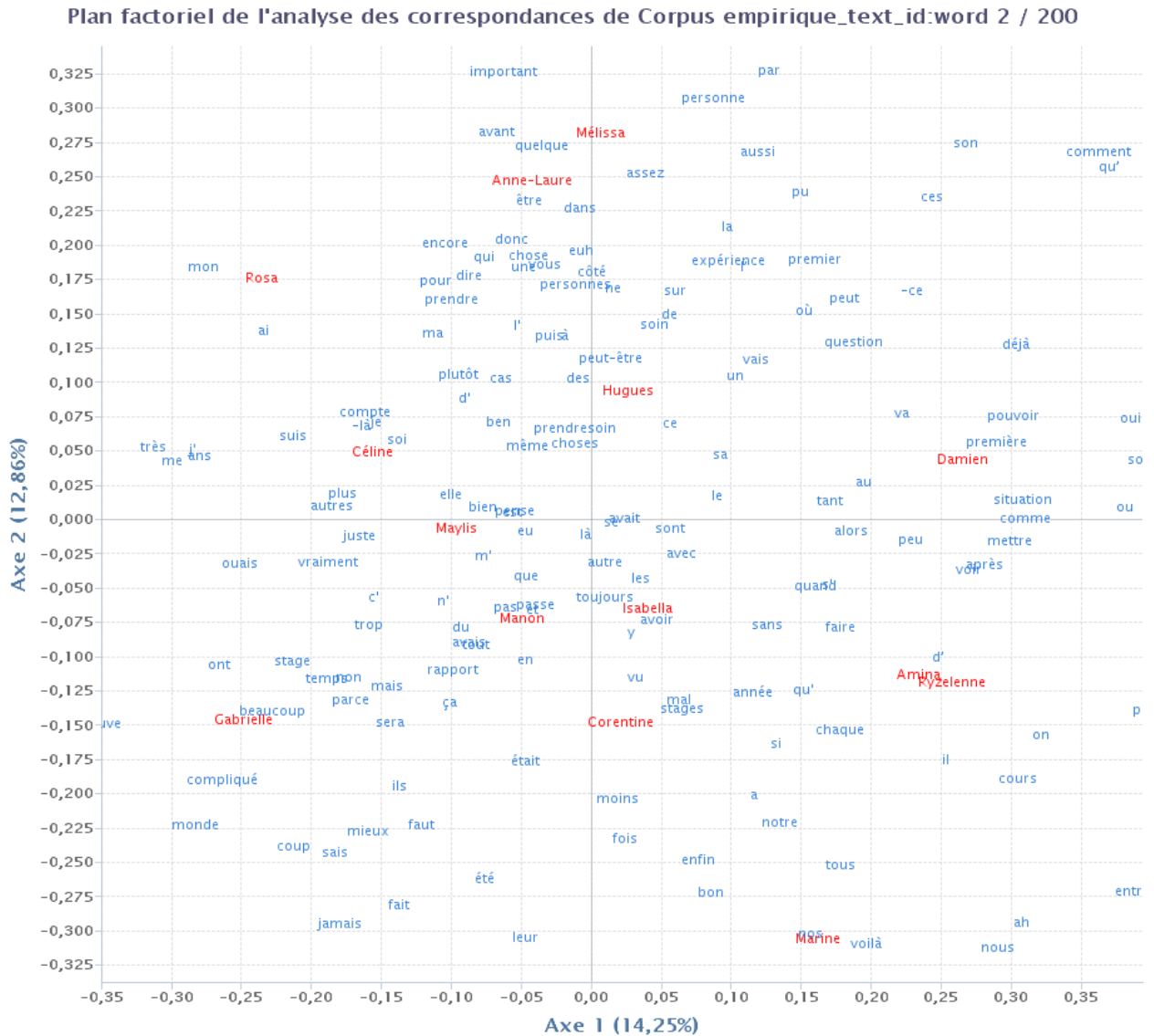
La dernière étape correspond à « recevoir le soin » (*care receiving*), en relation avec la reconnaissance de ce que l'objet de la sollicitude réagit au soin qu'il reçoit. Selon Tronto (1993/2009), il est fondamental d'inclure la réception du soin parmi les éléments du processus, parce que c'est la seule façon de savoir s'il a été apporté une réponse aux besoins de soin. Dans cette étape, elle avance de nouveau que les perceptions des besoins peuvent différer entre celles des pourvoyeurs de *care* et celles des bénéficiaires. Notons que le contexte de soin ou d'accompagnement peut mettre en difficulté les apprenants dans l'identification de cette réponse.

« Tout à l'heure on a vu un patient qui était en réanimation ou je sais plus ce qu'il l'avait eu /mais il bougeait pas /il parlait pas/ enfin/ il disait rien/ et en fait/ c'était super compliqué du coup de communiquer avec lui /mais malgré tout /on lui parlait quand même/ quand /on lui explique c'qu'est/ quand même/ comment l'examen il allait se passer/ oui expliquer que /enfin/ ça allait durer enfin/ en en gros tout le déroulement de l'examen/ même si on sait pas s'il nous entendait/ on sait pas s'il comprenait ce qu'on disait/ bah/ on a quand même tout expliqué /et du coup/ enfin/ s'il nous entendait au moins il savait ce qui se passait au sens depuis /quoi /et je pense que c'est important /parce que en /il était pas forcément consentant/ mais au moins il sait où il va/ il sait ce qu'on faisait /et je trouve que c'est important » [Amina, EMEM, 1.335-343].

2.1.3 De l'espace de négociation à l'espace d'entre-deux du care

Dans le cadre de l'analyse lexicale du corpus, l'analyse factorielle des correspondances (AFC), méthode basée sur l'inertie permettant d'étudier l'association entre deux variables qualitatives, a mis en lumière une répartition singulière des discours (figure 6). En effet, certains locuteurs (Mélissa EEJE, Anne-Laure EAS, Rosa EES, Gabrielle EP, Ryzelenne EMEM et Marine KDE) sont éloignés du centre de cet AFC (Annexe 7.8) ; cela signifie qu'ils se distancient du discours ordinaire des autres participants.

Figure 6 : Analyse factorielle des correspondances du corpus empirique



L'apprentissage du *care* correspond à un véritable art du prendre soin qui s'exerce dans une relation pour venir en aide aux personnes dépendantes, en difficultés, handicapées, démunies voire perdues, parce que décalées, isolées. Cet apprentissage personnel et professionnel semble être un véritable combat pour les apprenants de métiers du lien, entre affects, effets d'effondrements et travail de dégagement.

De plus, ces « petits rien » du *care* difficiles à décrire, se caractérisent dans de multiples champs professionnels par une présence habile face à des situations singulières, parfois inattendus et relèvent presque d'un art de l'improvisation ou bien d'un savoir-faire et être en situation ou en

pleine action. « La rencontre n'est pas un "rentre-dedans" ; elle est, au contraire, un pas de côté ! » (Gaberan, 2021a, p. 11).

De nombreuses épreuves attendent ce futur professionnel de métiers du lien, dessinant une sorte d'itinéraire initiateur qui rejoint la notion d'espace de négociation élaborée par Morvan (1988). Cette recherche conduite dans une approche clinique d'orientation psychanalytique, analyse les représentations des situations de handicaps et d'inadaptations chez les éducateurs spécialisés, les assistants de service social et les enseignants spécialisés en formation. L'espace de négociation, complexe fonctionnel et original, correspond à un lieu d'entremise, de transaction et de médiation, qui fait écho aux résultats saillants de l'analyse du phénomène d'apprentissage du *care*. La posture professionnelle semble également mobilisée et apparaît ici comme un construit d'entre-deux (Thouroude, 2022a), que ce soit dans le champ de l'accompagnement, de la relation d'aide ou du soin.

Au final, la prise en compte d'un espace d'entre-deux du *care* pourrait ainsi tendre à la réalisation d'un idéal du Moi en quête d'une identité professionnelle, d'une estime de soi en voie de construction qui va s'amorcer dans la rupture, se nouer dans le bien-être, l'échange pour évoluer vers la séparation (Morvan, 1988). Trois capacités, de réserve, de recherche et de sollicitude (Morvan, 1988), vont fonder cet espace d'entre-deux du *care*, complexe reposant sur une architecture entendue comme structure et dynamique, bâtie autour de quatre axes, motivationnel, imaginaire, capacitaire et fonctionnel. Ces derniers vont s'ordonner autour de quatre effets ou opérateurs, complémentaires les uns avec les autres au bénéfice de la mise en œuvre des activités de *care*.

2.2 Des capacités spécifiques au service de l'apprentissage du care

2.2.1 La capacité de réserve

Basée sur le travail de limite, elle se positionne sur la ligne de démarcation séparant l'extérieur-l'intérieur, soi-l'autre. En se réservant un espace protégé un Moi-secret (Netter, 2005), le sujet en formation s'aménage la possibilité d'imaginer tous les possibles quels qu'ils soient, « ce qui ne va pas sans plaisir et effroi » (Morvan, 1988, p.338), pour pouvoir penser à l'écart du regard des autres. Cette capacité est le lieu de l'intimité et du secret qui permet au sujet-apprenant, en

se gardant des réserves, de se prémunir contre les empiètements afin de ne pas s'épuiser dans une intention de distance, de discrétion-réserve. « Elle instaure un espace d'entre-deux dans lequel le sujet se sent bien, balloté et tiraillé entre le souhaitable et la réalité. La réserve est espace de relaxation-dégagement, de plaisir-fantasme, éventuel détour pour une nouvelle reprise » (Morvan, 1988, p.338). Cette enveloppe contenante émerge pour la plupart des locuteurs sous la forme d'un prendre soin de soi ou d'une juste distance.

« Faut pas que on s'oublie totalement pour prendre soin des autres /je pense/ » [Manon, EI, 1.302], « il faut d'abord prendre soin de soi [...] avant de prendre soin des autres en fait » [Gabrielle, EP, 1.142-144], « oui c'est ça prendre soin de soi/ parce que ça peut être aussi très envahissant les situations que les autres vivent effectivement /ça peut /on peut peut se mettre à y penser tout le temps si on met pas la distance/ » [Anne-Laure, EAS, 1.123-125], « je pense pas qu'on puisse vraiment prendre soin des autres/ si nous-même on n'est pas/ on n'est pas bien et au clair avec nous-mêmes/ » [Ryzelenne EMEM, 1.255-257], " prendre soin de soi c'est s'accorder du temps/ euh s'octroyer des moments à nous/ se mettre /être dans une bulle entre guillemets » [Isabella, EP, 1.47-48].

Ce prendre soin de soi, prérequis au prendre soin des autres, se nourrit de la nécessité d'un travail sur soi engageant un processus d'étayage pulsionnel. Travailler (ici prendre soin de personnes dépendantes et vulnérables) peut être rattaché à une expérience affective car le sujet y éprouve des désirs frustrés, des sensations, de l'angoisse ou de la déception (Garel, 2022). Prendre soin de soi mobilise un processus subjectif chez le sujet en formation, ayant pour visées de comprendre les ressorts du réel et de s'y confronter en le déjouant. Ce développement de la subjectivité centrée sur la psyché articule alors des processus intrasubjectifs (le travail est identifié comme un travail sur soi, d'éducation et de culture de la sphère pulsionnelle) et intersubjectifs (le travail apparaît comme une mise en rapport à autrui et un levier de reconnaissance qui vient consolider l'identité). « Travailler, ce n'est pas uniquement produire, c'est aussi se transformer soi-même » (Dejours, 2013, p.62)

« Il faut d'abord prendre soin de soi /et se connaître et vraiment se finalement se se guérir finalement de toute /de toutes les choses qui pourraient nous complexer/ que soit mentale /physique /avant de prendre soin des autres en fait » [Gabrielle EP, 1.142-144], « je pense que quand on est bien dans sa tête /euh/ on fait un/ on est plus efficace pour prendre soin de l'autre/ [...] on découvre énormément de choses par les médiations qui nous sont proposées/ on fait du cirque/ on fait de la relaxe/ on fait de l'art-thérapie/ on fait plein de de médiations qui permettent de de /ben d'accéder à nos limites [...] après on apprend /on apprend beaucoup sur nous-mêmes » [Isabella, EP, 228-234].

« Se connaître soi-même, c'est aussi se reconnaître comme sujet complexe et singulier, vulnérable, confronté à du manque, de l'incomplétude, du non-savoir, de la non-maîtrise, du non-moi » (Morvan, 2020, p.62). Il s'agit pour le sujet-apprenant d'identifier ses limites et ses

possibilités pour prévenir les mouvements pulsionnels interdits, dont l'objet est de combler les failles et de restaurer une toute-puissance infantile perdue.

2.2.2 La capacité de recherche

La capacité de recherche est entendue au sens de dé-présentation et de représentation de l'autre, et est « reliée aux productions imaginaires et au questionnement sur ce que le fantasme porte et déporte, pour aménager un écart entre réalité extérieure et réalité intérieure » (Morvan, 1988, p. 338). Cette capacité de recherche sur ce qui lie, relie et délie, représente la base de toute création et constitue l'aptitude à se représenter les changements. Toutefois, elle porte en elle des dérives, notamment celle qui conduit à effacer les choses devant leur représentation au détriment de la réalité. Cette mise à l'écart entre réalité extérieure et réalité intérieure et sa fécondité qui la caractérise mettent en mouvement les représentations des sujets-apprenants, dans un lâcher prise permettant d'individualiser les activités de *care* (i.e, les soins d'hygiène pour Céline EI ou l'attention aux « pathologies humaines » pour Damien EMEM).

Cette délicate mise en œuvre de la capacité de recherche ou de représentance, est retrouvée dans la répétition excessive de *quand même* (87) signifiant « malgré tout », traduisant la tension interne chez certains locuteurs entre ce qu'ils cherchent à cacher et ce qu'ils veulent montrer. Céline, étudiante infirmière, possède le nombre d'occurrences le plus élevé du corpus (25)²⁶ (tableau n°24), mettant en lumière cet écart entre sa représentation du soin reliée à la notion de plaisir, du monde féérique (« *incroyable* », « *fascinant* », « *merveilleux* » », « *émerveillée* », « *magnifique* ») et la réalité de l'exercice professionnel infirmier (« *tâches fastidieuses* », « *c'est pas toujours agréable/ selon les situations/ ça peut être compliqué/ ça peut être fastidieux /ça peut être lourd* » [l.313-314], « *vous avez pas envie de gagner 1500 balles à la fin du mois/ pour nettoyer de la merde* », [l.500]) (Annexe 7.5.3).

²⁶ Le nombre d'occurrences, en valeur absolue, a été rapporté à la taille de chaque discours. Par exemple, Damien (8) prononce deux fois plus de mots que Mélissa (6), or il a un emploi de "quand même" plus faible (0,16) que l'autre apprenante (0,30).

Tableau 24: Nombre d'occurrences de "quand même" pour le corpus

Locuteur	Fréquence totale	Nombre d'occurrences de l'expression « quand même »	Rapport du nombre d'occurrences avec la taille du discours (en %)
Céline EI	t= 5808	25	0,43
Maylis EI	t= 1631	2	0,12
Manon EI	t= 3603	0	0
Damien EMEM	t= 4980	8	0,16
Amina EMEM	t= 2531	9	0,25
Ryzelenne EMEM	t= 2576	1	0,03
Isabella EP	t= 1950	1	0,05
Corentine EP	t= 2754	3	0,10
Gabrielle EP	t= 4079	10	0,24
Anne-Laure EAS	t= 2247	5	0,22
Rosa EES	t= 3597	5	0,13
Mélissa EEJE	t= 1991	6	0,30
Virginie EEJE	t= 2490	2	0,08
Hugues IDE	t= 2980	7	0,23
Marine KDE	t= 3717	6	0,16

2.2.3 La capacité de sollicitude

La troisième capacité, au sens de Winnicott, évoque le « fait que l'individu se sent concerné, impliqué et que, tout à la fois, il éprouve et accepte une responsabilité [...] elle décrit le lien entre les éléments destructeurs [...] et les autres aspects positifs de l'établissement d'une relation » (Winnicott, 1965/1980, p. 31-42). En d'autres termes, elle se relie à la notion de culpabilité qui pousse le sujet à se sentir impliqué, dans ce que ressent ou éprouve l'autre, de manière à être en souci et avoir le souci de l'autre. Cette capacité situe le pourvoyeur du *care* à la fois dans la maintenance et la continuité relationnelles, puis dans sa fonction d'organiser, de favoriser la réalisation, la restauration. Cette mise en relation d'un côté avec soi, d'un côté avec l'autre illustre un mouvement d'attachement-détachement. Ce qui est associé à la rupture, à l'effondrement donne lieu ici pour le sujet-apprenant à mouvement occupationnel, relationnel, en réciprocité.

En outre, la notion du *care* est majoritairement rattachée au concept d'empathie par les locuteurs quelle que soit leur future profession. Celui-ci soulève de nombreuses questions quant à son processus d'apparition, son origine, ou encore la nature des sujets à même de l'éprouver.

L'expérience d'empathie est difficile à appréhender tant il existe une multitude de définitions et de concepts divers, sympathie, contagion émotionnelle, *perspective-taking*, simulation... La capacité d'empathie présentée par Tisseron (2011) sous la forme d'une pyramide à trois étages composée de l'identification, la reconnaissance mutuelle et de l'intersubjectivité, est abordée différemment par Vignemont (2011). Qualifiée d'opératoire, elle s'articule selon cet auteur autour de quatre conditions nécessaires : l'émotion (je suis dans un certain état affectif *e*), la similarité (*e* est isomorphe à l'état émotionnel d'autrui *E*), le processus (*e* est provoqué par *E*), l'attribution (être dans un état *E* est lié à mon expérience personnelle *e*). Sur le plan des neurosciences, il revient sur les limites de la théorie des neurones miroirs en avançant que cette hypothèse répond uniquement aux trois premières conditions de l'empathie. Cette dernière serait *a contrario* sélective et non automatique, comme le précise Anne-Laure dans ses propos sur l'agressivité et la colère de bénéficiaires âgés.

« des attitudes de certaines personnes âgées qui qui peuvent être /euh/ assez piquantes on va dire/ dans leur propos parce que/ donc voilà il y a certaines personnes âgées qui qui n'accueillent pas forcément très bien non plus les soignants chez eux/ mais en fait je je me suis rendue compte que c'était surtout /comment exprimer ça /une sorte de de protection qu'ils avaient mis en place/ parce que c'est des personnes qui souffrent beaucoup /et moi ce que je voulais c'était surtout pas pas leur envoyer la même chose en fait » [Anne-Laure, EAS, 1.70-75]

Il apparaît pertinent de postuler que l'empathie demande non seulement l'activation partielle de représentations partagées de l'émotion, mais aussi des mécanismes cognitifs d'analyse et d'évaluation du contexte émotionnel (Vignemont (de), 2011). Les émotions étant de puissants moteurs dans la prise de décision et le passage à l'acte, ce partage émotionnel peut permettre au final de se sentir plus proche de l'autre.

Emotion et empathie restent-ils par ailleurs aujourd'hui la spécificité des êtres humains ? Dans notre contexte actuel, l'ensemble des apprenants et des néoprofessionnels soulignent la prévalence du lien et de la singularité dans la relation soignant-soigné ou accueillant-accueilli, à l'instar de Gabrielle, étudiante en psychomotricité.

« Je pense parce que chacun a une quelque chose à apporter /en fait dans le dans le soin /une vision différente chacun/ et notamment dans la /surtout dans la posture en plus/ et même /je pense que c'est mieux d'avoir une certaine diversité là /parce que si tout le monde avait la même posture bah qu'est-ce que ce serait /ce serait /robotique (souligne le mot) finalement /je pense ça serait très robotique et ça empêcherait le lien/ je pense aussi/ » [Gabrielle EP, 1.338-343].

Si la réalisation du *care* ne comprend plus le lien humain, peut-être le soin peut-il être pensé comme une technique automatisable et répétitive, donc prête à être robotisée ? « Serait-ce parce

qu'en mettant l'accent sur la performance et l'efficacité du soin, la relation entre personnes humaines aurait été oubliée au profit d'une posture technicienne travaillant l'objet-corps d'un individu ? » (Tornerberg, 2018, p. 36). Turkle (2011) s'est questionnée sur les relations humaines médiatisées par les nouvelles technologies à travers l'évolution des comportements notamment entre les années 1990 et 2000. Elle a mis en évidence la relation émotionnelle pouvant lier humains et machines, à travers les figures de robot (i.e. Paro, petit phoque répondant à l'humeur de la personne qui le caresse). Des professionnels ont même reconnus les vertus thérapeutiques du transfert affectif qui s'effectue entre les personnes âgées et ces robots, les envisageant comme une solution à leur propre manque de moyens (Chaltiel, 2018).

Établir une interaction affective avec les robots n'est plus un rêve d'auteur de science-fiction, mais une thématique de recherche bien actuelle (Devillers, 2018). Ce domaine appelé *affective computing* (Picard, 1997), comporte trois technologies : la détection des émotions, le raisonnement et la décision à l'aide d'information affectives, la génération de comportement affectif. L'objectif principal de ces recherches est de donner à ces robots sociaux et affectifs la capacité de connaître les émotions et de simuler l'empathie, afin d'aider au mieux leur utilisateur. La thématique de la sollicitude reste donc d'actualité à l'aube de l'utilisation de ces robots sociaux, sans pour autant oublier les problèmes éthiques actuels que posent déjà la robotique et les biotechnologies.

2.3 Un phénomène d'apprentissage du care s'appuyant sur quatre opérateurs ou effets

Cette compréhension clinique de ce qui se joue chez les futurs professionnels dans leurs activités et leur intention de *care*, correspond à un espace d'entre-deux composé et fondé de trois capacités (réserve, recherche, sollicitude), s'articulant et se dynamisant autour de quatre axes qui se déclinent en quatre effets complémentaires.

2.3.1 L'effet d'acceptance

Cet effet renvoie à la notion d'accueil en tant que processus de déplacement, de composition, de compromis. Il porte, anime, régule et s'inscrit en ce sens sur l'axe motivationnel au gré des parcours de vie singuliers des apprenants, le rapport à l'autre se dessinant en toile de fond.

a) Des types motivationnels comme voies d'accès à la profession

L'analyse du corpus a permis de dégager dans l'organisation du champ motivationnel des phénomènes de structure, correspondant à différents types motivationnels (Morvan, 1988, p. 116). Le type idéaliste, dont le choix repose sur un désir personnalisé de pratiquer une profession dont les moyens favorisent une action sur la société ou l'individu, est illustré avec Gabrielle EP très sensible à la notion de justice. Son discours assez négatif, où percent son insatisfaction, sa colère et son impuissance face à une institution vécue comme maltraitante (plutôt que nourricière), démontre un réel désir de prendre soin, dans son projet d'aider les autres malgré ces difficultés. Prendre soin dans nos organisations actuelles, être confronté à des milieux de soin ou d'accueil extrêmes, sont des expériences intenses pouvant conduire au processus d'illusion/désillusion et à une désidéalisation chez l'apprenant d'un métier de lien (Daloze, 2007).

Le type expérientiel prend forme à partir de rencontres et d'expériences avec des personnes soignées, accueillies, handicapées, vulnérables, dans un choix professionnel spécifique assurant la poursuite de ces mises en situations, ainsi que Rosa EES le décrit. Cette apprenante débute la formation d'éducateur de jeunes enfants à la suite de son baccalauréat. Son investissement pluriel dans le monde associatif auprès d'enfants et d'adolescents en difficultés et son emploi d'animatrice en séjour adapté, provoque sa réorientation vers la formation d'éducateur spécialisé au vu de ces multiples expériences et rencontres.

Le type relationnel se définit comme un *caregiver* à la recherche de contacts et d'échanges, notamment pour Manon EI. Cette jeune étudiante exprime d'emblée son désir de devenir infirmière « /ça bouge/ il y a du contact avec les personnes et/ voilà ça me plaisait/ [...] enfin il y avait tellement de choses à faire » [l.32-35].

Le type expansif s'oriente vers la quête infinie de nouveauté et d'échanges et s'illustre avec Maylis EI, dont le parcours scolaire est marqué par l'ennui et la démotivation. Sportive de haut

niveau et scout depuis treize ans, elle montre un réel désir de prendre soin en souhaitant s'orienter vers la formation paramédicale, malgré son dégoût de la formation médicale réalisée par sa sœur. Elle décrit son choix de la formation soignante comme un plaisir intense « *qui me rend heureuse* » [l.185].

Le type conjoncturel est la résultante d'avancées tâtonnantes vers la profession, fruit « avancé » du hasard et des contraintes vécues, notamment pour Anne-Laure EAS. Apprenante la plus âgée du corpus, son parcours de formation atypique composé de formations horticoles, linguistiques, du travail social, d'évènements de vie personnels, mais aussi d'investissements associatifs, la fait avancer jusqu'à la formation d'assistante en service social à l'âge de 49 ans, « *dans la formation qui me correspond le mieux en tout cas /et dans la voie professionnelle qui me correspond lui aussi/ voilà* » [l.38-39].

Le type d'après-coup correspond à un état formatif, en ce qu'une deuxième motivation vient révéler la véritable nature de l'orientation professionnelle. Céline EI 33 ans illustre ce type par sa trajectoire de formation spécifique. Vivant en Amérique du Nord depuis son enfance, elle poursuit une brillante carrière professionnelle dans le domaine de la finance bancaire. Elle n'arrive plus à trouver de sens dans cette activité et vit parallèlement un drame personnel avec la dégradation de la santé de son jeune frère atteint d'une maladie chronique. Son décès provoquera son retour en France et sa réorientation professionnelle avec le choix de la formation infirmière.

b) Un itinéraire professionnel dessinant un portrait du « soi professionnel »

Dans les interlignes des discours permettant de dresser les origines du « soi professionnel », je retrouve trois sources principales. En premier lieu, l'impulsion familiale provoque, oriente, détermine ou crée, plus simplement, les conditions favorables à l'éclosion du choix de la profession, mais aussi un sentiment d'obligation ou de contrainte (mère infirmière pour Gabrielle EP, sœur médecin pour Maylis EI, mère assistante maternelle pour Corentine EP, mère atteinte d'une maladie chronique pour Damien EMEM, sœur infirmière pour Mélissa EEJE...). Puis la « vocation », rarement nommée, est exprimée en termes de désir d'aider, ancien, flou, prenant progressivement consistance (un prendre soin présent « *depuis toujours* » [Maylis EI, l.170-176], « *ça a toujours été là* » [Céline EI, l.167], « *j'ai l'impression de l'avoir toujours vécu comme ça* » [Amina EMEM, l.234]). Elle est aussi avancée en projets de

« militance », de réformisme, de combats contre les injustices (« *pour les soignants j'ai honte [...] mes regrets ils sont là [...] je suis scandalisée* » [Céline EI, 1.196 ; 198 ; 402]). Enfin, l'expérience auprès de jeunes et de personnes vulnérables (colonies, animation, associations...) est révélatrice de difficultés spécifiques, et aussi du sentiment d'être à sa place et de pouvoir être utile, ces deux prises de conscience s'articulant et se renforçant simultanément.

Les images du handicap, de la dégradation du corps, de l'isolement, de la souffrance, en ce qu'elles sont mouvements à la fois de rapprochement et d'éloignement, peuvent au final s'opposer, s'amalgamer, se masquer au regard de l'insupportable, ce qui en fait toujours une opération à reprendre (Freud, 1956/2009; Freud et al., 1934/1989; Zielinski, 2021). Cette délicate acceptation de la réciprocité mobilisant les angoisses liées aux premières années de vie, entraîne que le futur professionnel ne veut tellement pas ressembler à cet autre « étrange », qu'il peut être tenté de le rejeter hors de l'humanité. Cette angoisse de leur propre déshumanisation apparaît dans le corpus sous la dénomination d'un sujet qualifié d'*autre* (239), à l'inverse de la *personne* (184) (tableau n°25) (Annexe 7.4 bis). Ne sont comptées ici que les occurrences concernant la dénomination d'autrui et non pas l'utilisation du mot *autre* dans d'autres contextes.

Tableau 25: Dénomination de la personne prise en soin ou accompagnée par les 15 locuteurs

Mot	Fréquence au singulier	Fréquence au pluriel	Fréquence au total
autre	118	121	239
patient	143	62	205
personne	113	71	184

2.3.2 L'effet représentance

Positionné sur l'axe imaginaire, cet opérateur est un « lieu de passes et d'échanges » (Morvan, 1988, p.344). Comme le souligne Green (1986, p. 337), « il n'y a que la représentation pour offrir l'espace de travail nécessaire pour penser les rapports réunion-séparation, de présence et d'absence ». Cette ligne de fond assure un travail de nécessaire distanciation dialectique et interroge plus avant la compréhension de ce qui, du soi-apprenant, s'immobilise, se vide, s'exclut, se tait, masque.

a) Un attachement à un objet savoir

Dans le cadre de cette recherche, le rapport au savoir est abordé comme un objet construit et identifié par le sujet-apprenant en rapport avec sa propre histoire et celle des autres. De ma posture de soignante-chercheuse, j'ai perçu ce rapport à l'objet savoir (le *care*) dans une relation où intervient souvent un transfert. C'est pourquoi le rapport au savoir a été appréhendé ici au titre d'une projection en plus de celle d'une relation. Le sujet-apprenant déverse sur le savoir des sentiments positifs (« *j'en apprends tous les jours/ c'est ça qui est fascinant dans ce métier-là* » [Céline EI, 1254.255], « *on en sort grandi* » [Virginie EEJE, 1.290]) ou négatifs (« *c'est impossible de savoir exactement comment prendre soin de chaque patient* » [Ryzelenne, EMEM, 1.127], « *c'est une question vraiment compliquée* » [Rosa, EES, 1.119]), dont l'origine prend naissance lors d'événements de son histoire personnelle. Le sujet-apprenant va mémoriser des représentations de bons et de mauvais objets dans le vécu de ses relations à l'objet, et principalement au premier objet représenté par le sein maternel, perçu comme bon au mauvais selon sa présence ou son absence. Le transfert occupe donc une place privilégiée en accompagnant le rapport au savoir de sentiments et d'affects qui orientent d'une certaine façon sa destinée dans une dynamique pulsionnelle.

Hugues, infirmier de 30 ans, diplômé depuis moins d'un an, travaille à cette période au pool d'un centre hospitalier francilien. Titulaire à 18 ans d'un baccalauréat ST2S (sciences et technologies de la santé et du social), il choisit de ne pas poursuivre d'emblée ses études et vit de multiples expériences professionnelles, dont un emploi dans une usine de fabrication de beurre. Un réel désir de s'orienter vers la relation à autrui et « le social » le fait bifurquer vers des études courtes : il devient aide-soignant. « *J'étais tout seul/ j'étais tout seul dans une pièce avec du bruit/ et je me suis dit ce moment-là ok il me faut un travail où il y a du social /où on va pouvoir discuter /on va pouvoir réfléchir un peu plus /* » [1.45-47]. Trois ans après, soutenu par sa hiérarchie, il réalise une formation en soins infirmiers.

Cette propension d'en savoir plus sur des savoirs savants témoigne chez Hugues comme chez l'enfant au cours de la période œdipienne décrite par Freud, de cette curiosité à propos du mystère qui lie les parents. Levine (1994, p. 47) évoque ce phénomène sous forme d'une « territorialisation œdipienne », quand des sujets sont attirés par des savoirs complexes qui cachent autre chose que ce qu'ils veulent bien montrer. La dimension épistémique place le sujet au centre d'une relation entretenue avec le savoir. Le sujet choisit non seulement un genre de

savoir spécifique, mais entre aussi en relation avec lui sur un mode personnifié. La rencontre avec « l'inconnaissable de l'Autre » représente le vecteur de structuration de l'enfant et c'est la raison pour laquelle la force pulsionnelle ne fait qu'opposer le sujet-apprenant au trou dans le savoir autour duquel il s'est construit « l'impossible – de tout savoir, de tout voir et de tout avoir » (Fernandez & Petit, 2014, p. 69).

Dans les discours de Ryzelenne EMEM et de Rosa EES, l'impuissance et l'appréhension éprouvées pourraient être mises en lien de nouveau avec cette pulsion de savoir œdipienne vécue par le petit enfant, mais ce-dernier vivant un rapport sadique au savoir construit sur un sentiment d'incompréhension et de rage. « La connaissance devient alors un moyen de maîtriser l'angoisse, et le besoin de savoir, un facteur essentiel dans la croissance et l'inhibition des tendances épistémophiliques » (Klein, 2013, p.189).

« On peut pas enfin /c'est impossible de savoir exactement/ comment prendre soin de chaque patient/ de chaque personne en fonction de ses besoins » [lignes 126-127], «mais oui du coup ça m'est arrivé de juste pas savoir pas savoir comment prendre soin d'une personne parce que je ne m'en sentais pas capable » [Ryzelenne EMEM, l. 144-146]

« Enfin j'avais ce côté un peu idéaliste » [...] bah c'est difficile euh ///je pense que c'est parce que juste/ je mets/ une/ je pense que je m'mets une sorte de carapace sur moi-même /qui me bloque moi-même/ en fait /c'est pas c'est pas tant une carapace envers les autres /c'est plus une carapace que je me mets à moi-même/ de peur de me découvrir » [Rosa EES, l. 281-289]

Enfin cette relation à l'objet savoir peut aussi s'inscrire dans une relation symbiotique mégalomane, jouant de faire-valoir pour le sujet-apprenant dans une volonté de retour de l'omnipotence infantile et de suppression du non-Moi (Morvan, 2020, p. 55).

« Ben j'avais déjà une bonne idée [...] mes capacités justement /euh /de de de communication /de de de de de même même à l'écrit/ elles sont quand même ancrées en moi [...] franchement je je suis pas très étonnée en découvrant tout ça [...] ça se passe naturellement comme ça [...] moi ça fait partie des compétences que j'ai /à côté de ça » [Céline EI, l.167-386]

« Ah bah ça c'est depuis toujours (rit) /euh ça je l'ai pas appris à l'école [...] et je pense avoir toujours été là pour /pour mon entourage/ que ça soit mes amis ou ma famille/ et du coup bah maintenant avec les patients d'une autre manière/ » [Maylis EI, l.170-176]

« Parfois /on comprends pas trop le sens/ entre guillemets/ de ces cours /parce que pour nous c'est logique [...] vraiment depuis enfin moi j'ai l'impression de l'avoir toujours vécu comme ça/ [...] je suis passée depuis toujours ou j'ai là enfin ce sentiment d'agir comme ça/ mais je pourrais pas vous dire quand exactement » [Amina EMEM, l.218-239]

b) L'incarnation du *care* et le concept du *soi-perçu*

Dans le cadre de cet effet représentance, l'expérience globale de l'apprentissage du *care* s'associerait au concept de *soi-perçu* (Watson, 1998), en rapport avec les valeurs et la philosophie du *care*. Ce concept est mobilisé au travers de plusieurs actions se rattachant aux expériences d'intériorisation où les apprenants associent certaines de leurs propres attitudes ou valeurs à la philosophie du *care* (Krol, 2010; Sanches, 2018) : identifier l'existence des principes et valeurs du prendre soin (« *on ne fait pas n'importe quoi* » [Isabella EP, l.175]), réfléchir sur soi (« *quelque chose que je connaissais que j'avais un peu enfoui* » [Mélissa EEJE, l.218]), s'approprier le *care* (« *rester le plus authentique possible* » [Gabrielle EP, l.202]), approuver le *care* au bénéfice d'un engagement soignant-soigné ou accompagnant-accompagné ou éducateur-apprenant (« *c'est vraiment tout ce qui englobe notre métier* » [Manon EI, l.67]), en d'autres termes vivre une expérience personnelle et professionnelle.

Par ailleurs, les résultats mettent en lumière des traces d'une transmission sociale de principes familiaux prônés sur les savoirs du *care* (« *c'est euh/du coup mes parents sont divorcés / ma mère a été très triste/ c'est c'est comme ça que ça a commencé* » [Maylis, EI, l.170]). Le corpus contient également des traces cognitives comme traces transmises de la scolarisation, le terme *école* possédant un nombre d'occurrences particulièrement élevé (64), alors que les sujets-apprenants et les néoprofessionnels évoquent systématiquement un lieu de formation pour adultes (Annexe 7.2). « *J'ai l'impression de l'avoir toujours vécu comme ça/ enfin/ quand quelqu'un était /enfin/ même à l'école en primaire ou des choses comme ça* » [Amina EMEM, l.234]).

A ce stade de ma réflexion, l'apprentissage du *care* serait donc composé de traces sociales intersubjectives d'une part, et de traces inconscientes intrasubjectives de l'autre, comme la transmission de jugements familiaux sur le savoir en lien avec l'environnement primaire du sujet-apprenant ; de traces cognitives comme traces transmises de la scolarisation avec la notion de transfert de savoir ; et de traces psychiques comme traces d'une transmission inconsciente opérée chez le sujet-apprenant (Roman-Ramos & Eymard, 2011).

2.3.3 L'effet reliance

L'axe capacitaire en est le support. Présent grâce au désir de contact, il donne contenant aux contradictions conjuguées des deux premiers effets ; l'effet reliance représente le canal, le passage, ce qui structure la relation et qui la porte. « Jeteur de pont entre ce qui tend à s'opposer dans le moi, mais aussi entre le social et le handicapé et l'inadapté, il occupe par là une position exceptionnelle qui expose l'intervenant à être annexé, récupéré ou rejeté, c'est-à-dire immobilisé, vidé ou ignoré. Support du totem, garant du tabou, il est constamment confronté à l'un et à l'autre » (Morvan, 1988, p. 345).

« Faut pas se bloquer/ sur ses émotions /faut vraiment en fait trouver finalement ce lien entre les 2 personnes/ et et rester le plus authentique possible finalement /et rester vraiment soi-même et face à l'autre/ et et trouver finalement la bonne le bon équilibre » [Gabrielle EP, 1.207-210]

a) Le lien est-il reliance ?

L'étude des concordances des termes *lien* et *liens* (tableau n°26) met en évidence une pluralité de sens pour cette notion, fonction des identités professionnelles en construction des enquêtes.

Tableau 26: Concordances des termes "lien" et "liens" pour le corpus

locuteur	contexte gauche	pivot	contexte droit
Virginie EEJE	au long de cette réflexion qui fait le	lien	entre théorie les stages qui nous accompagnent sur les lieux de les
Rosa EES	Y propose avec eux en finance enfin en	lien	avec la région grand est qui finance un dispositif donc ça s'
Maylis EI	des outils etc et puis c'était en	lien	avec les soins et euh et le libéral aussi et je pense
Marine KDE	c'est ouais voilà il y a un	lien	alors après l'un avant l'autre je ne sais pas s'
Marine KDE	c'est pour moi il y a un	lien	entre les deux après je sais pas les perceptions tous c'est
Gabrielle EP	émotions faut vraiment en fait trouver finalement ce	lien	entre les 2 personnes et et rester le plus authentique possible finalement
Gabrielle EP	est pas il y a pour moi le	lien	il peut pas se faire la relation de confiance elle peut pas
Gabrielle EP	ça serait très robotique et ça empêcherait le	lien	je pense aussi et ça ça c'est quelque chose c'est
Gabrielle EP	a beaucoup plus de partage beaucoup plus de	liens	je pense que c'est différent l'ambiance est différente je le
Anne-Laure EAS	en place des choses pour euh créer du	lien	avec la personne qu'on accompagne et euh au final pour que
Anne-Laure EAS	en fait je je le mets vraiment en	lien	avec euh les écrits de euh de la théorie de carl rogers
Amina EMEM	je trouve qu'il y a vraiment un	lien	et tu justement quand on applique ce qu'ils nous disent en
Amina EMEM	en question c'est enfin ça fait des	liens	en fait entre les cours et ce qui se passe dans la

Amina EMEM	est passé et en fait on fait des	liens	avec nos cours et du coup en fait enfin c'est un
Amina EMEM	je trouve qu'il y a vraiment un	lien	quand même entre ce qu'on nous dit en cours et est
Damien EMEM	en déduire des je peux en déduire des	liens	avec avec ce qui est avec ce qui est recherché pour lui

Du lien « social » au lien médiation ou de (re)liaison, cette notion se confond majoritairement avec la relation, étant souvent envisagée comme la construction d'une relation de confiance nécessaire à la mise en œuvre d'une relation d'aide. De ce fait, le recours au terme *lien* est-il suffisant compte tenu de son caractère polysémique et de la diversité de ses usages dans la formation des futurs professionnels du *care* ?

« Le lien serait mieux défini par le concept de reliance parce qu'il évoque tout à la fois le fait de relier et de se relier. Si le lien a pour fonction de rendre compte d'une rencontre particulière permettant de relier, pour ne pas dire parfois rallier, l'autre et se relier, alors il constitue peut-être un dénominateur commun des métiers de travail social qualifiés de relationnels » (Golay & Udressy, 2023, p. 89).

b) APP et travail de déliaison

La plupart des apprenants et des néoprofessionnels soulignent la prévalence des analyses de la pratique professionnelle lors des retours de stages dans leur cursus de formation respectifs.

« c'est je prends l'exemple de l'ifsi de X/ c'est qu'ils font un gros travail sur les analyses de pratique professionnelle/ en tout cas je pense qu'ils font un bon travail dessus /et c'est une bonne chose que /ça nous ça nous amène à avoir un sens critique de comment on peut améliorer notre pratique/ après j'ai pas de comparatif sur d'autres ifsi/ mais les analyses de pratiques professionnelles c'est quelque chose de en tout cas pour moi en tout cas que j'ai vécu comme comme extrêmement enrichissantes/ tout comme le travail du mémoire /parce que c'est toujours un questionnement sur /comment je fais pour m'améliorer » [Hugues IDE, 1.248-255]

« Nos médiations/ nos TD/ non en fait on a on a des// qui s'appellent des arpp et là par exemple/ on est suivi par une psychologue ou là généralement c'est aussi un temps où on peut revenir sur nos stages ou tout ce qui ne va pas/ » [Corentine EP, 1.220-222]

« J'ai aussi les groupe d'analyse des pratiques professionnelles (app) qui permettent aussi de de questionner ces pratiques /donc voilà c'est important /même dans les institutions il y a des groupes d'analyse des pratiques professionnelles /c'est que vraiment c'est une /un besoin et une demande aussi de la part des professionnels /de pouvoir échanger sur ces pratiques /se questionner /se réajuster si nécessaire » [Virginie EEJE, 1.274-278]

Ce travail de mise en mot de l'expérience au sein d'un groupe d'analyse de pratiques (ou de situations) semble donc constituer une voie possible d'accueil et de création de la posture du professionnel d'un métier du lien (Chandezon, 2012). En effet, outre les situations

émotionnellement fragilisantes, les apprenants peuvent vivre en contradiction, voire de manière paradoxale, l'écart entre la transmission du savoir dans le cadre scolaire (du côté du maître) et le savoir mis en situation professionnelle dans le cadre du soin (i.e. le port des gants à usage unique pour prévenir les accidents d'exposition au sang (AES), appartenant aux précautions standards apprises en institut de formation, pratique pas toujours respectée par les professionnels de terrain).

L'analyse des pratiques tel que dispositif clinique, va agir en tant que lieu d'articulation des savoirs théoriques et pratiques, cet espace proposant une démarche réflexive par un travail de déliaison, puis de construction et de renforcement du lien (Rinaudo, 2015). En mettant des mots sur ses expériences professionnalisantes, cela permet au sujet-apprenant de lier les expériences vécues dans un bon étayage afin d'éviter la transmission du métier par le négatif (Kaës et al., 1993/1998). Le futur professionnel sera accompagné vers un travail de subjectivation qui vise à restituer sa capacité de pensée et de penser dans la situation de soin, concourant ainsi à sa professionnalisation, mais aussi à son bien-être en formation.

« La sublimation des instincts [des pulsions] constitue l'un des traits les plus saillants du développement culturel ; c'est elle qui permet les activités psychiques élevées, scientifiques, artistiques ou idéologiques, de jouer un rôle si important dans la vie des êtres civilisés » (Freud, 1934/1989, p. 46). Cette sublimation permettra la transférabilité des apprentissages d'une situation à une autre. Être dans le *care* consiste avant tout à faire face à l'imprévu, à l'imprévisible. Muni de cette posture professionnelle, le futur professionnel d'un métier du lien qui mobilise ce phénomène de la sublimation, favorise l'équilibre des tensions psychiques : entre le « ce que je désire faire » et le « ce que je peux faire ».

« L'analyse de la pratique permet de mettre au travail des éléments de la pratique professionnelle qui autrement restent à l'état d'objets, au sens psychanalytique, non liés, impensés, impensables, porteurs d'un pouvoir de déliaison qui attaquent l'identité professionnelle et qui peuvent, avec le temps, se sédimenter pour former le terreau sur lequel viennent s'agréger les autres ressentis pénibles, difficiles, impensables de la relation en situation professionnelle » (Rinaudo, 2015, p. 119).

Enfin, ce travail réalisé en groupe restreint permet aux sujets-apprenants de vivre également l'expérience d'un groupe contenant. Ils mettent à l'épreuve la capacité de rêverie du groupe

(Bion, 1961), définie comme une capacité à accueillir les projections de l'ordre du négatif et à les transformer en éléments favorables à la fabrication du sujet-apprenant futur pourvoyeur de *care* (correspondant à la fonction *alpha* dans le vocabulaire de Bion). Au final, cette professionnalisation par l'analyse clinique des pratiques favorise la mise place d'un travail de lien, orientant le sujet-apprenant vers un processus créateur de son activité là où dominait un processus mortifère.

2.3.4 L'effet aidance

Dernier effet de l'espace d'entre-deux du *care*, il repose sur l'axe fonctionnel. Support et concrétisation des perspectives des trois premiers effets indispensables, il traduit un travail d'actualisation à partir et au travers de « faire avec », en s'appuyant sur le postulat de Winnicott, « des modifications thérapeutiques importantes ne peuvent être suscitées que par de nouvelles expériences individuelles » (1969/2000a, p. 163).

Cette mise en œuvre fonctionnelle des activités de *care* apparaît dans la plupart des verbatims par l'intermédiaire des *stages* (186) vécus au cours des cursus de formation professionnelle quels qu'ils soient, s'appuyant tous sur une alternance intégrative (tableau n°27). Gabrielle EP (41), Manon EI (21), Rosa EES (19) et Ryzelenne EMEM (19), apprenantes de différents métiers de lien illustrent cet élément en possédant les nombres d'occurrences les plus élevés du corpus (Annexe 7.4).

Tableau 27: Nombre d'occurrences pour les termes "stage" et "stages" selon les locuteurs

Mot	Fréquence pour le corpus	Amina EMEM t=2531	Anne-Laure EAS t= 2247	Céline EI t= 5808	Corentine EP t = 2754	Damien EMEM t= 4980	Gabrielle EP t= 4079	Hugues IDE t= 2980	
stage	124	4	4	4	5	9	32	8	
stages	62	2	1	0	7	3	9	5	
total	186	6	5	4	12	11	41	13	
Mot	Fréquence pour le corpus	Marine KDE t= 3717	Maylis EI t= 1631	Mélissa EEJE t= 1991	Rosa EES t= 3597	Ryzelenne EMEM t= 2576	Virginie EEJE t = 2490	Isabella EP t= 1950	Manon EI t= 3603
stage	124	3	7	0	13	10	6	6	13
stages	62	1	1	1	6	9	3	6	8
Total	186	4	8	1	19	19	9	12	21

« *Finalement /tant qu'on n'y est pas confronté (Gabrielle évoque la distance professionnelle dans le prendre soin) /je pense /que je pense qu'on saura pas en fait/ tout simplement/// sauf que 2 ans d'études [...] c'est court pour ça /oui très court// je trouve qu'il n'a pas assez de stage finalement* » [Gabrielle EP, 1.265-269]

« *Beaucoup en stage/ et il y a moi il y a les deux grandes parties /c'est le le stage et l'école/ en stage c'est vraiment du concret on met en application tout ce qu'on a appris à l'école* » [Manon, EI, 1.128-129]

« *Ça ça joue beaucoup /parce que au final on on en apprend plus sur le le terrain que en formation théorique/ donc j'ai j'ai la chance d'être tombé sur des équipes qui justement me /m'ont poussé et m'ont appris beaucoup de choses* » (Rosa EES, 1.323-235]

« *S'y former (le prendre soin)/ euh/ je pense que c'est un peu tous les jours/ c'est/ c'est /c'est surtout par les rencontres les personnes qu'on côtoie et cetera/ par exemple dans /les/ dans les études de soins /on a beaucoup de stages/ et je pense que au fil des stages/ on/on développe notre capacité à prendre soin de manière différente /[...] donc je pense que c'est /c'est comme ça qu'on se forme à prendre soin des patients// après prendre soin de nous/ ça passe/ bah aussi par les expériences par des rencontres avec des personnes/ par des remises en question aussi /euh et voilà* » [Ryzelenne EMEM, 1.42-50]

Vivre l'expérience du *care* pendant la formation constitue un élément fondamental de l'apprentissage du *care* pour l'ensemble des participants. Ce résultat corrobore plusieurs études (Krol, 2010; Krol & Legault, 2008; Wade, 2004), qui ont souligné que les apprenants développent ainsi davantage des attitudes professionnelles empreintes de *caring* (ou *care*). Tous les locuteurs ont en outre expliqué qu'ils ont appris à prendre soin lors d'expériences de soin, d'accueil, d'accompagnement auprès des personnes rencontrées. Cela traduit la nécessité de vivre une relation de *care* avec la personne, ces relations vécues par les apprenants contribuant à son apprentissage. Les locuteurs ont également discuté du *care* qu'ils ont appris et pratiqué durant leur formation, que ce soit avec les personnes accompagnées, soignées, eux-mêmes, leur famille ou des pairs.

La mise en pratique de la compréhension du *care* semble donc essentielle à son apprentissage. Être régulièrement en contact avec le *care* lors de différentes pédagogies (cours théoriques, TD, ateliers, travail en groupe...) pendant la formation, contribue à l'expérience de son apprentissage. Par conséquent, favoriser un environnement empreint de *care* semble propice à l'apprentissage d'habiletés du *care* chez les apprenants et constitue un prédicateur important pour leurs futures pratiques.

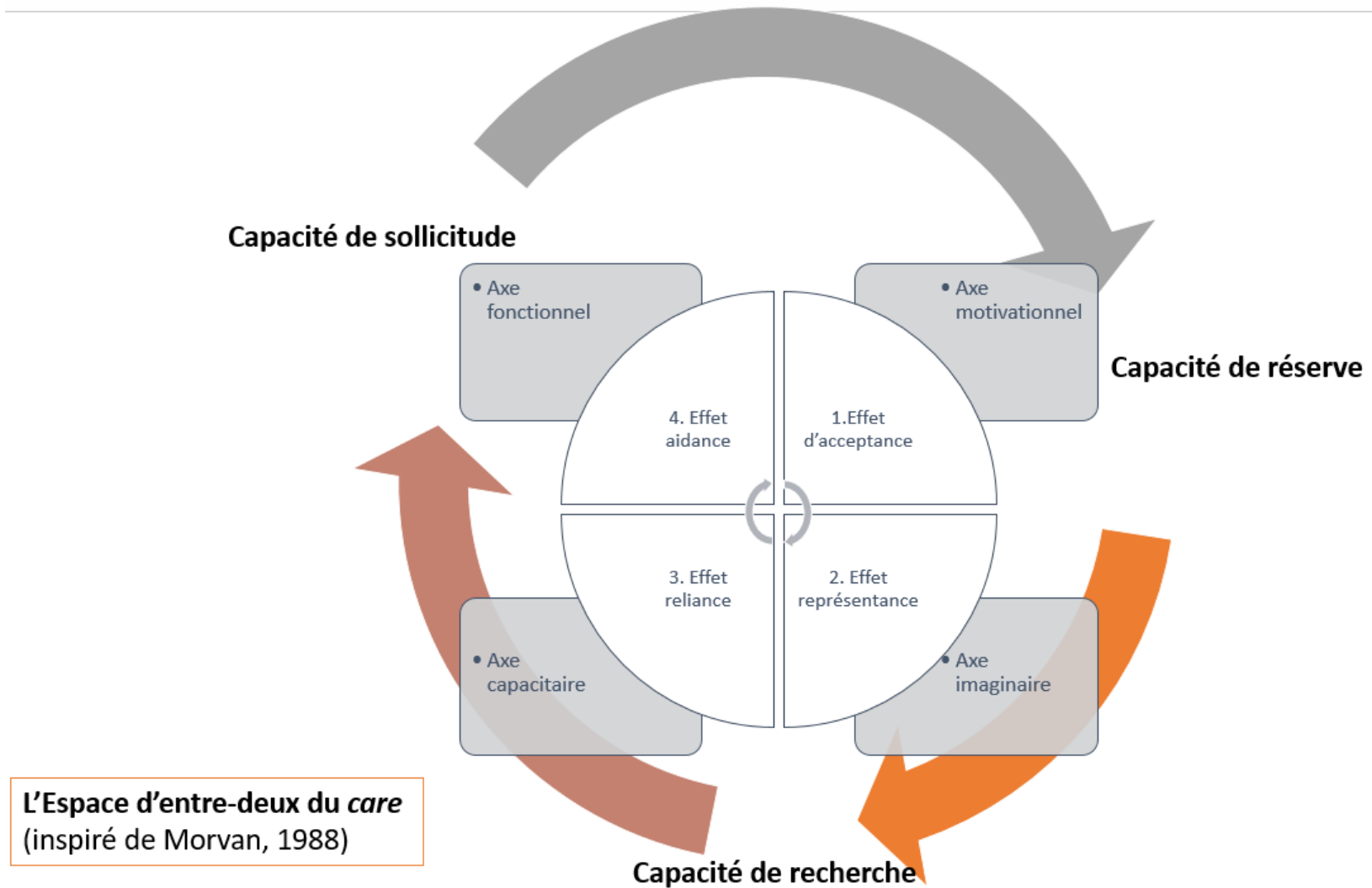
Ces éléments s'associent au concept de *soi-vécu* (Watson, 1998) en lien avec les activités vécues par les apprenants et les néoprofessionnels lors de l'apprentissage du *care*, car ces

activités d'apprentissage se réalisent dans l'expérience concrète par la mise en pratique du *care*. Cet effet ou opérateur de type *aidance* fait donc écho à l'essence de l'apprentissage du *caring* dans une formation par compétence de métiers du lien (Krol, 2010).

Cet ensemble composé d'une triade capacitaire et de ses quatre effets émerge au final sous la forme d'un complexe représentant un espace d'entre-deux du *care*, en tant que phénomène d'apprentissage personnel.

2.4 Le schéma de l'espace d'entre-deux du care

Figure 7: L'espace d'entre-deux du care chez un sujet-apprenant (Sanches, 2023), inspiré de Morvan (1988) et Thouroude (2022)



2.5 Un espace d'entre-deux du care en tant que caractère remarquable de l'apprentissage

2.5.1 Un concept d'entre-deux multidimensionnel

La posture de l'entre-deux en éducation de Thouroude (2022a) ouvre le champ des possibles à d'autres interprétations. Y associer l'espace de négociation de Morvan (1988) m'a semblé fécond, les deux hypothèses pouvant s'unir au travers d'une réflexion sur le travail psychique mobilisé dans les relations de *care* en situation de vulnérabilité, de handicap, d'inadaptation, d'accompagnement vécues par les locuteurs.

Considérant que l'entre-deux est un concept multiforme, Thouroude (2022a) le décrit comme un espace de médiation intermédiaire, où l'écart à la norme est possible, propice à la prévention des difficultés. A la fois lieu symbolique et manière de faire, l'entre-deux permet de traiter de ce qui permet le lien entre le même et l'autre. Il touche aux questions fondamentales de la place, du seuil, de l'identité, mais aussi de son ancrage et de l'origine. Du point de vue psychanalytique, cet espace peut à chaque instant apparaître comme un lieu et un moment paradoxal, où il y a à la fois coupure et lien entre le sujet et l'autre, éléments retrouvés dans les discours des apprenants de métiers du lien. « Accompagner, c'est déployer avec le sujet une dialectique aliénation-séparation » (Kohout-Diaz, 2023, p. 129).

L'espace d'entre-deux du *care* serait un lieu de passage où le sujet peut « se déplacer pour accéder à une autre place » (Thouroude, 2022a, p. 41), constituant ainsi un espace de rencontre, de circulation, sous-jacent aux questions de limites. Cet espace flexible permet alors de laisser se produire des situations singulières (i.e pour Anne-Laure EAS, la gestion de l'agressivité d'une personne âgée dépendante), voire étranges (i.e pour Damien EMEM, la réalisation d'un examen d'imagerie de médecine nucléaire pour un patient sédaté intubé non communiquant), ce qui le rend conducteur à l'innovation, à la créativité, où la différenciation et la divergence font tout d'abord l'objet d'une dynamique qui permet de « porter un regard neuf sur le réel » (2022a, p. 50). Dispositif propice à l'accueil du nouveau, de l'étranger, du singulier, il pourrait être adopté dans l'apprentissage du *care*, servant ainsi à dépasser la tension générée par la prétendue opposition entre théorie et pratique.

Il n'est pas ressorti de cette recherche que l'espace d'entre-deux du *care* corresponde à de l'indécision, du non-choix ou du non-engagement, « toute rencontre comporte une part

d'incertitude, d'énigme, irréductible à l'être humain. L'incertitude "assumée" fait partie de la rencontre, donc de l'entre-deux » (Thouroude, 2023, p.27).

Laisser travailler « l'entre-deux », c'est-à-dire favoriser un travail psychique qui fait son chemin semble nécessaire pour les futurs professionnels, pouvant même se concrétiser par des choix personnels (i.e la réalisation d'une cure psychanalytique pour Anne-Laure EAS). L'idée de rencontre dans cet espace d'entre-deux du *care* est à comprendre au sens fort, au sens plein du terme, c'est-à-dire comme productrice de liens. Se situer dans l'entre-deux pour ces apprenants de métiers du lien correspond à trouver les points communs sur lesquels s'appuyer pour en faire des points de rencontre. « La rencontre ne peut s'effectuer que si les professionnels travaillent dans l'entre-deux, ni tout-puissants ni impuissants, mais tout simplement humains » (Thouroude, 2022a, p. 367).

2.5.2 Une transmission psychique inconsciente au cœur de l'espace d'entre-deux du *care*

Sur le plan psychanalytique, l'identification projective reste la voie royale de la transmission psychique inconsciente, élément saillant à plusieurs reprises dans les discours des apprenants.

« On fait l'examen comme il est/ mais en fait/ quand on se met à sa place on aimerait pas forcément ou quand même /on s'dit/ ça aurait pu être mon frère ou ma grand-mère ou je sais pas/ bah/ j'aurais bien aimé que ça se passe pas comme ça/ qu'on lui explique /pour comprendre on sait pas /donc autant faire les choses bien » [Amina EMEM, 1.349-3.52]

« En fait quand je prends en charge un patient je me dis/ c'est je je prends/ c'est comme si je prenais en charge quelqu'un de ma famille/ ben c'est exactement la même chose si je prenais/euh un membre de ma famille en charge/ » [Damien, EMEM, 1.331-333]

Or Ciccone (2014) aborde cette hypothèse sous l'angle d'une réflexion à partir du contexte de la parentalité en étudiant le « fantasme de la transmission » (p.20) et son impact dans la parentalité et le lien filial. Ce processus peut se retrouver dans l'analyse du corpus en ce qu'il fait écho à la notion de « parentalité interne » développée par Ciccone dans son hypothèse. Cette notion renvoie à la position psychique de tout sujet (et pas seulement du parent), « dont la santé mentale consiste entre autres à pouvoir prendre soin de ses aspects infantiles et de ses besoins infantiles » (p.30), et s'applique au soignant, à l'éducateur, au professionnel de la relation d'aide, à tous ceux qui ont en charge les aspects et les besoins infantiles d'un autre, enfant ou adulte, et qui l'aident à grandir.

Cette biparentalité (articulée en pôles maternel et paternel), structurante ou soignante, décrit une parentalité qui « prend soin » des objets internes comme externes. Elle construit une organisation interne « familiale » qui, si elle est harmonieuse, permettra au pourvoyeur de *care* de mobiliser différentes identifications parentales et infantiles, de s'identifier à l'enfant, au patient et à ses aspects infantiles ; pour ensuite comprendre les douleurs et souffrances anciennes ou actuelles et assurer leur travail de soin, d'aide, d'accompagnement chez les personnes dont ils ont la responsabilité.

« Prendre soin d'un autre, au sens large, suppose pour le sujet acteur de cette attention d'avoir gardé le contact avec ses aspects adultes et infantiles, expériences infantiles qui concernent autant les éprouvés de douleur, de détresse, d'impuissance, que les mouvements narcissiques omnipotents. Cela est indispensable pour comprendre la souffrance des parties infantiles des bébés des patients, des enfants, des sujets accompagnés ou aidés, comme pour repérer les mouvements narcissiques dans lesquels des aspects infantiles omnipotents se présentent frauduleusement adultes et pseudo-matures » (Ciccone, 2014, p.35).

CONCLUSION DE LA TROISIÈME PARTIE

Cette dernière partie avait pour objet de présenter l'analyse des résultats saillants de cette recherche centrée sur le phénomène d'apprentissage du *care*, pour un apprenant d'un métier de lien, en période de pandémie sanitaire.

Explorer la question de la rencontre entre soignant-soigné, accueillant-accueilli, accompagnant-accompagné, m'a permis d'identifier des formes de *care* plurielles, atypiques, modelées dans une approche multidisciplinaire. Décrit comme une activité générique et centrale par certains locuteurs, le *care* est d'apparence plus subtile pour d'autres, s'éloignant des définitions académiques. Or « si tout ce que nous faisons peut exprimer les valeurs du *care*, si ses possibles bénéficiaires sont infinis, s'il se dissout dans une multitude de pratiques hétérogènes, si le *care* est partout, alors il n'est nulle part... » (Ibos et al., 2019, p. 69).

Pour le corpus d'apprenants, « faire le *care* » semble *a priori* naturel, mais pas pour tout le monde. Certains éléments de leurs discours peuvent même laisser penser que ce travail n'est ni une corvée, ni une difficulté, mais une aptitude quasi-naturelle à bien prendre soin des autres. *A contrario*, l'analyse de ces éléments met en lien l'apprentissage du *care* avec la présence de traces sociales comme la transmission de jugements familiaux sur le savoir en lien avec l'environnement primaire de l'apprenant, de traces cognitives comme traces transmises de la scolarisation avec la notion de transfert de savoir, et de traces psychiques comme traces d'une transmission inconsciente opérée chez le sujet-apprenant (Roman-Ramos & Eymard, 2011).

Il est ressorti de cette recherche que le *care* nécessite bien des compétences pour être réalisé. « L'attention, la responsabilité, la compétence et la capacité de réponse constituent une grammaire éthique de l'acte de *care* à travers laquelle la disposition continue de jouer un rôle » (Brugère, 2011/2021, p. 78). Par ailleurs, si ce terme est difficilement traduisible, c'est bien qu'en anglais il permet d'embrasser les deux aspects de sensibilité et de travail, de disposition et d'activité (Paperman & Laugier, 2011). Ce travail de l'attention mobilise quatre phases (Tronto, 1993/2009), rendant visible l'ensemble du processus dans une approche holistique. En effet, Tronto rappelle l'importance de penser le *care* comme un processus avec des tâches et des protagonistes nobles et des activités beaucoup plus pénibles, souvent plus difficiles physiquement et plus éprouvantes psychiquement.

Enfin, c'est bien parce le travail du *care* n'est pas inné, qu'il suscite des émotions ambivalentes chez le sujet-apprenant, au cœur d'un espace d'entre-deux du *care*. Ce dernier a ceci de spécifique qu'il désigne un espace ouvert, qui précède et rend possible l'accueil, l'accompagnement ou le soin.

Cette rencontre avec l'altérité sous toutes ses formes, laisse apparaître un espace de négociation « lieu d'entremise, de transaction et de médiation » (Morvan, 1988, p. 337), reposant sur trois capacités, une capacité de réserve, une capacité de représentance et une capacité de sollicitude, s'articulant autour de quatre axes et quatre effets. Au final, accepter d'entrer en relation dans une intention ou un acte professionnel de *care*, c'est faire bouger ses propres lignes de force en laissant un espace de pensée favorisant la mise en mouvement de ses propres représentations (representance), permettant de faire des liens (reliance) entre les sujets-apprenants et les contradictions mises à nu, de manière à être dans une démarche d'aide (aidance).

CONCLUSION GÉNÉRALE : LA PROFESSIONNALISATION PAR L'APPRENTISSAGE DU *CARE*, VERS L' « IMPOSSIBLE » ET AU-DELÀ...

1. Du retour sur la problématique au bilan heuristique

Prendre soin d'autrui dans un contexte de crise sanitaire et dans des organisations confrontées à des approches comptables toujours plus strictes, est devenu un défi dans la pratique quotidienne. Or Pechberty (2009) a montré que ce sont les formes du *care*, du soin, du souci de l'autre, mais aussi les enjeux inconscients qui sont mis au travail dans les pratiques soignantes. Par ailleurs sur le plan de l'apprentissage, la production de savoirs pour un sujet-apprenant renvoie à l'idée d'une relation à un « objet savoir », en tant qu'objet de satisfaction et de plaisir (Beillerot et al., 1996/2020a, p. 75). L'investissement psychique dans les études est généralement associé à la sublimation et au rapport au savoir alors que, pour être investi, le travail implique un remaniement psychique car il confronte au réel (Méloni & Petit, 2016).

L'objet de cette recherche était d'appréhender les phénomènes psychiques inconscients mis en jeu dans l'apprentissage du *care* par des apprenants de métiers du lien, d'identifier les différents facteurs influençant l'appropriation personnelle du *care* pour un sujet-apprenant, afin de caractériser ce phénomène d'apprentissage sur le plan personnel et intime.

La méthodologie choisie s'est basée sur des entretiens cliniques de recherche de type non-directif. Le panel de personnes rencontrées (n=16) a regroupé des apprenants auxiliaires médicaux (des professions paramédicales, de la rééducation et médico-techniques) et des apprenants du travail social de niveau de cursus différent, ainsi que des néo-professionnels. L'analyse du corpus fut effectuée sous la forme d'une analyse de discours avec un travail d'investigation mené dans une approche clinique situationnelle en référence à l'appareil théorique et clinique de la métapsychologie freudienne. Une attention particulière a été portée à la chronologie des cursus, aux trajectoires personnelles et professionnelles et à l'orientation donnée aux enquêtés à leur rapport au savoir. Une analyse lexicale, puis thématique et de l'énonciation a également été utilisée (Bardin, 1977/2013a).

Il ressort de cette recherche que le *care*, se dessinant sous des formes plurielles, ne saurait se réduire à des attitudes, à une sollicitude ou un souci des autres qui définirait une teneur normative des comportements. En outre, son apprentissage semble s'inscrire tout particulièrement dans le registre de l'implicite, ce phénomène étant composée d'une pluralité

de dimensions. Un entre-deux du *care* comme passage évoquant l'idée, au sens psychanalytique, d'un espace symbolique, d'un écart, d'une tension maintenue entre conscient et inconscient (Pontalis, 1973/1983), résulte de l'analyse du contenu. L'association de l'espace de négociation de Morvan (1988) au concept multiforme d'entre-deux de Thouroude (2022b) aide le futur professionnel d'un métier du lien à dépasser cette position inconfortable du *caregiver* reliée à l'idée d'un métier « impossible ». « Il semble que la psychanalyse soit la troisième de ces professions “impossibles” où l'on peut d'avance être sûr d'échouer, les deux autres, depuis, bien plus longtemps connues, étant l'art d'éduquer les hommes et l'art de gouverner » (Freud, 1939, p. 33). Nonobstant la question de l'entre-deux du *care* chez le sujet-apprenant s'accompagne de remises en questions et de remaniements identitaires, plus ou moins douloureux sur le plan psychique. « Penser l'altérité comme un entre-deux, c'est peser la différence comme une variante de la normalité, c'est penser l'autre comme une variante du même que soi » (Thouroude, 2022a, p. 47).

2. Perspectives pour la formation, les pratiques et la recherche

Arrivée presque au terme de ce travail, il est judicieux à présent de m'intéresser aux quelques perspectives envisagées par cette recherche clinique. Sur le plan de la formation, cette notion du *care*, indicible, non technique et peu repérable à la fois dans les référentiels et dans la formation, pourrait être mieux mise en lumière par les responsables pédagogiques des curricula de métiers du lien. En effet, l'apprentissage des activités de *care* pour des apprenants de métiers du lien s'apparente à un mode d'acquisition basé sur une harmonisation entre le concept du « soi-perçu », où les sujets réalisent des activités d'apprentissage liées au caractère théorique de la philosophie du *care*, et le concept du « soi-vécu » où les activités d'apprentissage se déroulent dans l'expérience concrète par la mise en pratique du prendre soin (Watson, 1998). Cet équilibre permettant l'incarnation du *care* se concrétise quand les apprenants vivent une cohérence expérientielle entre la théorie et la pratique de l'ensemble de leurs apprentissages, mais où l'inconscient reste tout-puissant et dominateur. La notion de transmission psychique du *care* mise en exergue dans le corpus grâce à différents indices, tels que la curiosité, les figures identificatoires, la territorialisation œdipienne, mais aussi l'attachement à un objet savoir comme autre trace psychique d'une transmission, pourrait être aussi exploitée.

De ce fait, la promotion d'espaces de réflexivité au service de l'entre-deux du *care*, serait à développer dans les milieux de formation, mais en s'adaptant à la spécificité de chaque discipline. Je m'appuie ici sur une recherche ayant pour objet la modélisation des conceptions de la réflexivité dans les métiers relationnels (Chouinard & Caron, 2015). En sciences infirmières, la réflexivité apparaît dans des conditions de travail très difficiles dans un contexte où la productivité, l'efficacité et la rationalité des interventions socio-sanitaires sont préconisées et elle répond à un besoin professionnel, celui de savoir, poser les connaissances qui relèvent de l'intuition comme un objet de réflexion ; s'adapter aux contraintes institutionnelles de la pratique en est donc le fil conducteur. Selon ces auteurs, pour les formations en travail social la pluralité des normes et contextes de pratiques, des perspectives théoriques et des savoirs dans lesquels s'inscrit cet exercice professionnel, constitue la trame sous-tendant la réflexivité à mettre en œuvre. Ce recours à divers outils réflexifs représente un appui à la définition de leur identité professionnelle, basée sur l'adhésion aux finalités et aux valeurs du travail social. Enfin, concernant les métiers de la relation d'aide, la réflexivité pour Chouinard et Caron (2015) relève d'une approche théorique à visée thérapeutique utilisée dans le cadre de la relation entre le professionnel et le bénéficiaire, en associant les notions psychologiques de transfert, contre-transfert, conscience de soi, émotions réflexives.

En écho aux résultats de cette recherche, des situations à visée réflexive pourraient inciter de prime abord un sujet-apprenant, à se projeter personnellement en rapport avec les cadres de la pratique professionnelle selon le mode de la pratique pour *soi*. En effet, les savoirs invoqués plutôt que de résulter d'une conceptualisation de la pratique professionnelle, renvoient majoritairement à l'ensemble de ses normes, de ses principes déontologiques et éthiques, de ses dimensions institutionnelle, organisationnelle et législative. Ces différents aspects vont solliciter l'aspect psychoaffectif du sujet-apprenant, ce dernier sera ainsi appelé à envisager les éléments qui le façonnent à partir de qu'ils lui suscitent sur le plan personnel comme questionnements, tensions ou encore comme adéquations avec ses idéaux, ou ses choix de métiers. Des ateliers de médiation symboliques et artistiques (Canat, 2014, 2015), de connaissance de soi, de conscience corporelle, semblent essentiels à intégrer dans les dispositifs de formation de métiers du lien, permettant aux sujets-apprenants de mieux se connaître, de vivre l'expérience de soi comme individu et comme membre d'un groupe, tout en les aidant à contenir leur vie pulsionnelle. « Les limites posées doivent être souples et se construisent en miroir aux problématiques des élèves » (Canat, 2019, p. 200).

Favoriser un espace d'entre-deux du *care* serait au service de la question de l'engagement/désengagement/non-engagement des sujets-apprenants qui interroge le geste subjectif du futur professionnel en lien avec la dynamique intersubjective et institutionnelle (Blanchard-Laville, 2019; Cifali, 2018; Gavarini, 2003). Au cœur de l'écosystème des formations par alternance, sensibiliser les responsables pédagogiques, mais aussi les tuteurs de stage, à une éducation à la rencontre des futurs pourvoyeurs du *care*, représenterait donc un atout majeur. « Les êtres humains se développent par et à travers l'autre et les autres » (Thouroude, 2022a, p. 33). Remarquons que la question du rôle de l'institution dans ce phénomène d'apprentissage du *care*, pourrait être appréhendée, le cadre institutionnel pouvant se colorer différemment, d'un rôle nourricier, fonctionnel et contenant à un rôle défaillant, voire maltraitant selon les ressentis des acteurs (sujets-apprenants et professionnels).

Contextuellement, les défis qui se posent actuellement aux métiers du lien sont multiples et la réalité professionnelle est complexe à appréhender, mais elle ne doit pas se réduire à « une intelligence parcellaire, compartimentée, mécaniste, disjonctive, réductionniste... » (Morin, 2000, p. 19). Les pratiques des futurs professionnels de métiers du lien doivent prendre appui sur le jugement clinique fondé sur des connaissances scientifiques, des habilités techniques et relationnelles reconnues, grâce à l'aide de la pratique avancée et de l'*evidence based medicine (EBM)*, *nursing (EBN)* ou *practice (EBP)*. Plus que des professionnels adaptés, il s'agit de former des sujets-apprenants à une certaine adaptabilité accompagnée d'une capacité à analyser les situations et « à envisager des alternatives viables et pertinentes, avec comme corollaire un souci de soi émancipateur » (Haberey-Knuessi, 2011, p. 12). Cette professionnalité de qualité recherchée doit se construire sur le socle d'une capacité réflexive doublée d'une compétence à l'argumentation et au positionnement professionnel, à visée d'un soin porté à l'autre, au service de l'humain. C'est pourquoi il convient pour cela que les lieux de formation aux métiers du lien contribuent à faire vivre et à développer le *care*.

Enfin, l'entre-deux constituant un espace intermédiaire de créativité au sens du trouvé/créé de Winnicott (1971b), le *care* se situerait-il au même titre que le jeu, l'humour et la création dans une aire transitionnelle, en tant que cet espace se rapporte au lien entre soi et l'autre, entre l'univers interne et le monde extérieur ? Cette question de la présence d'un espace transitionnel dans l'entre-deux du *care* pourrait faire l'objet d'une recherche ultérieure.

3. Bilan personnel

Accepter la nécessaire désillusion à l'égard des fantasmes qui m'ont habitée à propos de la thèse idéale, celle dont j'avais rêvée, a été pour moi une épreuve délicate, voire impossible. De ce fait, mon appétence à la lecture et mon rapport à l'écriture furent un soutien tout au long de ces intenses années de travail. Or comme le souligne Blanchard-Laville, « tant qu'on n'a encore rien commencé, tout reste possible ou tant qu'on ne termine pas et ne donne pas à lire, l'illusion peut être maintenue » (Blanchard-Laville & Geffard, 2020, p. 143). L'heure est venue à présent d'oser et de partager cette recherche doctorale avec la communauté scientifique.

Comme revenir sur mon engagement dans cette recherche sur le *care* en tant que femme soignante-chercheuse ? Peut-on la qualifier de « recherche engagée » ou de « recherche militante » ? Mon propos au final était-il, de défendre un statut, une utilité publique, ou de porter mon regard sur l'ordinaire, c'est-à-dire les sujets incarnés et relationnels que nous sommes ? Mon implication s'est-elle conjuguée au pluriel ? Dans mon objet de recherche, sur le plan épistémologique, dans l'investigation sur mon terrain professionnel, dans l'écriture ? Il n'existe pas de recherche ou d'observateur neutre (Harding, 1987).

Ce qui m'a séduit ici est, que les approches du *care* dans leur pluralité et leur conflictualité, développent « un égal concernement pour autrui et pour soi » (Gautier, 2010, p. 91) et qu'elles viennent dynamiser nos frontières morales et politiques actuelles. Souvent perçues comme une importation américaine, les recherches sur le *care* ont connu en France un développement original d'un travail interdisciplinaire, mené par un groupe de chercheuses et de chercheurs, qui ont formé une véritable communauté de pensée, qualifiée aujourd'hui d'« école française du *care* », et à laquelle j'aspire appartenir.

Pour terminer je voudrais rattacher ce travail de recherche à la réflexion évoquée par Mosconi sur l'idée de désir de savoir (1996/2020a). Quelle a été l'origine première de ma démarche dans mon désir de comprendre le phénomène d'apprentissage du *care* chez des apprenants de métiers du lien ? Je cherchais sans doute à expliquer, non pas la fabrication d'un pourvoyeur du *care* en ces temps mouvementés, mais plutôt les conditions d'intervention du rapport au savoir sur le plan identitaire, épistémique et social dans le choix du *care*. En somme, ce que j'ai désiré comprendre, c'était ma propre histoire de soignante-chercheuse. Cette « histoire singulière de savoir » constitue aujourd'hui mon propre rapport au savoir et pourrait fournir une première

explication à cette démarche de recherche, car « aucun destin n'est écrit et [...] la transformation du rapport au savoir est toujours possible tout au long de la vie » (Mosconi, 2020b, p. 11).

4. En guise de conclusion : Accompagner le passage...

Pour aller plus loin, cette recherche met en lumière la primauté de l'autre dans les phénomènes psychiques inconscients mobilisés dans l'apprentissage du *care*. Comme le souligne Ricœur (2008),

« Le modèle psychanalytique m'a toujours frappé comme étant un modèle monologique. Freud présente toujours son modèle comme une sorte d'œuf fermé sur lui-même. Il le représente dans un schéma : préconscient, conscient, inconscient ; ou, dans la deuxième topique : Surmoi, Moi et Ça, mais il n'y a jamais l'autre. L'autre n'est jamais thématisé comme un élément de la structure alors que l'expérience analytique est le rapport du désir avec l'autre ; tout l'analyse consiste à faire resurgir les rapports anciens avec d'autres : père, mère, tous ceux qui sont dans un rapport avec le désir de l'enfant, expérience qui passe avec le langage » (p. 181-182).

Tout miser sur la qualité de l'empathie dans la relation thérapeutique, sans tenir compte du passé ni de l'organisation interne de la personnalité du professionnel d'un métier du lien, semble risqué. Ce constat rejoint la proposition avancée par Golse et Missonnier sur le plan psychanalytique (2020) d'une troisième topique, incluant le lien à l'autre, c'est-à-dire l'inscription du fonctionnement psychique individuel dans une relation interpersonnelle.

Cette troisième topique (Brusset, 2006; Golse & Missonnier, 2020) est composée des instances décrites par Freud auxquelles s'ajoutent la « représentation intrapsychique du lien intersubjectif » (Golse & Missonnier, 2020, p. 137). Ce lien intersubjectif, mis au travail dans cette recherche sur le *care*, s'inscrit en effet dans une histoire, celle du sujet-apprenant. C'est pourquoi accompagner le passage, favoriser l'émergence d'un nouveau rapport au savoir et au travail de lien chez le sujet-apprenant, constitue une voie masquée à prendre en compte, l'espace d'entre-deux permettant d'intégrer le manque en jouant avec lui.

BIBLIOGRAPHIE

Textes à portée juridique

- Arrêté du 14 juin 2012 relatif au diplôme d'État de manipulateur d'électroradiologie médicale, (2012).
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000026162488/>
- Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, (2015).
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031127778/>
- Arrêté du 22 août 2018 relatif au socle commun de compétences et de connaissances des formations du travail social de niveau II, (2018).
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037324425/>
- Arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé, (2009).
https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=iPhYoP9_mZ_cjoxS3INB-V6VIs0OSt5HGx1KyTrJAYE=
- Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, (2009).
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020961044/>
- Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute, (2010).
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000022447668/>
- Décret n° 2008-1135 du 3 novembre 2008 portant code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes, (2008). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000019723504>
- Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers, (2016).
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033479578>
- Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée, (2018).
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037218444>
- Décret n° 2022-738 du 28 avril 2022 relatif au versement d'une prime de revalorisation à certains personnels relevant de la fonction publique hospitalière exerçant au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux, (2022).
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045696770>
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, (2002). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000227015/>
- Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, (2019). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000038821260/>
- Rectificatif au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère

personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données), (2018). <https://www.cnil.fr/fr/reglement-europeen-protection-donnees>

Rapports

- Association nationale des directeurs d'écoles paramédicales. (2021). *Rapport ANdEP 2021 : Étude de la qualité des formations paramédicales depuis le lancement de l'universitarisation*. ANdEP.
- Bach, J.-F. (2008). *Réflexions et propositions sur la première année des études de médecine, d'odontologie, de pharmacie et de sage-femme : L1 Santé* (p. 25). Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. <https://www.vie-publique.fr/rapport/29588-reflexions-et-propositions-sur-la-premiere-annee-des-etudes-de-medecine>
- Berland, Y. (2003). *Coopération des professions de santé : Le transfert de tâches et de compétences (rapport d'étape)*. Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/034000619.pdf>
- Berland, Y., & Gausseron, T. (2002). *Mission « Démographie des professions de santé » Tome I* (N° 2002135; p. 114). Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées.
- Bras, P.-L., & Duhamel, G. (2008). *Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins* (N° RM2008-124P). Inspection générale des Affaires sociales. <https://www.vie-publique.fr/rapport/30234-formation-medicale-continue-et-evaluation-des-pratiques-professionnelles>
- Conseil d'État. (1998). *Rapport public 1998. Jurisprudence et avis de 1997. Réflexions sur le droit de la santé* (La documentation française, p. 240) ; Études et documents, (49). <https://www.conseil-etat.fr/CE/Rapportannuel/EA1998.pdf>
- Conseil européen. (2000). *Conclusions de la Présidence Lisbonne*. European Parliament. https://www.europarl.europa.eu/summits/lis1_fr.htm
- De Moissac, D., Gueye, N. R., & Rocque, R. (2019). *Étude sur la santé mentale et les comportements à risque des jeunes adultes dans cinq universités au cœur du Canada. Rapport de recherche*. <file:///C:/Users/KinUser/Downloads/Sant-mentale-francais-v1.1-avec-supplement.pdf>
- Debouzie, D. (2003). *Commission pédagogique nationale de la première année des études de santé* (p. 58). Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées - Ministère de la Jeunesse, de l'Éducation nationale et de la Recherche. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/034000580.pdf>
- Ducassou, D., Jaeck, D., & Leclercq, B. (2003). « *Plan hôpital 2007* ». *Mission relative aux Spécificités des CHU. « Restaurer l'attractivité des CHU et leur partenariat avec le monde de la santé et*

- l'université"* (p. 49). Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/034000171.pdf>
- Fellinger, F., & Boiron, F. (2011). *Mission Hôpital Public* (p. 103). Ministère du travail, de l'emploi et de la santé
- FHF. (2018). *La FHF s'engage durablement pour la QVT au travail des stagiaires paramédicaux*. FHF. <https://www.fhf.fr/encadrement-paramedical-archive/la-fhf-sengage-durablement-pour-la-qvt-au-travail-des-stagiaires-paramedicaux>
- Fournier, L., Lemoine, O., Poulin, C., & Poirier, L.-R. (2002). *Enquête sur la santé mentale des Montréalais. Volume 1 : La santé mentale et les besoins de soins des adultes* (p. 253). Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/santecom/35567000000882.pdf>
- HAS. (2014). *Renseigner le compte qualité sur la thématique « Qualité de vie au travail »* (ACC01_T152_A). Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins-Service Certification des Etablissements de santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2741660/fr/2-qualite-de-vie-au-travail
- HAS. (2017). *Qualité de vie au travail*. HAS. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2741660/fr/2-qualite-de-vie-au-travail
- Jomier, B., & Deroche Catherine. (2022). *Rapport sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France* (N° 587). Sénat. http://www.senat.fr/espace_presse/actualites/202203/la_situation_de_lhopital_et_le_systeme_de_sante_en_france.html
- Larcher, G. (2007). *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital* (p. 102). Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la vie Associative. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_Larcher_definitif.pdf
- Marra, D. (2018). *Rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé*. Ministère des Solidarités et de la Santé-Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180403_-_rapport_dr_donata_mara.pdf
- Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. (2020). *Les effectifs d'étudiants dans le supérieur en 2019-2020 en progression constante*. MESRI-Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/les-effectifs-d-etudiants-dans-le-superieur-en-2019-2020-en-progression-constante-47355>
- Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. (2018). *Le processus de Bologne : Questions-réponses*. enseignementsup-recherche.gouv.fr.

<https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/le-processus-de-bologne-questions-reponses-47254>

OCDE. (2015). *Santé mentale et insertion professionnelle : De la théorie à la pratique*. <https://doi.org/10.1787/9789264242074-fr>

Soulas, J., Descamps, B., Moraux, M.-F., Sauvannet, P., & Wicker, B. (2005). *La mise en place du LMD (licence-master-doctorat)* (N° 2005-031; p. 79). Inspection générale de l'Administration de l'Éducation nationale et de la Recherche. <https://www.vie-publique.fr/rapport/27553-la-mise-en-place-du-lmd-licence-master-doctorat>

Thuillez, C. (2006). *Commission sur l'intégration des professions médicales et pharmaceutiques au cursus LMD* (p. 25). Ministère de la Santé et des Solidarités, Ministère délégué à l'Enseignement Supérieur et à la Recherche. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/064000620.pdf>

Mémoires, thèses de doctorat

Baudouin, N. (2003). *Pour une approche clinique de l'orientation scolaire et professionnelle* [Thèse de doctorat, Paris 13]. <http://www.theses.fr/2003PA131022>

Beillerot, J. (1987). *Savoir et rapport au savoir : Disposition intime et grammaire sociale* [Thèse de doctorat, Paris 5]. <http://www.theses.fr/1987PA05H500>

Bernard, M.-C. (2008). *Les approches du vivant à travers les récits de vie d'enseignants et enseignantes de biologie au collège et au lycée* [Thèse de doctorat, Paris 5]. <http://www.theses.fr/2008PA05H121>

Bossard, L.-M. (2004). *De la situation d'étudiant(e) à celle d'enseignant(e) du second degré : Approche clinique du passage* [Thèse de doctorat, Paris 10]. <https://www.theses.fr/2004PA100050>

Boulliere, E. (2017). *Des cas de dissonance cognitive chez les infirmiers de bloc opératoire : De l'éveil à la tolérance d'un inconfort psychologique* [Thèse de doctorat, Bordeaux]. <http://www.theses.fr/2017BORD0800>

Chartrain, J.-L. (2003). *Rôle du rapport au savoir dans l'évolution différenciée des conceptions scientifiques des élèves : Un exemple à propos du volcanisme au cours moyen 2* [Thèse de doctorat, Paris 5]. <http://www.theses.fr/2003PA05H026>

Eyland, I. (2017). *Les savoirs professionnels liés au care chez les infirmiers libéraux : Construction d'un outil d'analyse des gestes professionnels liés au care dans des situations de soins* [Thèse de doctorat, Montpellier]. <http://www.theses.fr/2017MONTD012>

Gilioli, C. (2001). *Ethique médicale et modernité : La question de la technique* [Thèse de doctorat, Marne-la-Vallée]. <http://www.theses.fr/2001MARN0133>

- Hatchuel, F. (1997). *Elèves et enseignant(e)s engagé(e)s dans une pratique volontaire des mathématiques : Rapport au savoir et processus identitaires : étude clinique d'une innovation* [Thèse de doctorat, Paris 10]. <http://www.theses.fr/1997PA100036>
- Kwocz, F. (2017). *Les cadres de santé à la croisée du management et du prendre soin : Formation et usages de la recherche dans l'accompagnement des équipes soignantes* [Thèse de doctorat, Tours]. <http://www.theses.fr/2017TOUR2032>
- Lombart, B. (2016). *De la cécité empathique transitoire à la prudence dans les soins. Au sujet de la contention lors des soins en pédiatrie* [Thèse de doctorat, Paris-Est]. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01755821>
- Rinaudo, J.-L. (2001). *Le rapport à l'informatique des enseignants de l'école primaire* [Thèse de doctorat, Paris 10]. <https://www.theses.fr/2001PA100072>
- Rochex, J.-Y. (1992). *Entre activité et subjectivité : Le sens de l'expérience scolaire* [Thèse de doctorat, Paris 8].
- Rochex, J.-Y. (2000). *Expérience scolaire et procès de subjectivation. L'élève et ses milieux* [Habilitation à Diriger des Recherches, Note de synthèse, Paris 8].
- Sanches, C. (2018). *L'apprentissage du prendre soin en Ifsi : Pour une prise en compte des processus psychiques dans les pratiques d'études des étudiants en soins infirmiers*. [Mémoire de master non publié, Rouen-Normandie].

Articles de périodiques, ouvrages, chapitres d'ouvrages

- Acker, F. (2018). Articuler différentes représentations du travail. *Soins Cadres*, 27(106), 14-17. <https://doi.org/10.1016/j.scad.2018.03.002>
- Adé, D., & Lescouarch, L. (2015). Les réformes dans des métiers de l'interaction humaine : Propos introductifs à une analyse pluridisciplinaire centrée sur les ressources des entrants dans le métier. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ere nouvelle*, 48(4), 7-16.
- Adé, D., & Piot, T. (Eds.) (2018). *La formation entre universitarisation et professionnalisation : Tensions et perspectives dans des métiers de l'interaction humaine*. Presses universitaires de Rouen et du Havre.
- Adorno, F. P. (2015). *Faut-il se soucier du care ?* Éditions de l'Olivier.
- Albarello, L. (2003). *Devenir praticien-chercheur*. De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.albar.2004.01>
- Albe, V., & Venturini, P. (2002). Relations entre la maîtrise conceptuelle d'étudiants en électromagnétisme et leurs rapports aux savoirs. In *Didactiques et Rapports aux savoirs : Actes des 3èmes journées d'études franco-québécoises des didactiques* (p. 31-45). Laboratoire Education et Apprentissages, Université René Descartes- Paris V.

- Albero, B. (2010). Une approche sociotechnique des environnements de formation. *Éducation et didactique*, 4-1, Article 4-1. <https://doi.org/10.4000/educationdidactique.715>
- Aloisio Alves, C., Prot, B., Pacquola, M., Cavaco, C., Breton, H., & Fernandez, N. (2020). Mobiliser les savoirs expérientiels pour la recherche et la formation des professionnels de la santé : Concepts et méthodologies. *Pédagogie Médicale*, 21(1), 53-59. <https://doi.org/10.1051/pmed/2020031>
- André-Poyaud, I., Astor, S., Baude, O., Boudjaaba, F., Collignon, B., Dubois, F., Kessous, E., Maurel, L., & Roger, M. (2019). *Les sciences humaines et sociales et la protection des données à caractère personnel dans le contexte de la science ouverte. Guide pour la recherche*. Institut des sciences humaines et sociales du Centre national de recherche scientifique. https://www.inshs.cnrs.fr/sites/institut_inshs/files/pdf/guide-rgpd_2.pdf
- Arcand, M., & Brissette, L. (1999). *Prévenir l'épuisement en relation d'aide : Guide d'autoformation*. Gaëtan Morin.
- Arendt, H. (2002). *Qu'est-ce que la philosophie de l'existence ?*, suivi de : *L'existentialisme français, et de : Heidegger le renard*. Éd. Payot & Rivages (1930-1954).
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood : A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Auslender, V. (2017). *Omerta à l'hôpital. Le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé* Michalon.
- Auslender, V., & Fleury, C. (2017). La maltraitance des étudiants à l'hôpital. *Soins*, 62(818), 56-59. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2017.06.021>
- Bachollet, M.-S., & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, 49(4), 14-19. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0014>
- Bailleul, M. (2021). Former les professionnels de santé aux « outils pour le care ». *Pédagogie Médicale*, 22(1), 27-32. <https://doi.org/10.1051/pmed/2020060>
- Bailleul, M., & Marie-Bailleul, G. (2021). Éthique de la sollicitude dans une unité cognitivo-comportementale : Des « proofs of care » aux « outils pour le care ». *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 21(122), 118-125. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2020.09.003>
- Balint, M. (1973). *Le médecin, son malade et la maladie* (J.-P. Valabrega, Trad.; Nouv. éd.). Payot & Rivages.
- Bardin, L. (2013a). *L'analyse de contenu* (2e éd.). PUF (œuvre originale publiée en 1977).
- Bardin, L. (2013b). L'analyse de l'énonciation. In *L'analyse de contenu* (2e éd., p. 223-242). PUF (œuvre originale publiée en 1977). <https://www.cairn.info/l-analyse-de-contenu--9782130627906-p-223.htm>

- Bardin, L. (2013c). Organisation de l'analyse. In *L'analyse de contenu* (2e éd., p. 125-133). PUF (œuvre originale publiée en 1977). <https://www.cairn.info/l-analyse-de-contenu--9782130627906-p-125.htm>
- Barrau, A., Le Guen, C., & Fattoumi, A. (2018). La qualité de vie en formation infirmière. *Soins Cadres*, 27(106), 41-43. <https://doi.org/10.1016/j.scad.2018.03.010>
- Bautier, É., & Rochex, J.-Y. (1998). *L'expérience scolaire des « nouveaux lycéens » : Démocratisation ou massification ?* A. Colin.
- Beaux-Arts. (2021, décembre). Chronique : Le care, (nouvel) avenir de l'art ? *Beaux-Arts*, 450, 52.
- Beillerot, J. (1988). *Voies et voix de la formation*. Éd. Universitaires.
- Beillerot, J. (1989). Le rapport au savoir : Une notion en formation. In J. Beillerot, A. Bouillet, C. Blanchard-Laville, & N. Mosconi (Éds.), *Savoir et rapport au savoir : Élaborations théoriques et cliniques* (1ère éd, p. 165-202). Editions universitaires.
- Beillerot, J. (1993). *Les thèses en sciences de l'éducation. Bilan de vingt années d'une discipline : 1969-1989* (Rapport de recherche). Université Paris 10.
- Beillerot, J. (1996). Note sur le modus operandi du rapport au savoir. In J. Beillerot, C. Blanchard-Laville, & N. Mosconi (Éds.), *Pour une clinique du rapport au savoir* (p. 145-158). L'Harmattan.
- Beillerot, J. (1997). Rapport au savoir. In *Dictionnaire de l'éducation et de la formation*. Nathan.
- Beillerot, J. (1998). *L'éducation en débats : La fin des certitudes*. Harmattan.
- Beillerot, J. (2020a). Désir, désir de savoir, désir d'apprendre. In J. Beillerot, C. Blanchard-Laville, & N. Mosconi (Éds.), *Pour une clinique du rapport au savoir* (p. 51-74). L'Harmattan (œuvre originale publiée en 1996).
- Beillerot, J. (2020b). Les savoirs, leurs conceptions et leur nature. In J. Beillerot, C. Blanchard-Laville, & N. Mosconi (Éds.), *Pour une clinique du rapport au savoir* (p. 119-143). L'Harmattan (œuvre originale publiée en 1996).
- Beillerot, J., Blanchard-Laville, C., & Mosconi, N. (Éds.) (2020c). *Pour une clinique du rapport au savoir*. L'Harmattan (œuvre originale publiée en 1996).
- Beillerot, J., Bouillet, A., Blanchard-laville, C., & Mosconi, N. (Éds.) (1989). *Savoir et rapport au savoir : Élaborations théoriques et cliniques* (1ère éd). Editions universitaires.
- Beillerot, J., & Demori, F. (1998). Les thèses de sciences de l'éducation de 1990 à 1994. *Bulletin de l'association des enseignants et chercheurs en sciences de l'éducation*, 20-21, 51-93.
- Belin, E. (2002). *Une sociologie des espaces potentiels : Logique dispositive et expérience ordinaire* (1re éd). De Boeck Université.

- Benaroyo, L. (2010). Éthique et herméneutique du soin. In L. Benaroyo, C. Lefève, J.-C. Mino, & F. Worms, *La philosophie du soin* (p. 23-36). PUF. <http://www.cairn.info/la-philosophie-du-soin-9782130582038-page-23.htm>
- Benaroyo, L., Lefève, C., Mino, J.-C., & Worms, F. (2010). *La philosophie du soin : Éthique, médecine et société*. PUF.
- Berdot, P., & Blanchard-Laville, C. (1996). Le rapport au savoir de l'enseignant(e) de mathématiques en situation didactique. In J. Beillerot, C. Blanchard-Laville, & N. Mosconi (Éds.), *Pour une clinique du rapport au savoir* (p. 337-356). L'Harmattan.
- Berrewaerts, J., & Deseilles, M. (2015). Etat des lieux du stress et de la dépression chez les étudiants de première et de deuxième année de médecine. *Acta Psychiatrica Belgica*, 116(2), 16-26.
- Bewick, B., Koutsopoulou, G., Miles, J., Slaa, E., & Barkham, M. (2010). Changes in undergraduate students' psychological well-being as they progress through university. *Studies in Higher Education*, 35(6), 633-645. <https://doi.org/10.1080/03075070903216643>
- Bigoni, C., & Marchand, P. (2012). Le soin relationnel, un modèle à questionner. *Soins*, 57(766). <http://www.em-consulte.com/en/article/734213>
- Bion, W. R. (1961). *Experiences in groups : And other papers*. Tavistock,.
- Bitsika, V., Sharpley, C. F., & Rubenstein, V. (2010). What Stresses University Students : An Interview Investigation of the Demands of Tertiary Studies. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 20(1), 41-54. <https://doi.org/10.1375/ajgc.20.1.41>
- Blanchard-Laville, C. (1996). Aux sources de la capacité de penser et d'apprendre. A propos des conceptions théoriques de W.R.Bion. In J. Beillerot, C. Blanchard-Laville, & N. Mosconi (Éds.), *Pour une clinique du rapport au savoir* (p. 17-49). L'Harmattan.
- Blanchard-Laville, C. (1999). L'approche clinique d'inspiration psychanalytique : Enjeux théoriques et méthodologiques. *Revue française de pédagogie*, 127(1), 9-22. <https://doi.org/10.3406/rfp.1999.1081>
- Blanchard-Laville, C. (2009). Du côté des recherches cliniques d'orientation psychanalytique en sciences de l'éducation. In A. Vergnion (Éd.), *40 ans des sciences de l'éducation : L'âge de la maturité ? Questions vives* (p. 153-162). Presses universitaires de Caen. <http://books.openedition.org/puc/8202>
- Blanchard-Laville, C. (2019). Au « vif » du sujet professionnel dans les métiers du lien. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ere nouvelle*, 52(1), 61-77.
- Blanchard-Laville, C., Chaussecourte, P., Hatchuel, F., & Pechberty, B. (2005). Recherches cliniques d'orientation psychanalytique dans le champ de l'éducation et de la formation. *Revue française de pédagogie*, 151(1), 111-162. <https://doi.org/10.3406/rfp.2005.3280>

- Blanchard-Laville, C., & Geffard, P. (2020). Une démarche clinique d'orientation psychanalytique de recherche: *Carrefours de l'éducation*, n° 50(2), 135-144. <https://doi.org/10.3917/cdle.050.0135>
- Blanchard-Laville, C., & Nadot, S. (Éds.). (2000). *Malaise dans la formation des enseignants*. L'Harmattan.
- Blanchard-Laville, C., & Pestre, G. (2001). L'enseignant, ses élèves et le savoir. Le dispositif Balint à l'épreuve des enseignants. In *Sources théoriques et techniques de l'analyse des pratiques professionnelles*. L'Harmattan.
- Blanchet, A. (1989). L'entretien : La co-construction du sens. In C. Revault d'Allonnes, *Démarche clinique en sciences humaines* (p. 87-102). Dunod.
- Boittin, I. (2002). Étudiants en soins infirmiers de deuxième année. Crise identitaire : « La mise à l'épreuve des motivations »: *Recherche en soins infirmiers*, 68(1), 66-92. <https://doi.org/10.3917/rsi.068.0066>
- Borgeaud-Garciandia, N. (2017). Coquines et polissonnes. Dans l'entre-soi des personnes âgées et des cuidadoras à Buenos Aires. In A. Damamme, H. S. Hirata, & P. Molinier, *Le travail entre public, privé et intime : Comparaisons et enjeux internationaux du care* (p. 117-140). L'Harmattan.
- Bossard, L.-M. (2001). Soizic : Une « adolescence professionnelle » interminable ? *Connexions*, 75(1), 69-83.
- Bossard, L.-M. (2009). Enseignants débutants : De l'« adolescence professionnelle » à la « post-adolescence professionnelle »: *Cliopsy*, N° 2(2), 65-76. <https://doi.org/10.3917/cliop.002.0065>
- Bossard, L.-M. (2020). *Histoire de la clinique d'orientation psychanalytique en éducation et formation : Parcours de témoins*. L'Harmattan.
- Bossard, L.-M., Lerner-Seï, S., & Chaussecourte, P. (2019). *Éducation, formation et psychanalyse : Une insistante actualité*. L'Harmattan.
- Bourgeois, É., & Nizet, J. (2005a). Apprentissage et représentations en formation d'adultes. In *Apprentissage et formation des adultes: Vol. 3e éd.* (p. 24-44). PUF. <https://www.cairn.info/apprentissage-et-formation-des-adultes--9782130550259-p-24.htm>
- Bourgeois, É., & Nizet, J. (2005b). La dynamique de l'assimilation-accommodation en situation de formation. In *Apprentissage et formation des adultes: Vol. 3e éd.* (p. 105-122). PUF. <https://www.cairn.info/apprentissage-et-formation-des-adultes--9782130550259-p-105.htm>
- Braboïs (de), C. (2017). L'engagement du soignant et ses limites. *Soins*, 62(821), 55-57. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2017.10.015>
- Braconnier, A. (2017). Entretien avec Philippe Jeammet. *Le Carnet PSY*, 205(2), 24-31.
- Brejon de Lavergnée, M. (2019). Un care charitable ? Enquête sur le travail des religieuses en milieu urbain au xix e siècle. *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 49(1), 69-92.

- Bronnet, A. (1997). Les rapports d'enseignants de troisième et de seconde aux objets « nombre réel » et « racine carrée ». *Recherches en didactique des mathématiques*, 17(3), 55-80.
- Brugère, F. (2010, octobre 14). *Jusqu'où ira le care ?* La Vie des idées; La Vie des idées. <https://laviedesidees.fr/Jusqu-ou-ira-le-care.html>
- Brugère, F. (2021). *L'éthique du care* (4e éd. revue). Que-sais-je ? (œuvre originale publiée en 2011).
- Brusset, B. (2006). Métapsychologie des liens et troisième topique. *Revue française de psychanalyse*, 70(5), 1213-1282. <https://doi.org/10.3917/rfp.705.1213>
- Caillot, M. (2001). Y a-t-il des élèves en didactique des sciences ? Ou quelles références pour l'élève? In A. Terrisse, *Didactique des disciplines : Les références au savoir* (p. 141-155). De Boeck université.
- Caillot, M. (2014). Les rapports aux savoirs des élèves et des enseignants. In M.-C. Bernard, A. Savard, & C. Beaucher, *Le rapport aux savoirs : Une clé pour analyser les épistémologies enseignantes et les pratiques de classe*. (Livres en ligne du CRIRES, p. 7-18). https://lel.crires.ulaval.ca/sites/lel/files/le_rapport_aux_savoirs.pdf
- Calicis, F. (2017). L'utilisation du soi du thérapeute. *Thérapie Familiale*, 38(2), 143-162. <https://doi.org/10.3917/tf.172.0143>
- Canat, S. (2014). Face aux troubles du comportement : Une pédagogie institutionnelle adaptée. *Cliopsy*, 12(2), 7-18. <https://doi.org/10.3917/cliop.012.0007>
- Canat, S. (2015). Pratiquer la Pédagogie institutionnelle adaptée (PIA) avec des élèves porteurs de troubles envahissants du comportement (TEC). *Cliopsy*, 14(2), 89-103. <https://doi.org/10.3917/cliop.014.0089>
- Canat, S. (2019). Penser l'éducation thérapeutique Approche éducative à visée thérapeutique des jeunes avec troubles psychiques et du comportement. *La nouvelle revue - Éducation et société inclusives*, 87(3), 191-206. <https://doi.org/10.3917/nresi.087.0191>
- Canouï, P. (2003). La souffrance des soignants : Un risque humain, des enjeux éthiques. *InfoKara*, 18(2), 101-104.
- Carnus, M.-F., Buznic-Bourgeacq, P., Baillet, D., Therriault, G., & Vincent, V. (Éds.) (2020). *Rapport(s) au(x) savoir(s) : Quels sujets, quels savoirs ?* Livres en ligne du CRIRES (dir.). <https://lel.crires.ulaval.ca/oeuvre/rapports-aux-savoirs-quels-sujets-quels-savoirs>
- Carré, P. (2001). *De la motivation à la formation*. L'Harmattan.
- Carré, P. (2005). *L'apprenance : Vers un nouveau rapport au savoir*. Dunod.
- Castelli, H. (2019). Les gestes d'Hécamède. Femmes pourvoyeuses de soin en Grèce archaïque et classique. *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 49(1), 23-42.
- Castoriadis, C. (1999). *L'institution imaginaire de la société* (1975). Éd. du Seuil.

- Centre national de ressources textuelles et lexicales. (s. d.). *Soin*. Consulté 23 avril 2023, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/etymologie/soin>
- Chaltiel, T. (2018). Un robot en institution soignante : Un outil thérapeutique prometteur. In *Robots, de nouveaux partenaires de soins psychiques* (p. 57-66). Érés. <https://doi.org/10.3917/eres.tisse.2018.02.0057>
- Chandezon, D. (2012). Accompagner pas à pas l'étudiant infirmier vers une élaboration possible de sa démarche de soin: *Cliopsy*, 7(1), 79-86. <https://doi.org/10.3917/cliop.007.0079>
- Charbonnier, O., & Carré, P. (2003). *Les apprentissages professionnels informels*. L'Harmattan.
- Charlot, B. (1997). *Du rapport au savoir : Éléments pour une théorie*. Anthropos : Diffusion, Economica.
- Charlot, B. (1999). *Le rapport au savoir en milieu populaire : Une recherche dans les lycées professionnels de banlieue*. Anthropos : Diffusion, Economica.
- Charlot, B. (2003). La problématique du rapport au savoir. In S. Maury & M. Caillot, *Rapport au savoir et didactiques* (p. 33-50). Editions Fabert.
- Charlot, B., Bautier, É., & Rochex, J.-Y. (1992). *École et savoir dans les banlieues et ailleurs*. Armand Colin.
- Chartrain, J.-L., & Caillot, M. (2002). Rapport au savoir et apprentissages scientifiques : Quelle méthodologie pour analyser le type de rapport au savoir des élèves. In *Didactiques et Rapports aux savoirs : Actes des 3èmes journées d'études franco-québécoises des didactiques* (p. 16-30). Laboratoire Education et Apprentissages, Université René Descartes- Paris V.
- Chetelat-Bequet, C., & Froger, O. (2010). L'enseignement de la relation professionnelle. *Soins Cadres*, 19(76), 43-45.
- Chevallard, Y. (1992). Concepts fondamentaux de la didactique : Perspectives apportées par une approche anthropologique. *Recherches en didactique des mathématiques*, 12(1), 73-112.
- Chouinard, I., & Caron, J. (2015). Le recours aux approches réflexives dans les métiers relationnels : Modélisation des conceptions de la réflexivité. *Phronesis*, 4(3), 11-21. <https://doi.org/10.3917/phron.043.0011>
- Ciccone, A. (2014). Transmission psychique et parentalité. *Cliopsy*, 11(1), 17-38. <https://doi.org/10.3917/cliop.011.0017>
- Cifali, M. (1994). *Le lien éducatif : Contre-jour psychanalytique*. PUF. <https://doi.org/10.3917/puf.cifal.2005.01>
- Cifali, M. (2014). Altérité. In A. Jorro, *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation* (p. 25-28). De Boeck.
- Cifali, M. (2018). *S'engager pour accompagner : Valeurs des métiers de la formation*. PUF.
- Cifali, M. (2019). *Préserver un lien : Éthique des métiers de la relation*. PUF.

- Cifali, M., & Imbert, F. (1998). *Freud et la pédagogie* (1. éd). PUF.
- Clot, Y. (2010). *Le travail à coeur : Pour en finir avec les risques psychosociaux*. La Découverte.
- Collière, M.-F. (1982). *Promouvoir la vie : [De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers]*. InterEditions : Masson.
- Collière, M.-F. (2001). *Soigner ... Le premier art de la vie* (2nd édition). Masson.
- Contou Terquem, S. (2015). *Dictionnaire Freud*. Robert Laffont.
- Daloz, L. (2007). Epuisement professionnel et blessures de l'idéal. Réflexions cliniques sur la désillusion des soignants et la formation initiale. *Pédagogie Médicale*, 8(2), 82-90.
<https://doi.org/10.1051/pmed:2007003>
- Damamme, A., Hirata, H. S., & Molinier, P. (2017). *Le travail entre public, privé et intime : Comparaisons et enjeux internationaux du care*. L'Harmattan.
- Dejours, C. (1996). Psychologie clinique du travail et tradition compréhensive. In Y. Clot, *Les histoires de la psychologie du travail : Approche pluri-disciplinaire* (p. 157-183). Octares.
- Dejours, C. (1998). *Souffrance en France : La banalisation de l'injustice sociale*.
<https://banq.pretnumerique.ca/accueil/isbn/9782757850558>
- Dejours, C. (2003). *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel*. Éditions Quæ.
<https://doi.org/10.3917/quae.dejou.2003.01>
- Dejours, C. (2015). *Le choix : Souffrir au travail n'est pas une fatalité*. Bayard.
- De Miribel, J., & Neuville, A. (2020). L'expérience du soin aux personnes. Construction du rapport au métier de professionnels de santé. *Phronesis*, 9(1), 21-33.
- Dessus, P. (1999). Où va la recherche en éducation ? Analyse factorielle de résumés de communication aux Biennales de l'éducation et de la formation. *L'année de la recherche en sciences de l'éducation*, 6, 201-209.
- Devereux, G. (2012). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement* (H. Sinaceur, Trad.). Flammarion.
- De Vignemont, F. (2011). L'empathie, des réponses aux questions majeures. *Le Journal des psychologues*, 286(3), 16-19. <https://doi.org/10.3917/jdp.286.0016>
- Devillers, L. (2018). Robot compagnon affectif et assistant de santé : Défis éthiques et sociétaux. In *Robots, de nouveaux partenaires de soins psychiques* (p. 167-176). Érès.
<https://doi.org/10.3917/eres.tisse.2018.02.0167>
- Dewey, J. (1993). *Logique : La théorie de l'enquête* (G. Deledalle, Trad.). PUF (ouvrage publié en 1938).
- Dû, M. L. (2019). Synthèse entre cure et care : Les sages-femmes déboussolent le genre. *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 49(1), 137-151.

- Duchesne, S. (2000). Pratique de l'entretien dit « non-directif ». In M. Bachir, *Les méthodes au concret. Démarches, formes de l'expérience et terrains d'investigation en science politique* (p. 9-30). PUF Curapp. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00841927>
- Dufey, A.-F. (1998). Se former ensemble dans le domaine de la santé et du travail social. *Perspective soignante*, 1, 101-114.
- Dupuis, M. (2012). Sources et horizons de l'éthique du soin. *Perspective soignante*, 43, 49-50.
- Durning, P. (1987). Entre l'expérimentation en extériorité et l'intervention institutionnelle : La recherche clinique de terrain. *Connexions*, 1(49), 107-118.
- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., Massie, F. S., Power, D. V., Eacker, A., Harper, W., Durning, S., Moutier, C., Szydlo, D. W., Novotny, P. J., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2008). Burnout and Suicidal Ideation among U.S. Medical Students. *Annals of Internal Medicine*, 149(5), 334. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-149-5-200809020-00008>
- Edwards, R. (1993). An education in interviewing : Placing the researcher and the research. In C. M. Renzetti & R. M. Lee (Éds.), *Researching sensitive topics* (Vol. 152, p. 181-81). Sage Publications.
- Elias, N. (1993). *Engagement et distanciation : Contribution à la sociologie de la connaissance* (M. Hulin, Trad.). Fayard (œuvre originale publiée en 1983).
- Enriquez, E. (1981). Petite galerie de portraits de formateurs en mal de modèles: *Connexions*, 33, 93-109.
- Enriquez, E. (2019). Le travail de la mort dans les institutions. In R. Kaës, P. Fustier, E. Enriquez, R. Roussillon, & J.-P. Vidal, *L'institution et les institutions : Études psychanalytiques* (p. 62-94). Dunod (œuvre originale publiée en 1987).
- Faurie, I., & Giacometti, N. (2017). Effets de l'indécision de carrière et du sentiment d'efficacité personnelle sur le vécu de la transition lycée-université. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 46/2, Article 46/2. <https://doi.org/10.4000/osp.5378>
- Ferenczi, S. (1990). Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. Le langage de la tendresse et de la passion (1933). In *Psychanalyse, t. IV. Œuvres complètes*. Editions Payot & Rivages.
- Fernandez, I., & Petit, L. (2014). La pulsion épistémophilique : La place du savoir dans le transfert. Freud, Klein et Lacan. *Topique*, 127(2), 63-77. <https://doi.org/10.3917/top.127.0063>
- Figley, C. R. (Éd.). (2002). *Treating compassion fatigue*. Brunner-Routledge.
- Filloux, J. C. (2000). *Champ pédagogique et psychanalyse*. PUF <http://www.cairn.info/champ-pedagogique-et-psychanalyse--9782130508113.htm>
- Filloux, J.-C. (1987). Note de synthèse. *Revue française de pédagogie*, 81(1), 69-102. <https://doi.org/10.3406/rfp.1987.1469>

- Fleury, C. (2018). Le care, au fondement du sanitaire et du social. *Soins*, 63(826), 54-57. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2018.04.016>
- Fleury, C., Berthelie, B., & Nasr, N. (2020). L'enseignement des humanités dans les facultés de médecine françaises. *Soins*, 65(842), 51-54. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2020.01.013>
- Fleury-Perkins, C., & Fenoglio, A. (2019). Le design peut-il aider à mieux soigner ? Le concept de proof of care. *Soins*, 64(834), 58-61. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2019.02.016>
- Fontaine, E., & Wendland, J. (2015). Analyse de la relation soignant-bébé et du deuil des soignants en néonatalogie. *Devenir*, 27(1), 31-52.
- Foucault, M. (2001). *Dits et écrits. I : 1954 - 1975*. Gallimard (œuvre originale publiée en 1983).
- Freud, S. (1939). Analyse terminée et analyse interminable. *Revue française de psychanalyse*, Tome XI(1), 3-38.
- Freud, S. (1967). *Psychopathologie de la vie quotidienne* (S. Jankélévitch, Trad.). Editions Payot.
- Freud, S. (1968). Pulsions et destins des pulsions. In J. Laplanche & J.-B. Pontalis (Trad.), *Métopsychoanalyse* (p. 11-43 [OCF.P, XIII, 161-185]). Gallimard (œuvre originale publiée en 1915).
- Freud, S. (1971). *L'interprétation des rêves* (D. Berger, Éd.; I. Meyerson, Trad.). PUF (œuvre originale publiée en 1967).
- Freud, S. (1989). *Malaise dans la civilisation* (C. Odier & J. Odier, Trad.). PUF (œuvre originale publiée en 1934).
- Freud, S. (1998). *L'intérêt de la psychanalyse. Résultats, idées, problèmes. Tome I : 1890-1920* (PUF ; (œuvre originale publiée en 1984), p. 212-213).
- Freud, S. (2009). L'esquisse d'une psychologie scientifique. In *La naissance de la psychanalyse* (p. 307-396). PUF (œuvre originale publiée en 1956). <https://doi.org/10.3917/puf.berma.2009.01>
- Freud, S. (2015). *Œuvres complètes : Psychanalyse - vol. XVIII : 1926-1930* (3e éd). PUF ; (œuvre originale publiée en 1926).
- Freudenberg, H. J. (1987). *L'épuisement professionnel : La brûlure interne*. Gaëtan Morin.
- Friedberg, E. (2001). Faire son métier de sociologue, surtout dans l'intervention. In D. Vrancken & O. Kutty, *La sociologie et l'intervention : Enjeux et perspectives* (p. 111-132). De Boeck Université.
- Gaberan, P. (2021a). Introduction. *Empan*, 121(1), 11-13. <https://doi.org/10.3917/empa.121.0011>
- Gaberan, P. (2021b). Du paraître à l'être. *Empan*, 121(1), 14-22.
- Gaberan, P. (2021c). Les petits riens ou l'art de prendre soin. *Empan*, 121(1), 11-13.
- Garel, G. (2022). *Psychanalyse de l'épuisement professionnel : Crise du travail, du lien social et de civilisation*. L'Harmattan.
- Garrau, M., & Le Goff, A. (2010). *Care, justice, dépendance : Introduction aux théories du care*. PUF.

- Gaudry-Muller, A. (2015). Le care dans les soins et dans la pratique d'apprentissage infirmier informel. *Recherche en soins infirmiers*, 122(3), 44-51.
- Gautier, C. (2010). La voix différente ou l'égal concernant pour autrui et pour soi. In V. Nurock, *Carol Gilligan et l'éthique du care* (p. 91-105). PUF.
- Gavarini, L. (2003). L'institution des sujets. Essai de dépassement du dualisme et critique de l'influence du néolibéralisme dans les sciences humaines. *L'Homme & la Société*, 147(1), 71-93. <https://doi.org/10.3917/lhs.147.0071>
- Ghiglione, R. (1986). *L'homme communiquant*. Armand Colin.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice : Psychological theory and women's development*. Harvard University Press.
- Gilligan, C., Laugier, S., Kwiatek, A., & Paperman, P. (2015). *Une voix différente : Pour une éthique du « care »*. Flammarion.
- Giordan, A. (1977). Pour une éducation scientifique : Changer le rapport de l'élève au savoir. *Raison présente*, 41, 33-49.
- Golay, D., & Udressy, O. (2023). La rhétorique du lien chez les étudiant·e·s en travail social ou quand le lien est « reliance » ? *Phronesis*, 12(1), 79-91.
- Golse, B., & Missonnier, S. (2020). Plaidoyer pour une troisième topique. Une représentation intrapsychique du lien intersubjectif avant même la découverte de l'objet. *In Analysis*, 4(2), 131-138. <https://doi.org/10.1016/j.inan.2020.07.003>
- Gorden, R. L. (1969). *Interviewing : Strategy, techniques, and tactics* (3d ed). Dorsey Press ; Irwin-Dorsey Ltd.
- Grand, D. (2021). Quand les petits riens sont des savoirs d'action. *Empan*, 121(1), 70-76.
- Gréco, P. (s. d.). *Psychologie*. Encyclopædia Universalis. Consulté 6 novembre 2022, à l'adresse <http://www.universalis-edu.com.ezproxy.normandie-univ.fr/encyclopedie/psychologie/>
- Green, A. (1986). In J. J. Baranès (Éd.), *Psychanalyse, adolescence et psychose : Colloque international des 11, 12 et 13 mai 1984*, Ministère de la recherche, Paris. Payot.
- Haberey-Knuessi, V. (2011). *De l'indifférence à l'envie : Co-construire l'engagement*. Haute école de santé Arc-Neuchâtel. <https://www.yumpu.com/fr/document/read/17213970/de-lindifference-a-lenvie-co-construire-l->
- Harding, S. G. (Éd.). (1987). *Feminism and methodology : Social science issues*. Indiana University Press ; Open University Press.
- Hart, J., & Mucchielli, A. (2002). *Soigner l'hôpital : Diagnostics de crise et traitements de choc* (Nouv. éd.). Lamarre.
- Hatchuel, F. (1999). La construction du rapport au savoir chez les élèves : Processus socio-psychiques. *Revue française de pédagogie*, 127(1), 37-47. <https://doi.org/10.3406/rfp.1999.1083>

- Hatchuel, F. (2000). *Apprendre à aimer les mathématiques : Conditions socio-institutionnelles et élaboration psychique dans les ateliers mathématiques* (1re éd). PUF.
- Hatchuel, F. (2005). *Savoir, apprendre, transmettre : Une approche psychanalytique du rapport au savoir*. La Découverte.
- Hatzfeld, M. (2013). D'abord, prendre soin de soi. In V. Chagnon, C. Dallaire, C. Espinasse, & E. Heurgon (Éds.), *Prendre soin : Savoirs, pratiques, nouvelles perspectives* (p. 111-119). Hermann.
- Hébrard, P. (2011). L'humanité comme compétence ? Une zone d'ombre dans la professionnalisation aux métiers de l'interaction avec autrui. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ere nouvelle*, Vol. 44(2), 103-121.
- Heiden, S., Magué, J.-P., & Pincemin, B. (2010). TXM: Une plateforme logicielle open-source pour la textométrie—Conception et développement. In *10th International Conference on the Statistical Analysis of Textual Data-JADT 2010* (Vol. 2, p. 1021-1032). Edizioni Universitarie di Lettere Economia Diritto. <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00549779/en/>
- Hennezel, M. de, & Leloup, J.-Y. (1997). *L'art de mourir : Traditions religieuses et spiritualité humaniste face à la mort aujourd'hui*. R. Laffont.
- Hermetet, C., Arnault, É., Gaborit, C., Coillot, H., Florence, A.-M., Diot, P., Colombat, P., Rusch, E., & Grammatico-Guillon, L. (2019). Prévalence et marqueurs de risque d'anxiété et de dépression chez les étudiants en santé : PréMaRADES. *La Presse Médicale*, 48(2), 100-108. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2019.01.002>
- Hert, P. (2014). Le corps du savoir : Qualifier le savoir incarné du terrain. *Études de communication*, 42, 29-46.
- Hesbeen, W. (2015). *Soin(s). Perspectives éthiques. Des pratiques de soins au prendre soin*. Seli Arslan.
- Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Elsevier Masson.
- Hesbeen, W. (2012). Le soignant, les soins et le soin. In *Les soignants : L'écriture, la recherche, la formation : Ouvrir au partage du sens du soin* (p. 1-21). Seli Arslan.
- Hesbeen, W. (2017). *Humanisme soignant et soins infirmiers : Un art du singulier*. Elsevier Masson.
- Hesbeen, W. (2018). Les mots « fragiles » du prendre soin. *Santé mentale*, 224, 20-23.
- Hesbeen, W. (2019). *Le bien-être des étudiants : Formations aux métiers de la santé repères pour une vigilance éthique dans la relation pédagogique*. Seli Arslan.
- Hirata, H. S., Makridou, E., & Matsuo, M. (2017). Trajectoires professionnelles et rapports sociaux : Le travail du care dans une perspective comparative. In A. Damamme, H. S. Hirata, & P. Molinier, *Le travail entre public, privé et intime : Comparaisons et enjeux internationaux du care* (p. 33-53). L'Harmattan.

- Honoré, B. (2017). *Le soin dans l'existence : Soin de soi, de l'autre et du monde*. Seli Arslan.
- Hughes, E. C. (1996). *Le regard sociologique : Essais choisis*. École des hautes études en sciences sociales.
- Hugon, A. (2019). Le refus du travail de care ? Une fronde des doctoresses de la Protection maternelle et infantile en contexte colonial (Gold Coast, ca 1930). *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 49(1), 167-179.
- Ibos, C. (2019). Éthiques et politiques du care. Cartographie d'une catégorie critique. *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 49(1), 181-219. <https://doi.org/10.4000/clio.16440>
- Ibos, C., Damamme, A., Molinier, P., & Paperman, P. (2019). *Vers une société du care : Une politique de l'attention*. le Cavalier bleu éditions.
- Jacobi, B. (2007). Recherche. In *Cent mots pour l'entretien clinique* (p. 180-200). Érès (œuvre originale publiée en 1995). <https://www.cairn.info/cent-mots-pour-l-entretien-clinique--9782749200972-p-180.htm>
- Jean-Dit-Pannel, R., & Thomas, F. (2020). Haine et cruauté dans la relation transféro-contre-transférentielle. *Perspectives Psy*, 59(3), 273-280. <https://doi.org/10.1051/ppsy/2020593273>
- Jelmam, Y. (2002). Le rapport aux objets de savoir comme critère de différenciation entre apprenants. Cas de la foudre. *Cahiers pédagogiques*, 408, 1-13.
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116, 118-119, 120.
- Jovic, L. (2012). Clinique. In M. Formarier & L. Jovic (Éds.), *Les concepts en sciences infirmières* (p. 104-108). Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0104>
- Jovic, L. (2021). Les pratiques avancées. In S. Le Boulter & P. Lenesley (Éds.), *Étude en santé : Le temps des réformes*, (p. 315-320). Presses universitaires François-Rabelais.
- Juneau, L. (2013). La pratique du soin : Réflexion sur le discours. In V. Chagnon, C. Dallaire, C. Espinasse, & E. Heurgon (Éds.), *Prendre soin : Savoirs, pratiques, nouvelles perspectives* (p. 245-255). Hermann.
- Kaës, R. (1973). Quatre études sur la fantasmagorie de la formation et le désir de former. In *Fantasme et formation*. Dunod.
- Kaës, René., Faimberg, Haydée., Enriquez, M., & Baranès, J. J. (1998). *Transmission de la vie psychique entre générations*. Dunod (œuvre originale publiée en 1993).
- Kairouz, S., Boyer, R., Nadeau, L., Perreault, M., & Fiset-Laniel, J. (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Institut de la statistique du Québec. https://bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01670FR_Enquete_sante2008H00F03.pdf

- Keyes, C. L. M. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- Kohout-Diaz, M. (2023). Prévenir les handicaps et les violences. La posture de l'entre-deux en éducation. Laurence THOUROUDE. Nîmes : Champ social éditions (2022). *Spirale - Revue de recherches en éducation*, 71(1), 129-132. <https://doi.org/10.3917/spir.071.0124>
- Krol, P. (2010). L'apprentissage du caring chez les étudiantes infirmières au baccalauréat dans un programme de formation par compétences. *Recherche en soins infirmiers*, 102(3), 59-72. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0059>
- Krol, P., & Legault, A. (2008). Mieux comprendre l'apprentissage du caring, une nécessité pour préserver l'approche humaniste au cœur des soins. *L'infirmière clinicienne*, 5(1), 35-41.
- Lacan, J. (1966). *Écrits*. Seuil.
- Ladner, J., Porrovecchio, A., Masson, P., Zunquin, G., Hurdiel, R., Pezé, T., Theunynck, D., & Tavolacci, M.-P. (2016). Activité physique chez les étudiants : Prévalence et profils de comportements à risque associés. *Santé Publique*, S1(HS), 65-73. <https://doi.org/10.3917/spub.160.0065>
- Lagache, D. (2013). *L'unité de la psychologie expérimentale et psychologie clinique* (PUF, Quadrige (œuvre originale publiée en 1949)).
- Lahire, B. (1998). Logiques pratiques : Le « faire » et le « dire sur le faire ». *Recherche & formation*, 27(1), 15-28. <https://doi.org/10.3406/refor.1998.1471>
- Larousse. (s. d.). *Care*. Le Larousse en ligne. Consulté 23 avril 2023, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/anglais-francais/care/568615>
- Laterrasse, C. (2002). *Du rapport au savoir à l'école et à l'université*. L'Harmattan.
- Laugier, S. (2021). L'éthique du care et la compassion comme compétence. In P. Bégué & Z. Zarié, *Soin et compassion* (p. 113-133). Hermann. <https://www.cairn.info/soin-et-compassion--9791037008732-p-113.htm>
- Laugier, S., Molinier, P., & Lanchon, A. (2020). « Care » : Des métiers à réhabiliter. *L'école des parents*, 636(3), 8-11.
- Le Boulter, S., & Lenesley, P. (Éds.) (2021). *Etudes de santé : Le temps des réformes*. Presses universitaires François-Rabelais.
- Le Grand Robert & Collins. (s. d.). *Care*. Le Grand Robert & Collins en ligne. Consulté 23 avril 2023, à l'adresse <https://grc-lerobert-com.ezproxy.normandie-univ.fr/login.asp>
- Le Robert. (s. d.). *Soin*. Le Robert dico en ligne. Consulté 23 avril 2023, à l'adresse <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/soin>
- Le Texier, T. (2016). *Le maniement des hommes : Essai sur la rationalité managériale*. La Découverte.

- Lebouvier, B. (2020). David Adé & Thierry Piot (Éds.), La formation, entre universitarisation et professionnalisation. Tension et perspectives dans des métiers de l'interaction humaine. *Recherches en éducation*, 40, Article 40. <http://journals.openedition.org/ree/498>
- Lecointre, B. (2017). L'engagement, au cœur de la profession infirmière. *Soins*, 62(821), 49-51. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2017.10.011>
- Legault Faucher, M. (2007). Traumatisme vicariant. Quand la compassion use. *Prévention au travail*, 20(3), 7-14.
- Legrand, M. (1993). *L'approche biographique : Théorie, clinique*. Hommes et perspectives/Epi ; Desclée de Brouwer.
- Legros, C. (2020, mai 2). Le souci de l'autre, un retour de l'éthique du « care ». *Le Monde week-end*, 28-29.
- Leininger, M. M. (Éds.). (1988). *Caring, an essential human need : Proceedings of the three National Caring Conferences*. Wayne State University Press.
- Lenoir, Y. (1996). Médiation cognitive et médiation didactique. In C. Raïsky & M. Caillot, *Au-delà des didactiques, le didactique : Débats autour de concepts fédérateurs* (p. 223-251). De Boeck université.
- Leontiev, A. N. (1984). *Activité, conscience, personnalité* (G. Dupond & G. Molinier, Trad.). Editions du Progrès.
- Lesne, M. (1977). *Travail pédagogique et formation d'adultes : Éléments d'analyse*. PUF, DL 1977.
- Lévine, J. (1994). « L'entrée par la psychologie et la psychanalyse ». *Actes de colloque Le transfert de connaissances en formation initiale et en formation continue*, Université Lyon 2, 47-52.
- Littré, E. (1873). Clinique. In *Dictionnaire de la langue française en ligne*. Hachette, version électronique créée par François Gannaz. <https://www.littre.org/definition/clinique>
- Loute, A. (2018). Comment instituer l'éthique de l'accueil? *Santé conjugée*, 84, 22-25.
- Macé, E. (2020, mai 5). Nous ne sommes pas en guerre, nous sommes en « care ». *The Conversation*. <http://theconversation.com/nous-ne-sommes-pas-en-guerre-nous-sommes-en-care-137619>
- Magioglou, T. (2008). L'entretien non directif comme modèle générique d'interactions. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 2(78), 51-65. <https://doi.org/10.3917/cips.078.0051>
- Maizières, F. (2012). Éducation musicale à l'école primaire : Quels savoirs enseignés ? *Éduquer/Former*, 43(1), 13.
- Marcelli, D. (2010). « La trans-subjectivité » ou comment le psychisme advient dans le cerveau. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 58(6), 371-378. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2009.12.002>
- Margolin, V., & Margolin, S. (2002). A "Social Model" of Design : Issues of Practice and Research. *Design Issues*, 18(4), 24-30. <https://doi.org/10.1162/074793602320827406>

- Marmande, F. (1994, novembre 11). Le désir de lire. L'université Paris-VII a pris le nom de Denis Diderot, et profité de l'occasion pour célébrer, envers et contre tout, l'amour du livre. *Le Monde.fr*. https://www.lemonde.fr/archives/article/1994/11/11/le-desir-de-lire-l-universite-paris-vii-a-pris-le-nom-de-denis-diderot-et-profite-de-l-occasion-pour-celebrer-envers-et-contre-tout-l-amour-du-livre_3843616_1819218.html
- Martineau, M., Beauchamp, G., Fournier, L., Deplanche, F., & Drolet, S. (2015). *Rehaussement des interventions en santé mentale : La démarche d'implantation du programme Je tiens la route ! Rapport de recherche*. Cégep de l'Outaouais. <https://educ.info/xmlui/bitstream/handle/11515/1546/788805-martineau-et-al-rehaussement-interventions-sante-mentale-outaouais-article-PAREA-2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1998). Maslach Burnout Inventory : Third edition. In C. P. Zalaquett & R. J. Wood (Éds.), *Evaluating stress : A book of resources* (p. 191-218). Scarecrow Press.
- Masquelet, A.-C. (2010). Médecine contemporaine et disposition au soin. In L. Benaroyo, C. Lefève, J.-C. Mino, & F. Worms, *La philosophie du soin. Éthique, médecine et société* (p. 205-217). PUF. <http://www.cairn.info/la-philosophie-du-soin--9782130582038-page-205.htm>
- Mauranges, A. (2018). Symptômes et caractéristiques du burn out. *Soins*, 63(830), 28-32. <https://doi.org/10.1016/j.soins.2018.09.006>
- Mayeroff, M. (1965). On Caring. *International Philosophical Quarterly*, 5(3), 462-474. <https://doi.org/10.5840/ipq1965539>
- McCarthy, C. (2019). La valeur du travail de care : Les nourrices à l'hôpital marseillais du Saint-Esprit (1306-1457). *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 49(1), 43-68.
- Méloni, D., & Petit, L. (2016). Du plaisir d'étudier au plaisir de travailler: *Cliopsy*, N° 15(1), 59-71. <https://doi.org/10.3917/cliop.015.0059>
- Meyronin, B. (2020, février 13). Une société du care : Un projet municipal loin d'être « nunuche ». *The Conversation*. <http://theconversation.com/une-societe-du-care-un-projet-municipal-loin-detre-nunuche-131311>
- Mias, C. (1998). *L'implication professionnelle dans le travail social*. L'Harmattan.
- Michaux, L. (2015). *Cultures et valeurs dans l'univers du soin : D'une logique de différence à une logique d'ouverture*. Seli Arslan.
- Michaux, L. (2018). *Prendre soin, care et caring : Des voies différentes : quelles approches pour quelle perspective soignante?* Seli Arslan.
- Michelat, G. (1975). Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie. *Revue française de sociologie*, 16(2), 229-247. <https://doi.org/10.2307/3321036>

- Mijolla-Mellor (De), S., Golse, B., & Missonnier, M. (2002). Recherches en psychanalyse. *Le Carnet PSY*, 71(3), 27-33.
- Molinier, P. (2011). Le care à l'épreuve du travail : Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets. In P. Paperman & S. Laugier (Éds.), *Le souci des autres : Éthique et politique du care* (p. 339-357). Éditions de l'École des hautes Études en Sciences Sociales. <http://books.openedition.org/editionsehess/11722>
- Molinier, P. (2012). Le « care » : Ambivalences et indécences. In N. Journet, *La morale : Éthique et sciences humaines* (p. 207-213). Éd. Sciences humaines.
- Molinier, P. (2013). *Le travail du care*. La Dispute.
- Molinier, P. (2018). Le care monde : Trois essais de psychologie sociale. In *Le care monde : Trois essais de psychologie sociale*. ENS Éditions. <http://books.openedition.org/enseditions/9377>
- Molinier, P., Paperman, P., & Laugier, S. (2021a). Care démocratique et démocraties du care. In *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité* (p. 36-55). Payot (œuvre originale publiée en 2009).
- Molinier, P., Paperman, P., & Laugier, S. (2021b). *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Payot (œuvre originale publiée en 2009).
- Morenon, O., Anaut, M., & Michallet, B. (2018). Vulnérabilité et vulnérabilisation en formation infirmière : Analyse thématique du discours d'un échantillon de 30 étudiants et professionnels appartenant au dispositif de formation infirmière française. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 4(4), 193-204. <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2018.10.002>
- Moriau, J. (2018). Pratiques contrastées, préoccupation commune. *Santé conjugée*, 84, 15-17.
- Morin, E. (2000). Les principes d'une connaissance pertinente. In *Les sept savoirs nécessaires à l'éducation du futur* (p. 15-21). Seuil. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000117740_fre/PDF/117740freo.pdf.multi
- Morvan, J.-S. (1988). *Représentations des situations de handicaps et d'inadaptations : Chez les éducateurs spécialisés, les assistants de service social et les enseignants spécialisés en formation*. Publications du CTNERHI.
- Morvan, J.-S. (1995). Psychologie clinique et recherche, quelles questions pour quels objets? In C. Lelièvre, S. Arzola Medina, & J. M. Cornejo Alvarez, *Dialogues sur l'éducation*. Université René Descartes Paris V : Pontifica Universidad Catolica de Chile.
- Morvan, J.-S. (2020). *Approche clinique des professions d'enseignement, d'éducation, et de soins*. L'Harmattan.
- Mosconi, N. (2000). Pour une clinique du rapport au savoir à fondation anthropologique. In N. Mosconi, J. Beillerot, & C. Blanchard-Laville (Éds.), *Formes et formations du rapport au savoir* (p. 59-115). L'Harmattan.

- Mosconi, N. (2020a). Relation d'objet et rapport au savoir. In J. Beillerot, C. Blanchard-Laville, & N. Mosconi (Éds.), *Pour une clinique du rapport au savoir* (p. 75-97). L'Harmattan (œuvre originale publiée en 1996).
- Mosconi, N. (2020b). Préface. In M.-F. Carnus, P. Buznic-Bourgeacq, D. Baillet, G. Therriault, & V. Vincent (Éds.), *Rapport(s) au(x) savoir(s) : Quels sujets, quels savoirs ?* (p. 6-11). Livres en ligne du CRIRES (dir.). <https://lel.crires.ulaval.ca/oeuvre/rapports-aux-savoirs-quels-sujets-quels-savoirs>
- Mosconi, N., Beillerot, J., & Blanchard-Laville, C. (Éds.) (2000). *Formes et formations du rapport au savoir*. L'Harmattan.
- Mouret, S. (2017). Apprendre à prendre soin. La centralité du travail dans l'éducation des chiens guides d'aveugles. *Écologie & politique*, 54(1), 87-102. <https://doi.org/10.3917/ecopo1.054.0087>
- Nadot, M. (2005). Au commencement était le « prendre soin ». 700, 37-40. [https://doi.org/10.1016/S0000-0000\(09\)54314-8](https://doi.org/10.1016/S0000-0000(09)54314-8)
- Nelson, L. J., & Padilla-Walker, L. M. (2013). Flourishing and Floundering in Emerging Adult College Students. *Emerging Adulthood*, 1(1), 67-78. <https://doi.org/10.1177/2167696812470938>
- Netter, G. (2005). *Le trouble de l'enseignant face à l'échec scolaire de l'enfant adopté : De la dynamique du secret dans l'acte d'enseigner*. Harmattan.
- Nguyen, C. T., Fournier, L., Bergeron, L., Roberge, P., & Barrette, G. (2005). Correlates of Depressive and Anxiety Disorders among Young Canadians. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(10), 620-628. <https://doi.org/10.1177/070674370505001008>
- Nizet, J. (2021). Les dispositifs de formation, vecteurs de (dé)nouement des expériences des étudiants. *Transformations - Recherches en éducation et formation des adultes*, 1(21), 17-30.
- Noël-Hureaux, E. (2015). Le care : Un concept professionnel aux limites humaines ? *Recherche en soins infirmiers*, 122(3), 7-17.
- Ogaya, C. (2017). Care et migration philippine vers le Japon : Féminisation des migrations et ses conséquences. In A. Damamme, H. S. Hirata, & P. Molinier, *Le travail entre public, privé et intime : Comparaisons et enjeux internationaux du care* (p. 67-85). L'Harmattan.
- Online etymology dictionary. (s. d.-a). *Care*. Online Etymology Dictionary. Consulté le 23 avril 2023, à l'adresse <https://www.etymonline.com/word/care>
- Online etymology dictionary. (s. d.-b). *Caring*. Online Etymology Dictionary. Consulté 23 avril 2023, à l'adresse <https://www.etymonline.com/word/caring>
- Orrock, M., & Lawler, J. (2012). La fracture du moi. La déconstruction de l'identité de rôle, conséquence de la réforme des soins de santé. In J. Lawler, *Le sens du travail infirmier : Rapports au corps, à la recherche, à l'indicible* (p. 173-183). Seli Arslan.

- Paperman, P., & Laugier, S. (Éds.). (2011). *Le souci des autres : Éthique et politique du care*. Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Parseval, C. de. (2007). De Ferenczi à Winnicott : Le « nourrisson savant » et le faux self. *Le Coq-heron*, 189(2), 122-141.
- Pastier, K., & Silva, F. (2020). Manager le care ou manager par le care. Et si on changeait de logiciel organisationnel ? *Management Avenir Sante*, 7(2), 7-11.
- Pastré, P., Mayen, P., & Vergnaud, G. (2006). La didactique professionnelle. *Revue française de pédagogie. Recherches en éducation*, 154, Article 154. <https://doi.org/10.4000/rfp.157>
- Pattaroni, L. (2011). Le care est-il institutionnalisable ? Quand la « politique du care » émousse son éthique. In P. Paperman & S. Laugier (Éds.), *Le souci des autres. Éthique et politique du care*. (p. 210). Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Paul, M. (2016). *La démarche d'accompagnement : Repères méthodologiques et ressources théoriques*. De Boeck Université.
- Pechberty, B. (2009). Formation et soin psychique : Des rencontres de hasard ou de structure ? *Cliopsy*, N° 1(1), 41-49. <https://doi.org/10.3917/cliop.001.0041>
- Petrus-Krupsky, M. (2015). L'enseignement du care en IFSI. *Recherche en soins infirmiers*, 122(3), 90-96. <https://doi.org/10.3917/rsi.122.0090>
- Piaget, J. (1977). *La construction du réel chez l'enfant* (6th ed). Delachaux et Niestlé.
- Picard, R. W. (1997). *Affective computing*. MIT Press.
- Pierron, J.-P., Vinot, D., & Chelle, É. (2018). *Les valeurs du soin : Enjeux éthiques, économiques et politiques*. Seli Arslan.
- Piot, T. (2009). Quels indicateurs pour mesurer le développement professionnel dans les métiers adressés à autrui ? *Questions vives recherches en éducation*, 5(11), 259-275. <https://doi.org/10.4000/questionsvives.622>
- Piot, T. (2015). Les ressources mobilisées par les diplômés en soins infirmiers en début de carrière. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 48(4), 103-123. <https://doi.org/10.3917/lsdle.484.0103>
- Ploog, K., Cance, C., Badin, F., & Noûs, C. (2021). Figures et construction du soin dans le parcours de soin pluridisciplinaire. *Éla. Études de linguistique appliquée*, 202(2), 193-206. <https://doi.org/10.3917/ela.202.0066>
- Plumauzille, C., & Rossigneux-Méheust, M. (2019). Le care, une « voix différente » pour l'histoire du genre. *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 49(1), 7-22.
- Pontalis, J.-B. (1983). L'insaisissable entre-deux. In *Entre le rêve et la douleur* (p. 101-115). Gallimard (œuvre originale publiée en 1973).

- Pouget, R., & Pouget, L. (2017). Troubles anxieux, de l'humeur et syndrome d'épuisement des internes en médecine : Revue de la littérature 2004 - 2014. *Journal médical libanais*, 65(1), 35-43. <https://doi.org/10.12816/0035669>
- Ranjard, P. (1984). *Les enseignants persécutés*. R. Jauze : Diffusion, Alternative.
- Rat, C., Peteuil, A., Reynaud, M., Millot, I., Carpentier, M., Soudry-Faure, A., & Denis, F. (2019). Un partenariat patients schizophrènes-soignants pour conduire un programme d'éducation en santé orale. *Santé Publique*, 31(3), 405-415. <https://doi.org/10.3917/spub.193.0405>
- Raymond, H. (1968). Analyse de contenu et entretien non-directif : Application au symbolisme de l'habitat. *Revue française de sociologie*, 9(2), 167-179. <https://doi.org/10.2307/3320589>
- Raynal, F., Rieunier, A., & Postic, M. (2014). *Pédagogie, dictionnaire des concepts clés : Apprentissage, formation, psychologie cognitive* (10e édition). ESF Editeur.
- Resweber, J.-P. (2017). *Les pédagogies nouvelles*. PUF. <http://www.cairn.info/les-pedagogies-nouvelles--9782130798521.htm>
- Revault d'Allonnes, C. (1999). *La démarche clinique en sciences humaines : Documents, méthodes, problèmes* (Éd. mise à jour). Dunod (œuvre originale en 1989).
- Revault D'Allonnes, C. (2014). Psychologie clinique et démarche clinique. In O. Douville, *Les méthodes cliniques en psychologie* (p. 43-55). Dunod.
- Rey, A. (Éd.). (1992). *Dictionnaire historique de la langue française : Contenant les mots français en usage et quelques autres délaissés avec leur origine*. Dictionnaire Le Robert.
- Richardson, J. I. (2001). *Guide sur le traumatisme vicariant : Solutions recommandées pour les personnes luttant contre la violence*. Agence de santé publique du Canada.
- Ricoeur. (2008). *Autour de la psychanalyse, Tome 1*. Éditions du Seuil. <https://doi.org/10.14375/NP.9782020964258>
- Ricoeur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Éditions du Seuil. <http://banq.pretnumerique.ca/accueil/isbn/9782021144864>
- Rinaudo, J.-L. (2002). Sur l'emploi de la notion rapport au savoir. *Perspectives documentaires en éducation*, 55-56, 95-98.
- Rinaudo, J.-L. (2015). Analyse clinique des pratiques en formation et professionnalisation. In J.-Y. Bodergat & P. Buznic-Bourgeacq, *Des professionnalités sous tension. Quelles (re)constructions dans les métiers de l'humain?* (Éds.) (p. 109-120). De Boeck Supérieur. <http://www.cairn.info/des-professionnalites-sous-tension--9782804190644-page-109.htm>
- Rinaudo, J.-L. (2020). Sur et pour... mais pas avec. Recherches doctorales sur le numérique en éducation. *Questions Vives. Recherches en éducation*, (33). <https://doi.org/10.4000/questionsvives.4583>

- Rogers, C. R. (1945). The non-directive method as a technique for social research. *American Journal of Sociology*, 50(4), 279-283.
- Rogers, C. R., Richon, H.-G., Kirschenbaum, H., & Henderson, V. L. (2013). *L'approche centrée sur la personne*. Ambre éditions.
- Roman-Ramos, V.-P., & Eymard, C. (2011). Rapport au savoir et formation : Quand une infirmière s'engage dans un cursus universitaire. *Recherche & formation*, 66(1), 37-48.
- Romo, L., Nann, S., Scanferla, E., Esteban, J., Riazuelo, H., & Kern, L. (2019). La santé des étudiants à l'université comme déterminant de la réussite académique. *Revue québécoise de psychologie*, 40(2), 187-202. <https://doi.org/10.7202/1065909ar>
- Rotenstein, L. S., Ramos, M. A., Torre, M., Segal, J. B., Peluso, M. J., Guille, C., Sen, S., & Mata, D. A. (2016). Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students : A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 316(21), 2214. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.17324>
- Rothier Bautzer, É. (2013). *Le care négligé les professions de santé face au malade chronique*. De Boeck-Estem.
- Rothier Bautzer, É. (2014a). Care et profession infirmière. *Recherche et formation*, 76, 93-106 <https://doi.org/10.4000/rechercheformation.2252>
- Rothier Bautzer, É. (2014b). Rendre possible l'autonomisation, « sale boulot relationnel » ou care ? *Recherche et formation*, 76, 9-18. <https://doi-org.ezproxy.normandie-univ.fr/10.4000/rechercheformation.2218>
- Rothier Bautzer, É. (2017). Guérir une maladie ou « prendre soin » d'une personne ? *Phronesis*, 6(3), 14-23.
- Roy, M., & Robinette, L. (2005). *Le Caring. Démarche d'actualisation en milieu clinique*. Editions de l'Hôpital Sainte-Justine. <http://banq.pretnumerique.ca/accueil/isbn/9782896196647>
- Sabot, P. (2020, novembre 15). La santé de chacun dépend de notre capacité à prendre soin des autres. *The Conversation*. <http://theconversation.com/la-sante-de-chacun-depend-de-notre-capacite-a-prendre-soin-des-autres-148934>
- Safon, M.-O. (2021). *Les réformes hospitalières en France : Aspects historiques et réglementaires* (p. 68). Irdes. <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-hospitalieres-en-france.pdf>
- Salamin, C. (2021). Le confort du thérapeute au service de la thérapie. *Thérapie Familiale*, 42(1), 9-22. <https://doi.org/10.3917/tf.211.0009>
- Santiago Delefosse, M., & Del Rio Carral, M. (2017). *Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé*. Dunod.

- Sapir, M. (1979). Trouble fonctionnel ou trouble de la relation? *Revue de médecine psychosomatique et de psychologie médicale*, 21(4), 417-543.
- Séguret, S. (2020). Se laisser atteindre, être atteint : La « fonction d'altérance » au cœur du métier de soignant. *La psychiatrie de l'enfant*, 63(2), 119-133.
- Séverin, P., & Gabriel, G. (2021). Des petits riens mis bout à bout. *Empan*, 121(1), 102-113.
- Shankland, R., Gayet, C., & Richeux, N. (2022). *La santé mentale des étudiants : Approches innovantes en prévention et dans l'accompagnement, un état des lieux*. Elsevier Masson.
- Silva, F., & Lacan, A. (2020). *Repenser le management : Pour une régulation collégiale des communautés de travail*. Management Prospective Edition.
- Slama, B. (1999). La question du contre-transfert dans la recherche. In C. Revault D'allonnes (Éd.), *La démarche clinique en sciences humaines* (p. 139-153). Dunod.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health : A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 1-13.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Soulé, M. (2008). La vocation à s'occuper du bébé. In A. Braconnier & B. Golse, *Bébés agressifs, bébés agressés* (Vol. 2, p. 11-25). Érés.
http://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=ERES_GOLSE_2008_03_0011&download=1
- Spitz, E., Costantini, M.-L., & Baumann, M. (2007). Détresse psychologique et stratégies de coping des étudiants en première année universitaire. *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 7(3), 217-225.
- Stern, D. N. (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson : Une perspective psychanalytique et développementale*. PUF.
- Stoetzel, J. (1952). La connaissance des opinions. In H. Pieron, *Traité de psychologie appliquée: Vol. Tome II* (p. 303-339). PUF.
- Strenna, L., Chahraoui, K., & Vinay, A. (2009). Santé psychique chez les étudiants de première année d'école supérieure de commerce : Liens avec le stress de l'orientation professionnelle, l'estime de soi et le coping. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 38(2).
<https://doi.org/10.4000/osp.1902>
- Supiot, A. (2020). *La gouvernance par les nombres : Cours au Collège de France, 2012-2014*. Pluriel.
- Svandra, P. (2011). Le soin sous tension? *Recherche en soins infirmiers*, 4(107), 23-37.
- Svandra, P. (2013). Éthique du cadre, éthique du care. *Soins Cadres*, 22(85), 20-22.
<https://doi.org/10.1016/j.scad.2012.12.009>

- Svandra, P. (2018). La qualité, un souci éthique pour prendre soin. *Soins*, 63(824), 41-43. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2018.02.009>
- Svandra, P. (2019). Recherche en soins : Expliquer ou comprendre ? *Santé mentale, Hors-série*, 6-10.
- Tardif, M., & Lessard, C. (1999). *Le travail enseignant au quotidien : Contribution à l'étude du travail dans les métiers et les professions d'interactions humaines*. De Boeck; Presses de l'Université Laval.
- Thouroude, L. (2022a). L'entre-deux dans toutes ses dimensions. In *Prévenir les handicaps et les violences* (p. 21-84). Champ social.
- Thouroude, L. (2022b). *Prévenir les handicaps et les violences : La posture de l'entre-deux en éducation*. Champ social.
- Tillard-Cassar, B. (2014). Professionnels de santé. In J. Beillerot & N. Mosconi, *Traité des sciences et des pratiques de l'éducation* (p. 341-350). Dunod.
- Tisseau, V. (2019). À l'ombre des familles, les nénènes à Madagascar aux XIXe et XXe siècles. *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 49(1), 155-165.
- Tisseron, S., & Bass, H.-P. (2011). L'empathie, au cœur du jeu social. *Le Journal des psychologues*, 286(3), 20-23. <https://doi.org/10.3917/jdp.286.0020>
- Tochon, F. (1992). Les savoirs de recherche sont-ils pratiques ? *Recherche & formation*, 11(1), 33-50. <https://doi.org/10.3406/refor.1992.1082>
- Torneberg, M.-A. (2018). Soigner dans la dignité. *Soins*, 63(824), 35-37. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2018.02.007>
- Touraine, A. (1974). *Pour la sociologie*. Éditions du Seuil.
- Tronto, J. C. (1993). *Moral boundaries : A political argument for an ethic of care*. Routledge.
- Tronto, J. C. (2009). *Un monde vulnérable : Pour une politique du care* (H. Maury, Trad.). La Découverte (œuvre originale publiée en 1993).
- Tronto, J. C., & Fisher, B. (1990). Toward a feminist theory of care. In E. K. Abel & M. K. Nelson, *Circles of care : Work and identity in women's lives* (p. 36-54). State University of New York Press.
- Truchis-Ramière, V. de, Lacaze, B., Garreau, C., Bardies, V., Bazan, J.-L., Cialdini, M.-C., Guiraud, V., Moraine, B., Duboy, L., Servant, F., Labat, V., & Esquirol, L. (2021). Ces petits riens qui soignent. *Empan*, 121(1), 94-101.
- Truchot, D. (2004). *Épuisement professionnel et burnout : Concepts, modèles, interventions*. Dunod.
- Turkle, S. (2011). *Alone together : Why we expect more from technology and less from each other*. Basic Books.
- Vaccaro, S. (2018). Prendre soin dans les organisations soignantes, un défi. *La Revue de l'Infirmière*, 67(243), 45-46. <https://doi.org/10.1016/j.revinf.2018.07.015>

- Valabrega, J.-P. (1962). *La relation thérapeutique : Malade et médecin*. Flammarion.
- Vasquez, L., & Laupies, V. (2006). L'éthique systémique telle que l'a vécue et transmise Luis Vasquez. *Thérapie Familiale*, 27(3), 219-227. <https://doi.org/10.3917/tf.063.0219>
- Verger, P., Guagliardo, V., Gilbert, F., Rouillon, F., & Kovess-Masfety, V. (2010). Psychiatric disorders in students in six French universities : 12-month prevalence, comorbidity, impairment and help-seeking. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(2), 189-199. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0055-z>
- Vernay, C. (2018). L'empathie, un élément clé dans la relation de soin. *Soins*, 63(824), 47-50. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2018.02.011>
- Vial, M., & Caparros-Mencacci, N. (2007). Perspectives. Quelle recherche pour former à l'accompagnement professionnel ? *Pédagogies en développement*, 301-315.
- Villers, D. (1996). Des savoirs, des outils, des pratiques. In J. Beillerot, C. Blanchard-Laville, & N. Mosconi (Éds.), *Pour une clinique du rapport au savoir* (p. 283-300). L'Harmattan.
- Wade, G. H. (2004). A model of the attitudinal component of professional nurse autonomy. *The Journal of Nursing Education*, 43(3), 116-124. <https://doi.org/10.3928/01484834-20040301-06>
- Wanecq, C.-A. (2019). Entre le transporteur et l'infirmière : Conflits de genre autour de la définition d'un care ambulancier (1939-1973). *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 49(1), 115-135.
- Watson, J. (1998). *Le caring : Philosophie et science des soins infirmiers* (C. Waingnier, L. Caas, & J. Bonnet, Trad.). Seli Arslan.
- Winnicott, D. W. (1969a). La préoccupation maternelle primaire. In *De la pédiatrie à la psychanalyse* (p. 168-174). Payot (œuvre originale publiée en 1956).
- Winnicott, D. W. (1969b). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Payot (œuvre originale publiée en 1956).
- Winnicott, D. W. (1969c). Le développement affectif primaire. In *De la pédiatrie à la psychanalyse* (p. 33-47). Payot (œuvre originale publiée en 1956).
- Winnicott, D. W. (1971a). *Jeu et réalité : L'espace potentiel* (C. Monod & J.-B. Pontalis, Trad.). Gallimard.
- Winnicott, D. W. (1971b). La créativité et ses origines. In C. Monod & J.-B. Pontalis (Trad.), *Jeu et réalité : L'espace potentiel* (p. 127-161). Gallimard.
- Winnicott, D. W. (1980). *Processus de maturation chez l'enfant : Développement affectif et environnement* (J. Kalmanovitch, Trad.). Payot (œuvre originale publiée en 1965).
- Winnicott, D. W. (1988a). *Conversations ordinaires* (B. Bost, Trad.). Gallimard.
- Winnicott, D. W. (1988b). Cure. In B. Bost (Trad.), *Conversations ordinaires* (p. 123-133). Gallimard.
- Winnicott, D. W. (2000). Entre la mère et l'enfant : Expérience de l'échange. In J. Kalmanovitch & M. Gribinski (Trad.), *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Gallimard (œuvre originale publiée en 1969).

- Winnicott, D. W. (2015). Cure. In F. Worms & C. Marin (Éds.), *À quel soin se fier ? Conversations avec Winnicott*. PUF. <http://www.cairn.info/a-quel-soin-se-fier--9782130631453.htm>
- Worms, F. (2010). *Le moment du soin*. PUF. <https://doi.org/10.3917/puf.worms.2010.01>
- Yelnik, C. (2005). L'entretien clinique de recherche en sciences de l'éducation. *Recherche et Formation*, 50, 133-146. <https://doi.org/10.3406/refor.2005.2107>
- Younes, M., & Molinier, P. (2017). Le « familialisme », au-delà de la fausse conscience : Une analyse à partir de récits de travailleuses domestiques (Colombie, Liban). In A. Damamme, H. S. Hirata, & P. Molinier, *Le travail entre public, privé et intime : Comparaisons et enjeux internationaux du care* (p. 89-115). L'Harmattan.
- Zappi, L. (2019). Comment être « l'amie » des familles populaires : La relation de care chez les assistantes sociales de l'entre-deux-guerres, entre vocation et formation. *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 49(1), 93-113.
- Zawieja, P. (2017). Fatigue compassionnelle : Quand l'empathie se retourne contre le soignant. *Soins Cadres*, 26(103), 59-61. <https://doi.org/10.1016/j.scad.2017.06.013>
- Zawieja, P. (2018). Devenir soignant : Choix, vocation ou prédestination ? *Soins Cadres*, 27(106), 59-61. <https://doi.org/10.1016/j.scad.2018.03.013>
- Zielinski, A. (2021). La compassion face à l'inquiétante étrangeté : Lorsque la ressemblance avec l'autre ne va pas de soi. In P. Bégue & Z. Zarié, *Soin et compassion* (p. 79-87). Hermann. <https://www.cairn.info/soin-et-compassion--9791037008732-p-79.htm>
- Zorman, M. (1998). *Le mal-être étudiant : Cause ou conséquence de l'échec à l'université. Rapport d'enquête*. Centre de santé Inter-Universitaire.

Podcasts

- Becard, C., & Delvaux, E. (Réalisateurs). (2019, décembre 15). Cynthia Fleury : « On a appliqué la division du travail aux soins, sauf que le soin est indivisible ». In *L'invité du week-end*. France inter. <https://www.franceinter.fr/emissions/l-invite-du-week-end/l-invite-du-week-end-15-decembre-2019>
- Rebeihi, A. (Réalisateur). (2020, mars 26). Après le confinement et la crise du Covid-19 : Quelle société pour demain ? In *Emission "Grand Bien vous fasse"*. France inter. <https://www.franceinter.fr/societe/apres-le-confinement-et-la-crise-du-covid-19-quelle-societe-pour-demain>

TABLE DES MATIÈRES

<i>Résumé</i>	- 2 -
<i>Abstract</i>	- 3 -
<i>Remerciements</i>	- 4 -
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	- 7 -
PREMIÈRE PARTIE : DES ÉLÉMENTS CONTEXTUELS À L'ÉMERGENCE PROGRESSIVE D'UN OBJET DE RECHERCHE.....	- 10 -
1. Le contexte : une thématique de recherche actuelle.....	- 10 -
1.1 Prendre soin aujourd'hui dans nos organisations soignantes : un défi contemporain permanent	- 10 -
1.2 Le prendre soin ...et la pandémie mondiale de COVID-19	- 11 -
1.3 Un futur professionnel du soin engagé dans le souci de l'Autre	- 13 -
1.4 Un investissement psychique nécessaire associé à la sublimation et au rapport au savoir	- 15 -
1.5 Un apprentissage du care basé sur l'harmonisation théorie-pratique des concepts du « soi- perçu » et du « soi-vécu ».....	- 16 -
2. De l'engagement à la distanciation, histoire d'une praticienne-chercheuse.....	- 18 -
2.1 Du parcours professionnel vers le rapport au prendre soin	- 18 -
2.2 Un rapport nostalgique au savoir.....	- 20 -
2.3 Le choix de la démarche clinique d'orientation psychanalytique	- 21 -
2.3.1 <i>Réflexions épistémologiques</i>	- 21 -
2.3.2 <i>Un choix conscient de la dimension psychique inconsciente du sujet</i>	- 23 -
2.3.3 <i>Subjectivité de la chercheuse</i>	- 23 -
2.4 De l'action vers la recherche, une nouvelle posture de praticienne-chercheuse	- 25 -
3. Un État de l'art lamellaire : regards croisés sur le prendre soin et le rapport au savoir	- 26 -
3.1 Des recherches bibliographiques sur les thèmes du prendre soin et du care	- 27 -
3.1.1 <i>Présentation et argumentation des méthodes choisies à visée du corpus documentaire</i>	- 27 -
3.1.2 <i>Focus sur les thèses en sciences de l'éducation et de la formation sur le prendre soin et le care</i>	- 28 -
3.1.3 <i>Une recherche méthodique francophone scientifique à partir de Cairn</i>	- 34 -
3.2 Autour de la fonction soignante	- 46 -
3.2.1 <i>Des métiers « de la relation », « de l'interaction humaine », « adressés à autrui » ou « du lien » ?</i>	- 46 -

3.2.2 L'évolution de la fonction soignante en France	48 -
3.2.3 Être professionnel du soin aujourd'hui : du mythe, au rêve...à la réalité ? ..	51 -
3.2.4 Exercer dans l'incertitude ou plaisir et souffrance dans le travail	54 -
3.2.5 La fabrication du soignant, tension entre universitarisation et formation	58 -
3.3 Le prendre soin ou care, cœur de métier d'un professionnel d'un métier du lien	61 -
3.3.1 Du sens du soin au prendre soin	61 -
3.3.2 Prendre soin, care et caring des voies différentes.....	66 -
3.3.3 Travail de care et histoire du genre, entre public, privé et intime	80 -
3.3.4 L'approche par les « petits riens » ou l'art du prendre soin.....	85 -
3.3.5 L'éthique du care, au fondement du sanitaire et du social.....	89 -
SYNTHÈSE : Le care, un concept ou une notion loin d'être consensuelle.....	91 -
3.4 Savoir et rapport au savoir.....	93 -
3.4.1 De l'apprentissage en passant par l'apprenance au rapport au savoir	93 -
3.4.2 Différentes approches du rapport au savoir.....	94 -
3.4.3 Genèse d'un concept : perspectives historiques.....	95 -
3.4.4 Construction d'une définition, de ses prolongements jusqu'à ses variantes ..	98 -
3.4.5 Quelques éléments de controverse	102 -
3.4.6 Les modes d'opérationnalisation du rapport au savoir	104 -
3.4.7 L'approche socio-anthropologique et le « rapport à l'apprendre »	104 -
3.4.8 L'approche anthropologique et l'objet de savoir identifié.....	105 -
3.4.9 L'approche didactique dans les rapports aux savoirs des élèves et des enseignants	106 -
3.5.10 Focus sur l'approche clinique et le désir de savoir	108 -
3.4.11 Désir, désir de savoir, désir d'apprendre.....	109 -
3.5 Et la formation au care pour les futurs praticiens ?	113 -
3.5.1 Formation, soin psychique et care	113 -
3.5.2 Quelle place pour les savoirs d'expérience dans les formations du soin et de l'accompagnement ?.....	116 -
3.5.3 Zoom sur les référentiels des métiers du lien	122 -
3.5.4 « Mon premier c'est désir, mon deuxième du plaisir, mon troisième c'est souffrir... ».....	126 -
SYNTHÈSE : Des variations fécondes autour du rapport former/soigner.....	133 -
CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE : PROBLÉMATIQUE ET QUESTION DE RECHERCHE	135 -

DEUXIÈME PARTIE : DE LA CONSTRUCTION DE LA MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE Â	
L'ANALYSE DES RÉSULTATS	- 139 -
1. Le protocole d'enquête.....	- 139 -
1.1 Les objectifs principaux et les résultats attendus.....	- 139 -
1.2 Le type d'étude et sa justification : une méthodologie qualitative clinique	- 139 -
1.2.1 De la psychologie à la démarche clinique.....	- 140 -
1.2.2 La démarche clinique en sciences de l'éducation et de la formation	- 141 -
1.3 Le choix de la méthode et des outils	- 142 -
1.3.1 La stratégie d'enquête : le choix de l'entretien dit non-directif ou entretien clinique à visée de recherche.....	- 142 -
1.3.2 Le processus de mise en œuvre du règlement général de protection des données ..	
.....	- 144 -
1.4 La question de la représentativité, le choix de la population cible	- 145 -
1.4.1 Représentativité et diversification de l'échantillon	- 145 -
1.4.2 Traduire l'échantillon en personnes interrogées	- 146 -
1.5 La passation de l'enquête	- 147 -
1.5.1 Nature de l'échange enquêteuse - enquêté.e	- 147 -
1.5.2 Au commencement la consigne.....	- 148 -
1.5.3 Ecouter, prendre le temps, utiliser le silence	- 149 -
1.5.4 La composition finale du corpus	- 150 -
1.5.5 Les limites de l'outil d'enquête : le flou dans le rapport interviewé-interviewer et la question de la domination	- 151 -
2. La méthode d'analyse des données empiriques	- 152 -
2.1. Une première étape d'analyse des données : des catégorisations thématique et de l'énonciation.....	- 152 -
2.2 Une deuxième étape d'analyse lexicale des données brutes.....	- 154 -
CONCLUSION DE LA DEUXIÈME PARTIE.....	- 155 -
TROISIÈME PARTIE : DE L'ANALYSE DES RÉSULTATS A LA DISCUSSION	- 156 -
1. Quelques figures emblématiques du corpus	- 156 -
1.1 Maylis, un objet savoir à incorporer.....	- 156 -
1.1.1 Du choix de la profession d'infirmière à la juste distance	- 157 -
1.1.2 Un prendre soin transmis centré sur le soin relationnel	- 159 -
1.1.3 Le travail sur soi comme prérequis au soin des autres	- 162 -
1.1.4 En conclusion	- 164 -

1.2 Anne-Laure ou l'inquiétante étrangeté, lorsque la ressemblance avec l'autre ne va pas de soi	- 165 -
1.2.1 Un dispositif de formation vecteur de dénouement de l'expérience de l'apprenante en travail social	- 166 -
1.2.2 La reconnaissance de l'autre comme préalable de la relation	- 170 -
1.2.3 Se laisser toucher sans être envahi.....	- 171 -
1.2.4 En conclusion	- 173 -
1.3 Corentine, un prendre soin sous forme d'accordage affectif soignant- soigné.....	- 174 -
1.3.1 Un mouvement d'attachement-détachement en mode de dialogue tonico-émotionnel	- 175 -
1.3.2 Le prendre soin entre pairs, une forme de holding collectif ?.....	- 177 -
1.3.3 Les « petits riens » du prendre soin.....	- 179 -
1.3.4 Souci de soi, respect de soi, pratiques de soi	- 180 -
1.3.5 En conclusion	- 182 -
CONCLUSION DES TROIS ANALYSES INDIVIDUELLES : OSER LA RELATION	- 183 -
2. Un apprentissage composé d'une triade capacitaire au service d'un espace d'entre-deux du care	- 184 -
2.1 Un care qui s'éloigne des définitions du soin.....	- 184 -
2.1.1 Une notion imprécise désignant une approche multidisciplinaire	- 184 -
2.1.2 Les quatre phases du care	- 187 -
2.1.3 De l'espace de négociation à l'espace d'entre-deux du care	- 189 -
2.2 Des capacités spécifiques au service de l'apprentissage du care.....	- 191 -
2.2.1 La capacité de réserve	- 191 -
2.2.2 La capacité de recherche.....	- 193 -
2.2.3 La capacité de sollicitude	- 194 -
2.3 Un phénomène d'apprentissage du care s'appuyant sur quatre opérateurs ou effets ...	- 196 -
2.3.1 L'effet d'acceptance	- 197 -
2.3.2 L'effet représentance	- 199 -
2.3.3 L'effet reliance.....	- 203 -
2.3.4 L'effet aidance	- 206 -
2.4 Le schéma de l'espace d'entre-deux du care	- 209 -
2.5 Un espace d'entre-deux du care en tant que caractère remarquable de l'apprentissage.....	- 210 -
2.5.1 Un concept d'entre-deux multidimensionnel	- 210 -

2.5.2 Une transmission psychique inconsciente au cœur de l'espace d'entre-deux du care	211 -
CONCLUSION DE LA TROISIÈME PARTIE	213 -
CONCLUSION GÉNÉRALE : LA PROFESSIONNALISATION PAR L'APPRENTISSAGE DU CARE, VERS L' « IMPOSSIBLE » ET AU-DELÀ	215 -
1. Du retour sur la problématique au bilan heuristique	215 -
2. Perspectives pour la formation, les pratiques et la recherche.....	216 -
3. Bilan personnel.....	219 -
4. En guise de conclusion : Accompagner le passage... ..	220 -
BIBLIOGRAPHIE	221 -
TABLE DES MATIÈRES	250 -
Liste des sigles utilisés	256 -
Table des tableaux.....	257 -
Table des figures	258 -
Annexe 1 : Réformes hospitalières de 1976 à 2021	I
Annexe 2 : Thèses en sciences de l'éducation et de la formation sur le care et le prendre soin	III
Annexe 3 : Identification du corpus de la recherche méthodique	VI
Annexe 4 : Analyse lexicale du corpus de la recherche méthodique	X
4.1 Propriétés.....	X
4.2 Extraits du lexique général	XI
4.3 Tables lexicales	XIII
4.4 Concordances et cooccurrences.....	XIV
Annexe 5 : Méthodologie de l'enquête empirique	XXI
5.1 Repérage des enjeux des consentements : le consentement éclairé des acteurs	XXI
5.2 Sécurisation et conservation des données.....	XXII
5.3 Types d'établissements de formation investigués et répartition géographique de l'enquête	XXIII
Annexe 6 : Verbatims des locuteurs (n=15).....	XXIV
6.1 Céline étudiante en soins infirmiers en première année	XXIV
6.2 Maylis étudiante en soins infirmiers en première année	XXXVII
6.3 Manon étudiante en soins infirmiers en troisième année	XLIII
6.4 Damien étudiant manipulateur en électroradiologie médicale en deuxième année.....	LIII
6.5 Amina étudiante manipulatrice en électroradiologie médicale en deuxième année... ..	LXVIII
6.6 Ryzelenne étudiante manipulatrice en électroradiologie médicale en troisième année	LXXVIII

6.7 Isabella étudiante en psychomotricité en troisième année.....	LXXXVII
6.8 Corentine étudiante en psychomotricité en troisième année	XCVI
6.9 Gabrielle étudiante en psychomotricité en deuxième année	CV
6.10 Anne-Laure étudiante assistante en service social en troisième année.....	CXXI
6.11 Rosa étudiante éducatrice spécialisée en deuxième année	CXXVIII
6.12 Mélissa étudiante éducatrice de jeunes enfants en deuxième année.....	CXXXVIII
6.13 Virginie étudiante éducatrice de jeunes enfants en deuxième année.....	CXLV
6.14 Hugues infirmier diplômé d'état (promotion 2017-2020).....	CLIV
6.15 Marine masseur-kinésithérapeute diplômée d'état (promotion 2016-2020)	CLXII
Annexe 7 : Analyse lexicale des entretiens de recherche.....	CLXXI
7.1 Propriétés du corpus empirique	CLXXI
7.2 Extraits du lexique général	CLXXII
7.3 Dimensions de la partition.....	CLXXIX
7.4 Tables lexicales	CLXXX
7.4 bis Dénomination de la personne prise en charge	CLXXXVII
7.5 Concordances	CLXXXVIII
7.5.1 Concordances du terme « prendre soin ».....	CLXXXVIII
7.5.2 Concordances du terme « choses ».....	CXCVIII
7.5.3 Concordances du terme « même ».....	CCI
7.5.4 Extraits des concordances du terme « on ».....	CCX
7.6 Classification	CCXIII
7.7 Index : requêtes et étiquettes morphosyntaxiques après lemmatisation	CCXIV
7.8 Analyse factorielle des correspondances.....	CCXXI
7.9 Spécificités des parties	CCXXII

Liste des sigles utilisés

AES	Accident d'exposition au sang
ANdEP	Association Nationale des Directeurs d'Écoles Paramédicales
APP	Analyse des pratiques professionnelles
BTA	Brevet de technicien agricole
BTS	Brevet de technicien supérieur
CHU	Centre hospitalier universitaire
CNU	Conseil National des Universités
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019
CREF	Centre de Recherche Éducatives et Formation
CSV	<i>Comma separated values</i>
DPO	Délégué à la protection des données
EAS	Étudiant assistant en service social
EBM	<i>Evidence-based medicine</i>
EBN	<i>Evidence-based nursing</i>
EBP	<i>Evidence-based practice</i>
ECTS	<i>European credits transfer system</i>
EEJE	Étudiant éducateur de jeunes enfants
EES	Étudiant éducateur spécialisé
EI	Étudiant en soins infirmiers
EMEM	Étudiant manipulateur en électroradiologie médicale
ENT	Environnement numérique de travail
EP	Étudiant en psychomotricité
ESCOL	Laboratoire Éducation, Socialisation et Collectivités Locales
ETP	Éducation thérapeutique du patient
IDE	Infirmier diplômé d'état
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IPA	Infirmier en pratique avancée
KDE	Masseur-kinésithérapeute diplômé d'état
LMD	Licence-master-doctorat
MMOPK	Médecine-maïeutique-odontologie-pharmacie-kinésithérapie
PACES	Première année commune aux études en santé
PASS	Parcours d'accès spécifique santé
PCEM	Premier cycle des études médicales
RGPD	Règlement général sur la protection des données
SEPS	Syndrome d'épuisement professionnel des soignants
SHS	Sciences humaines et sociales
T2A	Tarifification à l'activité

Table des tableaux

Tableau 1 : Indicateurs choisis pour la composition du corpus de recherche documentaire	- 35 -
Tableau 2 : Fichier Metadata regroupant les 4 parties	- 38 -
Tableau 3 : Lexique du prendre soin et du care	- 39 -
Tableau 4 : Concordances du terme "travail"	- 40 -
Tableau 5 : Lexique des résumés des articles scientifiques	- 41 -
Tableau 6 : Lexique des acteurs.....	- 42 -
Tableau 7 : Famille du mot " soin " [frlemma="soi.*"]	- 43 -
Tableau 8 : Famille du mot " social" [frlemma="soci.*"]	- 44 -
Tableau 9 : Tableau d'analyse du terme care proposé par Tronto (1993/2009, p. 147) et Rothier Bautzer (2014a, p. 101)	- 76 -
Tableau 10 : Synthèse des approches de la notion de "rapport au savoir" (Caillot, 2014, p. 7)	- 94 -
Tableau 11 : Critères d'inclusion et de non-inclusion pour la population cible	- 146 -
Tableau 12 : Nombre, type d'apprenants et de néo-professionnels rencontrés.....	- 150 -
Tableau 13 : Extrait du lexique de Maylis (verbes à l'infinitif)	- 160 -
Tableau 14 : Nombre d'occurrences des familles de mots "savoir et "apprendre" pour Maylis	- 161 -
Tableau 15 : Concordances du "prendre soin" dans le discours de Maylis	- 164 -
Tableau 16 : Nombre d'occurrences pour les familles de mots "accueil" et "accompagnement" pour Anne-Laure	- 167 -
Tableau 17 : Dénomination de la personne prise en soin pour Anne-Laure	- 171 -
Tableau 18 : Nombre d'occurrences pour la famille du mot "soin" chez Corentine	- 176 -
Tableau 19 : Nombre d'occurrences pour les familles des mots "accueil" et "accompagnement" chez Corentine.....	- 176 -
Tableau 20 : Concordances du terme "choses" pour Corentine	- 180 -
Tableau 21 : Nombre d'occurrences des verbes à l'infinitif du corpus.....	- 185 -
Tableau 22 : Extrait des concordances du mot "choses" pour Corentine et Marine	- 186 -
Tableau 23 : Spécificités des 15 parties pour les termes "choses" et "chose"	- 187 -
Tableau 24 : Nombre d'occurrences de "quand même" pour le corpus.....	- 194 -
Tableau 25 : Dénomination de la personne prise en soin ou accompagnée par les 15 locuteurs....	- 199 -
Tableau 26 : Concordances des termes "lien" et "liens" pour le corpus	- 203 -
Tableau 27 : Nombre d'occurrences pour les termes "stage" et "stages" selon les locuteurs.....	- 206 -

Table des figures

Figure 1 : L'expérience globale de l'apprentissage du care (Krol, 2010 ; Sanches, 2018)	- 17 -
Figure 2 : Nombre de références à la requête « prendre soin » sur Google pour la période 1960-2022	- 29 -
Figure 3 : Nombre de références à la requête « prendre soin » sur Google Scholar pour la période 1960-2022.....	- 29 -
Figure 4 : État des lieux de la recherche scientifique sur le prendre soin et le care à partir de la base de données Cairn sur la période 2015-2020.....	- 36 -
Figure 5 : Répartition des parties 1, 2, 3 et 4 du corpus de recherche.....	- 42 -
Figure 6 : Analyse factorielle des correspondances du corpus empirique	- 190 -
Figure 7 : L'espace d'entre-deux du care chez un sujet-apprenant (Sanches, 2023), inspiré de Morvan (1988) et Thouroude (2022)	- 209 -

Rapport au savoir et care : regard psychanalytique sur l'apprentissage du care chez un apprenant d'un métier du lien

L'objet de cette recherche est d'explorer le travail psychique mobilisé dans l'apprentissage du care chez un sujet-apprenant d'un métier du lien, avec l'hypothèse d'un entremêlement entre rapport au savoir et apprentissage. Sujet intemporel d'actualité et enjeu sociétal, le care a fait l'objet de nombreuses théorisations présentant cependant des divergences, à la fois au niveau de sa définition et de ses attributs que de son processus. Une recherche méthodique francophone scientifique à partir de Cairn sur le prendre soin et le care entre 2015 et 2020 étaye le cadre théorique et termine la première partie. En outre, la production de savoirs renvoyant à l'idée d'une relation à un « objet savoir » en tant qu'objet de satisfaction et de plaisir (Mosconi, 1996), il est montré dans la deuxième partie de l'état des lieux de la littérature, comment le rapport au savoir peut induire des formes particulières d'apprentissage et de construction de savoirs qui, en retour modifient le rapport au savoir. Questionnant son rapport à l'objet de recherche, l'auteure soignante-chercheuse inscrit ce travail dans une approche clinique d'orientation psychanalytique. Quinze entretiens non-directifs réalisés en visio-conférence en France d'apprenants auxiliaires médicaux ou en travail social, de niveau de formation et de territoire différents, ainsi que de néoprofessionnels, sont étudiés à l'aide d'une analyse thématique puis lexicale, cette dernière étant effectuée par le logiciel TXM (Heiden et al, 2010).

L'entre-deux de la rencontre (Thouroude, 2022) avec des personnes dépendantes, vulnérables, isolées, suppose, de la part du sujet-apprenant, un travail psychique intérieur consistant à reconnaître ses propres peurs, ses propres blessures, oser les partager, et (re) sentir comment évoluer à travers elles. Résister à la tentation d'emprise sur l'autre est également un aspect mis en lumière dans les résultats, ce travail sur soi devant être réalisé en permanence par le futur professionnel de la relation. Le rapport au savoir reste omniprésent dans les discours des étudiants empruntant de multiples formes, mais en orientant l'ensemble des activités psychiques du sujet-apprenant de façon à atteindre le plaisir ou la satisfaction. Un entre-deux du care comme passage évoquant l'idée, au sens psychanalytique, d'un espace symbolique, d'un écart, d'une tension maintenue entre conscient et inconscient, résulte de l'analyse du contenu, cet espace reposant sur trois capacités s'articulant autour de quatre axes et quatre effets. En conclusion, une définition de cet espace, lieu de transaction et de médiation, est avancée et des propositions pour sa prise en compte dans la formation des apprenants de métiers du lien à la rencontre avec l'altérité, sont formulées.

Mots clés : Rapport au savoir ; Formation professionnelle ; Métier du lien ; Théories du care ; Processus psychiques inconscients.

Relationship to knowledge and care: a psychoanalytical look at the learning of care in a learner of a link profession

The purpose of this research is to explore the psychic work mobilized in the learning of care in a subject-learner of a link profession, with the hypothesis of an interconnecting relationship between knowledge and learning. A timeless subject of current interest and a societal issue, care has been and still is the subject of numerous theories, but views differ on its definition, its attributes and its process. A scientific francophone methodical research from Cairn on care between 2015 and 2020 supports the theoretical framework and concludes this first part. Furthermore, as the production of knowledge refers to the idea of a relationship to a "knowledge object" as an object of satisfaction and pleasure (Mosconi, 1996), the second part of the literature review shows how the relationship to knowledge can induce particular forms of learning and knowledge construction which, in turn, modify the relationship to knowledge.

Questioning her relationship to the research object, the author, a nurse-researcher, inscribes this work in a clinical approach of psychoanalytical orientation. Fifteen unstructured interviews conducted by videoconference in France, with medical auxiliaries or social work learners of different levels of training and territories, as well as neo-professionals, are studied using a thematic and then lexical analysis, the latter being carried out by TXM software (Heiden et al, 2010). The in-between encounter (Thouroude, 2022) with dependent, vulnerable, isolated people, supposes, on the part of the subject-learner, an inner psychic work consisting in recognizing his own fears, his own wounds, daring to share them, and feeling how to evolve through them. Resisting the temptation to have too much hold on the other person is also an aspect highlighted in the results, and this work on oneself must be carried out continuously by the future relationship professional. The relationship to knowledge remains omnipresent in the students' discourses, taking many forms, but orienting all the psychic activities of the subject-learner in such a way as to achieve pleasure or satisfaction. An in-between of care as a passage evoking the idea, in the psychoanalytical sense, of a symbolic space, a gap, a tension maintained between conscious and unconscious (Pontalis, 1973), results from the analysis of the content, this space consisting of three capacities constructed around four axes and four effects. In conclusion, a definition of this space, a place of transaction and mediation, is put forward and proposals are formulated for its consideration in the training of learners of link professions to the encounter with otherness.

Key words : Relationship to knowledge; Professional training; Profession of the link; Care theories; Unconscious psychic processes.