



UFR Sciences Humaines
Année Universitaire 2006 / 2007

Mise en œuvre d'un
Groupe de Rencontres du Travail

A l'hôpital Edouard Toulouse
Marseille 13015

Nathalie CLAR – Olivier ESNAULT – Stéphanie MAILLIOT

Sous la direction scientifique du professeur Yves SCHWARTZ

*A Nicole, Isabelle, Christian,
Monique, Dominique, Hélène,
Marie-Rose, Fabienne, Rolland,
Christilla, André, Simone,
Evelyne,
à eux tous qui nous ont fait
partager la richesse de
leur métier...*

INTRODUCTION	4
1. ASPECTS METHODOLOGIQUES	8
2. HISTOIRE D'UNE PROFESSION INFIRMIERE	15
3. PROBLEMATIQUES	20
3.1. La mise en œuvre d'un espace de confiance réciproque	20
3.2. Qu'est ce que « fonctionner au protocole » ?	24
3.3. Réflexion en ateliers	34
3.3.1. Le travail en équipe	35
3.3.2. L'hôpital entreprise	42
3.4. Les compétences : un art de la bricole	52
3.5. Retour sur la notion de transmission	61
4. ELEMENTS DE CO-ECRITURE	67
4.1. Pourquoi co-écrire ce rapport était-il si important ?	67
4.2. Différents modes de co-écriture :.....	72
4.2.1 La validation des comptes rendus.....	72
4.2.2 Les questionnaires : constitution et traitement.....	72
4.2.3 L'écriture libre : éléments d'écriture des infirmiers.....	76
4.2.4 La constitution d'un glossaire commun.....	88
a) Le glossaire des ISP suivi d'un Anti-glossaire.....	91
b) Un glossaire ergologique.....	99
5. CONCLUSION ET PERSPECTIVES	103

« Vous réalisez l'ambiance, si chaque fois écroulés dans les coins, les infirmiers à s'essuyer les « oeils » ? Sûr, foutus à la porte séance tenante. Tous congédiés et remplacés...D'ailleurs ça se pourrait très bien si la psychiatrie à l'asile était plus rentable, il se pourrait très bien qu'un jour on soit tous et pour toujours remplacés par des ordinateurs. Tout compte fait, hein, dans le fond ? Ca n'existerait plus « de notre côté » la faiblesse, l'emmerdement profond, intime, dont on ne parle pas mais qui marque ! Et tout ce fouillis de réactions et de sentiments. On pourrait pavoiser : tout serait net, précis, chiffré, enfin correctement inhumain. »

André Roumieux¹

En guise d'introduction à ce travail nous allons répondre à une question :

Qu'est-ce qui justifie dans un milieu de travail la mise en œuvre d'un Groupe de Rencontres du Travail ?

Nos réflexions et recherches au sein du département d'ergologie nous ont amené à penser que pour l'activité humaine et de surcroît l'activité humaine de travail, il manque partout de l'espace, du temps et des moyens.

En effet, aujourd'hui, dans de nombreux milieux de travail, on demande aux personnes d'être chaque jour de plus en plus mobiles, flexibles, polyvalentes, généralistes... On leur demande d'être de plus en plus performantes, voire rentables. A ce point que ce que l'on nomme « activité humaine », activité humaine de travail en ergologie, s'asphyxie sous des pressions diverses, notamment économiques. A ce point que le temps de respiration qui est nécessaire à toute activité pour se déployer se réduit chaque jour comme peau de chagrin. Le dur constat c'est que, bien souvent, on n'a plus ni le temps d'échanger, ni celui de réfléchir, de prendre du

¹ André ROUMIEUX, *Je travaille à l'asile d'aliénés*, 1974, Ed. Champ libre.

Dans le cadre de la co-écriture (écriture libre), une infirmière nous a proposé d'inclure des passages d'ouvrages, nous en avons pour ainsi dire parsemé ce rapport.

recul, de telle sorte que, l'activité ainsi minée de l'intérieur : efficacité, mise en patrimoine, et transmission deviennent de plus en plus difficiles sinon impossibles².

Une question introductive à ce rapport pourrait être :

« L'activité des infirmiers en secteur psychiatrique échappe-t-elle à cette règle instituée presque partout dans nos modes de vie et de travail ? »

Nous pointons les notions de réflexion, de temps et d'espace ; en effet, comment construire et mener à bien des projets de développements communs, des transformations, des améliorations, si les espaces-temps communs du travail et des travailleurs deviennent de plus en plus flous, de plus en plus mouvants voire fantomatiques ? Ne faut-il pas une certaine permanence, un relatif enracinement géographique et temporel des individus et des collectifs auxquels ils appartiennent, ainsi que du temps de dialogue et de remise sur le métier, pour permettre aux réserves d'alternatives de se déployer et de fournir ainsi les moyens d'une efficacité, d'une mise en patrimoine et d'une transmission qui auront alors quelques chances de se réaliser ?³

De plus, peut-on imaginer pouvoir transformer, faire évoluer les milieux de travail à l'écart des travailleurs, à l'écart de leur expérience ? Peut-on imaginer pouvoir construire et diffuser des savoirs, opérer des transformations à leurs dépens sans prendre en compte de façon explicite leurs différents apports, leurs savoirs, leurs expériences accumulées, ce qui s'est construit années après années au contact de l'activité réelle ?

Comment dans notre société sont reconnus et valorisés le savoir et l'expérience industrielle des hommes et des femmes ?

La forme d'intervention ergologique « Groupe de Rencontres du Travail » dans ce contexte est, nous semble-t-il, une réelle opportunité pour réintroduire de l'humanité là où elle a été (consciemment ou non, là n'est pas la question) sabotée, niée, nous pourrions dire simplement sous-estimée.

² Ces réflexions font suite à un débat mené lors d'un séminaire des jeunes chercheurs du département d'ergologie « Le Pouce et l'Index », elles reprennent aussi les éléments d'une conversation engagée avec l'ergonome – ergologue Jacques Duraffourg.

³ *Idem.*

La mise en place d'un Groupe de Rencontre du Travail apparaît comme une réelle opportunité pour ré-ouvrir cet espace-temps qui nous fait tant défaut. Pour se donner les moyens de se mettre ou de se remettre sur la voie d'une réflexion sur ce que l'on fait vraiment dans notre vie au travail, sur ce que font les autres, sur les contraintes respectives, les blocages et les réserves d'alternatives dont chacun est porteur ; celles-ci s'opérant le plus souvent en sourdine, à l'écart d'une vraie reconnaissance.

Aussi, l'objectif de ces GRT est de redonner de l'oxygène là où il vient à manquer de plus en plus, de construire des zones de viabilité. Autrement dit, de rendre au travail des femmes et des hommes, un espace et un temps de co-construction, de réflexion sur leur activité et de permettre la mise en place d'un lieu où la dialectique constitutive de toute activité humaine entre un impossible et un invivable est enfin reconnue.

En ce sens le groupe de rencontres du travail, c'est bien plus qu'un simple groupe de parole : c'est un espace de partage, de réflexions, c'est un espace de démocratie, c'est un espace d'égalité où la confrontation des points de vue est possible et avec elle, l'émergence, au moins en potentialité, d'un sens pour tous sur ce qu'il fait de sa vie, de son expérience, de son temps dans l'espace commun du vivre ensemble qu'est le milieu de travail.

Il est, outre cela, un lieu où s'échangent et se construisent des savoirs sur le travail en lien direct avec les protagonistes de l'activité réelle. C'est donc un lieu où l'on pense, en terme de valorisation des patrimoines, de valorisation des expériences, les micro-crétions et des alternatives qui font que, chaque jour, le travail s'accomplit. C'est un lieu où la question de la communication, de la transmission des savoirs devient essentielle et non plus superficielle ; un lieu où ce qui se transmet relève de la vie, de l'histoire, des histoires bien plus que des théories, techniques ou protocoles. Un lieu où l'on apprend à vivre son travail, où l'on apprend à s'approprier des situations, à leur donner du sens, de l'importance. Un lieu où l'on peut se sentir plus fort, se ragaillardir et communiquer notre énergie aux autres pour construire un avenir commun.

Le rapport qui suit est le résultat d'une expérience de vie, de l'expérience de ce GRT que nous avons tenté de mettre en oeuvre avec les infirmiers de secteur psychiatrique de l'hôpital Edouard Toulouse. Nous avons voulu leur fournir la possibilité de réfléchir sur leur activité de

travail, de repenser les limites, les pressions imposées à leur activité par les évolutions de l'hôpital. Nous avons voulu créer une zone dans laquelle ils puissent partager leurs expériences respectives, confronter leurs points de vue ; une zone où ils puissent ensemble prendre la distance nécessaire pour réfléchir sur ce que devient aujourd'hui cette activité : « prendre soin des autres en secteur psychiatrique ».

Un espace et un temps pour reconstruire avec eux les bases saines de la valorisation d'un patrimoine qui leur appartient et à nul autre. Chacune de leurs réflexions durant ce GRT nous ont donné mille fois raison de leur avoir offert cette opportunité, en ce sens, nous leur en sommes infiniment reconnaissants.

« Notre hache de pierre est la parole (ce qui n'exclut pas bien sûr qu'il ne faille par moment savoir se taire pour savoir écouter) ».

André Roumieux⁴

Aspects méthodologiques

1) La temporalité :

- Nous avons organisé ce Groupe de Rencontres du Travail en 9 séances aux dates suivantes : 13 et 20 février 2007, 13 et 27 mars 2007, 10 avril 2007, 15 et 22 mai 2007, 5 et 19 juin 2007. Chaque séance a duré 2h30.

Il nous est apparu qu'une temporalité de relativement longue durée (travail sur 5 mois) était indispensable à la maturation des réflexions à partir des problématiques définies au départ. En effet, les allers / retours entre temps d'activité et temps de mise en débat ont favorisé la dynamique d'échanges propre aux GRT⁵ : mise en lumière de l'activité allant de pair avec le travail et le retravail des concepts utilisés.

Notons à cet égard que la mise en place de groupes de rencontres du travail convoque une temporalité qui doit pouvoir permettre des maturations internes par définition inanticipables, condition cependant pour un apprentissage mutuel entre participants (étudiants - chercheurs du département d'ergologie de l'université de Provence, infirmiers diplômés de secteur psychiatrique de l'hôpital Edouard Toulouse à Marseille) et pour la co-élaboration d'éléments de savoir nouveaux sur l'activité.

Aussi, dans le temps imparti, nous avons pu établir, avec les participants du GRT, un état des lieux des problématiques rencontrées dans le quotidien de leurs activités. A partir de là nous avons posé les bases pour un travail de réflexion en profondeur dont le présent rapport fait état.

⁴ André ROUMIEUX, *idem*

⁵ **GRT**, lire partout groupe de rencontres du travail

- Nous avons identifié 3 étapes dans le déroulement global de nos séances en GRT :
 - La première étape, qui s'est déroulée grosso modo sur les 3 premières séances, a vu une avalanche de problématiques se faire jour. Ce premier temps d'échange a permis de désamorcer un certain nombre de représentations stigmatisantes concernant le statut désormais disparu d'infirmier de secteur psychiatrique. C'est au cours de cette étape que se sont mises en place les conditions nécessaires pour une confiance réciproque, au fondement d'un travail en commun.
 - Durant la deuxième étape, au cours des séances 4, 5, 6 et 7, nous avons travaillé sur différents thèmes renvoyant au cœur des problématiques soulevées. Ce second temps peut être véritablement considéré comme le cœur du déroulement de notre travail : réflexions en profondeur sur les spécificités du métier d'infirmier en secteur psychiatrique dans le contexte d'évolution actuel de l'hôpital public.
 - Enfin une troisième étape a consisté en la co-élaboration du rapport final, étape importante bien que limitée dans le temps – séances 7, 8, 9 –. Il nous a semblé en effet indispensable de pouvoir penser en commun la constitution d'un outil (le présent rapport) susceptible d'aiguiller une poursuite, au sein de l'institution hospitalière, du travail amorcé dans ce GRT.

- Notons l'importance des réunions de suivi avec la direction des soins ainsi qu'avec les cadres de santé de l'hôpital. Elles furent au nombre de trois.
 - Une première réunion s'est tenue en janvier 2007, en amont du déroulement du GRT. Elle a consisté en la mise en débat de ce projet de « recherche – intervention » auprès du personnel soignant en secteur psychiatrique. En effet, notre volonté de mettre en place un GRT n'avait pas vocation au départ à répondre à une demande formalisée de la part de l'institution mais s'articulait sur les questionnements d'un cadre infirmier de secteur psychiatrique, Mr Olivier Esnault, également étudiant en master d'ergologie. C'est donc sous son impulsion que la direction des soins d'Edouard Toulouse a été sollicitée et s'est engagée dans ce travail.
 - Une seconde réunion s'est tenue au département d'ergologie de l'université de Provence le 15 mars 2007 rassemblant des ISP⁶ participant au GRT, la directrice des soins,

⁶ ISP, lire partout Infirmier de secteur psychiatrique

des cadres de santé de l'hôpital ainsi que les étudiants - animateurs du GRT. Monsieur le professeur Yves Schwartz, directeur du département d'ergologie, directeur de recherche des étudiants concernés par cette expérience, était également présent. Cette réunion a marqué une évolution dans le déroulement du GRT : ayant permis une rencontre à la fois intercatégorielle mais aussi entre plusieurs milieux de travail (université, hôpital), elle a mis en évidence la nécessité de favoriser des circulations autour du travail effectué en GRT.

- Une dernière réunion s'est tenue à l'université le 29 juin 2007. Cette réunion a permis la restitution du travail effectué auprès de la directrice des soins et de l'encadrement. Elle s'est tenue en présence d'ISP ayant participé au GRT, des étudiants - animateurs du GRT et d'Yves Schwartz. Cette réunion a permis d'envisager concrètement des perspectives de poursuite du travail amorcé.

- Il aurait été souhaitable de pouvoir mettre en place une réunion de suivi supplémentaire afin de renforcer les circulations entre les différents acteurs concernés par cette expérience.

2) **Les Participants au GRT**

- Le GRT était composé des personnes suivantes : treize infirmiers diplômés de secteur psychiatrique et trois étudiants - chercheurs du département d'ergologie de l'université de Provence chargés de l'animation de ces rencontres.

Le choix d'adresser ce travail prioritairement aux ISP plutôt qu'à l'ensemble du personnel soignant en secteur psychiatrique a été motivé par plusieurs raisons.

Comme nous l'avons précédemment indiqué, l'un des étudiants chercheurs est issu du milieu professionnel de la psychiatrie. De formation initiale ISP, il est aujourd'hui cadre de santé. Aussi, est-ce « du dedans » de l'activité infirmière en psychiatrie qu'est né le choix de mettre en place un GRT à destination des ISP. Les raisons fondamentales de ce choix sont liées à l'histoire de la psychiatrie, à celle de la profession infirmière en psychiatrie sujette à d'importantes transformations depuis la fin de la formation ISP en 1992-95.

Depuis, pour travailler en psychiatrie, est délivré un diplôme unique et généraliste : le DEI⁷ (auquel les ISP ne peuvent prétendre sinon en reprenant une formation d'au moins six mois de stages). Ce changement conséquent a entraîné une crise identitaire profonde. Depuis plus de dix ans, les soignants en psychiatrie sont confrontés à un important choc culturel.

⁷ **DEI**, Diplôme d'état infirmier

Une approche clinique dans la construction du GRT nous enjoignait de prendre le temps de rassembler les anciens de la profession infirmière en psychiatrie afin qu'ils puissent échanger sur les manières dont ils ont cheminé et orienté leur activité durant ces dernières années. Nous avons en effet à l'idée de cibler leur activité pour la valoriser en tant que mémoire appartenant à un patrimoine qui pourrait ensuite être partagé avec tous les professionnels de l'hôpital psychiatrique.

Il serait toujours temps plus tard de mettre sur pied d'autres GRT à vocation pluri-professionnelle.

- Tous les infirmiers ayant répondu à l'appel à candidature proposé en amont de ce travail ont été très volontaires et réguliers dans leur engagement dans ces rencontres ; notons cependant qu'ils relevaient tous de structures extra - hospitalières et non pas de l'intra - hospitalier (mis à part une personne qui travaille à la cafétéria de l'hôpital). Cela n'a pas été sans soulever un certain nombre d'interrogations : les ISP de l'intra ont-ils été informés de la mise en place du GRT ? Si oui, quelles sont les raisons qui ont motivé leur décision de ne pas y participer ?

- En fin de parcours, il nous est apparu qu'il serait nécessaire d'ouvrir l'espace d'échange mis en place à d'autres personnels soignants en secteur psychiatrique (infirmiers DE, médecins, cadres de santé...) tous convoqués par les problématiques que nous avons abordées.

3) Les outils

Les outils utilisés comme support au travail des problématiques furent les suivants :

- Chaque séance de ce GRT a fait l'objet d'un **compte rendu** détaillé. Les comptes-rendus ont été systématiquement mis en débat et discutés au début de chaque nouvelle séance. Leur fonction était de permettre non seulement un temps de restitution assurant la transition d'une séance à l'autre mais également d'apporter des éléments de réflexion et d'analyse faisant appel aux concepts développés en ergologie. Par ailleurs, nous considérons que la validation des comptes rendus par l'ensemble des participants au cours du déroulement du GRT constitue une forme de co-élaboration d'éléments du présent rapport.

- Au cours des discussions lors du GRT, le maniement des **concepts** de l'ergologie, élaborés au pôle universitaire (cf. glossaire, mallette pédagogique), a contribué à la mise en

œuvre d'une dynamique favorisant l'échange des savoirs. Les savoirs d'expérience ont pu bénéficier d'une certaine mise en visibilité alors que les savoirs académiques furent retravaillés à la faveur de la mise en mot du vécu. On peut dire que là est le cœur de l'activité propre des GRT : en favorisant la mise en dialogue des savoirs, il impulse des processus susceptibles de transformer en profondeur le rapport de chacun à son activité.

- Nous avons pensé l'élaboration du rapport final en commun comme outil pour les infirmiers qui désireraient poursuivre en interne le travail amorcé. Outil qui puisse circuler dans les différents services auxquels appartiennent les ISP du GRT, moyen d'interpeller l'ensemble du personnel hospitalier sur cette expérience mais outil également susceptible de servir de support pour démultiplier la démarche au sein de l'institution.
- Les séances du GRT ont été enregistrées afin de faciliter le travail de synthèse des étudiants et de co-écriture du rapport final. Ces enregistrements sont la mémoire du travail effectué et pourront être utilisés à des fins de recherche par le département d'ergologie de l'université de Provence exclusivement.
- Les séances du GRT ont été filmées par un collègue du département d'ergologie, M. Fyad, également médecin du travail en Algérie. Un film en sera fait dans l'optique de construire un outil pédagogique à destination de la formation des médecins algériens.

4) Le déroulement des séances

- Le GRT a été organisé comme suit :

Il y a eu des séances plénières et d'autres en ateliers, en petits groupes.

- Les séances plénières se sont déroulées en général en plusieurs temps : aborder en début de séance les questions techniques, proposer et mettre en débat le compte rendu du GRT précédent, travailler sur un thème précis, proposer des orientations pour la séance suivante, proposer parfois un travail préparatoire inter-GRT (recueil d'éléments sur la formation ISP, sur le prescrit du travail infirmier...)

- Le choix de mettre en place des ateliers a été motivé par les raisons suivantes : travailler en profondeur un thème déterminé, élaborer sur le thème choisi un questionnaire à destination de l'ensemble des participants au GRT afin de recueillir des éléments d'écriture susceptibles d'alimenter le rapport final.

- Le choix des thèmes d'une séance à l'autre a été déterminé de plusieurs manières : soit un thème découlait naturellement des discussions et interrogations d'une séance à la suivante,

soit (notamment en ce qui concerne la mise en place d'ateliers) le choix des thèmes à travailler a fait l'objet de propositions par les participants et d'un choix collectif.

- Le GRT a été co-animé par trois étudiants-chercheurs du département d'ergologie : deux étudiants en master - recherche d'ergologie et une étudiante - doctorante au département d'ergologie. La co-animation a permis la mise en place d'un dispositif original et riche en potentialités : du fait de leurs positionnements différents⁸, les animateurs ont pu nuancer et confronter leurs regards respectifs sur les différentes problématiques développées par les ISP. Par ailleurs, la co-animation a permis une séance en petit groupe en deux ateliers et donc un travail inattendu du point de vue de sa mise en œuvre. Cette expérience nous laisse penser que la forme « co-animation » est très enrichissante du point de vue des différentes approches méthodologiques que l'on peut adopter.

⁸ Un animateur est, comme nous le disions précédemment, ISP et cadre de santé dans un autre hôpital de la région ; les deux animatrices sont avant tout étudiantes et à ce titre elles ont apporté un regard extérieur mobilisant des éléments conceptuels relevant de l'ergologie.

« Benjamin nous dit qu'au début, comme on nous l'apprend aux cours, lorsqu'on s'arrêta de brûler les fous, les « possédés » comme on les appelait alors on décida de les enfermer dans des renfermeries spéciales, les moins fous ceux qui avaient conscience que c'était un progrès de ne pas finir sur un bûcher, se mirent à garder soigneusement les autres. Puis petit à petit on s'aperçut que ce pouvait être un métier de garder les fous, comme c'était un métier de garder les moutons ou de faire des sabots... Dès lors ce ne furent plus des fous qui gardèrent d'autres fous mais des personnes « de métier » que l'on appela domestiques, puis serviteurs puis gardiens ».

André Roumieux⁹

« La question du personnel infirmier, écrit le docteur Daumaison, paraît au milieu des problèmes administratifs de la vie asilaire, une de celle dont l'importance et le caractère humain domine tout le climat de l'asile. (...) En dehors du personnel religieux, le personnel laïque se compose de quelques gardiens véritables gardes-chiourmes issus des plus basses classes de la population... temps où l'assistance aux aliénés se confondait avec la répression criminelle. Au début du siècle dernier, le médecin de la Salpêtrière se plaignait de la « brutalité, de l'ivrognerie et de la prostitution qui ne sont pas les moindres tares de la valetaille ignoble ». Durant tout le XIX siècle, malgré une situation en tout points déplorable, les asiles d'aliénés ont pu subsister grâce à l'existence de vieux serviteurs fidèles, d'une haute valeur morale et même technique, encadrant une masse de passagers »

Docteur Daumaison¹⁰

⁹ André ROUMIEUX, *idem*.

¹⁰ Docteur DAUMAISON, *Thèse pour le doctorat en médecine, 1935*

Histoire d'une profession : Infirmier de Secteur Psychiatrique.

L'activité de soin à la personne est vieille comme le monde. Elle est inhérente à la relation humaine. En revanche l'activité centrée sur les soins aux personnes aliénées, aux fous se repère en France au moment de la révolution française. Les livres d'histoire de France montrent le médecin aliéniste PINEL (1745-1826)¹¹ libérant les fous à l'asile de la Pitié-Salpêtrière, image symbolisant la naissance de la psychiatrie. Pourtant, cette image est une escroquerie. En pleine révolution française, PINEL est le précurseur des soins aux aliénés qu'il isole dans les asiles afin de les traiter. En 1785, un ancien malade, Jean-Baptiste PUSSIN devient son « maître des enfants », puis son « gouverneur de l'emploi » et finalement surveillant ou chef de la police intérieure de l'asile. L'histoire a tronqué les personnages. PINEL n'a pas libéré les fous ! C'est son surveillant, PUSSIN, ancêtre des ISP qui pose « le geste inaugural ¹² » de la psychiatrie (SWAIN, 1977). Quand PINEL arrive à Bicêtre, asile parisien, PUSSIN oeuvre déjà depuis 13 ans. Oeuvre et écrit. « *De lui PINEL apprendra tout un éventail de possibilités dans le travail relationnel avec les aliénés et y verra surtout la démonstration pratique des bienfaits de la liberté dans la maîtrise des supposés furieux*¹³ » (JAEGGER, 1990). Les écrits présentent PUSSIN comme une personne d'une emprise considérable sur les « fous ». Il traitait les aliénés humainement et connaissait parfaitement Bicêtre et la Salpêtrière, deux grands asiles parisiens. A l'origine de la suppression des chaînes aux aliénés, il rédigeait de nombreuses observations de la folie pour son maître PINEL. A la mort de PUSSIN, c'est un médecin, ESQUIROL qui prend sa place. L'histoire relègue alors ceux qui prennent soins des insensés à la seule fonction sécuritaire de gardien. Cette libération des aliénés se fit conjointement à la mise en place de règles rigides. « *Les gardiens d'asile étaient des geôliers brutaux, recrutés au hasard ou parmi le rebus de la*

¹¹ GARRABE J., Philippe PINEL, Le Plessis Robinson, Ed. Synthélabo, 1994, p 55 (Col. Les empêcheurs de tourner en rond).

¹² SWAIN G. (1977) *Le sujet de la folie*, Ed. Privat.

¹³ JAEGGER M. (1990) *Garder, surveiller, soigner. Essais d'histoire de la profession d'infirmier psychiatrique* in Cahier VST, CEMEA.

*société*¹⁴ ». Les médecins leur demandaient d'être soumis à une éducation très stricte : surveiller et punir.

Ce n'est qu'un siècle plus tard, en 1893, qu'apparaît l'idée de former des gardes-malades. En 1905, les médecins décident de former les gardiens afin qu'ils puissent se conformer à leurs prescriptions. Par la suite, les évolutions des techniques de soins psychiatriques ont nécessité des infirmiers pour les préparer et surveiller les patients. Les gardiens étaient d'un petit niveau d'instruction et leur recrutement était difficile car le métier était peu valorisé. Ils venaient de classes sociales défavorisées ou ouvrières. En 1907, un diplôme d'infirmier psychiatrique départemental apparaît au terme d'une formation professionnelle dans quelques régions de France. En 1937, lorsque les asiles prennent le nom d'hôpital psychiatrique, les gardiens deviennent des « infirmiers psychiatriques ».

Pourtant, c'est l'année 1955 qui devient la date marquant l'histoire de la profession avec la création du premier diplôme d'infirmier psychiatrique, de dimension médicale, obtenu après deux ans de formation. Il permet l'unification des programmes locaux en 120 cours sur deux ans, avec un examen final orienté sur la rédaction d'un rapport sur un malade. La formation est en cours d'emploi et l'étudiant est salarié. « *L'élève infirmier est affecté dès son entrée à l'hôpital dans un service de soins, chez un médecin-chef, et il a pour unique perspective d'y demeurer toute sa carrière*¹⁵. » L'appellation « infirmier de secteur psychiatrique » date de 1969. Le développement juridique des soins en psychiatrie avec la mise en place de la sectorisation (découpage géographique des départements français par secteurs de 70 000 habitants)¹⁶ a permis la prise en charge « hors les murs » des patients souffrant de troubles psychiques. Cette prise en charge ne fut reconnue qu'à la suite de la loi du 25 juillet 1985.

L'importance de la dimension sociale du soin en psychiatrie a fait évoluer la formation des infirmiers psychiatriques et un nouveau programme est établi par l'arrêté du 16 février 1973. Les études s'intellectualisent et durent 28 mois (1580 h de cours). Dès lors, un choc de culture va commencer à se produire entre les générations d'infirmiers psychiatriques. La nouvelle formation va développer une autonomie qui va tendre vers la recherche sur soi et développer les acquisitions dans le champ des sciences humaines et sociales. Les « anciens infirmiers » formés jusqu'ici par identification aux aînés vont vivre leurs nouveaux collègues comme les promoteurs de « l'anti-psychiatrie ». L'arrêté du 26 avril 1979 fixe à trente-trois mois la durée

¹⁴ ABDELMALEK A., GERARD J.L., *Sciences humaines et soins, manuel à l'usage des professions de santé*, Paris, Ed. InterEditions Masson, 1995. (2201, 2ème Ed.), p 163.

¹⁵ GERARD J.L., *Infirmiers en psychiatrie : Nouvelle génération, une formation en question*, Paris : Ed. Lamarre, 1993, p 35.

¹⁶ Circulaire du 15 mars 1960 relative à la mise en place de la sectorisation en psychiatrie.

des études (4640 h de cours, avec la première année commune aux deux formations DEI et ISP). La formation est alors marquée par l'introduction des conceptions anglo-saxonnes du soin infirmier en psychiatrie. Les formations évoluent et les idées progressent. Les formateurs infirmiers et les législateurs décident d'une formation unique et les décret¹⁷ et arrêté du 23 mars 1992 annonçant le programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier, mettent fin aux études d'infirmier psychiatrique. Le rapprochement des deux professions infirmières s'est effectué sur l'argument d'un soin attaché à une définition complexe et multiforme de la santé et de la maladie, pour prendre en compte « l'être bio-psycho-social ». « *Un infirmier polyvalent apte à dispenser des soins infirmiers prenant en compte l'ensemble des problèmes...*¹⁸ », au sens attribué par son décret de compétence remis au goût du jour en ce début de vingt et unième siècle¹⁹.

C'est alors que la colère gronde chez les ISP (1992-1996) ! Comment et par quels stratagèmes politiques, les soins infirmiers en psychiatrie se sont-ils retrouvés confrontés à une discrimination intolérable ? Un ISP serait dès lors autorisé à prodiguer des soins qu'aux seuls malades mentaux. Par le biais d'un mouvement orchestré par un collectif, le Collectif National de Mobilisation en Psychiatrie²⁰, les ISP exigent le DEI de droit, cessant toute activité de formation auprès des étudiants en soins infirmiers.

Simone VEILH alors ministre de la santé entend le problème et leur accorde le diplôme unique de droit. Mais quelques temps après le CEFIEC, Comité d'entente des Formateurs Infirmiers et Cadres et la FNI²¹, Fédération Nationale Infirmière déposent un recours en Conseil d'Etat et obtiennent l'invalidation du décret de DEI pour les ISP. Les raisons invoquées sont en rapport à une circulaire de l'Union Européenne : l'Etat Français avait oublié de déclarer les ISP à Bruxelles pour la libre circulation européenne. Non reconnus, ils n'existaient maintenant plus du tout. La blessure est profonde. Le mépris étatique et corporatiste a achevé cette période de grand choc culturel et de perte de repères identitaires.

Dès lors, la profession est en pleine recherche d'identification. Pour ou contre une spécialisation en psychiatrie, tel est le débat lancé chez les professionnels. Spécialisation ou

¹⁷ **Décret n° 92-264 du 23 mars 1992** modifiant le décret n° 81-306 du 2 avril 1981 modifié relatif aux études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière, site Internet : <http://cnmp.free.fr/default.php3>

¹⁸ **Arrêté du 23 mars 1992** annonçant le programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier

¹⁹ **Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004** relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

²⁰ Collectif National de Mobilisation en Psychiatrie (1996) Pour la reconnaissance des soins infirmiers en psychiatrie - Chronique d'une mobilisation 1992-1996, Ed. Seli-Arslan.

²¹ Syndicat professionnel des infirmiers et infirmières d'exercice libéral en France.

spécialité ? Selon D. LETOURNEAU, « *force est de constater combien il est difficile aux nouveaux diplômés de s'inscrire dans une pratique réellement soignante en psychiatrie*²². »

La formation telle qu'elle produit des infirmiers serait-elle suffisante pour que les professionnels puissent répondre aux besoins en soins des patients tels qu'ils sont en droit de les attendre ? Différentes conceptions s'opposent. D'abord, les contre : dans les faits ou dans un accompagnement à ce changement, ont-ils participé à la mise en place du diplôme unique ? De l'autre, les favorables à une réflexion sur une évolution de la formation pour les infirmiers travaillant en psychiatrie, vers une spécialisation.

Que ce soit les soignants organisés en Collectif National de Mobilisation en Psychiatrie²³ qui depuis 1993 réfléchissent à la formation des « psys » ou les partisans d'un Diplôme d'Etat Infirmier Psychiatrique²⁴, la question de la formation reste entière. Le CEFI psy, Comité d'Etudes des Formations Infirmières et des pratiques en psychiatrie²⁵, a élaboré un travail sur une possible spécialisation. Le Ministère de la Santé a établi un groupe de travail sur le sujet, resté sans suites.

Cette dichotomie des pour et des contre rejoint celle des deux catégories de formations professionnelles qui pratiquent aujourd'hui, dans la même fonction, les soins en psychiatrie. Depuis douze ans maintenant, les nouveaux professionnels formés en diplôme unique sont entrés dans les services. Jeunes diplômés d'état et anciens infirmiers psychiatriques se côtoient aujourd'hui dans les services et la recherche d'une cohésion peut permettre de distinguer une nouvelle identité professionnelle car « *l'identité d'un groupe se construit grâce à l'apport des individus qui le composent mais en rapport avec les autres groupes*²⁶. »

Une formation, une profession, un métier qui n'aura été reconnu qu'un siècle ! En y regardant de plus près, qui n'aura vécu que 37 ans (1955-1992). Qu'allait donc devenir les 65 000 ISP encore en fonction ? Que devait penser les étudiants infirmiers entrés en formation de 1989 à 1991 ? Trois générations qui termineront leurs études et obtiendront un diplôme qui n'existera plus ?

²² LETOURNEAU D., *La spécialisation en question* in Santé mentale, n° 48, mai 2000.

²³ Collectif National de Mobilisation en Psychiatrie, *Chronique d'une mobilisation nationale 1992-1996*, Gap, Ed. Seli Arslan, 1996.

²⁴ Diplôme d'Etat Infirmier de Secteur Psychiatrique institué par la Loi n 99.641 du 27.07.99 portant création d'une couverture maladie universelle

²⁵ CEFI Psy, *Proposition pour une spécialisation en psychiatrie et santé mentale*, septembre 2000, visible sur le site : www.Serpsy.org.

²⁶ MERKLING J., *Infirmier en CMP, une identité en construction*, in Soins Psychiatrie, Ed. Masson, mars/Avril 2003, p 42.

Aujourd'hui, vous pouvez rencontrer des infirmiers travaillant en santé mentale issus de trois cursus de formation différents : Les « anciens » ISP, les anciens infirmiers diplômés d'Etat DEI d'avant 1992 et les diplômés DEI dernière mouture.

« Nous sommes en quelque sortes les travailleurs du sentiment, de l'espoir et du désespoir »

« Je l'aidais à avancer : il avançait. Je comprenais qu'il y avait là, entre nous deux quelque chose que je ne pouvais pas définir mais qui me paraissait important du fait que je sois là, à ses côtés, à l'aider. Je lui parlais et ses yeux brillaient. Il fallait lui parler. »

André Roumieux²⁷

Le GRT est un espace de réflexion à co-construire :

D'abord un espace de confiance mutuelle

Lors de la proposition de mise en place de ce groupe à l'hôpital Edouard Toulouse, nous avons mis en avant la « spécificité » du métier d'infirmier de secteur psychiatrique. Nous avons émis le souhait de le connaître même si, depuis 1992, sa formation a disparu, même si ce métier, tel que déployé au fil des années, tend, dans ses configurations actuelles, à disparaître. Parlant de spécificité, nous reconnaissons de façon explicite la particularité du soin en secteur psychiatrique et l'importance de l'expérience des porteurs de ce métier, de ceux qui sont dépositaires d'une mémoire et d'une culture issue de 200 ans d'histoire.

Parmi tous les professionnels de ce secteur d'activité, il nous semblait pertinent dans un premier temps de rencontrer les ISP. Anciens, détenteurs d'un savoir d'expérience constitué au fil des années, ils se trouvaient très bien placés pour apprécier les évolutions récentes - en

²⁷ André ROUMIEUX, *idem*.

cours - de la profession infirmière et leurs incidences sur l'élaboration d'une transmission aux jeunes arrivants.

En approfondissant ce que nous entendions par spécificité, nous avons parlé d' « **usage de soi dans la relation soignant - soigné** » comme ce qui constituait théoriquement selon nous cette spécificité (puisque nous n'en avons pas fait l'expérience, mis à part Olivier Esnault).

Ce faisant, nous reconnaissons, qu'il y a dans le soin et plus particulièrement dans le soin en psychiatrie quelque chose d'invisible que le soignant engage, quelque chose qui échappe aux grilles de lecture les plus averties, quelque chose de relativement incodifiable et qui se situe dans une énigmatique « **relation à** » autrui. Le concept « **d'usage de soi** » et de surcroît « **d'usage de soi par soi** »²⁸ était pour nous particulièrement opérant pour comprendre et mettre en valeur la **relation singulière** en jeu dans ce type de soin – nous touchions déjà là un peu du doigt ce que nous entendons par « **activité réelle** ». Relation singulière qui est toujours à réinventer pour les infirmiers de secteur psychiatrique entre « ce qu'on leur demande » et ce que « ça leur demande », ce que ça leur coûte de mettre en œuvre et de défendre au quotidien des espaces permettant la construction d'un soin ayant pour centre de gravité l'engagement du soignant dans une relation avec le patient.

Cette reconnaissance de la spécificité d'un métier et de sa pratique dans les termes d'un usage de soi par soi, a encouragé notre compréhension ou, du moins, notre envie de comprendre les enjeux de vie, les enjeux de valeurs sous-jacents à cette activité et nous a invité de ce fait sur la voie d'une **confiance mutuelle**.

A partir de là, nous pouvions espérer co-construire un espace d'échanges et de production de savoirs en mêlant nos savoirs généraux sur le travail en tant qu'activité, l'expertise des ISP sur le soin en psychiatrie et notre ambition de connaître et de valoriser leur activité ; nous étions prêts à nous engager dans ce travail de co-réflexion autour de l'activité de travail des soignants en secteur psychiatrique.

²⁸ *Usage de soi par soi / usage de soi par d'autres* : voir glossaire ergologique

L'avalanche des problématiques

Dès la première séance, nous avons mis en avant les problématiques qu'Olivier Esnault avait pressenties pour son travail de recherche en tant qu'étudiant. Nous avons alors proposé un premier tour de table afin de mieux nous connaître mais aussi pour tenter de cerner ce qui pouvait motiver la participation des uns et des autres aux groupes de rencontres du travail que nous proposons. Aussi nous fallait-il, à l'issue de cette première rencontre, à la fois poser les bases d'un travail en commun en identifiant des thèmes susceptibles d'être mis en débat mais également nous accorder sur les finalités d'une telle aventure.

En raison d'un **changement de culture infirmière en psychiatrie**, qualifié de véritable choc identitaire, lié à la modification des parcours formatifs des infirmiers, les problèmes suivant ont été mis en évidence :

- difficultés dans le travail collectif : problème de collaboration, de communication et de transmission au sein des équipes et entre équipes.
- difficultés pour échanger et travailler avec les nouveaux diplômés en raison de références culturelles opposées concernant le soin en psychiatrie. Problème de non reconnaissance du savoir d'expérience des anciens.
- survalorisation d'un diplôme - le DE - et dévalorisation d'un autre - celui d'ISP - disparu aujourd'hui mais qualifiant cependant encore une partie du personnel soignant.
- difficulté à trouver un langage commun.
- incertitudes sur la mise en place du tutorat.

A ces problématiques soulevées dans un premier temps, d'autres, à mettre en lien avec une évolution générale des services publics, ont été abordées :

- incohérences d'un travail dit « au protocole », à la grille inadaptée.

- disparition des psychiatres, apparition de médecins gestionnaires dans les services.
- manque de moyens : problème d'effectif du personnel soignant, diminution du nombre de pavillons, diminution du nombre de places, patients non sécurisés.
- travail dans l'urgence.

Une fois ces problématiques avancées, il nous est apparu nécessaire de nous accorder sur les finalités du travail que nous pouvions faire dans ce GRT.

Il ne pouvait être question pour nous de changer la donne qui est fonction d'un contexte et d'histoires professionnelles particulières. L'objectif avancé était plutôt de construire un espace d'échange permettant de mettre en regard les problématiques soulevées avec des situations de vie au travail forcément singulières afin de favoriser la compréhension de ce qui, au quotidien, empêche, arrête, met en souffrance l'activité. Pour ce faire, nous avons comme outils les concepts de l'ergologie²⁹ qui, mis à l'épreuve du réel dans le dialogue des savoirs (savoirs constitués par le pôle universitaire et savoirs issus des pratiques infirmières en secteur psychiatrique), nous ont permis d'articuler univers de généralité et problèmes particuliers relatifs à des moments de vie spécifiques. Telle est en effet la dynamique propre des GRT : par et dans l'échange des savoirs, permettre la co-construction d'éléments de savoir nouveau sur l'activité susceptibles de générer des transformations des situations rencontrées mais également des concepts utilisés.

Concernant le groupe de rencontres du travail que nous mettions en place à l'hôpital Edouard Toulouse, à l'issue de la première étape, un problème général était posé : celui d'une fracture dans les manières d'appréhender le soin en psychiatrie générant des difficultés tant sur le plan du « travail collectif » qu'en terme de transmission d'un savoir d'expérience des plus anciens aux jeunes diplômés. La nécessité de penser les conditions d'un transmettre renouvelé nous est apparue à la fois stratégique et cruciale. Problème général par rapport auquel chacun avait à se positionner en proposant au débat des éléments de sa trajectoire personnelle et en acceptant, un tant soit peu, de mettre en visibilité les manières dont il négocie aujourd'hui l'usage qu'il fait de lui-même dans un milieu de travail donné.

²⁹ Se reporter au glossaire ergologique

Nous avons alors avancé une première problématique à faire valider par les ISP :

Les problèmes de transmission évoqués lors de cette première étape ont par ailleurs été identifiés par le ministère de la santé dans le plan « psychiatrie et santé mentale » de 2006 suite à la tragédie de Pau en 2005 (2 infirmiers tués par un patient). Pour répondre à la nécessité de réinjecter l'expérience clinique des anciens ISP à la formation IDE, ce plan prévoit la mise en place d'un tutorat et d'une consolidation des savoirs. Considérant ces éléments, nous nous sommes posé les questions suivantes :

Qui avait défini, il y a 15 ans le contenu de la formation des DE envisageant de travailler en secteur psychiatrique ? Quelles sont les modes de transmission de ces contenus de formation ? La suppression de la formation ISP avait-elle été accompagnée d'une véritable concertation avec les professionnels de terrains ? Comment la nouvelle formation – son contenu, sa théorie, sa pratique – avait-elle été élaborée ? Avec les ISP ou à l'écart de leurs savoirs d'expériences, de leur connaissance du métier, de leur professionnalité ? Et comment aujourd'hui envisage t-on de redéfinir les termes d'un tutorat ?

Selon nous, mieux cerner la problématique de la transmission d'un savoir d'expérience impliquait nécessairement un passage par l'activité réelle :

Il nous fallait approcher de plus près ce qu'est le soin en secteur psychiatrique. Quelle est la spécificité d'un soin passant par la relation soignant / soigné ? Comment cette activité, entendons « activité réelle », toujours relativement obscure, insondable, énigmatique, peut-elle se transmettre ?

Qu'est ce que fonctionner au protocole ?

Dès les débuts de notre collaboration avec les infirmiers, la question de savoir ce que signifie « *fonctionner au protocole* » nous est apparue centrale. En effet, au cours des discussions cette expression est revenue de manière récurrente pour désigner tout ce qui relève de l'ordre de la grille, de la norme, du règlement, de la loi, *etc*, et qui, appliqué strictement, contraint et rigidifie l'activité. Les échanges révélèrent rapidement que l'identité professionnelle

revendiquée par les ISP se trouvait mise à mal par la généralisation d'une vision dite « protocolaire » du soin en psychiatrie.

Qu'est-ce que cela pouvait vouloir dire ? De quels protocoles parlait-on ? Quelles sont réellement les prescriptions aujourd'hui du travail infirmier en psychiatrie ?

Les échanges, au démarrage du GRT, semblaient pris dans un va et vient indépassable entre un « avant pas forcément parfait » mais regretté, où la prise en considération de la relation au patient était au cœur des pratiques infirmières, et un « maintenant » où l'identité du métier semble disparaître, pour laisser place à un dit « fonctionnement au protocole ».

Ce va et vient entre passé et présent nous a mis sur la voie d'une réflexion sur les normes antécédentes³⁰. Jusqu'à quel point l'évolution des normes antécédentes dans le secteur de la psychiatrie prenait-elle en compte la singularité, la spécificité des expériences accumulées ?

En outre la question était posée :

« **Peut-on mesurer la relation soignant/soigné ?** »

Peut-on mesurer la manière de rassurer un patient, de le tranquilliser quand il s'angoisse ?
Peut-on évaluer les investissements déployés par chacun pour accomplir un travail en équipe ?
Si oui, comment ? Qu'est-ce que cela implique pour ceux qui sont en charge d'évaluer le travail ? Et comment donc définir « la bonne relation au patient » ?

Par ailleurs, peut-on la décrire ? Peut-on l'expliciter, la transmettre sans reconnaître au préalable son vrai contenu en pénombre ?

Mettre l'accent sur l'aspect foncièrement relationnel du soin en psychiatrie, c'est aussi mettre les évolutions actuelles de ce secteur d'activité en perspective avec toute l'histoire de la psychiatrie. Alors seulement nous pourrions comprendre que derrière les récents changements opérés par les politiques de santé publique, ce sont les valeurs d'un certain humanisme, la conception même du malade et de la maladie mentale qui sont en jeu.

Les changements évoqués sont à envisager dans les termes suivants :

³⁰ *Normes antécédentes* : se reporter au glossaire ergologique

- normalisation des manières de faire à travers la mise en place d'outils tels le suivi informatique du dossier patient : celui-ci indexant une obligation de traçabilité des actes infirmiers mais ne pouvant rendre compte d'une relation de soin engageant personnellement les soignants
- calcul du temps soignant (projet en cours).
- décompte et traçabilité des actes de soins
- inscription du patient dans une logique de flux pensée en terme de placement et non plus de suivi personnel médicalisé
- réduction des coûts par rationalisation du soin, etc.

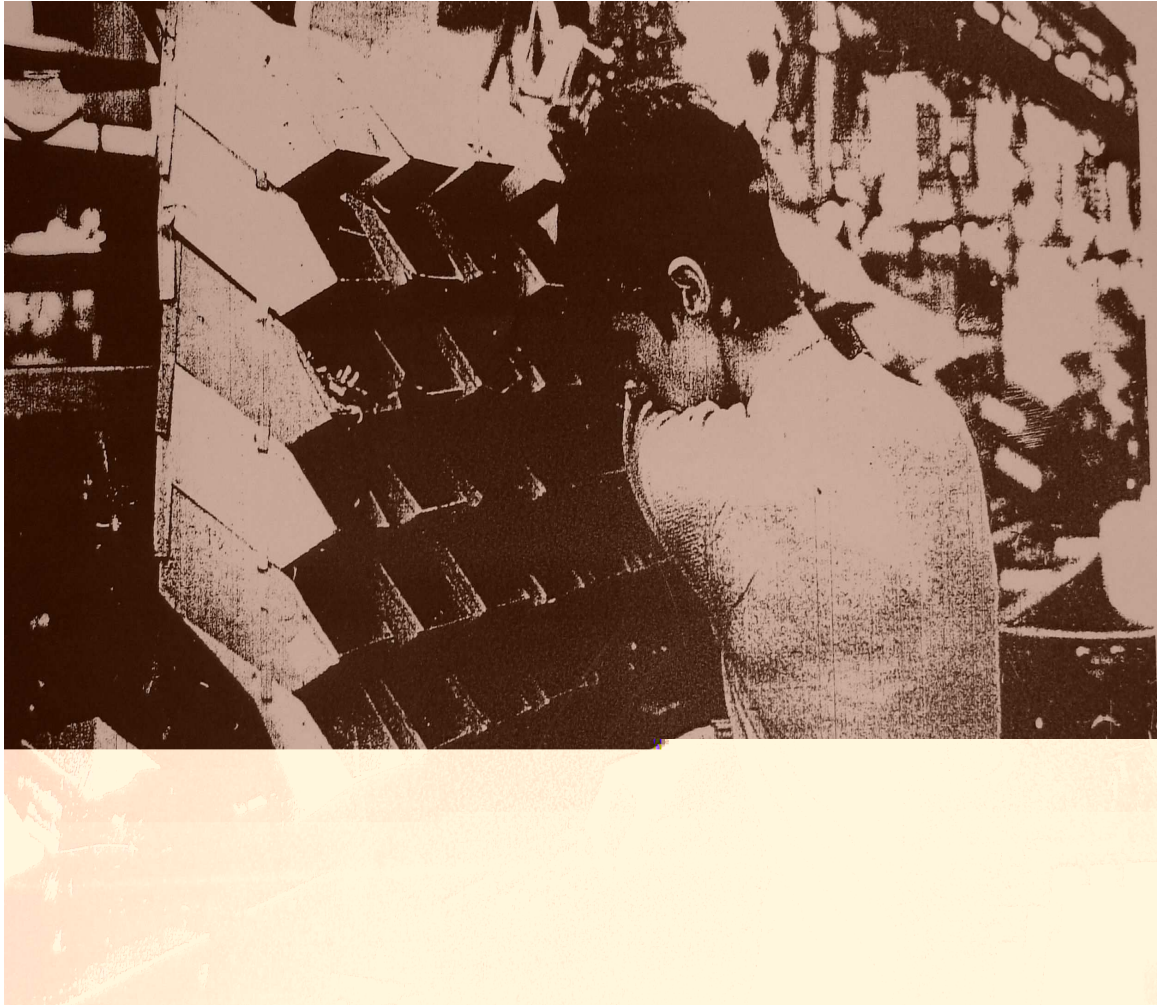
La réduction de la vision du soin à cette conception fut qualifiée, lors des séances du GRT, de « protocolaire ». Elle a pour conséquence de gommer l'activité réelle mise en oeuvre par les soignants et entraîne la généralisation d'une considération du patient comme « objet de soin » et non plus comme « sujet de son histoire ».

Autrement dit, travaillant avec les ISP sur la possible signification d'« un fonctionnement au protocole », nous avons touché du doigt ce qui peut les mettre en souffrance : non seulement leur activité disparaît derrière des grilles de lecture imposées, non seulement leur engagement en tant que soignant ne peut faire l'objet d'une reconnaissance dans ces cadres, mais encore c'est le déni d'existence dont les patients font les frais qui les met en situation de tension.

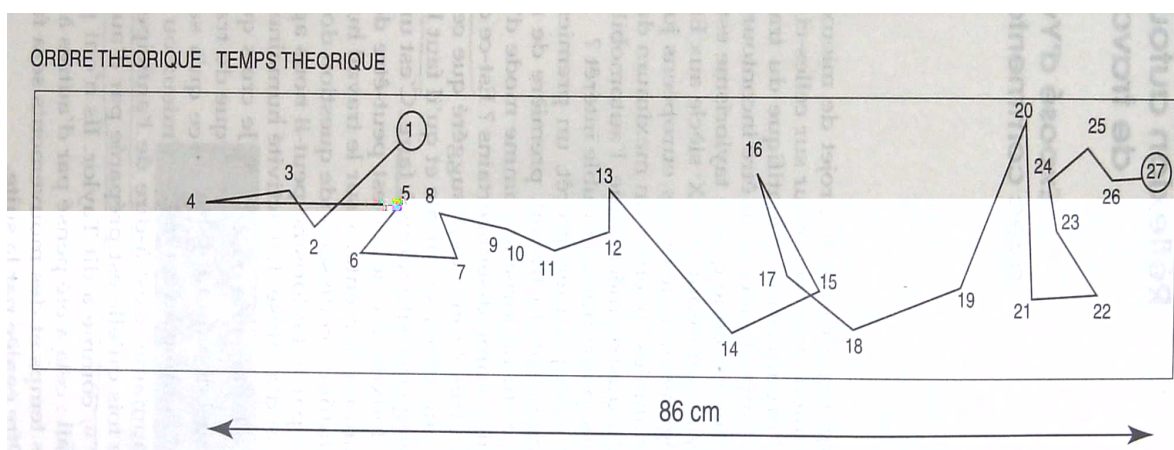
Pour illustrer ce dont nous rendons compte ici, reprenons un exemple qui nous a été donné : un infirmier nous a expliqué qu'en arrivant un matin sur le parking de son lieu d'exercice, il a rencontré un patient qui lui a demandé de l'aide. Le temps de l'orienter et de répondre à sa demande, il s'est mis en retard de 10 minutes. Expliquant les raisons de son retard à un collègue, ce dernier lui a répondu : « mais ce patient n'est pas de notre service ! ».

Par là, l'infirmier concerné a voulu insister sur l'incohérence d'une exécution stricte du prescrit : faudrait-il donc travailler en psychiatrie comme si la relation au patient pouvait rentrer intégralement dans des protocoles ? Faudrait-il donc faire comme si la vie s'arrêtait aux limites de la prescription ? Comme si un patient hors du protocole n'existait pas ?

Tout ceci pose la question de savoir comment on considère l'autre à travers les lignes de lecture d'un protocole : est-ce qu'on le considère encore comme un être humain, vivant et dont



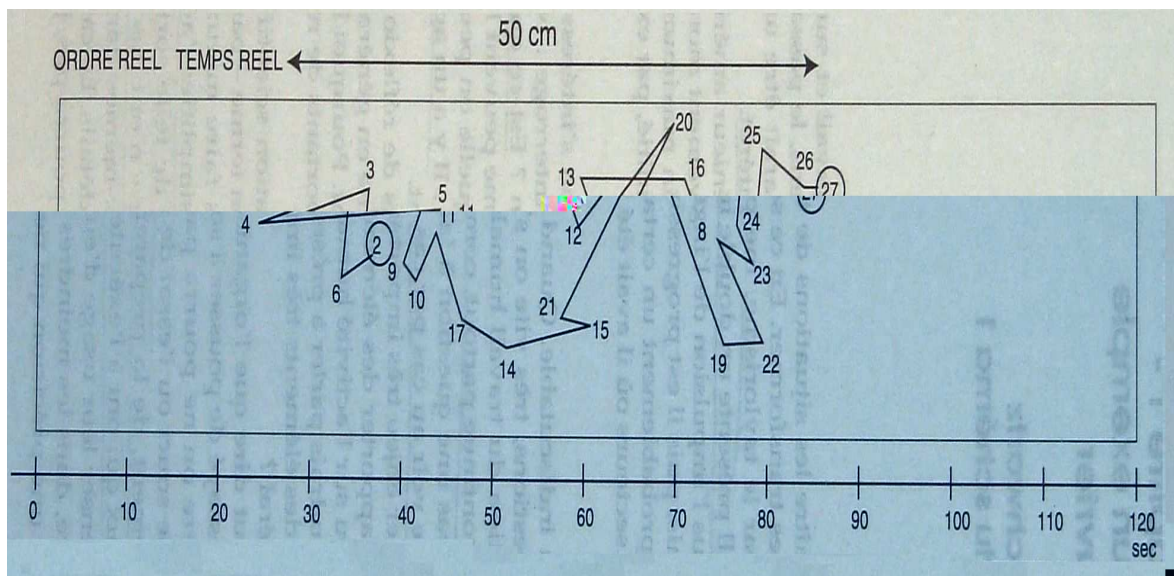
Le travail de l'opératrice a été pensé et prescrit par le bureau des méthodes comme suit :



Le schéma représente l'espace parcouru par la platine au cours d'un cycle de travail - 86 cm -, on voit également l'ordre et le nombre - 27 - des opérations à effectuer et enfin le temps durant lequel les composants électroniques doivent être insérés - 2mn -.

La finalité de la mise en œuvre de ce type de prescription, élaborée selon une logique de rationalisation scientifique, est l'efficacité maximale d'un « *one best way* », le but étant de généraliser la seule bonne manière de procéder.

Si on regarde, avec les ergonomes, le travail réel, on obtient le schéma suivant :



On peut faire les observations suivantes :

Il y a un **écart** entre les 2 schémas. Sur le schéma n° 2, correspondant au travail réel effectivement réalisé par une opératrice à un moment donné, **l'ordre** suivi par l'opératrice diffère de celui déterminé par le bureau des méthodes. L'opératrice a gagné du **temps** par rapport au temps prescrit et elle a concentré l'ensemble des opérations dans un **espace** plus réduit que l'espace anticipé par le premier schéma.

Qu'est ce que cette étude peut nous apprendre aujourd'hui concernant des situations de travail très éloignées de cet exemple tel le travail infirmier en psychiatrie ?

On peut avancer **4 propositions** :

- première proposition : si dans des situations extrêmement normées comme ci dessus, on constate un écart irréductible entre travail prescrit et travail réel, il semble que cette distinction peut être dite **universelle**.

C'est l'un des apports fondamentaux de l'ergonomie de langue française : travailler, c'est gérer un écart entre travail prescrit et travail réel ; l'activité humaine consiste en la gestion de cet écart !

- la 2^{ème} proposition semble aller dans le sens exactement inverse : l'écart est universel mais paradoxalement on ne peut pas prévoir complètement cet écart. Il est toujours partiellement **singulier**, il est le fait de personnes faisant des choix dans la manière d'ajuster leur agir dans l'ici et maintenant d'une situation sujette à des variabilités. Il n'y aura jamais deux personnes qui dans les mêmes conditions feront exactement la même chose de la même manière. Plus encore, pour une seule et même opératrice, il n'y aura jamais répétition à l'identique des opérations réalisées.
- La 3^{ème} proposition est la suivante : la rationalité du bureau des méthodes telle qu'elle a été formalisée sur le schéma 1 n'est pas la seule rationalité en jeu dans l'activité. Certes on travaille avec le codifié mais si on le modifie, si on le transforme, ce n'est pas sans raison, ce n'est pas simplement pour le plaisir de changer les modes opératoires prescrits. Toute activité implique un ajustement de soi aux autres et au monde. En ce sens une personne au travail se rassemble dans ce qu'elle fait et les raisons pour lesquelles elle opère d'une manière plutôt que d'une autre nous renvoient à des **choix** qui sont en partie faits au niveau de l'économie du **corps**.
L'entité qui rationalise au travail n'est donc pas seulement la pensée mais un « tout synthétique » appelé en ergologie « le **corps-soi**³² » et qui nous renvoie à considérer l'individu au travail en tant qu'il mobilise tout à la fois son corps, son histoire, son bagage psychique, intellectuel, ses diplômes *etc...* C'est pourquoi on peut dire que le travail n'est jamais exécution de soi mais toujours un certain usage de soi.
- La 4^{ème} et dernière proposition que l'on peut tirer de cet exemple est celle-ci : à partir du moment où la personne fait des choix pour gérer un écart entre le prescrit et le réel, elle le fait en fonction de critères qui renvoient nécessairement à des **valeurs**. Il apparaît de la sorte que dans le plus infime de l'activité, derrière le réel du travail, il y a des débats :

³² *Corps Soi* : voir glossaire ergologique

- **débats de soi avec soi** qui peuvent être liés à l'économie du corps par exemple : l'opératrice sur la chaîne va procéder de telle ou telle manière afin de pouvoir tenir les cadences mais aussi ne pas finir la journée sur les genoux...
- **débats de soi par rapport à des valeurs sociales** : on peut supposer que la réduction de l'espace et du temps pour réaliser l'ensemble des 27 opérations correspond au souci de ne pas déborder sur la voisine en cas d'incident (la patte d'un composant électronique tordue par exemple). Se manifeste ainsi la volonté de l'opératrice d'avoir du temps pour récupérer un évènement négatif sans que cela ait de conséquences sur le « bien vivre ensemble » sur la chaîne, sur le bien vivre ensemble au travail. On voit par là fonctionner une sorte d'accordéon permanent entre le plus microscopique de l'activité et le plus global de ce que c'est que vivre avec les autres. Ainsi ce sont des valeurs politiques (au sens grec de polis : « la cité ») qui sont engagées au plus micro de l'activité et cela n'est pas sans incidence sur la vie en santé des personnes qui travaillent.

Nous constatons de la sorte que l'activité renvoie à un complexe de valeurs qui entrent en débat, si l'on ignore ce débat, on ne peut comprendre vraiment les situations de travail.

Cette étude, mise en discussion au cours du travail en GRT avec les infirmiers, nous a permis de relativiser les opinions sur ce que nous avons appelé le « fonctionnement au protocole ».

En effet, s'il y a toujours un écart entre ce qui est de l'ordre du prescrit – la norme imposée – et ce qui se passe dans l'activité réelle – la norme instituée en situation –, cette règle vaut pour toutes les personnes en activité : aussi bien pour un infirmier désireux de soigner une personne dans sa globalité, que pour un autre qui cherchera à appliquer un protocole de soin.

Aussi, « fonctionner au protocole », c'est également être en activité même s'il s'agit d'une activité restreinte. Un tel fonctionnement est bien plus qu'un respect du prescrit, il indique de possibles valeurs en souffrance... Il est parfois l'indice d'une impossibilité de faire face à des situations difficiles.

Ces remarques nous semblent extrêmement importantes dans un contexte où les anciens infirmiers diplômés de secteur psychiatrique sont de moins en moins nombreux (départs à la retraite, travail sur des structures extrahospitali

d'inconnu que recèle la relation à l'autre – le malade mental –, semblent s'accrocher à l'autorité des normes prescrites, au pouvoir des procédures référencées, à la légitimité que leur confèrent les protocoles formalisés.

C'est pourquoi le problème de la fidélisation des jeunes infirmiers en psychiatrie peut être mis en relation avec les difficultés qu'implique un milieu où la rationalisation, le protocole, la technocratisation prennent le pas sur l'élaboration collective du sens d'un métier.

Un infirmier nous a expliqué :

« Certains DEI n'ont plus de repères car ils ont appris à travailler sur des protocoles or en psychiatrie on ne travaille pas sur des protocoles, on travaille sur l'initiative et sur la relation soignant / soigné, l'important c'est d'être à l'écoute, de prendre de la distance, pour comprendre ce qu'il se passe pour pouvoir ensuite reformuler et distribuer ce que l'on a recueilli à l'équipe... C'est une autre vision du patient et ça s'apprend sur le terrain, pas en centre de formation. »

Travailler avec les ISP sur l'écart prescrit-réel nous a permis de considérer avec eux les limites parfois mutilantes d'un fonctionnement « au protocole » ; pour autant cela ne signifie pas que les normes soient inutiles, loin de là, mais elles ne suffisent pas pour que le sens d'une activité puisse se construire.

Aussi, avons-nous appris à reconnaître la légitimité d'un écart irréductible pour que la vie au travail puisse prendre sens dans un milieu (le secteur psychiatrique) où on « *travaille avec un outil qui est fait de soi-même* ».

Or, tout semble désormais se passer comme si les infirmiers de ce secteur n'étaient plus que les exécutants d'un protocole indiscutable, comme si les personnes étaient interchangeables.

Tout ceci nous a conduit à considérer le manque d'espaces au sein desquels une réappropriation collective du travail serait possible. A bien des égards, le GRT que nous avons mis en œuvre nous a paru répondre à cette nécessité.

Par ailleurs, l'approfondissement de ces problématiques a confirmé l'insuffisance d'une formation construite à l'écart du travail réel. Cela a mis en évidence les conséquences inquiétantes en terme de risques pour la santé au travail des personnes qui seront amenées à

travailler avec ce manque. Conséquences également en terme de risques pour les patients qui ne recevront plus de soins adaptés.

Passant finalement outre les clivages anciens / nouveaux diplômés, outre les « guerres de compétences », dépassant le mode de la plainte, nous sommes arrivés progressivement tous ensemble à l'idée qu'il fallait construire une réflexion qui nous permette d'avancer. Construire un outil pour améliorer le travail s'avérait nécessaire pour la transmission et la communication de l'ensemble des infirmiers travaillant en secteur psychiatrique.

<p style="text-align: center;">Pour la construction de cet outil : valoriser l'activité par des choix de mise en patrimoine</p>
--

Nous nous sommes donnés pour objectif de définir ensemble les grandes lignes d'une mise en visibilité cohérente de l'activité des ISP quant aux problématiques rencontrées dans leur travail réel.

Nous avons proposé de travailler en atelier sur des thèmes choisis par les participants au GRT et apparaissant stratégiques pour définir les difficultés rencontrées aujourd'hui dans le travail infirmier en secteur psychiatrique :

Les deux thèmes sélectionnés ont été les suivants :

- « **Le travail en équipe** »

- « **L'hôpital – entreprise** »

Une séance en deux ateliers sur chacun de ces thèmes a eu lieu. Elle avait pour objectif de permettre un travail approfondi, susceptible d'être ensuite redistribué à l'ensemble du groupe via une restitution – compte-rendu – et la construction de questionnaires sur les problématiques abordées.

« Dans le travail collectif, quel qu'il soit, il existe une sorte de chaîne invisible qui lie entre eux les individus affectés à la même tâche ».

André Roumieux³³

L'atelier : le travail en équipe

L'atelier dénommé « *Le travail en équipe* » s'est structuré à partir de la question suivante : en quoi une équipe est-elle ou non ce qu'on appelle en ergologie une ECRP – une entité collective relativement pertinente – ?

Encore nous fallait-il définir ce qu'était une ECRP et justifier que nous proposons ce concept à la discussion.

Au terme « collectif », notion floue, véhiculant des représentations multiples, nous préférons utiliser l'expression forgée par Yves Schwartz d'Entité Collective Relativement Pertinente.

Qu'est ce qu'une E C R P ?

Une *entité*, c'est une forme aux contours mouvants qui n'est pas figée de manière définitive. L'adjectif « *collective* », qui qualifie cette entité, nous indique que ce dont on parle est de l'ordre de la création à plusieurs, de la co-construction. Le terme « *relativement* » dans « *relativement pertinente* » nous signale tout à la fois que l'entité désignée ne peut être définie de manière absolue de façon extérieure, mais par ailleurs, couplé à l'adjectif « *pertinente* », il met l'accent sur le caractère non évident de la réussite du travail collectif (parfois ça fonctionne, parfois non).

Autrement dit, un collectif de travail ne peut jamais être strictement anticipé à distance de la situation considérée, quand bien même organigrammes et fiches de fonctions en esquissent les grandes lignes.

Parler du travail en équipe implique donc d'aller voir de près les formes qu'il prend.

³³ André ROUMIEUX, *idem*.

La question que nous nous sommes alors posée était de savoir en quoi nos échanges pouvaient nous renseigner sur les collectifs informels tels qu'ils se déploient en situation de travail à proprement parler.

Cet atelier, comme toutes les séances du GRT, s'est en effet tenu à distance des situations de travail et rappelons, à cet égard, que les personnes présentes dans le groupe appartiennent toutes à des structures différentes, donc à des milieux de travail très différents.

Le travail en atelier a permis une réflexion sur un thème à travers des récits d'expérience. Ainsi, le passage par le langage nous a permis d'accéder, non à une sorte de « réalité susceptible d'être objectivée », mais plutôt aux manières toujours singulières dont les personnes se confrontent à un milieu de travail donné et pris en tension entre les caractéristiques des tâches à accomplir et les attendus du service à rendre.

Dans l'échange, chacun a pu, en partie, faire émerger les débats de normes³⁴ qui le traversent au quotidien. Mettre en visibilité cette délibération de chacun avec lui-même et avec les autres a constitué pour nous le cœur de la dynamique du GRT : il n'y a rien de mécanique dans le travail, chacun met en jeu des valeurs qui lui sont propres et qui orientent des choix de vie collective.

Aussi, parler des synergies collectives au sein des équipes n'avait rien d'évident à distance des situations. Comment le positionnement de chacun par rapport à cette notion de « travail en équipe » a-t-il pu nous renseigner sur la dimension collective du travail en psychiatrie ?

C'est à cette question que nous avons tenté de répondre.

Dans un premier temps, nous avons voulu cerner de manière nuancée les contours des « équipes » en question. Le concept d'Entité Collective Relativement Pertinente nous invitait à ne pas catégoriser trop rapidement la complexité de la vie.

L'atelier, « *le travail en équipe* », nous a ainsi conduit à identifier les divers collectifs auxquels appartiennent les infirmiers de secteur psychiatrique. Collectifs toujours plus ou moins informels, plus ou moins prescrits et qui s'enchevêtrent *in situ*.

Nous avons repéré :

³⁴ *Débat de normes* : voir glossaire ergologique

- le binôme (parfois trinôme)
- l'équipe infirmière
- l'équipe de secteur
- l'équipe pluridisciplinaire
- les activités de sociothérapie
- le travail en réseau avec des associations
- les groupes de réflexion
- l'incidence - et dans une certaine mesure la participation - du patient et des familles sur le travail en équipe.

- **La complicité**

Les infirmiers participant à cet atelier ont avancé l'idée que ce qui permet à une ECRP de se construire en situation, c'est la « **complicité** » entre les personnes.

Cette proposition a cependant été discutée et n'a pas fait l'unanimité parmi les participants à l'atelier.

Certains ont défendu l'idée qu'une forme de complicité est indispensable au travail en équipe : lorsqu'il s'agit d'intervenir en chambre d'isolement par exemple « *c'est le doigté des ficelles de l'expérience qui permet par un simple regard parfois de s'accorder et d'intervenir en étant sur la même longueur d'onde* ».

D'autres ont voulu souligner que travailler avec des personnes qui n'ont pas la même manière de voir les choses, est source d'enrichissement. « *Cela n'est jamais facile, ça oblige un réajustement entre différentes manières de voir, de considérer le travail* ». Ainsi, un participant a donné l'exemple d'une équipe comprenant un infirmier et un éducateur : la formation pragmatique de celui-ci est venu contrebalancer le regard « psy » de l'autre, ce qui fut appréciable pour chacun.

• **De la complicité à la confiance**

A la notion de *complicité* s'est rapidement substituée celle de *confiance* comme postulat pour un travail en équipe réussi. Mais qu'est-ce que la confiance sinon la possibilité de construire, dans le *temps* et à travers des *échanges* en équipe, les conditions d'une relation soignants/soignés qui soit à la « bonne distance » ?

Pour cela, il n'y a guère de recette ou de formule à appliquer : « *le soin est un appel au groupe, au travail collectif et cela ne peut être prescrit, ça s'invente et ça prend forme jour après jour* », nous a dit une infirmière.

« *Pour que le patient puisse avoir une place, il faut réussir à harmoniser nos individualités par rapport à des objectifs en commun* », a ajouté une autre.

Aussi, l'équipe en psychiatrie semble être le lieu d'une dialectique indispensable entre soi et les autres pour que la relation au patient puisse être véritablement vecteur de santé et d'efficacité dans le travail.

C'est pourquoi les infirmiers participant à cet atelier ont insisté sur le statut de la *parole* en psychiatrie : « *On parle avant, pendant et après le suivi du patient* ». La parole avec les autres, avec les collègues, est ce qui permet de réguler la relation au patient.

D'où la nécessité selon les infirmiers d'un apprentissage « *sur le tas* », d'une expérience qui puisse se forger en situation à travers des rencontres à vivre.

Un tel apprentissage n'est pas facile à défendre en raison d'un certain nombre d'évolutions institutionnelles.

Aussi, avons-nous été amenés lors de cet atelier mais également lors d'autres séances du GRT à considérer ce que peut signifier, du point de vue de l'activité, le projet de mobilité des infirmiers sur plusieurs secteurs de l'hôpital.

- **La mobilité des infirmiers sur plusieurs secteurs**

Ce projet semble répondre à la fois à la nécessité de pallier au manque de personnel à certains endroits mais également vise une meilleure gestion des difficultés de certains postes (travail en intra, gestion de la violence...). Par ailleurs, les infirmiers du GRT nous ont expliqué qu'à travers ce projet, il s'agirait pour la direction de lutter contre une certaine « sclérose » du personnel en favorisant les échanges inter - équipes : l'objectif étant d'éviter que le personnel

soignant reste *ad aeternam* aux mêmes postes à faire les mêmes choses avec les mêmes personnes...

Derrière ces réflexions se profile l'idée d'un « *problème de motivation* » du personnel soignant à l'hôpital. Ce qui nous a incité à mettre en perspective la notion de transmission du savoir d'expérience des ISP avec des inquiétudes organisationnelles liées à la problématique de la fuite des jeunes infirmiers hors du secteur psychiatrique.

- *Qu'est-ce que la motivation ?*

Renvoie-t-elle à des caractéristiques propres aux personnes ou à un ensemble d'éléments – organisationnels, collectifs, techniques... – qui constituent une situation de travail prise dans son ensemble ?

A partir du moment où l'on adopte le point de vue de l'activité, on comprend la motivation non comme inhérente aux individus mais plutôt comme exprimant l'état d'un rapport entre ce qu'une personne engage d'elle-même et l'espace de réalisation propre que lui permet le milieu de travail auquel elle se confronte. Aussi, ne peut-on se représenter la motivation comme un mouvement à sens unique : le **sens** que prend mon travail résulte des possibilités d'arbitrage entre ce que j'exige de moi-même (usage de soi par soi) et ce que le milieu exige de moi (usage de soi par les autres). A partir du moment où la confrontation à la norme est reconnue comme débat de normes, ce qui « motive » quelqu'un renvoie à un ensemble d'éléments complexes qui s'articulent ensemble dans l'expression de préférences.

On voit par là que la notion de « motivation » n'est pas simple à appréhender, il faut l'entendre comme constitutive de la *dynamique du recentrement*³⁵ de soi par rapport à un milieu de travail donné (c'est à dire composé de *normes antécédentes*³⁶).

Aussi, la question de la mobilité des infirmiers sur plusieurs secteurs de l'hôpital n'est ni bonne ni mauvaise en soi mais nous oblige à considérer les histoires de vie qui se construisent dans les différents services où exercent les personnels soignants.

C'est sur ce point que les participants au GRT ont attiré notre attention : la mobilité du personnel ne sera pas sans incidence sur les manières de travailler en équipe dans les services.

³⁵ *Dynamique de recentrement* : voir glossaire ergologique

³⁶ *Normes antécédentes* : voir glossaire ergologique

Certes un certain nombre de personnes peuvent avoir envie de bouger régulièrement mais imposer la mobilité à l'ensemble des infirmiers ne peut se faire qu'au déni du travail réel mené sur le terrain. Les infirmiers se définissent en effet en tant que « professionnels de la relation » (du moins pour les ISP qui ont participé au GRT), c'est-à-dire qu'ils défendent l'idée que le soin en psychiatrie passe par la mise en œuvre d'une véritable relation avec les patients. Cela ne peut se construire sans un minimum de moyens : un travail avec une équipe stabilisée, du temps et des mots. Ce travail de relation ne peut se faire que dans une temporalité élargie, exigence qui entre en contradiction avec l'idée de flexibilité, véhiculée par celle de mobilité ; autant d'éléments aujourd'hui mis à mal par l'évolution technicienne et gestionnaire de « l'hôpital entreprise » - Ces évolutions et les diverses pressions qu'elles exercent ne concernent d'ailleurs pas seulement l'activité des infirmiers. Tous les personnels responsables de l'hôpital sont aujourd'hui pris dans ces formes de contradictions.

Pour les ISP de notre GRT, c'est la prise en compte du malade en tant que personne qui devrait être à l'instigation du travail du soignant or l'obligation de mobilité, risquant de ramener les infirmiers à l'état de simples « pions interchangeables », est un des éléments qui ne leur permettrait plus de se considérer eux-mêmes en tant qu'individus pris dans une histoire, fruit d'un travail à plusieurs. C'est pourquoi il est nécessaire que la mobilité reste affaire individuelle.

La contradiction qui met aujourd'hui les infirmiers de secteur psychiatrique en difficulté est la suivante : les ISP revendiquent une formation et une culture héritée de la psychothérapie institutionnelle, qui plaçait le malade et sa vie dans l'institution au coeur de la relation soignante, et qui dans un mouvement général de rationalisation du secteur des services tend à être aujourd'hui marginalisée.

- **Le travail en réseau :**

Dans ce sens, les infirmiers ayant participé au GRT ont insisté sur la nécessité pour eux d'inscrire leur activité par rapport à la construction d'un sens politique fort avec des responsabilités collectives qui vont bien au-delà de l'enceinte hospitalière.

Aussi, la question du travail en réseau a été longuement débattue. En effet, qu'il s'agisse de la psychothérapie institutionnelle ou de la sociothérapie, les ISP revendiquent une culture qui met l'accent sur un travail ne pouvant se construire qu'à l'échelle de la société toute entière.

Selon les ISP, le travail en réseau est indispensable pour pouvoir notamment « ré - insérer dans un circuit social » des personnes atteintes de troubles psychiques. Le travail en réseau se construit dans le temps et de manière collective, il demande aux ISP d'établir des contacts avec des associations, de monter des projets, de chercher des budgets, d'organiser des actions (sorties, activités sportives...) qui entrent dans une vision globale du soin. Reproche leur est fait aujourd'hui par certains de leurs collègues de perdre du temps à gérer ce type de tâches et de « vouloir se faire plaisir » au lieu de travailler.

Un ISP a relevé cet exemple avec beaucoup de force : « *Pour soigner en psychiatrie, pour travailler tout simplement, on a besoin de se faire plaisir, pour relayer l'envie de vivre chez des personnes souffrantes, on a besoin de cette énergie, on est obligé de désirer pour eux (les malades) quant on ne peut le faire avec eux ! Si on y va à reculons, on ne risque pas de les faire courir !* »

Le lien entre plaisir et travail nous est apparu avec une acuité particulière. Par ailleurs, c'est la nécessité d'inscrire la dynamique soignante dans un projet social d'envergure qui fut aussi soulignée.

Le travail en réseau est indispensable mais les marges de manœuvre pour le nourrir sont de plus en plus réduites. En effet, les contraintes économiques (temps disponible, moyens financiers) ne permettent plus de nourrir véritablement le sens politique (dans le sens de la construction du vivre ensemble) du soin en secteur psychiatrique. La suppression des temps pleins et donc la réduction du nombre de places entraînent des hospitalisations qui se font de plus en plus en situation d'urgence parce que motivées par des passages à l'acte, enfin les patients sortent de l'hôpital sans être stabilisés.

Une infirmière nous a résumé cela de la sorte : « aujourd'hui c'est l'hôpital qui crée les urgences et il ne fait plus que gérer des urgences ». Ceci n'est pas à prendre comme une attaque personnelle contre l'hôpital, c'est le cri du cœur d'une infirmière qui subit chaque jour la dégradation du soin et des conditions de travail à l'hôpital, c'est l'indice que des choses doivent changer, que les projets d'évolutions tels qu'ils sont proposés doivent - et peuvent - être remis en question, réaménagés, réajustés aux situations de soin réelles et vécues par les personnels soignants.

Nous allons voir que les problématiques relevées lors de cet atelier, même si les ateliers ont été menés simultanément avec deux groupes différents, nous renvoient très directement au deuxième thème que nous avons abordé celui de l' « Hôpital entreprise ».

« Nous venons, nous les infirmiers psychiatriques, d'une sorte de nuit où si nous essayons de voir ce qui a pu se passer pour ceux qui devaient occuper la place qui est devenu aujourd'hui celle de l'infirmier psychiatrique, c'est tout d'abord lorsque la société ne pourra plus supporter la folie et qu'il sera question de renfermeries par souci d'isolement et de protection, que s'organisera un mode d'existence recluse où apparaîtra la raison d'être du gardien. Mais progressivement c'est affirmée la présence d'un chef qui observe et note entre autre le résultat obtenu par exemple en faisant piroueter, en balançant les fous ficelés à de terribles machines ou immobilisés dans des tabliers de bains... Puis apparaît le patron omnipotent qui domine de son autorité et de son savoir, un groupe plus ou moins défini de servants et d'exécutants ».

André Roumieux³⁷

L'atelier « hôpital entreprise »

- **Le titre de cet atelier :**

La question du choix du titre a été abordée : les infirmiers sont-ils vraiment concernés par la problématique de « l'hôpital entreprise » ? N'est-ce pas une problématique trop générale, une problématique syndicale ?...

Il nous est apparu d'entrée de jeu qu'à travers les changements organisationnels qui viennent « d'en haut » (du ministère) et qui se sont mis en place sur le long terme (au cours des 20 dernières années), c'est la culture infirmière elle-même qui a changé. C'est donc véritablement le lien entre le local et le global que nous avons cherché à interroger durant cet atelier pour mieux comprendre les évolutions d'un métier.

En effet, ce qui se joue au niveau des dramatiques d'usage de soi³⁸ dans l'activité quotidienne des infirmiers n'est pas sans incidence sur des formes de socialisation des problèmes (mouvements revendicatifs, collectifs créés dans les années 90, références récurrentes à des moments de « lutte »...) qui permettent des pressions et des changements au niveau politique. Inversement des décisions prises au niveau ministériel (plan psychiatrie et santé mentale 2007) ne sont pas sans incidence sur l'activité réelle des protagonistes des situations de travail.

³⁷ André ROUMIEUX, *idem*.

³⁸ *Dramatique d'usage de soi* : voir glossaire ergologique

Comment déplace-t-on donc le curseur entre ces différentes dimensions : politique, économique et individuelle, lorsqu'on aborde la thématique de l'hôpital entreprise ?

En quoi l'identité même des ISP est – elle mise en question par les évolutions récentes de l'hôpital en tant qu'institution publique ?

Derrière cette question s'en profile une autre : quels liens entre « culture » infirmière et manières d'envisager socialement le soin aujourd'hui ?

Autrement dit, en quoi l'ancrage culturel que revendiquent les ISP est-il aujourd'hui mis en difficulté par les évolutions organisationnelles d'un hôpital dont l'aspect gestionnaire a pris le pas sur la vocation soignante ?

- *Cette réflexion nous a amené à considérer le passage d'une culture à une autre : de*

faire du patient un « objet de soin » et non plus le « sujet de son histoire ». Ces différents aspects d'un hôpital devenu gestionnaire mettent en souffrance nombre d'infirmiers dont l'activité se situe au lieu d'un écart immense entre logiques de rationalisation des coûts et usage de soi, engagement de soi vis-à-vis de l'autre auquel l'infirmier n'a pas les moyens de répondre.

Le thème de « la non réponse aux malades » est revenue de manière récurrente lors des discussions : « *Comment faire avec des patients qui ont besoin de soins⁴⁰ et qui n'ont pas de refuge ? Comment réinventer en permanence notre métier quand on n'a même pas les moyens de répondre ? Comment faire avec des patients dirigés en hôpital de jour alors qu'ils devraient être hospitalisés ? Ce sont des gens que l'on tient à bout de bras et dont on sait qu'ils vont à la catastrophe si on ne leur propose pas de prise en charge adéquate... »*

A travers le thème de la « non-réponse » s'esquisse la question de la **responsabilité** – du latin « *respondere : répondre* » - de chacun pour autrui. On voit ici à quel point valeurs sans dimension⁴¹ (le simple fait de reconnaître l'autre comme son semblable) entrent en contradiction avec des valeurs dimensionnées (coûts en temps, en place et en argent de la relation au patient).

Notons par ailleurs que l'une des solutions avancées à ce problème place les infirmiers de secteur psychiatrique en situation d'extrême tension avec les valeurs de service public qu'ils portent et qu'ils défendent. Ainsi l'appel aux infirmiers libéraux pour suppléer au manque de moyens de l'hôpital a-t-il tendance à se généraliser. A cet égard une infirmière nous a expliqué qu'elle a la chance de travailler avec deux jeunes infirmiers libéraux pour lesquels elle a beaucoup d'estime et qu'elle trouve très compétents, mais de voir aujourd'hui qu'ils conventionnent avec l'hôpital pour faire le travail que les ISP ne sont plus en mesure de faire au niveau du secteur de la psychiatrie, parce qu'ils n'en ont plus les moyens, la retourne complètement et la met en situation de contradiction : d'une part, elle comprend que ces infirmiers préfèrent avoir les moyens de bien travailler (notamment en terme de temps) tout en étant mieux payés que dans le public mais d'autre part, abandonner le secteur public , c'est aussi abandonner les valeurs que porte avec elle la notion même de service.

⁴⁰ *Soin* : voir glossaire ISP

⁴¹ *Valeurs sans dimension / Valeurs dimensionnées* : voir glossaire ergologique

Tout ceci montre que le problème de la reconnaissance d'un métier se pose aussi en terme de reconnaissance salariale et c'est là un des facteurs de mise en danger de l'hôpital public en lequel le personnel soignant participant à notre GRT croit. Autrement dit les difficultés locales d'exercice sont l'indice de problèmes d'ordre social et politique.

A cet égard nous avons échangé lors de l'atelier « hôpital entreprise » sur la base de ce qu'on appelle en ergologie l'espace social tripolaire.

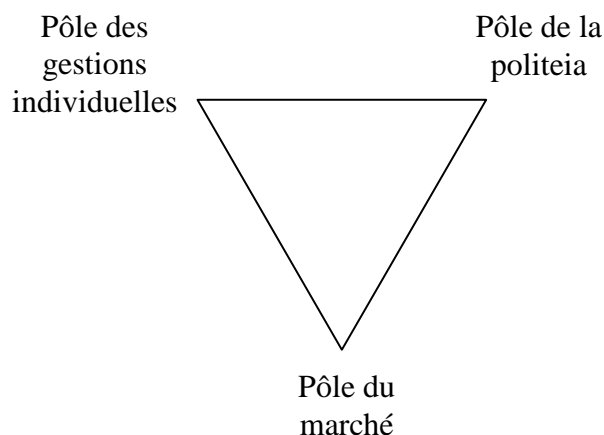
- **L'espace social tripolaire**⁴² :

Selon Yves Schwartz l'activité est toujours, au plus petit échelon, l'enjeu d'un débat de normes qui renvoient à des valeurs dans la manière dont l'individu arbitre au quotidien les choix qui orientent son action.

Le pôle de l'activité, au sein duquel se noue cette dynamique de gestions individuelles, doit être compris comme un pôle de négociations, de délibérations permanentes entre l'usage que chacun fait de lui-même par lui-même et l'usage qu'il est fait de lui par d'autres.

Le pôle des gestions individuelles nous renvoie donc à la question des dramatiques d'usage de soi dans un espace de compréhension de notre société comprenant, outre le pôle de l'activité, 2 autres foyers générateurs de logiques en tension permanente : le pôle marchand et le pôle politique.

Nous pouvons illustrer un tel espace de la manière suivante :



⁴² Yves SCHWARTZ et Louis DURRIVE, *Travail et ergologie : entretiens sur l'activité humaine*, 2003, pp. 241-271

Les pôles marchand et politique sont tous deux générateurs de normes antécédentes pour l'individu : normes économiques (accréditation, certification, labellisation, performance...) et normes juridico - sociales (lois...).

Pour autant, ces deux pôles correspondent à des logiques de création de milieux de vie qui ne sont pas les mêmes.

Le pôle du marché s'articule sur des valeurs quantitatives (ratios...) et vise l'optimisation des échanges monétaires alors que le pôle politique, appelé également par Yves Schwartz pôle de la « politeia » (au sens de l'étymologie grecque « polis » la cité) objective la mise en histoire de valeurs non - dimensionnées (la santé, l'éducation, la culture...) et s'articule sur un horizon de vie collective tendant vers le « bien commun ».

La compréhension de l'espace social peut être entendue comme jeu d'interactions continues entre ces 3 pôles, sachant que les usages marchands, politiques et personnels que chacun fait de sa propre vie sont toujours étroitement mêlés.

D'une certaine manière, on peut dire que chacun d'entre nous existe aux trois pôles de cet espace et non seulement au pôle des gestions dans l'activité.

Ce qu'il faut entendre par là c'est qu'on ne peut avoir de vision figée et définitivement modélisée de cet espace social, c'est au contraire un espace mouvant au sein duquel chacun est à la fois engagé dans des dimensions de vie différentes (le consommateur, l'électeur, le travailleur –le soignant-, la famille...) et dans plusieurs temporalités.

Aussi, est-ce l'interaction entre ces trois pôles qui explique comment les choses se transforment sous l'effet de crises et de rééquilibres successifs.

Notons cependant la différence de nature entre le pôle des gestions par rapport aux deux autres pôles : le pôle des gestions individuelles est celui qui permet la dialectique entre les normes antécédentes (économiques et politiques) et les recentrements de l'homme en activité qui tend à se constituer en tant qu'auteur d'un monde à vivre.

A partir de là, une certaine conception de l'histoire peut être déroulée : l'histoire ne s'écrit pas toute seule, elle n'est pas le fruit de logiques abstraites qui s'imposeraient indifféremment aux êtres humains, il n'y a pas d'histoire désolidarisée des manières dont chacun articule au quotidien ce qu'il engage de lui-même par rapport à un projet (de vie) politique (monde commun à construire) et selon des contraintes économiques.

Pas de vision mécanique donc de l'histoire des sociétés mais une vision organique articulant plusieurs dimensions et plusieurs temporalités ; une temporalité qui correspond à la volatilité des échanges monétaires, une temporalité de longue durée pour l'établissement de la vie collective – droit, etc. – et la temporalité de la mise en patrimoine de l'expérience pour l'activité.

Aussi, les évolutions du travail en secteur psychiatrique sont à considérer dans le cadre très large des évolutions de la société toute entière et de la manière dont un certain nombre de valeurs y sont traitées.

C'est en ce sens qu'au cours des échanges, nous avons mis l'accent sur le sentiment que l'activité soignante est en quelque sorte aujourd'hui « vampirisée » par des valeurs marchandes.

- **La réflexion que nous avons menée sur ce thème nous a conduit à nous interroger sur la place du patient aujourd'hui en tant que bénéficiaire de soins en secteur psychiatrique.**

Pour reprendre ce qui a été avancé précédemment, nous pouvons dire que la question du soin en psychiatrie se pose de plus en plus aujourd'hui, du fait de restriction des moyens et financements alloués à l'hôpital public, en terme de « placement » de personnes (hospitalisées, sur des hôpitaux de jour, en CATTP, en CMP...) selon une logique de gestion de flux de patients et non plus prioritairement en termes de suivi médical personnalisé.

Ceci entraîne de nombreuses incohérences dans la communication entre les diverses structures d'accueil et dans l'organisation du soin.

Le manque de structures de soin est en partie pallié par des associations de familles qui se sont créées pour répondre à la nécessité d'un accueil permanent, mais cela a pour conséquence de « retirer » les patients les plus « dynamiques » des groupes médicalisés qui s'en trouvent, de ce fait, d'autant plus enfermés dans la maladie.

Ce qu'il faut garder à l'esprit concernant le travail en psychiatrie, c'est que le soin passe nécessairement par des relations multiples : du patient aux soignants, des patients entre eux avec les soignants, des patients à la société par le biais d'action de socialisation (sociothérapie...), etc.

Aujourd'hui, l'éclatement des soins, du suivi, des personnes sur diverses structures en fonction des possibilités de places et non plus en cohérence avec un suivi médical

personnalisé, concourt à la dégradation des conditions de travail du personnel soignant qui, à l'hôpital, se retrouve à porter à bout de bras des personnes en situation d'urgence et ne peuvent plus s'inscrire dans une politique de soins globale qui garantirait l'efficacité du travail.

C'est en ce sens que l'on peut parler d'un malaise des infirmiers : leur activité se situe au lieu d'un écart entre logiques de coûts budgétaires manifestant l'accélération de formes de technocratisation administrative et la réalité d'un métier qui a pour finalité de prodiguer des soins de qualité à des personnes en souffrance.

Selon les infirmiers participants au GRT, les patients sont avant tout des personnes – ce qu'ils nous disent avoir de plus en plus de mal à faire reconnaître - avec lesquelles quelque chose de leur histoire s'est écrit. Leur histoire de vie professionnelle est fortement liée à celle de leurs patients qu'ils sont amenés à « retrouver » régulièrement. Ils nous disent que bien des patients ont « grandi » avec eux. Que des morceaux de vie qui sont aussi des morceaux d'histoires personnelles se sont construits dans le cadre de la relation de soin. Ils ont travaillé avec ce qu'ils étaient : avec leurs propres personnes, avec leurs propres corps, avec leurs propres histoires... Ce qu'ils résumant sobrement en nous disant « *en psychiatrie, le premier outil du soin, c'est soi* » -Yves Schwartz dirait « le corps-soi »⁴³-.

Le travail en psychiatrie pour ces infirmiers est placé sous le signe de la rencontre, dimension inaliénable de leur engagement au quotidien.

Aussi, se questionner sur la place du malade en secteur psychiatrique nous oblige à considérer, comme dans un jeu de miroirs, celle du soignant dans l'hôpital d'aujourd'hui.

Ici, se dessine tout l'enjeu de notre GRT : les évolutions actuelles du soin entraînent une mise en invisibilité de l'activité réelle de ces soignants, les ISP.

De cette mise en invisibilité découle un déni social (problème de reconnaissance de ce métier voué à disparaître). Par delà le déni social de la spécificité du soin en secteur psychiatrique, c'est l'existence même du malade qui est peu à peu gommée.

⁴³ *Corps-Soi* : voir glossaire ergologique

Comme nous le remarquons à l'issue de la première séance du GRT, la rationalisation du soin ne va pas sans celle du malade. Cela est valable pour le soin en général, mais prend peut-être une dimension particulièrement aiguë pour le soin en psychiatrie.

La rationalité économique va à l'encontre de la rationalité soignante. Nous pourrions ici reprendre un texte de Georges Canguilhem de 1947⁴⁴ et avancer le danger qu'il y a à vouloir faire passer un type de rationalité comme la seule rationalité possible. Dans l'univers psychiatrique où les frontières sont particulièrement labiles entre rationnel et irrationnel, n'est-il pas non seulement dangereux mais également grave du point de vue de notre conscience d'homme, de tenter de passer sous silence l'existence même d'autrui ? A cet égard, bien des réflexions sur la « normalité » pourraient être reprises et nous obliger à reconsidérer les responsabilités et engagements de chacun dans la construction d'un monde qui tend non plus à stigmatiser le différent mais à le faire disparaître derrière des « grilles ».

Notons à ce sujet, que les ISP, dès la première séance du GRT, avaient insisté sur les évolutions langagières que connaît leur secteur d'activité : depuis 25 ans, le terme « *Asile* » a disparu au profit de la dénomination « *Centre Hospitalier Psychiatrique* », expression réduite aujourd'hui à celle de « *Centre Hospitalier* ». L'asile indiquait la possibilité d'un accueil, d'un refuge, dimension assurément effacée aujourd'hui par la primauté des contraintes économiques dans les politiques de soin mises en œuvre.

Autrefois on parlait de « *fous* », aujourd'hui il s'agit de patients anonymes, non plus d'hommes et de femmes mais d'entités ramenées à leur existence administrative.

Pour les ISP du GRT, c'est la dimension historique au sein de laquelle la relation de soin doit s'inscrire qui est mise à mal par les évolutions techniques de l'hôpital psychiatrique, évolutions générées notamment par les modifications des parcours formatifs entre ISP et IDE. Ainsi, un ISP a mis l'accent sur le fait qu'un patient qui a un diminutif est une personne qui existe singulièrement dans un environnement de soin. Selon lui, il est essentiel de reconnaître sa singularité – de l'appeler par son diminutif par exemple – pour permettre d'établir une véritable relation soignante. La relation se construit en effet à deux (au minimum) or les ISP sont en situation de devoir expliquer auprès de nombre de leurs collègues, l'enjeu d'une parole empathique et engagée avec les patients.

⁴⁴ Georges CANGUILHEM, « *Milieu et Normes de l'homme au travail* », *Cahiers internationaux de sociologie*, 1947

Explication selon eux bien souvent inutile parce que jugée comme obsolète, « d'un autre temps », marginale, hors de la culture dominante (Cf. « *les patients auxquels on ne demande même plus leur avis sur l'administration de soins* »).

Concernant la place du patient en secteur psychiatrique, un infirmier nous rappelle une fois encore qu'un patient ne rentre pas dans une grille, pas même dans une feuille de présence : cet ISP travaille en effet dans un centre d'accueil de jour (animation d'ateliers de sociothérapie) où les patients peuvent venir selon leurs besoins et envies. – Lieu d'accueil, lieu relais où le même patient va venir une heure le matin puis, par exemple, refaire un passage en fin de journée ; dans ce cas de figure, la feuille de présence « matin / après midi » signale une présence sur la journée entière, ce qui n'est pas le cas dans la réalité.

Ici le suivi administratif n'est pas en mesure de rendre compte de l'activité des infirmiers.

Installer la relation au patient dans une vision technicienne du soin en psychiatrie (ex : soigner le « TOC » comme s'il était un élément séparable du tout) a pour conséquence de **dissocier** le trouble psychique et ses manifestations, de la personne qui y est sujette. Ne plus se donner le temps du soin, de l'accueil, de l'accompagnement dans la construction d'une relation soignante, c'est dénier l'existence même du malade en psychiatrie. On voit par là que c'est la question du statut de la maladie mentale qui est posée à l'échelle de la société toute entière. A ce sujet, une infirmière a attiré notre attention sur la tendance actuelle de la société à vouloir gommer la notion même de folie et à tenter de l'éradiquer.

Aussi, on peut remettre en perspective les évolutions des parcours formatifs et la disparition du diplôme d'ISP au profit d'une formation unique et généraliste (le DE) avec la tentative de modéliser le soin psychiatrique sur le mode somatique. Cependant, si en médecine générale, une appendicite qui pose problème, peut être retirée, la prise en considération du délire du malade en secteur psychiatrique doit être utilisée et non éradiquée pour que le travail avec le patient puisse aboutir à des résultats en terme d'amélioration de la santé mentale. Autrement dit, du somatique au psychiatrique, s'il y a des lignes d'approche du malade qui convergent, pour autant le soin en psychiatrie, plus encore qu'en médecine générale, engage des personnes toutes entières dans une relation qui excédera toujours les codifications protocolaires.

C'est dans ce sens qu'un infirmier nous a confié que selon lui, entre le prescrit et la réalité du terrain, il y a tout un monde, il y a des manières de fonctionner qui ne peuvent être

formalisées, il y a une expérience qui se constitue et qui seule garantie la gestion des moments de crise ou de violence.

C'est précisément ce savoir d'expérience qui fait de plus en plus cruellement défaut dans un hôpital devenu entreprise, dans une société où la maladie psychiatrique dérange, où on cherche aujourd'hui des solutions pour ne plus la voir, pour ne plus l'entendre.

Ainsi nous a-t-on raconté qu'en pédopsychiatrie, les mots « intégration scolaire » sont interdits; les enfants relevant de soins en psychiatrie sont considérés comme étant déjà intégrés, comme si, en ne parlant plus de « fous », il n'y en avait plus !

Les ISP se trouvent ainsi au croisement d'une double logique : marginalisés pour un savoir qui n'est pas reconnu par le pôle du marché mais qui est requis comme élément essentiel pour la gestion du soin dans un secteur où les problèmes d'agitation, d'agressivité et de violence peuvent avoir des conséquences dramatiques.

« Pour une grande partie de l'opinion publique il faudra que nous soyons à la fois, des gardiens de prison qui assument une inconditionnelle surveillance et des infirmiers de vocation, de grand cœur, de dévouement, genre petites sœurs des pauvres... »

André Roumieux⁴⁵

Les compétences : un art de la bricole...

Travailler avec les ISP sur la notion de compétence afin de mettre en visibilité leur activité dans le contexte socio-économique actuel nous a conduit à approfondir la notion de « **changement de culture** » dans la mise en oeuvre du soin en psychiatrie.

D'une certaine manière, cette question du changement de culture a été le fil rouge de toutes nos discussions en GRT.

Il y avait « l'avant » et puis il y a « l'aujourd'hui, l'ici et maintenant » avec toutes les incertitudes, difficultés et interrogations que les soignants peuvent avoir sur l'avenir de leur métier, sur l'avenir du soin infirmier en psychiatrie.

« L'avant » pour les ISP, c'est un ancrage, une référence, un patrimoine dont ils sont porteurs. Ce n'est pas un idéal à restaurer – le contexte a complètement changé – mais c'est une culture qui a modelé leurs manières de faire et d'inscrire leur vocation soignante par rapport à la prise en considération du malade comme protagoniste à part entière de la relation de soin.

« L'aujourd'hui » leur apparaît comme un monde du protocole à suivre, de l'acte technicien, du programme préétabli et de la rationalisation budgétaire.

Entre les deux, c'est l'histoire d'un passage qui n'a pas pu se faire.

La question de la transmission du savoir d'expérience prend forme dans un contexte de radicalisation de logiques qui semblent incompatibles. Cela semble historiquement lié à la rupture de 1992, moment de la suppression brutale du diplôme d'ISP et de la généralisation

⁴⁵ André ROUMIEUX, *idem*

du DE postulant **une polyvalence infirmière et induisant donc une homogénéisation des manières de faire entre somatique et psychiatrique.**

Non que des lignes de convergences ne puissent être esquissées entre somatique et psychiatrique mais cette homogénéisation, dans les faits, a généré les difficultés suivantes :

- défaut d'un langage commun et donc problèmes de communication qui alimentent des tensions dans les équipes.
- disparition d'outils indispensables au soin en psychiatrie : le temps⁴⁶ et la parole
- primauté du protocolaire sur le relationnel

A ceci s'ajoute une forte accentuation de la contrainte économique (comme nous avons pu le voir lors de l'atelier « hôpital-entreprise ») mettant les ISP en tension entre ce qu'ils désirent donner et ce qu'on attend d'eux (« *que le patient soit dehors le plus vite possible* »).

Le centre de gravité s'est déplacé peu à peu du « soin » au patient au « coût de la relation » au patient.

L'usage de soi des ISP nous est apparu, dans un tel contexte, comme un « art de la bricole ».

Les ISP nous ont dit ne plus pouvoir faire aujourd'hui que du *bricolage* pour pallier au manque de moyens, au manque de temps, au manque de personnel.

Mais cet art de la bricole peut aussi être entendu de manière positive comme **manières alternatives de gérer les changements**. Aussi, nous faut-il insister sur le caractère d'ingéniosité du bricolage : manière toujours singulière de s'emparer des normes, de les tordre parfois, de se les réapproprier, voire de combler des « *trous de normes* »⁴⁷ (lorsque la prescription est floue) pour que le travail puisse s'effectuer.

On approche alors un peu mieux le « comment » du travail infirmier et les gisements d'alternatives engagés dans toute situation de travail.

⁴⁶ *Sur la temporalité ergologique* : voir glossaire ergologique

⁴⁷ *Trou de norme* : voir glossaire ergologique

Aussi, travailler sur les **compétences** avec les ISP nous a permis d'insister sur l'importance de l'ingrédient 3 des compétences tel qu'on le définit en Ergologie⁴⁸.

Avant d'y venir, attardons nous sur la notion de compétence elle-même afin de mieux comprendre ce qu'elle recouvre et pourquoi, adoptant le point de vue de l'activité, nous choisissons de parler « d'ingrédients de la compétence » plutôt que d'user de ce terme de manière générique sans s'interroger sur ce qu'il désigne au juste.

Parler d'ingrédients, c'est mettre en évidence que la notion de compétence rassemble plusieurs éléments de nature différente mais qui, en situation, sont mêlés et entrent dans des rapports complexes d'intrication.

Il y a au moins trois dimensions fondamentales engagées à travers la notion de « compétences », à partir desquelles on peut dégager les 6 ingrédients :

- La première est celle des **savoirs formels**, dimension relevant du registre du codifié – connaissances théoriques objectivées par l'acquisition d'une qualification, normes qui encadrent l'activité et permettent d'en anticiper les grandes lignes –.
- La seconde dimension s'oppose sur le continuum du savoir à la première : elle nous renvoie à la capacité à prendre la mesure de **l'historique** d'une situation, elle nous renvoie aux savoirs d'expérience incorporés aux situations considérées.
- Enfin la troisième dimension concerne le rapport qu'entretient la personne à sa situation de travail eu égard aux **valeurs** qui sont les siennes.

A partir de ces trois dimensions nous pouvons esquisser les grands traits des 6 ingrédients de la compétence. Bien entendu, en situation, ces 6 ingrédients ne peuvent constituer une grille de lecture d'analyse a priori, ils nous permettent seulement, a posteriori, de pouvoir dire quelque chose de l'usage que chacun fait de lui-même dans son activité.

Comprenons que parler « d'ingrédients » nous renvoie à la considération d'éléments qui, en situation, sont liés et ne peuvent être extraits indépendamment les uns des autres.

Toutefois pour la compréhension, prêtons nous à la catégorisation suivante :

⁴⁸ Yves SCHWARTZ et Louis DURRIVE, *Travail et ergologie : entretiens sur l'activité humaine*, 2003, pp. 201-218

Ingrédient 1 : Il correspond aux savoirs formels, codifiés, il nous renvoie à tout ce qu'on peut savoir d'une situation à distance de celle-ci.

Du point de vue du premier ingrédient de la compétence, les ISP se réclament de méthodes issues de la psychothérapie institutionnelle. Les DE aujourd'hui reçoivent une formation solide du point de vue de cet ingrédient (les connaissances formelles) mais tout à fait différente de celle des ISP (leur formation privilégie l'acte de soin plutôt que sa dimension relationnelle). Cependant, pour les uns comme pour les autres, l'ingrédient 1 ne peut suffire au déploiement concret de l'activité infirmière. C'est en ce sens qu'une ISP déclarait que la formation qu'elle avait reçue n'avait été qu'une base à partir de laquelle elle était allée chercher des éléments lui permettant une meilleure appropriation de son métier.

Ingrédient 2 : Le premier ingrédient convoque le second qui consiste en « l'incorporation de l'historique d'une situation ». Le deuxième ingrédient de la compétence désigne en effet les savoirs investis dans le milieu de travail, les savoirs d'expérience construits au fil des années. Cet ingrédient ne peut être désolidarisé de la prise en considération d'un milieu de travail singulier et d'une histoire locale. Il nous incite à prendre en compte, lorsque l'on parle de compétence, la lente maturation d'un savoir indissociable des situations de vie à travers lesquelles il se construit. En effet, un milieu de travail n'est jamais complètement donné d'avance à travers les cadres qui permettent de l'anticiper : seul un savoir de terrain, incorporé dans des manières de faire, pas forcément conscientisées, contribue à l'efficacité de l'activité. Ce deuxième ingrédient de la compétence est très développé chez les ISP mais globalement non reconnu aujourd'hui, notamment par les jeunes diplômés d'état qui arrivent en secteur psychiatrique forts de l'autorité socialement accordée au pouvoir de la norme.

Ingrédient 3 : L'ingrédient 3 consiste en la mise en dialectique des deux premiers ; toute situation de travail est en effet une combinaison du générique et du particulier. Cela implique pour chacun dans son activité de pouvoir *in situ* faire le va et vient entre le général et les manières toujours singulières dont cette généralité se configure localement. Capacité à articuler l'historique d'une situation avec sa dimension formelle, capacité à intervenir de manière opportune sur un réel nécessairement pris en tension entre une dimension protocolaire et une dimension singulière.

Le troisième ingrédient nous paraît central considérant l'activité des infirmiers en secteur psychiatrique. Il nous oblige à regarder leur activité au sein d'une dialectique très compliquée entre ce qu'on leur demande de faire (suivre des protocoles, sortir les patients le plus vite

possible de l'hôpital) et la prise en compte d'une réalité qui déborde toujours les cadres au sein desquels on voudrait pouvoir la contenir. Réalité qui renvoie concrètement à la prise en charge de la maladie mentale.

Résoudre dans l'instant les contradictions entre le registre des normes imposées et la singularité de chaque situation, de chaque relation avec un patient... c'est une mise en synergie d'éléments hétérogènes qui demande un véritable travail !

Toute situation de travail est en effet un mixte inanticipable de protocoles et de rencontre de nouveauté. Toute situation de travail est toujours une « *rencontre de rencontres* », c'est-à-dire la conjugaison de plusieurs rencontres qui font d'elle une situation toujours unique et partiellement nouvelle.

Aussi, considérer l'activité réelle des ISP, est-ce remettre en perspective la dimension prescrite de leur travail avec la variabilité inhérente d'un milieu ayant vocation à accueillir la « relation à l'autre ». On comprend alors à quel point l'activité est toujours négociation de compromis en fonction des possibilités que l'on a d'inscrire son action dans un monde toujours en partie donné. Ce d'autant plus qu'en psychiatrie, il n'y a pas de réalité de terrain homogène. L'usage de soi qu'y déploient les soignants consiste en un ajustement permanent de ce qu'ils font par rapport aux normes imposées de l'extérieur (*usage de soi par d'autres*) et celles instituées en situation (*usage de soi par soi*). Un tel usage ne peut être intégralement objectivé en dehors des situations de travail vécues.

Compromis qui ne seront pas les mêmes selon les **valeurs** que portent chacun des protagonistes des situations de travail.

Tout ceci nous amène à considérer les 3 ingrédients suivants de la compétence :

Ingrédient 4 : Il indique le « *rapport en valeur* » au milieu qu'entretient chaque personne en activité. Cet ingrédient est fondamental pour comprendre que l'activité n'est jamais le fait d'une mécanique à dérouler.

Prenons un exemple : Il s'agit de l'arrivée d'une jeune stagiaire dans un bureau de secrétariat, et des dilemmes d'une employée de ce bureau. La jeune stagiaire ne s'en sort pas très bien, la secrétaire alors est partagée entre l'idée d'une part de l'aider, de la former, en même temps ce temps de tutorat en coûte à son propre travail elle va perdre du temps... que va-t-elle faire ? Comme bon lui semble et apporter son temps et son aide, faire valoir ses valeurs du vivre

ensemble, elle récupèrera plus tard ? Ou alors sera –t-elle retenue dans son élan, sachant qu'elle prend le risque d'être dévaluer dans sa propre compétence ? L'évaluation se faisant de plus en plus en terme de ratios, les valeurs sans dimension du vivre ensemble en viennent à entrer en conflit avec celles dimensionnées qui norment le travail. Ces débats de normes et valeurs sont le quotidien des milieux de travail...

C'est en ce sens qu'on peut parler de l'activité comme « *dramatiques d'usage de soi* » : il n'y a jamais rien de mécanique considérant l'homme au travail. Dans le terme « dramatique », il faut entendre l'origine grecque « drama », « le drame » au sens théâtral du terme : dans toute activité, il se passe quelque chose. Toute activité est le lieu d'une délibération entre « ce qui vaut pour moi », « ce que les autres me demandent » et « ce qui résiste du monde ».

Ingrédient 5 : Cet ingrédient correspond à **l'activation ou au repli du potentiel** de chacun en fonction des possibilités d'inscription de son profil de compétences dans le milieu rencontré. Activation, cela signifie d'avoir la possibilité de déployer son agir et par là de s'épanouir dans un milieu de travail. Le repli en revanche est l'indice d'une activité empêchée générant en quelque sorte une diminution de soi (pouvant prendre des formes de dévalorisation...).

Prendre en considération ce 5^{ème} ingrédient concernant l'activité des ISP nous a semblé important pour la raison suivante : dans le contexte de changement de culture infirmière en secteur psychiatrique évoqué précédemment, nous avons pu prendre la mesure de l'aspect **militant** de la culture ISP.

Aspect militant mais aussi « **résistant** ».

A cet égard, la question d'une éventuelle « **résistance au changement** » a été abordée lors de ce GRT sur les compétences.

Les ISP ne seraient-ils pas ceux qui finalement résistent le plus au changement ?

Mais qu'est-ce que la résistance au changement ? N'y a-t-il pas d'entrée de jeu dans l'emploi de ces termes une connotation négative qui stigmatiserait les ISP comme une « vieille école » campée sur ses positions, comme n'étant plus que des « *dinosaures en voie d'extinction* » ?

Les ISP participants au GRT s'étaient en effet définis en début de parcours comme « *le village gaulois* » de la psychiatrie aujourd'hui. Nous avons voulu entendre tout ce que cela pouvait vouloir dire : stigmatisation, exclusion mais également lutte et résistance...

Résistance pourquoi ? A quels changements ? Contre qui ou contre quoi ?

On ne résiste pas pour rien, dans le vide.

Dans l'idée même de résistance, il y a idée d'une prise de position, il y a des hommes et des femmes porteurs d'une culture et de valeurs qui revendiquent la production d'un autrement possible...

On voit par là l'articulation entre l'ingrédient 4 et l'ingrédient 5 de la compétence. Le moteur de toute source d'efficacité, c'est de pouvoir exprimer des **préférences** dans la construction du **sens** d'un métier. Expression positive – activation d'un potentiel – lorsque les conditions pour le faire sont réunies ou sur le mode de la lutte, de la résistance lorsqu'elles ne le sont plus. Expression morte – repli pathologique – lorsque l'élaboration du sens n'est plus possible.

Ingrédient 6 : Enfin le sixième ingrédient indique le travail du collectif : la manière dont chacun reconnaît et tire parti des synergies de compétences. Dans mon activité est toujours engagée, à quelque degré, celle de l'autre. C'est une dimension très importante pour tout agir en compétence. On ne travaille jamais seul contrairement parfois aux apparences. Aussi les ISP ont-ils beaucoup insisté sur la dimension sociale d'un travail à vocation collective : le soin apporté au patient (Cf. l'atelier « le travail en équipe »).

La richesse de la notion de compétence, ainsi déployée, nous a peu à peu amené à définir la compétence des ISP comme un « art de la bricole », art du « bri - collage » comme le suggérait l'un des participants au GRT lorsqu'il s'agit de « recoller ce qui a été cassé ».

Sur ce sujet, un infirmier nous a donné un exemple tout à fait intéressant :

Il travaille dans un CATTP, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, dans une structure non médicalisée. Il nous a expliqué à quel point il était nécessaire pour lui de réussir à pouvoir faire reconnaître le « **comment** » de son travail en secteur psychiatrique.

Il estime avec son équipe avoir eu la chance d'avoir travaillé avec un médecin chef qui a accepté **d'officialiser leur bricolage**.

Les infirmiers ont expliqué au médecin COMMENT ils procédaient. Ils ont écrit leur bricolage, ce qui était loin d'être évident. En est ressorti un document relativement formel qui a pu être proposé au jugement de l'ensemble du personnel du service concerné. De là, le document a été retravaillé et est donc devenu un véritable support du travail infirmier.

Bref, l'infirmier qui nous fait part de cette expérience nous a dit : « *On avait un nouveau protocole mais celui là, on le trouvait bien parce que c'est nous qui l'avions fait !* »

A travers ces quelques mots, nous comprenons la nécessité du protocole, du cadre, de la théorie, du registre du codifié (ingrédient 1 de la compétence en ergologie), élément indispensable mais **pertinent si et seulement si** il convoque des espaces de mise en débat, de délibération afin de pouvoir faire l'objet d'une réappropriation, même partielle, par les acteurs du travail (ingrédients 2, 3, 4, 5 et 6).

Nous avons ici l'exemple d'un processus de *renormalisation*⁴⁹ du travail infirmier par les infirmiers eux-mêmes, générant un nouvel ordre qui sera lui-même remis en histoire pour d'autres.

A travers le terme « *renormalisation* », nous accédons à l'idée de « **reprise** » : travailler, ce n'est jamais répéter deux fois la même chose mais c'est se reprendre soi-même, continuer à se déterminer, dans un mouvement de reprise du milieu environnant (*et dans reprise, il y a « avoir prise sur »*) qui n'est jamais complètement subi (invivable) et que l'on ne peut anticiper exhaustivement (impossible).

Dans l'exemple évoqué ci dessus, une forme de **transmission** peut s'actualiser parce que la réappropriation du protocole par les infirmiers a été reconnue et **remise en histoire**. Cela n'est jamais évident, jamais gagné d'avance et il y a bien des secteurs (notamment pour ceux qui sont médicalisés) où il serait difficile de mettre en place la même dynamique (on ne va pas demander aux infirmiers de réécrire le protocole d'administration de méthadone !).

⁴⁹ **Renormalisation** : voir glossaire ergologique

Quels sont donc les espaces possibles, les marges de manœuvre pour que tous les infirmiers travaillant aujourd'hui en secteur psychiatrique puissent remettre la main sur l'usage qu'ils font d'eux-mêmes ?

Cette question est revenue avec force au cours des débats et nous a conduit à émettre le constat suivant : il ne semble pas judicieux de poser les choses en terme « d'avant » et « d'après », d'ISP par rapport aux IDE, au contraire, l'urgence est de penser de réels espaces d'ouverture pour qu'une transmission de l'expérience puisse avoir lieu.

Or, qu'est-ce que l'expérience sinon la manière dont chacun se confronte aux normes ?

Faire passer un savoir d'expérience, c'est mettre en partage les manières dont chacun se confronte singulièrement aux normes.

Derrière la question de la transmission, c'est celle du sens d'un métier qui est en jeu, qui est à remettre en histoire pour que d'autres s'en emparent. Alternative humainement défendable pour que, dans l'univers psychiatrique aujourd'hui, le « **respect de la norme** » ne signifie pas la mise en œuvre de nouvelles formes de violence (déli de l'existence d'autrui).

Tout ceci nous a amené en fin de parcours à reconsidérer la question de la transmission du savoir d'expérience.

« Ce malade me fit prendre conscience de l'importance de la parole du malade mental ».

« Les malades venaient nous trouver pour nous raconter « leurs histoires », pourquoi ils étaient ici...à cause de qui...à qui ils en voulaient...Je dus apprendre à écouter attentivement ».

André Roumieux⁵⁰

Retour sur la transmission

Nombre des échanges au cours des séances en groupes de rencontres du travail se sont construits autour de la notion de **transmission**.

La problématique de la transmission du savoir d'expérience des ISP fut posée dès le départ et ne nous a pas quitté de tout le déroulement de notre réflexion en GRT.

- **Qu'est-ce que transmettre ?**

En fin de parcours, les infirmiers participant au GRT ont voulu revenir sur leur rôle de passeur, sur leur volonté de transmettre ce qu'ils savent aux plus jeunes, aux autres, qui les suivront dans l'élaboration et les changements de leur métier.

Qu'est-ce que les ISP ont au juste à transmettre aux jeunes arrivants dans le secteur psychiatrique sinon, nous ont-ils dit, un certain regard sur l'autre, sinon des valeurs à mettre en partage ?

Mais que signifie transmettre des valeurs ? Est-ce seulement possible ?

Il nous est apparu qu'une telle transmission ne pouvait faire l'objet d'une formalisation référenciée dans des manuels d'apprentissage.

C'est plutôt quelque chose qui est de l'ordre de la **construction à plusieurs**.

Concernant ce point, les ISP de notre GRT déplorent qu'aujourd'hui l'évidence de la co-construction du métier ne soit plus de mise.

Un vrai questionnement sur les évolutions du travail « collectif » en secteur psychiatrique est ici à nouveau convoqué et pose la question de la place ambiguë qu'occupent aujourd'hui les ISP en terme de transmission.

⁵⁰ André ROUMIEUX, *idem*.

- **La place des ISP**

Dans le contexte actuel, les ISP sont non seulement porteurs d'une mémoire à mettre en partage avec les jeunes diplômés de la profession infirmière, mais ils sont également parfois sollicités par d'autres membres du personnel soignant, tels les médecins par exemple.

Ils ont pointé le manque de médecins psychiatres qui a eu pour conséquence de générer des difficultés concernant l'élaboration collective du travail en psychiatrie.

Autrefois, le médecin psychiatre était le garant du travail collectif en secteur psychiatrique, aujourd'hui, il n'y a plus vraiment de médecin référent.

Aussi, la « place du père » est vide, nous ont dit les ISP. Par défaut, ce sont eux qui sont amenés à l'occuper : non seulement, on leur enjoint de tutorer les nouveaux arrivants, mais ils sont également en situation de devoir parfois expliquer aux médecins comment ça se passe en psychiatrie...

Leur position est difficile à tenir, au croisement de logiques contradictoires : ils sont à la fois « tout » - détenteurs d'une expérience qui n'a pas de prix notamment lorsqu'il s'agit de gérer des situations de crise violentes - et « plus rien » - marginalisés par les évolutions de l'hôpital entreprise et en voie d'extinction ! -.

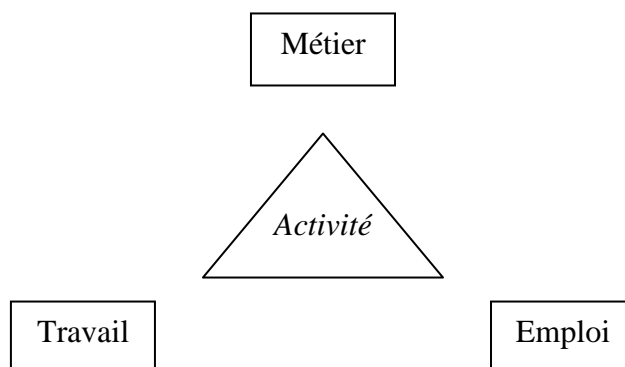
« On se trouve dans les faits propulsés à une place qui n'est pas la nôtre, c'est très bizarre à vivre ! » remarquait une infirmière.

La question de la transmission du savoir d'expérience dans un tel contexte nous a conduit à considérer deux choses :

1) Premièrement, questionnant l'élaboration collective du sens, il nous a semblé important de nous interroger sur la notion de « métier » elle-même.

Comme le dit Yves Schwartz (cité par Louis Durrive), *« avoir un métier, ce n'est pas occuper un casier dans une machine sociale, c'est participer à l'aventure humaine. L'aventure humaine consiste à produire de l'histoire grâce à l'activité de chacun, lieu d'une dialectique entre l'usage de soi par soi et l'usage de soi par les autres ».*

A la lecture de ces quelques lignes, nous comprenons que l'activité se déploie à divers degrés entre les trois pôles suivants :



Concernant « **le métier** », le « *faire est contraint par les « règles de l'art »* »⁵¹, il renvoie à la prise en considération de normes issues d'un patrimoine partagé par une communauté de professionnels. Il situe l'agir humain dans l'espace social par rapport aux caractéristiques des tâches à accomplir. Ces caractéristiques, devenues des normes, se sont établies à partir de valeurs mises en histoire à travers les manières de faire instituées et reconnues par des pairs. Autrement dit, avoir un métier c'est être reconnu socialement comme détenteur de savoirs et de savoir - faire mis en patrimoine collectivement.

« **L'emploi** » renvoie à un ensemble de normes différentes : normes directement mises en œuvre en fonction des objectifs de production d'une entreprise. Il inscrit l'agir des personnes en fonction de logiques prioritairement marchandes et par rapport au « service attendu » plutôt qu'aux règles de métier évoquées ci-dessus.

Aussi, nous dirions volontiers qu'on a tendance à « occuper un emploi » alors qu'on « apprend un métier ».

« **Le travail** » caractérise l'agir humain en tant qu'il s'inscrit dans un environnement social large : qu'il soit rémunéré ou non, quelques soient les formes qu'il prend, le travail correspond à l'effort de l'individu qui tend de réaliser une action.

La principale différence entre la formation reçue par les ISP et celle reçue par les IDE consiste en ce que les uns bénéficiaient d'une « formation sur le tas » qui leur donnait accès à

⁵¹ Louis DURRIVE, *L'expérience des normes*, Thèse de doctorat ULP Strasbourg, 2005

un patrimoine professionnel, aux gestes professionnels, héritage incessamment remis en chantier dans l'ici et maintenant de leurs pratiques infirmières, alors que les autres arrivent en secteur psychiatrique avec une vision du soin en rupture avec ce patrimoine.

Aussi ce qui diffère entre infirmiers diplômés de secteur psychiatrique et jeunes infirmiers diplômés d'état, c'est la vision du soin à mettre en œuvre.

Pour les uns une approche clinique héritée d'un long cheminement professionnel caractérise leur engagement dans le métier, pour les autres une vision plus technique semble devoir normer les manières de fonctionner.

C'est pourquoi il est question de lien à « re-construire » entre des personnes qui ont à se confronter aux mêmes difficultés (violence, manque de moyens en secteur psychiatrique...) mais qui le font désormais sans plus se rencontrer.

On avait parlé à un moment donné, lors d'une séance de GRT, de « *guerre des compétences* », on pourrait presque ici parler de « *bataille des normes* » – débats de normes sous-tendus par des valeurs différentes – : de manière caricaturale, on pourrait dire que les ISP reconnaissent surtout comme normes les manières de fonctionner capitalisées de manière collective alors que les IDE orienteraient leur activité d'abord en fonction des contraintes imposées en terme de temps, budgets...

N'oublions pas cependant que l'activité est toujours aux prises avec différents types de normes antécédentes (qu'il s'agisse de contraintes marchandes ou de règles de métier) qui entrent en tension les unes avec les autres. Or il y a aujourd'hui comme un brouillage entre les caractéristiques du métier et celles de l'emploi concernant le travail infirmier en hôpital psychiatrique.

A ce sujet, un infirmier nous expliquait que désormais, on semble rabattre l'idée même du travail sur la seule considération de l'acte technique à réaliser dans des conditions données.

Une telle vision du travail ne peut s'inscrire dans un mouvement d'historicité prenant en ligne de compte un « avant » et un « après ». **Il ne reste plus que le « maintenant » de la conformité à la norme.** Ceci est d'une très grande violence pour tous et peut expliquer que le savoir des plus anciens ne soit pas reconnu, que les jeunes adoptent des positions de repli et de fuite par rapport aux difficultés de la pratique infirmière dans ce secteur et qu'au final le patient soit nié dans son humanité !

Autrement dit, la dimension **historique** de la constitution du sens du métier disparaît alors qu'il nous semble que l'élaboration collective d'une identité professionnelle est un élément essentiel pour la fidélisation des jeunes sur une profession.

2) Tout ceci nous a conduit à regarder de plus près la notion de transmission : la transmission d'un savoir d'expérience ne peut pas être un mouvement à sens unique – de celui qui sait à celui qui doit apprendre, comme si l'apprentissage consistait à transvaser des contenus de connaissances d'une personne à l'autre –.

La transmission nous renvoie plutôt à la nécessité d'une **mise en partage collective des manières de faire** constitutives d'un métier. Cela implique de penser la transmission du savoir d'expérience comme possibilité pour chacun de se confronter avec les autres à des problématiques communes.

« Transmettre » et « apprendre » nous sont alors apparus comme les deux versants d'une même construction ou reconstruction à plusieurs du sens du travail.

Ce que nous voulons dire par là, c'est qu'échanger sur les manières dont chacun se confronte singulièrement aux normes qui encadrent son activité, c'est aussi reconnaître ensemble la non neutralité de la norme imposée.

Cela veut dire qu'il revient à chacun de se positionner singulièrement par rapport à un environnement au sein duquel il a à se faire une place et avec lequel il lui faut entrer en relation.

Nous rappelons à cet égard que travailler, ce n'est jamais s'exécuter mais c'est négocier un certain usage de soi par soi, par rapport à l'usage requis par d'autres.

Dans ce cadre, s'autoriser à contester les normes nous apparaît comme la condition de leur appropriation. Contester ne signifie pas pour autant « s'opposer systématiquement à » mais c'est plutôt « entrer en polémique avec », revendiquer un point de vue constitutif de la place de sujet que chacun a à construire dans le quotidien de son activité.

Dans l'activité sont en effet brassés des normes mais également des savoirs et des valeurs.

Permettre aux débats de valeurs de se faire jour dans l'univers normatif du soin tel qu'il est ordonné aujourd'hui en secteur psychiatrique, c'est encourager une transmission entendue comme mise en partage de l'expérience et non comme simple accompagnement à distance des jeunes diplômés.

Un infirmier a, d'ailleurs, attiré notre attention sur les difficultés actuelles du travail collectif : « Il y a toujours eu des lois, des normes mais avant... ça se digérait en équipe, aujourd'hui, ça ne se digère pas, ça s'impose ! » Autrement dit, la mise en question, condition d'une appréciation et d'un positionnement personnel, préalable à toute appropriation de la norme, ne se fait plus – ou beaucoup plus difficilement –.

Réenclencher une telle dynamique passe nécessairement par la réouverture d'espaces de rencontres et de dialogues pour que le sens collectif d'un métier puisse continuer à s'élaborer.

Là où le bât blesse en psychiatrie, nous ont confié les participants au GRT, c'est qu'aujourd'hui la norme est ressentie dans l'univers du soin comme un « véritable rouleau compresseur », comme une autorité à toute épreuve !

Durant les discussions, au cours des séances du GRT, ont d'ailleurs été évoqués les dangers qu'il y a, désormais, à prendre des initiatives : augmentation de la pression juridique, poids des procédures et risque d'être poursuivi à titre individuel en cas de problème.

A travers tout ceci, il nous est apparu avec force que la capitalisation de connaissances théoriques (en centre de formation, IFSI...etc) ne peut suffire à la constitution d'un véritable savoir et convoque nécessairement une dimension d'imprégnation en situation : un apprentissage qui passe par la mise en débat des manières de faire, chacun reconnaissant l'autre comme porteur de valeurs orientant les choix qu'il fait au quotidien.

Tout cela nous a conduit à nous interroger sur les fragilités de la mise en œuvre actuelle du tutorat et de la consolidation des savoirs pour les DE en psychiatrie :

Le tutorat tel qu'il est mis en œuvre prend-il en compte les caractéristiques d'un savoir d'expérience ? Permet-il la co-élaboration des problématiques à travailler entre tuteuré et tuteurant ?

« Je feuilletais le rapport, c'était un étrange livre de comptes, il y avait du roman d'aventures, du roman policier, du roman sentimental, reflets de cette vie recluse ».

« Le docteur Gentis, médecin chef des hôpitaux de la seine écrit fort justement : les infirmiers, ils ne sont pas de la classe où l'on écrit ; c'est pas aux infirmiers à écrire, chacun son boulot, c'est pas à eux de fabriquer les savoirs ».

A. Roumieux⁵²

La co-écriture du rapport final...

Pourquoi était-il si important de co-écrire ce rapport ?

Un mot sur les rapports entre langage et activité

L'un des principes de l'approche ergologique suppose que l'activité humaine se situe toujours au croisement de ce qui est de l'ordre du « concept » et de ce qui est de l'ordre de l'« expérience ».

Le langage renvoie à tous les niveaux de la vie humaine : du concept à l'expérience.

A un premier pôle, il y a le travail des concepts. Ce travail très rigoureux consiste à modéliser le réel. Il est indispensable puisqu'il permet la production de savoirs généraux et génériques. On parlera pour qualifier ce pôle de « langage en déshadérence » par rapport au réel.

Cette réflexion nous amène à poser une première question :

Peut-on en rester à ce niveau du langage pour parler de l'activité de travail ?

⁵² André ROUMIEUX, *idem*.

L'expérience au contraire est ce qui résiste au concept ! A la modélisation !

On parle de recentrement pour montrer que la vie du vivant et a fortiori du vivant humain est toujours en tension entre deux centres : d'une part un « milieu », d'autre part la tendance du vivant à toujours chercher à devenir partiellement « centre » de nouvelles normes de vie, de s'approprier ce milieu.

Dans la vie humaine, l'activité langagière est prise dans ces essais de recentrement, la fabrication langagière accompagne, oriente, guide cette dynamique de recentrement, de renormalisation⁵³.

L'expérience renvoie la considération de tout agir comme étant toujours un « agir dans l'adhérence », c'est-à-dire profondément inséré dans une, voire des histoires, qu'elles que soient les tentatives de modélisations sous-jacentes à l'activité des personnes. Le langage qui se crée dans et par l'expérience est celui qui accompagne la création des renormalisations. C'est un langage en situation, on parlera pour qualifier ce pôle de « langage en adhérence » par rapport au réel.

Nous arrivons alors à une deuxième question :

Le seul langage en adhérence peut-il suffire pour parler de l'activité de travail ?

Les allers et retours entre langage en adhérence et en déshadérence sont au cœur du travail de co-élaboration des savoirs et de co-écriture. La confrontation de plusieurs niveaux de langage étant une manière de les mettre en perspective. Il n'est que de constater la valeur – pour nous tous et pour la compréhension des problématiques que pose aujourd'hui l'activité : « prendre soin des personnes en secteur psychiatrique » – de la construction du glossaire et de l'anti-glossaire des infirmiers,⁵⁴ pour s'apercevoir à quel point la co-écriture est essentielle.

Une infirmière nous confiait : « *Aujourd'hui on ne se reconnaît pas dans les mots qu'on utilise.* »

⁵³ **Renormalisation** : se référer au glossaire ergologique

⁵⁴ Voir le glossaire et l'anti-glossaire à la fin du rapport.

Nous pensons que la remarque de cette infirmière est très importante ; la question du langage et de la tension entre les deux pôles que nous avons évoquée est centrale ici, bien qu'à prendre à plusieurs niveaux.

Co - écrire ce rapport, co-construire cet outil pour les infirmiers, doit certes passer par un effort de conceptualisation de tous les participants au GRT, de mise en ordre du réel. Cet effort pourtant ne peut mettre à l'écart les créations et usages langagiers du métier ainsi que la « parole spontanée » des infirmiers sur leur activité. Ceci, parce que c'est justement à travers un langage en situation, à travers une langue de métier, que se dévoilent les micro-débats, les micro - gestions qui permettent à l'activité réelle de s'élaborer au jour le jour. Les deux pôles ont donc leur importance et se re-travaillent sans cesse l'un l'autre.

Nous avons, tout au long de ce groupe de rencontres du travail, mené une réflexion sur ces questions, faisant des aller-retour entre le travail tel qu'il est attendu, anticipé, prescrit, modélisé, protocolisé et l'activité réelle des infirmiers.

La facilité, selon nous, est de penser qu'il y aurait une entière correspondance entre une première anticipation : la codification du travail, la prescription, la « tâche », une certaine dimension « technique » du travail et ce que nous appelons la deuxième anticipation⁵⁵, l'« activité réelle effectuée par une personne ».

En effet, parler d'« activité » de travail nous oblige à laisser un instant les théories, les concepts, les catégories, les discours sur le travail et à aller voir de plus près, à aller en rencontre d'un monde profondément obscur à quiconque décide de rester en position d'extériorité. Aller en rencontre pour essayer de comprendre l'activité de travail de l'intérieur, autrement dit, partir en quête de cet écart toujours existant, entre ce que l'on me demande de faire et ce que je fais réellement, ce que cela me demande.

Ce qui est prégnant dès que l'on s'intéresse à l'activité de plus près, c'est qu'à contrario des conceptions simplificatrices du travail, plus nous approchons l'activité réelle de travail, plus elle nous paraît compliquée. Ce constat fait, il apparaît que les concepts, les codifications, les modélisations élaborés en extériorité sur ces activités, pourtant d'usage courant pour penser le

⁵⁵ *La double anticipation*, voir le glossaire ergologique.

travail, ne nous permettent plus de comprendre ce qu'il se passe réellement quand on travaille. Plus on va vers le micro de l'activité, plus c'est difficile à comprendre... Mais plus c'est difficile à raconter aussi. C'est une des difficultés à laquelle nous nous sommes confrontés dans ce GRT. – Sortir de ces difficultés est un des objectifs des GRT –.

Si parler de l'agir en situation nous confronte à une distance entre le dire et le faire, il s'agit alors de reconnaître cette distance, cet écart, et d'en faire le creuset d'une réflexion qui permette à chacun de comprendre son activité réelle, de la mettre en mots, de se comprendre comme « acteur » de son propre travail, de son activité et par la suite d'en être reconnu comme « force de proposition ».

Comment, en effet raconter ce que nous faisons quand dans un seul de nos micro - gestes est engagé une multitude de dimensions ?

Si les modélisations du travail – bien que très utiles – ne permettent d'appréhender que superficiellement ce qu'il se passe réellement dans celui-ci, nous pensons que l'attention à un langage plus en adhérence peut nous dégager de ces difficultés et nous fournir l'occasion de retravailler concepts et modélisations. Cet exercice de mise en mots et de réflexion sur l'activité, s'il est difficile, est indispensable car lui seul permet de mettre en perspective la richesse des singularités, des choix, des usages de soi, des débats de valeurs sous-jacents à toute activité de travail.

S'ouvrir au langage en adhérence, toujours un peu mystérieux pour le néophyte, c'est s'ouvrir à la langue d'un métier forgée dans et par l'expérience, c'est s'ouvrir à des fonctionnements individuels et collectifs insoupçonnés ; pour reprendre un concept d'Yves Schwartz, c'est se mettre en position d' « emprentissage⁵⁶ » condition sine qua non pour élaborer des savoirs sur l'activité.

Ainsi, la compréhension de l'activité de travail d'une personne ou d'une équipe demande de s'attacher aux nuances des constructions langagières engagées dans et sur l'activité, de les explorer, de les interroger, et de les valoriser. Sans cet effort d'écoute l'activité reste à distance, elle nous reste obscure dans ce qu'elle a d'essentiel en tant que foyer de récréation - en ce sens nous avons parlé des compétences comme un « art de la bricole » -.

⁵⁶ *Imprentissage* se référer au glossaire ergologique

C'est seulement à partir de la prise en compte de tout cela que nous pouvons approcher l'activité, non pas pour la circonscrire ou s'en emparer, mais pour comprendre que derrière ce langage propre du métier, il y a l'expérience d'un travail collectif et individuel. Il y a l'expérience des « débats de normes »⁵⁷, des « dramatiques d'usage de soi »⁵⁸ par soi et par d'autres dont chacun est porteur et qui rendent cette activité possible dans un « ici et maintenant », dans un « milieu de travail réel et singulier ».

Alors nous en sommes venus à nous poser une troisième question :

Sans prendre en considération ces débats de normes et de valeurs incessants que pourrions nous dire de l'activité de travail ?

Sauf à rater la dialectique qui se noue, qui se joue entre concept et expérience dans toute activité humaine, nous avons voulu mettre en évidence tout au long de ce travail en GRT le lien, la tension entre le registre du codifié et celui de l'expérience. Le travail de co-écriture qui sous-tend l'ensemble de ce rapport venant d'une certaine manière couronner les différentes réflexions menées dans ce GRT.

La co-écriture

Co-élaborer des savoirs est l'objectif d'un groupe de rencontres du travail : il s'agit de mettre en dialogue différents savoirs, de confronter et de travailler différents points de vue. Les protagonistes des activités plus que tout autre sont à même de parler de leur travail, aussi, à travers ce rapport, c'est la parole des personnes concernées que nous avons voulu valoriser.

La co-écriture est co-extensive de la co-élaboration des savoirs, c'est, d'une part, un vrai travail de mise en mot collectif et indispensable pour permettre à chacun de comprendre et de revisiter son activité propre et celle des autres, et d'autre part un travail utile pour mettre en forme et confronter les différents points de vue.

⁵⁷ *Débats de normes* se référer au glossaire ergologique.

⁵⁸ *Dramatiques d'usage de soi* se référer au glossaire ergologique.

La co-écriture peut passer par la validation de comptes rendus de séances, par l'écriture libre, par la référence à un auteur... tout un ensemble d'éléments peuvent entrer en ligne de compte. Notons dès à présent qu'outre le travail décrit ci-dessous, notre effort de co-écriture nous a mené à soumettre le rapport dans son intégralité à correction et validation par tous les infirmiers participants au GRT durant une quinzaine de jours avant sa restitution finale.

**Plusieurs modes de co-écriture s'entrecroisent
dans ce travail commun.**

1) Validation commune des comptes rendus de chaque séance en groupe.

Chaque séance a donné lieu à des réflexions sur différentes questions. Nous y avons fait d'incessants allers-retours entre les expériences de chacun et des concepts plus généraux sur le travail. D'une séance à l'autre nous avons proposé un compte rendu à valider en groupe. Cette validation nous a permis de co-construire au fur et à mesure une réflexion de fond, garantissant en même temps une certaine fiabilité des éléments et réflexions retenus et l'intérêt de les intégrer dans un rapport final. Ces moments à chaque début de séance ont été aussi l'occasion de re-questionner les points les plus délicats et de relancer la réflexion pour la poursuite de la séance en cours.

2) Constitution de deux questionnaires à partir des thèmes travaillés en ateliers

Afin d'approfondir certains thèmes nous avons décidé de diviser le temps d'une séance notre grand groupe en deux sous groupes. Chacun des groupes a travaillé sur un thème. Le choix des thèmes a été fait par les infirmiers eux-mêmes. Nous avons choisi les deux thèmes qui les intéressaient en majorité.

- Un premier atelier a travaillé sur le thème du « travail en équipe »
- Le second atelier a travaillé sur le thème de « L'Hôpital – Entreprise »

Le but de ces ateliers était de constituer à partir des réflexions sur chaque thème un questionnaire par et pour les infirmiers du GRT.

Chaque atelier a construit un questionnaire d'environ une dizaine de questions. Une fois élaborés, nous les avons diffusés à l'ensemble du groupe, chacun pouvant y répondre s'il le souhaitait. Dix questionnaires nous ont été restitués. Nous avons alors proposé aux infirmiers de traiter eux-mêmes les données issues de ces questionnaires. Deux volontaires se sont proposées pour faire ce travail.

Le résultat de ce travail est joint ci-dessous. Les deux personnes qui ont fait ce travail ont dépouillé les réponses des dix questionnaires restitués par l'ensemble du groupe et nous en ont proposé une synthèse dont les deux questionnaires remplis ci-dessous sont l'expression.

Le premier est celui élaboré durant l'atelier sur le « travail d'équipe », le second durant l'atelier « l'hôpital entreprise ».

Nous rappelons que les questions ont été proposées par les ISP durant le travail en atelier, les réponses ainsi que leur retraitement, ont fait l'objet d'un travail en externe par rapport au GRT, le recueil de la synthèse s'étant fait lors du dernier GRT, nous le restituons tel quel.

Synthèse des questionnaires sur le travail en équipe : Atelier 1

En psychiatrie...

1. Quelle est votre équipe ?	C'est une équipe pluridisciplinaire.
2. Pour vous l'équipe est-elle forcément institutionnelle ?	- Pas de réponses pour certains, ou, - oui mais elle peut être changeante selon le

	<p>projet du patient ou de la structure.</p> <p>- oui car nécessité d'un cadre</p>
3. Comment se forme une équipe ?	<p>- Dans les faits : affectation institutionnelle (affichage des postes vacants).</p> <p>- Au mieux : autour d'un projet, d'une structure.</p>
4. Qu'est ce que le travail en équipe ?	<p>Complémentarité des compétences autour d'un objectif commun : c'est-à-dire échange, écoute, respect de l'autre, chacun à sa place.</p>
5. Qu'est-ce qu'une équipe ?	<p>L'équipe n'existe que par le travail en équipe (voir question 4).</p>

6. Est-ce qu'une équipe se construit avec un

9. Quelle serait selon vous l'équipe idéale ?	Nécessité de pluridisciplinarité et l'acceptation des différences, donc respect, confiance, échanges, prise en compte des compétences de chacun.
---	--

Synthèse des questionnaires sur l' « Hôpital- entreprise » : atelier 2

En psychiatrie...

1. Selon vous, quelle place a le patient dans l'hôpital aujourd'hui ?	Plus de place de sujet. Un client (labos, médecins). Place d'objet qu'on déplace, qu'on fait attendre.
2. Qu'est-ce qui selon vous met à mal la relation au patient ?	Manque de moyens, de personnel, de temps de formation, de réflexion clinique.
3. Estimez-vous avoir des marges de manœuvre nécessaires (par rapport à ce qu'on vous demande) pour bien travailler dans vos services respectifs ?	Oui mais. Le « mais » est lié à la question 2. (4 structures à part : pédopsychiatrie, Atelier, CATTP)
4. L'hôpital psychiatrique peut-il être rentable ?	NON à l'unanimité.

6. Estimez-vous que les tâches administratives et budgétaires (ex : trouver des moyens pour mettre en place telle ou telle action) fait partie de vos compétences d'infirmiers ?	Non mais (structures à fort ? sur W (travail ?) pharmacie, Oui si c'est en lien direct avec le soin.
7. Selon vous que vous incombe-t-il en terme de responsabilité ?	La prise en charge du patient.
8. Pourquoi travaillez vous en psychiatrie ?	Empathie avec la folie – aider « usage de soi », intérêt pour l'autre.
9. Comment vivez-vous l'accentuation de la médicalisation aujourd'hui ?	Mal parce qu'une unique réponse qui fait disparaître le relationnel et le questionnement.
10. Quel est votre sentiment quant à l'avenir du travail en psychiatrie ?	Pessimiste, inquiétude, sombre.

3) Proposition faite aux volontaires d'écrire sur un sujet qui les intéresse, seul ou à plusieurs pour le rapport final.

Cet exercice a été proposé pour compléter l'apport des comptes rendus et des questionnaires. Nombreuses sont les questions que nous n'avons pas pu aborder dans ce GRT tant est riche l'activité des infirmiers et ce qu'ils ont à en dire.

Cette proposition faite aux ISP d'une écriture libre sur un sujet libre permettait d'approcher par un angle différent les enjeux de la profession aujourd'hui et de pointer les débats qui leur tiennent à cœur. Les éléments de cette proposition d'écriture libre individuelle ou en binôme sont joints ci – dessous.

Dans ce cadre une infirmière nous a proposé d'inclure des passages d'un ou deux ouvrages, jouant le rôle de références, éléments bibliographiques, ils participent donc de la co-écriture. Ce sont les passages qui apparaissent le plus souvent en tête des divers chapitres de ce rapport. Notons que le choix de l'emplacement des passages dans le rapport n'est pas forcément motivé par une question de sens.

Le premier texte écrit par une infirmière s'intitule :

La Sociothérapie

« C'est un acte médical prescrit, un soin à part entière à toutes les étapes de la prise en charge. Un soin au même titre que :

- 1- l'observance et l'accomplissement des soins infirmiers médicalisés*
- 2- les entretiens et les réunions (relations au discours et au langage)*

Il dépend toutefois des moyens qu'on lui donne en terme de postes soignants et d'organisation soignante. La sociothérapie a un rapport à la société c'est-à-dire à l'autre (alter ego, altruisme). La maladie est une souffrance et un repli sur soi, la sociothérapie un retour vers l'autre, avec l'autre.

La sociothérapie utilise la parole, les activités n'ayant un sens que si elles sont verbalisées, et rapportées en équipe qui sort le sens symbolique de

Atelier musique en pédopsychiatrie

Polyphonie ou cacophonie

« Nous voulons vous parler d'un atelier musique en pédopsychiatrie et des différents discours, discours soignants et artistiques et discours gestionnaires et administratifs –les cadres de santé passant d'un discours à un autre- les différents discours se sont rarement accordés autour de cet atelier.

A l'hôpital de jour St Jérôme, les enfants accueillis sont autistes ou psychotiques et une fois cela dit : tout reste à mettre en œuvre pour les soigner.

Une récente expertise de l'INSERM préconise le dépistage dès l'âge de 36 mois « des troubles des conduites chez les enfants » qui peuvent annoncer un parcours vers la délinquance. « Impulsivité, indocilité, hétéro agressivité, faible contrôle émotionnel, indice de moralité bas... » seraient autant de signes faisant que les dépistés seraient soumis à des tests élaborés sur la base de la neuropsychologie comportementaliste et pour les plus récalcitrants d'entre eux traités à renfort de psycho stimulants ou thymorégulateurs dès l'âge de six ans.

Cette enquête intervient pour voler au secours du gouvernement qui va faire voter dans quelques semaines un projet de loi sur la »prévention de la délinquance ». Elle entretient la confusion entre malaise social et souffrance psychique et c'est la médicalisation qui est préconisée comme réponse par l'INSERM, la médicalisation et la répression pour les hors normes et leur famille.

A l'hôpital de jour St Jérôme, l'équipe considère que les symptômes sont l'expression d'une souffrance du sujet et que la fonction soignante est de déchiffrer leurs significations dans le parcours et dans l'histoire de chacun. Pour les enfants que nous rencontrons –ils ont entre 2 ans et demi et 4 ans – lorsqu'ils nous sont adressés, c'est souvent qu'ils souffrent de troubles de la relation précoce –en particulier à la mère ».

L'inscription d'un être humain dans le champ social passe pour un enfant ordinaire par sa possibilité de se séparer de l'univers familial pour pouvoir, sans angoisse ou sentiment d'arrachement aller vers un autre groupe social que le groupe familial que ce soit la crèche l'école maternelle ou les lieux de socialisation de l'enfance ordinaire.

Les enfants autistes ou psychotiques ont du mal à se débrouiller avec les séparations, les retrouvailles et l'inconnu auxquels ils demeurent longtemps étrangers, il leur est difficile d'investir des personnes ou des objets non familiers. C'est précisément ces questions que l'hôpital de jour doit leur permettre de mettre au travail.

Cela suppose qu'un groupe humain –les soignants, ceux qui travaillent dans l'institution, mais aussi les autres enfants- puissent accueillir ceux qui viennent y faire un bout de chemin, leur faire une place.

C'est autour de passages d'un univers à un autre - à l'hôpital de jour, d'un groupe ou atelier à un autre, de moments d'accueil aux moments d'ateliers, autour de retrouvailles ou de séparations d'avec des personnes, des objets - que les enfants vont faire l'expérience de la présence / absence, qu'ils inscriront dans le temps quelque chose de leur trajet, que ce quelque chose pourra peut-être s'historiciser.

L'hôpital de jour pour être soignant doit être un lieu de vie au sens d'un lieu vivant. C'est-à-dire que du désir et de la parole puissent y circuler, des rythmes s'instaurer, des histoires s'y construire, pour accueillir des enfants qui se réfugient souvent dans l'immuable et du « toujours pareil » pour lutter contre leurs angoisses. Il doit rester un lieu de rencontres possibles à partir desquelles des liens pourront se tisser. Ces liens permettront aux enfants d'accepter le nouveau, le changement, l'expression de leurs affects et la participation à une aventure humaine.

C'est notamment dans ces ateliers thérapeutiques que les enfants inscriront quelque chose, laisseront émerger un signe, un mot, une production qui prendront sens dans le travail de reprise des soignants et pourrons s'historiciser dans l'histoire de l'atelier, de l'institution. Alors comment garder le soin comme raison d'être de l'existence de l'institution quand le discours administratif ou gestionnaire est souvent dans le déni de cela ?

Comment continuer à pouvoir prendre le temps, à assurer la permanence d'un lieu accueillant, ouvert, vivant où chacun a sa place avec sa singularité dans le collectif ?

Comment ne pas se laisser emporter par un discours gestionnaire pour lequel les personnes sont interchangeables, réduites à des données acceptables par la logique binaire de

l'informatique ? Un discours pour lequel la responsabilité pénale a pris le pas sur la responsabilité individuelle... - nombreux sont à présent les cadres de santé qui ne pensent qu'à ouvrir le parapluie-. Un discours pour lequel la traçabilité s'est substituée à l'échange, à la parole, à la relation à l'autre ; la hiérarchie et le cloisonnement au travail d'élaboration des équipes pluridisciplinaires.

Pour illustrer cela nous allons vous parler de l'histoire d'un atelier de musique.

Cet atelier naît en 2001 à la demande d'un médecin du CMP anciennement responsable du centre de jour : il souhaite que deux soignantes intéressées par la musique (une orthophoniste du CMP et l'Infirmière psychiatrique du centre de jour) mettent en place un groupe « mixte » le premier dans l'histoire du service accueillant des enfants suivis en CMP et à l'hôpital de jour.

Il n'y a que peu d'accordage au départ entre ces deux soignantes qui arrivent l'une avec sa pratique individuelle de rééducation orthophoniste pour les enfants ayant des troubles du langage, l'autre avec sa pratique de groupe avec des enfants autistes et psychotiques.

Proposer un véritable lieu de création singulière et collective autour de la musique, un lieu d'accordage qui pourrait évoquer l'espace transitionnel cher à Winnicott et qui fait cruellement défaut aux enfants autistes et psychotiques n'est sans doute pas la perspective partagées par ces deux soignantes.

Si des sons s'y font entendre, ils sont souvent discordants voire agressifs. Des paroles virulentes s'y échangent, vociférations de la part des enfants, injonctions venant des soignants. Passer du bruit, des sons à la musique, de la cacophonie à des moments d'accordage supposerait une virtuosité que nous n'avons pas. Les soignants renoncent même à prononcer le nom de l'atelier « croque notes » qui évoque le fait de bouffer ou d'être bouffé. Bientôt plus personne ne sait ce qu'il est venu soutenir là, ni les soignants, ni les enfants...

Par contre au niveau administratif, les cases « AJ » correspondant à la présence des enfants suivis au CMP et les cases « HJ » à celles de l'hôpital de jour sont bien cochées, quel que soit ce qui se déroule dans l'atelier.

C'est d'abord l'arrivée de Sophie, puis de Simon, qui va permettre de donner du sens à notre raison d'être là. Sophie éducatrice, arrive avec ses comptines et ses chansons ; Simon, stagiaire de psycho est aussi musicien et c'est parce qu'il aime et pratique la musique, qu'il a

percussionnistes professionnels ayant une exigence artistique sera une expérience extraordinaire qui va nous amener à changer le cadre de l'atelier. Au sens où c'est la musique qui devient notre fil conducteur, c'est à Simon qu'est confié la direction artistique de l'atelier. Les soignants sont là pour accompagner les enfants- bien sûr les aider parfois à soutenir leur présence dans le groupe ; mais ils sont là aussi avec leur singularité, leur propre difficultés avec les rythmes, les mélodies, les improvisations... aucun d'entre eux n'a le sens du rythme de Salim ou cette capacité de Johan de trouver la 2^{ème} voix d'une mélodie en démarrant à la tierce supérieure.

Simon qui pour l'administration est un stagiaire « psycho » qui ne compte pas dans les plannings, a pour l'atelier une fonction essentielle : il reprend les rythmes parfois imperceptibles des enfants, leurs productions sonores, pour les interpréter, musicalement parlant, et les proposer à l'ensemble du groupe. Pour nous il n'est pas interchangeable. Tout va bien jusqu'à fin juin où le stage de Simon prend fin.

Il veut continuer à intervenir dans l'atelier mais le cadre supérieur de santé et jusqu'à certains médecins du service sont réticents : Quel est le statut de Simon ?

Heureusement il existe dans le service une petite association dont l'objectif est de favoriser l'intégration culturelle des enfants. Simon est coopté par le CA de cette association et à ce titre là, Simon peut continuer à partager l'aventure humaine dans laquelle il s'est engagé et qui est devenue le « groupe racines ».

L'association tente d'obtenir des subventions pour rémunérer Simon. Du côté du conseil général ou Régional la réponse est invariable : cela relève des missions de service public de l'hôpital. Elle se tourne alors vers le DSU qui la renvoie à un inspecteur santé de la DDASS censé soutenir le dossier. L'inspecteur nous écoute mais sa réponse est sans équivoque : « Vous savez, sur les chantiers humanitaires, les ONG, les blessés légers, elles ne s'en occupent pas , ils s'en sortiront tout seuls, les blessés grave non plus : il faudrait trop de moyens pour les sortir de là ». On a compris le message : les blessés graves se sont les enfants psychotiques ou autistes.

L'association se tourne alors vers la ville de Marseille, gomme de la rencontre les mots « psychose » et « autisme », pour ne mettre en avant que l'intégration culturelle et sociale. Et on obtient des subventions pour rémunérer Simon, et en prime d'organiser une sortie

nocturne avec les enfants à un concert de « Gumboots ». C'est le groupe Racines qui organise la réunion avec les parents des enfants.

L'association, elle, organise une réunion proposée à l'ensemble des personnes qui travaillent dans le service pour parler avec Simon, le musicien, de ce qui advient de cet atelier. Discours soignant et discours artistique se rejoignent dans un accord et une harmonie qui font que trois ans plus tard Simon est considéré par tous comme un partenaire de l'institution, même s'il ne fait toujours pas parti des plannings.

Cette année là, un nouveau cadre supérieur arrive dans le service. A la lecture du rapport d'activité où le cadre de santé a sollicité les soignants de l'atelier pour rédiger quelques lignes sur ce qui s'y déroule, il s'exclame « Mais c'est de la poésie ». On comprend alors qu'un rapport d'activité c'est combien de soignants pour combien d'enfants, peu importe le soin.

Mais c'est ce même surveillant chef qui deux ans plus tard soutiendra l'association qui tente de mettre en oeuvre un projet de partenariat avec une enseignante plasticienne. Entre temps, les paroles qui circulent dans le service autour de Racines mais aussi de l'atelier théâtre ou sculpture ont peut-être fait leur chemin. Ce cadre de santé nous parlera de son propre intérêt pour le Jazz et nous soutiendra attentivement.

Alors Oui, pour défendre le soin et la psychiatrie nous pouvons et devons défendre nos pratiques, refuser d'abdiquer sur des mots qui sont les nôtres, affirmer ces pratiques haut et fort en s'appuyant sur ce qui nous paraît légitime et de bon sens là où le protocole prétend régner en maître. En parler avec tous les soignants, administratifs, cadres, dans l'institution mais aussi à l'extérieur.

Il n'y a peut-être pas que des choses négatives qui arrivent à la psychiatrie dans ce qui est devenu peut-être un rapport de force incessant pour continuer à soigner : car nombreux sont aujourd'hui ceux qui réfléchissent à ce qu'ils font et essaient d'en rendre compte à leur manière. Pour affirmer autre chose qu'un discours où les chiffres, le coût, voire le profit et le marché pour les laboratoires pharmaceutiques, voudrait s'imposer comme un discours unilatéral. »

Le troisième texte proposé par un infirmier s'intitule :

Le Lien

« Dans la relation thérapeutique il est important d'établir une relation de confiance avec le patient par une activité d'écoute empathique ou active.

Dans cette relation, il faut faire attention à l'idéalisation de la prise en charge, car dans cette situation le patient s'enferme dans une position déjà vécue dans sa famille, et par peur d'être rejeté, il n'exprimera pas sa souffrance.

Créer un lien, c'est aller à la rencontre de l'autre, souffrant, s'immerger dans son monde tout en restant neutre, pour apporter autant que faire se peut une réponse adaptée à une demande de soin.

La communication : c'est 20% de communication verbale et 80% de non verbale

Verbale : entrer en relation avec une personne par la parole.

Non verbale : Toutes les attitudes physiques qui entrent en jeu dans une relation duelle.

En psychiatrie, nous sommes des professionnels de la communication, c'est-à-dire que nous sommes capables d'adapter la communication en fonction de la personne souffrante. Cela relève d'un savoir être et d'un savoir faire acquis auprès de soignants expérimentés et d'un enseignement de qualité, mais je dirais qu'en psychiatrie on est toujours en formation auprès de psychiatres ou de psychologues qui donnent un sens à notre travail lorsqu'ils en ont les compétences. Sinon ce travail est délégué à un intervenant extérieur psychanalyste. »

Le quatrième texte proposé par un infirmier s'intitule :

Collège infirmier ?!!!!?

« L'hôpital va mal. On manque d'infirmier. Pourquoi cette pénurie infirmière ? Numerus clausus ? Crise des vocations ? Et puis nos éternelles plaintes ou nos regrets, à nous les derniers infirmiers de secteur psychiatrique sur le thème éculé du « C'était mieux avant... ».

Mais aussi le positionnement bizarre des nouveaux infirmiers :

- « *On fait pas les toilettes, c'est pour les aides-soignants* ».
- « *Pourtant le rapport au corps c'est important en psy.* »

Ou encore :

- « *On fait pas les activités, c'est pour les éduc.* »
- « *Mais c'est un outil efficace la sociothérapie !* »
- « *Oui, mais on comprend pas comment ça fonctionne...* »

Et justement l'arrivée des éducateurs...

Et notre métier alors ? Où est la place de l'infirmier en psychiatrie ? Existe-t-il encore une place ? Va-t-on être condamné à devenir des distributeurs de médicaments ? Vaguement responsable d'une équipe d'aides - soignants, sans en avoir le statut, ni la reconnaissance, ni le salaire...

Et même les syndicats... Quand il s'agit de défendre l'hôpital tout y passe, de la défense de l'hôpital public en passant par les revendications (légitimes) des catégories les plus faibles ou les conflits d'intérêts... Mais « qui se soucie de nous » comme dit la chanson...

Comment défendre notre travail ? Qui peut rendre sa place à notre métier ?

Après tout, c'est tout de même nous qui sommes le corps de métier le plus important sur l'hôpital... Du moins en nombre... Et puis, Y aurait-il encore un hôpital s'il n'y avait plus d'infirmiers ?

Et tout le monde s'exprime à notre place... Les médecins, la direction des soins...

Et dans les services, nous avons l'impression de ne pas être écouté.

Alors que faire ? Créer un collectif infirmier ? Pour quoi faire ? ... Se défendre... Exister...

Mais comment ? Sur quelle base ? Pour quel contenu ? On voit bien les objectifs mais quels seraient les moyens ?

Puis le groupe de travail d'ergologie pour les infirmiers de secteurs psychiatrique... Les derniers dinosaures...

Tout commence par le dépôt de plainte habituel...

Et les choses s'élaborent grâce aux universitaires qui animent ce groupe. Nous redécouvrons nos propres paroles... Elles sont passées de la plainte nostalgique à l'argument efficace, à la proposition de repères professionnels quasi théoriques. Toutes ces connaissances, fruits de l'échange entre infirmiers, nourries de l'accompagnement des nouveaux par les anciens, se couchent sur le papier.

Et tous les dinosaures présents s'y reconnaissent.

Voilà ce qui pourrait être fondateur, voilà ce qui pourrait créer la dynamique nécessaire à un groupe de travail... Un GRT comme disent nos étudiants en ergologie préférés... Un collègue comme on nous conseille de le nommer.

Du texte produit par nos petites histoires vers ce que les autres, les jeunes « DE » ont à dire.

On leur demande toujours pourquoi ils s'en vont, jamais pourquoi ils restent.

On ne leur demande jamais pourquoi ils ont choisi la psychiatrie... Leurs raisons sont-elles si éloignées des nôtres ?

Il faut se poser les questions en positif, sinon comment avancer. Reprendre notre avenir professionnel en main, créer une parole infirmière forte et imprégnée de la réalité du terrain, tenter de poser les vrais problèmes et d'apporter, si possible, des solutions.

Arrêter de subir, proposer, construire, et pourquoi pas innover...

En tout cas au moins essayer... Un collègue infirmier ?!!!!? »

Le Cinquième texte proposé par deux infirmiers s'intitule :

Nouvelles perspectives de liens avec les médecins

« La formation des psychiatres avant les années 1990 était de quatre années d'Internat dans les CHU après les sept années d'études de généralistes - par exemple à Edouard Toulouse c'était 4 médecins par an -.

Aux environs des années 1995, la formation change. 70 % des médecins généralistes font une formation pratique dans les services qualifiants pendant cinq ans - Formation à la psychiatrie générale mais aussi légale -. A l'issue de cette formation, il y a le concours de praticien hospitalier.

30 % des médecins relèvent de la formation classique qui est fonction du numerus clausus national et des postes libres au CHU, c'est-à-dire une formation d'internat. Puis quelques médecins étrangers valident leurs diplômes au bout de quatre ans.

A l'heure actuelle, il y aurait plus de 1000 postes vacants de Praticiens Hospitaliers.

A l'issue de cette nouvelle formation, le personnel soignant remarque qu'il y a de plus en plus de difficultés à travailler avec ces nouveaux médecins.

Nous avons fait quelques constatations, elles sont plutôt d'ordre négatif malgré notre enthousiasme à toujours vouloir partager et travailler en collaboration.

La plupart du temps, les nouveaux médecins n'entendent pas ce que l'on propose quand on connaît bien un patient. Ils ont une grande assurance par rapport à leurs connaissances mais ne sont pas assez à l'écoute de l'expérience - ils ne communiquent qu'entre médecins pour la plupart du temps -.

La référence majeure se porte vers la maîtrise des traitements et une grande influence des laboratoires a trouvé là une place surtout par rapport aux nouvelles molécules.

Dans notre expérience, certains ont la fâcheuse tendance à faire les entretiens seuls et sans retour, ce qui amène des incompréhensions dans le travail d'équipe et du coup ils n'ont pas les données nécessaires pour mener à bien l'entretien et le déroulement de l'histoire du patient.

Il n'y a aucune reconnaissance de l'infirmier en tant que porteur d'histoire. Pour le médecin ce dernier est vu comme quelqu'un qui pratique un acte plutôt que quelqu'un qui peut réfléchir.

L'infirmier psychiatrique est plus considéré comme un individu qui pense à son bien-être qu'au bien être du patient. Celui-ci étant souvent en désaccord avec la vision de ces nouveaux médecins : l'infirmier est donc sans valeur professionnelle.

Mais il arrive que certains médecins soient à l'écoute d'une expérience de terrain, or cela n'a jamais autant de valeur que la connaissance PMSI et pharmaceutique. Ils sont peu nombreux à écouter une équipe pluridisciplinaire ou à débattre des différentes façons de voir le soin.

La difficulté actuelle est de trouver un lien d'entente, tout en respectant les obligations des médecins actuels et l'identité des infirmiers psychiatriques incluant leur expérience professionnelle.

Découle la question de nouvelles perspectives de liens avec les médecins. Ce réel problème peut amener la disparition des infirmiers psychiatriques. La non reconnaissance de leur identité et de leurs remises en question incessantes dérangent la satisfaction du savoir. »

4) Constitution d'un Glossaire commun : mêlant le langage des ISP et le langage des étudiants.

Il nous a paru important dans un rapport pensé comme outil au service de la profession infirmière de secteur psychiatrique, de constituer un glossaire mêlant tout à la fois les concepts ergologiques que les étudiants ont dépliés tout au long des GRT et des éléments du langage ordinaire et conceptuel des infirmiers qu'il leur tenait à cœur de définir.

Nous avons alors proposé aux ISP d'énumérer un peu à la volée les mots qu'ils voulaient voir apparaître dans ce glossaire. Au fil de la séance, il leur est venu l'idée de créer aussi un anti-glossaire, celui-ci étant justifié par cette réflexion qu'« *il faut tout le temps justifier ce que l'on fait avec des mots dont on ne sait pas d'où ils sortent* ». Le résultat de ce travail ensemble, sans qu'il n'y ait de correspondances entre les termes, ni d'ordre particulier mis à part leur classement par ordre alphabétique a été le suivant :

Glossaire

<i>Glossaire</i>
Accompagnement
Communication
Contrat de soin
Délire
Equipe pluridisciplinaire
Folie
Infirmier Psy
L'humain
Lien
Patient
Psychanalytique
Psychiatrie (Y en a plus...)

Psychiatrie publique
Psychose
Psychothérapie Institutionnelle
Relation à
Respect
Secteur
Soigner (le soin)
Suivi
Surveillant
Temps
Transfert
Usage de soi

Antiglossaire

<i>Antiglossaire</i>
Accréditation
ARH
Cadre de santé
Client
COM
Corps-texte
Cortex
DIM
DSM
DSSI
Evaluation
Fiche d'activité

HAS
Hôpital 2007
IDE
ISP
IGAS
Liste d'attente (Hospitalisation)
Pôle
Politique de santé
Repli corporatiste
SROS
Traçabilité

Les mots ainsi énumérés avaient déjà beaucoup apporté à tout le monde, non seulement parce que c'était un exercice intéressant de retenir « les mots qui nous intéressent pour notre activité » et de chasser dans un anti-glossaire « ceux qui nous font la vie dure ». Le choix de ces mots était également très représentatif, significatif du décalage, de l'écart toujours existant entre la langue de l'activité réelle, de l'agir en adhérence, et celle des normes, des concepts construits en dés adhérence et qui font souvent perdre le fil rouge de l'activité.

Une séance était destinée à définir ces mots. Nous savions cependant qu'il allait falloir faire des choix, que la définition de l'ensemble de ces termes était impossible.

Nous avons alors fixé les règles du jeu pour définir les termes :

- choix d'un mot après l'autre
- laps de réflexion court
- rapidité et efficacité dans l'échange
- validation commune des définitions

- éviter la forme dictionnaire, coller le plus possible au langage ordinaire

La dernière de ces règles étant la plus importante car le but des infirmiers est de se faire comprendre.

Il est important aussi de préciser que ces définitions ont été reconstruites à partir de l'écoute des enregistrements, elles sont puisées au cœur des débats que chaque terme a suscité. Pour plus de dynamisme le langage ordinaire de la discussion a donc été adopté.

« Il fallait rester impassible, muet sans paraître le moins du monde troublé par les menaces et les injures que nous recevions à torrent. »

« Ce fut d'abord l'odeur qui me surprit, les murs étaient nus et sales... Quand on arrive ici c'est dur pour tout le monde et tout le monde a envie de foutre le camp et de ne plus y remettre les pieds dans cette sale baraque... »

André Roumieux⁵⁹

Glossaire : Avec quels mots travaille-t-on ?

Remarque d'un infirmier :

« On aurait du commencer par le glossaire. Il y a des générations différentes d'infirmiers qui se côtoient, il y a un travail important à faire sur le langage pour s'accorder sur ce dont on parle. »

De la folie à la maladie mentale :

Folie :

« La folie est un terme grand public, non spécialisé, c'est une représentation sociale relativement partagée qui permet de caractériser quelqu'un, quelque chose, ou une situation qui est alors jugée hors normes. Nous utilisons souvent ce mot pour communiquer avec le commun des mortels parce qu'avec le mot « folie » on sait directement de quoi on parle, tout le monde en a plus ou moins une idée.

La folie existe même si on veut souvent la nier, tout le monde a « un petit grain de folie ». De plus la folie c'est universel même si on ne la nomme pas tous de la même manière. Chez les comoriens par exemple on dit « qu'on est habité par le Djinn » !

⁵⁹ André ROUMIEUX, *idem*.

La folie c'est relatif, le passage entre le normal et le pathologique c'est très subjectif, c'est difficile de faire la différence. »

Fou :

« Le mot FOU au contraire ça enferme la personne, ça l'exclue alors le dit « fou » n'a pas de déficit il est seulement différent, c'est-à-dire structuré autrement que ceux qui sont dits « non fous ».

Maladie mentale / santé mentale :

« Les personnes qui ont créé le terme de « Maladie Mentale » ou de « Santé Mentale », l'ont fait parce qu'elles ont voulu lutter contre l'exclusion que provoquait l'usage des mots « fou, folie ». Dans un sens, elles ont voulu réhabiliter le « fou » dans la cité.

La folie c'est une excuse à quelque chose, à un acte que quelqu'un a pu faire, c'est aussi une excuse pour celui qui reconnaît l'autre dans la folie ; quand on parle de maladie mentale on est d'emblée dans autre chose et il y a aussi la souffrance ; là on entre dans le soin, la maladie mentale nous installe directement dans l'univers médical. C'est-à-dire dans un univers où on va pouvoir apporter un soin, un soulagement et surtout accompagner le souffrant tout au long de sa vie. Alors, si l'on parle de maladie mentale c'est pour considérer la folie comme une maladie parmi d'autres, une maladie que l'on peut soigner sans différenciation ; il est important de ne pas exclure les personnes, et de démystifier le « fou » dans la cité. On ne peut pas dire par exemple : « l'Hôpital des fous » ça fait peur et ça exclue des personnes qui auraient besoin de soin. Aussi ces glissements de langage sont fondés sur une problématique de départ : beaucoup de gens ne venaient pas se faire soigner. »

Psychothérapie institutionnelle :

1) Une petite histoire pour comprendre... (Mais il y en a plusieurs).

« Durant la guerre (39-45) alors que les hôpitaux psychiatriques n'étaient plus approvisionnés en nourriture et que les personnes mourraient de faim, les soignants d'un hôpital, à Saint Alban dans le sud ouest de la France ont eu l'idée de cultiver la terre, de planter des légumes... et de joindre à ces activités les patients de l'hôpital. Cette expérience a

duré un certain temps jusqu'à ce que les soignants s'aperçoivent que les patients se portaient mieux, se sentaient mieux ... bref non seulement ils avaient échappé à la famine, mais en plus les progrès enregistrés avaient de fortes significations... les patients s'étaient soignés par la pratique d'une activité, mais encore par ce qu'il se passait dans l'institution. Il y avait le soignant, le soigné, ils avaient travaillé ensemble... les murs de l'institution avaient soigné aussi. Voilà un peu une des histoires de la découverte de la Psychothérapie Institutionnelle. »

2) « *La thérapie institutionnelle est une «méthode permettant de créer une aire de vie avec un tissu inter - relationnel, où apparaissent les notions de champ social, de champ de signification, de rapport complémentaire, permettant la création de champs transférentiels multi - focaux». OURY*

« Il y avait une vieille blague à l'époque où j'étais entrée à l'hôpital : le névrosé construit des châteaux en Espagne, le psychotique les habite et le psychiatre encaisse les loyers ».

De la psychothérapie institutionnelle à « la relation à » :

« C'est une mise en relation de plusieurs choses... il y a les murs, le cadre de psychothérapie, les soignants, les patients... les soignants accompagnent les patients dans ce cadre. Dans la relation à l'autre l'évolution n'est pas le fait du seul patient, le soignant aussi évolue ; il faut, qu'il y ait une résonance de la part de l'infirmier pour que cette relation se fasse. Il est important de voir que le soignant n'est pas tout puissant face au soigné, le soignant apprend du soigné, ainsi il est toujours en évolution lui-même et avec l'autre. Le soignant apprend tout le temps.»

Le soin :

« C'est prendre soin et veiller à ce que la personne dont on s'occupe puisse être en relation avec les autres. C'est quelques fois, dans le cas des psychoses graves maintenir en vie. C'est aussi alléger, essayer de supprimer la souffrance psychique. Prendre soin c'est de plus faire sortir le patient de l'enfermement, c'est l'amener vers l'autonomie, c'est faire émerger en lui des désirs dont avant tout celui de vivre. Le soin est en rapport direct avec la souffrance... »

La souffrance :

« La souffrance peut être psychique mais aussi... sociale, familiale, professionnelle. Plus ou moins consciente, la demande de soin peut venir du patient ou de ses proches mais il peut aussi ne pas y avoir de demande ; à ce moment c'est très différent cela mobilise une équipe pour faire comprendre à quelqu'un qui n'en a pas conscience ce qui lui arrive et l'aider à l'accepter. »

Soigner :

« C'est en psychiatrie, prendre soin, prendre le temps d'être avec, écouter, veiller à, inventer, apaiser la souffrance, ajuster, bricoler, accompagner, savoir regarder, ne pas regarder, savoir entendre... »

Le patient :

« C'est le malade, la personne qui a besoin d'un abri, d'un lieu pour déposer son délire, son angoisse, sa souffrance... Et qui peut ou non demander un soin, s'ils ne le demandent pas il peut être entendu. »

La psychose / névrose :

« Ce sont des mots qui disparaissent, aujourd'hui on parle plutôt de troubles mentaux ».

Usage de soi dans la relation soignant / soigné :

« D'abord il est important de dire qu'on apprend surtout du patient. Le soin en psychiatrie c'est faire avec chaque individu, en fonction de ce qu'il veut ou qu'il peut nous donner. Faire avec dans le sens d'accompagner dans le temps, mais aussi d'ajuster sans cesse à la singularité du patient. Alléger la souffrance psychique du patient en trouvant diverses stratégies, l'important est trouver toujours un juste milieu entre la distance nécessaire au soin et l'empathie. Il faut adapter la distance par rapport au patient et à notre expérience. Adapter la distance c'est toujours en fonction de la personne que l'on a en face de soi. Quand

le patient arrive on l'accueille, on l'écoute, on l'accompagne et après on bricole en ajustant nous ce que l'on est et chacun des patients avec toutes leurs différences.

Adapter la distance c'est l'art de gérer « le transfert et le contre transfert ». T'aider à la fois toi et l'autre.

Il y a une grande importance de l'institution mais de nous aussi, de ce que l'on est par rapport à la réponse que l'on peut apporter. Il y a des gens qui arrivent en très grande souffrance psychique, ils arrivent ils sont recroquevillés sur leurs pieds, sur eux-mêmes, un temps passé dans l'institution et avec nous, ils se tiennent déjà plus droits, ils sont mieux... ce qui est dur à l'extérieur c'est d'affronter le regard des autres. L'usage de soi c'est une manière de regarder aussi... »

Le transfert et le contre transfert :

« Dans la mesure où il y a relation soignant - soigné il y a forcément une inter- relation. Transfert / contre transfert ...on a grandi avec ça, cela faisait parti de notre formation ; par contre nous ne sommes pas sûrs que ce soit le cas actuellement. Il y a dans les comportements des infirmiers aujourd'hui un côté « infailible » Il n'apparaît pas directement qu'ils aient conscience de ces choses là.... Ce sont des « gros mots » aujourd'hui...

Le transfert et le contre-transfert, ce sont les sentiments, les représentations qu'éprouve et projette le patient sur le soignant avec lequel il est en relation et le contre transfert la réponse du soignant. C'est une remise à distance qui peut être positive ou négative. Nous n'avons qu'en partie conscience de ce qui se passe dans la relation d'où la nécessité du travail d'équipe. La relation transfert / contre-transfert n'est pas propre à la relation soignant - soigné mais à toute relation humaine.

L'équipe a un rôle très important dans cette relation, d'une certaine manière elle doit jouer un peu le rôle de garde fou entre nous... on se perd facilement dans « la relation ». L'équipe doit toujours être là pour aider à reprendre de la distance. »

Le sens :

« La question du sens est importante. Il est primordial dans notre vie de trouver, de donner du sens à ce l'on fait. Par rapport à ce que l'on nous demande, bien souvent on perd du temps

mais c'est qu'on est plus exigeant, plus mal à l'aise, la recherche du sens, d'un sens est très importante... quand on est confronté au « vide psychotique », c'est difficile, on perd la valeur des choses, si on rajoute du sens, on trouve plus d'envie, plus de force pour travailler avec ce vide et avec les personnes ».

Bricoler :

« C'est adapter la distance, c'est accompagner et faire avec, avec la personne, sa singularité et nous ce que l'on est ; deux éléments sont importants dans ce bricolage, le temps et la question du sens pour nous de ce que nous faisons. Après c'est comme un orchestre il faut toujours raccorder chaque instrument. »

Diagnostic comme un « tout » :

« Le diagnostic... c'est difficile... il y a plusieurs choses, plusieurs facteurs. Primo, il y a le facteur théorique... ce que l'on a appris, ensuite il y a la relation avec le soigné et la communication. Dans la communication, il y a le verbal et le non-verbal, dans le verbal il y a le discours, dans le non verbal, il y a ce que l'on voit de la personne, comment elle se présente, ce sont encore des indices. Ensuite il y a quelque chose de l'ordre de l'indicible, il y a notre expérience qui permet d'appréhender la personne en face de nous, et c'est ensuite cela que l'on va confronter à d'autres. On dit toujours que le diagnostic appartient aux médecins mais il est certain que nous aussi on participe beaucoup à ces diagnostics. »

Ecrits subjectifs :

« Ecrire c'est important pour nous, mais c'est une écriture clinique. Nous avons du mal à écrire ce que l'on nous demande, pourtant écrire c'est important aussi pour reprendre de la distance, mais là c'est différent comme on disait c'est une écriture clinique et elle reste personnelle. Aujourd'hui c'est de plus difficile d'écrire pour être lu, parce qu'il faut faire attention à tout ce que l'on dit... »

**

*

Anti- glossaire : les mots dans lesquels on ne se reconnaît pas !

Remarque d'un infirmier :

« Il y a des mots avec lesquels on n'arrive pas à travailler, des mots qui ne sont pas adaptés et dans lesquels on ne se reconnaît pas. »

La démarche de soin :

« C'est protocolaire. Si c'est repérer ce qui ne va pas et apporter une réponse ponctuelle et adaptée... en réalité on ne peut pas repérer chez un malade une chose particulière et apporter une réponse, c'est l'ensemble qui est important il faut beaucoup de recul. On ne peut pas dire on va faire « comme ça », on va apporter telle ou telle réponse... quand on a un patient on l'a pour trente ans. La problématique même de la psychose impose de ne pas pouvoir faire en ces termes. Dans l'immédiat la seule chose qu'on peut apporter c'est de soulager la personne par tel ou tel moyen. Apporter une réponse c'est affiner la réponse au fur et à mesure avec l'équipe. »

Le diagnostic infirmier :

« On ne sait pas ce que c'est. Dossier de soin où l'infirmier doit noter des tas de banalités. Le diagnostic infirmier maintenant semble débarrassé de toute clinique. Dans le diagnostic infirmier y a un flou terrible... à poursuivre... »

Maintien de l'ordre psychiatrique :

« C'est souvent ce qu'on nous demande, faire en sorte que le patient ne soit pas ré-hospitalisé, mais ça pour nous c'est pas vraiment du soin. »

Protocole :

« Enfermer le travail des ISP dans des protocoles c'est impossible, c'est tuer les capacités d'invention qu'ils mettent en oeuvres tous les jours pour "être" avec leur patients. Leur

patients d'ailleurs sont de plus en plus souvent maltraités, enfermés, mis à l'isolement. Les ISP ont besoin de s'écarter des protocoles pour pouvoir travailler « Hors protocole » car c'est un métier d'aventurier. »

Projet à court terme, à moyen terme, à long terme :

« Cette manière de présenter les choses n'est pas adaptée parce qu'on est en permanence en train de faire et de défaire, avec un patient c'est toujours ça ; parce que la vie n'est pas linéaire, si la vie était linéaire on pourrait parler de moyen, long ou court terme mais on le voit bien sans arrêt, on réajuste, on est bien obligé... c'est vrai... de proposer des choses, mais on réajuste quand même en permanence ».

Tracabilité :

« On en parle trop, cela prend trop de place, beaucoup d'infirmiers pensent que ce qui est écrit est fini... Alors qu'il faut aller à la rencontre du patient, il faut aller le voir et à ce moment voir beaucoup d'autres choses que ce qui était écrit. Le risque c'est que la généralisation, l'obligation de l'écrit peuvent installer une grande distance avec les patients. On écrit dans des bureaux, on ne va plus voir les patients... ».

Glossaire ergologique

Avertissement :

Les différentes définitions que nous proposons sont, pour partie, reprises du vocabulaire ergologique élaboré par Yves Schwartz et Louis Durrive, - voir la référence – et, pour partie, élaborées par les animatrices du GRT – sans référence –.

Il existe un « Vocabulaire ergologique » à consulter pour compléter ce glossaire. Pour ce faire, voir le site du département d'ergologie : <http://www.ergologie.com> . (Textes et documents puis histoire et vocabulaire). A cette adresse, un large éventail de textes ainsi que de nombreux éléments de bibliographie sont accessibles.

Action et activité :

« L'action a un début et une fin repérables, elle peut être identifiée (geste, marque), imputée à une décision, soumise à une raison (exemple : un mode d'emploi est une liste d'actions). L'activité est un élan de vie, de santé, sans bornes prédéfinies, qui synthétise, croise, noue tout ce qu'on se représente séparément (corps/esprit ; individuel/collectif ; faire/valeurs ; privé/professionnel ; imposé/désiré ; etc.)⁶⁰. »

Corps-soi :

« Le travail n'existe pas sans quelqu'un qui travaille. Difficile de nommer celui-ci sujet car cela sous-entendrait qu'il serait bien cerné, défini. Or, si l'activité est effectivement pilotée par quelqu'un en chair et en os, – elle s'inscrit dans des fonctionnements neurosensitifs tellement complexes qu'on n'en fait pas le tour – cette activité a, de plus, des prolongements qui débordent la personne physique. Sont sollicités et même incorporés, inscrits dans le corps : le social, le psychique, l'institutionnel, les normes et les valeurs [ambiantes et retraitées], le rapport aux installations et aux produits, aux temps, aux hommes, aux niveaux de rationalité,

⁶⁰Yves SCHWARTZ et Louis DURRIVE, *Vocabulaire ergologique* (Site Internet du département d'ergologie de l'Université de Provence).

etc.... Ce quelqu'un qui travaille – ce centre d'arbitrages qui gouverne l'activité – peut ainsi être désigné corps-soi ou corps-personne. »⁶¹

Débats de normes :

« Un milieu de vie est constitué de normes : ce sont les normes antécédentes, lois, prescriptions, protocoles mais il y a aussi des nor

Dynamique de recentrement :

« La relation de l'homme avec son milieu n'est ni passive ni strictement adaptative, parler de dynamique de recentrement signifie que l'homme n'est jamais déterminé par son milieu ; s'adapter à un milieu pour l'homme c'est recentrer ce milieu autour de ses propres normes, c'est toujours un peu transformer ce milieu. »

Ergologie :

« C'est une démarche qui tente de développer simultanément dans le champ des pratiques sociales et dans la visée d'élaboration des savoirs formels, des « dispositifs à trois pôles » (le groupe de rencontres du travail en est une possibilité) partout où c'est possible. D'où une double confrontation : confrontation des savoirs entre eux ; confrontation des savoirs avec les expériences d'activité comme matrices de savoirs⁶² ».

Imprintissage :

« Afin de pouvoir faire une place aux savoirs d'expérience dans le processus d'élaboration de connaissances, le « fabricant de concepts » – qui adopte une posture ergologique – va se mettre en position « d'imprintissage » : il va aller à la rencontre de situations dont il va, en quelque sorte, s'imprégner (par exemple en étant attentif au langage de métier) pour pouvoir ensuite en parler. En ce sens, intervenir dans la vie des autres en tant qu'analyste du travail, c'est toujours, à quelques degrés, « se mettre en apprentissage » de la vie d'autrui. »

Normes antécédentes :

« C'est tout ce qui est de l'ordre du protocole, procédures, procédés, prescriptions ; on parle de normes techniques, organisationnelles, de normes de sécurité... celles-ci sont construites et relativement figées dans des textes elles ont une grande utilité : normes de sécurité mais ignorent le cas particulier, elles sont indifférentes aux histoires locales. »

⁶² Idem

Les renormalisations :

« Pour qualifier la dynamique humaine de recentrement permanente, génératrice de variabilité, et inhérente à toute activité humaine, on parle de renormalisation. Le milieu est fait de normes or le vivant humain ne peut vivre que de façon pathologique la stricte imposition de ces normes, vivre en santé pour l'homme, c'est pouvoir gérer entre ses normes propres et celle du milieu, c'est pouvoir générer de nouvelles normes, c'est renormaliser. »

Temporalité ergologique :

« Il y a plusieurs temporalités engagées au sein de l'activité : une temporalité chronologique, mesurable en nombre d'heures d'horloge (temps passé à effectuer une tâche), mais également une temporalité qui nous renvoie à la prise en considération de normes mises en patrimoine dans la durée, individuellement et collectivement. Il y a enfin une temporalité « ergologique » qui renvoie au temps des maturations internes inanticipables mais indispensables au déploiement de l'activité. Cette dernière temporalité ne s'inscrit pas dans un calcul horaire précis mais correspond à « un certain temps ». Par exemple, le temps de la « relation à autrui », de la « relation au patient pour le soignant » est une construction qui convoque prioritairement cette temporalité. »

Trou de normes :

« Un « trou de normes » désigne, dans une situation de travail donnée, le défaut de prescription à laquelle la personne en activité va être confrontée: nécessité lui sera alors faite de mobiliser ses ressources propres et de se constituer comme « centre de décision » dans un réel où tout n'est pas programmable. »

Usage de soi par soi / Usage de soi par d'autres :

« Toute activité est d'une part usage de soi par d'autres : le milieu de travail, les autres, les normes auxquelles on se confronte, et d'autre part usage de soi par soi, chacun se confronte à un milieu de façon singulière. Le travail n'est jamais exécution mécanique des normes, consignes ou prescriptions, il est toujours en même temps choix d'usage de soi par soi. »

Valeur :

« Au sens subjectif, c'est le poids qu'on accorde plus ou moins aux choses ; une hiérarchie, un découpage propre à chacun à propos de ce qu'on estime, préfère, ou au contraire qu'on néglige, rejette. En quelque sorte, c'est la tentative de chacun d'avoir une emprise sur le milieu dans lequel il se trouve (exemple: un bureau personnalisé). L'individu n'invente pas de toutes pièces ses valeurs, mais il retravaille sans cesse celles que le milieu lui propose. En cela, au moins partiellement, il les singularise. »⁶³

Valeurs « dimensionnées » :

« Ce sont des valeurs quantifiables, comptables, comparables sur des marchés (exemple : le budget alloué à un projet). Dans la mesure où les valeurs quantitatives renvoient la question « combien ça vaut ? » à celle du « combien ça coûte (financièrement) ? », elles fonctionnent au « général » et ignorent les « micro-gestions » et l'impact de celles-ci en terme d'efficacité et de coût pour la santé. »

Valeurs « sans dimensions » :

« Ce sont des valeurs qui prennent en charge dans leur expression le « bien commun » (qui incluse aussi plus ou moins notre bien). Valeurs qui sont l'expression de ce qui vaut pour nous au sens de ce qu'il nous importe de vivre (exemple : la santé – la nôtre, celle des autres –, la solidarité, la justice, l'égalité, la culture, l'honnêteté, la protection de la planète...). Il n'y a pas de définition catégorique des valeurs sans dimensions, ni d'échelle unique de comparaison. Les valeurs sans dimensions nous convoquent à partir d'un horizon ou d'un pôle plus ou moins universel, qui nous dépasse. Mais en même temps, leur présence et leur poids en nous s'enracinent dans nos histoires et nos rencontres de vie.

Ainsi, sous « bien commun », le commun peut être variablement le bien de mes collègues de travail, de mon entreprise, de mon pays, de l'humanité...

Ces valeurs nous entreprennent donc tous de manières partiellement différentes. Elles tendent à dépasser profondément les frontières entre « travail » et « hors-travail ». »⁶⁴

⁶³ Ibid.

⁶⁴ Yves SCHWARTZ, Cours La démarche ergologique, 2006.

Conclusions et perspectives :

Bilan du point de vue des ISP

Lors de la dernière séance du GRT, un tour de table a permis de recueillir les impressions et le bilan de chacun des participants à cette aventure. Tous les participants ISP ont affirmé avoir pris du plaisir à ce travail et avoir éprouvé une certaine nostalgie à pouvoir évoquer ensemble leurs cheminements professionnels.

Dans la mesure où il n'y avait pas d'enjeux émanant de la tutelle ou de la direction, les infirmiers du GRT nous ont dit avoir pu élaborer un travail autour de leur métier, confronter leurs valeurs et partager leurs expériences dans un espace d'échange privilégié.

Le travail sur le langage, « *en pinaillant sur les mots* » comme l'a fait remarquer l'un des participants, a permis aux ISP de mettre en évidence la langue qui est la leur : celle de la pratique. C'est leur histoire que le GRT a mis en mots, c'est une partie de leur vie. Au cours de cette « *randonnée ergologique* » comme l'a qualifiée une infirmière, bien des choses ont changées : pensées diffuses mises en mots, partages d'expérience à partir de la problématisation des situations, mise en regard de l'activité des ISP avec des savoirs plus généraux sur le travail, *etc.*

Pour autant, les concepts ergologiques recèlent encore bien des mystères aux yeux des participants du GRT. A cet égard, un travail sur un plus long terme aurait été mieux approprié.

Le souhait que cette expérience se poursuive sous une forme ou sous une autre a été formulé. Le travail avec un tiers (ici, les étudiants du département d'ergologie) a été relevé comme élément indispensable pour que les confrontations entre pairs puissent aboutir à un enrichissement mutuel.

La demande de pouvoir bénéficier d'une dernière séance en GRT, après que le rapport ait été diffusé, a été formulée. L'objectif étant que les infirmiers puissent ensemble faire un retour sur le vécu de ce rapport.

Bilan du point de vue des étudiants

L'une des caractéristiques de l'approche ergologique est de permettre la mise en place d'espaces de dialogues dans les milieux de travail, espaces au sein desquels pourront s'élaborer, se co-construire, des savoirs sur l'activité réelle. Ces savoirs prendront en compte la diversité des points de vue : aussi bien ceux des protagonistes des situations de travail que ceux des tenants des savoirs académiques.

Dans cette optique, le travail mené à l'hôpital Edouard Toulouse s'est constitué dans un espace privilégié. Ne répondant pas à une demande formalisée, nous avons pu profiter d'une grande latitude de réflexion pour aborder les problématiques soulevées par les ISP eux-mêmes.

Concrètement nous pouvons dire les choses de la manière suivante :

La mise en mots de l'activité des infirmiers et le va et vient institué entre les savoirs d'expérience portés par les ISP et les savoirs des universitaires sur l'activité, a permis à chacun d'entre nous de réfléchir et de prendre du recul sur ses propres savoirs.

De ce point de vue nous pointons un double enrichissement :

D'une part, pour les ISP, nous pensons que ce travail a d'abord simplement permis une prise de distance par rapport à leur activité traversée au jour le jour de questions et pressions diverses.

A cette prise de distance s'est ajouté la mise en mots de leur activité : difficile mais nécessaire travail pour mettre en visibilité les manières dont, au quotidien, ces femmes et ces hommes se

confrontent à des problématiques et modèlent leur environnement de travail. Cette mise en mots a permis l'amorce du travail des problématiques.

L'apport de l'ergologie bien sûr ne s'est pas limité pas à cela – bien que ce soit déjà très important. Nous avons aussi voulu accompagner le débat, nous avons dialogué, donné nos points de vue, nous avons apporté nos outils, nos manières de comprendre le travail, nous avons interrogé le travail, l'activité des ISP pour la comprendre ; en bref, nous avons ensemble décrypté, débrouillé, problèmes et activité.

A la mise en mots de l'expérience, nous avons tenté de répondre en quelque sorte par une mise en volume de nos concepts.

Bien que tout cela fut loin d'être évident – et pour tous car plus on creuse la réflexion sur l'activité et plus c'est compliqué –, l'objectif était de revisiter les problèmes soulevés grâce au va et vient entre concepts et expériences.

Adopter le point de vue de l'activité ne supposait aucune évidence dans l'emploi des termes pour penser le travail :

- la compétence déploie divers ingrédients,
- les routines deviennent des gestions,
- face à ce que l'on me demande s'ouvre le champ de ce que ça me demande...et des valeurs que j'engage, de ce que je suis...
- derrière la normalisation apparaissent les débats de normes qui renvoient chacun à des « dramatiques d'usage de soi »

Sans prendre en compte la complexité des situations de travail, qu'aurait-on pu dire honnêtement de la vie des autres au travail ?

Bref, nous nous sommes attachés à toujours repositionner nos concepts face aux récits d'expérience mis en débat afin de favoriser la mise en évidence de l'usage que chacun fait de lui-même par rapport à ce qui contraint son activité. Par là seulement, il nous semblait possible que des déplacements de regards s'opèrent et que chacun s'approprie ce que nous construisions ensemble – synthétisé dans le présent rapport –.

Nous disions un double enrichissement :

D'autre part, pour les étudiants, ce travail en GRT a été très positif parce qu'il leur a permis de mettre à l'épreuve des savoirs qui leur ont été enseignés et dont ils ont pu en quelque sorte « tester la teneur en situation ».

On peut dire que la mise en circulation des concepts ergologiques au sein d'un GRT est une mise au travail des concepts eux-mêmes avec les protagonistes des activités concernées. Ceci amenant la possibilité pour les étudiants d'une réelle appropriation en situation de ces savoirs qui, s'ils ne se frottent à l'activité, perdent peu à peu de leur force.

La mise en re-travail, la confrontation aux milieux de travail réels, est la seule garantie de la validité des outils et des savoirs ainsi forgés. Savoirs à retravailler sans cesse car il n'y a pas une situation semblable à une autre.

Par ailleurs, il est important de pointer un autre aspect de ce travail : « la co-élaboration des savoirs sur l'activité ».

Cette co-élaboration a institué un dialogue, des allers – retours, entre les savoirs académiques et les savoirs d'expérience ; ce qui est une manière peu commune d'envisager la production de savoirs.

Bien souvent – et c'est un défaut récurrent – les savoirs se construisent à l'écart des milieux concernés. Quelques personnes sont censées les détenir et les divulguer au point qu'il semble que la connaissance ait une vie autonome à côté du monde réel, qu'elle se construise dans des laboratoires de recherche et se divulgue ensuite au compte-gouttes dans les salles de classes...

Ne serait-ce pas un peu comme cela que la formation infirmière se passe ? Mais l'activité de travail peut-elle être intégralement théorisée ? Jusqu'à quel point ne risque-t-on pas de fausser la réalité ? Jusqu'à quel point la manière même de former les personnes ne les déforme-t-elle pas ? La vie n'est pas faite seulement de théories, de protocoles, d'anticipations ; n'est-elle pas au contraire ce que l'on ne peut entièrement anticiper ?

Co-élaborer, co-construire des savoirs avec les protagonistes concernés par les situations, ce fut pour les étudiants l'occasion de se mettre en position d'apprendre de la vie, de l'expérience, des personnes elles-mêmes et non seulement des théories.

Que saurions nous aujourd'hui de cet usage d'eux-mêmes dont nous ont parlé les ISP si nous avons arrêté notre analyse aux manuels des étudiants infirmiers ?

En ce sens, la perspective ouverte par l'ergologie peut être décisive pour repenser la question de la formation et de la transmission de savoir : transmettre est-ce donner des éléments de théorie à plaquer sur des situations de travail ?

Ou ne serait-ce pas plutôt ouvrir la possibilité, donner l'opportunité aux personnes de s'approprier des savoirs en situation, en faisant des allers-retours entre des connaissances formelles et les expériences, entre les éléments référencés dans des manuels (très importants) et la rencontres de personnes, de points de vue différents...?

La transmission du métier d'infirmiers psychiatrique paraît très difficile parce que justement étant de l'ordre du relationnel, elle se passe en grande partie dans l'invisible, dans le difficilement dicible et surtout il y a une grande difficulté à la mettre en protocole.

L'une des manière de la transmettre serait de créer les espaces dont nous venons de parler où puissent justement se faire ce travail de va et vient entre le savoir des manuels , les théories **et** les expériences, les personnes, les équipes, les milieux où l'on vit...

Bilan d'un point de vue dehors /dedans :

Etant donné la position particulière d'Olivier Esnault, à la fois ISP, cadre de santé et étudiant au département d'ergologie, il nous est apparu important de faire apparaître un bilan de son point de vue propre.

« Après 9 séances de GRT avec des infirmiers psychiatriques, mon opinion se trouve assurée. La parole des ISP sur leur activité de soignant à l'hôpital psychiatrique a renforcé mes visions de notre pratique et des problématiques qu'elle suscite. Au sein du GRT j'ai navigué d'une posture du « dedans » de l'activité, quand nous parlions du soin en psychiatrie, à une posture du « dehors » quand nous utilisons notre approche de « chercheurs ergologues ». Je me suis aussi parfois retrouvé dans un troisième cas de figure, en posture de cadre de santé, à la croisée du soignant et du manager de l'hôpital entreprise. Il m'a fallu concilier ces trois postures. Ce qui fut souvent facile mais aussi me positionnant parfois en difficulté.

Malgré cela, je peux dire que ce travail où nous avons tous, nous du GRT, développé une énergie considérable est une réussite. Le rapport co-écrit est le reflet de la qualité d'analyse de l'activité des ISP à travers leur parole et par le prisme des concepts ergologiques. Rappelons que ce GRT était conduit dans le cadre d'un travail universitaire. Je pense que l'ouverture et la participation positive de ce groupe d'ISP, relayé par la qualité du dialogue ergologique porté par mes collègues étudiantes a permis d'aller au-delà d'une simple recherche. Les ISP sont venus vers les universitaires. Au-delà, d'un simple travail sur les problématiques, je suis heureux d'avoir perçu que les ISP veulent encore apprendre, veulent toujours transmettre leur savoir d'activité, leur savoir expérientiel. Pour moi, au départ ce n'était pas gagné du tout car je les percevais en position de replis, fermés aux échanges avec leurs collègues DEI. Or, maintenant après six mois d'échanges en GRT je les sens motivés. Ils nous ont exprimé que leur avoir permis de parler de leur travail en GRT démontrait une certaine « reconnaissance », ceci a valorisé leur activité et a renforcé leur souhait de s'engager dans des processus de partage et de transmission. J'ai eu l'impression que le temps a passé très vite. Je tiens à remercier les ISP pour leur participation et la qualité de leurs apports et de leur production. Je remercie aussi la Direction des Soins de nous avoir permis d'effectuer nos séances en nous octroyant des moyens en temps infirmiers et en salles considérables. Je conclurai en disant que ce GRT a été pour moi un grand moment, qu'il nous faudra du temps pour comprendre toutes les problématiques qu'il a évoquées et tous les enjeux qu'il a suscités. »

Bilan du point de vue de la Direction des soins et de l'encadrement

Le travail effectué en GRT a été apprécié. La direction des soins et l'encadrement souhaitent qu'il soit élargi à une **analyse de l'activité professionnelle des IDE** puis à un **échange de savoirs entre ISP et IDE**. Pour ce faire, elle souhaite la mise en œuvre d'un dispositif comprenant deux autres GRT :

- Un GRT à destination des IDE pour un travail en profondeur des problématiques qu'ils rencontrent dans leur activité.

- Un GRT permettant aux IDE et ISP de se rencontrer et de mettre en discussion les manières dont les uns et les autres se confrontent au quotidien à des problématiques qui leur sont communes.

L'objectif étant de permettre à chacun de se positionner pour que des visions différentes du soin puissent se rencontrer.