



Actes du 6ème Congrès des Jeunes Chercheurs

Croix-Rouge française / Croix-Rouge Compétence

2022

Sous la direction de Marie-Hélène Bellucci et Béatrice Brignon

Préface de Thierry Ardouin

Professeur des universités

Laboratoire CIRNEF - Université de Rouen Normandie

Table des matières

PRÉFACE	3
INTRODUCTION	5
ARTICLES DES NÉO-PROFESSIONNELS	7
L'enjeu de la temporalité dans l'accompagnement du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes	8
Prise en charge des Troubles Musculo-squelettiques liés à l'Exécution Musicale de l'élève musicien. Point de vue de masseurs-kinésithérapeutes. Étude qualitative	13
L'accompagnement des auteurs de violences conjugales : un autre versant de la lutte contre les violences conjugales	19
Le respect des valeurs religieuses et personnelles des patients au sein des soins infirmiers	24
L'accompagnement à la sexualité des personnes en situation de handicap mental : L'importance de l'institution	28
La Breizh pour mettre à l'aise : dévoilement de soi et authenticité dans la relation de soin	35
« L'accès aux droits du public sans-abri : Une valse à mille temps »	39
Nouveaux métiers, nouveau challenge pour le cadre de santé : Cas de la pratique avancée infirmière	46
Placement judiciaire en MECS : La pertinence d'une approche globale de la situation familiale du mineur	55
La médiation animale auprès du public trisomique	60
La prise en considération de la douleur	66
De la sanction à l'intégration : quels impacts sur la vie d'après ?	74
L'histoire d'humour entre le soignant et le soigné	81
ARTICLES DES PROFESSIONNELS	85
La reconversion professionnelle subie suite à l'apparition d'un handicap l'importance de la prise en compte de la temporalité dans l'accompagnement	86
Dynamiques partenariales des professionnels de la petite enfance et réductions des inégalités de santé	92
Plateforme e-learning et formation en soins infirmiers : quand la technologie interroge les pratiques enseignantes	101
Étude du développement du raisonnement éthique dans le processus de formation des étudiants assistants de service social	108
Les conditions sociales de la réussite scolaire et l'employabilité : le rôle du logement	112

Opportunité pédagogique des situations d'activité instrumentée à distance : question autour des pratiques de la FOAD chez les apprenant.e.s illettré.e.s HARDY Cédrik – Croix-Rouge Compétence Normandie – Alençon - Formateur IFTS	120
Le management interculturel en service de soins. Une pratique insoupçonnée du cadre de santé au cœur de la diversité culturelle de l'équipe	127
L'identification et le questionnement des méthodes de management et de communication des directions de différentes organisations. Résultats d'enquêtes	130
Simulation réflexive et clinique de l'activité pour développer les compétences collaboratives interprofessionnelles d'étudiants infirmiers et kinésithérapeutes	132
Relation entre style émotionnel du patient, toucher social du médecin et observance en hémodialyse chronique	138
Les cours numérisés, un dispositif au cœur de la médiation des savoirs : le cas des IFSI de Franche-Comté.....	143
Le rôle du tiers dans l'apprentissage.....	152
La publicisation des Aide(s)-Soignant(e)s de 2017 à 2020 : entre éclaircies médiatiques et imperceptibilité, une publicisation silencieuse ?	158

PRÉFACE

Invité à participer au sixième congrès des jeunes chercheurs de la Croix-Rouge française en tant que témoin des travaux présentés et réalisant un point de synthèse en direct, c'est avec tout autant de plaisir et d'appréhension que je suis invité à rédiger cette préface. Plaisir, car ce congrès a été un moment de rencontres, d'échanges et de découvertes de travaux d'une grande qualité et de rigueur scientifique dans une ambiance à la fois sérieuse et conviviale ; appréhension, car comment rendre compte et présenter l'ensemble des travaux et les enjeux sociaux et sanitaires afférents.

À l'heure où : la question du soin et de l'accès aux soins sont prégnants d'actualité ; il existe une mise en cause récurrente et hostile de la recherche et des faits scientifiques ; la place de la recherche paramédicale se développe dans les services ; l'universitarisation des formations en soins se renforce et se précise avec une place de la recherche à la fois plus visible et plus formative, ce congrès a effectivement toute sa place. Il a d'autant plus d'intérêt qu'il donne la place aux jeunes chercheurs et chercheuses en lien et articulation avec la formation. Nous assistons lors de ces journées à une confrontation scientifique d'excellence articulée autour de problématiques mettant au jour les mondes sociaux du soin.

C'est une évidence que dire que le soin est multiple, multiforme et multisectoriel mais les travaux présentés mettent au jour les mondes sociaux du soin. Le soin est effectivement présent dans les différentes dimensions de la société au niveau de l'éducation et la formation ; du travail et de l'activité professionnelle ; et des composantes sociales et familiales. Chaque monde du soin est spécifique (lieu, public, modalités de prise en charge, technicité) mais s'inscrit dans une même finalité qui est le bien-être physique, psychique et social au service de la personne. C'est une première grille de lecture importante que de situer le contexte et l'environnement de la recherche.

De la même façon, les travaux proposent différents regards et angles d'attaque qui sont autant de grilles de lecture utiles voire nécessaires. Nous pouvons relever le triptyque classique entre les dimensions macro (institution), méso (organisation ou collectif) et micro (équipe ou individu). Les recherches menées interrogent aussi les attentes sociales et les enjeux sociaux du soin, les pratiques sociales et professionnelles, les postures professionnelles avec ses dimensions identitaires et des compétences affiliées, et le public dans sa diversité et son hétérogénéité. Les travaux interrogent l'une de ces dimensions ou peuvent les croiser en fonction de la problématique et du terrain de recherche.

De même les méthodologies de recherche sont variées et adaptées dans cette logique d'enquête scientifique toujours adossée aux références théoriques et scientifiques correspondant aux disciplines de référence.

De fait, la recherche en soins dans les services et avec les acteurs que cela soit les usagers, les patients, les équipes ou les professionnels pose nécessairement la question de la posture et de la position dans la recherche. Cette question est bien présente dans les travaux et a donné lieu à une présentation et des échanges nourris autour du projet individuel de recherche, du projet académique (scientifique) de recherche et du projet organisationnel de recherche.

Alors, un grand merci pour cette rencontre et ses travaux, cette publication, la place de la recherche et l'ouverture vers les générations futures pour un soin de plus en plus efficace et bienveillant.

Thierry Ardouin

Professeur des universités au Laboratoire CIRNEF - Université de Rouen
Normandie.

INTRODUCTION

Tout commence en 2016 avec le premier congrès de « Jeunes Chercheurs de la Croix-Rouge française » qui s'est tenu à Angoulême. Ce premier congrès est l'occasion de rassembler cinq filières de formation différentes sous le prisme de la recherche. L'interculturalité professionnelle est ainsi mise à l'honneur au service de l'amélioration des pratiques. Cet événement a pour objectif de valoriser les travaux d'initiation à la recherche que les étudiants des formations sanitaire et sociale présentent en fin de cursus.

Au regard de la qualité des communications, ce premier congrès a reçu un vif succès, ce qui a motivé la poursuite de cette aventure à Lyon en 2017, à Lens en 2018, à Nîmes en 2019, à Bourges en 2021. La crise sanitaire Covid n'a pas permis la tenue du congrès en 2020.

En 2022, nous avons eu l'honneur d'ouvrir une journée supplémentaire pour valoriser les travaux de recherche des salariés en formation Master ou Doctorat, ou ayant obtenu un Master ou un Doctorat. Le congrès s'est donc tenu sur deux jours, le premier sur la communication des travaux des néo-professionnels et le second sur la communication des professionnels de la Croix-Rouge française.

Le congrès des Jeunes Chercheurs offre l'opportunité de rencontres et d'échanges sous l'égide de la recherche à un public d'étudiants, de formateurs, de directeurs, de professionnels et de chercheurs. De là émerge une synergie fédératrice de la démarche de recherche au niveau des formations de la Croix-Rouge française, du partenariat avec l'université et du lien avec le terrain professionnel. Il permet au niveau des communications des professionnels de prendre connaissance de résultats de recherche définis dans le cadre de laboratoire de recherche et ancrés dans les contextes actuels sanitaire, social et de formation.

Le groupe organisateur du congrès, piloté par Marie-Hélène Bellucci de la Direction de la formation, est sous la responsabilité de Marie-Luce Rouxel, Directrice nationale de la formation. Ce groupe est composé de pédagogues chercheurs des différents Instituts Régionaux de Formation Sanitaire et Sociale de la Croix-Rouge française : Magali Arnold CRC PACA, Véronique Biros CRC Occitanie, Anne Fayolle-Lussac CRC Occitanie, Béatrice Brignon CRC PACA, Stéphanie Bouget-Mohammedi CRC Auvergne Rhône Alpes, Agnès Dollet CRC Auvergne Rhône Alpes, Frédéric Plateau CRC Hauts-de-France et Jérôme Zimowski CRC Hauts-de-France.

Ce groupe a pour fonction de sélectionner les meilleurs résumés parmi les nombreux textes reçus des jeunes diplômés, ainsi que des salariés CRC et d'organiser le congrès selon trois modalités de communication scientifique : la communication orale, la communication affichée sous forme de poster et la table ronde. La répartition est faite en regard des thèmes en lien avec les objets de recherche et d'une complémentarité entre les différents sujets abordés. Ces

présentations sont suivies d'une prise de distance par l'éclairage d'un enseignant-chercheur au travers d'une conférence.

Cette année, la synthèse des travaux présentés par les néo-professionnels a été réalisée par Thierry Ardouin Professeur des universités, Responsable du Master « Sciences de l'Éducation et de la Formation » Laboratoire CIRNEF (EA 7454) de l'Université de Rouen Normandie Expert EPALE / Erasmus+ France. Ensuite, sa communication scientifique a porté sur « Position et posture du chercheur en contexte professionnel ».

Lors de la seconde journée consacrée aux travaux des professionnels de Croix-Rouge Compétence, Richard Wittorski, Professeur des universités en formation des adultes, spécialiste des questions relatives aux rapports travail-formation et à la professionnalisation, directeur du CIRNEF de l'Université de Rouen a communiqué sur « Les sens, les enjeux et les formes de la professionnalisation : la place de l'alternance ».

À l'issue du congrès pour les néo-professionnels quatre prix sont décernés par le comité d'évaluation constitué des pédagogues chercheurs : au meilleur résumé, à la meilleure communication orale en plénière, à la meilleure communication en table ronde, ainsi qu'au meilleur poster.

Le contenu de ces actes n'aurait pas vu le jour sans la contribution des communicants, contribution qui leur a demandé un exercice d'écriture particulier à l'intention des étudiants et des professionnels de la formation sanitaire et sociale. Nous les remercions vivement pour leur implication dans les différentes communications orales et écrites, ainsi que pour l'enrichissement apporté à la communauté professionnelle.

Marie-Hélène Bellucci

Docteur en Sciences de l'Éducation, Cheffe de projet à la Délégation de la formation au siège de la Croix-Rouge française Montrouge

Béatrice Brignon

Docteur en Sciences de l'Éducation, Qualifiée maître de conférences. Responsable pédagogique Institut de Formation de Cadres de Santé Croix-Rouge française Nic

ARTICLES DES NÉO-PROFESSIONNELS

L'enjeu de la temporalité dans l'accompagnement du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes

BOUTTIER Emmanuelle – Croix-Rouge Compétence Normandie – IFTS Alençon

Mots clés : Dépendance ; Vulnérabilité ; Isolement ; Domicile

Introduction

En raison de leur âge ou de leur maladie, de nombreuses personnes âgées sont confrontées à la dépendance. Cette nouvelle étape de leur vie est parfois difficile à accepter tant pour la personne âgée que pour ses proches. Cela est lié en grande partie à l'apparition de nombreux changements physiques, psychologiques ou encore socio environnementaux auxquels ils ne sont pas préparés.

Le déni de cette dépendance pousse bien souvent les personnes âgées à se créer de nouveaux repères et à adopter de nouvelles stratégies afin de feindre l'évidence, au risque de se mettre en danger physiquement et de demander à leurs proches des engagements qu'ils ne pourront tenir. Si le souhait de demeurer au domicile résulte d'un choix personnel, il n'en demeure pas moins que celui-ci peut générer de nombreuses problématiques (aides techniques, aides humaines et financières) auxquelles ne peuvent pallier les proches.

Le choix de travailler sur le sujet des personnes âgées et plus particulièrement sur le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes a été pour moi une évidence.

En effet, ce sujet est le fruit d'une longue réflexion personnelle et professionnelle amorcée il y a quelques années : l'histoire de vie des personnes, la place qu'il leur ai laissée dans la société, mais également le choix de demeurer à domicile malgré la dépendance m'ont toujours questionnée.

De cette réflexion est née une certaine appétence pour ce public que j'ai accompagné durant de nombreuses années en tant qu'aide-soignante.

Au travers de ce travail, j'avais l'envie de dépasser mes a priori qui ne s'étaient construits qu'au travers de la maladie me permettant ainsi d'approfondir mes connaissances.

Cadre théorique

Mes premiers questionnements d'étudiante et de future professionnelle accompagnant ce public m'ont permis d'élaborer ma question de départ suivante : Dans quelle mesure le travailleur social accompagne-t-il la personne âgée dépendante dans son choix de rester à domicile ? Cette question fut le fil conducteur pour poursuivre ce travail. Il s'agissait dans un premier temps de déconstruire les représentations que j'avais de ce public pour me permettre d'investir ce travail de façon globale et objective. Pour cela, j'ai tout d'abord fait un état des

lieux au travers de l'évolution des politiques en faveur des personnes âgées, les dispositifs mis en œuvre et les acteurs concourant au maintien à domicile.

Afin de compléter ces premières données, j'ai élargi mes lectures sur le sujet me permettant de croiser le regard de différents auteurs (Ennuyer, 2014 ; Caradec, 2015) sur le sujet, d'approfondir mes connaissances et d'en ressortir plusieurs concepts en lien avec mon sujet comme la dépendance, la vulnérabilité, l'isolement et le domicile.

Matériel et méthodologie

Ces premiers éléments m'ont permis de constituer mes grilles d'entretien afin de mieux comprendre ce qui se jouait sur le terrain. J'ai fait le choix d'interviewer plusieurs assistants sociaux d'institutions différentes (hôpital, service APA, service MAIA), une responsable de service d'aide à domicile et deux personnes âgées me permettant de croiser leur regard sur l'accompagnement.

Résultats de l'enquête et proposition d'action

Après avoir analysé les données théoriques et empiriques, j'ai pu mettre en évidence plusieurs problématiques à savoir :

- La temporalité du travailleur et de la personne accompagnée qui n'est pas toujours en adéquation ;
- La coordination entre les acteurs du terrain ;
- La place de la personne âgée au cœur du dispositif et de sa famille ;
- La sécurité ou notion de danger au domicile de la personne.

J'ai choisi d'axer mon travail sur la problématique de la temporalité ce qui m'a permis d'élaborer la question de recherche suivante : Dans quelle mesure le travailleur social en CLIC peut-il agir sur la temporalité afin qu'elle ne conditionne pas le choix des personnes âgées de rester à domicile ?

Aujourd'hui, nous savons que la temporalité est inhérente à toute institution tant par le délai d'instruction des dossiers que par la mise en place des plans d'aide. Cela a un impact sur l'accompagnement que nous proposons qui ne répond pas toujours aux besoins réels de la personne âgée. Chaque institution ancrée dans ses propres contraintes n'a pas notion de la temporalité de l'autre. Alors comment réussir à faire concorder ces temps, qu'ils soient collectifs ou individuels, tout en respectant le rythme des personnes ?

Les projections de l'INSEE¹ prévoient une forte augmentation de la population âgée dans les années 2040 avec l'arrivée des baby-boomers. Cela induit que nous serons confrontés

¹ Ibid.25

dans l'avenir à une augmentation des demandes et des délais de traitements si des moyens humains et financiers supplémentaires ne sont pas mis en place. De plus, l'enjeu économique et social que représente la dépendance ne fera que s'accroître dans les années à venir. Il semble donc primordial de travailler sur ce sujet afin de l'anticiper.

Lors de ce travail, j'avais émis l'hypothèse que la diffusion d'un questionnaire aux personnes demandant leur retraite pourrait être judicieuse pour recenser les besoins de la population en matière de dispositifs et d'acteurs. Ces résultats permettraient de proposer un forum des acteurs, réunissant tous les acteurs du maintien à domicile du territoire. En touchant un public encore autonome, la perte d'autonomie pourrait être anticipée.

Néanmoins, une autre problématique se rapporte aux personnes qui ne se sentent pas concernées par cette question et qui ne voudraient pas participer au forum. La diffusion d'un prospectus, comme le fait la CPAM pour certaines pathologies, permettrait d'atteindre un public plus large. Ce dernier pourrait se référer au document le moment venu.

Ouverture, perspectives professionnelles et scientifiques.

En tant que professionnels, nous sommes régulièrement confrontés à cette notion de temporalité, aux situations d'urgence. Commence alors une interminable quête au temps pour nous travailleurs sociaux pour faire concorder nos temps institutionnels, nos temps professionnels, personnels et le rythme de la personne.

Comment réussir à faire concorder ces temps qu'ils soient collectifs ou individuels ? Là est la question !

Chacun de nous fait face à des situations qui demandent des réponses immédiates mais qui ne sont pas toujours en adéquation avec les choix de la personne. Il est donc nécessaire pour nous professionnels de retravailler la notion de prévention pour que le choix de rester à domicile ne se transforme pas en une solution contraire. J'ai fait le choix dans mes accompagnements d'évoquer avec les personnes d'un certain âge la dépendance, levant ainsi les tabous et permettant aux personnes accompagnées de cheminer sur leur devenir.

À travers cela, je ne cherche pas à convaincre mais à permettre aux personnes de comprendre les enjeux qui sont les nôtres en tant que professionnels, et ainsi de mieux les préparer à cette nouvelle étape de vie.

Si lors de nos entretiens, nous cherchons sans cesse l'accord de la personne, ce consentement demande du temps ; le temps de rentrer en relation, d'installer une relation de confiance permettant à la personne de s'ouvrir à nous.

Cependant, nous savons que cette concordance reste toujours difficile à apprécier, elle se fait parfois au détriment d'une autre situation peut-être plus simple, mais qui aurait mérité tout autant « de temps »

D'autres facteurs, hormis la temporalité, peuvent venir mettre en péril le maintien à domicile, comme le manque de professionnels, de moyens financiers, la précarité des personnes âgées et les ressources sur lesquelles nous pouvons nous appuyer. Ainsi, ces facteurs en plus de la notion de temporalité jouent un rôle essentiel pour une coordination pertinente et un accompagnement pérenne.

Tout au long de ce travail, j'ai pu constater à quel point chaque professionnel intervenant auprès des personnes que nous accompagnons ont une temporalité différente. En effet, pour moi, ancienne soignante mes missions et mes contraintes sont bien différentes de mes missions d'assistante sociale et des contraintes que je rencontre actuellement.

Aujourd'hui en milieu hospitalier, je suis souvent interpellée peu de temps avant la sortie des patients, avec encore cette notion de temporalité en arrière-plan. Cependant, je peux faire le constat que peu de professionnels de l'institution (infirmiers, aides-soignants, médecins) n'ont la notion du temps que demande la mise en place d'un plan d'aide, d'un travail partenarial en regard d'une date de sortie qui est donnée, ainsi que l'énergie déployée pour faire concorder nos propres rythmes avec ceux des partenaires, de la personne et de ses proches.

Au travers des échanges que j'ai pu avoir lors de ce forum, j'ai pu constater que nous tentons tous de faire concorder les temps. Cependant, il faut bien se rendre à l'évidence que la concordance parfaite n'est qu'illusion. Néanmoins, nous nous rejoignons tous sur un même point : respecter tant bien que mal le choix de la personne avant tout, même si cela est parfois complexe. Nous nous accordons également sur le fait qu'il existe de nombreux dispositifs en faveur des personnes âgées, mais qu'ils ne correspondent pas toujours aux situations particulières que nous rencontrons sur le terrain.

Au travers de l'expertise que nous acquérons, d'autres perspectives se profilent : la notion de l'acceptation.

Nous pouvons parler de l'acceptation au sens le plus large : l'acceptation pour les professionnels de ne pas être des surhommes, de travailler avec les moyens qu'ils leur sont attribués, les contraintes institutionnelles qui fixent les missions, en fonction des territoires d'interventions. Les manques de moyens entraînent bien souvent un certain désarroi des professionnels qui sont limités dans leurs actions malgré une volonté de coller au plus juste des demandes de la personne.

Si cette notion d'acceptation est si importante, c'est que le contexte actuel met en exergue le manque de moyens professionnels ainsi que le manque d'attrait pour les métiers de l'aide malgré une évolution des politiques en faveur des personnes âgées.

La notion d'acceptation se transpose également aux personnes que nous accompagnons et à leurs proches. Accepter de vieillir, de perdre son autonomie s'apparente à un deuil, à une période de sa vie révolue, comme pour les proches qui doivent faire le deuil de la personne

qu'il connaissait. Lors de ce forum, nous avons pu mettre en évidence que beaucoup d'entre nous sont confrontés à une non acceptation de la perte d'autonomie des personnes accompagnées, ce qui entraîne un décalage entre la mise en place d'aide et la non acceptation de la personne en perte d'autonomie.

Conclusion

Alors la temporalité influe-elle de façon implicite sur nos accompagnements, sur les relations que nous entretenons avec nos partenaires et les choix de la personne ? Oui, elle est sans aucun doute une contrainte non négligeable dans notre métier. Pour autant, de nombreux professionnels contournent cette contrainte en construisant des réseaux et un partenariat solide sur lesquels ils peuvent s'appuyer.

Si le maintien à domicile va bien au-delà d'un choix personnel, c'est que, lorsque la dépendance devient plus présente, le travail amorcé par les professionnels demande une réflexion collective entre les professionnels, la personne et sa famille. Ce travail collectif permet de prendre en compte la singularité de chaque situation, l'environnement, l'histoire de vie de la personne pour mieux comprendre ce qui la pousse à rester au domicile coûte que coûte.

Bibliographie

Bouquet.B. Riffault.J. (2013, 13 novembre). *Questions sur le temps et l'action sociale*. Vie sociale 2013/2 (N° 2), pages 107 à 110.cairn.fr. Consulté le 15 février 2022, à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2013-2-page-107.htm>

Caradec, V., & de Singly, F. (2015). *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement* (3e éd., Vol. 126). Armand Colin.

Dhume, F. (2001). Vers une définition synthétique du partenariat. *Du travail social au travail ensemble* (p. 108). Ed. ASH.

Ennuyer, B. (2013, 27 juillet). Enjeux de sens et enjeux politiques de la notion de dépendance : *Les enjeux de sens autour du vocable dépendance*. Cairn. Consulté le 16 mai 2021, à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2013-2-page-25.htm?contenu=article>

Ennuyer, B. (2014). *Repenser Le Maintien à Domicile, Enjeux, Acteurs, Organisation* : (2^e éd., Vol. 310). Dunod

Prise en charge des Troubles Musculo-squelettiques liés à l'Exécution Musicale de l'élève musicien. Point de vue de masseurs-kinésithérapeutes. Étude qualitative

DINTRAS Clémence – Croix-Rouge Compétence Nouvelle Aquitaine – IMFK Limoges

Mots clés : Enseignant ; Élève ; Masseur-kinésithérapeute ; Recherche qualitative ; Troubles musculo-squelettiques liés à l'exécution musicale

Introduction

De par leur pratique instrumentale, les musiciens sont touchés par des troubles musculo-squelettiques qui leur sont propres. Il s'agit de troubles musculo-squelettiques liés à l'exécution musicale (TMEM).

Cadre théorique

Zaza et al. ont défini ces TMEM comme toute « douleur, faiblesse, perte de contrôle, engourdissement, fourmillement ou tout autre symptôme physique qui interfère avec la capacité de jouer l'instrument à un niveau auquel le musicien est habitué » (Zaza, 1998). Avec une prévalence très forte et pouvant avoir des conséquences terribles, il paraît essentiel pour le musicien de connaître les pratiques à suivre lors de l'apparition d'un TMEM, d'autant plus que des facteurs de risque ont été identifiés. Rousseau et al. ont élaboré un modèle complet de tous les facteurs de risques potentiels qui pourraient conduire à l'apparition d'un TMEM (Rousseau et al., 2021). Ainsi, nous distinguons plusieurs catégories de facteurs telles que les caractéristiques de l'individu, la posture, la biomécanique, la gestion des blessures, la charge de travail, la condition physique, les habitudes de vie, l'environnement, ainsi que l'aspect psycho-social et psychologique. En tant que masseur-kinésithérapeute, la prévention et l'éducation des musiciens à propos de ces TMEM fait partie intégrante de la prise en charge. Un acteur essentiel pour le musicien (lorsqu'il n'est pas autodidacte) est son enseignant. En effet, le développement du musicien est le résultat d'une multitude d'interactions entre l'activité, la motivation, tous les traits de la personnalité de l'individu et les efforts de tous ceux émotionnellement impliqués et compétents pour le soutenir, parmi lesquels nous retenons le professeur. Le rôle du professeur est fondamental et doit être adapté à l'élève, « educare » signifiant conduire au dehors. Le professeur permet donc à l'élève de se révéler à lui-même et non seulement de lui fournir les moyens d'acquérir une technique instrumentale. Le travail orienté vers la relation facilite un apprentissage couronné de succès (Hoppenot, 1981). Du fait de son rôle d'éducateur ainsi que de ses connaissances, Norton nous indique dans une étude qu'il a réalisée, que l'enseignant se révèle être un allié potentiel pour la prise en charge des TMEM (Norton, 2016). La relation de proximité avec les élèves favorise la prise en charge de

l'élève. L'étude de Hildebrandt et Nubling révèle l'intérêt de la formation des enseignants en « promotion de la santé » (Hildebrandt & Nubling, 2004). Ainsi, lors d'une prise en charge d'un TMEM d'un élève musicien, il nous paraît intéressant de connaître le point de vue du masseur-kinésithérapeute sur la place de l'enseignant.

L'objectif de notre étude est d'identifier la place du professeur de musique dans le cadre d'une prise en charge d'un TMEM chez un élève musicien, à partir du point de vue du masseur-kinésithérapeute. Cette étude tente d'optimiser la prise en charge des troubles des musiciens en investiguant la place des enseignants de musique.

Matériel et méthode

L'étude qualitative inspirée de la phénoménologie interprétative a consisté en la réalisation puis l'analyse d'entretiens individuels semi-directifs de masseurs-kinésithérapeutes. Pour faire partie de l'échantillon, les thérapeutes devaient avoir pris en charge un élève musicien issu d'un conservatoire et exerçant en France. L'approche phénoménologique interprétative dont nous nous sommes inspirés ne peut avoir de saturation des données. Ainsi après avoir vérifié la cohérence de notre analyse, ainsi que la description suffisante du phénomène étudié, nous avons considéré que les données étaient suffisantes. La suffisance des données a été jugée atteinte après quatre entretiens. L'échantillon de masseurs-kinésithérapeutes interrogés était composé de deux musiciens amateurs, d'un musicien semi-professionnel et d'un non musicien. Les thérapeutes exerçaient tous en libéral et trois d'entre eux intervenaient auprès de musiciens au sein de conservatoires dans un but éducatif. Les entretiens ont été réalisés par une seule personne, étudiante en masso-kinésithérapie durant cette période (à l'aide d'un guide d'entretien). Ces entretiens ont été enregistrés, retranscrits et analysés manuellement par deux chercheuses (l'étudiante en dernière année de masso-kinésithérapie et une masseur-kinésithérapeute). Concernant l'analyse des données, nous avons dans un premier temps réalisé une analyse longitudinale. Ainsi, pour chaque entretien, nous avons étiqueté les verbatims à partir des retranscriptions. L'étiquetage initial a été conduit par la main des investigatrices. Ensuite, les étiquetages ont été catégorisés par thèmes et sous-thèmes. Leur articulation nous permet ainsi de construire un modèle explicatif pour chaque entretien. Dans un second temps, le regroupement des modèles des différents entretiens nous a permis de construire un modèle explicatif global, grâce à une analyse thématique.

Résultats

1. La prise en charge du trouble : l'élève au cœur de deux acteurs

D'après la représentation des masseurs-kinésithérapeutes interrogés, la prise en charge de l'élève musicien est articulée autour de deux acteurs ayant chacun leur rôle : l'enseignant et le

masseur-kinésithérapeute. Étant le premier en contact avec l'élève musicien, l'enseignant aurait la possibilité d'identifier la présence du trouble, si besoin d'orienter vers un thérapeute, et de suivre l'évolution de ce trouble en faisant écho à la prise en charge réalisée en parallèle. L'enjeu pour le masseur-kinésithérapeute sera de réaliser une prise en charge bio-psycho-sociale, holistique du musicien, permettant de considérer l'ensemble des facteurs de risque d'apparition de TMEM. Un point d'attention serait de considérer en particulier l'état d'esprit du musicien en interrogeant ce dernier sur l'approche de son enseignant sur la douleur. En effet, l'approche de l'élève serait influencée par celle de son enseignant. Il s'agit d'un véritable triptyque où chaque acteur a sa place. Une relation de confiance et de partenariat est donc à développer afin d'optimiser la prise en charge.

2. L'influence du vécu de l'enseignant

Il semble important pour les thérapeutes d'investiguer l'approche de l'enseignant pour optimiser la prise en charge. En effet, les enseignants ont un rôle essentiel pour l'élève musicien mais les thérapeutes interrogés nous ont relevé le manque au sein de la formation initiale des enseignants à propos des TMEM. Ce manque de formation entraîne une variabilité du savoir des individus, engendrant une transmission empirique basée sur des expériences. À propos de la douleur par exemple, quatre réactions nous ont été rapportées lors des entretiens : la première engendre un sentiment de honte où le musicien considère qu'il est responsable de sa douleur et culpabilise (« si j'ai mal c'est que je dois jouer mal ») ; la seconde où le musicien banalise la douleur (« cela fait partie du jeu ») ; la troisième réaction où le musicien considère la douleur comme une alerte ; et enfin la quatrième où le musicien ne sait pas comment réagir. Ainsi la variabilité du savoir va influencer le rapport à la douleur du musicien et engendrer des croyances qui vont être véhiculées, notamment via l'enseignement. Ce constat remet en cause le rôle de l'enseignant dans sa capacité à intervenir dans la prise en charge du TMEM de ses élèves.

3. Désaccord avec l'enseignant

Selon les thérapeutes interrogés, un désaccord peut être engendré par des fausses croyances, desquelles découlent avant tout d'une méconnaissance. Masseur-kinésithérapeute et enseignant. Ces acteurs complémentaires ont une profession et une formation totalement différentes. L'élève étant au centre de deux professionnels radicalement différents, des divergences de discours peuvent avoir lieu. Si un désaccord survient, les thérapeutes que nous avons interrogés nous ont rappelé l'importance de la communication. Il est essentiel de communiquer avec l'élève et, si possible, avec l'enseignant afin de limiter les intermédiaires et

les défauts de compréhension. Un désaccord semble être susceptible de survenir avec un enseignant qui n'est pas sensibilisé à l'existence des TMEM.

4. Besoin de former les enseignants

De par leurs connaissances du geste musical, leur proximité avec les élèves, leur capacité de suivi sur le long terme, les enseignants ont une place centrale dans la prise en charge des troubles des élèves. Cependant, cette place se heurte à leur niveau de connaissance dans ce domaine. Ils n'ont pas de formation. La formation des enseignants à propos des TMEM semble donc nécessaire, d'autant plus que les expériences relatées de rencontre entre enseignant et thérapeute sont positives. Les enseignants semblent en effet curieux et ouverts aux formations et informations des thérapeutes.

Discussion

Il est important de souligner que la perception de la place de l'enseignant est influencée par le vécu du thérapeute, de par son parcours de musicien par exemple.

1. Réflexion sur la place de l'enseignant

Selon les représentations des thérapeutes interrogés, la coopération entre enseignant, masseur-kinésithérapeute et élève accorde de vrais bénéfices pour la prise en charge car ces acteurs ont des champs de compétences complémentaires. L'enseignant a une influence considérable sur le développement du musicien. Lors d'une prise en charge, il peut donc être intéressant de connaître le point de vue de l'enseignant concernant la gestion du TMEM, d'autant plus s'il s'agit d'un jeune élève. L'enseignement pouvant induire un rapport d'autorité, il faut donc veiller à ce que l'élève puisse s'exprimer en toute liberté, d'autant plus que la place de l'enseignant est mise à mal par son manque de formation en ce domaine. Les conseils de l'enseignant à propos de la gestion des TMEM, et de la douleur de manière générale, ne sont pas toujours ajustés à la réalité. Il semble nécessaire que ce thème soit abordé dans la formation initiale des enseignants, à plus forte raison lorsque l'on sait que de multiples facteurs de risque de survenue de TMEM sont modifiables. Au sein de la prise en charge masso-kinésithérapique du musicien, le contact avec l'enseignant peut donc permettre d'optimiser la prise en charge ainsi que de prévenir d'éventuels troubles.

2. Points forts et limites de cette étude

S'agissant d'une recherche qualitative, nous parlerons de subjectivité et de choix des chercheurs, plutôt que de biais tels qu'en recherche quantitative, où une objectivité précise est

recherchée. Nous allons donc expliciter les choix que nous avons réalisés afin d'avoir une démarche transparente.

Un des points forts de cette étude est son sujet qui met en lumière un acteur peu considéré et pourtant, au combien important, l'enseignant. Un autre est de mettre en lien la complémentarité de trois acteurs à savoir l'élève, le masseur-kinésithérapeute et l'enseignant. La recherche qualitative a exploré le savoir expérientiel des professionnels de santé en contact avec ces patients très particuliers.

La force de notre recherche est son approche inductive. Nous nous sommes laissés surprendre par les résultats obtenus. Étant un travail d'initiation, notre expérience en la matière peut apparaître comme une limite.

Après avoir vérifié la cohérence de notre analyse et que le phénomène étudié ait été suffisamment décrit et caractérisé, nous avons considéré que les données étaient suffisantes. Une force de notre travail est le retour d'un enseignant que nous avons pu recueillir après lui avoir présenté notre modèle explicatif.

Le recueil des données utilisé peut apparaître comme une limite. En tant que chercheurs novices (étudiante en masso-kinésithérapie), nous avons conscience que notre expertise limiterait la qualité de nos entretiens. Nous avons donc fait le choix de réaliser des entretiens semi-dirigés même si, pour une recherche inspirée de l'analyse phénoménologique interprétative, des entretiens ouverts auraient été préférables. Grâce à la grille d'entretien utilisée, l'entretien semi-dirigé a été un outil qui s'est révélé bien plus pertinent qu'un entretien ouvert pour notre niveau.

Une force de notre travail est la triangulation réalisée. Nous avons dialogué entre chercheurs afin de pouvoir confronter nos points de vue au fur et à mesure de la réalisation de ce travail et ainsi d'optimiser la qualité de notre analyse. Pour ce faire, la méthode a été réfléchie et débattue, la grille d'entretien a été testée et régulée, les méthodes d'étiquetage des verbatims ont été comparées et régulées, les catégorisations ont été retravaillées, de même que les modèles explicatifs et l'ensemble de la discussion.

Ouverture, perspectives professionnelles et scientifiques

En termes de perspectives, il serait intéressant de réaliser dans un premier temps un retour aux participants afin de comparer notre travail avec leur avis. Ensuite, il serait pertinent d'interroger des enseignants afin de changer de point de vue. Nous pouvons préciser que, lors de notre travail, nous avons réalisé un entretien avec un enseignant d'un conservatoire afin de lui présenter nos travaux et de recueillir son avis. Cet entretien s'est avéré pertinent car le discours de l'enseignant confirme les résultats obtenus de notre enquête auprès des

thérapeutes. Enfin, une étude future pourrait investiguer la forme que devraient prendre ces formations.

Conclusion

Lors d'une prise en charge d'un TMEM d'un élève musicien, enseignant et masseur-kinésithérapeute sont complémentaires. En tant que masseur-kinésithérapeute, il semble important de considérer pleinement l'enseignant afin d'optimiser la prise en charge de l'élève. L'enseignant est un atout considérable grâce à son champ de compétences. Connaissant l'existence de tabous à propos de la douleur chez les musiciens, il semble essentiel de veiller à ce que l'information véhiculée soit appropriée afin de prévenir d'éventuels troubles. Le contact avec l'enseignant peut donc à la fois permettre d'orienter la prise en charge de manière cohérente et optimisée avec des attentes techniques instrumentales spécifiques. Il peut également permettre d'ajuster certaines « croyances » néfastes qui pourraient être véhiculées et nuire au musicien.

Bibliographie

Hildebrandt, H., & Nubling, M. (2004). Providing further training in musicophysiology to instrumental teachers : Do their professional and preprofessional students derive any benefit? *Medical Problems of Performing Artists*, 19(2), 62-70.

Hoppenot, D. (1981). *Le violon intérieur*, Van de Velde.

Norton, N. (2016). *Health promotion for musicians : Engaging with instrumental and vocal teachers*. <http://www.artsandhumanities.org/health-promotion-for-musicians-engaging-with-instrumental-and-vocal-teachers/>

Rousseau, C., Barton, G., Garden, P., & Baltzopoulos, V. (2021). Development of an injury prevention model for playing-related musculoskeletal disorders in orchestra musicians based on predisposing risk factors. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 81, 103026. <https://doi.org/10.1016/j.ergon.2020.103026>

Zaza, C. (1998). Playing-related musculoskeletal disorders in musicians : A systematic review of incidence and prevalence. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 158(8), Art. 8.

L'accompagnement des auteurs de violences conjugales : un autre versant de la lutte contre les violences conjugales

DUROYON Anaïs – Croix-Rouge Compétence Occitanie – IFTS Toulouse

Mots clés : Auteurs de violences conjugales ; Violence ; Violences Conjugales ; Récidive ; Prévention

Introduction

Mon Mémoire de Pratique Professionnelle, réalisé dans le cadre de ma formation d'Assistant.e de Service Social, prend appui sur le reportage « La Maison des Hommes Violents » qui présente le travail d'une équipe de travailleur.se.s sociaux.ales (TS) d'un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) spécialisé dans l'accompagnement d'Auteurs de Violences Conjugales (AVC). La réflexion sur l'accompagnement proposé par l'équipe du CHRS ainsi que le nombre de femmes victimes de violences conjugales et le taux de récidive chez les auteurs m'ont amenée à plusieurs questionnements : L'accompagnement des auteurs pourrait-il conduire à réduire les risques de récidive ? Pour les AVC qui ont grandi dans un contexte de violence, existe-t-il une reproduction d'un certain système familial ? Ne serait-ce pas une donnée importante pour prévenir les violences ? La prise de conscience des comportements violents par les AVC peut-elle impacter la récidive ? Ma question de départ était donc : dans quelles mesures un homme violent envers sa compagne peut-il être accompagné pour ne plus récidiver ?

Cadre théorique et méthode

Afin d'obtenir des éléments de réponse, j'ai souhaité entremêler théorie et pratiques de terrain. Pour cela, j'ai réalisé des recherches théoriques, même s'il y a peu d'ouvrages dédiés aux AVC, en prenant appui sur plusieurs champs disciplinaires : la psychologie, la psychanalyse, la sociologie, le droit, la philosophie et le travail social. J'ai mobilisé et défini plusieurs concepts clés tels que la violence, les hommes violents, la récidive et la prévention. Je me suis également intéressée à l'évolution des politiques sociales concernant les violences conjugales afin de mieux comprendre la prise en charge des AVC. Et enfin, j'ai souhaité comprendre l'accompagnement proposé actuellement aux hommes violents en France mais aussi à l'étranger, afin d'apporter un éclairage international.

J'ai réalisé des entretiens semi-directifs auprès de professionnel.le.s de terrain (spécialisé.e.s dans l'accompagnement des AVC et / ou des victimes) afin de les questionner sur : leurs représentations concernant les AVC, l'accompagnement réel mis en place, la faisabilité de la prévention d'un premier passage à l'acte et la prévention de la récidive. Un

deuxième questionnaire en ligne avec des questions ouvertes, afin de recueillir la parole plutôt que des données statistiques, a également été conçu pour les professionnel.le.s qui ne pouvaient se dégager du temps libre. J'ai souhaité rencontrer des AVC, malheureusement, c'est un public difficilement accessible et dans un contexte de pandémie, cela n'a pu se concrétiser. Ne pouvant réaliser ce travail sans leur parole, j'ai utilisé les travaux d'auteurs ayant travaillé auprès d'eux comme ceux de Severac ou de Legrand.

Résultats

Plusieurs éléments saillants sont ressortis de ce travail. Tout d'abord, concernant la violence, il en existe différentes formes (physiques, sexuelles, verbales, économiques et psychologiques) et toutes ne sont pas présentes dans un couple lorsque l'on est face à des violences conjugales (Arnault, 2009). Il est important de différencier les violences ancrées et répétitives qui engendrent une emprise de l'auteur et un certain cycle de la violence dans le couple, des violences qui se produisent à un instant particulier suite à un événement qui amène à ce passage à l'acte violent. Ces actes sont condamnables dans les deux cas, la différence réside dans l'accompagnement de la cellule familiale face à ceux-ci (Girard et al, 2004). Il existe plusieurs courants d'approche des violences conjugales (Ronai, 2015), différents mais complémentaires. L'un s'appuie sur l'histoire, la place, les rôles et les représentations genrées dans la société ainsi que sur la vision patriarcale pour comprendre et expliquer les violences (Ronai, 2015). L'autre, lié au courant systémique de la psychologie (Arnault, 2009), s'appuie sur la singularité de chaque individu, composé d'un ensemble de facteurs (éducation, culture, représentations...) qui se confrontent à ceux de l'autre membre du couple pour expliquer les violences. Chaque couple fonctionne également selon un ensemble de règles qui lui sont propres. Une personne au sein d'un autre couple pourrait donc ne pas être victime ou ne pas être auteur (Girard et al, 2004).

Concernant les AVC, les professionnel.le.s ayant travaillé auprès d'eux ont relevé des caractéristiques communes : des situations de violence dans l'enfance reproduites à l'âge adulte (Legrand, 2011), l'incapacité à définir ce qu'est un comportement violent (Séverac, 2009), à gérer les émotions et les impulsions ; une tendance à se dévaloriser, un manque d'empathie, sans que la plupart d'entre eux ne présentent de pathologies (Legrand, 2011).

Les politiques sociales, quant à elles, se sont d'abord, à juste titre, centrées sur la protection et la prise en charge des victimes en renforçant toujours plus la répression et la punition des auteurs. Il semble qu'elles s'orientent vers la prévention de la récidive et des comportements violents ainsi que la prise en charge et l'accompagnement des AVC.

Cet accompagnement, à la fois collectif et individuel, se base actuellement sur la condamnation, utilisée comme un levier pour construire et travailler la demande d'aide chez

ces hommes. L'objectif premier est la prévention de la récidive. La Fédération Nationale des Associations et Centres de prise en charge des Auteurs de violences conjugales et familiales (FNACAV) pointe la nécessité d'adopter une posture non-jugeante et encourageante face aux capacités des AVC, de mettre en place un accompagnement à la responsabilisation et de prendre conscience des comportements violents ainsi que de leurs conséquences sur l'auteur et les victimes (femmes et enfants) (Legrand, 2011).

Des freins et des pistes d'amélioration à ces accompagnements ont pu être mis en valeur. La persistance de représentations face à l'accompagnement des auteurs, souvent, perçu comme une validation des comportements violents ou en opposition à l'accompagnement des femmes victimes ainsi que les représentations liées à la place des hommes (« l'homme doit être fort » posture opposée à la demande d'aide) et des femmes (« la femme doit être soumise à l'homme, si elle victime et qu'elle ne part pas, c'est qu'elle aime ça ») dans la société freinent la prise en charge. Aussi, l'accompagnement des AVC reste encore marginal avec des budgets limités. Et enfin, la prise en charge coordonnée entre tous les partenaires d'une cellule familiale confrontée à une situation de violence est souvent identifiée comme essentielle par les acteur.rice.s de terrain. Elle semble avoir du mal à se mettre en place en France, là où d'autres pays (Canada et Belgique) l'appliquent depuis longtemps. Certain.e.s structures avec qui j'ai échangé m'ont fait part de leur travail qui fait preuve de résultats. Dans un Centre de Prise en Charge pour Auteurs de Violences (CPCA), les professionnel.le.s qui travaillent auprès des auteurs, exercent aussi en protection de l'enfance. Cela a permis une meilleure prise en charge des familles au niveau de l'ASE. Dans une association, il existe un service spécialisé pour les victimes et un autre pour les auteurs, ce qui permet aux professionnel.le.s de travailler en coordination sur les situations et de construire un accompagnement renforcé pour l'auteur et la victime.

Discussion et ouverture, perspectives professionnelles et scientifiques

Cela m'a donc amenée à me questionner sur les freins principaux à l'accompagnement des auteurs et à la question de recherche suivante : En quoi un changement dans la vision des stéréotypes de genre peut impacter la lutte contre les violences conjugales ?

Mon hypothèse se centre plus particulièrement sur les relations partenariales entre les différents acteur.rice.s intervenant auprès d'une cellule familiale confrontée à des violences conjugales / intrafamiliales : Les stéréotypes de genre sont un frein à la mise en place des relations partenariales entre les différent.e.s acteur.rice.s intervenant auprès des personnes impliquées dans une situation de violence.

Conclusion

La réalisation de ce mémoire m'a permis de faire évoluer mes représentations. Je me suis également rendu compte de l'importance de l'éclairage théorique dans la pratique de notre métier. Au-delà de la recherche théorique, le regard des professionnel.le.s de terrain et la richesse de leurs parcours m'ont permis de mieux comprendre la réalité à laquelle il.elle.s sont confronté.e.s. J'ai pu croiser ces données à l'apport de la théorie et cela favorise une prise de recul concernant les situations que nous accompagnons.

L'échange avec des professionnel.le.s travaillant auprès de publics différents, mais tous.tes impliqué.e.s dans la même problématique, m'a permis de mieux la comprendre et l'appréhender dans sa globalité. Cela n'a fait que renforcer ma conviction concernant le travail en partenariat / réseau. À mon sens, il est essentiel dans notre pratique de prendre conscience de la réalité, du travail et des missions des professionnel.le.s qui nous entourent pour mieux appréhender un sujet dans son entièreté.

Ce sujet m'a également permis de comprendre comment les professionnel.le.s pouvaient travailler à l'émergence d'une demande d'aide dans le cadre initial d'une aide contrainte suite à une condamnation judiciaire.

Par ailleurs, le travail pluridisciplinaire et en partenariat, que j'avais en outre pu mettre en pratique dans mes stages, a été particulièrement mis en avant par les professionnel.le.s que j'ai pu rencontrer. À mon sens, un.e ASS ne peut travailler de façon isolée. Il est essentiel de pouvoir identifier les partenaires sur un territoire, qui sont des ressources supplémentaires dans le parcours d'une personne. Co-construire l'accompagnement d'une personne avec les partenaires ou l'équipe, au travers des compétences propres à chaque professionnel.le.s, est également essentiel à la prise en charge des personnes que nous accompagnons, peu importe la porte d'entrée de cet accompagnement. L'accompagnement pluridisciplinaire dans une institution peut demander une plus grande réflexion en termes de secret professionnel et de secret partagé quant aux informations que nous pouvons / devons partager. Pour autant, les compétences propres à chaque professionnel.le.s, psychologue, travailleur.euse social.e, médecin, infirmier.ère, CPIP, ISJ, ne peuvent que renforcer l'accompagnement proposé à la personne.

Bibliographie

Arnault, P. (2009). Quelques réflexions à propos des groupes de paroles pour les hommes auteurs de violences conjugales. *Empan* (73). P.90-97. <https://doi-org.gorgone.univ-toulouse.fr/10.3917/empa.073.0090>

Girard, J., Rinaldi Baud, I., Rey Hanson, H. & Poujouly, M. (2004). Les violences conjugales: pour une clinique du réel. *Thérapie familiale*, (25), p.473-483. <https://doiorg.gorgone.univ-toulouse.fr/10.3917/tf.044.04735>

Legrand, A. (2011). Violences et psychopathologie. In Coutanceau, R & Smith, J (dir.). Violence et famille (p.112-120). Dunod. <https://doi-org.gorgone.univ-toulouse.fr/10-3917/dunod.couta.2011-01-0112>

Ronai, E. (2015). L'émergence de la problématique des violences faites aux femmes dans le débat public. In : K. Sadlier (dir), Violences Conjugales : un défi pour la parentalité. (p.55-76). Dunod. <https://doi-org.gorgone.univtoulouse.fr/10.3917/dunod.sadli.2015.02.0055>"

Séverac, N. (2009). Auteurs de violence conjugale : Sanction/éducation, deux points d'appui pour sortir de la violence. Empan, (73), p103-109. <https://doi-org.gorgone.univtoulouse.fr/10.3917/empa.073.01036+6>

Le respect des valeurs religieuses et personnelles des patients au sein des soins infirmiers

DRANGUET Delphine – Croix-Rouge Compétence Normandie – IFSI Bois-Guillaume

Mots clés : Respect ; Valeurs religieuses et personnelles ; Relation de confiance ; Infirmier ; Communication

Introduction

À travers ce travail de fin d'études, j'ai souhaité exploiter le besoin des valeurs religieuses et personnelles des patients lors des prises en soin par l'infirmier et notamment lors de la nécessité de soin.

Cadre théorique

Mon questionnement fait suite à l'injection d'un traitement extrait de mucus de porc (Lovenox®) chez une patiente de confession musulmane. J'ai désiré explorer comment ce respect pouvait contribuer à instaurer une relation de confiance soignant-soigné. Aussi ma question de recherche est la suivante : « En quoi le respect des valeurs religieuses et personnelles par l'infirmière contribue-t-il à une relation de confiance avec le patient face à une nécessité de soin » ?

Matériel et méthode

Pour enrichir ce travail de recherches, j'ai rencontré des professionnels de santé lors de deux entretiens exploratoires et trois entretiens semi-directifs, tous enregistrés, que j'ai ensuite analysés à l'aide d'une grille spécifique en effectuant en parallèle une confrontation avec mes différentes lectures.

Résultats

Lors de mes deux entretiens exploratoires, j'ai ainsi pu constater l'importance de la connaissance des différentes religions par les soignants. En effet, il semblerait que cela permette de mieux comprendre les différentes phases traversées par les patients. J'ai néanmoins rencontré des limites lors de ces deux entretiens. En effet, mes interlocutrices exercent dans un centre spécialisé en oncologie. Les patients souffrant de pathologies graves sont confrontés régulièrement aux décès.

Aussi, j'ai développé différents concepts en lien avec ma question de départ ainsi que l'aspect éthique et le principe de laïcité. J'ai réfléchi à la relation de confiance qui se tisse par le biais des échanges, de l'écoute active, de la considération et du respect permettant ainsi de créer une alliance thérapeutique.

Puis, j'ai mis en avant la nécessité de soins car il est du devoir de chaque soignant de tout mettre en œuvre pour parvenir à soigner chaque patient. Mon questionnement initial m'a amené à réfléchir sur son caractère éthique. En effet, je me suis assurée d'obtenir le consentement de la patiente avant que je lui prodigue le soin, toutefois elle n'avait pas connaissance de la composition de la thérapeutique, contrairement à moi.

Les entretiens que j'ai menés m'ont permis de mettre en évidence l'importance de la collégialité, de la communication et de l'échange en équipe, ce qui contribue à faire converger les différents points de vue et expériences de chacun.

Il a également été évoqué la possibilité de « passer le relai » dans la mesure du possible, la complémentarité de l'équipe prend ainsi tout son sens. Les soignants que j'ai rencontrés, lors des entretiens semi-directifs, m'ont permis de constater que lorsque des professionnels tels qu'une coordinatrice des cultes et un religieux sont présents, cela a un impact tant pour les soignants que pour les patients.

De plus, les interlocuteurs ont mis en avant l'importance et la nécessité de tout dire aux patients avant même que les questions ne soient posées, d'aller « au-devant » de leurs demandes, ceci permettant d'obtenir le consentement du patient plus aisément. Les professionnels de santé ont soulevé la barrière de la langue qui peut également avoir un impact sur la relation de confiance.

Les trois entretiens ont ainsi mis en évidence que les refus de soin rencontrés résultent la plupart du temps de difficultés engendrées par des nécessités d'ordre légal et de fonctionnement de l'établissement. De plus, il semblerait que des demandes spécifiques émanent plus fréquemment lors des décès et des toilettes mortuaires.

Les interlocuteurs ont mis en lumière les compétences infirmières nécessaires à l'acceptation des soins par le patient : l'écoute, la communication, le respect, l'honnêteté, la remise en question et la pédagogie. Tous sont unanimes sur l'importance de la prise en soin du patient dans sa globalité.

Mes différentes lectures, notamment celles de Lévy (2013), m'ont permis de comprendre l'impact que pouvaient avoir certains soins en lien avec les valeurs religieuses des patients, d'autant plus que fréquemment les croyances personnelles conditionnent le comportement des patients. Aussi, j'ai développé des connaissances quant aux rites, cultures et croyances que les soignants peuvent rencontrer dans l'exercice de leurs fonctions.

Il apparaît ainsi que, dans toutes les religions, la nécessité contraignante fait loi. En avoir connaissance permettrait ainsi d'échanger avec les patients car il semblerait qu'il y ait parfois diverses interprétations de la religion. Les différents entretiens et lectures ont mis en avant la place de la famille des patients concernant les valeurs religieuses et personnelles des personnes prises en soin. La famille est alors parfois leur « porte-parole ».

Discussion

Mon travail de fin d'études comporte des limites. En effet, mon analyse a été focalisée sur des soins effectués lors d'hospitalisations permettant le recueil d'informations concernant les valeurs des patients. La question que je me pose désormais serait de comprendre quelles peuvent être les pratiques professionnelles en situation d'urgence.

Ouverture, perspectives professionnelles et scientifiques

J'aurai pu compléter ma réflexion par une enquête réalisée auprès de patients afin d'analyser leur ressenti concernant leurs valeurs religieuses et personnelles au cours d'une hospitalisation. Toutefois, faute de temps, je n'ai pu effectuer cette recherche.

Les résultats qui découlent de mon travail de fin d'études sont que la communication est fondamentale dès le début de la prise en soin.

L'achèvement de ce travail me permet de constater que le respect des valeurs religieuses et personnelles des patients par l'infirmier contribue à une prise en soin optimale. En effet, diverses solutions existent en cas de difficultés, ce qui permet d'accorder une singularité à chaque patient et une complétude à chaque soignant.

Conclusion

Pour conclure, riche de mes différentes recherches et de mes trois années de formation, si je me demandais « et si c'était à refaire ? ». Je communiquerais bien en amont avec la patiente que j'ai soignée et je me questionnerais sur ce que je dois faire et ce que je veux faire d'un point de vue éthique, tout en m'informant sur la législation afin d'assurer une prise en soin optimale.

Ce travail m'aura permis de mettre en lumière le rôle stratégique de l'infirmière et l'importance de l'attention accordée aux valeurs de chacun des patients que nous prenons en soins. Ce n'est parfois qu'un détail pour nous mais pour eux, ça peut vouloir dire beaucoup.

Bibliographie

Grassin, M. (2019). Raisonner l'expression religieuse à l'hôpital. *Objectifs Soins & Management*, n°269, 37-51.

Héron, M. (2010). Accompagner les patients de cultures différentes. *Soins Aides-soignantes*. n° 32, 1-12.

Levy, I. (2013). *Guide des rites, cultures et croyances à l'usage des soignants*. De Boeck.

Levy, I. (2011). *Pour comprendre les pratiques religieuses des juifs, des chrétiens et des musulmans*. Editions Pocket.

Levy, I. (2011). *Menaces religieuses sur l'hôpital*. Presses de la Renaissance.

L'accompagnement à la sexualité des personnes en situation de handicap mental :

L'importance de l'institution

GOSSELIN Léa – Croix-Rouge Compétence PACAC – IFTS Ollioules

Mots clés : Handicap mental ; Sexualité ; Institution ; Consentement éclairé ; Vulnérabilité ; Intimité ; Accompagnement ; Représentations ; Médico-social ; Équipe pluridisciplinaire.

Introduction

Lors de mon stage en IME de la deuxième année de formation d'éducatrice spécialisée, j'ai pu être témoin de plusieurs situations mettant en avant la sexualité des usagers de l'institution : un couple de deux jeunes majeurs s'est formé sur la structure et a soulevé beaucoup d'interrogations au sein de l'équipe pluridisciplinaire. En effet, ce couple a verbalisé aux éducateurs qu'il souhaitait obtenir des préservatifs, préservatifs qu'ils ont pu obtenir avec l'aide de l'infirmière de la structure. Suite à cela, certains professionnels n'ont pas estimé que c'était le rôle de l'équipe pluridisciplinaire de faire cet accompagnement et certaines tensions ont pu émerger. De plus, la jeune fille du couple est venue se confier sur sa sexualité naissante. Celle-ci se posait des questions et présentait des connaissances sur le sujet, notamment la pose d'un implant contraceptif discutée en amont avec sa mère. Néanmoins, il s'est avéré qu'après son premier rapport sexuel, elle est revenue vers moi car elle craignait d'être enceinte. Après une longue discussion avec elle, je me suis rendue compte qu'elle possédait des connaissances sur son cycle menstruel mais qu'elles étaient très disparates. Ainsi, elle ne comprenait pas forcément l'intérêt de se faire tester (concernant les maladies sexuellement transmissibles) avant d'avoir des rapports sexuels sans préservatif. Elle pensait qu'elle pouvait tomber enceinte à n'importe quel moment de son cycle menstruel.

Ces situations ont permis d'établir plusieurs constats. En effet, d'après les professionnels, les parents sont considérés comme acteurs principaux de cet accompagnement et plus à même de le réaliser. Ainsi, les professionnels de terrain souhaitent se prémunir de la réaction des parents qui pourraient estimer que les professionnels outrepassent leur domaine de compétence. De plus, la notion de consentement éclairé est mise en avant par les professionnels. Ils estiment que la pathologie semble incompatible avec le consentement éclairé. Pour finir, les usagers semblent avoir des connaissances bien qu'elles soient disparates.

Cadre théorique

Pour répondre à ces questionnements, j'ai d'abord procédé à une recherche théorique approfondie, notamment au travers des travaux de Vaginay (2011) pour évoquer la sexualité

de ce public, complexe mais existante et complètement possible. J'ai ensuite exploré la législation concernant ce sujet, notamment la tutelle, la curatelle et tous les droits en lien avec l'exercice d'une vie affective et sexuelle. Ainsi, j'ai pu me rendre compte qu'il est parfaitement illégal d'interdire à qui que ce soit de disposer de son corps afin d'avoir la vie intime qu'il désire. Toujours d'après les travaux de Vaginay (2011) et du site vas-handicap.fr, nous nous rendons compte que la pathologie peut s'accorder avec le consentement éclairé.

L'un des problèmes rencontrés dans l'accompagnement à la sexualité, d'après les professionnels de terrain, est la gêne. Pourquoi la gêne ? Et bien, car il s'agit d'accompagner les usagers sur un sujet qui touche tout le monde. Ainsi, accompagner quelqu'un dans sa sexualité, c'est mettre en avant ce que nous estimons nous-mêmes comme dans la norme. De ce fait, par souci de ne pas laisser transparaître notre propre sexualité auprès des autres professionnels, nous allons avoir tendance à orienter les usagers vers une pratique très hygiénique et aseptisée de la sexualité, en y enlevant toute dimension exploratoire. Le sujet de l'éducation sexuelle se retrouve alors également concerné puisque cette éducation va être abordée sous le prisme des maladies sexuellement transmissibles ou encore du risque de tomber enceinte. Ainsi, les notions de plaisir, d'érotisme et de partage ne sont pas ou très peu abordées. L'éducation sexuelle à destination d'un public en situation de handicap mental se doit d'être pensée en amont pour la spécificité du public mais reste parfaitement faisable.

Pour continuer, j'ai abordé le concept d'« institution » et les différentes définitions que l'on peut donner de ce terme. Dans un premier temps, il était question d'aborder l'institution sous le prisme de la structure, du bâtiment, de l'organisme. Puis, dans un deuxième temps, sous le prisme de l'institution dite « sociale » comme l'a définie Durkheim en 1895. Il me semblait pertinent de définir ces deux notions puisque d'un côté nous avons ce côté « légal » de l'institution au sens de l'établissement avec son règlement, et de l'autre côté nous avons cette institution sociale qui définit, à mon sens, les freins que peuvent rencontrer les professionnels dans l'accompagnement des usagers à la sexualité puisqu'elle représente les normes et les représentations.

Lorsque nous évoquons l'institution, dans son sens légal de structure, nous nous rappelons que certains usagers vivent leur vie quotidienne au sein des murs de celle-ci. Ainsi, comment gérer la vie privée des résidents et la collectivité qu'induit l'institution ? D'après le Collège de réflexions éthiques (2017), il est nécessaire que le bâtiment puisse permettre la vie privée (chambre individuelle ou double, respect des professionnels envers l'intimité des participants) mais aussi que les professionnels acceptent que certaines choses leur échappent.

Pour finir, nous nous rendons compte que les institutions possèdent de nombreuses craintes concernant la sexualité de leurs usagers. Par exemple, nous avons du mal à envisager qu'une femme en situation de handicap mental puisse enfanter. Les représentations sociales

établies de la parentalité excluent les parents en situation de handicap parce que la personne en situation de handicap renvoie à quelqu'un de différent de nous. Or, la parentalité et la sexualité, en règle générale, renvoient directement à ce que nous avons en commun avec ces personnes et cela nous est insupportable, cela nous fait peur (Agthe Diserens & Vatré, 2003). De plus, il apparaît que les familles voient leur proche en situation de handicap mental comme un « ange asexué », totalement innocent et désintéressé de la sexualité, afin d'éluder le sujet et de ne pas avoir à l'aborder.

Matériel et méthode

La sexualité étant un vaste sujet, il a été nécessaire de délimiter les contours de mon objet de recherche. J'ai donc réalisé une pré-enquête en interrogeant deux publics différents : les professionnels de terrain du médico-social avec un questionnaire Google Form portant sur les freins et leur avis concernant la sexualité des usagers. J'ai aussi questionné les jeunes du groupe 16-18 ans auprès duquel j'effectuais mon stage, à travers des entretiens directifs, autour de leur connaissance de la sexualité. En ont résulté que les professionnels se questionnent autour de la notion de consentement éclairé et de la responsabilité d'évaluer ce consentement. Ils souhaitent se « protéger » et estiment qu'il n'est pas de leur ressort d'effectuer cet accompagnement. Chez les jeunes, nous avons pu constater que la grande majorité d'entre eux possédait des connaissances mais jamais complètes. De plus, il a été mis en avant qu'ils n'avaient pas beaucoup de créneaux annuels afin de les éduquer sur ce sujet.

Plusieurs questions ont alors émergé afin d'articuler ma recherche : Quelle suite pour les connaissances de ces usagers en matière de sexualité, une fois qu'ils sont résidents d'une institution ? Quelle place investie-t-elle dans cet accompagnement ? Dans quelle mesure cet accompagnement peut-il prendre en compte les questions comme celle de l'intimité des participants ? Dans quelle mesure cela vient-il faire limite ? En quoi les questions de vulnérabilité et de consentement éclairé viennent-elles interagir sur la situation des personnes et leur vécu de la sexualité ? Pouvons-nous parler « d'être prêt » à être autonome dans sa sexualité ? Qu'est-ce que cela implique du côté de la personne ? Du côté des institutions ? Pour en arriver à la question de recherche : En quoi la notion de consentement éclairé vient-elle interagir avec la sexualité des personnes en situation de handicap mental au sein des institutions ?

Puis, dans un second temps, j'ai effectué une série d'entretiens auprès de cinq personnes faisant partie de l'équipe de direction d'établissement médico-social ainsi que des psychologues et d'une AES. Le choix de ne pas interroger directement le public est fait sciemment puisqu'il était question, dans ma recherche, soit de questionner directement l'institution et les personnes en établissant les « limites » (projet institutionnel, associatif..), soit

des professionnels plus en lien avec l'intimité des usagers. Cette recherche a mis en lumière plusieurs éléments : les professionnels manquent de formation sur le sujet et n'osent pas intervenir. De plus, le consentement est complexe à évaluer mais c'est grâce au lien avec la personne et aux informations que nous lui fournissons qu'elle peut se « protéger ». L'équipe pluridisciplinaire permet l'évaluation du consentement grâce à ses différentes échelles d'observation des usagers. À cause des représentations de la famille de l'utilisateur et des professionnels, le travail autour de la sexualité est freiné. L'architecture de la structure joue un rôle très important dans l'intimité des personnes accompagnées.

Résultats

En regroupant les éléments théoriques ainsi que les éléments pratiques, j'ai pu établir des hypothèses :

1. Hypothèse n°1 : Ce sont les institutions qui organisent la suite de l'accompagnement, car c'est d'après les projets institutionnels et associatifs que les professionnels pourront intervenir. Les institutions plus que les professionnels ont la responsabilité de l'aménagement des locaux dans le respect de l'intimité de chacun des résidents. C'est en ayant la préoccupation des locaux et de leur possible aménagement que les institutions s'engagent à garantir une vie sexuelle pour les résidents qu'elles accueillent. C'est également en prenant en compte les individualités que les professionnels des équipes veillent à la possibilité d'une construction de cette intimité.
2. Hypothèse n°2 : Ce sont les représentations des professionnels et des familles qui poussent à penser une incompatibilité, voire l'impossibilité d'une sexualité pour les personnes en situation de handicap, limitant les usagers à la vulnérabilité inhérente à leur handicap.
3. Hypothèse n°3 : C'est le manque de formation des professionnels qui freine l'accompagnement à la sexualité en institution. C'est grâce à l'équipe pluridisciplinaire qu'il est possible d'accompagner et d'évaluer l'utilisateur concernant ses compétences en matière de sexualité, notamment sur sa capacité à donner un consentement éclairé.
4. Hypothèse n°4 : Ce sont les connaissances de la personne et son lien avec les professionnels qui l'amènent à faire ses propres choix de manière étayée. C'est en garantissant ces connaissances et cet accompagnement que les institutions protègent leurs usagers.

Discussion

Je tiens à préciser que mon travail de recherche a été limité par le nombre de personnes entendues. En effet, je n'ai pu mener à bien que cinq entretiens, alors que j'ai sollicité une

cinquantaine de structures. Sur ces cinq entretiens, trois ont été menés avec des professionnels de mon propre réseau personnel. J'ai donc essuyé beaucoup de refus. Il apparaît que la sexualité en institution reste un sujet plutôt tabou et les personnes ayant accepté d'être reçues en entretien étaient plutôt enclines à proposer des projets et des accompagnements spécialisés sur le sujet. De ce fait, cet objet de recherche mériterait une enquête de plus grande ampleur afin d'avoir un éventail plus large de réponses.

Ouverture, perspectives professionnelles et scientifiques

Suite à ces hypothèses, j'ai pu établir un plan d'action général (applicable à toutes les structures) et un plan d'action spécifique à l'IME où j'ai effectué mon stage. Ces deux plans mettaient en avant la nécessité que la direction se mobilise sous risque de ne rien voir évoluer au sein d'une structure.

En effet, il est nécessaire que celle-ci définisse la sexualité au sein du projet institutionnel et bannisse le fait que certains publics n'ont pas de sexualité en invoquant leur handicap comme justification. Concernant le manque de formations des professionnels, il faudrait rendre obligatoire des formations sur la sexualité pour les personnes embauchées en CDI et soutenir l'équipe face à ses interrogations. Pour finir, il faudrait réaménager les locaux afin de favoriser la vie privée et l'intimité des usagers, tenir des campagnes de sensibilisation sur la sexualité pour briser les représentations auprès des professionnels et des familles et faire un retour aux établissements de formation, afin d'ajouter au programme des futurs professionnels, des cours sur la sexualité.

Ensuite, le plan mettait en œuvre les professionnels, premier contact avec les usagers. Pour eux, il serait question de créer des espaces d'échanges et des outils pour faciliter l'accompagnement et libérer la parole sur le sujet. De plus, il serait nécessaire qu'ils se saisissent des formations proposées, pour être à l'écoute des usagers sans jugement ni intrusion dans leur vie privée afin de créer un lien sécurisant. Ce lien permettrait d'intervenir auprès de l'utilisateur en équipe pluridisciplinaire pour l'évaluer et s'assurer de son consentement éclairé, mais aussi pour s'appuyer sur les autres professionnels si le sujet devenait trop complexe.

Pour terminer, le dernier échelon de ce plan d'action concernait les familles des usagers. Il serait question de leur proposer des espaces d'échange et d'informations sur le sujet afin de les sensibiliser, jusqu'à faire intervenir des professionnels extérieurs pour valider le discours des professionnels de l'institution. Bien que la famille souhaite être mise au courant, il serait nécessaire de respecter et de prendre en compte la parole de l'utilisateur s'il souhaite garder pour lui certains aspects de sa vie privée, tout en leur rappelant la loi si nécessaire. Pour rassurer les familles, il serait pertinent de leur faire un retour sur les différents ateliers et projets mis en

place dans l'institution sans forcément rapporter les paroles de l'utilisateur. Enfin, pourraient être proposés des temps individuels sur le long terme pour parfaire l'accompagnement, en parallèle de l'utilisateur.

J'ai terminé l'écriture de mon mémoire sur une ouverture à propos de la parentalité des personnes en situation de handicap mental.

Conclusion

Ce travail de recherche m'a beaucoup apporté en tant que professionnelle de terrain. En effet, le fait de me décaler de mes propres représentations m'a obligé à adopter une nouvelle approche et à m'approprier la méthodologie de recherche. Il a été question de confronter la théorie à la pratique pour trouver des actions concrètes à proposer pour répondre à la question de départ. Ce travail m'a initié à la recherche et m'a donné l'envie de continuer mes études en Master. J'envisage également de poursuivre sur un doctorat après l'obtention de mon Master 2.

Bibliographie

Agathe Diserens, C. & Vatré, F. (2003). Une personne handicapée mentale peut-elle être parent ? *Thérapie Familiale*, 24, 199-211. <https://www.cairn.info/revue-therapie-familiale-2003-2-page-199.htm#s1n6>

Article 227-25 du Code Pénal.

Articles 425, 457-1, 459, 459-1 et 459-2 du Code civil.

Articles D312-12, D312-15, L146-8, L146-9, L311-1 et L312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Article L312-16 du Code de l'éducation.

Chabert, C. (2012). Perdre, abandonner, se trouver. *Le Carnet PSY*, 164, 34-39. <https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2012-6-page-34.htm>

Chapellier, J. (2010). Chapitre 16. Vie privée et intimité. Dans : Mouvement pour l'accompagnement et l'insertion sociale (MAIS) éd., *L'accompagnement social: Histoire d'un mouvement, concepts et pratiques* (pp. 223-234). Rennes: Presses de l'EHESP. <https://www.cairn.info/---page-223.htm>

Circulaire n° 89-17 du 30 octobre 1989.

Circulaire N° DGCS/SD3B/2021/147 du 5 juillet 2021 relative au respect de l'intimité, des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées dans les établissements et services médico sociaux relevant du champ du handicap et de la lutte contre les violences.

Collège de réflexion éthique. (2017, 15 mai). *Repères éthiques concernant la vie affective et la vie sexuelle des personnes en situation de handicap accompagnées par l'association*.

adapei-aria. com. Consulté le 2 mars 2022, à l'adresse <https://www.adapei-aria.com/wp-content/uploads/2015/01/VAS-avis-definitif-version-Internet-mai-17.pdf>

CREAI & IREPS de Bourgogne-Franche-Comté. (s. d.). *Vulnérabilité et consentement*. vas-handicap. fr. Consulté le 8 mai 2022, à l'adresse <https://vas-handicap.fr/le-programme-vie-affective-et-sexuelle-handicap/cadre-legislatif/vulnerabilite-et-consentement/>

CRIPS Île-de-France. (2021, 1 octobre). *Handicap et sexualité*. lecrips-idf.fr. Consulté le 2 mars 2022, à l'adresse <https://www.lecrips-idf.net/handicap-et-sexualite>

Derouaux, C. (2005). Éducation affective et sexuelle des personnes atteintes de déficience intellectuelle : de la nécessité de recevoir une éducation affective et sexuelle adaptée. *Contraste*, 22-23, 257-272. <https://www.cairn.info/revue-contraste-2005-1-page-257.htm>

Durkheim, É. (1895). Les règles de la méthode sociologique. *Revue philosophique*.

Langis P. (1986), « Les stratégies et les tactiques utilisées dans la répression sexuelle des adolescent(e)s et des jeunes adultes ». Dans *Jeunesse et sexualité*. Actes du colloque, Montréal, Iris.

Schaepelynck, V. (2013). Institution. *Le Télémaque*, 44, 21-34. <https://www.cairn.info/revue-le-telemaque-2013-2-page-21.htm>

Tremblay, R., Brunot, N., Fernandez, S., Saus, A. & Xavier, F. (2020). 1. Définir la sexualité humaine. et Conclusion: Pour une approche globale de l'éducation sexuelle humaine. Dans : , R. Tremblay, N. Brunot, S. Fernandez, A. Saus & F. Xavier (Dir), *Guide d'éducation à la sexualité humaine, à l'usage des professionnels: Accompagnement à la vie affective et sexuelle, un droit tout au long de la vie : enfants, adolescents, adultes, seniors, personnes en situation de handicap* (pp. 23-27). Toulouse: Érès. <https://www.cairn.info/guide-d-education-ala-sexualite-humaine-a-l-usage--9782749264868-page-23.htm> et <https://www.cairn.info/guide-d-education-a-la-sexualite-humaine-a-l-usage--9782749264868-page-281.htm>

Vaginay, D. (2008). Sexualité et handicap mental : sous quel regard éthique ?. Dans : Régine Scelles éd., *Handicap : l'éthique dans les pratiques cliniques* (pp. 205-222). Toulouse: Érès. [https:// www.cairn.info/---page-205.htm](https://www.cairn.info/---page-205.htm)

Vaginay, D. (2011). Sexualité, handicap mental et société. *Le Carnet PSY*, 158, 49-51. [https:// www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2011-9-page-49.htm](https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2011-9-page-49.htm) Vaginay, D. (2011). Sexualité et handicap mental. Lois, majorités et consentement. Dans : Philippe Pitaud éd., *Sexualité, handicaps et vieillissement* (pp. 159- 182). Toulouse: Érès. [https:// www.cairn.info/---page-159.htm](https://www.cairn.info/---page-159.htm)

La Breizh pour mettre à l'aise : dévoilement de soi et authenticité dans la relation de soin

JÉGOUREL Marion – Croix-Rouge Compétence ARA – IFTS Valence

Mots clés : Authenticité ; Dévoilement de soi ; Activité de travail ; Relation soignant-soigné

Introduction

J'ai utilisé l'appel à la corde sensible de la diaspora bretonne dont je fais moi-même partie au moins une fois dans chacun de mes stages pour nouer la relation de soin. Je me suis demandée, alors que j'en parle relativement rarement dans ma vie privée, pourquoi j'utilisais cette connivence : était-ce pour pallier un manque de confiance en moi ? Un manque de confiance de la part du patient envers la stagiaire ? Pour montrer l'intérêt que je portais au patient en tant que personne en dehors des raisons de sa présence dans le système de soin ? Je me suis surtout demandée si c'était professionnel de révéler quelque chose de soi, de faire une confidence. Quand j'ai posé la question à plusieurs reprises en salle de soin, les débats qui s'en sont suivis ont été, à ma grande surprise, houleux. Sans doute parce que j'avais abordé une pratique au cœur du jeu d'équilibriste que doit trouver le soignant entre l'implication personnelle et le professionnalisme, tous deux nécessaires à l'alliance thérapeutique et à la réussite du soin.

Cadre théorique

Ma question de débutante était donc de savoir si j'avais le droit de dire quelque chose de moi au patient et si c'était une bonne idée. Même si les injonctions transmises par mes pairs sont parfois contradictoires, les philosophies du soin tendent à insister sur la nécessaire humanité et irruption de la personnalité soignante dans la relation de soin. Elles vont, en ce sens, dans la même direction qu'une partie de la culture populaire sur l'image d'un soignant. Les études empiriques soulignent également que c'est l'attente des patients (FAVROD et NGUYEN, 2020). Pour certains auteurs, c'est même cette irruption de la personne dans le soin qui a permis de quitter la pratique sacerdotale du soin. L'infirmière se dévoile, enlève sa cornette et c'est ainsi qu'elle devient professionnelle, en étant une personne et non plus une servante anonyme de Dieu (FRIARD, 2020). Par ailleurs, ma propre enquête empirique quantitative montre que c'est très majoritairement pratiqué. En fait même, on ne peut pas faire autrement, même dans un contexte d'exercice difficile tel que le milieu hospitalier. Au contraire, l'authenticité et le dévoilement de soi seraient un moyen de renormaliser le milieu et donc de rendre le travail possible. Pour SCHWARTZ (2001), le travail sans renormalisation n'est pas possible parce qu'il n'est pas vivant, au sens de renormaliser le milieu comme le disait CANGUILHEM (2013). Ainsi, même lorsque l'environnement est contraignant (équipe,

encadrement, rythme, horaires, conditions matérielles), les personnes continuent d'impliquer leur personnalité. Les professionnels souffrant trop de cette contrainte sur l'expression de leur personnalité dans le milieu hospitalier l'ont-elles quitté ?

Mais le dévoilement de soi nécessaire à l'activité de soin ne peut se faire qu'à condition que cela ne mette en danger ni le patient (parce qu'il ne serait plus au cœur du soin, le soignant occupant le devant de la scène, parce qu'il pourrait y avoir une tendance à mettre en concurrence les patients entre eux, en caricaturant les bretons comme l'infirmière et les autres, ou en les rendant vulnérables à la sensibilité ou à l'humeur des soignants...) ni le soignant (notamment sur la question du patient agressif, de l'utilisation des informations par celui-ci afin d'arriver à des fins inadaptées, en jouant un transfert et contre-transfert enfermant, en étant la personne irremplaçable...), ni l'équipe.

Par ailleurs, la confiance et l'implication personnelle ne peuvent se faire qu'à condition de n'être pas complètement spontanées, c'est-à-dire en conservant une posture professionnelle. La distance et l'objectivation sont nécessaires pour que le dévoilement de soi du soignant soit propice à l'établissement d'une véritable alliance thérapeutique.

En cela, le contexte d'exercice peut être un support et une aide. Effectivement, le soin n'est pas qu'un rapport inter-individuel. Comme tout acte professionnel, il est, à l'instar des ergonomes de l'activité et en particulier de GUÉRIN et al. (2001, p. 37) « *la rencontre de la singularité d'une personne qui y met en jeu toute sa vie personnelle et sociale et la gestion socio-économique du lieu d'activité.* ». Ainsi, le contexte peut protéger. Un autre membre de l'équipe peut remplacer dans une relation qui dévie. La culture du service permet de connaître les limites, par exemple donner son prénom. D'une manière générale, les prescrits de l'activité de travail, au sens ergonomique du terme, donnent un guide, une aide à ce dévoilement de soi qui paraît, au premier abord, tout sauf professionnel. Cependant, à l'inverse, les codes et les prescriptions peuvent être trop contraignants et rendre le travail soignant trop formalisé et donc impersonnel.

Matériel et méthode

L'enquête a été menée par questionnaires. Elle a permis de récolter 32 réponses exploitables d'infirmiers de différents services hospitaliers hors psychiatrie et de différentes expériences avec un panel relativement représentatif de la profession en âge et ancienneté. Les questionnaires ont été diffusés en ligne via des réseaux sociaux d'infirmiers.

Résultats

L'analyse des résultats met en lumière une tendance commune des professionnels en faveur de l'usage de leur authenticité dans la relation de soin. Par exemple, 62% des personnes interrogées se retrouvent dans l'idée que parler de soi à un patient peut aider à l'instaurer.

Certains outils semblent relativement partagés, quels que soient les profils sociologiques des répondants : l'usage du prénom du soignant (moins de 10% ne l'utilisent pas du tout), de l'humour (75% l'utilisent souvent et 25% parfois), la confiance (90% le font de rarement à souvent) ou l'expression des émotions (sur une échelle de 0 pas du tout à 10 beaucoup, la moyenne est à 5 et les réponses sont également réparties autour). Pour autant, tout semble se jouer dans les limites de ces pratiques. Sur quels sujets peut-on se confier (majoritairement des sujets peu tabous ou intimes tels que le sport et contrairement à la politique, la religion ou la situation familiale) ? Quelle intensité d'émotion exprime-t-on ou dans quelles circonstances ? Il n'y aurait pas un axe d'opposition polarisé sur lequel se situeraient les soignants à propos de l'authenticité et de la révélation de soi mais plutôt une recherche de limites à ne pas franchir en fonction des contextes et des situations de soin.

Le contexte hospitalier semble être moins une contrainte que ce que les recherches théoriques auraient pu suggérer. La moitié des répondants ne pensent jamais exercer dans un autre cadre pour avoir plus de liberté dans la relation de soin. Cependant, les réponses aux questions ouvertes laissent à penser que, lorsqu'elles existent, les contraintes du milieu semblent particulièrement mal vécues par les soignants. L'équipe et l'encadrement jouent, quant à eux, un rôle très ambivalent, à la fois propice à l'authenticité individuelle et inhibiteur.

Les répondants ont également mis en lumière un élément non abordé dans la première partie de cette recherche qui est celui de la personnalité et de l'authenticité du patient, prouvant alors, si tant est qu'il en était nécessaire, que l'attitude du soignant et le contexte dans lequel il exerce ne peuvent se penser sans l'autre part de la relation, celle du patient.

Ouverture, perspectives professionnelles et scientifiques

Il y a donc fort à penser que ma question de recherche « le dévoilement de la singularité du soignant dans la relation de soin est-il une pratique professionnelle acceptable ? » n'est pas la bonne, parce que cette question n'est pas qu'une question d'interindividualité mais de contexte d'exercice. Celui-ci le permet-il, dans quel but et dans quelles conditions ? En fonction de quelle pathologie ? De quelle durée de prise en charge ? De quelle culture ou genre du patient comme du soignant ? Est-ce un outil thérapeutique ? Est-ce un outil de renormalisation ? Mon expérience actuelle dans l'aide sociale à l'enfance ne vient que confirmer cela ? Cette question est vive (débat entre collègues éducateurs et paramédicaux) et sensible. Tout n'est pas acceptable. Ce fut même un motif de licenciement récent d'une collègue, ce qui semble mettre tout le monde d'accord, sans pouvoir le nommer autrement que par un manque de posture professionnelle.

Conclusion

Si je devais continuer cette recherche, je chercherais à expliciter ces normes en fonction des lieux d'exercice pour comprendre ce qui met mal à l'aise dans cette question qui renvoie les professionnelles à leur individualité, alors qu'elle est une pratique répandue.

Bibliographie

- CANGUILHEM, G. (2013). *Le normal et le pathologique*. PUF.
- FAVROD, J. et NGUYEN, A. (2020). Le dévoilement de soi du clinicien. *SANTÉ MENTALE*, (249), 22-27.
- FRIARD, D. (2020). Le dévoilement de soi précède la rencontre. *SANTÉ MENTALE*, (249), 56-61.
- GUERIN, F., LAVILLE, A., DANIELLOU, F., DURAFFOURG, J. et KERGUELEN, A. (2001). *Comprendre le travail pour le transformer: la pratique de l'ergonomie*. Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail.
- SCHWARTZ, Y. (2001). *Le paradigme ergologique ou un métier de philosophe* (Octarès).

« L'accès aux droits du public sans-abri : Une valse à mille temps »

JOLIVET Samuel – Croix-Rouge Compétence Auvergne Rhône-Alpes – EFTS Lyon

Mots clés : Temporalité ; Sans-abrisme ; Accès aux droits ; Précarité ; Urgence Sociale

Introduction

J'ai choisi de traiter la question du rapport au temps des personnes sans-abri, en faisant le lien avec leur accès aux droits. Préoccupation des politiques publiques depuis les années 90, le souci de l'accès aux droits reste encore fortement d'actualité aujourd'hui. Cette question est en lien avec la profession d'assistant.e de service social, qui cherche à favoriser et soutenir l'accès et le recours aux droits pour lutter contre l'exclusion, dans le cadre de ses missions. Dans un souci de s'adapter davantage au public et de développer l'accès aux droits des personnes en situation d'exclusion, se développent aujourd'hui des pratiques novatrices de l'intervention sociale, comme les pratiques de « l'aller-vers », pour lutter contre le non-recours et permettre aux personnes d'accéder aux droits auxquels elles peuvent prétendre. En tant que professionnel, le travailleur social est également amené à travailler au quotidien avec des temporalités différentes : la sienne, celle de la personne et celle des procédures, des dispositifs et des institutions. Nous avons nous-même, en tant qu'individu, notre propre temporalité, qui doit s'articuler au quotidien avec celle des procédures, encadrées par un cadre légal précis, et celle de la personne que l'on accompagne. De nombreuses démarches s'effectuent en effet avec un respect strict des échéances, avec un temps réglementé, comme pour les procédures de demandes d'asile où le non-respect des délais peut marquer une rupture de la demande et tendre vers des difficultés d'accès aux droits.

Après des premières réflexions autour du temps lors du premier confinement, j'ai fait le lien avec le quotidien du public sans-abri, lors d'un stage en accueil de jour, où j'ai pu ressentir une certaine tension entre le fait de proposer un rendez-vous à une personne sans-abri et le caractère instable et précaire de leur quotidien.

À partir de la situation d'un homme sans-abri, j'ai commencé à m'interroger sur la notion de rendez-vous, sur ce qu'il pouvait représenter dans un emploi du temps vierge et un quotidien instable. J'ai donc commencé par mettre en lumière le fait qu'un rendez-vous suppose une capacité de projection, un ancrage dans un rythme défini et intrinsèque à la société. Il est parfois difficile pour le public sans-abri de maintenir un rendez-vous et de conserver la demande initiale lors de ce rendez-vous. Pour approfondir cela, j'ai échangé avec la travailleuse sociale de l'accueil de jour et une assistante de service social du Samu Social. Elles m'ont parlé du rythme des personnes sans-abri, de leur façon de structurer leur emploi du temps. Elles ont également fait un lien entre le fait de fixer un rendez-vous et celui de différer

la réponse à la demande d'une personne, qui peut être source de tension et d'incompréhension dans un accompagnement. J'en suis arrivé à formuler la question de départ suivante : « *En quoi le rapport au temps du public sans-abri peut-il influencer l'accès aux droits ?* ».

Cadre théorique

J'ai approfondi les notions clés de ma question de départ en explorant différentes ressources théoriques, notamment autour des champs de la sociologie, de la psychologie et des politiques sociales. J'ai commencé par aborder l'accès aux droits défini par Lafore, ainsi que les travaux de Warin autour du non-recours. Je me suis ensuite centré sur la problématique du sans-abrisme, avec l'évolution socio-historique du terme, notamment via les travaux d'auteurs tels que Lenoir ou Damon. J'ai choisi d'évoquer le processus de désaffiliation, avec les apports de Castel. J'ai également abordé, avec les travaux de Damon, la difficulté de donner une définition précise d'une personne sans-abri. Je me suis attardé sur les notions de précarité, d'insécurité et de souffrance psychique, que j'ai choisi de traiter par les travaux de Furtos, en évoquant le cheminement qui peut aboutir à l'auto-exclusion. J'ai terminé en abordant la question du temps et des temporalités, en traitant des différentes façons de percevoir et de ressentir le temps. Après avoir rappelé le caractère cadrant du temps dans notre société, j'ai évoqué les travaux de Durkheim via ceux de Damhuis, en poursuivant par la double dimension du temps évoquée par Montulet et la dualité qu'il peut exister entre le temps Chronos et Kairos. J'ai ensuite traité de la notion d'urgence sociale, avec l'idée d'une accélération du temps dans notre société et d'un développement de l'intervention sociale dans l'urgence. J'ai évoqué le sentiment d'immédiateté, d'accélération du temps que connaît le public sans-abri, avec les travaux de Furtos ou de Serra-Mallol, en traitant d'un affaîssement de la temporalité, d'un temps à l'arrêt ou de l'attente, évoqué par Bromberger. J'ai conclu cette partie avec les temporalités multiples qui s'entrecroisent dans le travail social, en m'appuyant notamment sur les travaux de Bouquet et Riffault.

Matériel et méthode

En partant des mots clés et des concepts émanant de ma question de départ, j'ai choisi d'axer mon enquête théorique sur des champs disciplinaires spécifiques et diversifiés. Cela m'a permis de développer ma réflexion avec des apports théoriques riches et spécialisés, selon le domaine de compétence de chaque auteur. Je me suis basé sur différentes lectures que j'ai réalisées afin de contextualiser ma question de départ ou de définir les concepts évoqués. Je me suis référé à des ouvrages et articles spécialisés dans les champs disciplinaires choisis et me suis appuyé sur différentes suggestions qu'ont pu me partager les professionnels de terrain. L'orientation de mes lectures a pu évoluer au fil de mes recherches, en lien avec ma

progression dans mon enquête de terrain et les différentes notions et auteurs évoqués lors de mes entretiens. J'ai choisi de rédiger pour chaque nouvel apport une fiche de lecture, afin de dégager les idées principales des auteurs et de les articuler, pour ensuite mieux rendre compte de leur pensée.

Pour obtenir les réponses les plus adaptées à ce que je recherchais, j'ai choisi d'opter pour une enquête qualitative, en choisissant l'entretien semi-directif. Cet outil me semble le plus pertinent pour récolter des données, puisqu'il me permet d'axer l'entretien sur des questions et des points précis sans restreindre la personne interrogée dans ses propos. Il permet de suivre une progression logique et de pouvoir, en tant qu'interviewer, échanger au fil de l'entretien sur les réponses apportées. Pour cela, j'ai construit et utilisé un guide d'entretien afin de suivre une trame commune à l'ensemble de mes entretiens et de récolter des réponses les plus adaptées à mon objet de recherche. J'ai créé deux guides, propres aux deux types de personnes interrogées, que j'ai organisés avec différentes questions classées par des thématiques communes aux deux guides, permettant de faciliter l'analyse des données recueillies. Je me suis rendu dans deux accueils de jour recevant un public en situation de grande précarité, où j'ai pu m'entretenir avec quatre personnes sur des temps de permanence sociale sans rendez-vous. Parallèlement, j'ai choisi d'interroger quatre assistants de service social exerçant dans des lieux différents : centre communal d'action sociale, service intégré de l'accueil et de l'orientation, permanence d'accès aux soins de santé et accueil de jour. J'ai ainsi pu m'entretenir avec des professionnels exerçant dans des cadres différents et intervenant chacun à des niveaux distincts auprès du public sans-abri. Pour compléter ces apports, j'ai choisi de m'entretenir avec Furtos, médecin psychiatre, chercheur et directeur d'un observatoire de recherche en santé mentale, ayant exercé en hôpital en tant que chef de service en psychiatrie. Cet échange m'a permis d'approfondir mes connaissances sur le public sans-abri, auquel Furtos s'est particulièrement intéressé, et de traiter davantage l'aspect psycho-social de mon sujet.

Résultats

J'en ai dégagé de nombreux points, en ayant en tête de savoir si finalement dans un temps en perpétuel mouvement, qui oscille entre incapacité de projection et sentiment d'urgence, si l'accès aux droits pouvait toujours subsister.

Premièrement, j'ai relevé certaines choses autour d'un temps passé à survivre pour ce public, où certains sociologues parlent d'une carrière de survie, qui de fait en fait une temporalité qui exclut, qui n'est pas celle de la vie. C'est ce qu'ont pu me dire les différentes personnes interrogées. Avec cela, j'ai relevé que les services d'aide étaient une vraie préoccupation constante pour les personnes, que cela structurait leur emploi du temps, et que

certaines institutions, certaines démarches étaient de vrais repères pour elles, voire des contretemps qui donnent le rythme, qui leur permettent aussi de se repérer dans le temps. À cela, certains sociologues évoquent une suite d'attente, où finalement on se rend compte que le temps se maîtrise d'autant moins qu'il est institutionnalisé pour ces personnes. Je parle aussi d'un quotidien ritualisé pour ces personnes, où elles s'approprient certains rendez-vous ou certaines structures, comme étant de vrais rituels, des rites, qui les sécurisent et leur permettent de se repérer.

Ensuite, j'ai relevé une vraie complexité de l'entre-temps, où j'ai développé le caractère précaire et instable de leur quotidien, une vie au jour le jour, où il est important de saisir le bon moment, la bonne occasion pour travailler avec la personne, pour qui la demande fluctue en permanence. Tout ça vient en lien avec un besoin de réponse immédiate, où différer peut parfois être impossible, d'où l'importance des fonctionnements de type « permanence sans rendez-vous », où comme le disait Furtos, « cela permet de se mettre au temps de l'autre, et peut favoriser la relation de confiance ». À cela s'ajoute donc la difficulté de supporter l'attente, où comme le souligne l'ethnologue Bromberger, l'attente implique une absence de maîtrise du temps, une impuissance, une passivité de la personne. Parfois tout cela vient créer un sentiment d'inadaptation des institutions pour les personnes, une méfiance, voire des attitudes complotistes, où elle se sent parfois rejetée, en colère.

Enfin, je me suis attardé sur la temporalité et le fait qu'on pouvait être dans le même temps et ressentir différemment chacun le temps qui passe, où justement j'ai relevé un certain décalage entre la personne et le professionnel, entre sa demande et la proposition du travailleur social, entre le souhait de la personne et l'intervention, où j'ai compris qu'il était important de respecter ce décalage. J'ai aussi mis en lumière le parcours de vie souvent compliqué, traumatique pour ces personnes et la nécessité d'un cheminement parfois long, d'une acceptation du passé, d'une prise de conscience, d'où la nécessité de prendre le temps de connaître la personne. En lien avec cela, j'ai relevé l'importance de se poser, d'être écouté pour les personnes sans-abri, où elles ont pu évoquer l'importance pour elles de pouvoir échanger avec les professionnels, de couper d'une société où le temps s'accélère, d'avoir de vrais échanges, plus humains. Enfin, j'ai noté un décalage entre l'aidant et l'aidé, où pour les personnes sans-abri, l'accès aux droits reste un concept. Pour elles, la demande parfois n'existe pas dans la rue, elles ont d'autres préoccupations, d'autres priorités, c'est-à-dire la survie. Surtout, cela peut être assez frustrant pour le travailleur social, qui justement cherchera à éviter la dynamique d'intervention, en se montrant parfois en retrait.

Discussion

Au vu de l'ensemble de ces éléments, j'ai relevé l'importance de comprendre le rapport au temps du public sans-abri et la nécessité de respecter cette temporalité particulière, avec la prise en compte de son histoire de vie, pour favoriser le lien de confiance avec la personne et devenir un repère pour elle, tout en conservant une certaine légitimité. J'en suis donc arrivé à formuler la question de recherche suivante :

« Dans un parcours de vie traumatique et un temps de survie permanent propre au public sans-abri, comment l'assistant-e de service social peut-il conserver la légitimité de son action pour rester un repère pour la personne ? ».

Pour chercher à répondre à cette nouvelle question, j'ai formulé deux hypothèses qui viendraient répondre aux interrogations posées. Premièrement, j'imagine que l'assistant(e) de service social pourrait se positionner en agissant auprès de la personne sans-abri entre intervention d'urgence et accompagnement sur le long-terme. L'idée est que le professionnel peut proposer un accompagnement sur une longue durée, où il pourrait travailler le lien régulièrement avec la personne, tout en cherchant à répondre à ses demandes dans l'immédiat quand il l'estime pertinent.

Je formule également l'hypothèse que le professionnel pourrait intervenir en cherchant à inscrire son intervention dans le quotidien ritualisé de ce public. Je pense au fait que l'assistant-e de service social puisse comprendre les repères temporels et les rituels dans lesquels la personne sans-abri s'ancre pour qu'il puisse à son tour s'inscrire dans son quotidien et être repéré par celle-ci. Dans ces perspectives, j'en viens à me questionner autour de la légitimité, sur ce que c'est que la légitimité dans le travail social, et ce qu'est d'intervenir dans le travail social, en lien aussi avec la notion d'urgence, d'urgence sociale. Cela viendrait mettre aussi en valeur la notion de cheminement, de parcours de vie pour ces personnes, de ritualisation, de rites, avec la nécessité de prendre le temps avec la personne.

Ouverture, perspectives professionnelles et scientifiques

Je projette ainsi de pouvoir réaliser une nouvelle enquête exploratoire, en croisant apports théoriques et enquête de terrain. Certains concepts clés apparaissent quand on pense à ces questions, comme celui de l'intervention dans l'urgence. On s'intéresse donc à la notion d'intervention, définie par De Robertis, assistante de service social, comme la « volonté d'agir ». Ce terme est donc à mettre en lien avec la notion d'urgence dans le cadre du travail social, définie comme « la nécessité d'intervenir immédiatement et d'apporter une réponse, dès lors qu'il s'agit d'une situation imprévue, estimée menaçante et mettant les conditions d'existence de personnes et/ou familles en péril » (Brémond, Gérardin, Ginestet, 2002). Face à une intervention dans l'urgence qui se développe et devient ordinaire dans le travail social, il serait intéressant de développer ce concept et d'en comprendre ses limites, sa légitimité dans

l'accompagnement proposé aux personnes. Je saisis l'importance d'interroger ces notions en comprenant la tension qui peut exister avec la nécessité d'accompagner parfois sur le long terme. Je pense aussi aux concepts de rites et de rituels, qu'il serait pertinent d'étudier sous différentes disciplines pour pouvoir saisir ces notions dans leur globalité et voir dans quel champ on peut les retrouver.

Concernant l'enquête de terrain, je pense à une enquête qualitative, ciblée sur le public sans-abri connaissant actuellement le quotidien dans la rue. J'imagine utiliser le récit de vie afin de mieux saisir ce que la personne a pu subir et la façon dont elle a pu cheminer pour en arriver à sa situation actuelle. Cet outil permet selon moi d'utiliser la singularité du parcours des personnes pour ensuite en dégager une compréhension plus universelle d'un phénomène, qui viendrait faire écho à de multiples expériences individuelles. L'idée serait de procéder à des entretiens avec différentes personnes, sous une forme non-directive ou semi-directive, où plusieurs entretiens pourraient se tenir avec chacune d'entre elles, ce qui demanderait un temps d'enquête important. J'envisage également de réaliser des observations, sous la forme d'observations non-participantes. Cela me permettrait de rester en retrait afin d'observer les actes de ritualisation que peuvent créer les personnes sans-abri et d'en saisir leur fonction. Je chercherai à comprendre ce phénomène et à observer comment les professionnels composent avec ce mode de vie, qui vient influencer la prise en charge proposée aux personnes. J'imagine les réaliser au sein d'une structure d'aide en faveur de ce public, qui accueillerait des usagers quotidiennement, comme un lieu d'accueil de jour ou une structure d'hébergement.

Conclusion

J'ai porté un intérêt particulier à cet écrit qui m'a permis d'argumenter et d'exposer mon positionnement professionnel à travers un travail personnel. Celui-ci rend compte de mon évolution durant ce stage et de ce que j'ai pu apprendre durant ma formation au métier d'assistant de service social. Cette démarche de recherche et de réflexion m'apparaît aujourd'hui comme fondamentale dans le travail social. Elle permet d'approfondir considérablement les connaissances autour d'une problématique et de prendre du recul sur son intervention. En effet, dans une société où le temps s'accélère, où l'intervention dans l'urgence prend une place de plus en plus importante dans les accompagnements, n'est-il pas essentiel de prendre le temps de penser son intervention, de réinterroger nos pratiques... pour toujours se laisser surprendre ?

Bibliographie

Bouquet, B., Riffault, J. (2013). Questions sur le temps et l'action sociale. *Vie sociale*. N°2/2013, p 107- p 110.

Bremond, P., Gerardin, E., Ginestet, J. (2002). En quoi l'urgence sociale interroge-t-elle les pratiques professionnelles ?. *Empan*. N°46, p 129- p 135.

Castel, R. (1994). La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation. *Cahiers de recherche sociologique*. N°22, p 11- p 27.

Furtos, J. (2011). La précarité et ses effets sur la santé mentale. *Le Carnet Psy*. N°156, p 29- p 34.

Pichon, P. (2010). Vivre dans la rue : sociologie des sans domicile fixe. Saint-Etienne, France : Presses Universitaires de Saint-Etienne.

Serra Mallol, C. (2014). Les temporalités multiples de la vie dans la rue. *Temporalités*. N°20, p 82 - p 97.

Nouveaux métiers, nouveau challenge pour le cadre de santé : Cas de la pratique avancée infirmière

LI FONTI Anaïs – Croix-Rouge Compétence PACAC – ICS Nice

Mots clés : Nouveaux métiers ; Innovation organisationnelle ; Infirmier en pratique avancée ; Cadre de santé ; Représentations ; Acceptation ; Etude de cas

Introduction

La réflexion de notre projet de recherche a été initiée par le contexte de santé publique, en lien avec la coordination du parcours patient ville-hôpital-ville, qui a vu émerger de nouveaux métiers comme les Infirmiers en Pratique Avancée.

Cela nous a mené à la question de départ suivante : comment faire coexister de nouveaux métiers à des métiers classiques ?

Le contexte professionnel dans le domaine de la santé est en tension depuis plusieurs années (Chambaud, 2021; Schweyer, 2010). Cela a mené à une succession de rapports à la demande des Ministres de la Santé pour proposer des solutions (Berland et al., 2011), et ont notamment abouti à l'autorisation d'exercice en pratique avancée pour les infirmiers (LMSS, 2016). Titulaire d'une expérience clinique d'infirmier, ainsi que d'un diplôme d'État et d'un grade master 2 en pratiques avancées, l'IPA développe des compétences élargies à la fois en sciences infirmières et médicales. Son objectif est d'améliorer l'accès aux soins et la qualité des parcours des patients présentant des pathologies ciblées. Son expertise et son leadership clinique lui permettent également un accompagnement des équipes soignantes dans l'amélioration des pratiques professionnelles dans des situations de soins complexes.

Si la complémentarité interprofessionnelle est reconnue, de fortes oppositions des différentes parties prenantes freinent l'implantation des IPA et leur acceptation par manque de connaissance ou par des représentations partielles (Aguilard et al., 2017; Schober, 2015).

Nous avons alors formulé la question de recherche suivante : comment favoriser l'acceptation des nouveaux métiers face à des représentations partielles dans un contexte professionnel en tension ?

Cadre théorique

Notre revue de littérature a mis en évidence que l'émergence d'un nouveau métier s'appuie sur un processus de structuration (Abernathy & Clark, 1985 ; Tissoui, 2008) qui implique la réponse à une finalité, ainsi que la définition de nouvelles compétences et activités. Elle est affiliée à l'existence d'un besoin et questionne la frontière entre les métiers.

L'implantation d'un nouveau métier pouvant remettre en question les ressources, connaissances et savoir-faire des métiers classiques est considérée comme une innovation organisationnelle (Abernathy & Utterback, 1978).

La théorie de diffusion des innovations (Rogers, 1983) nous a montré que l'acceptation d'un nouveau métier était un processus comportant différentes étapes, de la connaissance à la persuasion, conduisant à une première décision d'adoption ou de rejet. La mise en œuvre de l'innovation en fait également partie, clôturée par la confirmation du choix d'adoption ou de rejet. Pour l'influencer, une communication adaptée à chaque étape de l'implantation et à chaque profil des adoptants est à privilégier. Selon Rogers (1983), des acteurs clés, qualifiés de change agents, ont comme mission de favoriser l'acceptation de nouvelles idées et les changements qu'ils peuvent induire, grâce à leur capacité à déployer les flux informationnels dans l'organisation entre les différents profils d'acteurs et à montrer de la flexibilité sur les étapes. Le cadre de santé, de par sa proximité et son rôle dans la coordination opérationnelle au sein de l'organisation, aurait ainsi un rôle de traducteur auprès des parties prenantes dans le projet d'implantation d'un IPA, par l'anticipation et la mise en œuvre des moyens qui permettront le déploiement du nouveau métier, comme par exemple l'explicitation du sens de la démarche par des temps d'échanges formels et informels (Alphonse-Tilloy & Devienne, 2020).

Le concept de représentations s'est révélé très en lien avec la nouveauté induite par cette innovation et le manque de connaissances. Une représentation est en effet un savoir naïf, une connaissance socialement élaborée et partagée, qui va mener à une reconstitution du réel auquel le groupe social est confronté (Abric, 2016; Jodelet, 2014; Moscovici, 1961).

Cependant, ce qui était intéressant pour notre recherche était de comprendre les moyens de les faire évoluer, à savoir à travers les pratiques communes et la communication (Bonardi & Roussiau, 1999) puisque les représentations orientent le comportement et peuvent donc avoir un impact sur les coopérations entre métiers (Abric, 2016).

En regard de ces apports, nous nous sommes rendu compte que peu d'études traitent de l'acceptation de nouveaux métiers dans les organisations sanitaires et du rôle des managers en lien.

Matériel et méthode

Nous avons alors souhaité explorer et comprendre en profondeur ce phénomène, notamment par l'étude qualitative de cas multiples considérés comme exemplaires selon Gagnon (2012).

Parmi les six cas étudiés, nous avons identifié deux cas exemplaires, un dans un établissement public et un dans un ESPIC où l'IPA est bien accepté, trois cas intermédiaires

où nous retrouvons des représentations positives mais où il existe des freins, et un cas complexe où il s'est révélé de nombreux freins.

Notre échantillon était composé de six cadres de santé (CDS), six infirmiers en pratique avancée et six infirmiers. Ils exerçaient au sein de cinq établissements de santé publics, privés, ou publics d'intérêt collectif différents, en région PACA, ayant implanté des IPA dans six unités de soins.

Les dix-huit entretiens semi-directifs menés ont été complétés par une collecte de données secondaires s'appuyant sur une analyse documentaire (comptes rendus de réunion, powerpoint de présentation, recommandations d'implantation, fiches de poste, protocoles d'organisation IPA, etc.) enrichissant les données qualitatives recueillies.

Le traitement des données a consisté en une analyse de contenu thématique, selon Bardin (2003), à l'aide d'une grille de codage.

Nous avons réalisé en premier lieu une analyse de chaque cas, puis une analyse croisée entre les différents cas que nous présentons.

Résultats et discussion

Les résultats de notre recherche ont pu mettre en évidence que les CDS perçoivent les IPA comme étant un personnel paramédical, au « regard soignant ».

Les IDE les rattachent davantage à l'exercice médical. Ils les définissent comme « un intermédiaire entre un médecin et une IDE » ou comme « un interne ».

Les représentations du nouveau métier par les CDS et IDE étaient globalement positives, mettant en évidence la valorisation de la profession infirmière grâce à l'élargissement de ses compétences, au niveau de la réflexion clinique et de l'acquisition de compétences médicales, l'autorisation de renouveler des prescriptions, lui donnant ainsi plus d'autonomie dans ses fonctions. Nous avons pu faire le lien entre ces représentations positives et l'influence des pratiques communes sur la transformation des représentations que nous avons abordées dans la partie conceptuelle (Bonardi & Roussiau, 1999), parce qu'effectivement les professionnels interrogés ont déjà eu une première expérience avec un IPA.

Si des IPA rapportent des éléments avancés lors de leur formation, comme la crainte des CDS que leur métier soit remplacé par les IPA, la réalité est toute autre. Dans les cas exemplaires de notre étude, les CDS interrogés n'ont évoqué aucune crainte ou défiance concernant le métier d'IPA et leur pratique de CDS. Ces derniers les voient comme une aide précieuse dans les décisions cliniques complexes.

Néanmoins, pour pallier cette crainte, les IPA ont soulevé l'intérêt de créer des liens entre les formations CDS et IPA, permettant de développer des pratiques communes, à l'instar du

service sanitaire des professions en santé (Perez-Roux, 2021), ainsi que la collaboration interprofessionnelle (D'Amour et al., 1999).

Un nouveau métier amène forcément à de nouvelles collaborations. Ces collaborations sont à construire et structurer. Dans ces collaborations, il s'est révélé nécessaire que le périmètre d'action de l'IPA soit connu et que les IPA soient vigilants sur leur périmètre d'action pour éviter les chevauchements dans leurs missions avec les autres professionnels avec qui ils collaborent. Ces collaborations ont toutefois permis aux CDS et IDE de faire évoluer certaines de leurs représentations de ce métier et d'identifier la plus-value de l'IPA. Nous pouvons comparer ce phénomène à l'utilité perçue, décrite par Rogers (1983) et Venkatesh et al. (2003). Celle-ci a un impact sur la diffusion et l'acceptation des innovations.

En termes de profil des IPA, il a été montré qu'ils doivent détenir des *soft skills* pour s'adapter plus facilement à leur contexte professionnel et aux différents acteurs avec qui ils collaborent.

Le développement des compétences intrapersonnelles (humilité, attitude positive) et interpersonnelles (travail en équipe, collectif) ainsi que la réflexivité participent à son adaptation au contexte professionnel qui sera le sien. Pour Bellier (2004), le savoir-être est prioritaire aux compétences techniques. Nous distinguons ici l'importance du rôle du CDS dans la détection des potentiels IDE pour devenir IPA.

Au niveau institutionnel, les résultats mettent en évidence que, pour que l'IPA soit bien implanté et accepté, comme dans les cas exemplaires étudiés, il existe en premier lieu une stratégie institutionnelle d'implantation des IPA avec des objectifs de déploiement sur plusieurs années, une évaluation des besoins de l'institution et un budget de financement.

Nos résultats ont ainsi confirmé l'intérêt de l'utilisation des modèles à l'appui lors de l'émergence d'un nouveau métier, tel le modèle PEPPA basé sur neuf recommandations (Participatory, Evidence-based, Patient-focused process for advanced Practice nursing role development) (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004). Parmi elles, nous citerons l'identification du besoin en lien avec le parcours de soins du patient et la démarche collective dans l'optimisation de ce parcours avec chaque acteur.

De plus, le soutien de l'encadrement médical et paramédical au sein des unités de soins et leur implication dans le projet est aussi relevé. S'ajoute à cela un projet de service élaboré avant l'entrée en formation IPA avec une identification des besoins dans le service, une file active de patients ciblée, déterminant les missions de l'IPA.

Des actions de communication déployées par la direction auprès de toute l'institution, dans le journal institutionnel et dans des journaux locaux.

Des actions de communication par l'encadrement médical et/ou paramédical auprès des médecins et des soignants et des services support, qui a débuté dès le début du projet, c'est-

à-dire lorsque l'IDE est entré en formation IPA, et s'est poursuivi durant les 2 années de formation, pour préciser toujours plus l'intérêt du poste, répondre aux questions de l'équipe, rassurer sur le nouveau métier, proposer des temps d'échanges en commun regroupant les soignants et l'IPA.

Enfin, afin que l'équipe puisse positionner l'IPA dans sa nouvelle fonction et sur le parcours patient, il a été nécessaire de définir en amont de la prise de poste les missions IPA et que l'explication soit réalisée par le CDS. Cela s'est formalisé par la rédaction de la fiche de poste, et du protocole d'organisation, mis à disposition des équipes.

Certaines IPA ont pu exprimer la nécessité du soutien CDS pour faire connaître le métier auprès des équipes et pour communiquer.

Effectivement, dans les cas de notre recherche où le manager a pu faire une promotion active du nouveau métier auprès de l'IPA, cette implication du CDS a facilité l'adoption du nouveau métier (Cheikho, 2015) et a influé sur sa légitimité auprès des équipes (Demaret, 2014).

Le rôle du CDS a aussi été de faire le lien avec la direction des soins, pour faire remonter les éventuelles difficultés des IPA à leur prise de poste, qu'elles soient organisationnelles ou relationnelles auprès des médecins ou de l'équipe.

Dans les résultats, le CDS est représenté par les IPA comme un appui et un acteur permettant que l'IPA soit sollicité par les équipes, acteurs clés dans la diffusion des innovations. En créant les conditions de la mise en place du nouveau métier dans son service et en participant à sa légitimité au sein de l'organisation, le CDS est assimilable au *change agent* (Rogers, 1983). Le cadre de santé effectue donc ce travail de liens invisibles (Bourret, 2018) pour assurer une collaboration efficiente entre tous les acteurs.

Ouverture, perspectives professionnelles et scientifiques

En termes de perspectives professionnelles, nous envisageons d'intervenir en institut de formation en santé afin que ce nouveau métier soit mieux connu.

Des situations d'apprentissage basées sur la simulation et des projets en interprofessionnalité CDS-IPA-soignants-médecins pourraient être pensées avec les équipes pédagogiques, de la même façon que le service sanitaire des professions en santé, mais sur des unités d'enseignement communes.

Elles contribueraient à une meilleure compréhension du nouveau métier et au développement du savoir coopérer dès les formations de chaque acteur de santé impliqué. Cela participerait *in fine* à favoriser l'acceptation de ce nouveau métier sur le terrain par une évolution des représentations.

Face à la problématique de la perte d'attractivité et de sens au travail (Minvielle, 2021) dans les métiers de la santé, nous avons identifié grâce à notre travail de recherche l'intérêt du leadership clinique de l'IPA au bénéfice des autres professionnels et de leur *empowerment*.

De plus, les sessions de formation ainsi que les groupes d'analyse des pratiques professionnelles que l'IPA pourra mettre en place participeront à une réflexion collective sur l'amélioration des prises en soins des usagers de santé, ainsi que sur le développement du sentiment de faire du bon travail et de savoir pourquoi on le fait.

D'autre part, actuellement CDS en département de soins de support et de soins palliatifs, nous avons l'occasion de mettre en pratique les résultats de notre recherche en accompagnant une IDE vers un projet IPA. Pour ce faire, nous nous rencontrons régulièrement afin qu'elle puisse cheminer sur l'élaboration de son projet professionnel IPA. Notre rôle consiste à ce stade à favoriser son questionnement et sa réflexion et à nous assurer du soutien médical dans ce projet.

Le diagramme de Gantt que nous avons créé, basé sur les résultats de notre recherche, est un outil qui nous permet de planifier l'ensemble des étapes du projet et d'envisager son opérationnalisation, en y intégrant l'équipe soignante et médicale. Nous avons ainsi un visuel sur les moments où des réunions seront prévues. Nous pourrions aussi recueillir l'avis des équipes et leur questionnement et identifier ensemble les parcours sur lesquels l'IPA pourrait intervenir.

Concernant les perspectives de recherche, nous envisageons :

- de prolonger la recherche à d'autres cas pour favoriser une généralisation des résultats ;
- de réaliser une évaluation de la satisfaction des usagers par rapport à leur prise en soins par un IPA ;
- de tester les outils créés sur le terrain à l'occasion de l'accompagnement de projets IPA au sein de notre établissement de santé, en commençant bien évidemment par notre unité de soins.

Conclusion

Si la nouveauté du métier IPA engendre l'émergence de représentations, ce travail nous aura permis d'identifier que la communication est un facteur essentiel à leur évolution, de même que les pratiques collaboratives.

Nous percevons qu'une nouvelle profession en santé peut être un atout pour le CDS dans l'amélioration des pratiques et des prises en soins. Elle peut être également un levier dans l'attractivité du secteur de la santé qui fait défaut actuellement, ainsi que dans le sens au travail.

Nous identifions ainsi, malgré les freins qui peuvent se présenter, le challenge du cadre de santé pour favoriser l'implantation de ce nouveau métier.

Bibliographie

Abernathy, W. J., & Clark, K. B. (1985). Innovation : Mapping the winds of creative destruction. *Research Policy*, 14(1), 3-22. [https://doi.org/10.1016/0048-7333\(85\)90021-6](https://doi.org/10.1016/0048-7333(85)90021-6)

Abernathy, W. J., & Utterback, J. M. (1978). Patterns of industrial innovation. *Technology Review*, 80, 41-47. <http://teaching.up.edu/bus580/bps/Abernathy%20and%20Utterback%2C%201978.pdf>

Abric, J.-C. (2016). *Pratiques sociales et représentations* (Quadrige éd.). PUF. Aguilard, S., Colson, S., & Inthavong, K. (2017). Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier : une revue de littérature. *Santé publique*, 29(2), 241-254. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-2-page-241.htm>

Bardin, L. (2018). *L'analyse de contenu*. PUF.

Berland, Y., Henart, L., & Cadet, D. (2011, janvier). *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : Des pistes pour avancer*. République Française. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_relatif_aux_metiers_en_sante_de_niveau_intermediaire_-_Professionnels_d_aujourd_hui_et_nouveaux_metiers_-_des_pistes_pour_avancer.pdf

Benoit, M., Pilon, R., Lavoie, A. M., & Pariseau-Legault, P. (2017). Chevauchement, interdépendance ou complémentarité ? La collaboration interprofessionnelle entre l'infirmière praticienne et d'autres professionnels de santé en Ontario. *Santé Publique*, 29, 693-706. <https://doi.org/10.3917/spub.175.0693>

Bonardi, C., & Roussiau, N. (1999). *Les représentations sociales*. Dunod.

Bourret, P. (2018). *Les cadres de santé à l'hôpital*. Seli Arslan.

Bryant-Lukosius, D., & DiCenso, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 530-540. https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/a_framework_for_the_introduction_and_evaluation_of_advanced_practice_nursing_roles_bryant_lukosius_2004.pdf

Chambaud, L. (2021). Un système de soins sous tension. Dans L. Chambaud (Éd.), *Covid. Une crise qui oblige* (p. 28-36). Presses de l'EHESP. <https://www.cairn.info/covid-une-crise-qui-oblige--9782810909575-page-28.htm>

Chauvin, F. (2021, novembre). *Dessiner la santé publique de demain*. Ministère de la Santé et de la Prévention. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chauvin.pdf

Cheikho, A. (2015, novembre). *L'adoption des innovations technologiques par les clients et son impact sur la relation client - Cas de la banque mobile*. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01231801/document>

Collectif Nos services publics. (2021, septembre). *Perte de sens chez les agents du service public : les résultats de notre enquête*. Nos services publics. https://lib.umso.co/lib_ufoFEvhIRMwflNFx/d301cx5wubayhmby.pdf

D'Amour, D., Sicotte, C., & Levy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences Sociales et Santé*, 17(3), 67-94. https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1999_num_17_3_1468

Davis, F. D. (1989). Perceived Usefulness, Perceived Ease of Use, and User Acceptance of Information Technology. *MIS Quarterly*, 13(3), 319-340. <https://www.jstor.org/stable/249008>

Demaret, J. (2014). *Le processus de construction de légitimité des contrôleurs de gestion*. [Thèse de doctorat, Université François-Rabelais de Tours]. Tel.archives-ouvertes.fr. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00997829/document>

Jodelet, D. (2014). *Les représentations sociales* (Vol. 7). PUF.

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. (2016, janvier). *Loi de Modernisation de notre Système de Santé* (Dossier de presse). Ministère des Solidarités et de la Santé. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/280116_dp_loi-de-sante.pdf

Minvielle, É. (2021). Conditions de travail à l'hôpital : quelles pistes d'amélioration ?. *Les Tribunes de la santé*, 69, 59-68.

Perez-Roux, T. (2021). Étude d'un dispositif en interfiliarité dans le cadre du Service sanitaire des étudiants en santé : conception, mise en œuvre et perspectives. *Recherche en soins infirmiers*, 145, 65-78.

Rogers, E. M. (1983). *Diffusion of innovations* (3e éd.). Collier Macmillan. <https://teddykw2.files.wordpress.com/2012/07/everett-m-rogers-diffusion-of-innovations.pdf>

Schober, M. (2015). Identification des facteurs essentiels favorisant l'intégration des rôles infirmiers en pratique avancée : une étude ethnographique. *Revue Francophone Internationale de la Recherche Infirmière*, 1(2), 71-77. <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2015.04.005>

Schön D. A. (1996). *Le tournant réflexif. Pratiques éducatives et études de cas*. Trad. Jacques Heyneman & Dolorès Gagnon. Les Éditions Logiques.

Schweyer, F. X. (2010). Hôpital, une tension entre coûts et valeurs. Dans C. Halpern (dirs.), *La Santé. Un enjeu de société* (p. 278-288). Éditions Sciences Humaines. <https://doi.org/10.3917/sh.halpe.2010.01.0278>

Solomon, B. B. (1976). *Black Empowerment: Social Work in Oppressed Communities*. Columbia University Press.

Thietart, R.-A. (2014). *Méthodes de recherche en management* (4^e éd.). Dunod.

Tissoui, M. (2008). Essai de modélisation du processus de naissance des métiers : cas des métiers de soins. *Management & Avenir*, 17, 234-258. <https://doi.org/10.3917/mav.017.0234>

Venkatesh, V., Morris, M. G., Davis, G. B., & Davis, F. D. (2003). User Acceptance of Information Technology : Toward a Unified View. *MIS Quarterly*, 27(3), 425-478. <https://www.jstor.org/stable/30036540>

Weick, K. E. (1995). *Sensemaking in organizations*. SAGE Publication.

Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications. Design and methods* (6^e éd.). SAGE Publications.

Placement judiciaire en MECS : La pertinence d'une approche globale de la situation familiale du mineur

MAILLE Solène – Croix-Rouge Compétence ARA – IFTS Moulins

Mots clés : Placement Judiciaire – Parentalité – Équipe Éducative – Coéducation – Intérêt de l'Enfant

Introduction

La protection de l'enfance est un domaine qui me captive fortement et notamment l'accompagnement proposé aux familles dans un contexte contraignant avec une multitude de professionnels. Mon constat de départ était l'apparition d'une position paradoxale pour l'enfant entre l'amorce d'un accompagnement éducatif proposé par l'équipe éducative suite à la décision de la mise en œuvre d'un placement judiciaire et le discours, souvent péjoratif à l'encontre des services de protection de l'enfance, de la part des parents. Je pressentais que cette situation pouvait être un obstacle au travail éducatif. Il me semblait d'emblée que la mesure éducative devait prendre en compte le contexte familial. Ma démarche était donc de chercher à comprendre les relations entre les équipes éducatives et les parents dans l'intérêt de l'enfant.

Ma question de départ était la suivante : « Quand il y a un maintien des liens après la décision d'un placement judiciaire au sein d'une Maison d'Enfants à Caractère Social, comment comprendre les relations entre l'équipe éducative, l'aide sociale à l'enfance et les parents dans l'intérêt de l'enfant ? »

Pour contextualiser, en 2019, en France, il y avait 112 706 mineurs pour lesquels le Juge des Enfants avait été saisi. Fin 2017, 61 000 jeunes étaient placés en établissement (hausse de 10 % par rapport à 2012). Les MECS représentaient 63 % des établissements et 73% des jeunes hébergés au sein des établissements l'étaient par mesures judiciaires (hausse de 5% en comparaison à 2012).

Cadre théorique

Ce qui prévaut à chaque action éducative, c'est la notion de l'intérêt supérieur de l'enfant. Ce concept est devenu un véritable guide pour les actions des professionnels et un outil pour les magistrats. À contrario, pour les parents, cette notion traduit leurs vécus en tant que parents, leurs liens affectifs et leurs réponses aux besoins fondamentaux de leur enfant. C'est un nouveau paradoxe et ces deux registres peuvent entrer en conflit, produisant alors une situation de dysparentalité. Cette recherche venait interroger les pratiques dans un contexte conflictuel pour les personnes que l'on doit accompagner. De plus, au sein d'une MECS, il

peut rapidement devenir difficile de laisser une place à part entière aux parents. Les éducateurs se retrouvent en manque de temps et de moyens humains et sont ancrés dans le quotidien des enfants accueillis. Le professionnel dédié à la mise en œuvre d'un accompagnement auprès des familles, d'une mission de soutien à la parentalité, se trouve en dehors de l'établissement accueillant. Par ce fait, cet intervenant n'a peu ou pas connaissance de tous les éléments sur l'évolution de l'enfant dans son nouveau lieu de vie.

Matériel et méthode

Après l'exploration conceptuelle, de laquelle il se dégageait les enjeux psychosociaux liés au placement judiciaire d'un enfant au sein d'une MECS et les prémices d'un travail de coéducation, je m'étais rendue à la rencontre de professionnels et de parents afin de confronter la théorie avec la réalité sur le terrain. À partir d'entretiens semi-directifs, j'avais interrogé un référent ASE, une directrice, une cheffe de service, une assistante de service social et deux éducatrices issues de deux MECS différentes. J'avais également interviewé deux mères de famille.

La méthodologie de recherche permet d'obtenir un travail structuré. Chaque étape est indispensable et est complémentaire aux autres étapes. Nous ne pouvons penser une recherche sans exploitation conceptuelle ni sans exploitation sur le terrain. Chacune de ces étapes est liée les unes aux autres.

Résultats

Grâce à l'analyse de ce recueil d'éléments, j'ai pu constater la place centrale du Référent ASE dans l'accompagnement des familles mais également dans la mise en œuvre de travail en partenariat. Les conditions de travail au sein des établissements et des services peuvent provoquer une confusion dans l'exercice des missions entre les référents ASE et les équipes éducatives des MECS.

Un second constat était le manque de confiance de la part des parents dans leur rôle. Le placement venant faire rupture, dénoncer leur dysparentalité, défaillances, ces parents se sentent stigmatisés, jugés et ont une mauvaise estime d'eux-mêmes. Dans ce contexte, ils sont donc dans l'incapacité de donner leur confiance à des professionnels ayant perdu toute confiance en eux : perte de confiance dans leur rôle parental mais également en tant que personne humaine.

L'ensemble des éléments recueillis m'avait amené à poser la question de recherche : « *Dans le cadre de placements judiciaires en MECS, comment le parent peut-il trouver sa place dans un travail d'équipe pluridisciplinaire pour répondre au projet pour l'enfant ?* ».

Discussion

À cette question de recherche, j'apporte l'hypothèse suivante : « L'un des objectifs du travail social d'une ASS est fondé sur un travail de partenariat et d'équipe. Elle pourrait avoir un poste d'assistant éducatif avec un rôle de médiateur au sein des MECS afin de faciliter les relations entre les parents et les professionnels et plus particulièrement les éducateurs spécialisés mais aussi entre les équipes éducatives des MECS et les Référents ASE. »

La mise en place de ce nouvel intervenant permettrait de diminuer les divers paradoxes cités et présents dans l'accompagnement éducatif. Un rôle de médiateur serait indispensable. Nous parlons de médiateur car il y a la présence de conflits. Un médiateur a pour fonction de renouer une communication entre des personnes en conflit. Il tenterait de fournir aux acteurs les moyens de rechercher par eux-mêmes des solutions à leur situation.

De plus, la méthodologie de ce travail de recherche m'a permis de faire des liens avec l'accompagnement de situation individuelle et collective. Il serait avantageux de proposer à ses parents un dispositif de médiation familiale avec la mise en place d'un nouvel intervenant.

Cette médiation familiale permettrait de concilier avec le référent ASE les observations des visites médiatisées avec celles lors de cette médiation. Cela pourrait prendre la forme d'un lieu d'accueil parents-enfants avec des temps individuels consacrés aux parents. Ce dispositif permettrait aussi de pallier les résultats de mise en second plan de la mission de soutien à la parentalité par les professionnels. Cette recherche m'a permis de prendre conscience de la nécessité d'être dans une démarche de développement du pouvoir d'agir des personnes, c'est-à-dire de les rendre actrices et non de faire à leur place. Chaque personne possède des capacités. Il faut analyser chaque situation de manière globale car le plus souvent, derrière une problématique se cachent d'autres difficultés qui peuvent permettre d'appréhender et d'expliquer certains comportements.

Ouverture, perspectives professionnelles et scientifiques

Étant professionnelle au sein d'un service de protection de l'enfance, je mesure l'importance des apports de ce travail de recherche dans mes pratiques professionnelles et dans ma posture professionnelle. L'objectif premier est d'œuvrer pour que l'intervention de ses parents soit inscrite dans un accompagnement global de leur parentalité en plaçant au centre l'intérêt de leur enfant. Il ne s'agit pas de faire à leur place, de se substituer à ses parents mais plutôt de faire avec eux, de les accompagner à faire, de les suppléer. Les parents restent les principaux détenteurs de l'autorité parentale. Il faut les associer à chaque décision concernant leur enfant et notamment être cohérent et transparent avec eux afin d'œuvrer à la mise en place d'une relation de confiance. Les mesures judiciaires étant contraignantes, cette mise en relation est indispensable afin d'obtenir leur adhésion à cet accompagnement.

De plus, diverses perspectives scientifiques sont envisageables. Je pourrais poursuivre cette recherche en interrogeant notamment de nouveaux professionnels tels que des avocats, des juges pour enfants, des psychologues et me rendre dans diverses Maisons d'Enfants à Caractère Social afin de prendre connaissance des différents projets de service. Cette mise en lumière pourrait être enrichie en prenant connaissance de projets dans d'autres pays et notamment les pays scandinaves qui ont un autre regard sur l'éducation des enfants.

Il serait également avantageux de recueillir des témoignages d'enfants, devenus majeurs mais aussi des mineurs, n'étant plus placés ou non, afin d'obtenir leur regard, leur ressenti. Ils sont placés au centre de toute mesure en protection de l'enfance, leur parole est donc indispensable et très importante à prendre en compte si nous voulons adapter nos accompagnements et nos pratiques. Les politiques publiques préconisent de plus en plus cette prise en compte et cela passe notamment par la mise en place de Haut Conseil d'Enfants Placés. De nombreux livres mettent aussi en lumière la parole de ces jeunes. Ces éléments sont des pistes de recherche qui seraient à exploiter au regard de cette recherche.

Conclusion

Grâce à la création d'un poster scientifique, j'ai pu mettre en lumière mon travail de recherche d'une manière visuelle et donc plus attractive pour un public. À travers le choix de couleurs, j'ai également pu souligner des thèmes, des valeurs que je souhaitais transmettre à l'auditoire.

Tout d'abord, le noir exprime d'une part la douleur que les familles peuvent ressentir à l'annonce d'un placement. Comme évoqué, c'est un événement venant faire rupture, il y a un avant, un pendant et un après. Les parents perdent toute estime et confiance et peuvent s'isoler, perdre toute notion du temps. D'autre part, cette couleur souligne le mystère que chaque chercheur rencontre lorsqu'il débute un travail de recherche. Nous ne savons pas ce que nous allons trouver. Il s'agit de partir à l'aventure et de se laisser guider par les éléments recueillis.

Le rose, quant à lui, souligne la féminité en lien avec moi, l'auteure de ce travail. Et fait valoir également une touche d'audace. Dans le sens où il faut aller au-delà des obstacles et difficultés rencontrées et persévérer dans sa recherche.

Pour finir, le vert montre la part d'espoir, de croissance, d'évolution en rapport ici avec les pratiques professionnelles. Ce travail permet de réfléchir à un nouveau, de participer à l'innovation sociale et ici avec la mise en place d'un nouvel intervenant qui aurait pour objectifs de rassembler les acteurs et d'être médiateur. L'un des messages les plus importants que je souhaitais révéler est cette idée de maillage. Maillage entre les acteurs et ici entre les parents,

les équipes des mecs et l'aide sociale à l'enfance afin d'éviter les ruptures de parcours et de proposer un accompagnement adapté à chaque famille, personne accompagnée.

Je conclus par ce que dit le célèbre proverbe africain : « Seul on va plus vite, ensemble on va plus loin ». Il traduit l'intelligence d'un collectif et l'importance de développer un partenariat dense dans le secteur médico-social. Ce congrès de jeunes chercheurs a également permis ce mélange en invitant divers professionnels, de différents secteurs et de plusieurs territoires à se regrouper.

Bibliographie

CHAPPONNAIS,M.(2008). Placer l'enfant en institution. MECS, foyers éducatifs et villages d'enfants (2 e éd.). Dunod.

DUBREUIL,B.(2006). Accompagner le projet des parents en éducation spécialisée. Dunod.

FUSTIER,P.(1996). Les corridors du quotidien. La relation d'accompagnement dans les établissements spécialisés pour enfants. (3 e éd.). PUL.

SELLENET,C.(2010). Loin des yeux, loin du cœur ? Maintenir les liens parents-enfants dans la séparation. Belin Éditeur.

VERDIER,P.(2009). De l'intérêt de l'enfant aux droits de l'enfant. Enfances & Psy,(n°43),pp.85-92.

La médiation animale auprès du public trisomique

MATHE Manon, MERCIER Emrys, LATASTE Priscilla, EYMERY Iléana – Croix-Rouge

Compétence Nouvelle Aquitaine – IFSI La Couronne

Mots-clés : Médiation animale ; Attachement ; Socialisation ; Trisomie 21 ; Enfants

Introduction

« Aujourd’hui, 50% des établissements, ainsi que des professions libérales viennent se former à l’Institut Français de Zoothérapie (IFZ). En 2020, 473 professionnels ont été formés et les $\frac{3}{4}$ mènent à ce jour des projets de médiation animale dans leurs structures »². Au cours des siècles, nombreux sont les pionniers à avoir intégré cette pratique dans le soin. Aristote (-384 et -322) a décrit dans « Histoire des Animaux » l’interaction de l’homme et de l’animal et en particulier le comportement des dauphins à l’égard de l’Homme. Florence Nightingale, grande pionnière des soins infirmiers modernes et de l’utilisation des statistiques dans le domaine de la santé a également eu recours à cette médiation au travers de tortues qui permettaient de reconforter et diminuer l’anxiété des soldats blessés.

Cadre théorique

La zoothérapie constitue en somme une relation d’aide à visée préventive ou thérapeutique, un soin alternatif non-médicamenteux, s’adressant à toute personne ou groupe de personnes en situation de handicap moteur, sensoriel, physique, de fragilité et/ou de dépendance. On parle également de thérapie assistée par l’animal (TAA). Cette intervention regroupe trois acteurs : le patient, représentant central ; l’animal faisant office de médiateur ; et le soignant, qualifié, aussi appelé « Intervenant professionnel en médiation animale », qui encadre la rencontre, fixe des objectifs et évalue les résultats. L’objectif principal est de créer un cadre favorable au maintien, à l’amélioration ou au perfectionnement des fonctions cognitives, physiques, émotionnelles ou sociales d’une personne. Chaque intervention accompagne un projet qui a des objectifs de travail précis. Ceux-ci sont posés en fonction de la personne accompagnée et de ses attentes. Cette thérapie est à différencier de l’activité assistée par l’animal (AAA) qui désigne un temps occupationnel sans objectif ni projet élaboré en amont. Il s’agit plutôt d’un animal dit « visiteur » et non médiateur aux soins. « Chez un enfant trisomique, on peut commencer dès l’âge de 2/3 ans à expliquer l’intérêt de l’animal. Par exemple, l’orthophoniste peut utiliser le chien pour faciliter l’apprentissage du dialecte, l’articulation des

² Toutes les citations concernent l’entretien réalisé avec François BEIGER, 2021

mots. La médiation animale s'utilise également pour les difficultés de langage, les problèmes d'estime de soi, en outre les problématiques de la personne. »

Sur le plan législatif, la zoothérapie est peu encadrée, de par une méconnaissance de l'application professionnelle de ce type de soin, mais également par une non-reconnaissance auprès du système de santé français, puisque ce soin n'est pas remboursé. Dans notre système législatif, le terme de « zoothérapeute » n'existe pas et n'est pas reconnu en France. Pour qu'il le soit, cela signifierait que le professionnel doit être à la fois psychologue, ergothérapeute, médecin, infirmière, psychomotricienne... La zoothérapie est une spécialisation qui vient s'ajouter au métier initial du professionnel. « Je me suis formé seul pendant près de 50 ans sur la relation Homme-Animal, les animaux sont des partenaires extraordinaires. La zoothérapie au Canada est très répandue et développée, mais elle correspond davantage à de l'animation alors qu'en France, on parle plutôt d'un soin. »

La thérapie assistée par l'animal est une auxiliaire aux thérapeutiques conventionnelles. L'animal ne guérit pas, il ne s'agit pas d'une thérapeutique, mais d'un médiateur. De ce fait, la zoothérapie implique une pratique sécuritaire et le respect de l'animal. Il est indispensable que chaque activité, à laquelle il participe dans ce cadre, puisse contribuer à son épanouissement et que sa collaboration soit volontaire. En aucun cas l'animal ne doit être forcé. Une séance se déroule dans un environnement calme, uniquement en présence du professionnel formé, à l'abri des regards et de toute distraction, permettant ainsi aux patients de s'exprimer librement sans craindre le jugement. La recherche du plaisir est privilégiée, au travers de nombreuses possibilités : jeu, brossage, relaxation, éducation, agilité, promenade... Ces supports ont pour but de favoriser la relation, permettre une meilleure connaissance de soi. « L'idéal est de réaliser des séances individuelles ou groupées avec au maximum 3 personnes, 2 personnes par exemple pour travailler la relation à l'autre. Au-delà, il s'agit d'une animation et non plus d'une séance de soin. »

Matériel et Méthode

Nous avons réalisé un questionnaire, composé de 17 questions et 5 sous-questions. Il a été diffusé sur 10 jours. Le choix de cet outil a été pensé en groupe pour plusieurs raisons pratiques : il s'agit d'une stratégie de communication simple, pouvant être diffusée sans limite géographique. De ce fait, nous l'avons distribué avec l'accord des établissements de Charente, Charente Maritime, Hauts-de-France, Haute-Garonne, Haute-Vienne, et dans le Rhône. Le questionnaire peut être complété par les professionnels sur un temps qui leur est propre, ne les obligeant pas à se rendre disponibles sur un créneau imposé. Cet outil, étant dématérialisé, lui confère une facilité d'accès accrue, via Google Forms. Contrairement au questionnaire, la

réalisation d'entretiens entraîne un travail conséquent de retranscription, nécessitant un temps adéquat pour fournir un résultat qualitatif.

Notre questionnaire a été pensé et réalisé de la manière suivante. Nous avons pris la technique de l'entonnoir, méthode consistant à séquencer des questions de manière à traiter le sujet dans sa généralité. Celles-ci sont affinées afin d'être plus précises et permettent d'apporter une richesse d'information propre à la personne participante. Nous avons opté pour des questions ouvertes et fermées en fonction des éléments que nous cherchons à développer. Celles fermées permettent de recueillir des données qualitatives (statistiques). Elles nécessitent une importante réflexion quant à leur conception et, en contrepartie, elles sont faciles à traiter et à répertorier sous différentes formes (tableau, graphique...). Les questions ouvertes donnent une liberté de point de vue, une richesse de collecte, laissant libre cours au répondant d'indiquer ses premières pensées. La réalisation des questions s'est faite sur plusieurs critères : simplicité, facilité de compréhension pour tous, précision, cible sur plusieurs objets. Ainsi, notre questionnaire s'articule en différentes parties : Identification des participants, Confirmation des éléments clés de la thématique, Identification de notre premier concept : attachement, Identification de notre deuxième concept : socialisation

Résultats

Nous avons obtenu 10 réponses alors que nous avons contacté près de 40 établissements dans toute la France. Notre analyse porte donc sur un échantillon peu représentatif. Cependant, grâce à l'expérience et au témoignage des professionnels interrogés, nous pouvons confirmer nos deux hypothèses : la médiation animale impacte favorablement le processus de socialisation et la médiation animale impacte favorablement le processus d'attachement. Ainsi, le public accueilli par nos participants se compose à 70% d'enfants et 30% d'adolescents ayant diverses pathologies. Concernant notre échantillon d'enfants trisomiques, 60% des professionnels ont déjà vu ou pratiqué la médiation animale avec eux. 60% pensent que les troubles d'attachement et de socialisation peuvent être liés à cette pathologie. En corrélation avec leurs besoins, les professionnels sont unanimes sur le cadre sécurisant apporté par le lien Homme-Animal. La médiation animale impacte donc favorablement le processus d'attachement et de socialisation. Même si toutes les questions n'ont pas été appréhendées par les professionnels, biaisant ainsi certains résultats, ceux-ci confortent nos représentations concernant notre sujet et la population cible. Nos résultats semblent confirmer nos hypothèses, bien que nous ne disposons pas de données suffisantes pour en faire une généralité.

Discussion

Les fondements principaux du développement de l'Homme commencent dès la naissance, et même avant, puisqu'il est sensible au monde qui l'entoure. Il perçoit son environnement grâce à ses sens. À la naissance, s'entame un long processus, constitué de plusieurs étapes où les premiers instants favorisent la création du lien d'attachement qui lie l'individu à sa mère. Le lien d'attachement se développe par des interactions, l'aspect émotionnel, affectif et culturel. Selon la qualité de ce lien et de la figure d'attachement, l'individu se construit et élabore des schémas sécures, insécures, désorganisés... qui influencent par la suite sa construction et donc sa socialisation. En effet, celle-ci constitue un ensemble de personnes adaptées à un contexte social et détermine des structures mentales qui caractérisent la personnalité des individus. Ainsi, au cours de la socialisation primaire, ceux-ci intériorisent les codes, les figures de base comme le langage, les dispositions qui lui permettent de devenir un être social. La socialisation secondaire renforce ce processus et favorise l'intégration aux « sous-mondes sociaux spécialisés » qui étaye le développement des rôles et statuts sociaux. De ce fait, l'identité est une construction entre diverses instances conscientes, inconscientes et sexuées. Celles-ci incitent l'individu à avoir une connaissance objective et subjective de son identité, lui permettant de se positionner dans la société, de s'y construire et de développer les pluri-facettes de sa personnalité.

Chez la personne trisomique, plusieurs cliniciens évoquent ces difficultés de construction identitaire et les relient à des problématiques d'établissement du lien de filiation. Ne présentant pas les mêmes caractéristiques physiques et cognitives que les enfants « ordinaires », les enfants trisomiques organisent leur développement sur d'autres bases. Ainsi, ceux-ci se retrouvent dans un processus de « repli narcissique », conséquence d'une rupture de la relation objectale. Le regard, celui des autres, le leur sur eux-mêmes et les sentiments associés peuvent porter atteinte à leur représentation puisqu'il existe un lien étroit entre regards des autres, regards de soi, regards sur soi et estime de soi, au cours de l'adolescence. Concernant leur processus de socialisation, les aspirations des adolescents porteurs d'une trisomie 21 ne sont pas différentes des autres enfants : ils aiment avoir des activités, faire des sorties entre pairs, avoir des centres d'intérêt en lien avec leur âge réel... Cependant, le milieu institutionnel ne se préoccupe pas de la construction identitaire chez l'enfant « ordinaire » puisqu'elle semble se faire « toute » seule. Mais pour l'enfant trisomique, il faut veiller à sa bonne mise en place. En effet, en situation d'intégration (crèche, maternelle, école primaire, collège, lycée...), la problématique est que l'étiquette « trisomie » masque aux yeux de tous la première dimension identitaire à laquelle il a le droit comme tout enfant : son sexe.

Ouverture, perspectives professionnelles et scientifiques

Même si le public trisomique reste sensible à la pratique de la médiation animale et que celle-ci porte une influence sur plusieurs éléments fondateurs de leur construction (gestion des émotions, processus d'attachement et de séparation, rapport aux autres, respect, cadre...), les professionnels nous ont également révélé qu'un autre public, très présent au sein de leurs établissements, y était sensible : les personnes atteintes de trouble du spectre autistique. Leur problématique comportementale et identitaire pourrait être similaire aux enfants trisomiques. La médiation animale constituerait une stratégie efficiente dans leur développement. « Chacun est différent, un trisomique aura plus de facilité de compréhension qu'un autiste car ils ont une meilleure compréhension du langage. C'est un processus qui peut être long, il dépend de la réceptivité de la personne, de ses problématiques, des objectifs qui en découlent. L'écoute du patient est déjà très importante dans la prise en charge ». Par ailleurs, notre enquête ne nous a pas permis d'établir un lien entre la pratique de la zoothérapie et le métier infirmier puisqu'aucun n'a répondu à notre questionnaire malgré de nombreuses sollicitations. Malgré que notre questionnement n'était peut-être pas assez orienté, ce manque de réponse soulève plusieurs interrogations : les infirmiers, sont-ils sensibilisés à cette pratique ? Ne devraient-ils pas jouer un rôle dans ce type de prise en charge ? Le cursus de formation devrait-il initier davantage une sensibilisation aux pratiques alternatives non-médicamenteuses ?

Conclusion

À travers cette étude quantitative et qualitative, nous avons cherché à éclaircir ces processus de développement comportemental et l'intérêt que la médiation animale pourrait y avoir. Les structures médico-sociales, les écoles spécialisées et les professionnels indépendants que nous avons contactés ont ainsi pu témoigner de leurs expériences, ce qui nous a permis d'avoir une meilleure vision du terrain. Après plusieurs obstacles, questionnements et réajustements, ce projet a répondu à une problématique et a favorisé une réflexion sur soi. La finalité étant de nous questionner sur notre pratique soignante, il nous permet d'avoir conscience du professionnel que nous souhaitons devenir afin que nous agissions selon nos valeurs. Ce sont ces éléments qui feront ressortir cette humanité qui constitue l'être que nous sommes. Comme le dit Aydelotte « la profession infirmière est à la fois un art, une orientation humaniste, un respect de l'individu et une perception instinctive de l'éthique. »

Bibliographie

AZE (2017). ZOOTHÉRAPIE DÉFINITION ET HISTOIRE. 2017. AZE association de zoothérapie [en ligne].

Consulté le 2/02/2022. <URL : <http://zootherapie-auvergne-rhonealpes.fr/zootherapie->

Fournier Chaufour, C. (2021). Cerveau et attachement. Sciences Humaines [en ligne]
Consulté le 2/02/2022.

< https://www.scienceshumaines.com/cerveau-et-attachement_fr_36415.html

Resource foundation (2021). Le développement cognitif chez les jeunes enfants atteints de trisomie 21 (2021). Down syndrome resources foundation [en ligne]. Consulté le 2/02/2022.

<URL: <https://www.dsrf.org/information/other-languages/le-d%C3%A9veloppement-cognitif-chez-les-jeunes-enfants-atteints-de-trisomie-21---forces-et-faiblesses>>

Trisomie France (2018). C'est quoi la trisomie 21. Consulté le 2/02/2022. <URL : <https://trisomie21-france.org/cest-quoi-la-trisomie-21/>>

La prise en considération de la douleur

PELLECCHIA Cynthia – Croix-Rouge Compétence Grand Est – IFSI Metz

Mots clés : Douleur ; Soin ; Relation ; Considération ; Hospitalisation

Introduction

La douleur, symptôme dont la fréquence est absolument considérable, doit à tout prix, être une priorité aux yeux de tous. Plus de 12 millions de personnes souffriraient de douleurs chroniques en France selon le Livre blanc de la Douleur. Néanmoins, seules 30% d'entre elles recevraient une prise en soins appropriée. Premier motif de consultation dans les services d'urgence, elle constitue également plus de 70% des visites chez un médecin généraliste. Symptôme récurrent parfois vécu comme une fatalité, elle peut entraîner des conséquences majeures et invalidantes sur les plans physiques et moraux, tant au niveau privé que professionnel. Sous-évaluées, sous-estimées, sous-traitées, les douleurs vont alors pouvoir s'installer et perdurer. L'utilisation d'antalgiques de façon exponentielle n'est pas sans risque et peut entraîner de nombreux effets secondaires, voire des addictions. C'est pourquoi la douleur et son soulagement ont fait l'objet de progrès en demi-teinte ces vingt dernières années. Cette évolution s'est notamment traduite par l'élaboration de trois plans douleurs successifs. La proposition de résolution n°45775 a été prononcée à l'Assemblée Nationale le 19 octobre 2021, invitant le gouvernement à agir contre la douleur chronique et à apporter aux professionnels de santé les moyens nécessaires pour la mise en place d'un nouveau plan de lutte. Afin d'étudier ce problème de Santé Publique, nous développerons quatre concepts : d'abord celui de la douleur, concept incontournable qui nous permettra ensuite d'en détailler trois autres : le soin, la relation, mais aussi et surtout la considération. Nous étudierons le vécu de la douleur dans le contexte de l'hospitalisation. En quoi la prise en considération de la douleur chez le patient hospitalisé impacte-t-elle la prise en soin ?

Cadre théorique

La douleur est un symptôme dont la fréquence est considérable, ce qui n'est, aujourd'hui, plus à prouver. Étymologiquement, ce terme tire sa racine de *dolor* qui reprend l'idée d'une sensation pénible et d'une souffrance. Le dictionnaire Garnier Delamarre la définit comme une : « *impression anormale et pénible reçue par une partie vivante et perçue par le cerveau* ». Rey explique que la pensée médicale grecque a construit une autre conception de la douleur. Il ajoute qu'une pensée novatrice est apparue à partir du XIV^{ème} siècle : la douleur est alors liée au système nerveux et plus au cœur, siège des sentiments. L'IASP la décrit comme « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou*

potentielle, ou décrite en les termes d'une telle lésion. ». La douleur est perçue différemment selon les individus mais aussi selon les périodes, les ethnies, les cultures, l'environnement, l'entourage familial ou même professionnel car elle est sous l'influence de nombreux facteurs. Elle peut se caractériser par des sensations plus ou moins aiguës, plus ou moins évaluables, plus ou moins quantifiables et c'est ce qui rend cette notion si complexe à prendre en soin. En 1999, l'ANAES révèle que la douleur fait intervenir quatre composantes interactives. Elles sont dites sensori-discriminatives, affectives et émotionnelles, cognitives et enfin comportementales. Cattro (2007) parle de l'unicité de ce concept : *« les douleurs dépendent de l'individu qui les vit, de ses représentations, de son histoire, de sa culture »*. La douleur est propre à chacun et demeure très subjective. On distingue schématiquement cinq grandes variétés de douleurs qui peuvent parfois être intriquées chez un seul et même individu. Comprendre une douleur, son mécanisme et son fonctionnement permettra ensuite de la prendre en soin de manière plus efficiente. Les douleurs sont qualifiées de douleurs inflammatoires, nociceptives, neuropathiques, psychogènes ou *sine materia* ou enfin, induites par les soins. La douleur chronique a fait l'objet d'un écrit par la Société de Neurologie qui affirme qu'*« elle est définie par une durée supérieure à 3 mois, (qu'elle) altère la personnalité du patient ainsi que sa vie familiale, sociale et professionnelle »*. La HAS confirme à son tour que *« la douleur chronique agit directement sur celui qui souffre mais aussi sur son entourage familial et social y compris le travail.* ». La HAS affirme que l'évaluation de la douleur chez le patient atteint de douleurs chroniques est un soin qui requiert du temps et de nombreux acteurs. Elle implique un bilan étiologique qui se compose d'entretiens, d'exams cliniques mais aussi d'exams complémentaires. L'utilisation isolée des échelles ne peut suffire à elle-même pour une évaluation adéquate et holistique de la douleur. Le traitement de la douleur de l'adulte se base principalement sur l'utilisation d'antalgiques qui se classent en trois paliers. Les douleurs neuropathiques, par exemple, réagissent bien moins bien aux antalgiques classiques. Elles sont généralement traitées par des médicaments bien spécifiques. Il existe d'autres moyens thérapeutiques efficaces pour traiter la douleur comme la radiothérapie, la cimentoplastie, la kinésithérapie, la physiothérapie, mais aussi les thérapies cognitives et comportementales telles que l'hypnose, les psychothérapies, la relaxation ou même la sophrologie. Pour une prise en soin optimale de la douleur chronique, il est préconisé d'utiliser différents types de moyens thérapeutiques.

Le concept du *« soin »* peut quant à lui être défini à l'aide de son histoire. C'est en Grèce que sont apparues les notions de soin et de médecine. Avant le Moyen-Âge, ces deux versants étaient intimement liés. L'idée de vocation, le fait *de « prendre soin de son prochain »* était alors en étroite collaboration avec la religion et l'Église. Au fil des siècles, ils ont été séparés pour des raisons religieuses, institutionnelles et sociales. Le soin a d'abord été considéré

comme une vertu de charité chrétienne dans les œuvres d'assistance et d'hospitalité aux pauvres. C'est à partir du XVII^e siècle qu'il a pris un sens de plus en plus médical. En 1786, le médecin ordinaire du roi, Joseph Carrère publie un manifeste en faveur de l'instruction des gardes-malade, non plus pour *gouverner* mais pour *servir* les malades. Ce manifeste, bien qu'obsolète aujourd'hui, a participé aux changements de mentalités. Ce concept est d'ailleurs défini par Pruvost comme « *la diligence qu'on apporte à faire réussir une chose, à la garder et à la conserver, à la perfectionner* ». Il a pour but de répondre aux célèbres besoins fondamentaux qui ont été décrits par Henderson en 1960. Aujourd'hui, la définition du soin communément admise reprend ce qui contribue à retrouver la santé selon la définition de l'OMS : « *bien-être physique, mental et social* ». Ripoché évoque le « *prendre soin* » ou « *care* ». Le premier traduit l'attitude particulière et responsable dans la relation de soins, tandis que le second renvoie à l'action de soins. Pour Hesbeen (2006), « *prendre soin c'est aussi être attentif à la famille, à l'entourage de la personne malade* ». Pour justifier ses propos, il ajoute que « *le comportement de la famille ou de l'entourage influe sur le cheminement du patient* ». L'idée de considération multidimensionnelle est reprise par Nadot (2005). Pour prendre soin de manière optimale, il faut veiller aux aspects socio-économiques, logistiques et domestiques. Nous pouvons en déduire aisément que la considération de la douleur est un soin à part entière.

La relation est tirée du latin *relatio* et signifie « *rapport, récit* ». La relation est un lien qui permet de mettre en rapport une personne face à une autre. Le CNRTL la définit comme étant un rapport *qui lie des personnes entre elles, impliquant un lien de dépendance, d'interdépendance ou d'influence réciproque*. La communication est un élément à la base de la relation. Anzieu et Martin (1968) décrivent par ailleurs la communication comme étant « *l'ensemble des processus physiques et psychologiques par lesquels s'effectue l'opération de mise en relation de personnes* ». Sans relation, les soins n'ont plus de réels intérêts ni de bénéfices, d'où l'importance de la relation soignant-soigné. Formarier (2007) ajoute que « *les relations sont une accumulation d'interactions entre individus qui durent et impliquent des attentes, des affects et des représentations spécifiques* ». Elle garantit que ces interactions sont uniques. « *Chaque interaction est affectée par les interactions passées et affecte à son tour les interactions futures* ». Déjà en 1988, ces propos étaient nuancés par Hartup. Il a développé la différence entre l'interaction et la véritable relation. Différents niveaux de cette relation soignant-soigné ont été décrits par Malaboef (1992). Ils sont classés en quatre niveaux : la relation de civilité, fonctionnelle, de compréhension et d'aide thérapeutique. Ainsi, sans relation, il ne peut y avoir de relation soignant-soigné et donc de soin de la douleur efficace. Étymologiquement, la considération est un terme qui provient du latin *consideratio* qui signifie « *attention portée à quelque chose, examen attentif* ». Rogers (1959), célèbre

psychologue américain, est un précurseur en la matière. Il est l'un des premiers à avoir mis en lumière les conditions nécessaires pour promouvoir l'efficacité de l'interaction. Pour lui, « *l'Homme a fondamentalement quelque chose de positif en lui* ». Il fait également référence à la considération positive inconditionnelle : « *c'est une croyance en l'autre et au fait qu'il possède les capacités à évoluer* ». Gendreau (1995) a d'ailleurs dépeint ce concept parmi les six schémas relationnels que sont la congruence, la disponibilité, l'empathie, la confiance, la sécurité et la considération. Brazier ajoute qu'elle « *permet le développement d'un climat sécurisant dans la relation, c'est le moteur de la relation d'aide* ». En d'autres termes, il s'agit d'un sentiment d'estime et de respect inconditionnel porté vers un être humain qui passe aussi par le respect de la dignité. Gendreau (1995) ajoute également qu'il est important de veiller à « *l'accepter tel qu'il est, dans son unicité et son individualité, sans condition* » pour que la personne puisse se « *sentir comprise, acceptée et respectée* ». Ce concept apparaît même dans le code de déontologie des infirmiers avec le respect de la vie humaine, la dignité, l'intimité du patient. Sans considération du patient, il ne peut y avoir de considération de la douleur et donc de prise en soin optimale d'où son profond intérêt. Indéniablement, l'hospitalisation est une période qui n'est pas sans conséquence sur le patient. Le contexte familial, social et même professionnel accentue bien souvent la complexité de l'hospitalisation, sans compter les pathologies pour lesquelles ils sont initialement admis. Ces aspects doivent donc être pris en considération tout au long de la prise en soin et du parcours de soin du patient. Lors de toute hospitalisation, chaque patient bénéficie d'un certain nombre de droits qui sont notamment garantis par la Charte de la personne hospitalisée. Elle se décompose en onze principes fondamentaux dont un nous intéresse tout particulièrement : « *Les établissements garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.* » Cela a été nécessaire à la suite de l'évolution de nombreux textes législatifs tels que la Loi du 4 mars 2002. De même, la Loi Claeys-Leonetti du 22 avril 2005 est une loi créant de nouveaux droits en faveur des personnes en fin de vie. Elle offre différents droits tels que le refus de l'obstination déraisonnable ou le droit à la sédation profonde continue maintenue jusqu'au décès. Ainsi, le soignant est amené à employer tous les moyens pour soulager la douleur d'un patient en fin de vie, pouvant aller jusqu'à la sédation profonde et entraîner la mort sans que cela en soit la première intention. L'hospitalisation est un passage que nombreux rencontreront au cours de leur vie. Selon l'ARS, 12,8 millions de patients ont été hospitalisés sur la seule année de 2018 dans l'un des 3295 établissements de santé. Malgré tout, la vie hospitalière reste très méconnue. Bien souvent, les services de chirurgie et de médecine notamment sont sources de souffrances et d'inquiétudes pour les patients hospitalisés. La douleur s'ajoutant bien souvent à

l'hospitalisation, elle rend cette période particulièrement difficile à vivre. C'est ce que confirme Carlier (2009) : « *un manque de considération peut entraîner un mécontentement, qui crée une recrudescence douloureuse* ».

Matériel et méthode

Nous avons choisi d'utiliser un outil d'enquête qualitatif. Idéal pour étudier certains sujets tels que les croyances, les valeurs ou même les représentations, il favorisera l'approche d'une réponse à notre problématique. Cet outil d'enquête nous permettra de considérer le point de vue de l'enquêté et ainsi de connaître l'opinion de l'infirmier sur la prise en considération de la douleur. Il se construit en quatre parties. La première concerne le profil du professionnel. La seconde partie permet quant à elle de connaître la vision globale du soignant vis-à-vis du concept de la douleur. Puis, la troisième permet de découvrir la place de la douleur au quotidien de l'infirmier. Enfin, la quatrième et dernière partie permet à l'IDE de s'exprimer librement. Nous avons sondé deux types d'infirmiers distincts : ceux qui possèdent une formation bien spécifique dans la douleur, qui ont mis en œuvre leurs compétences au service de personnes présentant une douleur, et ceux qui ne possèdent pas de formation particulière concernant la douleur mais qui, pour autant, rencontrent systématiquement ce problème majeur. Les deux premiers IDE sont titulaires d'un DIU (Diplôme Inter-Universitaire) prise en charge de la douleur. La troisième IDE possède un CISPAD (Certificat Interdisciplinaire de Soins Palliatifs d'Accompagnement Douleur). Les deux dernières infirmières n'ont pas de formation spécifique en lien avec la douleur. Les infirmiers ayant une formation en lien avec la douleur sont tous diplômés depuis au moins dix ans contre moins de trois ans pour les deux infirmières non formées spécifiquement à la douleur.

Résultats

Notre étude nous a permis de constater quelques points clefs. Parmi les principaux, nous pouvons citer l'intérêt de l'examen clinique pour évaluer une douleur : seuls les deux infirmiers les plus formés ont pointé son importance et son enjeu. À contrario, ce sont uniquement les deux infirmières sans formation complémentaire qui traduisent le meilleur traitement de la douleur comme étant l'augmentation de la dose d'antalgique. Enfin, tous les infirmiers interrogés sont unanimes : la prise en considération de la douleur est primordiale et se base principalement sur l'écoute. Ils soulignent tous que la douleur est un mécanisme unique et propre à chacun et qu'il est de notre devoir de la prendre en considération à chaque instant.

Discussion

Nous avons pris conscience grâce à notre étude que le manque de formation pouvait parfois laisser place à quelques approximations concernant la prise en soins de la douleur. Seuls les infirmiers formés semblent maîtriser les tenants et les aboutissants d'une prise en soins optimale de la douleur en répondant parfaitement aux recommandations de la HAS, en évaluant la douleur à l'aide d'échelles adaptées mais aussi et surtout par le biais d'un examen clinique attentif. Lorsqu'une douleur est trop intense, il existe les trois paliers d'antalgiques pour contrer cette sensation désagréable. Si cette idée est reprise par tous les infirmiers, elle est accentuée par les IDE sans formation complémentaire. Pourtant, le VIDAL® affirme qu'il est important de varier les moyens thérapeutiques, qu'il ne faut pas se cantonner à des médicaments et que certains types de douleurs ne répondent que très mal aux antalgiques usuels. Il faut donc savoir reconnaître les différentes catégories de douleur qui sont très nombreuses. La douleur est toujours un phénomène perçu comme complexe à prendre en soins, comme synonyme de malheur et de souffrance pour tous les infirmiers consultés. De même, la mise en place de relation - de confiance notamment- favorise une évaluation de la douleur pertinente. L'écoute active renforce la relation qui doit, elle-même, être adaptée à chacun car la douleur est une sensation individuelle. Cette idée, partagée par les infirmiers, confirme les propos de Cavro (2007). Ils sont unanimes : si la douleur n'est pas considérée, l'hospitalisation sera comparable à un enfer pour les patients. Ils confirment tous l'intérêt de la considération de la douleur en tant que priorité mais nuancent néanmoins leurs propos avec les nombreuses difficultés auxquelles ils sont confrontés chaque jour.

Ouverture, perspectives professionnelles et scientifiques

Si les traitements médicamenteux ne sont pas toujours efficaces, il faut veiller à les combiner à d'autres moyens thérapeutiques. En quoi l'hypnose peut-elle offrir de nouvelles perspectives aux patients douloureux ? Réel lien entre le conscient et l'inconscient, l'hypnose permet d'aider la personne souffrant à puiser à l'intérieur d'elle-même des ressources pour contrer cette douleur.

« Vous ne contrôlez pas le comportement d'une quelconque autre personne. Vous apprenez à le connaître, vous aidez les patients en l'utilisant [...] Mais vous ne travaillez pas avec les patients pour atteindre vos propres buts. Le but est leur bien-être, et si vous réussissez à obtenir leur bien-être, vous touchez directement votre propre bien-être. » Erickson (1965).

Conclusion

Il est de notre rôle de soignant d'enrichir nos connaissances afin d'identifier, d'évaluer, de comprendre et de traiter de manière optimale tous les types de douleurs. Notre étude nous

permet d'affirmer que la prise en considération de la douleur chez le patient hospitalisé impacte directement la prise en soin. Sans considération, le patient ne se sentira pas écouté et vivra ce moment avec de grandes difficultés et c'est ainsi que la douleur peut alors s'amplifier et s'aggraver. Le simple fait de considérer la douleur d'un patient permet parfois de l'atténuer. Des moyens divers et variés existent pour limiter les douleurs. C'est à nous, soignants, d'en faire bon usage et d'accompagner les patients.

Bibliographie

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. (1999). *Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire, recommandations pour la pratique clinique*. Paris : ANAES.

Anzieu, D. et Martin, JY. (1968). *La dynamique des groupes restreints*. PUF.

Aubry, R. et Daydé, M-C. (2010). *Soins palliatifs et fin de vie*. Lamarre.

Bouhassira, D. (2017). La science pour la santé. Douleur, un symptôme fréquent, parfois vécue comme une fatalité, *INSERM*.

Cavro, E. (2007). Douleurs et intersubjectivités. *Journal des psychologues* n°246.

Carlier, A-M. (2009). Plainte et douleur au quotidien. *Revue Soins* : 736.

Couteaux, A. et Collin, E. (2008). *Douleurs induites par les soins : épidémiologie, retentissements, facteurs prédictifs, Douleur et analgésie* : 21, 126-138.

Collière, M-F. (1994). *Nature des soins infirmiers*. Paris : InterEditions.

Degrève, I. (2009). Hospitalisations et vécus. *Santé conjuguee*, n°49.

Fischer, G- N, (2020). *La relation sociale Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Dunod, 41 - 74.

Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers* : 89, 33-42.

Gendreau, G. (1995). *Partager ses compétences*. Science et culture.

Itelis-BVA. (2016). Hospitalisation : Itelis se penche sur les angoisses des patients. <https://www.argusdelassurance.com/acteurs/hospitalisation-itelis-se-penche-sur-les-angoisses-des-patients.109017>

Hammond, C. Les différentes composantes de la douleur. *INSERM*.

HAS. (2008). Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. https://www.has-sante.fr/jcms/c_732257/fr/douleur-chronique-reconnaitre-le-syndrome-douloureux-chronique-l-evaluer-et-orienter-le-patient

Hesbeen, W. (2006). Système de soins, saveur soignante, travail d'humanité. *Soins* : 51, 92 - 95.

Malaboeuf, L. (1992). La relation soignant-soigné, du discours au passage à l'acte. *Soins*.

- Manoukian, A. et Massebeuf, A. (2008). *La relation soignant-soigné*. Lamarre.
- Nadot, M. (2005). Au commencement était le prendre soin. *Soins*, 700.
- Orlando, I. (1950). Nursing Process Theory : Processus infirmier sur 3 items : le comportement du patient, la réaction de l'infirmière.
- Rogers, C. (1959). A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships. As Developed in the Client-Centered Framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A Study of a Science. Formulations of the Person and the Social Context* (Vol. 3, pp. 184-256). New York: McGraw Hill.
- Vigil-Ripoche, M-A. (2016). Prendre soin, care et caring. *Les concepts en sciences infirmières*, 244-249.

De la sanction à l'intégration : quels impacts sur la vie d'après ?

PETRE Marylou – Croix-Rouge Compétence Centre-Val de Loire – IFTS Chambray-lès-Tours

Mots clés : Incarcération ; Délinquance ; Stigmatisation ; Exclusion ; Intégration

Introduction

Dans le cadre de ma seconde année de formation au Diplôme d'État d'Assistante de Service social, j'ai pu effectuer un stage au sein d'une antenne de proximité déployée par le Conseil Départemental. La rencontre de personnes ayant effectué une peine privative de liberté à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire suscite alors mon questionnement quant à certains effets de cette peine qui pourraient potentiellement être liés à la récidive ou, plus largement, à la délinquance.

Néanmoins, ce travail part aussi du constat qu'il existe de nombreuses disparités au niveau des conditions de vie au sein des prisons dans le monde. Pour autant, le modèle carcéral privatif de liberté est celui le plus répandu, et ce, bien que ses limites aient été démontrées, notamment la surpopulation à l'échelle internationale. Le doublement de la population carcérale française au cours des dernières décennies peut l'attester. Cela m'a amenée à dégager plusieurs visions du système carcéral ainsi qu'au centre, l'Europe, qui tente d'unifier ses mesures. Seulement, il y aurait un potentiel suicidaire derrière chaque porte de cellule. Dans les prisons françaises, les autolyses seraient la cause de près d'un décès sur deux, un taux sept fois plus élevé que celui de la population vivant libre. Le suicide en prison peut traduire un certain malaise structurel qui met en exergue les difficultés à intégrer le mode de vie carcéral.

Alors, au regard de mes représentations initiales face à ce public ainsi qu'aux prémices de mes recherches, mon travail de mémoire de pratique professionnelle s'est alors attaché à comprendre : Dans quelle mesure l'incarcération a-t-elle un impact sur l'intégration ?

Cadre théorique

Afin de pouvoir répondre à cette question, plusieurs disciplines ont été exploitées telles que la sociologie, l'histoire, la philosophie ou encore la psychologie dans le but de mettre en exergue les effets de l'incarcération sur la réinsertion des personnes au sein de la société. Après avoir explicité la méthodologie découlant de cette recherche, une première partie théorique est venue alimenter les connaissances sur le système pénitentiaire en prenant en compte les possibles impacts d'une période d'enfermement sur l'intégration. La seconde partie traduisait des recherches empiriques menées auprès d'anciens détenus et des professionnels pouvant intervenir auprès d'eux : le temps de la peine, la question du maintien

des liens, la préparation de la sortie et enfin la nature des stigmates relevés. Avant de conclure, ces données ont pu être croisées dans la troisième et dernière partie, la problématisation, afin de faire émerger une nouvelle question de recherche et des hypothèses d'application au regard de la pratique d'assistant de service social.

En effet, mes représentations initiales m'ont amenée à me questionner sur le concept de récidive. D'une part, via la recherche des déterminants sociaux mais également en m'interrogeant sur ce qui, dans le monde de vie carcérale, peut venir renforcer des comportements néfastes à l'intégration. En interrogeant ma posture professionnelle, j'ai pu aborder un travail réflexif quant à l'efficacité de la pratique professionnelle dans un cadre contraint. Il s'agit pour moi de susciter une conscientisation vis-à-vis des déterminants dans lesquels les personnes peuvent être "enfermées" afin qu'elles puissent les identifier et développer leur pouvoir d'agir par le biais de l'*empowerment* tout en prônant l'émancipation comme le stipule le code de déontologie à propos de la profession d'assistant de service social. En outre, il s'agit aussi dans l'accompagnement de revaloriser la personne dans le but qu'elle s'inscrive dans un processus de réaffiliation sociale.

Matériel et méthode

Afin d'arriver à cette conclusion, j'ai commencé mes recherches du côté de Foucault (1993) qui apporte un éclairage sur l'évolution de l'institution prison et des peines jusqu'à nos jours. J'ai ensuite puisé des ressources auprès de Becker (1985) par l'étude de l'entrée dans une nouvelle forme de sociabilité que représente la carrière délinquante. L'appropriation comportementale du territoire a aussi été soulevée, notamment par la notion de behaviorisme. Cela m'a permis d'évoquer le concept de "prisonisation" abordé par Clemmer (Lemire et Vacheret, 2018, p. 16) ce qui a fait émerger la notion de stigmatisme reprise par Goffman (1975). Ce dernier ne constituant pas, pour lui, une condition suffisante pour mener à la déviance, j'ai une nouvelle fois sollicité les travaux de Becker qui démontrent que l'exclusion en est un facteur prépondérant. En ce sens, Furtos (2009) m'a aidée à comprendre le processus d'auto-exclusion qui pourrait constituer pour certaines personnes une réponse aux impacts de l'incarcération.

La recherche théorique m'ayant permis d'appréhender le phénomène social que constitue l'incarcération à travers différents champs disciplinaires, j'ai pu recueillir le témoignage de professionnels exerçant dans des domaines spécifiques. En effet, j'ai pu échanger avec une Conseillère Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (CPIP) qui accompagne les personnes incarcérées en milieu fermé et ouvert. Celle-ci ayant également exercé la profession de surveillante pénitentiaire, elle m'a aussi apporté un éclairage sur le quotidien carcéral. Au cours de mes travaux, je me suis questionnée sur l'adhésion à l'accompagnement mené par les CPIP,

notamment de par leur nature injonctive. De ce fait, j'ai choisi de rencontrer une assistante de service social ayant exercé en prison afin de mieux cerner ses domaines d'actions et son travail en équipe avec les CPIP. Puis, j'ai rencontré un infirmier ayant exercé au sein d'une unité sanitaire déployée en prison mais étant aussi intervenu de façon régulière auprès d'anciens détenus dans le cadre de maraudes, de permanences d'accès aux soins de santé ou encore de structures d'addictologie. Enfin, j'ai pu échanger avec un intervenant en prison qui accompagne les personnes étrangères afin de faciliter le renouvellement de leurs titres de séjour par le biais d'une association.

Concernant le public, j'ai choisi de recueillir le témoignage d'hommes (la population carcérale en étant composée en majorité) ayant vécu une période d'incarcération, étant sortis depuis au moins cinq ans et dont l'âge suppose la possibilité d'exercer une activité professionnelle. Dans le dessein de mener à bien ces recherches empiriques, les rencontres effectuées se sont déroulées sous la forme d'entretiens semi-directifs. À cet effet, j'ai réalisé deux guides d'entretien : l'un à destination du public, l'autre des professionnels, par ordre thématique. Dans le but de m'assurer de la viabilité de chaque question, j'ai ensuite évalué les grilles en repérant les Forces, Faiblesses, Possibilités et Menaces (FFPM). Alors, les témoignages recueillis permettent une meilleure appréhension de la réalité de la condition carcérale en France ainsi que de leur impact sur l'intégration post-pénale. Plus encore, ils sont le moyen de mettre en exergue la complexité des histoires de vie et les raisonnements singuliers qui ont mené ces personnes en détention. Avec l'accord des participants préalablement sollicité, j'ai pu enregistrer nos échanges et ainsi les retranscrire, puis les analyser dans un deuxième temps.

En dernier lieu, le croisement de ces données théoriques et empiriques a servi à alimenter une problématisation du fait social s'axant sur l'articulation entre la perte d'autonomie en milieu privatif de liberté et les situations de rupture post-incarcération. Enfin, j'ai cherché à répondre à cette problématique en émettant une hypothèse et des outils de vérification, notamment en apportant de possibles éléments de recherche au sujet d'une posture d'écoute active ainsi que d'une approche systémique, en complément d'interventions collectives de principe participatif.

Résultats

En somme, les dynamiques semblant les plus impactées incluent les liens sociaux, le logement, l'emploi et même la sphère psychique. En effet, le remplacement des châtiments corporels par un système d'incarcération punitif a permis d'atténuer les effets désocialisants de la prison. Cependant, les conclusions ont montré que nous étions plus susceptibles de rencontrer des hommes célibataires en situation de précarité psycho-socio-économique durable. La combinaison de ces facteurs, souvent vecteur de stigmatisation, m'a amenée à

imaginer que l'incarcération pourrait exacerber l'ensemble de ceux-ci. Dans le même temps, une sociabilité parallèle s'instaure comme rite initiatique. Le poids des représentations sociales sur celles-ci peut affecter l'estime de soi en modifiant le rapport à l'autre. Selon Becker (1985), cela aurait pour effet de cristalliser l'identité de délinquant. Cette dimension fait ressortir la complexité de recréer des relations sociales normalisées à la sortie et aurait donc un impact déterminant. Ainsi, la remise en cause identitaire engendrée pourrait conduire jusqu'à l'auto-exclusion, comme le développe Furtos (2009), marquant un schisme avec toute demande d'aide.

En second lieu, les études empiriques ont révélé des trajectoires différentes mais significatives de grandes ruptures. Elles témoignent également d'une altération du lien social comme la théorisation l'avait suggérée, freinant de ce fait le maintien des liens familiaux et mettant en évidence l'aspect illusoire des relations avec l'extérieur en détention. En définitive, cette dissonance avec le reste de la société est apparue en elle-même tel un facteur de délinquance. De plus, la temporalité ne semble pas favoriser l'*empowerment*, ce qui doublerait l'impact de la peine, notamment pour les populations les plus précarisées. En ce sens, il existe un besoin croissant de suivi psychologique ou associatif face à la surcharge systémique de l'Administration Pénitentiaire. Les conséquences liées aux difficultés de prise en charge favorisent un sentiment de rejet de la société alors que l'intégration se développerait en regard de l'approbation d'autrui. En définitive, un aspect destructeur et destructurant, qui n'apparaît pas dans la partie théorique, peut ainsi être mis en exergue. Celui-ci semble être d'une importance significative, notamment lorsque l'accompagnement prend fin dès la levée d'écrou. Paradoxalement, même à l'échelle d'un faible échantillonnage, on constate une variabilité des impacts, parfois diamétralement opposés. Cette antinomie pourrait tenir en la singularité organisationnelle de l'établissement, des méthodes d'intervention de son personnel permanent et itinérant. La personne incarcérée pourrait s'approprier ces espaces dans sa nouvelle condition. Cela m'a amenée à me questionner sur la place accordée aux individus dans un système où l'autonomie est limitée. Ainsi, comment favoriser l'autonomie des détenus afin de prévenir les situations de rupture post-incarcération ?

Discussion

À la lumière de ces deux points que sont la carrière déviante et la stigmatisation, nous comprenons mieux de quelle manière cette situation d'exclusion de la société peut perdurer à la sortie. D'autant que les entretiens avec les professionnelles mettent en évidence des difficultés d'accès aux droits décuplées à cet instant, notamment concernant l'hébergement, le logement ou encore les soins. La rupture engendrée peut alors être considérée comme une

détresse non reconnue, pouvant entraîner l'entrée dans ce que Furtos (2009) appelle la précarité psychologique et dont découlerait le phénomène d'auto-exclusion.

La temporalité contrainte des individus en condition d'enfermement pourrait alors être un facteur de ces situations de rupture à la sortie de prison. C'est en tout cas ce qui m'a amenée à définir la question de recherche suivante. J'ai ainsi pu mobiliser certaines pistes de perspectives professionnelles afin d'envisager d'y répondre. Cela s'est traduit par une posture professionnelle d'écoute active couplée d'une analyse systémique. Sur un aspect pratico-pratique, cela pourrait s'illustrer par un co-pilotage des travailleurs sociaux sur les espaces collectifs. D'ailleurs, il serait possible de s'inspirer des Thérapies Cognitivo-Comportementales(TCC) déjà utilisées dans des lieux comme les établissements de détention. Les programmes TCC, destinés aux délinquants, mettent l'accent sur la responsabilité individuelle et tentent d'enseigner aux délinquants à comprendre les processus de pensée et les choix qui précèdent leurs comportements criminels. Il importe donc, pour l'intervenant, de pouvoir créer un rapport humain dans lequel la personne se sentira valorisée et respectée et grâce auquel il sera possible de concevoir des interventions à la mesure de son plan de vie et des facteurs de risque qui y sont associés.

Ainsi, j'ai pu démontrer au cours de ce travail que la modification des contacts sociaux prend une importance particulière lors d'une période d'incarcération. Cette nouvelle structuration peut alors avoir des effets sur l'intégration à la sortie, notamment lorsque le lien entre intérieur et extérieur a rencontré plusieurs freins.

Ouverture, perspectives professionnelles et scientifiques

En définitive, il paraît nécessaire de pouvoir adopter, auprès de ce public, une posture qui ne soit pas de l'ordre de l'acceptation mais plutôt d'être dans la compréhension afin de ne pas enfermer la personne dans la qualification de ses actes. De même, il émerge un désir non seulement de remettre la personne au centre de l'accompagnement, mais aussi de la réintégrer au sein de la société. Cela aurait pour effet d'améliorer l'estime de soi en favorisant la prise d'autonomie par la participation collective. Ce travail devrait s'accompagner d'un suivi plus individualisé ainsi que d'une certaine considération. Cela encouragerait l'adhésion en adoptant une posture d'écoute active permettant de tendre vers l'émancipation. Ainsi, l'adaptation de ces accompagnements lors de la sortie de prison permettrait une transition plus fluide entre intérieur et extérieur. Cette mouvance intellectuelle tend à faire évoluer la pratique en permettant de faire le lien avec les connaissances relatives à l'expertise sociale et ainsi développer une nouvelle forme de savoir qui viendra alimenter la pratique existante et ouvrira de nouvelles perspectives, permettant de s'adapter au mieux aux personnes reçues.

Pour continuer, la multitude des chiffres disponibles sur la situation des populations carcérales est représentative de la complexité des diverses dimensions qui gravitent autour d'elles. Il paraît pour cela important de travailler en partenariat, notamment avec des structures spécialisées dans l'accès au logement, la prise en charge psychique, ou encore l'insertion professionnelle en utilisant le partage d'informations tout en respectant le secret professionnel. Il est important de rappeler qu'il n'existe pas d'intégration parfaite. La plus adaptée est celle qui correspond à l'individu et est en accord avec ses convictions profondes. Chacun peut être acteur de son changement de situation et nous devons disposer des moyens nécessaires pour l'y accompagner tout en assurant une transition vectrice d'émancipation. L'autonomisation est d'ailleurs favorisée dans les prisons « ouvertes » d'Europe du nord, une hypothèse qui semble confirmée par leur faible taux de récidive et de condamnation. En dernier lieu, ce travail de recherche rappelle l'importance de la place accordée à la personne, tant dans sa mobilisation pour l'élaboration de son projet de vie et sa réintégration au sein de la société, qu'au cours de sa reconstruction psychique.

Conclusion

Ce travail aura permis de faire émerger mes propres représentations et questionnements ainsi que des hypothèses de réponse. À la différence de ce que j'avais imaginé, j'ai pu effectuer une transposition avec le public accueilli sur mon terrain de stage en dernière année de formation. En effet, la population d'un quartier prioritaire de la ville peut connaître une vulnérabilité similaire : précarité financière, isolement, exclusion ou encore stigmatisation. Ces éléments m'ont notamment permis d'entreprendre un travail réflexif sur la place accordée à la personne au sein d'un collectif en tant que processus de restauration personnelle au service de leur émancipation. De plus, mon positionnement professionnel ainsi que mes émotions ont été questionnés : est-il plus difficile d'être face à l'agresseur ou à la victime ? Ce sont deux accompagnements de natures différentes. Néanmoins, cela éclairera ma posture et me permettra de l'adapter sans transférer mes propres émotions. Finalement, à la lumière de la récurrence de ces situations, à l'accroissement des populations vulnérables touchées par des situations économiques précaires et l'exclusion, il paraît légitime de se demander si nous disposons des moyens humains nécessaires pour répondre à ces besoins. Néanmoins, ce phénomène met en exergue la nécessité d'affiner les différents moyens de lutte contre la marginalisation et l'isolement des personnes en difficulté. Ainsi, en mettant en œuvre des moyens de lutte contre la précarité et l'exclusion innovants, les politiques publiques incitent à la réflexion quant aux pratiques d'accompagnement. En effet, l'action sociale s'adressant à un large public, la demande d'aide sociale est croissante et

nécessite un accompagnement spécifique à chacun. En ce sens, ne serait-il pas possible de travailler sur le rapport de la société au système pénal et des représentations qu'il suscite ?

Bibliographie

Becker, H. S. (1985). *Outsiders : Etudes de sociologie de la déviance. Fumeurs de marijuana, musiciens de jazz, entrepreneurs de morale, policiers*. A.M.Métailié.

Foucault, M. (1993). *Surveiller et punir*. Gallimard.
<https://doi.org/10.14375/NP.9782070729685>

Furtos, J. (2009). Conférence. Dans : , J. Furtos, *De la précarité à l'auto-exclusion : Une conférence-débat de l'Association Emmaüs et de Normale Sup'* (pp. 5-40). Paris: Éditions Rue d'Ulm.

Goffman, E. (1975). *Stigmates, les usages sociaux des handicaps*, p. 13. Paris : Éditions de Minuit.

Lemire, G., et Vacheret, M. (2018). 1. L'influence de la prison sur le détenu. In *Anatomie de la prison contemporaine* (p. 15-33). Presses de l'Université de Montréal.
<http://books.openedition.org/pum/10042>

L'histoire d'humour entre le soignant et le soigné

WATERLOT Anaïs – Croix-Rouge Compétence Hauts de France – IFSI Lens

Mots clés : Humour ; Représentations sociales ; Relation soignant-soigné ; Dédramatisation

Introduction

L'humour est un langage, un moyen d'expression. Selon Aristote, il est le propre de l'Homme. Il est vecteur de messages et participe à libérer les tensions psychologiques par le partage d'émotions positives. Mais on ne peut pas rire de tout, pas n'importe comment, et pas avec n'importe qui. Il peut également représenter une stratégie inconsciente de réponse situationnelle. Pour Freud (1905), « *L'humour est le mécanisme de défense le plus noble* ».

Les représentations de l'hôpital ne riment pas toujours avec humour et jovialité, mais plutôt avec douleur, souffrance, etc. Et pourtant, qui a dit qu'un séjour à l'hôpital devait être morose ? Lors d'une situation stressante, la mobilisation de l'humour peut aider à détendre l'atmosphère et procurer de l'apaisement. L'humour est une pratique souvent rencontrée dans les soins, qui permet de « *créer un climat de légèreté et de plaisir, de relativiser certaines situations afin d'aider la personne soignée à voir la vie de manière plus acceptable, plus détendue* » (Phaneuf, 2012). C'est à la fois une pratique et un concept protéiforme. Il est mobilisé de différentes manières selon les services de soins, tels que la pédiatrie, la psychiatrie, les soins palliatifs ou encore les urgences. Oui, même là où les soins sont techniques et les situations parfois complexes.

Cadre théorique

Des résultats de recherches indiquent que l'humour a des effets sur les dimensions physiologiques et psychologiques de la personne. Le rire « *est capital pour l'homme, il est en lui quelque chose d'anthropologiquement essentiel, sans lequel nos vies ne seraient même pas imaginables* » (Vaillant, 2016). L'humour représente également un objet social s'exprimant et se construisant dans l'interaction. Les représentations sociales de l'humour sont prépondérantes dans la prise en charge des patients, car elles influencent notre manière d'agir en collectivité (Abric, 1994). Plusieurs facteurs entrent en jeu, tels que la personnalité du soignant comme du patient, le bon *timing* (le bon moment ? la bonne personne ?), les vécus, les valeurs, la culture, etc. (Patenaude & Hamelin Brabant, 2006). L'humour a également une fonction clinique et pragmatique. Il peut être relié au concept d'humanité, qui est l'une des valeurs de la profession infirmière. « *L'humour est une forme de jeu intellectuel caractérisé par un comportement spontané qui démontre de la gentillesse et qui apporte un message d'affection, d'humanisme et de « caring » (« Prendre soin »)*. Et donc, nous nous sommes

demandé en quoi les représentations sociales des soignants à l'égard de l'humour influencent la place qu'ils lui accordent dans la relation soignant-soigné lors de situations stressantes aux urgences ?

Matériel et méthode

La nature de la recherche est compréhensive. Pour être guidée naturellement par les idées qui émanent des entretiens, j'ai fait le choix de ne pas formuler d'hypothèses, le but étant de cerner les représentations, sans avoir de préjugés. Pour tenter de répondre à la question de recherche, des entretiens semi-directifs ont été réalisés. Ce type d'entretien libère la pensée du locuteur et permet d'obtenir des informations, notamment sur une position ou une opinion (Hesbeen & D'Hoore, 2016). Un guide d'entretien a été constitué afin d'avoir une trame à suivre. Cinq entretiens ont été réalisés chez des infirmier(e)s exerçant aux urgences. C'est un lieu propice aux situations stressantes où l'humour est souvent mobilisé. La démarche d'analyse est qualitative. Cette démarche s'est effectuée en trois temps : l'analyse des idées et forces de chaque entretien, puis l'analyse transversale, mettant en évidence les représentations sociales dominantes, et enfin le croisement des résultats avec l'hypothèse initiale.

Résultats

Notre enquête a montré que l'humour est le bienvenu dans un service d'urgences, où le stress est quotidien. Il en ressort qu'il existe différentes sources de stress, émergeant des patients (impatience, douleur, panique) ou des soignants (engendré par le patient, charge de travail, urgence vitale). Selon le type de stress, différentes stratégies sont mises en place. La mobilisation de l'humour est fréquemment utilisée et constitue un outil pour créer une relation de confiance avec le patient. Il permet également une personnalisation de la prise en charge et favorise la prise de parole et le ressenti du patient. La majorité des soignants se représentent l'humour comme étant un atout dans les soins, qui permet de faciliter le contact, de dédramatiser des urgences relatives. Cependant, l'humour a ses limites. Il nécessite une réceptivité de la personne qui le reçoit. Il semble qu'avec l'expérience du métier, les soignants cernent plus rapidement la capacité des patients à recevoir l'humour. Il dépend aussi de la personnalité du soignant, car tous ne mobilisent pas l'humour dans leur soin, et aussi du contexte. Par exemple, l'humour ne sera pas adéquat en situation d'urgence vitale, ou encore en phase critique d'une maladie. Les soignants interrogés ont tous évoqué la notion d'humour entre collègues, permettant une bonne ambiance et une cohésion d'équipe.

Discussion

Ces résultats montrent que, en effet, les représentations des soignants vis-à-vis de l'humour influencent leur prise en charge. La mobilisation de l'humour dépend de plusieurs facteurs intrinsèques (personnalité, expérience) et extrinsèques (contexte, charge de travail...). L'humour peut contribuer à la construction d'une relation soignant-soigné, mais n'en reste pas un élément fondateur. Il s'agit d'une clé, d'une ressource de soin. L'humour a une place dans la relation de soin, la place que l'on veut bien lui laisser, avec ses émotions, sa personnalité et son vécu. L'humour ne fait pas partie de la pratique de tout le monde, cela dépend de la personnalité du soignant et de sa capacité, ainsi que de sa volonté à le mobiliser. De plus, il est nécessaire de s'adapter au type de public (l'approche ne sera pas la même s'il s'agit d'un enfant, d'une personne handicapée ou encore d'une personne âgée), de bien connaître le patient et sa réceptivité à l'humour. En effet, une mauvaise interprétation de la part du patient pourrait biaiser la relation de confiance, ce qui constitue une des limites de cette stratégie de communication.

Ouverture, perspectives professionnelles et scientifiques

Rire, c'est plus facile à faire qu'à étudier. Ce travail a permis de comprendre pourquoi je mobilisais l'humour, d'en comprendre les mécanismes et les fonctions. J'ai pu construire mes propres représentations. Dans ma pratique professionnelle, ces pistes de réflexion me permettront d'avoir un recul lorsque je serai confrontée à une situation où l'humour est de circonstance. L'humour est une technique de communication non négligeable dans la relation soignant-soigné, que je compte mettre en œuvre dans ma pratique professionnelle. Bien que je l'utilise déjà couramment de par ma personnalité, je pense que l'exploration de ces pistes de recherche me permettra de prendre du recul vis-à-vis de situations où l'humour est de circonstance. Quel que soit le service de soin, l'humour est mobilisable, car c'est un concept transposable à chaque domaine.

Ce travail offre de nouvelles pistes de recherches : durant mes entretiens, j'ai remarqué que la quasi-totalité des IDE interrogés a évoqué l'importance de l'humour entre collègues et de son impact sur la qualité de travail. Nous pourrions alors nous demander : « En quoi la mobilisation de l'humour favorise la motivation au travail ? ».

Par ailleurs, depuis 2 ans, nos pratiques se sont adaptées à la Covid. Le port du masque ou encore l'isolement des patients positifs peuvent créer une barrière relationnelle : quel rôle l'humour a-t-il à jouer dans la période particulière ?

Conclusion

L'humour est une technique de communication largement mobilisable dans le domaine des soins infirmiers. Pour dédramatiser, établir un premier contact ou encore déstresser, c'est un

bon allié des soins. Il semble que l'humour peut contribuer à la construction d'une relation soignant-soigné de qualité et permet de créer un lien privilégié avec le patient, ainsi qu'une personnalisation de sa prise en charge. L'humour a une place dans la relation de soin, il peut être un outil de soin en créant une relation dans la joie, mais ne comporte pas de mode d'emploi, sa définition étant propre à chacun.

L'humour est un concept qui a sa place dans tous les domaines et services de soins. Dans ce travail, nous avons vu que l'humour est qualifié comme « *essentiel* » dans un service d'urgences. Cependant, il est à préciser que les résultats de l'enquête ne sont pas généralisables puisqu'elle a été réalisée dans un seul service, avec un petit échantillonnage. Il s'agit donc juste d'un éclairage. Parallèlement, il a également sa place dans des services tels que la pédiatrie, la psychiatrie ou encore les soins palliatifs...

Cet article touchant à sa fin, j'emprunterais les paroles de Geluck qui le dit si bien : « *Ma plus belle histoire d'humour, c'est vous* ».

Bibliographie

- Abric, J.-C. (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Presses universitaires de France.
- Freud, S. (1905). *Le mot d'esprit et ses relations avec l'inconscient*. Paris: Gallimard.
- Hesbeen, W., & D'Hoore, W. (2016). *Le mémoire de fin d'études des étudiants en soins infirmiers révèle l'auteur de sa pensée*. Elsevier Masson.
- Patenaude, H., & Hamelin Brabant, L. (2006, Juin). L'humour dans la relation infirmière-patient : une revue de littérature. *Association de Recherche en Soins Infirmiers*, pp. 36-45.
- Phaneuf, M. (2012). *La relation d'aide vers l'utilisation thérapeutique de soi*.
- Vaillant, A. (2016). *La civilisation du rire*. Paris: CNRS.

ARTICLES DES PROFESSIONNELS

La reconversion professionnelle subie suite à l'apparition d'un handicap l'importance de la prise en compte de la temporalité dans l'accompagnement

DAL Méline – Croix-Rouge Compétence Normandie – EFTS Alençon

Mots clés : Reconversion, handicap, temporalité, reconstruction identitaire, accompagnement.

Introduction

La prévention des situations de rupture professionnelle est devenue, ces dernières années, une mission prioritaire pour de nombreux services gravitant autour de l'accompagnement des adultes et de la formation professionnelle. Le gouvernement, au travers de la mise en place du plan de santé au travail 2016/2020 réaffirme cette priorité politique donnée au maintien dans l'emploi et à la prévention de la désinsertion professionnelle, faisant de cette problématique un enjeu national au regard du vieillissement de la population, de l'allongement de la période d'activité et de l'accroissement des arrêts de travail. Dans les faits, de nombreuses pathologies peuvent entraîner une évolution de manière plus ou moins abrupte du statut de l'individu par rapport à l'emploi, qui peut, par l'intermédiaire de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), obtenir une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.

Le service social de la Caisse d'Assurance Retraite et de Santé au Travail (CARSAT) accompagne les personnes dans cette démarche de changement, qui, pour la plupart, va représenter une reconversion professionnelle subie. Pour ce faire, le service propose en plus d'un accompagnement social, la mise en place d'actions de remobilisation de type « bilan de compétences ». Ce mémoire vient questionner ce sujet et plus particulièrement la prise en compte de la temporalité nécessaire à la redéfinition identitaire des bénéficiaires, lors d'une reconversion professionnelle subie et plus généralement lors d'un accompagnement social.

Cadre théorique

Un état de l'art nous a permis de définir cinq concepts majeurs, en lien avec notre thème général. Le concept du handicap notamment autour des écrits de Sticker qui évoquent le handicap comme « une brisure en cours d'existence » (Sticker, 2019, p.51) complété par les écrits de Calvez traitant du concept de liminalité la personne flottant « entre deux états » (Calvez, 2000, p.1). Ensuite, le concept « nébuleux » (Paul, 2004, p.77) d'accompagnement a été interrogé notamment par le prisme de Maëla Paul, Brigitte Bouquet ou Alexandre Lhôtellier. Ces concepts étant larges, il a fallu orienter notre recherche vers un thème plus spécifique : celui de la temporalité notamment à l'aide d'apports sociologiques et psychologiques issus des recherches de Nicolas Fieulaine, Jean Pierre Boutinet ou encore Anne Revillard. Un focus

a ensuite été réalisé autour des concepts de reconversion / bifurcation pour finir par le concept de redéfinition identitaire (Abbott, Schlossberg, ou Dubar).

À l'issue de cette première partie, nous avons pu synthétiser l'état de nos réflexions. Le handicap apparu récemment va bouleverser l'identité de la personne qui le subit, à différents niveaux (personnel, social et professionnel). De plus, le travail ayant un rôle central dans la définition identitaire, la perte d'emploi aura, elle-aussi, des répercussions psychologiques. L'apparition d'un handicap associée à la perte d'emploi va ainsi donner lieu à un processus de deuil de l'état de santé antérieur ainsi que de l'activité professionnelle habituelle. La personne devra reconstruire une nouvelle identité, afin de se réinsérer. Cette démarche complexe nécessitera du temps et un accompagnement visant l'autonomie, le développement du pouvoir d'agir, la reconstruction voire la résilience. Le bilan de compétences peut permettre à la personne d'engager cette démarche, le but étant que celle-ci, puisse permettre une conversion subjective (Mazade, 2004).

Matériel et méthode

La CARSAT réalise tous les ans des études d'impact de l'accompagnement du public permettant de mesurer le bénéfice du travail mené par les acteurs de la PDP. 89 % des répondants se disent « *satisfaits à propos du suivi de leur situation* ». En parallèle de ces chiffres, l'association Practis³ a réalisé récemment une enquête sur les trajectoires des personnes inscrites au chômage après un licenciement pour inaptitude. Les chiffres exposés y sont plus nuancés : en effet, 69 % des personnes interrogées estiment « *ne pas avoir été accompagnées* ». Comment, alors, expliquer cet écart de perception entre institutions et bénéficiaires ?

Nous avons pu résumer notre propos à l'aide de cette question de recherche : l'accompagnement mis en œuvre lors du bilan de compétences prend-il en compte la temporalité nécessaire à la redéfinition identitaire du demandeur d'emploi bénéficiant d'une RQTH ?

Au regard de cette question de recherche, nous avons formulé les trois hypothèses suivantes :

Hypothèse 1 (H1) : Le respect de la temporalité de l'utilisateur lors de l'accompagnement n'est pas compatible avec la temporalité imposée par les institutions.

³ Association Practis, *Trajectoires des personnes inscrites au chômage suite à un licenciement pour inaptitude*, juillet 2020.

Hypothèse 2 (H2) : La temporalité du bilan de compétences donne la priorité aux apprentissages professionnels et ne permet pas le deuil de la professionnalité antérieure indispensable à la redéfinition identitaire.

Hypothèse 3 (H3) : L'insuffisante prise en compte de la temporalité du bénéficiaire explique la différence de perception de l'utilité du bilan de compétences, selon que l'on se place du côté des professionnels ou de celui des bénéficiaires.

Notre question de recherche portant à la fois sur les institutions et les usagers, il nous a semblé essentiel de pouvoir questionner ces deux publics, de façon distincte, afin d'obtenir des résultats complets permettant d'enrichir notre réflexion et ainsi répondre à notre question de recherche. Un croisement de deux méthodes d'enquête a été mobilisé à cette fin : une méthodologie qualitative auprès de dix demandeurs d'emploi, et la seconde à visée quantitative réalisée auprès de 80 professionnels psychologues du travail et assistants de service social.

Résultats

L'analyse des résultats de notre enquête nous a permis de vérifier les trois hypothèses que nous avons formulées, en lien avec cette question de recherche.

Le bilan de compétences à l'épreuve du décalage de temporalité

Les demandeurs d'emploi, comme les professionnels, évoquent une temporalité institutionnelle peu respectueuse des besoins des personnes accompagnées. Les institutions apparaissent trop lentes, les ouvertures de droit trop longues. Les professionnels tentent, autant que possible en relation duelle, de permettre une adaptation des rythmes d'accompagnement dans la limite de leurs possibilités, et dans le respect de leur cadre professionnel. Ceci est permis par la mise en place d'une relation de confiance ainsi que par une attention portée au rythme de l'autre, cet objectif semblant représenter un pré-requis des accompagnateurs interrogés. Le positionnement professionnel des accompagnants va viser une congruence, une concordance des temps de chacun. Celle-ci est rendue possible car les professionnels semblent pouvoir gérer de manière autonome le temps de l'agenda, ou temps composite (Bouquet, 2011).

Même si la relation duelle semble venir diminuer ce sentiment d'inadéquation du temps des personnes avec celui des institutions, le poids institutionnel reste prégnant. Le temps administratif est bien contraint (Hintzy, Audemard et Simondo, 2005) à l'inverse du temps relationnel, plus subjectif, qui ne devrait pas être limité, pensé ou organisé. Ce temps nécessaire à la personne ne peut être mesuré : en effet, chaque situation est à individualiser et aucun individu n'aura les mêmes besoins temporels.

Une prise en charge de la professionnalité et de la reconstruction identitaire est proposée aux bénéficiaires lors des bilans de compétence.

Notre analyse nous a permis de comprendre que, pour notre public cible, le bilan de compétences n'avait pas pour seul objectif un travail autour de la professionnalité. En effet, l'accompagnant a également abordé la santé, et a entrepris un important travail autour du deuil de l'ancien soi des personnes et de la reconstruction d'une nouvelle identité. Les professionnels confirment cette tendance : en effet, s'ils proposent des bilans de compétences ce n'est pas uniquement pour que la personne trouve une nouvelle voie professionnelle. Ce bilan de compétences est évoqué comme un outil dans un accompagnement plus large nécessitant du temps pour que la personne se reconstruise et se projette dans l'avenir.

Au-delà de l'accompagnement, ce qui va permettre à la personne d'affronter cette bifurcation va ainsi lui être propre. Certains seront résilients et parviendront à s'adapter à cette nouvelle situation. D'autres auront besoin de plus de temps et d'étayage afin d'y parvenir. Il ne faut pas oublier que chaque transition est personnelle, chaque situation est unique et ne peut être vécue de la même façon par les personnes : individualiser l'accompagnement prend, à nouveau, tout son sens.

Discussion

Nous avons pu comprendre qu'en fonction du moment où les usagers ont pu être interrogés, l'évaluation de l'efficacité de l'action de type « bilan de compétences » varie. C'est-à-dire que si le bilan a été réalisé plusieurs mois auparavant, le retour des usagers est différent de l'évaluation dite « à chaud ». Enfin, il ressort aussi, en croisant l'enquête qualitative et quantitative, que finalement ce n'est pas tant qu'il y ait une insuffisante prise en compte de la temporalité du bénéficiaire, mais plutôt une temporalité qui ne serait pas suffisamment explicite pour les bénéficiaires.

Pour résumer, nous reprendrons cette phrase d'un professionnel interrogé : « la réussite d'une reconversion professionnelle est due à la personne, en majorité à sa capacité de résilience, d'investissement et à sa volonté. Il y a également les facteurs environnementaux, du marché du travail, économiques, du pouvoir subvenir à ses besoins, et les séquelles de santé ». Afin de parvenir à une reconversion, le moment doit donc être « propice au changement » et nécessite « la mobilisation totale des personnes ». C'est bien la personne qui est au cœur de sa propre réussite, elle est « responsable de sa réussite ». Pour parvenir à se reconverter, la personne aura un « ensemble d'étapes à franchir : regard sur soi, regard de l'autre, deuil, place dans la société, connaissances de ses nouvelles limites qui construisent l'acceptation d'une nouvelle projection de vie ».

Ouverture, perspectives professionnelles et scientifiques

Pour achever notre mémoire, nous avons pu évoquer des pistes d'évolution aux actions de type « bilan de compétences ». Nous faisons le postulat que ces évolutions permettraient un gain de qualité dans l'accompagnement des bénéficiaires. Ces préconisations mêlent à la fois une visée évolutive des pratiques professionnelles des assistants sociaux et formateurs en bilan de compétences ainsi qu'une réflexion plus large autour de l'ingénierie pédagogique.

CONSEIL EN FORMATION
Individualiser les parcours par l'utilisation de l' <i>empowerment</i> /développement du pouvoir d'agir.
Mettre en place systématiquement un contrat d'engagement et un plan d'aide signés par le bénéficiaire et l'accompagnant, afin de co-construire les accompagnements.
Favoriser le développement des échanges partenariaux / les contractualiser afin de les rendre obligatoires.
Mettre en place un interlocuteur unique durant tout le processus d'accompagnement.
INGÉNIERIE DE FORMATION
Individualiser les parcours : en proposant des bilans de compétences « à la carte » Hybridation Ajout de modules spécifiques suivant les besoins identifiés Temps de formation en groupe pour la mise en place d'une collaboration entre pairs
Élargir la proposition d'accompagnement, en finançant l'intégration des médecins du travail et des psychologues, quand les situations rendent un étayage médical nécessaire.
Rendre obligatoire les périodes de mises en situation lors des actions de remobilisation.

Conclusion

Ce travail de recherche porte sur la reconversion professionnelle rendue obligatoire par l'apparition d'un handicap, que nous avons choisi d'aborder sous l'angle particulier de la temporalité. Une enquête à la fois qualitative et quantitative nous a permis de croiser les points de vue des bénéficiaires et des professionnels qui les ont accompagnés. Ainsi, nous avons pu confirmer l'inadéquation des temporalités entre bénéficiaires et administrations, ce décalage dans la prise en compte du rythme de l'autre semblant néanmoins s'effacer au bénéfice de la relation de confiance qui se noue entre les bénéficiaires et les professionnels.

Les actions de type bilan de compétences évoquées dans ce mémoire nous ont permis de confirmer le double emploi de cette formation : un travail autour de la professionnalité ainsi qu'autour du deuil et de la (re)construction identitaire sont engagés durant ce temps

d'accompagnement. Une reconversion professionnelle réussie va nécessiter du temps, et une réflexion globale sur le passé, le présent ainsi que le futur. Certaines personnes interrogées ont évoqué leur handicap et le changement de métier comme étant finalement une aubaine, un changement de vie souhaité plus que subi mais jamais mis en place avant le handicap. Pour que cette transition soit réussie, la personne devra parvenir à une « conversion subjective » au sens d'Olivier Mazade.

La rédaction de ce mémoire nous a permis d'ouvrir des perspectives nouvelles en termes de réflexivité et d'enrichissement de nos compétences professionnelles, d'épanouissement et de développement personnel. Nous avons également pris conscience de l'importance de prendre le temps de réfléchir à nos pratiques et de nous décentrer à l'appui, notamment, des théories riches en enseignement.

Bibliographie

OUVRAGES

PAUL, M. (2004). *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. Paris, Ed l'Harmattan, 351 p.

STICKER, H-J. (2019). *Quand le handicap s'invite au cours de la vie*. Paris, Ed Eres, 224 p.

STICKER, H-J. (2005). *Corps infirmes et sociétés essai d'anthropologie historique*. Paris, Ed Dunod, 336 p.

ARTICLES

BOUQUET, B. (2011). « Le temps et les temporalités à défendre dans les politiques sociales et l'intervention sociale ». *Vie Sociale*, n°4-2011, pp. 175-183.

CALVEZ, M. (2000). « La liminalité comme analyse socioculturelle du handicap ». *Prévenir*, n°2-2000, pp.83-89.

MAZADE, O. (2004). « Passé professionnel et reconversions : le reclassement des mineurs du Nord-Pas-de-Calais ». *Formation Emploi*, n° 85, pp. 41-55.

NEGRONI, C. ET MAZADE, O. (2019). « Entre contrainte et choix, regards sur les reconversions professionnelles subies et les reconversions professionnelles volontaires ». *Recherche et formation*, 2019/1 n°90, pp. 87-102.

PAUL, M (2012). « L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique, l'exemple de l'éducation thérapeutique du patient ». *Recherche en soins infirmiers*, 2012/3 n° 110, pp. 13 - 20.

AUTRE

HINTZY, C. et AUDEMARD, J. et SIMONDO, E. (2005). « *Les temps de l'accompagnement : temps de l'horloge et de la rencontre* ». <http://www.arianesud.com/>.

Dynamiques partenariales des professionnels de la petite enfance et réductions des inégalités de santé.

DOLLET Agnès – Croix-Rouge Compétence Auvergne Rhône Alpes - Moulins – Formatrice IFSI

Doctorante à l'Ecole doctorale de l'Université Clermont Auvergne-Laboratoire Activité Connaissance Transmission Éducation.

Mots clés : Interactions ; professionnels de la petite enfance ; Inégalités Sociales de Santé ; Besoins fondamentaux des enfants ; Politiques

Introduction

Pour grandir en bonne santé, un enfant a besoin que ses besoins fondamentaux soient satisfaits (Martin-Blachais, 2017). Pour cela, les enfants dépendent en grande partie de leurs parents et de leur environnement (Bronfenbrenner, 1979). Or, tous les enfants ne vivent pas dans les mêmes environnements et tous les parents n'ont pas les mêmes possibilités, de profondes inégalités subsistent à ce sujet, entraînant parfois des conséquences sur la santé des enfants et des adultes qu'ils vont devenir (inégalités sociales de santé) (OMS, 1946).

En France, les inégalités sociales de santé sont importantes, elles se construisent très tôt dans la petite enfance (Lahire & al., 2019), elles sont évitables (Marmot & al, 2011) et les réduire est un objectif des politiques françaises (Lang & Haschar-Noé, 2017). Les inégalités de santé sont sociales, mais elles sont aussi territoriales car les territoires ont des caractéristiques sociales propres qui induisent des inégalités (Cambon, 2019).

Plusieurs moyens sont décrits dans la littérature pour réduire ces inégalités sociales de santé. Parmi eux, on retrouve :

- La promotion de la santé
- L'universalisme proportionné (plus de services là où les inégalités sociales sont les plus importantes) (Marmot, 2010)
- L'intersectorialité ou les interactions entre les professionnels (Potvin, 2019), (Poissant, 2014).

Mais de nombreuses études montrent que ces interactions sont difficiles à mettre en œuvre (DH Holt, 2019), (Tubert-Jeannin S et Pichot H, 2019), (Garnier, 2010). D'où l'intérêt de comprendre les mécanismes conduisant aux interactions entre professionnels de la petite enfance et leurs déterminants dans un territoire donné.

L'objectif de cette recherche est de répondre à la question suivante : en quoi les professionnels de la petite enfance, dans un territoire donné, construisent-ils des interactions

favorisant la réduction des inégalités sociales de santé et la prise en compte des besoins fondamentaux des enfants ? (Arial 11 ; Alignement : justifié ; interligne simple ; 1 ¶ ou espace avant partie suivante)

Cadre théorique

Pour répondre à cette question, nous avons choisi de nous appuyer sur plusieurs cadres théoriques :

- La réduction des inégalités sociales de santé, comme le développement des enfants résulte de systèmes complexes (El Hage, 2020, Vallejo-Gomez, 2008, Bronfenbrenner, 1979, Morin, 2005) comprenant les familles, les circonstances dans lesquelles elles vivent, les professionnels présents sur le territoire, ... À la suite de Michel Lussault (Lussault, 2009), nous considérons que « *deux réalités matérielles distinctes (humaines et non humaines) ... sont nécessairement séparées et donc distantes* ». En interagissant, ces entités distinctes sont amenées à partager un espace commun, cet espace étant à la fois un contenu et un contenant des interactions. Dans cet espace commun, chaque acteur cherche à se faire une place (espace d'affirmation de soi et de satisfaction de ses besoins et de ses désirs), à la conserver et à se protéger des intrusions des autres acteurs. En cherchant à délimiter sa place, chaque acteur en pose les limites, en délimite les frontières (séparations liées à l'exercice d'un pouvoir et qui matérialisent des espaces différents (La Mache, 2011)), ce qui peut amener des conflits avec les autres acteurs qui revendiquent également tout ou partie de cette place (Lussault, 2009, p. 86 à 92). Les interactions (contenu) forment donc également avec leur environnement (contenant) un système complexe, c'est-à-dire selon El Hage (El Hage, 2020) un phénomène de nature imprévisible, évoluant sur un temps long et non linéaire avec une issue et une évolution imprévisibles et une faculté à s'auto-réguler et à s'auto-organiser.
- Pour Laurens (Laurens, 2016), on peut définir l'interaction comme « *un agir ensemble* » qui repose sur des mécanismes de coordination multiples. Les acteurs interagissent car ils ont un but commun, mais les interactions ne sont pas naturelles, elles demandent des efforts aux individus et elles comportent des risques (risque de perdre son identité) (Bernoux, 1985 ; Mérini, 1999). À l'intérieur de cet espace commun, les acteurs créent des relations partenariales qui peuvent être des relations de concurrence, de monopole ou de complémentarité (Mérini, 1999, pp91 à 96). Pour réguler les conflits de pouvoir, les individus en interaction élaborent des règles de fonctionnement (Crozier & Friedberg, 1977 ; Merini, 1999, pp109 à 112) et s'allient entre eux (Allenbach, 2019). Comme les individus, les groupes interagissent et créent des réseaux d'ouverture et de

collaboration (Merini, 1999). Nous considérons à la suite de Duez (Duez, 2011) que plus les acteurs d'un territoire développent de liens entre eux et avec leur territoire, plus ils seront capables de résoudre ensemble des problèmes complexes.

- Nous avons choisi d'examiner les interactions sous l'angle de la clinique de l'activité (Clot et al., 2000). À la suite de cet auteur, nous différencions la tâche (ce qui doit être fait, ce qui est prescrit) et l'activité (ce qui est réellement fait). Nous considérons que les activités des hommes résultent d'une mise en débat d'une diversité de sources de prescriptions : o des prescriptions descendantes (venant de la structure organisationnelle, des politiques), 2000 ; Bidet & Vatin, 2001).

Pour passer de la tâche à l'activité, les travailleurs trient les différentes prescriptions, se les approprient, renoncent à certaines et font des choix qui leur sont propres (Clot, 1999).

Notre hypothèse est que les interactions entre les professionnels de la petite enfance dans ces territoires sont influencées par plusieurs facteurs qui font système :

- le territoire et ses caractéristiques,
- les prescriptions
- et la manière dont les professionnels vont collectivement s'approprier ces prescriptions pour tisser des réseaux plus ou moins complexes

Notre recherche explore chacun de ces trois axes. Dans cet article, nous nous intéressons uniquement aux deux premiers axes et nous cherchons à répondre aux questions suivantes : En quoi la nature et les caractéristiques des territoires influencent-elles les interactions entre les professionnels de la petite enfance pour réduire les ISS et développer les BFE ?

- En quoi les politiques publiques petite enfance favorisent-elles les interactions entre les professionnels de la petite enfance pour réduire les ISS et développer les BFE ? (Arial 11 ; Alignement : justifié ; interligne simple ; 1 ¶ ou espace avant partie suivante)

Matériel et méthode

Nous avons choisi d'explorer ces questions à travers une étude de cas. Étant situés dans le département de l'Allier, nous avons décidé de choisir nos cas dans ce département. Après concertation avec les acteurs locaux de la petite enfance, nous avons sélectionné deux cas qui correspondent à deux territoires sélectionnés en fonction de l'existence d'inégalités sociales et de leur diversité. Ces deux territoires sont l'agglomération de Moulins (territoire urbain) et la communauté de communes du Bocage Bourbonnais (territoire rural).

Les territoires et leurs caractéristiques ont été explorés à partir de bases de données publiées (INSEE, Mon enfant.fr, CAFData, répertoire ADELI, ...)

Les politiques publiques de la petite enfance ont été explorées à partir de deux sources :

- des traces écrites (23 avis ou rapports publiés entre 2009 et 2021 traitant des politiques publiques en lien avec la petite enfance, la santé, l'éducation, les loisirs (activité physique et culture), l'accueil et la parentalité, soixante-sept lois, décrets, circulaires, arrêtés, ordonnances nationales publiées entre 2004 et 2021 et 22 traces écrites territoriales (appels à projet, textes de cadrage, projets,...)
- 17 entretiens semi directifs auprès d'élus des collectivités territoriales (Conseil régional, Conseil départemental, élus des municipalités ou des EPCI), de fonctionnaires des organismes déconcentrés de l'État (ARS, Éducation nationale, Culture, CAF) et de salariés des collectivités territoriales (PMI, salariés des EPCI) réalisés entre le 19/3/2020 et le 19/6/2020.

Les données récoltées ont été codées en fonction de nos différentes questions de recherche et analysées. (Arial 11 ; Alignement : justifié ; interligne simple ; 1 ¶ ou espace avant partie suivante)

Résultats provisoires

Les territoires :

Dans cette étude, nous nous intéressons au territoire vu comme le contenant des interactions.

Cadre théorique et problématique en lien avec la notion de territoire :

Simard et al (Simard et al., 2016) distinguent plusieurs dimensions du territoire :

- Une population avec des caractéristiques individuelles et sociales
- Une géographie, un périmètre bien défini, des valeurs communes, une histoire, des représentations communes
- Une économie composée de production et des ressources ou services. Ici, puisque nous nous adressons à la petite enfance, nous centrerons notre attention sur les services aux petits enfants et à leurs familles.
- Une gouvernance qui correspond au mode de pilotage du territoire. Cette partie sera étudiée avec les politiques publiques.

Notre étude cherchera à répondre aux questions suivantes :

- En quoi les caractéristiques des territoires (géographiques, démographiques, économiques et sociales) montrent l'existence d'inégalités sociales de santé ?

- En quoi la répartition des services de la petite enfance peut-elle permettre de réduire les inégalités sociales de santé ?

Résultats provisoires en lien avec les territoires :

Moulins, 19563 habitants en 2018 est la préfecture du département de l'Allier. La ville est située au Nord-Est du département, le long de la rivière Allier. Le quartier de Champmilan est un quartier prioritaire de la ville. L'essentiel de la ville se situe à l'ouest de la rivière Allier, mais la petite partie située à l'est de la rivière tend à se développer depuis plusieurs années (cf. carte ci-dessous). Il est à noter que la ville n'a qu'un seul pont permettant de franchir la rivière.

La communauté de communes du Bocage Bourbonnais (cf. carte ci-dessous) est née en 2017 de la fusion de deux Communautés de communes (En Bocage Bourbonnais dont le siège était à Bourbon l'Archambault et Bocage Sud dont le siège était à Tronget-Le Montet). Actuellement, son siège est à Bourbon l'Archambault et elle compte 13 767 habitants en 2018. Elle regroupe 25 communes. Sa population est d'origines diversifiées dont une communauté vietnamienne importante installée depuis les années 1960 à Noyant d'Allier.

Nos deux territoires sont vieillissants et présentent des inégalités sociales : le taux de pauvreté à Moulins et au sein de la CC BB est élevé (21,4% et 17,7%) et supérieur à la moyenne française (14,9%) et départementale (15,5%). Nous avons identifié cinq catégories de services en lien avec la petite enfance (les services d'accueil, les services sociaux et de santé, les services d'éducation, les services d'aide à la parentalité et les services culturels et de loisirs. L'équipement en services dans nos territoires est comparable à la moyenne française, mais ils sont répartis de manière inéquitable dans chacun des territoires. À part les écoles qui sont réparties sur tout le territoire, les autres services sont concentrés à Moulins, principalement en centre-ville et dans le Bocage Bourbonnais, principalement à Bourbon l'Archambault et au Montet. Les services sont davantage accessibles à Moulins.

Les caractéristiques de nos territoires montrent bien l'existence d'inégalités sociales avec des services à la petite enfance inégalement répartis qui rendent nécessaires les interactions entre les professionnels pour réduire les inégalités sociales de santé.

Les politiques publiques :

À la suite des auteurs suivants, (Lang & Haschar-Noé, 2017, p 17), (Morestin et al, 2010), nous considérons qu'une politique publique est le produit de l'activité « *d'une autorité investie de puissance publique et de légitimité gouvernementale sur un domaine spécifique de la société ou du territoire* ». L'autorité publique peut être une autorité législative, exécutive ou judiciaire, régionale, départementale, ou municipale.

Cadre théorique et problématique en lien avec la notion de politique publique :

Les politiques publiques comprennent plusieurs étapes : le référentiel qui correspond à l'idée qu'on se fait du problème et des solutions possibles (Pierru, 2017, p 277), la gouvernance qui correspond au mode de pilotage de l'action publique (Nadaud, 2019), et la mise en œuvre (Baudouin, 1990) qui suppose l'utilisation d'instruments permettant d'opérationnaliser l'action publique.

Dans cette étude, nous cherchons donc à répondre aux questions suivantes :

- En quoi la gouvernance des politiques publiques influence-t-elle les interactions entre les professionnels de la petite enfance ?
- En quoi le référentiel des politiques publiques considère-t-il que les interactions entre les professionnels permettent de réduire les ISS ?
- En quoi les politiques publiques nationales prescrivent-elles des interactions entre les professionnels de la petite enfance ? Quels instruments sont utilisés ?
- En quoi les collectivités territoriales prescrivent-elles des interactions entre les professionnels de la petite enfance ? Quels instruments sont utilisés ?

Résultats provisoires en lien avec les politiques publiques :

Notre recherche montre que le référentiel des politiques publiques mentionne bien les interactions entre les professionnels de la petite enfance comme un moyen de lutter contre les inégalités sociales de santé : « *le fait de faire travailler ensemble des acteurs par exemple dans le cadre de contrats locaux de santé est certainement une bonne façon de ...se dire qu'ensemble on va ...lutter contre toutes les formes des inégalités parce qu'on va pouvoir les attaquer dans toutes les directions avec toutes les compétences qu'on va avoir sur un territoire et tous les moyens qu'on va avoir sur un territoire* » (entretien 1DIR19)

Mais la gouvernance des politiques publiques concernant la petite enfance reste cloisonnée et complexe. Elle essaie d'articuler une logique nationale très cloisonnée et descendante avec une logique territoriale transversale et adaptée aux particularités de chaque territoire. Cette gouvernance complexe peut être une difficulté pour les porteurs de projets : « *Il faut que, quand je suis sur une mission particulière de travail avec une collectivité territoriale, il me faut trouver les moyens de travailler avec cette collectivité tout en repérant que tel responsable institutionnel ou tel autre peut gérer tel et tel type de blocage ou tel type de situation, alors que je ne suis pas, c'est pas ma compétence d'aller...vous voyez...faire ça* » (entretien 01IEN06).

Sans nous attarder sur le détail des interactions, on peut dire que les acteurs publics nationaux prescrivent des interactions entre les professionnels dans plusieurs domaines (santé, éducation, aide à la parentalité, protection des enfants).

Au niveau local, les élus locaux s'adaptent aux besoins et aux opportunités des territoires : dans le bocage on a créé des structures itinérantes (RAM et LAEP) alors qu'à Moulins on a plutôt misé sur un bâtiment commun (Maison de l'enfance et de la famille) par exemple. On remarque que la Communauté de communes du Bocage Bourbonnais prescrit plus d'interactions que l'agglomération de Moulins, ce qui est peut-être en lien avec la gouvernance des territoires. En effet, à Moulins les crèches sont privées alors qu'à Moulins elles sont gérées par la Communauté de Communes. On peut donc supposer que cette dernière aura plus de facilités à prescrire des interactions à des structures qu'elle gère. Les élus locaux accompagnent les interactions en s'adaptant aux particularités de leur territoire et en évoluant avec lui (entretien 3RFT20).

Les instruments utilisés par l'État central sont surtout des instruments économiques et fiscaux, ou conventionnels et incitatifs mais sans obligation d'utilisation et sans que le financement soit soumis à une obligation de résultat, il laisse donc la liberté aux acteurs de les utiliser ou pas. L'État central légifère de nombreux dispositifs d'interactions qui rendent celles-ci possibles, mais ne les imposent pas. Les collectivités territoriales relaient les financements de l'État central et accompagnent les partenariats.

Discussion et conclusion

Nos résultats confirment l'importance des interactions entre les professionnels pour réduire les inégalités sociales de santé et développer les besoins fondamentaux des enfants. Ils confirment également le rôle joué par les collectivités locales qui seules sont à même d'adapter les politiques publiques aux spécificités des territoires. Les politiques nationales favorisent ces partenariats en créant de nombreux dispositifs législatifs que les politiques locales et les acteurs locaux utilisent ou pas en fonction des spécificités de leur territoire. Cette appropriation par les collectivités locales et les acteurs locaux est possible car les politiques nationales ne sont pas contraignantes au regard des partenariats. Au-delà de l'aspect non contraignant, on peut se demander si la multiplicité des dispositifs prescrits est un inconvénient (on ne s'y retrouve pas) (Gutierrez, 2010 ; Bloch, 2022 ; Jabot et Laurent, 2018) ou si au contraire, elle est une opportunité pour les professionnels accompagnés par les collectivités territoriales qui peuvent choisir parmi cette diversité des dispositifs adaptés à leur territoire (Vervaeke, 1986)

Les interactions réelles entre les professionnels sont en cours d'analyse et restent à objectiver.

Cette étude ouvre des perspectives pour les instituts de formation des professionnels de la petite enfance, mais aussi des professionnels sanitaires et sociaux, de l'éducation, ... Il semble en effet important de sensibiliser les professionnels, mais aussi les politiques aux

difficultés, aux enjeux et aux mécanismes de ces interactions complexes lors de leur formation initiale ou continue ainsi qu'à la complexité de la gouvernance des politiques publiques.

Bibliographie

Bidet, A., & Vatin, F. (2001). Yves Clot, La fonction psychologique du travail. Sociologie du travail, 43(2). <https://doi.org/10.4000/sdt.35037>

Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development : Experiments by nature and design. (Harvard University Press).

Clot, Y., Faïta, D., Fernandez, G., & Scheller, L. (2000). Entretiens en autoconfrontation croisée : Une méthode en clinique de l'activité. Pistes, 2(1).

Daniellou, F. (2002). Le travail des prescriptions. 37eme congrès de la SELF, Aix en Provence. <https://ergonomie-self.org/document/le-travail-des-prescriptions/>

DH Holt. (2019, novembre). Intersectorality in danish municipalities [Préconférence Chaire Unesco Educations et santé]. Intersectorialité 'next generation': un moyen efficace de s'attaquer aux inégalités de santé ? Marseille. <https://chaireunesco-es.org/evenements/marseille-12e-congres-europeen-de-sante-publique-eupha/>

El Hage Fadi (2020, 10-11-2020). Webinaire « Un cadre opérationnel pour l'éducation à la santé : les apports du paradigme de la complexité »- Chaire UNESCO EducationS et santé. <https://www.youtube.com/watch?v=s5jRJfmIle4>

Garnier, P. (2010). Transformations de la collaboration entre enseignants et personnel de service à l'école maternelle : Entre principes et pratiques. Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle, 43(1), 101 à 119.

Goffman, E. (1974). Les cadres de l'expérience (Les éditions de minuit).

ISPED - Bordeaux & Linda Cambon (Réalisateurs). (2019). Chaire Prévention ISPED - SP France : Conférence inaugurale. Consulté 18 février 2019, à l'adresse https://www.youtube.com/watch?v=WGuo_nuyXt4&feature=youtu.be

Lahire, B., Bertrand, J., Bois, G., Court, M., Denave, S., Giraud, F., Henri-Panabière, G., Laillier, J., Menesson, C., Moquet, C., Nicaise, S., Piluso, C., Raunaud, A., Renard, F., Vanhée, O., Woollven, M., & Zolesio, E. (2019). Enfances de classe. De l'inégalité parmi les enfants (Editions du Seuil).

Lang T, & Haschar-Noé N. (2017). Réduire les inégalités sociales de santé Une approche interdisciplinaire de l'évaluation. Toulouse : Presses universitaires du Midi.

Lussault, M. (2009). De la lutte des classes à la lutte des places (Grasset).

Marmot, M., et al. (2011). OMS : un cadre d'action pour réduire les inégalités sociales de santé. La santé de l'homme, (414). Consulté le 22/3/2021 à l'adresse <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-414.pdf>

Martin-Blachais, M.-P. (2017). Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance (p. 129). Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes Editeur: Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes. <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/famille-enfance/article/rapport-demarche-de-consensus-sur-les-besoins-fondamentaux-de-l-enfant-en>.

Morin, E. (2005). Introduction à la pensée complexe (Seuil Point).

OMS. (1946). Constitution de l'Organisation mondiale de la santé. Consulté à l'adresse https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf

Poissant, J. (2014). Les conditions de succès des actions favorisant le développement global des enfants État des connaissances. Institut national de santé publique du Québec.

Potvin. (2019, novembre 20). Pré-conférence "Intersectorialité 'next generation' : Un moyen efficace de s'attaquer aux inégalités de santé ?" – Chaire UNESCO Educations et Santé [Préconférence : Intersectorialité 'next generation' : un moyen efficace de s'attaquer aux inégalités de santé ?]. Construire des ponts pour une santé publique solidaire et ouverte sur le Monde., Marseille. <https://chaireunesco-es.org/evenements/marseille-12e-congres-europeen-de-sante-publique-eupha/>

Tubert-Jeannin S, & Pichot H. (2019, novembre). Une approche intersectorielle pour s'attaquer aux inégalités en matière de santé bucco-dentaire. [Préconférence : Intersectorialité 'next generation' : un moyen efficace de s'attaquer aux inégalités de santé ?]. Construire des ponts pour une santé publique solidaire et ouverte sur le Monde., Marseille. <https://chaireunesco-es.org/evenements/marseille-12e-congres-europeen-de-sante-publique-eupha/>

Vallejo-Gomez, N. (2008). La pensée complexe : Antidote pour les pensées uniques Entretien avec Edgar Morin. 14.

Convention internationale des droits de l'enfant, convention des nations unies du 20 novembre 1989 : https://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/Conv_Droit_Enfant.pdf

Plateforme e-learning et formation en soins infirmiers : quand la technologie interroge les pratiques enseignantes

DUMONT Sylvain – Croix-Rouge Compétence Auvergne Rhône Alpes – Grenoble Formateur IFSI

Mots clés : e-learning ; learning management system ; enseignement ; apprentissages

Résumé

Les instituts de formation en soins infirmiers se dotent d'outils numériques pour répondre à des exigences professionnelles pointues. Les plateformes de formation e-learning ont trouvé leur place dans cette formation. Elles permettent d'enseigner, de centraliser des contenus pédagogiques et de communiquer à l'aide de divers outils et fonctionnalités, dans des modalités multiples. Malgré ces avantages, ce sont des outils complexes dépendant du type d'utilisation et des objectifs pédagogiques. Ainsi, elles interrogent les pratiques et la posture des formateurs. L'institut de formation en soins infirmiers IRFSS AuRA s'est doté de la plateforme Théia. Nous avons étudié les freins, les besoins et les leviers relatifs à l'utilisation de ce dispositif à l'aide d'un questionnaire distribué aux formateurs et aux étudiants. Nous discutons de sa mise en œuvre et de ce que cela implique pour les formateurs dans l'accompagnement des étudiants en soins infirmiers.

Introduction

Les Learning management Systems (LMS) sont des plateformes d'apprentissage en ligne permettant le dépôt, la consultation et le téléchargement de documents, l'organisation d'activités enseignantes, les interactions ainsi que le suivi de l'exploitation de la plateforme. Les LMS sont très utilisés dans les formations pourtant la recherche invite à la prudence concernant leur utilisation (Bihoué, 2011).

Un LMS est introduit en 2019 dans un institut de formation en soins infirmiers (IFSI). Son utilisation et son appropriation soulèvent des questions : comment la plateforme est-elle organisée ? Vers qui se tourner en cas de survenue de problèmes non-techniques ? Comment connaître toutes les possibilités de la plateforme ? Comment déposer un contenu de cours attractif pour les étudiants ? Bien que des référents e-learning soient disponibles dans les instituts du groupe de formation, un accompagnement de proximité semble nécessaire. Aussi, les étudiants font régulièrement part de difficultés, sinon d'un besoin d'aide pour utiliser la plateforme.

Confrontant la recherche à cette impression relevée lors des bilans de semestre des étudiants et lors de temps informels entre formateurs, nous avons dans un premier temps

interrogé l'utilisation de cette plateforme par les formateurs et les étudiants à travers des entretiens semi-directifs. Il apparaît qu'outre une plus value reconnue pour les apprentissages, des difficultés d'appropriation résident pour chacun des publics, corroborant ainsi la littérature (Rasmy, Karsenti, 2016 et Guir, 2002), selon laquelle l'intégration d'un LMS reste un processus complexe, dépendant des utilisateurs mais aussi du cadre d'utilisation. Convergence également sur la nécessité d'accompagner les formateurs dans l'appropriation de l'outil, afin qu'ils se trouvent à leur tour en mesure d'accompagner les apprenants dans les apprentissages via le LMS.

Pour vérifier l'hypothèse selon laquelle les formateurs auraient besoin d'être formés et informés pour accompagner l'utilisation de la plateforme par les étudiants et pour exploiter l'outil en réponse aux besoins des apprenants, un questionnaire a été distribué aux utilisateurs du LMS.

Cadre théorique

Les Technologies de l'Information et de la Communication pour l'Education (TICE) auxquels appartiennent les LMS sont des « instruments technologiques » utilisés à des « fins de formation » (Rabardel, 1995). En d'autres termes, l'outil LMS est une *matière brute* ou *artefact*, qui doit subir des transformations avant de pouvoir être utilisé tel un *instrument*. Les formateurs sont-ils en mesure d'assurer ces transformations pour faire passer le LMS d'*artefact* à *instrument* dont les étudiants peuvent se servir pour se former ?

À l'heure où l'utilisation du numérique en formation s'excellerait sous l'angle de l'innovation et du travail collaboratif pour un décloisonnement des pratiques, Bihouée (2011) invitait déjà au questionnement avant toute utilisation de TICE. L'outil requiert-il d'autres matériels ? Quels droits avons-nous quant à la diffusion de documents ? Quelle maîtrise des ressources avons-nous ?

Pour assurer des fonctions (former, informer, collaborer, etc.), le LMS contient des outils (chat, agenda, etc.) ayant diverses fonctionnalités (ajouter une pièce jointe, modifier un titre, etc.) et ceci dans différents espaces (apprenant, formateur, responsable d'activités, etc.). Cette arborescence est-elle connue par les utilisateurs ? En ont-ils une certaine maîtrise pour gérer les apprentissages et les enseignements en ligne ? Quels effets cette variété des possibles produit-elle chez les utilisateurs ? Bauer (1995) évoque tout d'abord différents niveaux de résistance au changement tels que la *non coopération*, le refus total ou le contournement.

Pour Rasmy, Karsenti (2016) et Guir (2002) il peut naître de la peur (ne pas arriver à gérer un problème technique, ne plus être seul dépositaire du savoir, perdre son emploi en étant remplacé par les machines, perte de liberté, perte d'autonomie, ...), une perte de motivation et même de l'aversion ou du rejet. Ils replacent au centre des préoccupations la question de la

formation des utilisateurs aux TICE en fonction de leurs profils utilisateurs (expérience, générations, âge, culture, alphabétisation numérique, motivation personnelle voire sentiment d'efficacité personnelle (Bandura, 2003).

Matériel et méthode

Nous avons dégagé de ces recherches l'hypothèse selon laquelle les formateurs infirmiers ont besoin d'être formés et informés pour accompagner l'utilisation de Théia et pour exploiter l'outil en réponse aux besoins des étudiants. Trois axes de recherche ont été distingués :

- L'utilisation de la plateforme est conditionnée par le profil utilisateur

Les formateurs ont des profils utilisateurs hétérogènes qui méritent d'être distingués et corrélés au niveau et aux besoins des étudiants.

- Les formateurs infirmiers ont besoin d'être formés et informés pour utiliser la plateforme Théia. L'utilisation des plateformes numériques passe par l'alphabétisation numérique. Les formateurs en soins infirmiers ont besoin d'informations concrètes sur la plateforme et sur ce qu'elle peut apporter dans l'enseignement pour être rassurés sur son utilisation, augmenter leur sentiment d'auto-efficacité et utiliser l'outil.

- L'exploitation de la plateforme Théia par les formateurs infirmiers pour répondre aux besoins des étudiants passe par la connaissance des profils d'utilisateur et des besoins des étudiants. Les besoins des étudiants concernant la plateforme doivent être explicités pour y apporter une réponse adaptée.

12 questions ont été transmises par mail via Google Forms à 11 formateurs et aux 270 étudiants de l'institut. Les questions fermées utilisaient l'échelle de Likert. Les items proposés avaient une bonne cohérence interne avec un test de Cronbach à 0.6. La méthode descriptive a été choisie pour analyser les données préalablement codées afin d'en assurer le traitement. Des calculs de scores moyens puis des comparaisons à l'aide du test de Student ont permis le traitement des données recueillies. Les réponses aux questions ouvertes ont été traitées systématiquement selon la méthode d'analyse de contenu manifeste.

Résultats

Nous observons d'abord que les profils utilisateurs sont homogènes et qu'ils sont similaires d'un échantillon à l'autre avec une satisfaction globale du soutien pédagogique apporté par les formateurs aux étudiants dans l'utilisation de la plateforme.

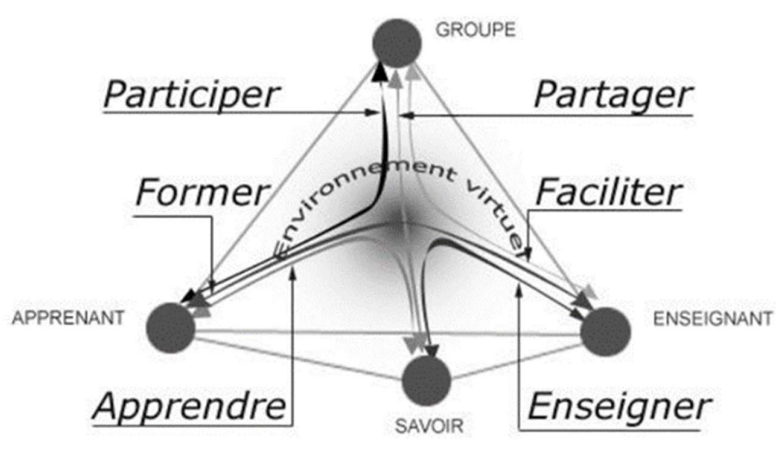
Les étudiants ont une préférence pour les séquences pédagogiques en ligne qui contiennent des entraînements type quiz et lorsque celles-ci sont évaluées par un contrôle de connaissance individuel écrit. Nous avons relevé un bon niveau individuel d'alphabétisation numérique chez les formateurs mais des besoins d'améliorer leur pratique concernant :

- La création d'évaluation en ligne
- L'organisation de travaux dirigés sur la plateforme
- L'organisation de jeux sérieux
- La mise en œuvre de tutorat à distance via la plateforme
- Les étudiants formulent quant à eux des besoins concernant :
 - La réorganisation des contenus sur la plateforme
 - L'explicitation des contenus
 - La ludification des contenus
 - L'accès à des ressources pratiques
 - Le dialogue avec les formateurs

Enfin, nous observons chez les formateurs un besoin moyen d'améliorer leurs pratiques. Cela signifie-t-il que les formateurs ont un sentiment d'efficacité suffisant pour assurer les séquences pédagogiques sur la plateforme ? La valeur accordée à la tâche est-elle suffisamment élevée (théorie des attentes – Locke, 1975) ? Et, une meilleure connaissance de ce que peut leur apporter la plateforme susciterait-elle le besoin d'améliorer les pratiques ?

Discussion

Le modèle de Faerber (2003), montre que le formateur a un rôle de *facilitateur* dans l'accès au savoir via la technologie et qu'à ce titre, un niveau satisfaisant de maîtrise de la plateforme, du public et de ses besoins est nécessaire.



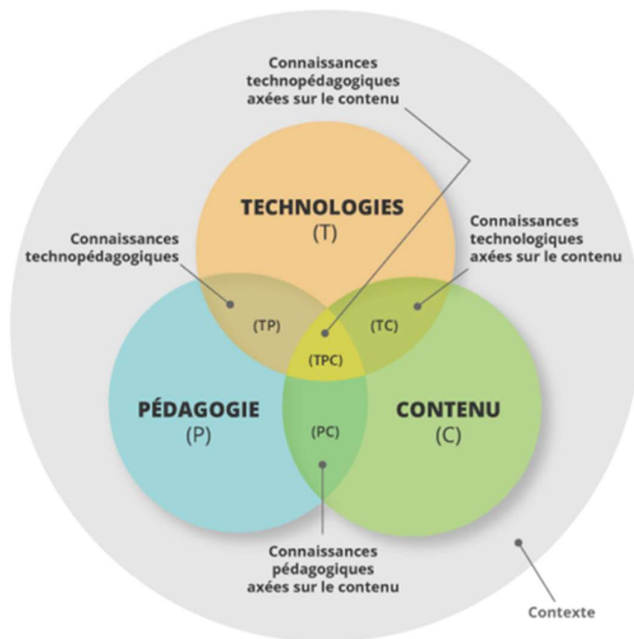
Tétraèdre de Faerber, 2003

D'ailleurs, les étudiants satisfaits du soutien des formateurs expriment un besoin de soutien supplémentaire. La réponse à leur apporter semble fondamentale pour maintenir les apprentissages et la motivation. Pourrait-on s'attendre ensuite à un plus haut niveau de satisfaction et à une meilleure appropriation des savoirs chez les étudiants ?

Divers biais ont été relevés. L'étude a été produite au début de la pandémie de Covid 19, marquant une transition dans les usages du numérique. Qu'en serait-il à ce jour ? Le rassemblement des résultats et le calcul de moyenne comparés avec le test de Student, ont pu gommer des disparités. L'étude de satisfaction des étudiants pourrait être complétée d'une étude des performances par le biais de l'interface dédiée du LMS.

Ouverture, perspectives professionnelles et scientifiques

Le modèle TPACK (Koehler et Mishra, 2007) montre que les connaissances technologiques, disciplinaires et pédagogiques s'articulent. Savoir utiliser la technologie ne suffit pas pour former avec les TICE.



Modèle TPACK, Koehler et Mishra, 2007

Conclusion

Nous proposons en réponse à cette recherche des activités prenant en compte ces trois aspects. Il s'agit d'ateliers d'expérimentation et de partage des pratiques entre experts et novices pour les formateurs et les étudiants avec des temps de partage d'informations, d'expériences, d'entraînement et de débriefing ; accès à la *plateforme PIX* pour améliorer les compétences numériques générales (collaborer, résoudre un problème technique, etc.) des formateurs volontaires.

En second lieu, la certification PIX apparaît comme un élément motivant et valorisable professionnellement. PIX est une évaluation certifiante des compétences numériques

accessible en ligne. Elle remplace le B2i (Brevet Informatique et Internet) et le C2i (Certificat Informatique et Internet).

Face à un isolement des formateurs souvent mentionné dans notre étude, nous recommandons toutefois la possibilité d'avoir recours à un référent de proximité auprès de qui se tourner en cas de besoin. Le profil précis reste à définir.

Nous dégageons enfin les concepts *d'éthique du numérique* (Rosati, 2012) et de *sagesse numérique* (Prensky et Stenger, 2015). Il ne s'agit plus de succomber spontanément à l'émerveillement ou au rejet lors de l'introduction d'une technologie en pédagogie mais de porter préalablement un regard réflexif sur l'objet en considérant son obsolescence rapide et avant qu'il ne soit plus ou moins bien instrumenté avec des conséquences parfois délétères (augmentation de la fracture numérique, perte de motivation, résistances, etc.).

Nijimbere (2013) plaide pour une utilisation *raisonnée* des outils au regard de la complexité des contextes dans lesquels ils s'inscrivent.

Bibliographie

Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle*. Bruxelles : De Boeck

Bauer, M. (1995, juin). 'Technophobia': A misleading conception of resistance to new technology. *Resistance to New Technology: Nuclear Power, Information Technology and Biotechnology*. Cambridge University Press. 97 – 122. Consulté le 30 mai 2020. Disponible sur : <https://urlz.fr/cP1>

Faerber, R. (2003.). Groupements, processus pédagogiques et quelques contraintes liés à un environnement virtuel d'apprentissage. *Environnements Informatiques pour l'Apprentissage Humain 2003*, Apr 2003, Strasbourg, France. pp.199-210. edutice00000137. Consulté le 5 mars 2020, à l'adresse : <https://halshs.archivesouvertes.fr/edutice-00000137/>

Koehler, M. J., Mishra, P. (2007.). What Is Technological Pedagogical Content Knowledge? Consulté le 21 septembre 2022 sur : <https://citejournal.org/volume-9/issue-1-09/general/what-is-technological-pedagogicalcontent-knowledge>

Locke, E.A. (1975), «Personnel attitudes and motivation», in Rosenzweig, M.R., Porter, L.W., *Annual Review of Psychology*, Palo Alto, vol.26, p.457-480

Nijimbere, C. (2013, janvier 7). Approche instrumentale et didactiques : Apports de Pierre Rabardel. <http://www.adjectif.net/spip/spip.php?article202>. Consulté le 20 mai 2020

Prensky, M., Stenger, T. (2015). Chapitre 1. Digital natives, technologie et culture numériques. In *Digital natives* (p. 27-33). EMS Editions. Consulté le 21 septembre 2022 sur: <https://www.cairn.info/digital-natives--9782847697438-page-27.htm>

Rasmy, A., Karsenti, T. (2016). Les déterminants de la motivation des enseignants en contexte de développement professionnel continu lié à l'intégration des technologies. *Revue internationale des technologies en pédagogie universitaire*, 13(1), 17. <https://doi.org/10.18162/ritpu-2016-v13n1-02>. Consulté le 21 septembre 2022

Rosati, M. V. (2012). Une éthique appliquée ?. Considérations pour une éthique du numérique. *Éthique publique. Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, vol. 14, n° 2, Article 14, n° 2. Consulté le 21 septembre 2022 sur : <https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.995>

Étude du développement du raisonnement éthique dans le processus de formation des étudiants assistants de service social

DUPONT Dalice – Croix-Rouge Compétence Nouvelle Aquitaine-Limoges – Formatrice IFTS
Master 2 de Pratique et Ingénierie de la Formation, parcours Expertise de la formation des adultes

Mots clés : Raisonnement éthique ; étudiants assistants de service social ; éducation ; Éthique de la justice ; éthique du care

Introduction

Cette recherche a été effectuée dans le cadre d'un Master 2 de Pratique et Ingénierie de la Formation, parcours Expertise de la formation des adultes. La particularité de ce mémoire est qu'il comprend à la fois un travail sur l'ingénierie de formation et un travail de recherche scientifique. Je me suis intéressée au raisonnement éthique, car il fait partie intégrante du métier d'assistant de service social. Mais qu'en est-il du développement du raisonnement éthique chez ces étudiants ? Afin d'essayer d'y répondre, l'étude menée porte sur l'évolution du développement du raisonnement éthique chez les étudiants assistants de service social dans leur processus de formation initiale.

Cadre théorique

Après avoir décliné une action de formation autour de l'éthique dans le parcours de la formation initiale des assistants de service social « le partage d'informations : enjeux, éthique et déontologie » :

- L'éthique et ses formes : Ricoeur insiste particulièrement sur la notion de projet, de dynamisme dans l'éthique. Il dit de la visée éthique « *une vie bonne, avec et pour autrui dans des institutions justes* » (Schlegel, 2017). Ainsi Ricoeur a conceptualisé l'éthique, et plus particulièrement le fonctionnement de l'intention éthique, sous la forme d'un triangle.

Selon Ricoeur, la justice est la troisième composante du triangle éthique, le « pôle il ». Sa thèse s'appuie sur le fait que la justice fait partie intégrante du vivre bien, de ce souhait éthique fondamental. L'idée de la justice est d'étendre la visée de la vie bonne au-delà du face-à-face.

Pour Kohlberg, l'éthique de la justice s'articule autour des concepts de droit et de règle. Dans cette réflexion, c'est la valeur « justice » qui prime sur les autres, ainsi que celle de la raison. Gilligan identifie dans ces travaux trois caractéristiques fondamentales qui différencient l'éthique du *care* de l'éthique de la justice. Tout d'abord, ces deux formes

d'éthique s'articulent autour de concepts moraux différents : l'éthique du care se trouve autour de la responsabilité et des liens humains, l'éthique de la justice quant à elle autour des droits et des règles. Ensuite, cette forme d'éthique (du care) est liée à des circonstances concrètes, elle repose sur une réalité vécue, et non sur de l'abstrait, non sur des concepts « théoriques » comme l'éthique de la justice. Enfin, en troisième caractéristique différenciant ces deux formes d'éthique, l'éthique du care s'exprime plutôt comme une activité, activité de soin majoritairement dans les travaux de Gilligan, que sur un ensemble de principes abstraits et universels. L'éthique du care renvoie aux situations du quotidien, au concret des questions éthiques des gens ordinaires.

Enfin, l'éthique de la conviction et l'éthique de la responsabilité ont été développées par Weber dès 1919. Il écrit que « toute activité orientée selon l'éthique peut être subordonnée à deux maximes totalement différentes et irréductiblement opposées. D'un côté l'éthique de conviction, de l'autre l'éthique de responsabilité » (Fassin, 2015, p. 3).

- Le raisonnement éthique : Le développement moral est un processus psychologique, évolutif, de la capacité d'un individu à réfléchir à des problèmes moraux.

Le raisonnement éthique, dans son application prend la forme de la délibération éthique. Il s'agit d'un processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre la décision la plus raisonnable possible dans les circonstances. Il est question d'évaluation, de compréhension et de prise de décision, le raisonnement éthique diffère en cela du développement moral.

- Le lien entre éthique et travail social, de l'évidence au paradoxe, et ce, à partir du référentiel professionnel, du référentiel de formation, ainsi qu'à partir des écrits de Bouquet, Merlier, et Boily, etc...

L'assistant de service social intervient dans une démarche éthique et déontologique, dans le respect de l'altérité et de la singularité de la personne et du collectif. Il instaure une relation visant à favoriser la participation des personnes dans l'accompagnement social individuel et collectif.

Dans le cadre des missions qui lui sont confiées, l'assistant de service social accomplit des actes professionnels engageant sa responsabilité par ses choix et ses prises de décision, qui tiennent compte de la loi, des politiques sociales et de l'intérêt des personnes.

Pour Bouquet, l'éthique porte sur le cœur de la profession. Loin d'être des exécutants de procédures, des appliquants de protocoles, les travailleurs sociaux basent leur pratique professionnelle sur la relation à autrui, et à la société.

Effectivement, pour Paul l'accompagnement est une pratique ancrée dans l'éthique. L'éthique est incontournable dans le cadre d'un travail basé sur la relation à l'autre, ce qui est le cas en travail social. Paul pense l'accompagnement comme « *une relation d'être humain à être humain, où quelque chose se joue* », d'où l'importance d'une réflexion éthique. Elle insiste également sur la vigilance à porter au sujet de l'asymétrie dans la relation et propose de voir l'accompagnement comme vecteur de réflexivité, c'est-à-dire une relation où l'asymétrie des places de l'accompagné et de l'accompagnant favoriserait la réflexivité. Elle encourage le questionnement sur la relation qui s'instaure avec l'autre ainsi que sur les enjeux de cette relation.

Matériel et Méthode

Ces différentes recherches théoriques m'ont permis d'émettre l'hypothèse suivante : « Au vu de l'éducation au raisonnement éthique présente dans la formation théorique et pratique des assistants de service social, les étudiants assistants de service social ont ce raisonnement de plus en plus développé au fil de leur formation, et de plus en plus développé vers une éthique du care, partant d'une éthique de la justice. »

Afin de vérifier cette hypothèse, j'ai mené une enquête de terrain auprès de 95 étudiants assistants de service social par la passation d'un dilemme moral et ce en vue d'évaluer leur stade de raisonnement éthique.

Ainsi, j'ai utilisé le dilemme moral pour cette évaluation. Le dilemme moral de Heinz propose deux issues à l'étudiant sans que l'une ou l'autre ne soit bonne ou juste a priori. C'est un court scénario avec une personne Z, confrontée à un choix. Ce scénario s'achève sur une question normative : que devrait faire Z ? issue A / issue B. L'étudiant doit choisir entre les deux issues et justifier son choix. C'est lors de cette justification, et des questions annexes associées que j'évalue le raisonnement éthique et sa justification. Le prototype du dilemme moral est le dilemme de Heinz, formalisé par Kohlberg (1958). Ce dilemme s'intéresse particulièrement à la question de l'éthique de la justice, de la hiérarchisation des valeurs et des droits fondamentaux de l'individu.

Le test a été réalisé en mai 2022 soit sur la fin d'année scolaire. Les étudiants y ont répondu en individuel, par écrit, lors d'un temps dédié, au sein du centre de formation.

En complément du test, j'ai collecté des informations additionnelles : l'année de promotion, l'année de naissance et le sexe, et ce en vue de pouvoir analyser les résultats également en fonction du genre, et de l'expérience personnelle vécue.

J'ai par la suite exploité ces tests. Lors du traitement des réponses, je me suis attachée à l'évaluation du degré de raisonnement éthique mais également au type d'éthique concerné : éthique de la justice ou éthique du care, en m'appuyant sur les travaux de Kohlberg et ceux

de Gilligan, et ce en fonction de l'avancée des étudiants dans leur formation (1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} année d'étude). J'ai ainsi deux angles d'approche aux traitements de mes données.

Résultats

Les résultats obtenus me permettent aujourd'hui de vérifier en partie l'hypothèse de recherche ; effectivement, il apparaît que les étudiants de 3^{ème} année ont un raisonnement éthique plus développé que les étudiants de 1^{ère} et 2^{ème} année, et plus tourné vers une éthique du care qu'une éthique de la justice. Nous avons également vu que d'autres éléments peuvent entrer en jeu comme l'âge et le genre.

Les résultats obtenus dans ma recherche correspondent également à ce qui est entendu dans la théorie de Gilligan sur l'éthique du care. Là encore, la population d'intérêt étant féminine à 92%, et la formation d'assistant de service social orientée sur la relation et l'attention portée à autrui, correspond aux propos de ses travaux.

Conclusion

Néanmoins, différents biais à cette recherche ne permettent pas d'établir avec assez de précisions qu'il y a évolution dans le raisonnement éthique de ces étudiants, ni qu'il y ait un lien entre ce développement du raisonnement éthique et les apports de la formation qu'ils soient aussi bien théoriques que pratiques.

Cette recherche bien que perfectible me permet d'envisager des prolongements à ce travail, d'autres études, plus précises notamment par le suivi d'une promotion cible tout au long de leur formation par exemple, ou encore par une étude auprès de 2 groupes distincts qui auraient des apports en formation différents.

Bibliographie :

- Bouquet, B. (2017). *Éthique et travail social*. Dunod.
- Gilligan, C. (2008). *Une voix différente : Pour une éthique du « care »*. Flammarion.
- Ricœur, P. (1984). Fondements de l'éthique. *Autres Temps*, 61-71.
- Savard, N. (1996). Développement moral et jugement moral : Réexamen de la controverse Kohlberg-Gilligan. *Horizons philosophiques*, 113.
- Ministère des solidarités et de la santé, & Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. (2020). *Diplôme d'Etat d'Assistant de Service Social/ recueil des principaux textes relatifs à la formation professionnelle*

Les conditions sociales de la réussite scolaire et l'employabilité : le rôle du logement

GAALICHE Emyra – Croix-Rouge Compétence Auvergne Rhône Alpes – Lyon Formatrice
IFTS

Mots clés : Logement ; classes populaires ; école ; employabilité ; inégalités sociales ; précarité.

Introduction

D'après le rapport annuel de la Fondation Abbé Pierre, datant de février 2022, 4.1 millions de personnes seraient en situation de « mal-logement ». Nonobstant des dispositifs et un cadre légal existant, à l'image du Droit Au Logement Opposable (DALO), des logements sociaux, entre autres, de plus en plus de personnes vivraient dans des conditions d'habitat précaires : hébergement, absence de logement, superficie inadaptée notamment. Ce phénomène ne concernant pas qu'une frange de la population. En effet, peuvent être touchées des personnes sans emploi, salariées, des étudiants, des personnes âgées, des familles avec ou sans enfant, des personnes seules, etc. Pourtant, cette problématique ne date pas d'aujourd'hui et a traversé les siècles. Mais, son émergence et sa catégorisation comme « problème public »⁴ date du milieu du XXIème siècle, quelques décennies avant l'objectif établi de lutte contre les exclusions⁵, qui viendra révéler l'augmentation considérable des salariés précaires en lien avec les métamorphoses de la question sociale. (Castel, 2013)

Cadre théorique

Dans le cadre de notre travail de recherche, nous avons privilégié les apports sociologiques et d'économistes. Ainsi, nous avons utilisé les travaux de Françoise Lorserie, directrice de recherches émérite en sciences politiques et de Bernard Lahire, professeur de sociologie. En effet, les deux auteurs abordent la question des inégalités scolaires en mettant en exergue les inégalités multidimensionnelles. Les apports de Pauline Kertudo et Didier Vanoni, notamment sur le lien entre « mal-logement » et famille nous ont permis de comprendre l'imbrication des deux et les conséquences qu'elles pouvaient avoir réciproquement. Nous avons également sollicité les travaux d'autres sociologues sur des questions plus générales inhérentes à l'exclusion, au logement, à l'emploi et à l'école, à l'image de Maryse Marpsat, Marine

⁴ Nous utilisons ce terme au sens de « l'ensemble des problèmes perçus comme appelant un débat public, voire l'intervention des autorités politiques légitimes » (Padioleau, cité dans Sheppard, 2014, p.531) mais également « quand les gens commencent à penser que quelque chose peut être fait pour changer la situation » (Kingdon, cité dans Sheppard, 2014, p.531)

⁵ Par exclusion, nous souhaitons désigner « un processus multidimensionnel de ruptures progressives, se déclinant à la fois dans le domaine professionnel et relationnel. Ces ruptures peuvent également toucher d'autres domaines ou objets sociaux que l'emploi comme le logement ou l'accès aux soins par exemple » (Vandecasteele & Lefebvre, 2006)

Bourgeois et Pierre Bourdieu. Enfin, nous nous sommes appuyées sur les rapports de la Fondation Abbé Pierre, publiés annuellement, faisant état des problématiques du logement et de la crise sans précédent le concernant. Ils nous ont permis de davantage cerner son contexte et de mieux comprendre les problématiques sociales qui y sont liées.

Méthode de recherche et matériel

En tant qu'assistante de service social, nous avons accompagné des personnes en proie à des difficultés locatives, sans diplôme ou éloignées de l'emploi, avec ou sans enfant, mettant en avant les problématiques de logement qu'elles rencontraient. Ainsi, maintes questions se posaient : comment investir sa scolarité alors que les conditions de vie sont peu propices au travail scolaire ? Comment « réussir »⁶ à l'école ? Comment s'insérer ? Comment trouver un emploi et s'y maintenir ? Une personne en situation de « mal-logement » va-t-elle le rester de façon définitive ou temporaire ?

Ainsi, nous avons souhaité nous intéresser au rôle du logement dans le rapport à l'école et à l'emploi des classes populaires⁷. Ces deux temporalités nous semblent liées, puisque l'une précède l'autre dans les « parcours classiques », fruit d'une construction sociale.

Pour ce faire, nous avons mené une étude longitudinale basée sur un accompagnement social mené auprès de onze collégiens et lycéens, en 2013, que nous avons pu retrouver en 2022. Nous avons également utilisé les données des suivis sociaux que nous avons menés entre mars 2022 et juin 2022 au sein d'une association œuvrant pour l'insertion socio-professionnelle et avons utilisé plus précisément le témoignage de cinq personnes en recherche d'emploi. Enfin, nous avons échangé avec des « témoins privilégiés »⁸, composés de six professionnels œuvrant dans les champs de l'action sociale, de la scolarité et de l'emploi. Hormis, les données recueillies durant les entretiens sociaux, nous avons choisi de mener des entretiens semi-directifs avec le panel évoqué. Ainsi, trois ensembles de données ont été mobilisés et nous avons donc adopté une double posture : celle de l'assistante sociale et celle de la chercheuse, en nous basant sur une approche empiro-inductive.

Résultats

La réussite : une simple question de bonne volonté ?

⁶ La réussite est subjective. Mais, en France, la réussite, fruit d'une construction sociale, est symbolisée par le niveau d'études, les diplômes et l'ascension sociale. Elle représente « la promotion d'un individu au sein d'un groupe. Le fait de réussir s'apparente à changer de statut, de classe d'appartenance, généralement par le biais de la profession » (Bouteyre, 2004, p.6)

⁷ Nous avons catégorisé notre échantillon dans les classes populaires afin de désigner « un simple agrégat qui regroupe les catégories d'ouvriers et d'employés : cet usage est fréquent dans l'analyse statistique des inégalités sociales » (Cartier, Siblot, 2015, p.19). Les emplois des classes populaires étant souvent peu qualifiés.

⁸ « Les témoins privilégiés » (Quivy et Campenhoudt, 2017, p.83)

L'institution scolaire prône depuis toujours la réussite et la performance. Mais, les représentations inhérentes à ces deux termes ont évolué. La question de l'échec scolaire apparaît dans les années 1960. Avant cette période, on considérait que certains enfants n'étaient pas « faits pour les études », mais, cela n'impactait pas leur insertion professionnelle. D'ailleurs, « la moitié des enfants de milieux populaires n'obtenait pas le certificat d'étude et quittait alors l'école avant la fin de la scolarité obligatoire »⁹. L'école permettait aux enfants des classes populaires, principalement composées d'ouvriers et de paysans d'avoir un bagage scolaire : « du moment qu'ils étaient à peu près alphabétisés, il n'y avait pas de scandale à les voir entrer ainsi au travail »¹⁰ (Isambert-Jamati, 1996). À la fin des années 1960, de plus en plus d'élèves poursuivent leurs études et l'école devient obligatoire jusqu'à l'âge de 16 ans¹¹. Ainsi, la notion d'échec scolaire émerge et devient un problème social ; le taux d'échec commençant à considérablement augmenter dans les années 1970. Le phénomène migratoire est alors mis en cause. Les enfants des immigrés sont associés à l'échec et « sont accusés de faire baisser le niveau scolaire des classes » (Bouteyre, 2004).

L'école, prônant l'égalité de tous, est vectrice d'inégalités. Elle donne plus à ceux qui ont déjà. C'est l'« effet Matthieu »¹² (Merton, 1968). Ainsi, il subsisterait un mythe selon lequel l'école serait un lieu visant l'égalité pour tous et les inégalités liées aux origines sociales des élèves seraient inexistantes. D'ailleurs, « l'école [...] loin de corriger les inégalités sociales, elle les aggrave » (Rayou, 2019, p.7). Nonobstant l'existence de politiques publiques inhérentes à cette question d'inégalité sociale comme avec les Réseaux d'Éducation Prioritaire (REP), etc., les écarts et les inégalités persistent.

La culture de l'école et la culture des classes dominantes seraient liées. De ce fait, la question du mérite serait biaisée puisque l'école serait un moyen de reproduire des positions sociales et des positions de pouvoir plutôt que de mesurer une valeur individuelle. (Bourdieu et Passeron, 1964-1970). Les classes supérieures détiennent les « codes scolaires » et effectuent des choix stratégiques pour réussir (Van Zanten, 2009). Ainsi, les enfants des classes dominantes réussissent mieux à l'école, non pas par « leur don » mais via un héritage transmis par leur parent, c'est « le capital culturel » (Bourdieu, Passeron, 1964).

La réussite représente « la promotion d'un individu au sein d'un groupe. Le fait de réussir s'apparente à changer de statut, de classe d'appartenance, généralement par le biais de la profession » (Bouteyre, 2004, p.6) et serait donc hiérarchisé par le système éducatif. À résultats scolaires égaux, les propositions d'orientation des établissements scolaires diffèrent en

⁹ Bouteyre E. (2004). Réussite et résilience scolaires chez l'enfant de migrants. Dunod

¹⁰ Best, F. (1996). *L'échec scolaire : une notion qui a une brève histoire*. Presses Universitaires de France.

¹¹ Ordonnance signée par le Général de Gaulle le 6 janvier 1959

¹² Sociologue américain ayant repris un passage de l'Évangile « on donnera à celui qui a, et il sera dans l'abondance, mais à celui qui n'a pas, on ôtera même ce qu'il a »

fonction de l'origine sociale, générant un accès à l'emploi différencié. D'ailleurs, la question de l'employabilité est une construction sociale. Dans les années 1960, elle s'apparente davantage à « l'espérance objective ou la probabilité plus ou moins élevée que peut avoir une personne à la recherche d'un emploi d'en trouver un » (Ledrut,1968). Mais, en raison des différentes crises économiques, le chômage s'intensifie et les situations de sous-emploi¹³ également. L'emploi devient donc un élément central en visant principalement les jeunes. Actuellement, la notion d'employabilité a investi plusieurs champs disciplinaires et est présentée comme une responsabilité individuelle. En effet, on enjoint à chaque individu de construire et d'entretenir leur employabilité. (Glaymann et Moatty, 2017, p.11)

Mais, rappelons que certaines personnes, du fait des inégalités qu'elles ont subies, quittent l'école sans diplôme ou sont peu qualifiées. Ainsi, elles sont désavantagées pour l'accès dans le monde du travail. De plus, elles ne détiennent pas les ressources nécessaires pour garantir et travailler à leur employabilité. Il pourra leur être reproché leur manque d'investissement, de qualifications ou de compétences. Ainsi, on les invite à davantage se former et se mobiliser, néanmoins, sans prendre en considération les conditions matérielles de leur parcours. Par exemple, il est fréquemment demandé d'obtenir le plus d'entretiens possibles avec un employeur. Mais, certains individus n'ont pas les codes du monde professionnel ou n'ont pas la possibilité de répondre à cette injonction étant donné leurs conditions sociales. Nous pouvons exemplifier cette dernière idée par l'exemple des personnes dépourvues de logement stable. En effet, ces dernières doivent s'engager dans un parcours relatif à leur insertion sociale. Comment peuvent-elles à la fois chercher des solutions relatives à leur logement et à la fois à l'emploi ? Pour les personnes les plus éloignées de l'emploi, il existe des stages pour « restaurer l'employabilité ». Mais, il subsiste une inadéquation entre l'offre et la demande en raison d'un chômage de masse. Pourtant, cette pénurie d'emploi ne semble pas être prise en considération pour expliquer la situation du chômeur qui se voit attribuer la responsabilité de sa situation. Abordons également la stigmatisation que subissent les personnes privées d'emploi, accusées d'être des « profiteurs, fainéants et incompetents » (Bourguignon et Herman, 2018, p.106)

Le logement est un facteur prégnant dans la vie des individus, quel que soit l'âge et l'étape du parcours des personnes. Concernant la personne scolarisée, le logement détient une place qui ne se remarque pas de prime abord mais étant conséquente puisque les difficultés

¹³ « On parle de sous-emploi lorsqu'une personne occupe un emploi qui ne lui convient pas cette inadéquation se mesurant par référence à certaines normes, ou en comparaison avec d'autres postes et compte tenu des compétences professionnelles (formation et expérience) de la personne concernée (...) il convient d'établir une distinction entre deux formes d'emploi ; le sous-emploi visible, qui témoigne d'un déficit d'emplois ; le sous-emploi invisible qui se caractérise, entre autres, par un bas niveau de revenu, une sous-utilisation des compétences et une faible productivité »(BIT,210,p.9.10)

rencontrées en son sein impactent la scolarité. Nous avons également constaté que le logement n'a pas sa place à l'école, dans le sens où cette condition matérielle n'est pas prise en considération dans la scolarité. Même si l'école prône l'égalité pour tous, elle met davantage en avant le capital culturel et l'investissement. Sont invoquées l'intégration et l'égalité des chances. De surcroît, « l'école reste indifférente aux différences » (Bourdieu, 1966).

Concernant la question de l'emploi, le schéma est relativement similaire. En effet, l'expérience, les qualifications et les compétences sont mises en exergue alors que le logement n'est pas pris en considération dans les parcours de vie des individus.

Les inégalités de logement : un fait isolé ?

Outre le marqueur de pauvreté que peut représenter le logement, ce dernier engendre des difficultés et des inégalités tant sur le plan scolaire que professionnel. Mais, ce que nous avons mis en lumière, c'est le cumul d'inégalités diffuses des populations concernées (Lorcerie, 2012, p.16). En effet, les classes populaires ayant déjà des positions différenciées cumulent les « handicaps socioéconomiques ». Ces inégalités sociales sont multidimensionnelles et transversales qui interagissent entre elles et se déterminent réciproquement. Elles sont cumulatives, opérant de façon synchronique puisqu'elles sont vécues dans le même temps par notre échantillon, mais aussi, de façon diachronique car elles se retrouvent tout au long de la vie des individus à travers un phénomène de reproduction sociale¹⁴. Étant donné les caractéristiques sociales des personnes ayant contribué à notre enquête, certains critères sont déterminants : l'origine sociale, l'origine ethno-raciale, la nationalité, mais également le sexe parce que nous avons mis en exergue le fait que les foyers monoparentaux étaient davantage concernés et généralement ce sont les femmes qui en sont à la tête.

Enfin, nous avons découvert que la politique s'est emparée de la question du logement. Même si elle ne vient pas directement questionner sa place par rapport à l'école ou à l'emploi, il subsiste un cadre légal octroyant des droits via des dispositifs à destination des personnes afin de les aider à combler les inégalités sociales. Mais, nous avons constaté que les procédures sont fastidieuses, que les personnes étaient dans la non-maîtrise des procédures et que le cadre légal n'est pas systématiquement respecté par les institutions qui en sont garantes. Cela étant justifié par ces dernières par la crise du logement. Ajoutons que les dispositifs dont nous parlons peuvent être questionnés et analysés au prisme de la discrimination, notamment dans l'attribution des logements et la localisation de ces derniers. C'est le phénomène de ségrégation urbaine¹⁵ que nous souhaitons mettre en avant et qui aura

¹⁴ « Les conditions de la naissance continuent à déterminer le destin des individus » (Peugny, 2013, p.39)

¹⁵ A l'image des ghettos étatsuniens, marqués par une séparation raciale entre « Noirs » et « Blancs », il subsisterait, en France, des quartiers au sein desquels une même population est regroupée. Le marqueur racial, n'étant pas le seul facteur y contribuant. La mixité sociale n'est que peu représentée.

des conséquences sur la scolarité (Van Zanten, 2009). Cette ségrégation urbaine influence le rapport à l'emploi, notamment en termes de mobilité puisqu'elle concerne des quartiers précaires avec un accès moindre aux transports.

Ajoutons qu'une représentation laisse penser que la raison pour laquelle il subsiste des conditions d'habitat précaires est l'absence de travail. Cela peut être vrai, mais, dans notre enquête, nous avons découvert que c'est à cause du logement que l'accès à l'emploi demeure complexe. Nous avons également mis en lumière les effets discriminatoires liés aux inégalités de logement. Nous savions que l'adresse dans un quartier pouvait être sujette à discrimination, toutefois, nous avons découvert que l'institution qui domicilie pouvait aussi faire l'objet de discrimination. Cela nous amène à une nouvelle réflexion sur le 20ème critère de discrimination¹⁶ qui est le lieu de résidence.

Ouverture, perspectives professionnelles et scientifiques

Le logement est un facteur parmi d'autres qui contribue à reproduire les inégalités sociales, quelle que soit l'étape au sein de laquelle se trouve l'individu. Ainsi, les questionnements englobent les perspectives politiques et sociales quant à cette problématique, notamment avec la démocratisation du télétravail ou des cours à distance, en raison de la pandémie de la Covid-19. De quelle façon les individus rencontrant des difficultés inhérentes au logement, dont les conditions matérielles ne permettent pas de suivre les enseignements à distance ou de télétravailler pourraient mener à bien leur travail ? Ce nouveau mode de travail, scolaire ou professionnel, semble générer de nouvelles formes d'inégalités et en renforcer certaines. Il serait donc pertinent de s'intéresser à la scolarité et aux conditions de travail des personnes dont l'habitat ne permet pas de télétravailler ou de suivre les enseignements prévus à distance.

Conclusion

Le logement détient une place centrale durant la scolarité et dans le cadre de l'insertion professionnelle. Il contraint certaines personnes à cesser leur activité ou ne leur permet pas de stabiliser leur situation professionnelle de façon durable.

Nous pouvons donc affirmer que le logement peut être à la fois un levier lorsque ses caractéristiques corroborent avec celles des ménages qui l'occupent. De fait, il peut également constituer un frein lorsqu'il est en inadéquation avec les besoins des personnes. Ainsi, les problématiques liées au logement représentent une cause de la réussite ou de l'échec scolaire

A cet effet, la question de la ségrégation urbaine s'est développée et pointe la séparation d'un groupe social et la concentration locale de la « pauvreté et [...] des problèmes sociaux » (Oberti, Préceteille, 2016)

¹⁶ En 2014, le lieu de résidence devient le 20ième critère de discrimination. En 2022, sont recensés 25 critères de discrimination interdits par la loi

mais également la conséquence de l'absence d'emploi. Il est un facteur prégnant tant à l'école que pour l'accès et le maintien dans l'emploi.

Grâce à notre enquête, nous avons mis en exergue un mécanisme de reproduction sociale et des inégalités sociales qui sont multidimensionnelles. De plus, les personnes racisées sont davantage concernées. Placés au service des dominants comme groupes minorisés, les groupes racialisés sont donc caractérisés par leurs positions différenciées et dévalorisées dans la hiérarchie sociale (Bessone, 2017, p.138). En effet, ils occupent des « activités symboliquement et monétairement dévaluées » (Aubry, 2019, p.150).

Ce que nous avons également mis en exergue, c'est la non-prise en considération des conditions matérielles, et principalement du logement, dans notre cadre, dans la scolarité et l'insertion professionnelle.

Pour dépasser le cadre scolaire et de l'emploi, nous nous rendons compte que le droit au logement demeure fragile, voire enlisé. Les conséquences du « mal-logement » représentent un phénomène méconnu par les acteurs, notamment du champ de l'insertion et du social. La volonté d'insérer ou d'accompagner à l'école est modélisée au prisme de la qualification des compétences, du capital culturel ou de « la bonne volonté ». Or, il nous semble indispensable de considérer la scolarité et l'insertion professionnelle comme un fait social total.

Bibliographie

Références scientifiques

- BOUTEYRE E. (2004). *Réussite et résilience scolaires chez l'enfant de migrants*. Dunod.
- BOURDIEU P. (1966). L'école conservatrice. L'inégalité sociale devant l'école et devant la culture. *Revue française de sociologie*, n°3.
- BOURGUIGNON D. & HERMAN G. (2018). Chapitre 6. Le chômage, une différence qui stigmatise. Dans : Klea Faniko éd., *Psychologie de la discrimination et des préjugés : De la théorie à la pratique* (pp. 101-118). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. _
- CASTEL R. (2013). Autour du livre. Les métamorphoses de la question sociale. *Vie sociale*, 1, 21-39.
- LORCERIE F. (2012), L'échec scolaire, ce qu'il dit et ce qu'on lui fait dire. *Après-demain*, 21, NF, 14-17.
- OBERTI M. & PRETECEILLE E. (2016). I. Caractériser la ségrégation. Dans : Marco Oberti éd., *La ségrégation urbaine* (pp. 7-42). Paris : La Découverte.
- PEUGNY C. (2013). *Le destin au berceau. Inégalités et reproduction sociale*. Seuil.
- RAYOU P. (2019). *L'origine sociale des élèves*. Retz

SHEPPARD E. (2014). Problème public. Dans : Laurie Boussaguet éd., *Dictionnaire des politiques publiques: 4e édition précédée d'un nouvel avant-propos* (pp. 530-538). Paris: Presses de Sciences Po

VANDECASTEELE I. & LEFEBVRE A. (2006). De la fragilisation à la rupture du lien social : approche clinique des impacts psychiques de la précarité et du processus d'exclusion sociale. *Cahiers de psychologie clinique*, 26, 137-162.

VAN ZANTEN A. (2009). Le choix des autres : Jugements, stratégies et ségrégations scolaires. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 180, 24-34.

Autre source

Fondation Abbé Pierre (2022). L'état du mal-logement en France. Rapport annuel #27

Opportunité pédagogique des situations d'activité instrumentée à distance : question autour des pratiques de la FOAD chez les apprenant.e.s illettré.e.s

HARDY Cédrik – Croix-Rouge Compétence Normandie – Alençon - Formateur IFTS

Mots clés : Activité – Instrumentation – Distance – Situation - Opportunité pédagogique

Introduction

Actuellement formateur pour le site Croix-Rouge compétence d'Alençon, j'interviens en tant que cadre pédagogique sur les formations *Assistant de service social* et *Educateur spécialisé* dans le cadre du domaine de formation 1 « La relation éducative spécialisée », pour les éducateurs et celui du domaine 2 « Analyse des questions sociales de l'intervention en travail social », pour les Assistants sociaux.

Avant de développer les éléments de cette recherche, il me semble nécessaire de poser deux points préalables. Le premier concerne la date de ce travail qui remonte en effet à 5 ans. Pour beaucoup de recherches, cette précision n'aurait peut-être pas beaucoup de sens, mais pour ce qui concerne la mienne, elle en a. Et effet, et c'est le second point, bien que prenant place dans le cadre de la table ronde sur l'intégration du numérique en formation, mon propos portera principalement sur la question de la distance comme dimension des dispositifs de formation. Or, cette notion ne pose pas nécessairement les mêmes questions que celles des impacts du numérique sur la formation. Je me permets de poser ici cette précision, notamment parce qu'il m'est apparu que la réflexion sur le numérique pouvait parfois agir comme un obstacle pour penser la question de la distance. Mais je n'investiguerais pas cette question et tenterais plutôt d'esquisser des liens entre les deux. Cependant, notons que ce deuxième point donne sens au premier : en effet chercher sur la distance il y a 5 ans n'a peut-être plus tout à fait le même sens, que chercher sur la distance aujourd'hui. La traversée des différents confinements avec nos apprenants nous aura fait faire, dans la réflexion, des pas de géants qui étaient jusqu'alors inimaginables. Là encore, je ne rentrerais pas dans les enseignements que l'on peut tirer de ces expériences, je vous laisserais peut-être simplement les lire en contre-point.

Question de départ et cadre théorique :

La recherche que j'ai menée dans le cadre du Master ICF de l'université de Rouen, sous la direction de Mme Savarieau, s'intéressait à l'élaboration de dispositifs de formation intégrant la distance pour des apprenants en situation d'illettrisme. Comme master professionnalisant, il s'articule avec une réflexion de terrain sur la transformation des pratiques des formateurs des

ateliers de formation de base (AFB¹⁷) en matière de formation à distance afin de répondre au mieux aux exigences des financeurs, en l'occurrence, dans notre cas, les régions.

En effet, à l'heure où il était demandé aux AFB d'intégrer jusqu'à 20% d'heures de formation à distance dans leur volumétrie, de nombreuses questions pédagogiques se posaient aux formateurs. Les AFB sont en effet des espaces dans lesquels s'entremêlent trois grandes typologies de préoccupations :

- des préoccupations didactiques touchant l'apprentissage tardif de la lecture et de l'écriture pour des adultes illettrés, la construction ou consolidation des compétences mathématiques, le travail d'équipe, les compétences méta-cognitives, etc.
- des préoccupations ayant trait à l'éducation (éducation à la santé, éducation aux droits, parentalité, apprentissage des normes de l'entreprise ou citoyenneté, etc.)
- des préoccupations sur l'accompagnement social des personnes en formation dans la mesure où nombreuses sont celles pour lesquelles la participation au programme de formation de base relève d'une action liée à leur parcours d'insertion ou de réinsertion.

En outre, ces divers aspects de l'activité formative des AFB reposent essentiellement sur la mobilisation, chez les apprenant.e.s, d'un rapport au savoir qu'il faut considérer dans sa spécificité (décrite par Nacira Aït Abdesselam, se référant aux travaux de Charlot sur le rapport aux savoirs), caractérisé notamment par le ressentiment ou la méfiance vis à vis des institutions d'apprentissage¹⁸.

Ces composantes représentant les aspects essentiels de l'activité de l'AFB, la demande de formation à distance posait problème : si l'on voit bien comment on peut compléter des activités relevant du champ didactique par les temps d'activité à distance via la médiatisation de divers supports, il semblait plus difficile, a priori, de juger de la pertinence de la FOAD vis à vis des activités relevant du champ de l'accompagnement social ou du champ éducatif.

De nombreux travaux viennent témoigner de ces questionnements, car, bien évidemment, les acteurs de la lutte contre l'illettrisme n'ont pas attendu les injonctions institutionnelles pour se pencher sur le sujet. Le rapport Billiau (Billiau 2001), notamment, présente une étude de trois ans sur cette question. Ses résultats montrent que la FOAD joue sur trois aspects du rapport des apprenants à la formation en favorisant leur appropriation des outils numériques, en mobilisant des modes de communication qui améliorent le rapport à l'écrit et enfin en développant une certaine autonomie vis à vis de l'apprentissage. C'est ainsi que sur la base de ces éléments d'exploration, je me suis arrêté sur la question non pas d'interroger la faisabilité de la formation à distance ni immédiatement la question des moyens de former de

¹⁷Centres de formation dédiés à la lutte contre l'illettrisme.

¹⁸Nacira Aït Abdesselam, Rapport aux savoirs des personnes en situation d'illettrisme en formation (Thèse)

manière pertinente, mais bien celle de l'opportunité de son usage en essayant de répondre à la question de savoir *quelles sont les conditions de l'activité instrumentée à distance qui sont de nature à avoir un impact sur le développement des compétences des apprenants en situation d'illettrisme ?*

Le cadre conceptuel dans lequel j'ai inscrit cette réflexion reposait sur le concept d'activité héritée des recherches ergonomiques. Cette approche engageant à envisager l'activité des apprenants en prenant en compte l'entrelacs complexe qui unit à la fois les prescriptions qui lui sont faites, les conditions externes dans lesquelles il développe son action ainsi que les conditions internes qui le caractérisent dans son statut d'agent (Leplat 2008). Le réseau de relations qui unit ces trois dimensions de l'activité nous amène en outre à penser ce qui, dans l'activité, peut ne pas relever du champ de l'actualisé ou de l'instancié : « *le réel de l'activité a plusieurs destins possibles qu'aucune réalisation particulière ne peut prétendre résumer à elle seule* » (Clot 2011). Comprendre l'activité de l'apprenant, c'est enfin comprendre la manière dont l'activité apprenante prend forme dans une situation, c'est-à-dire dans un jeu complexe qui ne se limite pas à la triple détermination des conditions internes / externes / prescriptions, mais aussi dans les aspects dynamiques et évolutifs de leurs liens ; « *Être en situation de... renvoie en effet à la dialectique situant situé : une personne se situe activement en engageant ses potentialités autant qu'elle est située par les contraintes et les ressources présentes dans les circonstances* » (Masciotra, Roth, Morel 2008). Ainsi, l'activité de l'apprenant en situation se comprend dans le cadre du processus dans lequel les trois dimensions de l'activité vont entretenir un jeu d'interdépendance et d'influence au sein duquel l'apprenant transforme, se transforme et attribue à son action des finalités en constantes réévaluations. Ce processus, théorisé dans le cadre de la genèse instrumentale de Rabardel (1995) met en évidence les différentes caractéristiques de l'activité, lorsqu'elle repose sur la manœuvre d'artefacts, conçue comme activité productive (dirigée vers l'atteinte des buts en situation) ou activité constructive lorsqu'elle s'instancie dans le développement des ressources internes du sujet engagé dans l'action.

Matériel et méthode

Penser les situations d'activité instrumentées à distance des apprenants renvoie donc à la possibilité de penser non pas ce que font les apprenants lorsqu'ils traitent, dans et par l'action, la prescription d'un formateur (c'est-à-dire répondre à la question de la possibilité pour des apprenants en situation d'illettrisme de réaliser des tâches de formation à distance) mais de penser quel type de « jeu » s'engage entre eux (leurs ressources internes, leurs intentions, leur vécu de l'action) et un dispositif de formation (l'agencement de moyens à la fois techniques et

symboliques disposé par l'intentionnalité d'un formateur), mis en œuvre dans des conditions de temps et de lieux spécifiques (la distance). Ce « jeu » est précisément le processus d'instrumentation / instrumentalisation d'un environnement complexe composé des dimensions suivantes et qui doivent chacune faire l'objet d'une instrumentation : la distance, la technologie (PC, Tablette smartphone...), l'approche pédagogique, les contenus didactiques etc. (Marquet 2010).

Le point central de mon analyse de cette question portait notamment sur cette dimension particulière du dispositif de formation qu'est la distance, conçue dans sa multi dimensionnalité de distance géographique, technique, temporelle, technologique, socio-culturelle, socio-économique, instrumentale, cognitive, pragmatique, etc. (Peraya 2014). Ajoutons que j'ai fait le choix d'appréhender la densité de cette notion de distance en lien avec la théorie de la distance transactionnelle associant les notions de *structure* et le *dialogue* (Moore 1993), c'est-à-dire, dans l'entrecroisement de ce qui, dans un dispositif de formation, permet ou contraint les interactions entre les apprenants et les formateurs et la marge de liberté ou de contrainte que le dispositif donne aux apprenants pour élaborer une relation personnalisée aux fins qu'ils assignent à leur activité d'apprenant.

Résultats

Afin de cerner la question de l'opportunité du recours à la formation à distance dans la perspective dessinée par les éléments du cadre élaboré, mon travail d'enquête a consisté à mener, auprès de 9 apprenant.e.s en situation d'illettrisme, des entretiens au cours desquels il leur était demandé d'exprimer leur vécu de l'activité et la manière dont ils appréhendent les différentes dimensions des dispositifs de FOAD qui leur étaient proposés. Cette enquête, analysant les discours des apprenant.e.s, a mis en évidence différentes manières pour eux de construire leur intentionnalité dans les situations d'apprentissage en fonction des caractéristiques des processus à l'œuvre dans leur démarche d'instrumentation.

J'ai regroupé ces typologies d'approches et d'attitudes vis-à-vis de l'activité sous le terme de *positionnel* d'apprenant, le positionnel étant conçu comme un intermédiaire entre la *gestuelle* déployée dans l'activité (qui renvoie à la rencontre des aspects externes de l'activité) et le *dispositionnel* qui renvoie aux déterminants internes de l'activité. Le positionnel représente donc une interface dans l'activité, entre ce qui est fait par l'apprenant dans sa négociation avec le réel, et les déterminants internes de son action. Il est l'espace d'une forme de réduction, au sens phénoménologique du terme, lié à la manière dont l'intention devient un acte intentionnel portant en lui la volonté d'appréhender le monde ou de le transformer et par là, de se transformer soi-même.

Les positionnels, ainsi définis, se répartissaient en trois niveaux allant du *positionnel situé* correspondant à un ensemble disparate d'éléments décrivant une relation à l'activité de formation essentiellement structurée par les contraintes du dispositif, au *positionnel engagé* dans lequel c'est l'intention de l'apprenant qui définit intentionnellement les contours du dispositif de formation, en passant par une position intermédiaire (*positionnel situant*) représentant une forme d'équilibre dans le discours des apprenants entre les déterminants liés aux conditions externes et internes de leur activité.

Discussion

C'est la description du positionnement engagé qui m'a semblé ouvrir le plus de perspectives pour la réflexion pédagogique. En effet, nous avons pu percevoir dans les profils d'apprenant.e.s que nous avons observés que ceux qui se montraient en mesure d'élaborer une relation engagée à leur activité à distance étaient ceux aussi chez qui pouvaient être perçus les signes les plus prometteurs d'un gain d'autonomie, de liberté dans l'action et d'émancipation dans leur rapport à leur propre monde. En effet, chez ces apprenants semblaient aussi émerger un certain nombre d'indicateurs intéressants en matière de relation à l'apprentissage, aux compétences, aux pairs en formation, à l'institution formatrice, mais aussi à leur réseau social, à leur famille, à leur histoire etc. Or, il nous semble que c'est dans ces domaines que les activités des ateliers de formation de base sont les plus pertinentes puisqu'elles viennent travailler en profondeur les aspects déficitaires ou négatifs du rapport au savoir des apprenants qui fréquentent ces dispositifs ainsi que les aspects sociaux et éducatifs qui en sont deux des trois piliers. Il ne s'établit pas de corrélation comparable à une relation de cause à effet entre les activités proposées en distanciel et le développement de ces positionnels engagés. Cependant, on peut tirer une conclusion provisoire de tout cela : les dispositifs de formation qui ouvrent aux apprenants la possibilité de développer ces formes de relation aux apprentissages sont ceux qui permettent un travail de fond sur la relation au monde et à la formation prise comme un espace et moment de la transformation de soi. Nous émettons, en outre, l'hypothèse que la prise en compte de ces atouts et opportunités que représentent certains positionnels d'apprenants permet une réflexion sur le rapport au savoir des apprenants en situation d'illettrisme. Ce rapport ne serait plus pensé comme déficitaire mais, au contraire, comme le socle d'une approche de l'illettrisme fondée d'abord et avant tout sur le potentiel autodidactique des apprenants. En effet, c'est nous rappeler que ces savoirs, s'ils ont été construits hors des circuits des institutions scolaires ou en marge d'elles, sont le fruit d'une authentique démarche autodidactique que la formation à distance peut, si elle est conçue dans une démarche d'ouverture, valoriser en allant chercher les apprenants là où ils sont dans la singularité de leur rapport au savoir et au monde.

Conclusion

Ce travail de recherche nous aura permis de tirer un certain nombre de pistes de réflexion à destination de trois types de « figures » que sont les médiateurs (formateurs), les concepteurs (ingénieurs pédagogiques), et les commanditaires de la formation (financeurs). Nous invitons les premiers à la réflexion sur la prise en compte des aspects identitaires qu'engage l'apprenant dans les dispositifs de formation à distance dans la mesure où c'est ce qui se joue à ce niveau de l'individu qui fait la spécificité de la FOAD, notamment pour les publics en fragilité vis-à-vis des apprentissages. Nous invitons ensuite les concepteurs à une réflexion autour de la notion d'ouverture des outils et des dispositifs. En effet, le travail sur ces dimensions identitaires de la formation à distance ne peut se réaliser que si les dispositifs ouvrent des possibilités d'actions aux apprenants qui dépassent le cadre de ce que le dispositif prévoit. L'invitation consiste à penser les outils de la formation selon la définition qu'Ivan Illich donne de la « convivialité », l'outil convivial étant celui qui ne prescrit pas l'usage qui doit en être fait mais invite au dépassement de cet usage. Enfin, nous invitons les commanditaires à une réflexion sur ce que la prise en compte de ces deux premiers points engage en termes de gestion des dispositifs. En effet, les contraintes qui limitent parfois la capacité des concepteurs et des médiateurs à développer des approches ouvertes relèvent des contraintes de gestion relevant du modèle du présentiel que temps et l'espaces vécus comme des unités indépassables de la pertinence pédagogique.

Bibliographie

Aït Adbessellam, N. (2003), Rapport aux savoirs des personnes en situation d'illettrisme en formation, Thèse de doctorat, Dir.Charlot Bernard, Paris 8.

Billiau V, Vanhille B, Obled B, Baillet G, Azelie B (2001), Formation ouverte à distance et illettrisme, rapport final d'étude, Lille, C2rP.

Clot Y. (2011), Théorie en clinique de l'activité, dans B. Maggi, *Interpréter l'agir : un défi théorique*, Travail humain, PUF..

Leplat J. (2008), Repères pour l'analyse de l'activité en ergonomie, PUF.

Marquet P. (2010), « Apprendre en construisant ses propres instruments », dans B. Charlier et F. Henri, Apprendre avec les technologies, PUF.

Masciotra D, Roth WM, Morel D. (2008), Énaction, apprendre et enseigner en situation, De Boeck.

Moore MG. (1993) « Theory of transactional Distance » dans D.Keegan, Theoretical principles on distance education, Routledge.

Peraya D. (2014), Distance, absence, proximité et présence : des concepts en déplacement.
Distance et médiation des savoirs.

Rabardel P. (1995), Les hommes et les technologies : approche cognitive des instruments contemporains, Armand Colin.

Le management interculturel en service de soins. Une pratique insoupçonnée du cadre de santé au cœur de la diversité culturelle de l'équipe

HERVOUET Ingrid – Croix-Rouge Compétence Nouvelle Aquitaine – Bègles Formatrice IMFK

Mots clés : Cadre de santé, diversité culturelle, équipe soignante, management interculturel, service de soins

Introduction

La diversité culturelle au sein des équipes soignantes est à l'image de la population accueillie en établissement de santé, c'est-à-dire riche. Les flux interculturels circulent au sein des équipes hospitalières, dessinant de nouveaux profils d'équipes.

Cadre théorique

Dans la littérature, et plus particulièrement dans le champ disciplinaire de l'anthropologie, le management dans un tel contexte est largement abordé dans le secteur de l'entreprise, qualifié de *management interculturel*. Des différences entre les cultures nationales dans la gestion des entreprises sont mises en exergue, permettant ainsi de comprendre la manière dont le management pourrait s'adapter à la diversité des cultures nationales.

Au regard de l'écart de données sur le management dans un contexte de diversité culturelle, entre le secteur de l'entreprise et celui de la santé, nous nous demandons comment est abordée cette diversité par le cadre de santé, manager d'une équipe soignante. *En quoi la diversité culturelle de l'équipe de soins influence le management du cadre de santé ?*

Matériel et méthode

La méthode utilisée s'appuie sur une démarche inductive, avec pour objectif d'émettre des hypothèses en nous appuyant sur les données émergeant des acteurs de terrain. Souhaitant axer notre recherche sur le management, notre enquête cible des managers de proximité encadrant des équipes soignantes dans des établissements de différents secteurs. La collecte des données s'appuie sur la réalisation d'entretiens semi-directifs.

Résultats

Au total, six entretiens ont été conduits auprès de cadres de proximité. L'analyse qualitative des entretiens semi-directifs a mis en évidence les différentes perceptions de la diversité culturelle de l'équipe et l'impact de celle-ci au sein du service, plus particulièrement avec les patients et les membres de l'équipe. Les managers de proximité ont également décrit leur pratique managériale, notamment dans un tel contexte.

Discussion

Nous avons décelé un décalage entre leur interprétation du concept de management interculturel et leur pratique managériale dans le service. Bien que ce concept leur semble inconnu, et parfois embarrassant quand il s'agit de différences culturelles nationales ou religieuses, nous avons perçu dans leur discours la prise en compte de cette diversité dans l'encadrement des professionnels. Écoute, accompagnement, gestion de conflits et protection des professionnels vis-à-vis de certaines réactions de patients, sont évoqués dans les entretiens. L'organisation et la spécificité de certains soins peuvent s'appuyer également sur la diversité culturelle pour faciliter et personnaliser la prise en charge de patients.

Cette discordance semblerait mettre en évidence une pratique inattendue du management interculturel de l'encadrement de proximité dans les services de soins.

Ouverture, perspectives professionnelles et scientifiques

Quelle que soit la culture des soignants, le management s'appuie sur les compétences de chacun et notamment sur leur complémentarité pour répondre à un objectif commun : garantir la qualité, la sécurité et la continuité des soins du patient.

Les spécificités culturelles pourraient être bénéfiques à l'enrichissement de cette complémentarité et devenir une compétence de l'équipe. Ainsi, le cadre de santé deviendrait le fédérateur et le médiateur au sein de l'équipe multiculturelle, valorisant les compétences professionnelles et les particularités culturelles des soignants. Également régulateur, il concilierait cette diversité avec les objectifs et les contraintes internes du service, et l'accorderait pour conduire l'équipe vers une culture commune.

Conclusion

Ce travail de recherche a mis en évidence les différentes perceptions de la diversité culturelle de l'équipe et l'impact de celle-ci au sein du service, plus particulièrement avec les patients et les membres de l'équipe. Bien que ce concept de management interculturel semble inconnu des cadres de proximité, nous avons perçu la prise en compte de cette diversité dans l'encadrement des professionnels. Écoute, accompagnement et gestion de conflits sont évoqués dans les entretiens. L'organisation et la spécificité de certains soins peuvent s'appuyer également sur la diversité culturelle pour faciliter et personnaliser la prise en charge de patients. Cette discordance semblerait mettre en évidence une pratique inattendue du management interculturel de l'encadrement de proximité dans les services de soins.

Bibliographie

D'Iribarne P. (2003), *La logique de l'honneur : gestion des entreprises et traditions nationales*, Paris : Seuil (Points Série essais, 268).

Drummond V. (2021), *Le management interculturel : comprendre la diversité culturelle pour mieux manager les équipes*. 8e éd. Le Mans : Gereso (Collection Management, 299).

Hall E.T. (1992), *Le langage silencieux*. Paris : Ed. du Seuil (Points P, 160).

Hofstede G. et al. (2010), *Cultures et organisations : comprendre nos programmations mentales*. 3e éd. Paris : Pearson (Pearson référence).

Loth D. (2006), *Le management interculturel*. Paris Budapest Kinshasa : l'Harmattan (Entreprises et management).

L'identification et le questionnement des méthodes de management et de communication des directions de différentes organisations. Résultats d'enquêtes

LAURENT Bénédicte – Croix-Rouge Compétence Nouvelle Aquitaine – Bègles Formatrice IFMK

Mots clés : Management ; Communication ; Démarche fonctionnelle ; Valeurs ; Motivation.

Introduction

« L'organisation regroupe un certain nombre de personnes interdépendantes qui travaillent ensemble pour atteindre des buts communs », Aubert et al. (2010). Le directeur(trice) de l'organisation a la mission d'articuler les moyens humains et matériels pour atteindre les objectifs. De nombreuses théories de management ont été utilisées au cours des dernières décennies. Nous avons cherché à identifier, valoriser et analyser les méthodes de communication des directeurs(trices) de différentes organisations. Nous avons également cherché à comprendre comment ceux-ci pouvaient accompagner les changements de normes au travail, entretenir la motivation des équipes et les amener à l'excellence.

Cadre théorique

La recherche documentaire a permis de problématiser les théories du management, les modèles de la communication, de l'évaluation, de la formation et de la posture. Les résultats de cette première enquête ont permis de construire un guide théorisé d'entretien semi directif.

Méthode de recherche et matériel

L'état des lieux de la recherche a été suivi d'une enquête réalisée selon une méthode quasi-clinique qui s'inscrit dans un paradigme phénoménologique avec une logique qualitative.

L'outil d'enquête utilisé pour répondre à la question de recherche est un entretien semi-directif mené à l'aide d'un guide d'entretien théorisé.

Résultats

Les résultats de la recherche documentaire ont mis en évidence l'histoire des organisations,

du management, de la communication ainsi que de la démarche fonctionnelle.

Les résultats des enquêtes suivantes auprès de trois directeurs(trices), exerçant chacun dans une organisation différente, ont permis de mettre en lumière les stratégies de communication et de management. En effet, un management participatif, centré sur des valeurs ainsi qu'une communication systémique et une évaluation questionnement permettent

aux directeurs(trices) de faciliter l'engagement de leurs équipes dans leur travail, de maintenir leur motivation et de viser l'excellence. L'intérêt de donner aux collaborateurs un statut d'auteur a également été souligné. Nous avons pu retrouver les critères de la démarche fonctionnelle décrite par Doucet (2012).

Discussion

Les résultats des trois entretiens réalisés dans le cadre de cette enquête convergent tous vers la mise en place d'une démarche fonctionnelle des directeurs auprès de leurs équipes.

Ouverture, perspectives professionnelles et scientifiques

Cet échantillon étant trop restreint, il ne peut pas être représentatif de la population des directeurs. De plus, la majorité des directeurs interrogés ont été formés aux sciences de l'éducation, ce qui pourrait représenter un biais à l'étude.

Ouverture, perspectives professionnelles et scientifiques

Les perspectives pourraient être, à partir des résultats obtenus par ce travail de recherche, d'étendre la recherche auprès d'autres directeurs(trices) en variant les tailles de l'entreprise dans laquelle ils exercent, et/ou en variant l'âge et l'expérience professionnelle. Une enquête quantitative auprès des équipes managées pourrait également être envisagée. Cela permettrait de savoir si les méthodes de management et de communication mises en place par les managers sont ressenties comme telles par les équipes.

Conclusion

Ce travail de recherche a permis de valoriser le rôle du directeur auprès de ses équipes ainsi que les méthodes de management et de communication mises en place et leur impact sur la motivation des équipes entre autres.

Bibliographie

DOUCET, C (2012), Réhumaniser l'entreprise, Lexitis éditions.

AUBERT, N., GRUERE, JP. et al. (2010) Management, aspects humains et organisationnels, PUF fondamental.

Simulation réflexive et clinique de l'activité pour développer les compétences collaboratives interprofessionnelles d'étudiants infirmiers et kinésithérapeutes

LECLAIRE Myriam – Croix-Rouge Compétence PACAC – Nice - Formatrice IFSI

Mots clés : Éducation interprofessionnelle ; compétences collaboratives interprofessionnelles ; formation infirmière ; simulation réflexive ; clinique de l'activité

Introduction

Le système de soins français vit actuellement une crise humaine, matérielle et structurelle qui nécessite de penser les soins par la collaboration interprofessionnelle (CIP). Mais malgré la volonté politique de décroïsonner les formations universitaires aux métiers de la santé, les enseignements se réalisent à l'intérieur de « silos » professionnels. Ainsi, les formats pédagogiques d'éducation interprofessionnels (EIP) y sont rarement déployés.

Cadre théorique

Le Consortium Pancanadien pour l'Interprofessionnalisme en Santé (CPIS, 2010) admet que l'IPE permet de rassembler les étudiants de filières différentes afin qu'ils apprennent des autres et par les autres pour favoriser la qualité des soins. En 2010, Le CPIS circonscrit l'EIP par le référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme. Le référentiel propose six compétences interprofessionnelles que le Comité inter-facultaire opérationnel de l'université de Montréal (CIO-UdeM, 2016) enrichit de deux compétences en 2016. Le référentiel rapporte alors huit compétences de la collaboration interprofessionnelle (CCIP) : « la planification, coordination, mise en œuvre des soins », « la communication », « le travail d'équipe », « la clarification des rôles et des responsabilités », « la prévention et la résolution de conflits », « l'éthique clinique », « l'éducation thérapeutique » et « le leadership collaboratif ». Les universités françaises n'ont pas amorcé ces changements.

Ainsi, cet article trouve ancrage dans une étude quantitative prospective (Leclaire et al, 2022) destinée à évaluer la capacité du dispositif de formation français à développer les CCIP des étudiants en soins infirmiers (ESI). Les résultats de cette étude montrent que les ESI en reprise d'études de plus de trente ans, les ESI titulaires de masters ainsi que les moins diplômés, développent plus que les autres répondants des CCIP. Les résultats montrent aussi que les stages en psychiatrie/santé mentale, en soins de suite et réadaptation et sur les lieux de vie, favorisent le développement des CCIP des ESI. Enfin, les résultats permettent de conclure que le partage d'activités de recherche scientifique et d'apprentissages de techniques de soins avec d'autres étudiants de filières paramédicales pendant la formation initiale, contribue au développement de ces compétences.

Ainsi, seuls 20 % des étudiants semblent avoir développé les CCIP à l'issue de la formation initiale. Nous avons alors mis en œuvre un dispositif de recherche qui adopte le point de vue développemental de l'activité de Vygotski (1928) : la clinique de l'activité (Clot 1995).

La clinique de l'activité adopte une conception située et incarnée de l'activité, ce qui implique d'adosser la recherche à une situation réelle que nous approchons par la simulation réflexive. La simulation réflexive aspire à développer les ressources existantes et à donner aux étudiants la capacité d'agir dans l'exercice de leur activité. Les traces filmiques de la simulation deviennent un support à la réflexion des étudiants. Individuellement, collectivement et dans un collectif de travail, l'étudiant-acteur doit produire un discours sur sa pratique qu'il réinterroge à la lumière du discours d'autrui. La simulation réflexive appelle en effet un processus qui trouve ancrage dans l'autoconfrontation. Selon Clot et Faïta (2000), l'autoconfrontation favorise la réélaboration de l'activité et la construction d'autres possibles. C'est ainsi que l'étudiant-acteur peut verbaliser ce qu'il a fait, ce qu'il n'a pas pu faire, ce qu'il aurait aimé faire, ce qu'il n'a pas voulu faire, et qu'il peut construire de nouveaux buts tour à tour seul, avec ses collaborateurs, et dans un collectif de travail élargi. C'est ainsi que l'action et le pouvoir d'agir se développent : par l'activité dialogique avec autrui.

Méthode de recherche et matériel

Les étudiants infirmiers (ESI) et kinésithérapeutes (EMK) qui participent à l'étude qualitative sont en fin de formation. Le critère d'inclusion des ESI « acteurs » repose sur les résultats de notre étude exploratoire. Les ESI sont représentés par un homme de 32 ans titulaire d'un master, et par une ancienne aide-soignante de 50 ans. Les deux EMK sont représentés par une femme et par un homme de moins de 30 ans, issus de la formation initiale. La simulation est suivie des quatre autoconfrontations simples, d'une autoconfrontation collective et un mois après, d'un retour au collectif composé de quinze ESI et quinze EMK. Ce collectif de travail est invité à discuter, à partir d'un montage vidéo, des traces filmiques des autoconfrontations simples et collectives.

Lors de la situation d'apprentissage simulée, les étudiants doivent construire ensemble un projet de soin pour assurer le retour à domicile d'un patient tétraplégique. Deux étudiants sont respectivement infirmiers et kinésithérapeutes en soins de suite et réadaptation et deux autres, en hospitalisation à domicile-réadaptation.

Le traitement des données s'est réalisé au regard de l'approche historico-sociale Bakhtinienne de la langue. Celle-ci nous a conduit à produire une analyse énonciative des discours des étudiants sur l'activité Bardin, (1996), complétée par une analyse des marques de l'affectivité comme signe du développement de la pensée (Poussin, 2014).

L'objectif de cette étude est ainsi de montrer que la clinique de l'activité peut, par la méthode des autoconfrontations et par l'activité dialogique, révéler et soutenir le développement des compétences collaboratives interprofessionnelles des apprenants.

Résultats et discussion

Les résultats de l'analyse des autoconfrontations et des retours au collectif montrent que la construction du projet de soins partagés rencontre certains freins liés à la formation initiale. Les étudiants interrogent le parcours de stage individuel comme frein à la connaissance de leur propre métier et du métier d'autrui. Très balisé pour les infirmiers, ce parcours semble moins engager les kinésithérapeutes dans la CIP. Les étudiants du retour au collectif interrogent ainsi le « contexte » comme milieu soutenant.

Les EMK disent leur difficulté à maîtriser la « dimension médicale » de la prise en soins du patient et les « termes scientifiques » des infirmiers qu'ils associent aux prescriptions médicamenteuses et aux injections. Les ESI eux, ne maîtrisent pas l'échelle de déficience de *l'American Spinal Injury Association*, certaines prises en soins et des termes techniques relatifs aux amplitudes articulaires. Les étudiants prennent conscience de ces écueils pendant l'autoconfrontation collective.

Les discours des étudiants rapportent de nombreuses méconnaissances. Elles concernent le vocabulaire professionnel, les limites des compétences, la nature des connaissances et le rôle des autres professionnels. Pour certains étudiants, il est inconcevable que les partenaires de soin ne connaissent pas ces éléments. Ils en font une évidence. Pour d'autres, avouer ses propres méconnaissances est « humiliant » : ils font le choix de les taire. Enfin, certains s'estiment illégitimes à discuter le domaine infirmier ou kinésithérapeute : ils s'autocensurent. La construction du projet révèle aussi des luttes de territoires : une ESI revendique « ses soins », « s'accapare » le patient et musèle violemment la parole des EMK.

Les étudiants partagent l'idée que les tours de parole sont relatifs au thème discuté : les prescriptions médicales et le nursing pour les infirmiers et la rééducation pour les kinésithérapeutes. Ce procédé entraîne des échanges cloisonnés infirmier-infirmier et kinésithérapeute-kinésithérapeute. Ce travail binaire ouvre un débat sur la responsabilité partagée et la coordination des activités soignantes, ce qui provoque des tensions entre les étudiants et détourne le sujet du débat. Il apparaît ici que la coordination des soins est impossible car la reconnaissance mutuelle, la complémentarité des savoirs et la responsabilité partagée ne s'inscrivent pas dans une dynamique d'interactions. De cette communication impossible affleurent des tensions et la difficulté pour tous les étudiants à canaliser émotions et frustrations. La compétence « gestion des conflits » est ainsi abordée par un conflit latent et introduit l'opposition volonté / passivité. Les étudiants avancent que pour collaborer, il faut en

manifester la volonté. Le cloisonnement est renforcé par le manque d'intérêt porté au domaine des autres collaborateurs. Les débats entre étudiants se concentrent sur la question des objectifs poursuivis par chacun. Il apparaît que certains étudiants poursuivent des buts de résultats et d'autres, des buts de procédure. Cependant, après de longues minutes de désaccords, un consensus est trouvé. Un objectif voit alors le jour : il faut définir un objectif commun pour construire le projet collaboratif.

Le manque de confiance entre étudiants est évoqué par tous. Pour eux, le fait de se rencontrer le jour de l'exercice n'a pas permis de créer des liens de confiance réciproques. Ils plébiscitent des rencontres préalables. La question des personnalités est longuement discutée. L'analyse montre en effet combien les traits de personnalité impactent la dynamique de groupe : des accès de colère, des empêchements, des retraits, des limitations du pouvoir d'agir et des conflits de personnes imprègnent les échanges. Le manque de proximité entre étudiants de filières différentes pendant la formation initiale est unanimement identifié et l'absence de préparation à cet exercice, le manque de formation à l'interdisciplinarité pendant les études sont aussi soulevés. Enfin, l'un des EMK suggère que c'est la réflexivité collective qui permet d'envisager une autre manière de construire le projet.

La perspective développementale de l'activité déployée ici par les autoconfrontations et le retour au collectif a réellement permis de construire de nouveaux buts donc les compétences des étudiants. Individuellement, certains buts sont exprimés ouvertement ou par le regret, tandis que collectivement, un consensus affleure. À la fin des discussions, tous les participants partagent l'idée que la répétition de ces « disputes professionnelles » leur permet de se projeter professionnellement et modifie déjà leurs comportements vis-à-vis de la CIP.

Ouverture, perspectives professionnelles et scientifiques, conclusion

Privilégier l'EIP dès le début de la formation initiale pourrait participer du processus de socialisation et développer, au-delà de l'identité professionnelle, une identité et une culture interprofessionnelles chez tous les étudiants en sciences de la santé. Mais quel que soit le choix du modèle d'EIP, l'objectif est de tenir compte de la « zone proche de développement » des étudiants (Vygotski, 1997). Ce point de vigilance permet de « guider la préparation des cours et des activités », « d'ajuster les stratégies d'enseignement et d'apprentissage » et de « favoriser les expériences de réussite » pour soutenir l'engagement, la motivation et l'autonomie des étudiants dans leurs apprentissages (Renaud et al. 2016). Reste la question des traits de personnalité qui impactent fortement les interactions et la capacité des individus à agir. Ces traits de personnalité « désignent un éventail de facettes personnelles relativement stables au fil du temps » (Cinque et al. 2021 dans Santé publique France 2022, p. 14). Le contexte d'apprentissage interprofessionnel les influence donc peu et le rôle du facilitateur se

limite à réguler les interactions entre apprenants. En revanche, les compétences psychosociales peuvent « être développées par des interventions éducatives [...] enseignées et renforcées tout au long de la vie » et se caractérisent par « la possibilité de changement et de développement » (Kankaras et Suarez-Alvarez, 2019 dans Santé publique France 2022, p. 14). Ainsi, ne faudrait-il pas penser les CCIP sous l'angle des compétences psychosociales ?

Bibliographie

BARDIN L. (1996). *L'analyse de contenu* (8^{ème} édition). Paris : Presses universitaires de France

[CIO-UEM]. Comité interfacultaire opérationnel de la formation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient de l'Université de Montréal (2016). *Pratique collaborative et partenariat patient en santé et services sociaux. Référentiel de compétences*. https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/2018/05/Referentiel-pratique_Collaborative-et-partenariatPatient_2016.pdf

CLOT Y. (1995). *Le travail sans l'homme : pour une psychologie des milieux de travail*. Paris : La Découverte

CLOT Y, FAÏTA D. (2000). Genres et styles en analyse du travail : concepts et méthodes. Dans *Travailler*. 4 : 7-42. <https://psychanalyse.cnam.fr/revue-travailler/presentation-et-sommaire/numero-4/theorie-genres-et-styles-en-analyse-du-travail-concepts-et-m-thodes--467242.kjsp>

[CPIS]. Consortium Pancanadien pour l'Interprofessionnalisme en Santé. Référentiel national de compétences pour l'interprofessionnalisme. (2010). Montréal : Canada. https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/Coffre_a_outils/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf

LECLAIRE M, STACCINI P, CHOPLIN A. (2022). Le développement de compétences collaboratives interprofessionnelles en fin de formation initiale infirmière. *Carrefours de l'éducation*. 54 : 213-228. <https://doi.org/10.3917/cdle.054.0213>

POUSSIN N. (2014). *Développement des sentiments au travail : dialogues sur l'efficacité et l'utilité chez les médecins du travail*. [Thèse de doctorat, Conservatoire national des arts et métiers, Paris]. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01201714>

RENAUD K, GUILLEMETTE F, LEBLANC C. (2016). Échange de bonnes pratiques entre enseignants de niveau universitaire. *Le Tableau*. 5 : 1. https://pedagogie.uquebec.ca/sites/default/files/documents/numeros-tableau/tableau_v5_n1_zpd_0.pdf

SANTE PUBLIQUE France. (2022). Les compétences psychosociales : Un référentiel pour un déploiement auprès des enfants et des jeunes. Synthèse de l'état des connaissances scientifiques et théoriques réalisé en 2021. <https://www.santepubliquefrance.fr/import/les->

[competences-psychosociales-un-referentiel-pour-un-deploiement-aupres-des-enfants-et-des-jeunes.-synthese-de-l-etat-des-connaissances-scientif](#)

VYGOTSKI, L.S. (1997). *Pensée et langage* (3^{ème} édition, F. Sève, Trad.). Paris : La Dispute.
(Œuvre originale, 1934).

Relation entre style émotionnel du patient, toucher social du médecin et observance en hémodialyse chronique

MACKANGA Jean-Rodolphe – Croix-Rouge Compétence Nouvelle Aquitaine – Angoulême-
Formateur IFSI

MD, MSc, PhD Candidate

Laboratoire de psychologie-cognition-comportement-communication, Université de Bretagne
Sud

Département de Médecine Interne et Spécialités Médicales , Université des Sciences de la
Santé de Libreville

Mots clés : hémodialyse ; observance ; communication persuasive ; style émotionnel ;
toucher social

Introduction

L'inobservance de la restriction hydrosodée (RHS) est fortement prévalente en hémodialyse où elle est corrélée à la morbi-mortalité évitable. D'où la nécessité d'intégrer les connaissances fondamentales en sciences du comportement pour améliorer l'observance. Il s'agit des connaissances issues de la psychologie sociale : d'une part, l'influence des traits dispositionnels sur la sensibilité aux messages persuasifs ; et d'autre part, l'influence des éléments non-verbaux accompagnant un message persuasif sur le récepteur du message. Ainsi l'identification des traits dispositionnels modifiables par intervention de psychologie positive serait une plus-value en tant que potentiel levier. Cependant, en sciences cognitives, émerge le concept de plasticité cérébrale substratum des traits dispositionnels modifiables, dont le lien avec l'observance reste quasi inexploré en médecine clinique. Aussi, le toucher social du médecin, élément de communication non-verbale, en crise de déclin dans la relation médecin-patient, et soupçonné d'influencer la réponse à la demande d'observance chez le patient aigu, demeure quasi inexploré chez le patient chronique. Ainsi, nous tentons de répondre aux questions suivantes : quels sont, chez l'hémodialysé chronique, les liens respectifs entre le comportement d'observance de la RHS et, d'une part la disposition émotionnelle, et d'autre part la pratique du toucher social par le soignant (TSS) pendant l'exhortation à la RHS ? Quel est l'impact de la disposition émotionnelle sur l'effet potentiel du TSS sur l'observance de la RHS ?

Cadre théorique

Deux modèles conceptuels ont permis d'opérationnaliser la problématique de recherche. D'abord, le modèle de style émotionnel (SE) (Davidson & Begley, 2012). Le SE, régi par des

circuits cérébraux spécifiques et modifiables, permet d'appréhender les traits dispositionnels modifiables à travers 6 dimensions ou profils émotionnels, dont la résilience et la perspective, évaluables via le questionnaire de SE à 24 items (ESQ-24) (Kesebir et al., 2019). Ensuite, le modèle de probabilité d'élaboration (Petty & Cacioppo, 1986) sur la communication persuasive. En effet, exhorter à l'observance relève de la communication persuasive. Ce modèle suggère que les éléments périphériques au contenu d'un message, par exemple le toucher social du soignant (TSS) comme élément périphérique au message d'exhortation à l'observance, influencent la réponse au message.

Objectifs

Il s'agit d'abord de traduire et de valider en milieu culturel Français l'ESQ-24 ; ensuite, évaluer chez l'hémodialysé chronique : les effets respectifs du SE et de la pratique du TSS (pendant l'exhortation à la restriction hydrosodée (RHS)), sur l'observance de la RHS d'une part, et d'autre part l'influence du SE sur l'effet potentiel de la pratique du TSS sur l'observance de la RHS. **Hypothèses** : hypothèse 1 (H1) : le questionnaire de SE serait valide en contexte culturel Français ; hypothèse 2 (H2) : les dimensions du SE « résilience et perspective » seraient positivement corrélées à l'observance ; hypothèse 3 (H3) : le TSS durant l'exhortation à l'observance favoriserait l'observance ; hypothèses 4 et 5 : l'effet du TSS sur l'observance diffère selon la zone corporelle touchée (H4) et le statut du soignant (H5) ; hypothèse 6 (H6) : le SE du patient interfère avec l'effet du TSS sur l'observance.

Matériel et méthodes

Nous utilisons l'approche quantitative via 5 études. L'étude 1 de type psychométrique faite en population soignante pour H1. Les études restantes sont faites auprès des hémodialysés chroniques : l'étude 2 de type corrélationnel pour H2 et 3 expériences de type essais randomisé et contrôlé. L'expérience 1 pour H3 et H6 ; l'expérience 2 pour H4 et H6 ; l'expérience 3 pour H5 et H6. La condition expérimentale comprend 3 modalités (intervention vs contrôle vs référence) définies selon que l'exhortation à la RHS par le soignant expérimentateur : 1- soit accompagnée du TSS (intervention) versus sans TSS (contrôle) pour l'expérience1 ; 2- soit accompagnée du TSS sur l'avant-bras (intervention) versus épaule (contrôle) pour l'expérience2 ; 3- soit accompagnée du TSS par le médecin (intervention) versus de l'infirmière (contrôle) pour l'expérience3 ; et l'absence d'exhortation verbale et de contact physique par l'expérimentateur est la modalité de référence dans chaque expérience. La prise de poids interdialytique (PPID), reflet de l'observance de la RHS exprimée en % de poids idéal, est la variable dépendante et considérée comme donnée répétée (PPID avant versus PPID après intervention le temps expérimental). La différence des deux valeurs est

notée dPPID. Les variables indépendantes sont : le « toucher » (3 modalités : intervention-contrôle-référence), le SE via les scores de perspective (PE) et de résilience (RE) et le facteur intra-sujet « temps ». L'analyse statistique est basée sur l'analyse factorielle exploratoire (AFE) et confirmatoire (AFC) avec extraction par maximum de vraisemblance ajustée selon Satorra et Bentler (pour H1); le coefficient r de Pearson (pour H2) ; l'ANOVA multivariée (ajustée à la variable « temps ») pour l'étude des effets intra-sujets : du facteur intra-sujet « temps », des interactions « temps*toucher » et temps*toucher*SE, sur la variation de la PPID. La statistique d de Cohen; et la statistique H de Kruskal-wallis avec test post-hoc de Bonferroni pour discriminer les dPPID intergroupes sont utilisés. Les logiciels SPSS 21, Stata 14 et Monte-Carlo PA ont permis l'analyse au seuil de signification statistique $p < 5\%$.

Résultats

Etude1 de ESQ-24 (N=527) montre à l'AFE: indice KMO=0,8, déterminant=0,007, $\chi^2(153)=2541,9$, $p=0,000$; et à l'AFC (6 facteurs): $\chi^2/df=2$; RMSEA (root mean squared error of approximation) =0,053 (IC:0,045-0,059; $Pclose=0,542$); CFI (comparative fit index)=0,95; TLI (Tucker-Lewis index) =0,94; SRMR (standardized root mean squared residual) =0,043. Les items des dimensions résilience (RE) et perspective (PE) étaient corrélés à un même facteur à l'AFE, l'item1 de la PE et l'item14 de la RE, faiblement corrélés au facteur latent, sont soustraits, avec les items 9-12-21, de l'AFC. Les coefficients alpha de RE, PE et « PE-RE réunis » sont de 0,65, 0,69 et 0,77. L'étude2 trouve les corrélations suivantes de la PPID avec : la PE $r(156)=-0,27$, $p=0,001$; la RE $r(156)=-0,21$, $p=0,007$; et l'affectivité (PE + RE) $r(155)=-0,24$, $p=0,002$. Les effets intra-sujets significatifs à l'ANOVA sont, pour l'expérience 1 (N=54) : temps*toucher $d=0,45$, $F(2, 51)=5,09$, $p=0,01$, test post-hoc des moyennes de rangs : 36,3(TSS) >20,2 (référence) $H(2)=16,15$, $p=0,005$ et temps*TSS*PE $d=0,59$, $F(3, 50)=5,96$, $p=0,001$; pour l'expérience 2 (N=61): temps*toucher $d=0,34$, $F(2, 58)=3,30$, $p=0,044$, test post-hoc des moyennes de rangs : 40,3 (TSS avant-bras) > 22,9 (référence) $H(2)=17,42$, $p=0,006$ et temps*toucher*PE $d=0,36$, $F(3, 57)=2,40$, $p=0,077$; pour l'expérience 3 (N=58) : temps*toucher $d=0,46$, $F(2, 55)=11,92$, $p=0,000$, test post-hoc des moyennes de rangs : 42,7 (TSS médecin) > 21,4 (TSS infirmière) $H(2)=-31,3$, $p=0,000$ et temps*toucher*PE $d=0,46$, $F(3, 54)=7,85$, $p=0,000$.

Discussion et perspectives

Notre version de l'ESQ-24 peut être considérée comme valide au plan psychométrique en France. Toutefois, 5 items à faible convergence suggèrent une validité psycholinguistique améliorable. Aussi, la corrélation à un même facteur des items de PE et de RE renvoie aux controverses conceptuelles sur la résilience parfois difficile à dissocier de l'optimisme que

sous-tend la perspective (Davidson & Begley, 2012). Le SE, fortement corrélé à un indicateur objectif de l'observance à travers les dimensions PE et RE, émerge comme un nouveau levier en psychologie positive chez le malade chronique. Nous pensons que la résilience émotionnelle sous-tend un optimisme qui permet une forte connectivité psychologique à son identité personnelle future (Parfit, 1984). L'effet large de l'interaction « toucher*temps » sur la variation de PPID reflète de l'observance, en contexte de maladie chronique dans notre étude, suggère l'importance du TSS dans le soin. Cet effet est d'autant plus important lorsque le TSS est fait sur l'avant-bras versus l'épaule, et par le médecin versus l'infirmière. Ces résultats sont discutés dans les cadres théoriques de la réciprocité, la soumission et du corrélat affectif associé à chaque zone corporelle susceptible d'être socialement touchée selon Suviletho (2015). Cet effet est significativement modulé par les traits dispositionnels de SE, notamment la PE, ce qui est analysable à travers la théorie du modèle de probabilité d'élaboration (Petty & Cacioppo, 1986). Au regard de ce modèle théorique, le toucher social du soignant serait une pratique sociale renforçant l'influence du message persuasif dans l'interaction soignant-soigné ou médecin-patient. Et qu'en fonction de sa disposition émotionnelle, le patient serait plus sensible au toucher social du soignant, élément périphérique amplifiant ou réduisant l'impact du discours d'exhortation à l'observance. De fait, dans notre étude, le SE est donc une variable modératrice dans la communication persuasive au sein de la relation soignant-soigné. Ce qui suggère de reconsidérer avec intérêt le déclin du TSS dans le soin, tout comme dans la formation des praticiens. Aussi, qu'un grand intérêt soit porté sur le SE des patients chroniques en général, et les hémodialysés en particulier dans leur accompagnement thérapeutique. Le SE devrait être exploré davantage en médecine clinique afin d'implémenter, de façon opérationnelle, ces savoirs de psychologie sociale tributaires du concept de SE dans les protocoles des soins.

Bibliographie

Davidson, R. J., & Begley, S. (2012). *The Emotional Life of Your Brain : How Its Unique Patterns Affect the Way You Think, Feel, and Live--and How You Can Change Them*. Hudson Street Press.

Kesebir, P., Gasiorowska, A., Goldman, R., Hirshberg, M. J., & Davidson, R. J. (2019). Emotional Style Questionnaire : A multidimensional measure of healthy emotionality. *Psychol Assess*, 31(10), 1234-1246. <https://doi.org/10.1037/pas0000745>

Parfit, D. (1984). *Reasons and Persons*. Oxford University Press.

Petty, R., & Cacioppo, J. (1986). The Elaboration Likelihood Model of Persuasion. *Adv Exp Soc Psychol*, 19, 123-205. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60214-2](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60214-2)

Suvilehto, J. T., Glerean, E., Dunbar, R. I. M., Hari, R., & Nummenmaa, L. (2015). Topography of social touching depends on emotional bonds between humans. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. <https://doi.org/10.1073/pnas.1519231112>

Les cours numérisés, un dispositif au cœur de la médiation des savoirs : le cas des IFSI de Franche-Comté

MAITRE Doriane – Croix-Rouge Compétence Bourgogne Franche Comté – Lons le Saunier –
Formatrice IFSI

Mots clés : Sciences infirmières ; cours numérisés ; appropriation ; autonomie ; motivation

Introduction

Depuis le 31 juillet 2009, la formation infirmière s'inscrit dans l'espace européen de la formation supérieure. Ce programme de formation basé sur l'acquisition des compétences et des savoirs universitaires a induit, en Franche Comté, la nécessité de formaliser un partenariat université - Instituts de Formation en Soins Infirmiers afin de mettre en place des enseignements universitaires numérisés diffusés en différé aux apprenants. Ces cours numérisés permettent d'homogénéiser les savoirs théoriques à l'échelle de la région. Il semblait utile de réaliser une évaluation de ce dispositif de formation. Ainsi, nous nous sommes demandé dans quelles mesures les représentations des acteurs peuvent influencer l'utilisation des cours numérisés en formation infirmière.

Cadre théorique

Dans ce travail de recherche, la notion centrale est celle de « dispositif ». Un dispositif de formation met en lumière les apprenants, les formateurs et les savoirs. Il s'agit d'une relation triangulaire dans laquelle chacun a un rôle défini. Selon Luc Massou, il s'agit « *d'un processus individualisé permettant aux apprenants de travailler à leur rythme, favorisant les échanges avec leurs pairs* » (Massou, 2010). Cet auteur, décrit les différents états du dispositif : du prescrit, au vécu en passant par le dispositif tel qu'il est perçu et prévu. Utiliser des cours numérisés nécessite un accompagnement, pour Geneviève Jacquinet, la distance est le « *fondement de la relation pédagogique* » (Jacquinet, 1993). Selon elle, la distance induit la nécessité d'expliquer la fonction tutorale aux enseignants. En effet, cette dernière nécessite une réflexion en amont des cours, notamment concernant la manière dont on va pouvoir guider les apprenants dans l'acquisition des savoirs essentiels mais aussi en leur apprenant à gagner en autonomie afin d'être en capacité d'identifier seul les essentiels des cours numérisés. On ne peut pas évoquer les cours numérisés sans aborder la notion d'appropriation qui nous renvoie à la recherche du sens. « *S'approprier signifie intégrer quelque chose dans son expérience (un fait, un événement, une situation, une connaissance, une technique...) par sa compréhension, donc par le sens qui lui est donné, en le rapportant à ce qui nous concerne, à ce qui nous soucie* » (Paquelin, 2004).

Matériel et méthode

Des approches quantitative et qualitative ont été combinées. Dans un premier temps, par des questionnaires diffusés en ligne aux 1200 étudiants infirmiers de Franche-Comté. Les questionnaires ont été complétés entre mai et juin 2020, 450 réponses ont été obtenues, soit 37 %. Dans un second temps, de juin à juillet 2020 et afin de compléter les informations de cette 1ère étude, 7 entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de 2 universitaires, de 2 formateurs et de 3 étudiants infirmiers en 2ème année. Une analyse qualitative des propos des interviewés a été effectuée. Les guides d'entretien ont été construits autour des deux thèmes : le dispositif de formation : du prescrit au réel et l'évaluation du dispositif.

Résultats

Suite à notre étude, nous avons constaté que les étudiants infirmiers utilisaient soit un ordinateur (94.2%), soit leur téléphone portable (85.7%) pour accéder à Internet. Nous avons identifié que cet usage est lié à leurs études et au besoin de maîtriser les technologies numériques, de l'information et de la communication dans le cadre de la formation d'infirmière (93.1%). Cela correspond aussi à un besoin pour les étudiants de mettre à niveau leurs connaissances (62.2%). Une étude réalisée en 2018 par l'université catholique de l'ouest (UCO) située à Nantes et qui s'intéresse aux pratiques numériques des 17-25 ans démontre que les étudiants utilisent Internet en priorité dans le cadre de leurs études (81%), puis afin d'atteindre une meilleure maîtrise du Web (76%). Nous avons effectué une comparaison entre les données de notre étude et celle réalisée par l'UCO de Nantes. Nous avons constaté que les étudiants utilisent Internet dans le cadre de leur formation et que cette tendance est davantage marquée chez les étudiants infirmiers (93.1%). De plus, suite à notre étude, nous pouvons constater que l'amélioration des connaissances personnelles et de la culture générale est un besoin important pour 47.3% des étudiants infirmiers sondés. Nous pouvons supposer que cela est dû aux attendus professionnels et notamment à la nécessité de réaliser des veilles et au besoin d'actualisation des connaissances.

Discussion et perspectives

Le dispositif de formation...

Il semble nécessaire lorsque l'on crée un dispositif de formation de mesurer qu'entre notre intention de départ et l'utilisation qui en sera faite par les apprenants il y aura un écart : le dispositif doit donc avoir une certaine forme de flexibilité. Du fait de l'universitarisation de la formation, les cours numérisés réalisés par les universitaires ont remplacé les différents enseignants qui intervenaient auparavant dans les IFSI. En effet, un constat réalisé en 2009 par

les directrices des instituts de formation en soins infirmiers, identifiait des hétérogénéités fortes dans les formations d'infirmière, concernant le volume horaire des cours, leur forme (utilisation de diaporamas, réalisation de table ronde...), leur durée (certains cours duraient 40 minutes, d'autres plus), mais aussi concernant le profil des intervenants sélectionnés (médecins, infirmières... avec ou sans spécialisation au regard de l'enseignement). Enfin, l'ensemble des instituts faisait appel à environ 1 000 intervenants extérieurs afin de réaliser les enseignements, ce qui représentait un coût financier important. L'université de Franche-Comté utilisait déjà des cours enregistrés pour les étudiants de médecine ; il semblait donc pertinent de transférer ce dispositif et de l'adapter vers la formation des infirmières. Du fait de la diversité des méthodes pédagogiques et des intervenants extérieurs, il a été décidé d'un commun accord entre les IFSI et l'université, de déployer des cours numérisés et ce afin d'homogénéiser les savoirs théoriques à l'échelle de la région Franche-Comté.

... vu par les universitaires

Les enseignants universitaires ont construit des cours permettant aux étudiants d'acquérir des savoirs fondamentaux. Pour cela, les entretiens ont montré qu'ils s'y prennent de deux manières différentes : soit en s'appuyant sur leurs connaissances du métier d'infirmier, soit en s'aidant d'ouvrages destinés aux étudiants en soins infirmiers. De plus, l'universitaire peut parfois solliciter le formateur référent universitaire afin de vérifier que le contenu du cours numérisé corresponde aux besoins des apprenants, qu'il soit conforme au référentiel de formation. Les enseignants universitaires sont sélectionnés pour leur expertise dans un domaine, mais aussi pour leurs connaissances du métier et pour leurs capacités de travail en équipe. Les cours numérisés les placent donc dans une posture de « sachant », posture renforcée par leur capacité à diffuser des savoirs théoriques.

...vu par les formateurs

Du point de vue des formateurs interrogés, les cours numérisés correspondent à une « *base théorique médicale* ». C'est un « *socle théorique commun* » qui permet « *une égalité des chances sur le territoire* » permettant à tous les étudiants infirmiers de la région Franche-Comté de bénéficier des mêmes enseignements. Les cours numérisés tels qu'ils ont été construits et pensés par l'enseignant universitaire sont ensuite adaptés par le formateur : « *les cours numérisés ne remplacent pas les soins infirmiers mais les complètent* ». Cette adaptation permet aux formateurs de partager leurs expériences, de rendre le cours plus vivant et de donner du sens aux apports théoriques. On peut alors parler d'appropriation. S'approprier signifie « *intégrer quelque chose dans son expérience (un fait, un événement, une situation, une connaissance, une technique...) par sa compréhension, donc par le sens qui lui*

est donné, en le rapportant à ce qui nous concerne, à ce qui nous soucie » (Paquelin, 2004). Dans ce cas, les utilisateurs doivent comprendre le but, la finalité des cours mais aussi la manière dont ils doivent procéder pour y accéder et surtout la façon dont ils vont s'approprier les savoirs et cibler les éléments essentiels. Bien que ce dispositif soit utilisé majoritairement à distance, les formateurs restent très présents auprès des apprenants par le biais du tutorat, par exemple en guidant les étudiants pour l'identification des éléments essentiels d'un cours numérisé. Pour cela, les formateurs rédigent des fiches pédagogiques contenant les objectifs d'apprentissage en lien avec les cours numérisés. Cela permet aux apprenants d'identifier les éléments essentiels du cours, mais aussi de rédiger des fiches de révision... Les formateurs permettent aux étudiants de s'approprier les cours numérisés afin qu'ils soient en mesure d'identifier seuls les éléments essentiels. Au final, le travail du formateur vise l'autonomisation des étudiants.

Comme l'indique Corinne Merini, la relation partenariale revêt trois dimensions :

« Une dimension de monopole qui permet à chacun des partenaires d'exprimer leur particularité dans un domaine précis.

Une dimension de concurrence qui « entretient une forme de rivalité d'intérêt entre les acteurs » ce qui nous montre, une fois de plus, que la relation de partenariat est complexe.

Une dimension de complémentarité, les partenaires sont associés sur la base de leurs différences et collectivement, ils vont œuvrer pour atteindre le but fixé » (Corinne Merini, s. d.)

La notion de complémentarité entre les enseignants universitaires qui réalisent les cours numérisés, et les formateurs qui prévoient les situations d'apprentissage des apprenants et évaluent les cours numérisés est mise en avant lors de l'enquête. Toutefois, on perçoit dans les discours des formatrices le besoin de mettre en avant la plus-value qu'elles apportent : *« c'est là notre rôle sinon on ne servirait plus à rien »*, quelque part un besoin de légitimer leur fonction. Nous supposons que ce besoin peut être lié à l'universitarisation complète de la formation infirmière et notamment à la peur de voir disparaître ou évoluer le métier de formateur du fait d'une gouvernance par l'université. Entre le dispositif tel qu'il est prescrit et la manière dont il est vécu, c'est-à-dire utilisé et approprié, nous observons l'écart suivant : tandis que la numérisation des cours des universitaires vise l'homogénéité des savoirs fondamentaux transmis sur le territoire, l'appropriation et l'usage réels qu'en font les formateurs génèrent une hétérogénéité des cours sur un même territoire.

...vu par les étudiants

Pour les étudiants, les cours numérisés correspondent à *« des enseignements théoriques »* qui leur permettent de *« compléter leurs connaissances »*. Ils sont composés de savoirs de base, mais aussi *« d'éléments de culture générale »*. Selon les étudiants, il existe deux types

de cours numérisés : ceux dits « *essentiels* », car ils abordent des notions clés pour leur formation ; et ceux dits « *non essentiels* ». Les cours numérisés « essentiels » sont parfois visualisés à l'IFSI. Dans le cas d'un visionnage en distanciel, ils s'accompagnent d'une fiche pédagogique permettant aux étudiants de prendre connaissance des objectifs. Suite au visionnage, le formateur programme un temps de cours en présentiel afin de s'assurer de la bonne compréhension des données fournies. Il est à noter que le dispositif de formation revêt une part informelle qui correspond aux échanges entre les étudiants en dehors de la plateforme universitaire (tutorat entre pairs par exemple), mais aussi au travail réalisé en dehors du dispositif de formation (recherches complémentaires...). Les étudiants ont testé et expérimenté ce dispositif de formation afin de l'approprier en vue d'une appropriation. À propos des cours en ligne, une étudiante indique : « *je me l'approprie, l'adapte, à comment je comprends, comment j'apprends et du coup maintenant je le trouve plus simple d'utilisation pour le manier* ». Cependant, les étudiants peuvent mettre beaucoup de temps avant de trouver une méthode de travail qui soit efficace. En effet, les apprenants, livrés à eux-mêmes (« *chez moi tout me distrait* ») et ne sachant pas toujours comment s'organiser, peuvent parfois se décourager. La motivation des apprenants lors des apprentissages par le biais des cours numérisés est liée à leur sens des responsabilités. En effet, lorsqu'ils visionnent des cours en distanciel, ils éprouvent une grande liberté, une grande autonomie : « *cela nous permet de s'organiser, de travailler comme on veut* », « *on peut travailler à l'heure où on en a envie* ». Cependant, cela peut parfois être déstabilisant : « *il faut être motivé car on a vite fait de se dire tant pis je ne le fais pas* ». Dans un article, Cynthia Engels indique que les étudiants de cette génération ont besoin d'action, de mouvement, d'interactions (Engels, 2017). Si la passivité est un frein à l'apprentissage, elle s'oppose à l'activité des étudiants lorsqu'ils doivent écouter un cours tout en lisant le support écrit et en prenant des notes. Lors d'une conférence, Nicole Boubée, a indiqué que « *les plus jeunes auraient développé de nouvelles capacités dans le « multitâche » [...] seraient capables, eux, de réaliser efficacement plusieurs activités numériques en même temps. [...]* ». Elle s'est aussi appuyée sur une enquête réalisée en 2009 par Patricia Greenfield qui indique que « *les tâches simultanées (multitâches) sont réalisées de façon moins réfléchie, plus automatique, que les tâches effectuées les unes après les autres* » (Boubée, 2011). Cela peut expliquer le fait que certains étudiants utilisent la bande audio et le support PDF de manière dissociée. En effet, initialement, les deux supports ne devraient pas être dissociés. Pour autant, certains étudiants se contentent de lire le document PDF fourni seul (36.2%) ; d'autres écoutent seulement la bande audio (1.4%), tandis qu'une grande majorité visualise le PDF tout en écoutant la bande audio (62.4%). Comme nous venons de le voir, la motivation, la responsabilité et l'autonomie chez les étudiants en soins infirmiers sont des concepts interdépendants. Ils peuvent aussi être influencés par une expérience antérieure difficile, ou un

échec lors d'une évaluation. L'histoire et le vécu personnel impactent alors les représentations et l'usage que les étudiants feront de ce dispositif de formation. Avec l'utilisation des cours numérisés, les étudiants vont développer des compétences spécifiques dans l'utilisation de l'outil numérique. Ils vont aussi développer des compétences transversales comme la prise de note, la recherche d'information ou la sélection d'informations essentielles dans un cours. Ils vont ainsi acquérir les savoirs nécessaires à l'exercice de leur future profession. Ce dispositif leur permet aussi d'adapter leurs méthodes de travail. Ils font le point sur la manière dont ils apprennent, s'organisent, sur ce qui est positif et négatif dans leur stratégie d'apprentissage afin d'identifier des axes de progression ou d'amélioration. Ces aptitudes réflexives requièrent d'acquérir une bonne connaissance de soi et d'atteindre une certaine maturité. C'est à ces conditions que le dispositif de formation devient un véritable outil de professionnalisation.

Évaluation du dispositif

Nous constatons que la majorité des usagers des cours numérisés évaluent positivement ce dispositif de formation. En effet, 55.9% des étudiants sondés par le biais du questionnaire indiquaient que les cours correspondaient à leurs attentes. Selon les personnes interviewées, ce dispositif présente les avantages suivants :

- La flexibilité et l'accessibilité du dispositif, dont la possibilité de pouvoir travailler depuis son domicile ;

- L'acquisition d'un socle de connaissances commun sur le territoire ;

- La sollicitation de différents canaux de mémorisation, à la fois des canaux visuels et auditifs ;

- La mise en exergue de l'importance de la collaboration, et la complémentarité entre l'université et les IFSI.

Les personnes interviewées ont aussi identifié quelques inconvénients.

Une majorité des personnes sondées via le questionnaire et les 7 personnes interviewées regrettent le manque d'interactions, d'échanges dans ce type d'enseignement. Pour répondre aux demandes d'échange des étudiants, l'université a mis à leur disposition les adresses électroniques des universitaires. Or, les étudiants n'utilisent pas cette possibilité. On pourrait supposer que ce rôle revienne aux formateurs, or tous les cours numérisés ne font pas l'objet d'un temps dit de « régulation » après visionnage par les étudiants. De plus, il semble que les étudiants hésitent à contacter les enseignants universitaires par mail du fait de l'ancienneté de l'enregistrement et donc par crainte que l'enseignant n'exerce plus.

Pour les universitaires, l'absence de retour est un frein à la compréhension des cours par leurs étudiants et à leur qualité. Pendant un cours en présentiel, l'enseignant peut observer les

apprenants. Grâce à la communication non verbale, il pourra interpréter leurs gestes ou attitudes, faire des hypothèses sur la clarté de ses propos, etc. De plus, des éléments de communication verbale vont corroborer son ressenti comme les questions des étudiants ou à l'inverse la présence de bavardages.

Du point de vue des étudiants, le contenu des cours est parfois jugé « *complexe* », « *inadapté* » ; ou bien ils relèvent leur « *difficulté de compréhension de certains cours* », « *ils ne sont pas forcément adaptés à notre niveau de formation* ». Les étudiants proposent que le contenu soit validé par des formateurs issus d'instituts de formation en soins infirmiers. Ils ajoutent qu'ils souhaiteraient que le vocabulaire utilisé soit plus adapté à leur niveau de formation et que les notions importantes soient davantage expliquées. Ils ajoutent que les cours pourraient être étayés avec des situations issues de la pratique professionnelle, et des cas concrets.

Les étudiants (via le questionnaire et les entretiens) et les formateurs (via les entretiens) estiment que certains cours sont trop longs et qu'ils « *manqueraient de structuration et de dynamisme* ». De plus, ils soulignent le manque de réactualisation des cours, leur ancienneté, au regard du contenu ou encore de la qualité audio. Les cours numérisés sont évalués chaque année par les formateurs et les étudiants, ces éléments sont donc transmis à l'université, pour autant, on a pu noter qu'ils sont peu pris en compte.

Ouverture, perspectives professionnelles et scientifiques

Suite à ce travail de recherche, nous pouvons formuler quelques préconisations relatives aux IFSI avec notamment la diffusion d'informations essentielles aux futurs apprenants pour suivre leur formation. Mais aussi l'organisation, la formalisation d'un tutorat entre les apprenants. D'autres préconisations concernent l'université (enregistrement et évaluation des cours).

Tout d'abord, au regard des éléments identifiés, il nous semble que les IFSI devraient transmettre certains éléments aux futurs étudiants infirmiers. Nous parlons de prérequis pour entrer en formation. Il s'agit notamment du fait de :

- disposer d'un matériel informatique permettant aux futurs étudiants de télécharger des cours
- Avoir des notions de saisie de texte sur Word ou OpenEdition (en fonction du logiciel dont dispose le futur étudiant), de prendre des notes tout en visualisant le cours numérisé par exemple.
- Avoir un accès internet avec un débit suffisant pour permettre d'accéder aux cours numérisés et/ou de télécharger les fichiers si besoin.

Ces prérequis pourraient être diffusés aux futurs étudiants via la plateforme parcoursup ou bien par courrier lors de la finalisation de leur inscription en IFSI. Ensuite, chaque année, à la rentrée, la plateforme Moodle est présentée aux apprenants. Les formateurs pourraient prévoir un cours afin d'expliquer aux étudiants de 1^{ère} année la manière dont les apprentissages se font, afin de les guider dans l'utilisation des cours numérisés. Cela pourrait être complété par un temps de partage d'expérience entre les étudiants de 1^{ère} année et ceux des années supérieures. On peut imaginer un tutorat entre pairs avec par exemple un travail en binôme ou bien en groupe restreint. Ensuite, on pourrait imaginer que les cours numérisés soient réenregistrés afin d'être plus synthétiques ou bien qu'ils soient séquencés. Un travail sur la scénarisation est à notre sens nécessaire. Nous proposons une réduction du temps de chaque cours numérisé afin qu'ils durent 30 minutes voire 45 minutes maximum. Ainsi, les enseignements universitaires pourraient être visualisés en formation à distance. Dans ce cas, les formateurs pourraient accompagner les apprenants grâce à des fiches pédagogiques et prévoir un temps de cours à l'institut pour remobiliser les savoirs acquis et développer les soins infirmiers. Il ne faudrait pas que ces temps de cours soient supérieurs au temps du cours numérisé.

Enfin, la mise en place des cours numérisés est au cœur du processus qualité. Il nous semble que l'on pourrait transférer certains axes de cette démarche afin d'élaborer des préconisations pour la mise en place des cours numérisés à distance :

1. Prendre en compte les changements de la formation et le profil des étudiants
2. Responsabiliser / autonomiser les universitaires et les formateurs en IFSI par rapport à leurs usages des cours numérisés, les inciter à collaborer davantage, ceci pourrait avoir un impact sur le sens donné aux cours numérisés
3. Responsabiliser, autonomiser les étudiants dans leur appropriation et usage des cours numérisés.

Conclusion

Ainsi, plus de la moitié des étudiants indiquent que ce dispositif de formation répond à leurs attentes. Toutefois, ce constat positif est à nuancer. En effet, tandis que les étudiants paraissent globalement satisfaits de la flexibilité et de l'accessibilité de ce dispositif, il semble que le contenu ait besoin d'être davantage adapté par rapport au public des étudiants infirmiers. Ce travail de recherche nous a aussi permis de prendre conscience du rôle de chacun, mais aussi de l'influence que nous, les formateurs, nous pouvions avoir sur l'usage que les étudiants font des cours numérisés. Dans le contexte sanitaire actuel, il est plus que d'actualité de réaliser des enseignements à distance, qu'ils soient synchrones ou asynchrones.

Le modèle université-institut de formation est intéressant en ce qu'il présente une collaboration tri-partite universitaires / formateurs / étudiants.

Bibliographie

Corinne Merini. Le partenariat outil du maître ? Comment tisser des liens pour faire réussir les élèves ? [HAL]. Consulté 19 juillet 2020, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/etymologie/partenaire>

Engels, C. (2017). Les attentes des étudiants de génération Y en formation paramédicale : Des compétences académiques mais aussi non académiques. Recherche en soins infirmiers, 131(4), 41-51. Cairn.info.

Jacquinet. (1993). Apprivoiser la distance et supprimer l'absence ? Ou les défis de la formation à distance—Persée. https://www.persee.fr/doc/rfp_0556-7807_1993_num_102_1_1305

Massou, L. (2010). Chapitre 4. Dispositif et enseignement à distance. In Les dispositifs d'information et de communication (p. 59-76). De Boeck Supérieur

Paquelin, D. (2004). Le tutorat : Accompagnement de l'actualisation du dispositif. Distances et savoirs, 2(2-3), 157-182.

Le rôle du tiers dans l'apprentissage

POUGNET-VIGNAUD Danielle – Croix-Rouge Compétence Nouvelle Aquitaine – Angoulême
– Formatrice IFSI

Phd en sciences de l'éducation et de la formation Laboratoire FOAP, Cnam Paris

Mots clés : Apprentissage sur le tas ; tiers ; soins infirmiers ; psychiatrie et santé mentale ;
passeurs ; entre-deux

Introduction

Cette communication s'appuie sur une recherche doctorale qui s'est donnée pour objectif global de comprendre comment les nouveaux diplômés en soins infirmiers qui exercent en psychiatrie et santé mentale peuvent apprendre leur métier sur le tas. Plus spécifiquement, l'objet d'étude investi, cherche à élucider le rôle du tiers dans le processus d'apprentissage sur le tas.

Objet peu investigué dans la formation et les sciences de l'éducation, son étude a amené à la déclinaison de sous questions avant de pouvoir comprendre son rôle, à savoir : Qu'est-ce que le tiers ? Quel est son fonctionnement ? Quel est son rôle dans l'apprentissage ? La compréhension de cet objet a nécessité, de par sa nature, de s'inscrire dans une épistémologie pluridisciplinaire convoquant la complexité, la multidisciplinarité et la transdisciplinarité pour ne pas dénaturer l'objet et favoriser une lecture dynamique de celui-ci. Objet à la croisée d'une approche par l'activité et d'une approche par les actes de langage, douze entretiens compréhensifs ouverts associés à une méthode projective ont été réalisés. Les matériaux récoltés ont donné lieu à une méthode d'analyse qualitative conjuguant l'analyse catégorielle proposée par Bardin (1989) couplée à une approche issue de l'analyse de l'éthos discursif proposée par Hatano-Chavildan & Lemaitre (2017), d'inspiration structurale pour laquelle un outil d'analyse spécifique a été construit. Cette étude a permis de comprendre que le tiers n'est pas un tuteur mais un processus ternaire dynamique et itératif composé d'un apprenant, d'un passeur et d'un entre-deux qui a pour but la construction de sens et la préservation des savoirs mais aussi l'équilibre social. Cependant, la recherche a pu aussi mettre en évidence que le tiers pouvait être absent et quand celui-ci fait défaut il n'y avait pas d'apprentissage mais l'apparition d'une souffrance au travail et une perte des savoirs.

Le concept de tiers est assimilé à tort au mot tuteur par le monde du travail et de la formation. Peu investigué par les chercheurs, la littérature à son sujet est peu développée. La recherche doctorale menée ici, s'est intéressée à cet objet dans le but de produire de la connaissance à son sujet et étudier dans un même temps son rôle dans le processus d'apprentissage de nouveaux diplômés en soins infirmiers qui ont choisi d'exercer dans le domaine de la psychiatrie. Si les résultats montrent que le tiers est un processus ternaire

inclusif et que celui-ci sert l'apprentissage dans les situations de travail informelles, pourrait-il être présent également dans les situations formelles d'apprentissage.

La première partie de la recherche doctorale est consacrée au contexte d'émergence de la problématique et de l'objet de la recherche. Composée de quatre chapitres, les deux premiers retracent l'évolution théorico-socio-économique et politique de la psychiatrie, des soins infirmiers et de la formation, jusqu'à nos jours pour comprendre pourquoi cette discipline, aujourd'hui, est dite « au bord de l'implosion » et saisir les enjeux qui sous-tendent cette recherche. Puis, une approche contemporaine de la profession d'infirmier est abordée dans un troisième chapitre. Consacrée à la description de l'exercice infirmier tel qu'il est prescrit, cette partie permet de montrer les écarts entre la formation en soins infirmiers et l'activité réelle en psychiatrie et santé mentale. Ainsi, les difficultés auxquelles sont confrontés les nouveaux diplômés lors de leurs prises de fonctions sont mises en exergue avec pour conséquence l'apprentissage du métier sur le tas. Le dernier chapitre présente la construction de l'objet de la recherche. Celui-ci précise la démarche inductive réalisée, à savoir, une observation exploratoire auprès de nouveaux diplômés en soins infirmiers qui a été menée pendant une année dans plusieurs services de soins et grâce à laquelle l'objet de cette recherche a émergé : le rôle du tiers dans l'apprentissage sur le tas.

Cadre théorique

Pour comprendre le concept de tiers, ce qu'il est et ce qu'il induit, son étude a nécessité, de par sa nature, de s'inscrire dans une épistémologie pluridisciplinaire convoquant la complexité, la multidisciplinarité et la transdisciplinarité pour ne pas dénaturer l'objet et favoriser une lecture dynamique de celui-ci. Pour ce faire, explorer et décroiser des disciplines comme l'anthropologie, la sociologie, la psychologie ou encore la psychosociologie et les sciences de l'éducation ont été nécessaires pour identifier les points communs ou au contraire les points de divergences ou encore les éléments même minimes qui traitaient du « tiers » avec pour guide l'écrit de Michel Serre (1991) sur le « tiers instruit ». Comme une recherche est faite de va et vient ; face aux multiples plaintes relevées dans le discours des sujets interrogés, la souffrance au travail a été traitée pour comprendre et faire une distinction entre les plaintes qui relèvent d'un apprentissage et celles qui expriment une réelle souffrance. Enfin, au fur et à mesure de l'avancée de la revue de littérature, la nature dynamique du tiers ainsi que la problématique de l'entre-deux qu'il occasionne ont conduit ce cadrage vers des paradigmes qui dépassent les approches classiques et linéaires proposées habituellement. Afin de penser les phénomènes en jeu, la complexité, la multidisciplinarité et la transdisciplinarité au service d'une approche ternaire ont été investies pour autoriser la

possibilité d'admettre le « ET », le contradictoire et ainsi penser conjointement différents niveaux du phénomène, sans les dénaturer.

Matériel et méthode

La méthodologie de recherche est une démarche qualitative qui se veut inductive, compréhensive et exploratoire car les objectifs visés partent d'une observation vers l'élaboration d'une catégorisation conceptualisante des données empiriques pour parvenir progressivement à la description et la compréhension de l'objet étudié ; le tiers dans l'apprentissage sur le tas.

Si la première phase de la démarche consistait en une observation exploratoire et concernait la construction du problème et l'émergence de l'objet, cette phase a aussi fait l'objet d'un autre traitement des matériaux : l'étude de cas. Cette analyse a permis de faire émerger des situations prototypiques d'apprentissages dans lesquelles il y avait peut-être un élément tiers, pour dans un second temps que ces cas servent de supports projectifs lors de la phase d'entretien. Leurs repérages étaient essentiellement basés sur des unités de sens en lien avec l'apprentissage. Seules des situations d'apprentissages informelles ont été retrouvées. Elles recouvrent aussi bien des personnes ou encore des éléments matériels ou immatériels qui ont été vecteurs d'apprentissages pour les nouveaux diplômés. De plus, grâce à cette analyse, une première catégorisation de tiers est apparue. Le tiers pouvait revêtir différentes formes. Cependant un réajustement de ces premiers résultats a été réalisé, car au regard des différentes lectures réalisées ce qui avait été identifié comme tiers était en fait des figures de tiers, en référence à Eneau (2005, p.137), Lemaitre (2011, p. 121), Serres (1991), Paul en 2011 (p. 95) et Labelle (2000). Au final 14 situations ont été élaborées. Les plus explicites ont été retenues pour la poursuite de la recherche.

Dans un deuxième temps, l'objectif était de comprendre et d'analyser, au moyen d'une lecture dynamique, le rôle du tiers dans l'apprentissage sur le tas de nouveaux diplômés et d'identifier les situations de plaisir et /ou de souffrance du travail vécues par ces derniers. Pour cela, une approche par l'activité et une approche par les actes de langage a été privilégiée. Activité, parce qu'il s'agit d'un processus non conscientisé, implicite chez le sujet qui ne peut être observé qu'au travers du discours tenu par les nouveaux diplômés interrogés. Actes de langage parce que pour accéder à ce processus, il faut recueillir le discours des intéressés et par inférence reconstruire l'activité d'apprentissage. Cependant, étudier la charge mentale au travail qui par définition est subjective et personnelle car elle est liée à l'expérience vécue du sujet ne peut être quantifiée. Pour aborder cet aspect, seule une approche qualitative couplée à une approche compréhensive apparaissait comme moyen d'accéder à la logique interne du sujet. L'entretien compréhensif ouvert non directif a été choisi car celui-ci permet une plus

grande verbalisation du sujet au même titre que l'entretien clinique. Enfin, pour obtenir un discours qui soit au plus près du fonctionnement cognitif de ces nouveaux diplômés une méthode projective a été associée à cette méthode afin d'obtenir des éléments de réponses spontanées sur leur manière d'apprendre. Pour ce faire, les quatorze situations supposées être source d'apprentissage identifiées lors de la phase exploratoire de la recherche ont servi de supports projectifs à ces entretiens. Le jour de l'entretien, les nouveaux diplômés ont été incités à commenter et s'exprimer sur les situations projectives proposées.

Comme le tiers est un système inclusif, celui-ci a été décomposé. Les passeurs ou les figures de tiers ont été recherchés. L'analyse catégorielle de Bardin a été utilisée afin de catégoriser et de classer. Concrètement, une grille d'analyse a été créée. Celle-ci prend appui sur la catégorisation établie par Eneau (2005) et Labelle (2000) sur les figures de tiers, les figures matérielles et immatérielles issues des résultats de la phase d'observation. Puis une seconde phase d'analyse a été nécessaire pour rendre compte de l'aspect dynamique du tiers. À cet effet, l'éthos discursif proposé par Hatano-Chavildan & Lemaitre (2017) d'inspiration structurale a été couplé avec une analyse catégorielle proposée par Bardin (1989). Ceci a nécessité la construction d'un outil spécifique pour rechercher :

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

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

D'un discours tautologique : « je ne comprends pas / je ne comprends toujours pas »,

D'un discours contradictoire « je ne comprends pas / j'arrive à mieux comprendre »,

« j'y arrive / je n'y arrive pas »,

D'une ouverture vers une autre idée comme à la fin du processus « je comprends mieux / je n'arrive pas à faire les liens »,

- D'une affirmation : j'ai appris, je sais...

Résultats et discussion

Cette recherche a donné lieu à une définition du concept de tiers à savoir :

Le tiers n'est pas un tuteur. Le tiers est un système ternaire inclusif et dynamique à la différence du triangle d'Houssaye qui est exclusif. La recherche réalisée a permis de mettre en

évidence différents éléments constitutifs du tiers ainsi que le lien qu'ils entretiennent entre eux. Le premier élément est bien évidemment l'apprenant face à une situation qui lui pose problème, le second est un passeur, le troisième correspond au « lieu tiers » (Pougnet, D & Vannereau, J, 2021). À propos du passeur, trois catégories de passeurs ont pu être identifiées mais ne sont pas à confondre avec des tuteurs. Il s'agit de personnes ou d'éléments qui gravitent dans l'environnement de l'apprenant. Ils peuvent être représentés par différentes figures de tiers (des personnes, des modèles, des accompagnants, des évaluateurs...) ou par des « objets » matériels ou immatériels (des dispositifs pédagogiques, des principes, des cadres de références, des valeurs symboliques, des théories...) qui font eux-mêmes l'objet d'une attribution de valeurs par l'apprenant. C'est-à-dire que selon les envies et les besoins de l'apprenant, ce dernier réalise une évaluation puis un choix de ces objets dans le but de s'inscrire dans une relation réciproque, afin de construire du sens. Cependant, cette relation n'est pas suffisante, il faut également un entre deux qui a deux rôles : établir un lien entre les différents éléments en présence, puis propulser le sujet apprenant et le passeur qui sont en relation réciproque dans un ailleurs, pour permettre une construction de sens. En effet, l'étude montre que si cette relation avec le passeur est primordiale pour apprendre, elle comporte aussi des risques : un enfermement dans cette relation ou à l'inverse un « éclatement » de la relation entre les deux protagonistes. Pour être efficace, le passeur ou l'apprenant doit apporter à cette relation une troisième possibilité ; un autre lieu qui permet de sortir de cette relation ; c'est-à-dire un investissement dans d'autres tiers. Pour ce faire, le passeur ou l'apprenant va alterner entre un rôle de passeur et celui de médiateur, c'est-à-dire qu'après avoir « passé », ou « appris », l'un ou l'autre des protagonistes va médiatiser cette relation et soumettre ou choisir un nouveau passeur qui va faire à nouveau l'objet d'une évaluation, d'un éventuel choix pour la poursuite de l'activité, dans un lieu tiers. Pour apprendre, le sujet multiplie les passeurs et des lieux tiers, parfois même pour une seule et même activité jusqu'à ce qu'il estime l'avoir maîtrisée.

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

Le tiers apparaît dans des situations informelles et sert l'apprentissage, le développement de l'identité. Le tiers autoriserait chez le sujet, un changement de représentations et de niveau

dans son processus d'apprentissage, un recadrage de sa pensée ou de son comportement initial qui nécessite du temps.

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

Conclusion, ouverture, perspectives professionnelles et scientifiques

Suite à cette recherche, je mène une étude dans la formation en soins infirmiers dans le cadre de « l'unité d'enseignement 6.1 : Méthode de travail », sur un public de 182 étudiants de premières années. Même si l'analyse des matériaux est actuellement en cours, les premiers résultats montrent d'ores et déjà la présence de tiers car des passeurs humains, matériels et immatériels choisis par les étudiants pour apprendre, au sein de la formation ont été identifiés. Le tiers jouerait un rôle dans l'apprentissage tout au long de cette formation, à la fois théorique et pratique.

Bibliographie

- Dejours, C. (1993). *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*. Ed le Seuil.
- Lerbet-Sereni, F. (1992). *Relation duale et tiers inclus. Contribution à l'approche pragmatique de l'autonomie des systèmes relationnels et perspectives éducatives*. [Thèse de doctorat, Université de Tours].
- Pouget, D. & Vannereau, J. (2020). L'apprentissage tiercéisé : le cas des nouveaux diplômés en soins infirmiers en psychiatrie et santé mentale. *Année de la recherche en sciences de l'éducation*. L'harmattan.
- Pouget, D. (2022). L'anthropocène et la psychiatrie, *Année de la recherche en sciences de l'éducation*. L'harmattan. (à paraître)
- Serres, M. (1991). *Le tiers instruit*. Ed Bourin.
- Xypas, C., Fabre, M. & Hétier, B. (2011). *Le tiers éducatif : Une nouvelle relation pédagogique. Figures et fonctions du tiers en éducation et formation*. De Boeck.

La publicisation des Aide(s)-Soignant(e)s de 2017 à 2020 : entre éclaircies médiatiques et imperceptibilité, une publicisation silencieuse ?

PROST Marianne – Croix-Rouge Compétence Bourgogne Franche Comté – Lons le Saunier-
Formatrice IFAS

Mots clés : Aide-Soignant ; Plan El Khomri ; Grand Âge ; Médiatisation ; Espace Public

Introduction

La profession d'aide-soignant(e), appartenant aux métiers du care, de facto peu visible, mal connue du grand public, est rarement médiatisée. Oscillant entre discrétion et scandales, on a pu nonobstant la voir émerger médiatiquement lors de grèves en Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) entre 2017 et 2018, dans le sillage du sujet controversé de la maltraitance institutionnelle. Le 29 octobre 2019 paraît le plan El Khomri, plan 2020-2024 de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du Grand Âge. Il découle d'une consultation citoyenne autour de la question « Comment mieux prendre soin de nos aînés ? ». Celui-ci préconise notamment une revalorisation des aide(s)-soignant(e)(s) (AS) face aux besoins et enjeux en recrutement prévisibles et évalués, dans le secteur du Grand Âge au regard des besoins croissants d'accompagnement des personnes âgées (PA) en perte d'autonomie et fin de vie d'ici 2050. Ainsi, à la croisée de cette rencontre entre un métier confidentiel, mal connu du grand public, et ce plan porté par les pouvoirs publics affichant sa volonté et son urgence à en faire une priorité vis-à-vis d'enjeux sociétaux, nous avons présumé une opportunité de publicisation pour les AS. Or, force est de constater que s'érige alors le paradoxe d'une certaine médiatisation, néanmoins discrète, et d'une publicisation silencieuse par rapport à cette intention de promotion et revalorisation des AS au travers de la Presse Nationale. Ainsi, cette spirale du silence est venue convoquer le besoin de comprendre ce paradoxe et de sonder les modalités inopérantes de mise en visibilité et de mise en débat permettant l'accès à la publicisation des AS. Ce, d'autant plus, que se greffe contextuellement la crise Covid, porteuse d'un pouvoir catalyseur de visibilité médiatique des soignants et intrinsèquement de mise en évidence d'utilité publique de ces métiers ordinaires, mais essentiels.

La médiatisation des AS s'est ainsi imposée comme un sujet communicationnel potentiellement au cœur des enjeux actuels. La conjonction de différents éléments contextuels a dirigé notre regard vers le métier discret et méconnu d'AS dont on a pressenti les potentialités à devenir visible dans la sphère publique sous l'influence de la parution du Plan El Khomri en corrélation avec des enjeux sociétaux mais aussi à la croisée de la crise sanitaire qui s'est révélée en soi l'opportunité d'une fenêtre ou d'un levier de publicisation. Ainsi l'éligibilité et la légitimité de traiter de ce sujet s'est imposé au regard de défis contemporains notamment celui

du problème sociétal que pose la gestion du Grand Age convoquant le métier d'AS au cœur d'enjeux structurels, économiques, politiques, éthiques et donc sanitaires.

Cadre théorique

Nous avons plongé au cœur des productions journalistiques en s'éveillant à un regard info-communicationnel avec la quête d'appropriation de ficelles analytiques (médias, journalisme, hypertrophie de l'événement, notion de crise,...), structuré par l'éclairage d'un cadre théorique du processus de publicisation, approche complétée par l'exploration du champ des concepts proposés par la sociologie et communication en sciences politiques (construction de problème public, agenda-setting,...) pour analyser les conditions d'émergence et de prise en charge des problèmes publics. Nous avons alors tenté de scanner le traitement médiatique des AS, d'opérer un repérage sémantique de reconnaissance du sujet, d'identifier les foyers de concentrations (saillances), d'en disséquer les pouvoirs d'émergence thématiques comme « trame d'indices de pertinence » (Schutz, 1970). Mais aussi de déceler des modalités discursives invalidantes ou inopérantes et de percevoir selon les horizons d'attentes d'arrière-plan pouvant contribuer à créer des zones de dispersion ou d'occultation aux marges de l'Espace Public. Cette recherche mobilisant la phénoménologie de l'image des AS et de sa construction socio-discursive ne pouvait s'envisager sans tenir compte de sa trajectoire identitaire préalable façonnée au gré de l'histoire. Ainsi, elle s'est alimentée et enrichie en maillage d'apports sociologiques (Arborio, 1995) et psychologiques (Lhuillier, 2010) sur ce métier pour mieux appréhender son écologie identitaire sociale et professionnelle d'appartenance au care (Molinier, 2010). De plus, elle a mobilisé la théorie de la visibilité de l'invisibilité (Voirol, 2005), de la reconnaissance et de l'âgisme comme ressorts analytiques.

Matériel et méthode

Nous avons donc exploré la temporalisation d'attention publique médiatisée du sujet des AS, à travers un échantillon de Presses Quotidiennes Nationales (PQN) représentatives d'une palette journalistique éditoriale (Libération, Le Monde, Figaro) aux pourtours et dans la trajectoire du plan El Khomri sur la période 2017-2020, période incluant la crise Covid guidée par trois hypothèses en quête d'éléments explicatifs de ce processus de publicisation inabouti. Nous avons d'abord pris un angle panoramique pour embrasser d'une large vue d'ensemble le traitement médiatique des AS du point de vue historique à travers toute la PQN de l'apparition du premier article, en 1949 à 2020 en sélectionnant via l'outil collecteur Europresse tous les articles dont le titre (ou chapeaux) incluent les mots clés « aide(s)-soignant(e)(s) » soit 263 articles. Cette démarche a permis d'obtenir une valeur témoin tant au niveau de la répartition que de la fréquence des publications au niveau quantitatif mais aussi au niveau qualitatif pour identifier les occurrences thématiques préexistantes et ainsi contribuer à construire la grille

analytique en interaction avec les données fournies par le terrain et les axes de recherche. Cette phase a eu l'intérêt de formaliser la représentativité telle un traçage médiatique des AS, de leur première apparition dans le traitement du champ de la Presse Nationale jusqu'à fin 2020 et surtout de conforter le choix de la période charnière 2017-2020 comme période d'émergence et terrain d'étude. L'approche s'est faite de manière inductive et empirique en entonnoir en partant de l'objet, du contexte, de la période et de l'angle médiatique puis journalistique. Nous avons pu resserrer ensuite la focale sur cette période en prélevant 1022 articles de presse appartenant au corpus de PQN sélectionné dans lesquels apparaissent les mots clés « aide(s)-soignant(e)(s) » dans l'intégralité de l'article. Parmi ces 1022 articles, un traitement sélectif et un tamisage basé sur la pertinence de lien avec le métier d'aide-soignant(e) s'est opéré pour n'en garder que 375. Pour autant, il est apparu intéressant de scruter néanmoins les articles non sélectionnés pour en saisir les contours thématiques d'apparition qui peuvent être des stigmates sociaux révélateurs.

Dans une perspective constructiviste et compréhensive par le biais d'une approche mixte, à la fois quantitative et qualitative, nous avons interrogé l'accès à la visibilité médiatique des AS à l'affût des modalités discursives selon le contexte et les enjeux. La recherche est ainsi basée sur le croisement de l'analyse du contenu des textes publics (sous-tendant la volonté des pouvoirs publics de revaloriser et rendre plus attractifs les métiers du Grand Âge dont font partie les AS c'est-à-dire le Rapport Fiat Iborra, le Rapport Libault et le Plan El Khomri), de l'analyse du contenu médiatique et juxtaposée à l'étude de la stratégie des acteurs et décideurs en correspondance et interactions avec la chronologie contextuelle (grèves Ehpad, plan El Khomri, crise hospitalière et crise sanitaire)

Résultats

Nous présumons que la publicisation peut potentiellement être court-circuitée en amont en lien avec un problème d'étiquetage ne leur permettant pas d'être identifiable qui trouble et freine la visibilité des AS dans l'intelligibilité de réception du public. En effet, au regard de la première hypothèse questionnant un problème d'identification, un problème définitionnel ou de reconnaissance publique, nous remarquons que les caractéristiques nominales au sein des articles des AS sont soit floues et absorbées au sein des soignants, masquées par la personification institutionnelle, détournées par des politiciens, parfois empreints d'une connotation péjorative (qualificatifs) ou encore inhibés voire neutralisés par l'appellation « des Métiers du Grand Âge » et la nomination « Plan El Khomri » qui prête à confusion avec la réforme travail. D'ailleurs sur 375 articles, seuls 38 cognitivement (soit 10%) permettent d'identifier les AS dans la titraille ou le chapô et ceux-ci sont eux-mêmes associés à des thématiques saillantes possiblement occultantes ou non attractives telles des affaires judiciaires liées à des déviances, des grèves dans les hôpitaux ou Ehpad signifiant des difficultés et des problèmes d'attractivité

ou soulignant un problème de souffrance au travail. À cela s'ajoute presque la moitié des articles (au moins 39% fond du texte) des indicateurs de nominations flous ou biaisés, de difficultés à les identifier au niveau nominatif et qualificatif où ils apparaissent en arrière-plan. C'est pourquoi, cette piste apparaît fortement contributive pour expliquer le phénomène de non-publicisation. Ainsi ces résultats nous permettent de nous prononcer en faveur d'un réel problème d'étiquetage qui ne permet pas ou peu cognitivement de rendre les AS identifiables. Au regard de la deuxième hypothèse, présumant que la non-publicisation découle d'un problème d'identité occulté par un horizon d'attente d'arrière-plan (contexte) occultant ou discriminant (la thématique sur le grand Âge ou certains scandales en Ehpad en termes de thème saillant occulteraient le métier d'AS soit en le relayant à l'arrière-plan soit en le rendant discriminant), nous constatons à l'issue de l'étude et l'analyse des articles retenus en lien avec la thématique des personnes âgées que les occurrences d'apparition des AS dans la presse sont favorisées par les thématiques liées notamment à l'actualité des Ehpad (grèves empoisonnements, maltraitance, difficultés à recruter, hécatombe lors de la crise Covid et judiciarisation Ehpad Korian). Les thématiques des aidants, de la loi Grand Âge (Rapport Libault-Plan El Khomri), de l'emploi et de la réforme de la retraite et de la pénibilité au travail sont également saillantes et font apparaître en arrière-plan les AS. En effet, les indicateurs quantitatifs à hauteur de 40% (soit 151 articles sur 375 des articles retenus) traitent d'une thématique prévalente sur les PA et donc valident partiellement l'hypothèse 2, et couplés notamment avec l'analyse qualitative, acte en effet que les AS s'inscrivent à l'arrière-plan de ces thématiques et peuvent s'en trouver occultées d'autant plus qu'elles sont abordées sous les variables chiffrées d'ajustement d'une organisation administrative et financière. En effet, l'AS s'efface au profit d'horizons d'attentes d'arrière-plan (loi Grand âge) ou au contraire apparaît de manière saillante lors de scandales ou victime d'âgisme. Au regard de la troisième hypothèse, qui formulerait un problème de reconnaissance mutuelle qui inhibe le débat, c'est-à-dire une identité socio-discursive compromise car peu visible et inaudible qui stérilise la possibilité de débat, les AS s'inscrivent dans une médiatisation de la lutte en faveur d'une reconnaissance professionnelle au risque d'être stigmatisante focalisant sur des problèmes de mauvaises conditions de travail, de pénibilité et risques. Sur 375 articles, on en retrouve 276 où apparaissent des 4 indicateurs de revendications, de sinistralité, de mal-être, grèves qui doivent être admis en tenant compte du biais induit par le fait que les AS, s'inscrivant dans la corporation des soignants, ressortent dans toutes les mobilisations à l'hôpital (psychiatrie, hôpital, Ehpad, négociations Ségur de la santé, etc). En revanche, cela témoigne d'une amplification du malaise des AS parmi les soignants, l'indicateur passant d'une moyenne de 22 % lissée sur les années 1960-2020, concentrée à 74% sur la période 2017-2020 selon notre échantillon de corpus sélectionné avec le mot clé AS.

Discussion

À l'issue de cette recherche exploratoire et à la lumière de nos trois hypothèses de départ, plusieurs axes se confortent pour expliquer ce processus de publicisation engagé mais non abouti. L'accession de la thématique « les AS, mise en visibilité et opportunité d'audibilité » dans l'espace public rencontre des obstacles et filtres pour pouvoir évoluer vers une publicisation d'une part d'ordre sémantique, qui freinent sa capacité à être identifiable au niveau des productions journalistiques et d'autre part en lien avec son statut d'indicibilité contrainte.

À l'issue de l'exploration de la première hypothèse, nous avons pu constater une mise en visibilité compromise par un trouble définitionnel qui les rend difficilement remarquables ou bien imperceptibles en arrière-plan de thématiques dominantes, notamment celle des PA ou des mobilisations de soignants. Ainsi cela se traduit dans les médiations sémantiques puisque nous avons pu vérifier qu'un trouble du processus définitionnel peut être à l'origine d'une non intelligibilité du sujet des AS dans les productions journalistiques. En effet les configurations textuelles ou narratives, les nominations, peuvent se révéler délétères dans les capacités de perception, réception et identification des AS par le Grand Public. Bien souvent les AS s'effacent au profit d'une nomination d'appartenance collective (soignants) ou institutionnelle, d'une nomination floue (personnel), banalisée (blouses blanches) voire connotée négativement au point d'être difficilement identifiable voire neutralisée dans un arrière-plan implicite au profit du foyer de l'attention du Cure.

À cela s'ajoute le syntagme du plan El Khomri « les métiers du grand âge » qui enrobe et camoufle dans cet écran sémantique néanmoins les AS parmi les principaux acteurs concernés. Par ailleurs les articles qui relaient sa publication ne rendent pas plus intelligible et explicite le fait que ce plan vise au sein de la nomination « métiers du Grand Age » principalement la revalorisation des AS (et auxiliaires de vie) et cela contribue non seulement à maintenir cette catégorie cognitivement non reconnaissable par le grand public mais ne permet pas d'en comprendre l'intention de promotion et de fait d'amener le débat. Ce syntagme qui allie métiers et vieillesse nous amène d'ailleurs à notre deuxième hypothèse, celle que la thématique des AS est convoquée et prédominée fréquemment par la thématique centrale des PA dépendantes (Ehpad) qui s'avère soit occultante où les AS y apparaissent en arrière-plan, soit stigmatisante en lien avec l'âgisme qui leur fait ricochet ou des thématiques (décès massif en Ehpad ou maltraitance) qui cristallisent une image connotée négativement.

Enfin, au regard de la troisième hypothèse, nous avons pu vérifier de manière marquée que les AS sont cités lors de grèves ou mobilisations de soignants, ce qui retranscrit qu'ils s'inscrivent dans une lutte en faveur d'une reconnaissance professionnelle et met en relief des difficultés à se rendre audibles. Cela vient souligner leur configuration d'une indicibilité contrainte en lien avec les règles de respect du secret et de discrétion professionnelles ne leur permettant pas d'être audibles mais aussi dans la configuration d'un exercice du care de tâches

invisibles donc difficiles à rendre dicibles et objectivables lors de revendications. Cela renvoie aussi à un problème identitaire propre à l'AS dans son champ d'exercice professionnel non reconnue pour un rôle propre, exerçant sous la responsabilité de l'infirmière et qui peut participer à majorer son invisibilité par focalisation sur l'infirmière ou absorption à la corporation, celle des « soignants ».

Ainsi, au regard du processus de « publicisation » nous devons vérifier trois paramètres sur le sujet des AS : qu'il s'inscrive au cœur d'un problème public, ensuite qu'il soit visible et enfin qu'il soit débattu. Nous avons pu établir que les AS s'inscrivent, flirtent et gravitent à la jonction de plusieurs problèmes publics et ont fait plusieurs incursions donc au sein de sujets publicisés (maltraitance institutionnelle en Ehpad, Projet Loi Grand Age, crise hôpital, crise sanitaire Covid) mais absorbées, neutralisées dans ces thématiques, ou dans des revendications collectives où elles sont aperçues néanmoins placées dans un statut qui les prive d'une capacité à être audible et donc de pouvoir débattre.

Ainsi les AS ont eu plusieurs opportunités sur la période 2017-2020 en s'inscrivant au cœur de sujets problématisés et donc publicisés de l'être elles-mêmes. Néanmoins à la lumière de l'analyse des contenus journalistiques, nous constatons qu'un manque d'identification donc de visibilité et de reconnaissance mutuelle de potentiels interlocuteurs leur est préjudiciable pour pouvoir débattre ou être débattu. De fait, l'espace de discussion n'est pas opérationnel et les laisse en marge de l'Espace Public.

Ouverture, perspectives professionnelles et scientifiques

L'apparition d'un sujet, ou d'acteurs, sur une scène de l'attention publique serait donc sous la dépendance des médias de communication qui ont un rôle structurant dans l'ordre du visible et de l'aspect cognitif et in fine une responsabilité dans l'intelligibilité d'une réalité sociale en rendant visibles certains sujets ou acteurs au détriment d'autres. Les AS sont mal ou peu identifiables du point de vue narratif dans les productions médiatiques, nonobstant en arrière-plan d'horizons d'attentes pourtant préoccupantes et dignes d'intérêt public. Ils font l'objet d'un paradoxe identitaire (propre au care), celui d'être utiles mais invisibles et d'une image socio-discursive stigmatisante par analogie à la vieillesse et stigmatisée par association au « sale boulot » ou scandale de maltraitance qui les desservent sur le chemin d'une publicisation potentielle et les exhortent à s'inscrire dans un champ de revendications comme le stigmate d'appel à reconnaissance. L'étude de la médiatisation des AS fait donc apparaître une problématique de reconnaissance sous-jacente globale qui corrobore à la théorie de l'invisibilité sociale selon laquelle la collectivité normative crée des attentions sélectives au profit de certains groupes et au détriment d'autres groupes sociaux (définis en termes de capital économique, de genre, ou de statut) conditionne et peut compromettre la probabilité d'une attention publique.

Ainsi, le groupe des AS de par son genre très féminisé, son appartenance sociale à la catégorie d'ouvrières qualifiées et sa correspondance professionnelle aux métiers du care (pratiques socialement non reconnues), cumulent tous les attributs pour être relayé à l'arrière-plan face à un horizon d'activités dignes d'attention (pratiques socialement plus prestigieuses) ce qui s'avère valable dans le traitement médiatique. De manière imprévisible, la crise sanitaire s'est chargée de rendre visible l'invisible et notamment les métiers de l'ordinaire qui répondent justement aux attributs qui convoquent habituellement le spectre de l'invisibilité (féminin-care-classe ouvrière) comme le cas des AS et nous a invité(e)s à réhabiliter les activités de l'attention. Bien que l'effet de la crise n'ait pas été suffisant pour permettre la publicisation des AS, au moins, elle a maintenu dans la sphère médiatique, des éclaircies d'apparition de ces dernières sous l'effet de thématiques émergentes et discursives telles que le féminisme, la lutte contre les inégalités sociales mais également l'emploi en adéquation aux besoins croissants dans le secteur de l'accompagnement des personnes âgées dans notre société. Elle a permis par ailleurs, la résurgence médiatique positive des soignants dans la sphère publique et s'avère une opportunité de visibilité et de sensibilisation au rôle des soignants qui vient réanimer des revendications et nourrir des arguments et enjeux de reconnaissance comme un levier (contributif aux accords du Ségur de la santé Juillet 2020)

Conclusion

L'apparition d'un sujet, ou d'acteurs, sur une scène de l'attention publique serait donc sous la dépendance des médias de communication qui ont un rôle structurant dans l'ordre du visible et de l'aspect cognitif et in fine une responsabilité dans l'intelligibilité d'une réalité sociale en rendant visibles certains sujets ou acteurs au détriment d'autres. Les AS sont mal ou peu identifiables du point de vue narratif dans les productions médiatiques, nonobstant en arrière-plan d'horizons d'attentes pourtant préoccupantes et dignes d'intérêt public. Ils font l'objet d'un paradoxe identitaire (propre au care), celui d'être utiles mais invisibles et d'une image socio-discursive stigmatisante par analogie à la vieillesse et stigmatisée par association au « sale boulot » ou scandale de maltraitance qui les desservent sur le chemin d'une publicisation potentielle et les exhortent à s'inscrire dans un champ de revendications comme le stigmate d'appel à reconnaissance. L'étude de la médiatisation des AS fait donc apparaître une problématique de reconnaissance sous-jacente globale qui corrobore à la théorie de l'invisibilité sociale selon laquelle la collectivité normative crée des attentions sélectives au profit de certains groupes et au détriment d'autres groupes sociaux (définis en termes de capital économique, de genre, ou de statut) conditionne et peut compromettre la probabilité d'une attention publique.

Bibliographie

Arborio, A-M. (2002). Une catégorie invisible mais pas sans histoire. *Revue de l'aide-soignante* 12-13.

Cefaï, D. (1996), « la construction des problèmes publics. Définitions de situations dans des arènes publiques ». *Réseaux*, vol.75, n°75, 43-66.

Honneth, A. (2013). La lutte pour la reconnaissance. Paris, Folio. Traduit par Pierre Rusch (Traduction) 340 p

Romeyer, H (2011), « Approche communicationnelle de la notion de publicisation », Mémoire pour l'obtention de l'Habilitation à Diriger des Recherches en Sciences de l'Information et de la Communication Présenté à l'Institut de la Communication et des médias le 12 décembre 2011

Voirol, O. (2005a). « Présentation. Visibilité et invisibilité : une introduction ». /*Réseaux*/, vol. 129-130, 9-36. (2005b). « Les luttes pour la visibilité. Esquisse d'une problématique ». /*Réseaux*/, vol. 129-130, 89-121