

## **AGIR COOPERATIF ET ACCOMPAGNEMENT COLLECTIF EN SANTE**

### **MISE EN PERSPECTIVE D'UN DISPOSITIF D'INTÉGRATION ET DE PROFESSIONNALISATION DES INFIRMIERS, NOUVEAUX EN PSYCHIATRIE**

GÉRALDINE HOSTEIN

IDS Développement – Doctorante à Paris Ouest- Nanterre La Défense – CREF- France

[geraldine\\_hostein@hotmail.com](mailto:geraldine_hostein@hotmail.com)

#### **Résumé**

Notre communication a pour objectifs la présentation et la mise en perspective d'un dispositif d'accompagnement collectif pour la professionnalisation des infirmiers nouveaux en psychiatrie, en cours de mise en œuvre au sein d'un établissement psychiatrique d'Ile de France. Depuis la suppression du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique en 1992, les professionnels de santé et différentes instances s'accordent à dire que la formation des infirmiers en psychiatrie est insuffisante et le référentiel, éloigné des pratiques. Or, la formation des soignants représente un enjeu de santé publique. A l'instar d'autres établissements, le groupe hospitalier au sein duquel nous sommes intervenus, propose à ses nouveaux infirmiers des formations théoriques et le tutorat. Dans les faits, le tuteur ne dispose pas d'un temps dédié à l'accompagnement des nouveaux, ainsi, ce sont les pairs qui accompagnent au quotidien les nouveaux infirmiers dans leur professionnalisation. Après une présentation de notre intervention, nous mettrons en évidence la nécessité de l'agir coopératif entre professionnels de santé et praticien-chercheur pour la construction d'un dispositif d'accompagnement opérationnel. Puis, nous montrerons l'importance de l'accompagnement par l'équipe c'est-à-dire de l'implication de différents acteurs à différents niveaux dans le dispositif conçu.

#### **Mots clés**

Agir coopératif; accompagnement professionnel; professionnalisation; psychiatrie; tutorat; pair

Depuis la suppression du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique en 1992, les professionnels de santé et différentes instances s'accordent à dire que la formation des infirmiers en psychiatrie est insuffisante et le référentiel, éloigné des pratiques. A l'instar d'autres établissements, le groupe hospitalier au sein duquel nous sommes intervenus, propose à ses nouveaux infirmiers des formations théoriques et le tutorat. Dans les faits, le tuteur ne dispose pas d'un temps dédié à l'accompagnement des nouveaux, ainsi, ce sont les pairs qui accompagnent au quotidien les nouveaux infirmiers dans leur professionnalisation. Après une présentation du contexte et des moments clés de notre intervention, nous nous demandons en quoi le dispositif proposé relève de l'agir coopératif et de l'accompagnement collectif.

## **1. Contexte d'intervention et problématique**

En 2012, dans le cadre d'une recherche doctorale ayant pour sujet la place des usagers en psychiatrie dans la professionnalisation des infirmiers en psychiatrie, nous nous sommes adressés à un établissement d'Ile de France assurant une mission de service public en psychiatrie adulte. Celui-ci nous a ouvert ses portes afin de nous permettre de mener à bien notre recherche et, porteur d'une problématique que nous pouvions contribuer à résoudre de par notre expertise professionnelle, il nous a en retour sollicités pour la conception et mise en place de parcours d'intégration et de professionnalisation des infirmiers en psychiatrie.

### Constitution d'une profession unique: l'Infirmier Diplômé d'État

#### Naissance d'un diplôme unique d'Infirmier Diplômé d'État

Pour Guy Jobert, la construction d'une profession s'articule autour « d'une rhétorique à trois termes : le besoin, le savoir et l'éthique ». Ainsi, on peut dire que de 1955 à 1992, il existait une profession d'infirmier en psychiatrie distincte d'une profession d'infirmier de soins généraux. Il existait des hôpitaux psychiatriques et donc l'existence d'un besoin social à satisfaire. Un savoir propre à l'infirmier en psychiatrie, s'était constitué comme un savoir transmissible, matérialisé par la création d'une formation et d'un diplôme spécifique, d'« Infirmier des Hôpitaux Psychiatriques » puis d'Infirmier de Secteur Psychiatrique (désormais ISP) en 1969 et délivré dans des écoles spécifiques, du même nom. 1992 marque le début de la constitution d'une profession unique : la profession d'infirmier diplômé d'état (désormais IDE). Les formations d'IDE et d'ISP fusionnent en effet pour n'en former qu'une, celle qui mènera au diplôme unique, le DEI (Diplôme d'État Infirmier) et qui permettra à tout infirmier de travailler aussi bien auprès de patients souffrant de troubles psychiatriques, que de personnes nécessitant d'autres types de soins.

#### Diminution des enseignements psychiatriques

Lors de cette « fusion », les enseignements en lien avec la psychiatrie ont été fortement diminués : « l'arrêté de 1979 portait à 33 mois la durée de la formation initiale, dont une première année commune, et à 1376 heures l'enseignement théorique de la psychiatrie. Seules 440 heures de ces derniers enseignements étaient maintenues dans cette réforme du diplôme d'infirmier du 23 mars 1992. La division est vite faite, et ce volume est encore significatif par rapport à la dernière réforme de 2009 où 80 heures d'enseignement sur les processus psychopathologiques surnagent de ces refontes successives. » (Lanquetin J-P. et Tchukriel S., 2012).

#### Un référentiel de compétences depuis 2009

Le référentiel d'activités et de compétences élaboré en 2009, vient parachever la constitution d'une profession d'infirmier « général ». Ce référentiel présente des compétences et activités décontextualisées telles que : « Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier », « Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers » etc. Il ne peut constituer par conséquent un « guide pour l'action » de l'IDE en psychiatrie.

## Une problématique toujours d'actualité : la professionnalisation des IDE nouveaux en psychiatrie

### Constat d'une difficulté des IDE à s'adapter à la spécificité de la prise en charge des patients psychiatriques

Dix ans environ après la disparition du diplôme d'ISP, en 2004, la DHOS (Direction des Hôpitaux aujourd'hui DGOS – Direction Générale de l'Offre des Soins) reconnaissait l'incapacité de la formation élaborée en 1992, à former des professionnels de la psychiatrie, en demandant aux hôpitaux de mettre en place d'une part une formation à la consolidation des savoirs psychiatriques de quinze jours et d'autre part le tutorat.

En 2009, le rapport de la Mission Organisation de la santé mentale et de la psychiatrie nous signale qu'un manque d'expertise persiste : « les postes en service de psychiatrie sont pourvus par des titulaires du diplôme d'état d'infirmier. Ces professionnels issus d'une formation générale dans laquelle l'enseignement de la discipline psychiatrie est souvent minimal connaissent des difficultés d'adaptation à la spécificité de la prise en charge des patients psychiatriques (Rapport Mission Organisation de la santé mentale et de la psychiatrie, 2009).

En décembre 2013, la commission Robiliard réitère le constat d'un manque de formation des IDE en psychiatrie : « Afin d'améliorer leur formation, le Syndicat national des professionnels infirmiers (SNPI) et la Coordination nationale des infirmiers (CNI) auditionnés plaident pour un cursus commun avec une spécialisation en psychiatrie sous la forme d'un master pour ceux qui souhaiteraient exercer dans ce secteur » (Robiliard, 2014) ; Afin de pallier ce manque de formation, la DHOS a proposé aux établissements deux types d'action.

### La consolidation des savoirs et le tutorat

Dans le cahier des charges de la circulaire du 16 janvier 2006, la DHOS indique que la formation à la consolidation de savoirs doit « permettre à l'infirmier optant pour un exercice en soins psychiatriques, d'être professionnellement opérant au quotidien en favorisant une prise de fonction optimale lorsqu'il intègre le champ de la psychiatrie. »

En outre, il est prévu « l'instauration d'un tutorat permettant au personnel infirmier qui exerce pour la première fois en psychiatrie de bénéficier d'un encadrement de proximité par des pairs expérimentés » (circulaire du 16 janvier 2006 DHOS). L'établissement dans lequel nous intervenons a eu des difficultés à faire vivre le tutorat depuis 2007 et notre intervention a pour but de contribuer à le rendre opérationnel par les actions que nous décrivons plus loin.

Nous retiendrons de cette première partie que la formation initiale actuelle des IDE ne leur permet pas de « s'adapter à la spécificité de la prise en charge des patients psychiatriques » et que la responsabilité de la professionnalisation repose désormais sur chaque établissement et sa capacité à proposer des environnements professionnalisants, dans un contexte de réductions d'effectifs croissant.

## **2. Moments clés de l'accompagnement en cours**

En avril 2013, les problématiques ont été ainsi posées par le DRH en poste. Il existait, dans l'établissement : un risque de perte de savoir-faire avec les départs en retraite des anciens ISP, un manque de formation des nouveaux IDE, un manque de tuteurs et de tuteurs formés au partage de leurs savoirs, une difficulté à recruter et à fidéliser les infirmiers. Nous remarquerons qu'au-delà d'un « problème de formation » des IDE se posent des risques de disparition de savoirs et de savoir-faire constitués en partie des « savoirs de l'ombre » dont parlent J.P Lanquetin et S. Tchukriel (Lanquetin J-P. et Tchukriel S., 2012). Transparaissent également les difficultés des établissements à recruter et garder les IDE dans l'univers encore stigmatisé de la psychiatrie.

Ainsi, notre proposition comprenait les trois axes d'action suivants: le recueil des savoirs et savoir-faire clés auprès d'infirmiers expérimentés, anciens ISP et IDE, tuteurs potentiels, l'accompagnement des tuteurs à la transmission, le renforcement des parcours d'intégration.

### Choix du groupe pilote

Un groupe pilote a été constitué en collaboration avec la Directrice des soins alors en poste. Il se compose de trois cadres de pôles sur trois secteurs et de huit infirmiers, anciens ISP et IDE, provenant de ces mêmes secteurs et plus précisément d'unités d'hospitalisation et de l'extra-hospitalier. Ce groupe se voulait d'une part représentatif des services de soins offerts par l'établissement, d'autre part, il s'agissait de répondre à des problématiques importantes: l'un des pôles, par exemple, récemment ouvert, était composé en grande partie d'IDE jeunes diplômés et la promotion du tutorat y était par conséquent urgente.

### Recueil des pratiques d'intégration et de professionnalisation existantes

Dans un premier temps, nous avons recueilli et analysé les pratiques d'intégration et de transmission existantes, formelles et informelles, auprès de la Directrice des soins, des cadres et des IDE des services sollicités. A cette occasion, treize personnes au total ont répondu à nos questions. Ces rencontres ont été complétées par des entretiens avec des IDE récemment recrutés et la diffusion d'un questionnaire auprès d'une centaine d'entre eux.

Tout d'abord, ces entretiens, collectifs et individuels ont fait apparaître l'existence d'un décalage entre le dispositif souhaité et les actions mises en œuvre, en tout cas dans les unités « explorées ». Alors qu'il était prévu un programme d'intégration de 12 à 18 mois, comprenant un tutorat de proximité, un séminaire d'accueil de trois jours, un guide d'intégration, une formation à la consolidation des savoirs de 15 jours dans les 18 mois suivant l'arrivée, dans les faits, il en allait légèrement autrement. L'intégration avait bien lieu au niveau institutionnel, cependant l'accueil dans les services n'était pas toujours réalisé, le tutorat était aléatoire, le livret d'intégration, était peu connu et donc, peu utilisé.

Ensuite, ces échanges ont fait émerger deux visions différentes du tutorat. Pour les uns, le tuteur et le tuteuré devraient travailler ensemble ou tout au moins dans le même service, le tuteur étant considéré comme celui qui va faciliter l'intégration dans l'équipe et accompagner la professionnalisation en répondant aux questions concrètes, en apportant un regard et les « corrections » nécessaires. Pour les autres, une distance devrait exister entre le tuteur et le tuteuré, matérialisée par l'appartenance à des services différents. Dans ce cas de figure, le tuteur et le tuteuré « s'extraient » régulièrement de leurs services respectifs, se retrouvent dans un lieu neutre où le tuteur recueille les retours d'expériences du nouveau et l'aide à réfléchir sur ses pratiques et celles de ses collègues.

### Recueil des situations de soins clés et des savoirs et savoir-faire mobilisés

L'objectif de cette démarche était d'appréhender le travail réel de l'IDE en psychiatrie, d'identifier, en partie, les savoirs mobilisés, de les formaliser par l'écriture afin d'en faciliter la transmission auprès des IDE. En effet, à l'heure actuelle, il n'existe aucun référentiel de compétences ou d'activités, officiel, en lien direct avec le travail réalisé sur le terrain, si ce n'est la recherche réalisée par Lanquetin et Tchukriel (Lanquetin J-P. et Tchukriel S., 2012), qui recense les fonctions de l'IDE en psychiatrie.

Ainsi, parallèlement au recueil de l'existant en termes d'intégration et de professionnalisation, nous avons rencontré les infirmiers, anciens ISP et IDE expérimentés, afin de recueillir d'une part, les situations de soins clés selon eux de par leur récurrence et leur complexité (liée aux types de savoirs mobilisés etc.) et d'identifier d'autre part, les savoirs clés mobilisés dans ces situations de soins. Quatorze entretiens d'une heure à deux heures, individuels et collectifs, ont été réalisés.

La méthodologie retenue s'est inspirée en partie de l'entretien d'explicitation de Vermersch en essayant de favoriser, par notre questionnement, l'expression du vécu de l'action. Ainsi les questions du type : « qu'avez-vous fait, comment vous y êtes-vous pris, avec qui ? » ont été privilégiées. A la recherche des savoirs mobilisés dans l'action, elle s'est appuyée également sur la typologie des ressources de Guy Le Boterf (Le Boterf, 2011): connaissances générales, connaissances liées à l'environnement, connaissances procédurales, savoir-faire opérationnels, savoir-faire expérimentiels, savoir-faire cognitifs, aptitudes, nous avons à l'occasion posé des questions du type : « quelles sont les procédures à suivre, quelles sont les connaissances disciplinaires fondamentales pour la réalisation de cette activité ? » Ces entretiens ont débouché sur la réalisation d'une cartographie des situations de soins et des savoirs clés en psychiatrie en cours de finalisation.

### Réalisation d'un guide pour l'intégration et la professionnalisation des IDE en psychiatrie

Nous finalisons actuellement un guide pour l'intégration et la professionnalisation s'adressant à tous les professionnels de santé de l'établissement. Il a pour objectif de les guider dans l'accompagnement de l'intégration et de la professionnalisation des infirmiers en psychiatrie, qu'ils soient jeunes diplômés, nouveaux dans l'établissement ou en mobilité au sein de l'établissement. Y sont définis : les concepts d'intégration et de professionnalisation, les enjeux, les principaux acteurs aux différents niveaux (DRH, Direction des soins, Cadre de Pôle, Cadre de proximité, tuteur, collègues, le nouvel IDE) et leurs missions ainsi que les différentes phases des parcours d'intégration et de professionnalisation.

### Formation à la transmission des savoirs et au pilotage de parcours de professionnalisation

Aujourd'hui, deux formations ont été co-construites par l'ancienne Directrice des soins et nous-mêmes et soumises à l'évaluation du groupe de cadres, issus des services pilotes. La première s'intitule « Accompagner la professionnalisation d'un(e) IDE en psychiatrie » et s'adresse à des IDE ayant au moins deux ans d'expérience en psychiatrie. Elle a été créée en partant des constats que les IDE apprennent en grande partie avec leurs collègues, au quotidien et que les tuteurs, même de proximité, ne peuvent porter seuls la responsabilité du processus d'intégration et de professionnalisation. Elle a pour principaux objectifs d'amener les IDE à avoir une activité réflexive sur leurs savoirs et à comprendre comment faciliter les apprentissages en situations de soins. Nous noterons que cette formation est en adéquation avec une des missions de toute IDE qui est « Informer, former des professionnels et des personnes en formation ». La deuxième s'adresse clairement à des IDE souhaitant « Devenir tuteur d'un(e) IDE en psychiatrie » (intitulé de cette deuxième formation). Les objectifs de cette formation sont : situer la fonction tutorale dans le parcours d'intégration et de professionnalisation, co-construire le parcours d'intégration et de professionnalisation et co-piloter le parcours.

## **3. Mise en perspective**

### L'agir coopératif et l'accompagnement: essai de définition

Nous avons emprunté les définitions suivantes au Larousse. Agir : exercer une action, une influence sur quelqu'un, quelque chose. Coopérer : prendre part, concourir à une œuvre commune ; contribuer, participer.

Ainsi l'agir coopératif met l'accent sur la symétrie des rôles, le faire ensemble de « co-opérants » au service d'une action commune, alors que l'accompagnement défini par M. Beauvais (Beauvais, 2004) « comme une démarche visant à aider une personne à cheminer, à se construire, à atteindre ses buts » (Beauvais, 2004) met en évidence une dissymétrie de rôles, incarnés par un accompagnant et un accompagné.

### L'accompagnement de l'établissement psychiatrique par le praticien-chercheur : un agir coopératif

Partant de cette définition succincte, nous allons montrer en quoi le dispositif proposé relève de l'agir coopératif.

#### La définition d'un objectif commun et des phases de l'agir

L'objectif de notre intervention a été d'entrée de jeu posé par la Direction des soins et la DRH, pour rappel « Accompagner la professionnalisation des IDE nouveaux en psychiatrie » et pour l'atteindre, nous sommes tombés d'accord sur une démarche en cinq phases reprenant les éléments clés de l'intervention présentés plus haut.

#### Des postures de « co-opérants »

Il nous semble que ces postures ont été adoptées de manière implicite et spontanée. En tant que praticien-chercheur, extérieur à l'établissement et sans connaissances liées à la psychiatrie, il nous semblait évident que l'établissement d'un rapport expert/non-expert (peut-être celui auquel on

s'attendrait ?) n'était pas pertinent. Par ailleurs, nous savons par expérience qu'un positionnement d'égal à égal facilite les échanges de qualité, lesquels contribuent de façon non négligeables à la réussite d'un projet.

#### Une relation fondée sur la mise en commun de connaissances et de savoirs

Chaque partie reconnaît chez l'autre l'existence de savoirs pertinents et complémentaires pour l'agir. Ainsi, nous apportons des méthodologies et des outils de recueil des données (questionnaires, guides d'entretien, des méthodologies d'entretien – l'entretien d'explicitation-, une « grille » d'interprétation des données – la typologie des savoirs de Guy Le Boterf etc.), un langage.

Les membres du groupe pilote apportent leur connaissance de l'établissement, de la psychiatrie, des personnels, des problématiques existantes comme dans l'exemple suivant. Nous cherchions à interviewer des personnes expérimentées, volontaires si possible intéressées par la fonction de tuteur mais le choix des unités revenait à la Directrice des soins qui connaissait les besoins de certaines unités en tuteurs par exemple. Le praticien-chercheur partage également avec le groupe pilote les données recueillies sur le terrain (les situations de soins identifiées comme clés par exemple). Il apporte des propositions nouvelles, inspirées par ses échanges avec les personnels (ex : puisque les collègues sont les premières personnes ressources dans l'apprentissage, pourquoi ne pas conscientiser davantage les collègues à la transmission des savoirs ?). Il met en lumière des constats non formulés, pas forcément partagés par les personnes de l'établissement, comme par exemple, les visions divergentes du tutorat.

#### L'adaptation réciproque

Nous avons adapté nos méthodes, outils, notre vocabulaire aux besoins et contraintes de l'établissement. Nous avons dû rendre nos entretiens par exemple plus directifs afin d'obtenir des informations dans des délais limités : les entretiens menés duraient entre une et deux heures alors qu'habituellement, pour atteindre des objectifs similaires nous menons des entretiens de trois heures. Nous avons revu la terminologie habituellement utilisée et transformé les « situations de travail » en « situations de soins » par exemple. De son côté, le groupe pilote s'est familiarisé avec la typologie des savoirs de Guy Le Boterf, entre autres.

En conclusion, la définition d'un objectif commun, des postures de « co-opérants », la reconnaissance réciproque des savoirs pertinents et complémentaires pour l'agir et leur mise en commun, l'adaptation réciproque ont été, et sont encore, selon nous, des conditions d'un agir coopératif. Nous faisons également le constat que des moments d'évaluation de notre action, une formalisation du qui fait quoi, du comment travailler ensemble ainsi qu'une plus grande stabilité de l'équipe pilote nous permettraient très probablement une coopération plus efficace. Enfin, il est important de souligner que cet agir coopératif est indispensable pour la création d'un dispositif opérationnel.

#### *L'accompagnement des IDE en psychiatrie dans la professionnalisation : un accompagnement collectif*

Nous allons maintenant proposer une brève analyse du dispositif en cours de réalisation.

#### Un accompagnement à visée de professionnalisation

La professionnalisation est entendue ici comme « un processus d'acquisition de savoirs et de compétences professionnelles en situation réelle et de construction d'une identité. Cela correspond à une dynamique de socialisation professionnelle » (Wittorski, 2008 :9).

#### Une relation éducative pour l'acquisition de savoirs et la socialisation professionnelle

Dans le cas de la professionnalisation des IDE, nous sommes dans un accompagnement à visée éducative. Une personne possédant des connaissances et de savoir-faire reconnus pertinents par les pairs pour l'agir professionnel (liées à la psychiatrie, aux patients, à l'établissement, à la gestion des situations de soins clés etc.) « transmet des savoirs » à une personne manquant des savoirs pertinents pour agir dans les situations professionnelles rencontrées. Cette relation comprend un aspect éducatif du fait également des évaluations régulières par des membres du « collectif accompagnateur de proximité » (composé du tuteur et des pairs notamment comme nous le verrons plus loin) des progrès réalisés dans la gestion des situations de soins rencontrées. Dans le dispositif d'intégration et de

professionnalisation en cours de mise en place, le tuteur, les collègues facilitent par ailleurs la socialisation des nouveaux dès leur arrivée, socialisation qui leur permet d'« ...apprécier les valeurs, les capacités, les attentes comportementales, et le savoir social essentiels pour assumer un rôle organisationnel et pour participer comme un membre de l'organisation (Louis, 1980). L'autonomie professionnelle, « couronnement » de l'accompagnement, marquerait l'entrée, de l'accompagné, dans un agir coopératif.

#### La co-construction d'un parcours

Comme dans tout accompagnement, l'accompagné est impliqué dans la construction de son parcours. Bien que contraint par des attentes de l'établissement concernant ce que doit savoir-faire un IDE en psychiatrie, ce dernier est entendu sur ce qu'il sait ou ne sait pas faire, sur les opportunités de professionnalisation lui étant les plus adaptées etc.

#### Un accompagnement par une équipe

Comme nous l'avons exposé précédemment, l'accompagnement dans l'intégration et la professionnalisation doit se faire à plusieurs niveaux. Il s'agit d'un accompagnement par une équipe.

#### L'accompagnement au niveau des directions et du pôle

Dans le dispositif élaboré, la DRH, la Direction des soins et les cadres de pôle ont pour missions principales d'organiser l'intégration et la professionnalisation au niveau institutionnel et de donner les moyens aux acteurs de proximité d'accompagner le nouvel IDE. Parmi les activités figurant sur le livret d'intégration en cours d'élaboration, figurent : remettre les livrets d'intégration aux cadres, organiser et mettre en œuvre le séminaire d'intégration, gérer la formation de consolidation des savoirs.

#### L'accompagnement par les professionnels de proximité

Nous incluons dans l'accompagnement de proximité l'action des cadres de proximité, des tuteurs et des collègues du service. Le tuteur est au cœur du dispositif. Nous l'avons vu précédemment, la circulaire de la DHOS invite les établissements à mettre en place le tutorat. On remarquera également que la seule personne possédant une fonction d'accompagnement est le tuteur. Les autres accompagnateurs ne sont pas désignés, simplement. Le tuteur semble donc être l'acteur clé de l'intégration et de la professionnalisation.

Dans notre établissement, il est envisagé pour l'heure que le tuteur accompagne l'intégration dans le service et qu'il co-construise et co-pilote, avec le cadre de proximité les parcours d'intégration et de professionnalisation. En effet, face à la difficulté pour ces derniers de se rendre disponible au quotidien et face au constat que les collègues sont les principales personnes ressources pour l'apprentissage, tout au moins dans les débuts, ces derniers sont apparus comme des personnes clés dans le parcours du nouvel infirmier. Comment optimiser cet accompagnement informel mais fondamental ? Pour le moment, une première reconnaissance de ce rôle des pairs par l'institution se concrétise par la proposition d'une formation (décrite plus haut) visant le développement de compétences pédagogiques, à des infirmiers ayant au moins deux ans d'expérience et volontaires.

En conclusion, la définition d'un objectif commun, des postures de « co-opérants », la reconnaissance réciproque des savoirs pertinents et complémentaires pour l'agir et leur mise en commun, l'adaptation réciproque favorisent l'agir coopératif, agir coopératif qui permet de maximiser l'efficacité opérationnelle de la collaboration engagée entre un intervenant extérieur (le praticien-chercheur ici) et une structure. Cet agir coopératif est à distinguer de l'accompagnement collectif qui caractérise la relation établie entre les acteurs de l'établissement hospitalier et les infirmiers nouveaux en psychiatrie, du fait de la relation éducative qui la régit.

Ensuite, le dispositif d'accompagnement collectif proposé a contribué à faire émerger et formaliser une réalité « souterraine », l'accompagnement par les pairs, qui a abouti à la proposition de formations à la pédagogie de ces derniers. Cette approche pragmatique permet de pallier le manque de temps des tuteurs, de valoriser l'accompagnement par les pairs et de les professionnaliser. Ainsi, n'est-il pas réducteur désormais, de parler presque exclusivement de tutorat ? Et surtout, la cristallisation de la fonction pédagogique dans la personne du tuteur, qui conduit les établissements à les former en priorité, n'a-t-elle pas pour conséquence de tenir éloignées, du développement de compétences

pédagogiques, les personnes les plus impliquées dans la professionnalisation des infirmiers nouveaux en psychiatrie ?

Enfin, une évolution vers un agir coopératif, dans le cadre d'un « partenariat de professionnalisation » où la transformation des différents intervenants (accompagnateurs et accompagnés) serait visée et les savoirs de chacun reconnus comme complémentaires, tout comme dans le « partenariat de soin » (Flora, 2014 :26) est-elle possible, est-elle souhaitable ?

## Références bibliographiques

Beauvais, M. (2004). Des principes éthiques pour une philosophie de l'accompagnement. *Savoirs*, 6, (3), 99-113.

Couty, E. Cecchi-Tenerini, R. Broudic P. Noire D. (2009). *Rapport Mission Organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*. Paris : Ministère de la santé de la jeunesse des sports et de la vie associative. Récupéré le 10 décembre 2015 sur <http://www.cnle.gouv.fr>.

Flora, L. (2014). Le patient formateur, un nouveau métier pour accompagner un nouveau paradigme au sein du système de santé (pp.21-41). Dans Jouet, Las Vergnas, Noel Hureauux (dir), *Nouvelles coopérations réflexives en santé : De l'expérience des malades et des professionnels aux partenariats de soins, de formation et de recherche*, Paris, Editions des Archives Contemporaines.

Lanquetin, J-P. et Tchukriel, S. (2012). Rapport de de recherche : l'impact de l'informel dans le travail de l'infirmier en psychiatrie, GRSI, Recherche en soins infirmiers réalisée dans le cadre du Conseil Scientifique de la Recherche du Centre Hospitalier Le Vinatier. Récupéré le 10 décembre 2015 sur <https://www.sidiief.org>.

Le Boterf, G. (2011). *Ingénierie et évaluation des compétences*, Paris, Editions d'Organisation.

Robiliard, D. (2014). *Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la Commission des Affaires Sociales en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie* (n°1662), Paris : Assemblée nationale. Récupéré le 10 décembre 2015 sur <http://www.assemblee-nationale.fr>

Wittorski, R. (2008). La professionnalisation. *Savoirs*, 17,(2), 9-36.