

Le tutorat d'intégration en psychiatrie : vers une épistémologie des soins infirmiers en psychiatrie

Jean-Paul Lanquetin

Infirmier de secteur psychiatrique, praticien chercheur en soins infirmiers, responsable du GRSI. Contact : lanquetin.jp@free.fr

La professionnalisation de l'infirmier¹ constitue une préoccupation fréquemment abordée dans le tutorat en psychiatrie.²

Lorsque nous nous intéressons à la formation des infirmiers en psychiatrie sur le long terme, deux mouvements majeurs sont notables :

- **Le premier** concerne la diminution massive des enseignements spécifiques à notre discipline dans la formation initiale des infirmiers. Un reliquat d'une petite centaine d'heures, voilà ce qu'il reste aujourd'hui de l'enseignement théorique et clinique. Un paradoxe qui confine à l'aporie au regard du contexte en termes de prévalence des besoins sur le plan épidémiologique en psychiatrie et en santé mentale sur le territoire.

Le changement de paradigme opéré en 1992 a ainsi fait passer une formation spécifique dans ses apports liés à la psychiatrie à une formation généraliste consacrant le modèle de l'infirmier « polyvalent »³. Cette évolution consacre le passage d'une formation organisée pour répondre à des besoins disciplinaires à une formation où « l'employabilité » devient la priorité.

Il en a résulté une délégation de la responsabilité de la formation, dans sa charge organisationnelle et financière, aux établissements de santé mentale. Cette situation nous ramène au contexte de 1955, quand la formation des professionnels reposait sur la volonté de quelques acteurs locaux. En 2006, le tutorat s'inscrit dans un sursaut des pouvoirs publics en 2006 lié au plan santé mentale 2005-2009 (PPSM)⁴.

¹ Lire partout infirmières et infirmiers.

² Circulaire DHOS/P2/O2DGS/6C n° 2006-21 du 16 janvier 2006 relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie.

³ Arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier

⁴ Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005/2009, Voir : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf, 96 pages, pages 46-49.

- **Le deuxième mouvement** concerne la nature des savoirs attendus pour l'exercice professionnel des infirmiers en psychiatrie. Cette dimension épistémologique nous conduit à deux constats.

– **Le premier constat** est celui de l'introduction de nouveaux savoirs. D'une part ceux en lien avec l'évolution de la formation et son caractère polyvalent (1992⁵ et 2009⁶). On parle ici des savoirs nécessaires à la prise en charge somatique. D'autre part, ceux liés à la naissance de savoirs et connaissances spécialisés relatifs aux évolutions des sciences et techniques (réhabilitation, place des neurosciences, l'éducation thérapeutique du patient (ETP), l'interface avec le médico-social.).

– **Le second constat** est celui de la reconnaissance des savoirs spécifiques et transférables issus de l'activité professionnelle quotidienne des soignants, un creuset où s'élabore des relations soignants/soignés, une qualité de présence et des savoirs faire avec « la folie ». Ces savoirs expérientiels restent cependant peu formalisés mais sont pourtant des éléments clés d'une professionnalisation des jeunes professionnels.

Notre propos ici est de replacer le tutorat des infirmiers nouvellement arrivés en psychiatrie dans un contexte plus large, un contexte élargi avec des éléments de mise en perspective historique, laquelle peut éclairer nos questionnements actuels. Il est toujours important de savoir d'où l'on vient quand on veut savoir où l'on va.

La modernité consiste à savoir apprendre d'autrefois pour éclairer le présent.

Un contexte historique

Jean-Baptiste Pussin, entré à Bicêtre comme malade en juin 1771, devenu gardien puis nommé gouverneur des aliénés en 1785, fait figure d'aïeul et de point de référence historique pour la profession d'infirmier en psychiatrie.

Notons aussi qu'il peut tenir cette même position pour les patients experts ou pair-aidants⁷.

Nous sommes en septembre 1793, le psychiatre Philippe Pinel vient de prendre ses fonctions à l'hospice de Bicêtre, où il restera jusqu'en janvier 1795. Jean-Baptiste Pussin lui a remis son « *État des fous de Bicêtre* », tentative de classement et de tri sémiologique des malades, produit de ses observations et de ses constats mais aussi de ses découvertes. On connaît l'influence que le gardien a eue sur le médecin quant à l'enlèvement des chaînes retenant les aliénés.

⁵ Décret no 92-264 du 23 mars 1992 modifiant le décret no 81-306 du 2 avril 1981 modifié relatif aux études conduisant au **diplôme** d'Etat d'**infirmier** et d'**infirmière**

⁶ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état infirmier : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020961044>

⁷ A lire : Mettre en œuvre la pair-aidance, Santé mentale, n° 248, mai 2020.

Au point qu'en 1809, dans la deuxième édition de son premier *Traité médico-philosophique*, qui établit des bases d'un soin relationnel, Philippe Pinel identifie Jean-Baptiste Pussin comme « celui qui a eu l'initiative de la libération des aliénés, interdisant absolument de le mêler lui, à l'effectuation de la chose »⁸

On connaît aussi ce dialogue inaugural et emblématique entre les deux hommes :

« *Et quand ils deviennent méchants, que faites-vous ?*, demande le médecin.

– *Je les déchaîne*, lui répond Jean-Baptiste Pussin.

– *Et alors ?*, poursuit le médecin.

– *Ils se sont calmés* »,⁹ répond le pragmatique aïeul des infirmiers.

Nous retrouvons ce même dialogue présenté par André Roumieux en 1981. Ce dernier cite : « *Puis ce fut le très fameux tête-à-tête avec l'aliéniste Pinel lorsque celui-ci prit ses fonctions à Bicêtre* »

– Pinel : « *Que faites-vous quand ils sont trop furieux ?* »

– Pussin : (nommé ainsi dans la source bibliographique NDA) « *Quand ils sont trop furieux, je les détache* ». ¹⁰

Si Jean-Baptiste Pussin incarne une figure de père des infirmiers psychiatriques, son épouse Marguerite peut tenir la même place pour les infirmières. Elle associait les mêmes techniques et savoirs que son mari, comme le relève avec ses mots Philippe Pinel : « *Une circonstance un peu plus orageuse me fit connaître, dans toute son étendue, cette heureuse fécondité de moyens qu'elle avait pour maîtriser les insensés. Un jeune homme aliéné depuis plusieurs mois et libre à l'intérieur de l'hospice est tout à coup saisi d'un accès. Il réussit à se glisser dans la cuisine, s'empare d'un couperet propre à hacher les herbes et ne fait qu'entrer dans une plus grande fureur par les efforts du cuisinier et des gens de service pour le désarmer. Il saute sur la table pour se mettre en défense et menace de couper la tête du premier qui osera s'avancer. Marguerite, sans s'effrayer, prend une tournure adroite ; elle réproouve hautement l'attaque dirigée contre l'aliéné. "Pourquoi empêcher cet homme fort et robuste de travailler avec moi ?" Elle lui parle en douceur, l'engage à s'approcher d'elle avec l'instrument qu'il a saisi, elle lui montre la manière dont il doit s'en servir pour hacher les herbes. Elle feint de se féliciter d'avoir un aide pareil. L'aliéné, trompé par cette innocente ruse, ne s'occupe que de son travail et à un signal donné, il est investi par les gens du service.* »¹¹

⁸ Didier, Marie, « *Dans la nuit de Bicêtre* », Éditions Gallimard, collection Folio, 2006, 200 pages

⁹ J.Reinach, Proposition de loi sur le régime des aliénés. Doc. N°1059. Chambre des députés. 5ème législature (1890), cité par Jean-Louis Gérard (1993, page 12).

¹⁰ André Roumieux, « *La tisane et la camisole* », 1981, Paris, Editions Jean-Claude Lattès, 306 pages, page 86, citant le livre d'Henry Zillox, ancien Infirmier de secteur psychiatrique devenu psychiatre, « *On les appelait gardien de fous, la profession d'infirmier psychiatrique* », Edition Privat, 1976.

¹¹ *Ibid* pp 157-158.

Sans doute la reconnaissance d'une composante phallique a-t-elle favorisé pour le patient ce changement de registre, mais le temps est ici à l'immédiateté d'une intelligence « *rapide et courbe* »¹², qui précède le temps rétrospectif de la psychologisation et de la compréhension.

Marguerite Pussin utilise par ailleurs ses précieuses ressources de son répertoire professionnel à d'autres moments. Marie Didier écrit alors : « *Le docteur Pinel reste de longues heures au chevet des insensés. Il lui arrive alors de surprendre parfois Marguerite [...] il la voit, simple et truculente, sous les quolibets d'un insensé refusant de s'alimenter, répéter les insanités en faisant des grimaces, puis se lever, sauter sur place en tenant ses jupes à deux mains et danser [...] jusqu'à ce que peu à peu il finisse par sourire, ce dont prestement elle profite pour lui faire avaler la nourriture qu'il avait refusée jusque-là et [...] tout simplement lui sauver la vie* »¹³. Une situation de savoir-faire mise au service d'un enjeu décisif qui peut toucher ici au pronostic vital.¹⁴

Antériorité des savoirs expérientiels

Dans ces exemples, c'est bien l'expérience de Pussin qui inspira Pinel dans sa démarche de ce qui allait être le geste emblématique et inaugurale de la psychiatrie contemporaine et de sa fondation en discipline médicale.

Comme le notent Patrice Krzyzaniak et Julien de Miribel, en se référant aux écrits de Daumézon, « *La genèse des pratiques de soins en santé mentale repose sur une antériorité des savoirs issus de l'activité de l'infirmier sur le savoir savant des aliénistes* ».

Ce n'est qu'ensuite que les savoirs théoriques et scientifiques installèrent leurs prévalences sur les savoirs pratiques, les savoirs d'actions et les savoirs expérientiels. Des infirmières et historiennes du soin comme Marie France Collière (1996)¹⁵ ont développé ce point.

Plus de deux siècles séparent les gardiens et domestiques qui travaillaient dans les asiles auprès des insensés, des infirmiers diplômés exerçant en psychiatrie aujourd'hui. 225 ans après, force est de constater, à l'instar du couple pionnier des Pussin, que bien des savoirs sont de même nature. Dans un article à paraître, Jean-Manuel Morvillers¹⁶ note : « *Dès les prémisses du soin psychiatrique aux personnes reconnues comme présentant des troubles*

¹² C'est une intelligence rusée, mais aussi foncièrement inventive, créative, facétieuse parfois, insolente souvent. Le concept de ruses de métiers est aussi avancé par Christophe Dejours. Les Grecs disent que c'est une **intelligence courbe**, c'est-à-dire qui ne suit pas les voies bien tracées du raisonnement logique. Et cette **intelligence**, ils la caractérisaient sous le nom de **métis**.

¹³ *Ibid*, page 157.

¹⁴ Cette citation est également utilisée pour illustrer la fonction de décalage dans la relation de soin, voir à ce propos l'article de : Lanquetin, Jean-Paul, « Jeu et décalage dans la relation de soins », *Santé Mentale*, numéro spécial formation, août 2018, pages 26-31.

¹⁵ Collière, Marie-France, « Soigner... Le premier art de la vie », 1996, 2ème édition janvier 2001, Elsevier Masson, 4654 pages.

¹⁶ Article non publié, Morvillers, Jean-Manuel, Halliday, Héloïse, Lanquetin, Jean-paul, Décoret, Bruno, « *L'alliance thérapeutique au cœur du métier d'infirmier. Quelle transférabilité des savoirs relationnels élaborés en psychiatrie.* »

mentaux, la relation de bienveillance a été identifiée comme centrale (Caire, 1993)¹⁷. Il faudra cependant attendre la fin de la Seconde Guerre mondiale pour que cette prise en soin hospitalière soit réaffirmée et développée sur le plan théorique et clinique notamment avec la psychothérapie institutionnelle. Les infirmiers qui se sont inscrits dans ces évolutions du dispositif psychiatrique français, dont nous pouvons rappeler qu'elles ont préexisté aux neuroleptiques, ont ainsi été reconnus dans leurs compétences relationnelles dès les années 1950, tant dans leur « activité thérapeutique spontanée » (Ayme, 1959)¹⁸ que dans leurs capacités d'insight et d'élaboration du travail de soin (Friard et al, 1994)¹⁹».

Mais ce n'est pas cette dimension et cette optique, issues des fondamentaux d'une pratique de soins au quotidien et d'une rencontre avec l'altérité radicale parfois de la psychose, qui, stratégiquement, allait s'imposer.

Des années 1970 à aujourd'hui

À l'aube des années 1970, et dans le contexte de réinterrogation parfois frontale de l'après Mai-68, l'impact du congrès d'Auxerre en 1974 consacra la capacité de rassemblement des infirmiers en psychiatrie. Mais la dimension militante conquérante dominante²⁰, l'élan revendicatif statutaire, noyèrent la possibilité de construire une identité propre fondée sur la reconnaissance de savoirs spécifiques.

Et Jean-Manuel Morvillers de poursuivre : « À l'opposé, dans les pays anglo-saxons, où la recherche infirmière universitaire est développée depuis plus d'un demi-siècle, la question du relationnel n'a cessé d'évoluer au travers du concept de la relation interpersonnelle, tout d'abord définie comme la pierre angulaire (corner stone) du métier d'infirmier psychiatrique (Peplau Hildegarde, 1952)²¹ puis peu à peu éclairé par le concept d'Alliance Thérapeutique (AT) ».

En 1969, avec la création du diplômé d'ISP, le relationnel devenait chaque fois davantage une partie centrale de la fonction des infirmiers. Mais il semble que cette dimension ait peu évolué en France à partir des années 1980 dans sa conceptualisation, puis que cette relation interpersonnelle soit restée figée comme une évidence qui ne s'explique pas, « un savoir agis qui ne figurent dans aucun cahier des charges » pour reprendre l'expression de

¹⁷ Caire, Michel, « Pussin avant Pinel », *L'Information psychiatrique*, N° 6, volume 69, 1993, pages 529-538.

¹⁸ Ayme, Jean, « La participation des Infirmiers à la psychothérapie », *L'Information psychiatrique*, n°8, volume 35, octobre 1959, pages 475-486.

¹⁹ Friard, Dominique, et Al, « *Psychose, psychotiques, psychotropes : Quel rôle infirmier ?* », novembre 1994, 221 pages.

²⁰ André Roumieux, *Ibid*, page 224.

²¹ Peplau, Hildegarde, *Interpersonal relations in Nursing: A concept frame of reference for psychodynamic Nursing*, Springer Publishing Company, 1991, 360 pages.

Stéphane Lambert²², infirmier de secteur psychiatrique, lequel a été ensuite directeur d'un Institut de formation en soins infirmiers (Ifsi).

Plus près de nous, la réforme du diplôme de 1992 signa la mise en déshérence du diplôme d'Infirmier de Secteur psychiatrique.

De nouveau, les mobilisations des infirmiers psychiatriques, pendant 6 ans sur 23 mobilisations nationales, il faut le rappeler, revendiquèrent un titre d'égalité de diplôme.

Une revendication non sans paradoxes ni contradictions, faute de pouvoir asseoir sa spécificité dans un cadre qui s'éloignait progressivement de ses fondamentaux, lesquels étaient eux-mêmes issus eux-mêmes de ses pratiques de soins au quotidien. Un manque de savoir-faire de ces nouveaux professionnels dans les services de psychiatrie fut constaté et relaté notamment par Évelyne Messian et Annick Perrin-Niquet dès 1999.²³

Plus près de nous, il a fallu que survienne le drame de Pau le 18 décembre 2004 et la sauvagerie du meurtre d'une infirmière psychiatrique et d'une aide-soignante pour que revienne la question de la formation des infirmiers psychiatriques. Ce drame connaîtra un retentissement national sans précédent projetant comme par effraction sur la scène sociétale à la fois une réalité de fait psychopathologique dans son rictus pétri par l'effroi mais aussi l'état de la psychiatrie publique. La question de ces soins invisibles, qui contribuent à la restauration de la dignité, furent évoqués à plusieurs reprises par le ministre de l'époque.²⁴

Dans le *Plan Psychiatrie Santé Mentale 2005-2009* (PPSM) qui suivit, revenant comme un angle mort du métier, l'État admis que les infirmiers IDE devaient bénéficier d'un « tutorat » de la part de leurs aînés, à savoir les infirmiers de secteur psychiatrique et de formations complémentaires regroupés sous l'euphémisme « consolidation des savoirs ». Pour ma part, je parle de « consolation » des savoirs pour qualifier ce sursaut sans lendemain, avec le constat amer que les crédits afférents à ses actions ne furent pas reconduits dans les PPSM suivants.

Sans lendemain, sauf en région Rhône-Alpes-Auvergne au niveau de l'implication de nos tutelles. Sans lendemain au niveau de l'engagement des pouvoirs publics, mais pas pour nombre d'établissements qui essayent de maintenir un souci du métier, portant alors de

²² Lambert, Stéphane, ouvrage collectif coordonné par Orofiamma, Roselyne, « *Etre là, Etre avec, Les savoirs infirmiers en psychiatrie* », Edition Education Permanente, octobre 2006, 206 pages, page 17.

²³ Messian, Evelyne, Perrin-Niquet, Annick, "Nouveaux diplômés, formation insuffisante en psychiatrie », *Santé Mentale*, numéro 34, 1999, page 12-13.

²⁴- **le 20 décembre 2004** à Paris dans les suites du drame de Pau, soit le surlendemain, « *Il faut donner plus de reconnaissance à ces hommes et à ces femmes qui traitent les plus fragiles d'entre nous, car ce sont des gestes invisibles, compassionnels, d'affection* » Philippe Douste-Blazy Ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille, *Dépêche APM*, Paris, 20 décembre 2004 et le **6 avril 2005** à Paris en introduction de la journée : « Le souci de la sécurité en psychiatrie » : « *Ce sont ces gestes invisibles qui permettent de redonner au patient toute leur dignité et leur place, non seulement comme malade à part entière, mais aussi comme citoyen* ».

nouveau la charge organisationnelle et financière de ces formations et de ces accompagnements à notre métier et notre discipline.

Sans lendemain par contre, la proposition transversale aux métiers d'une formation Mastère recherche en psychiatrie. Sans lendemain encore, la proposition d'une procédure d'accréditation des IFSI en qualité d'outil de la démarche d'amélioration de la qualité pédagogique en regard de l'enseignement dispensé en formation initiale, notamment en psychiatrie. Sans lendemain enfin, le lancement d'une réflexion sur la réorganisation des stages de fin de formation initiale afin de favoriser une pondération plus importante des stages en psychiatrie au cours de la troisième année.

Dans notre métier, la production de lien, social et thérapeutique, nécessite du temps passé avec le patient à expérimenter des modalités relationnelles, puisque cette construction porte en elle des possibilités même de compréhensions, de solutions ou d'accompagnements.

Les fondamentaux du soin infirmier en psychiatrie

Pourtant, dans notre discipline et notre métier, la production de lien (social et thérapeutique) nécessite du temps passé avec le patient à expérimenter des modalités relationnelles, **puisque cette construction porte en elle des possibilités même de compréhensions, de solutions ou d'accompagnements.** « *La qualité principale de l'infirmier est la capacité de rentrer en relation avec les patients de manière rassurante* ». ²⁵ Cette définition est issue d'une recherche menée par la Mire en 1987. Elle pourrait à elle seule assez bien résumer ce point « cœur de métier » de l'exercice infirmier et soignant.

Dans sa thèse sur Daumézon (2015), Patrice Krzyzaniak cite dans son verbatim un infirmier psychiatrique diplômé en 1963. Celui-ci témoigne : « *Moi, ce que je faisais comme reproche aux stagiaires quand je les avais dans le service, c'est que quand j'arrivais je les voyais souvent dans le bureau en train de compulser les dossiers, et tout ça, c'est bien, mais ce n'est pas le travail.* »

« *Je leur disais, vous fermez ça et vous allez dans la salle et puis vous allez les voir. Déjà dire Bonjour aux gens, cela me semble important. Moi, je le faisais tous les jours, j'allais dire bonjour à tout le monde, dans tous les services.*

²⁵ Alain Pidolle, Viviane Kremer, Pascale Gauthier, « *Nouvelles technologies et spécificités du travail intra et extra hospitalier des infirmiers de secteur psychiatrique* », Recherche menée par la MIRE (Mission interministérielle recherche expérimentation), l'A.R.P (Association recherche en psychiatrie), Centre Hospitalier Spécialisé-Lorquin, Ouvrage, Convention de Recherche n°278/87, Fra 1993, 274 pages, page 100.

Suite à la diffusion de notre recherche « *L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie* »²⁶, sur le rôle propre infirmier, nous recevons régulièrement des sollicitations d'interventions.

Ainsi, cette demande d'intervention d'un collègue cadre supérieur d'un hôpital parisien, alors que lui-même demande aux infirmiers d'être avec les patients : « *Certains patients sont désorganisés sur le plan psychique, d'autres peuvent rencontrer des difficultés à accepter le cadre de soin... Les soignants sont porteurs des règles institutionnelles et doivent dans certaines situations faire autorité, contenir... dans les règles de "l'art" (bienveillance...) la grande difficulté est de mettre des mots sur cet "art soignant" et de se l'approprier.*

Certains soignants ont des difficultés à donner du sens à leur présence auprès des patients (ou ne l'envisagent pas comme un temps thérapeutique) et de fait ne se sentent pas valorisés par cette activité de soin. Certains pensent même avoir perdu leur identité de soignants et ont le sentiment de surveiller les patients ».

Patrice Krzyzaniak cite Daumézon dans sa thèse, en particulier dans son dernier article avant sa mort, en 1978. Ce dernier précise alors son point de départ et sa motivation à développer la formation des infirmiers : « *L'idée maîtresse est, disait-il, que dans le savoir et savoir-faire infirmiers, sont contenus des potentiels d'enrichissement de tout, de la relation soignant /soigné* ». Certains auteurs infirmiers portent cette exigence (Friard, 2006)²⁷, (Touzet, 2009)²⁸, Raymond Panchaud quand ce dernier souligne que : « *[...] c'est dans cet espace que cette profession a construit son identité et ses savoirs propres* »²⁹.

Mais ces savoirs sont par nature, peu conscientisés, peu formalisés, fréquemment dévalorisés aussi bien en regard du social que du professionnel.

C'est le défi de la recherche en soins que de contribuer à leurs caractérisations. Identifier, nommer, réfléchir l'action pour dépasser ce déficit de symbolisation langagière et organiser des transférabilités. Cette contribution est amorcée par la recherche en soins en psychiatrie

²⁶ Recherche en soins, Lanquetin, Jean-Paul, Tchukriel, Sophie, « *L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie* », février 2012, 430 pages, non publié, disponible auprès des auteurs : grsi@ch-st-cyr69.fr, www.sidiief.org/informel ou <https://www.rrspsy.fr/rsi/index.php/travauxpublications/205-informeljplchtchukriel>. Validée par le Conseil Scientifique de la Recherche (CSR) du CH Vinatier (69) en 2012, cette étude est une recherche qualitative descriptive et compréhensive appliquée au domaine des soins infirmiers. L'informel est défini dans l'écart conséquent en psychiatrie en activité réelle dans le cadre du rôle propre et activité prescrite, puis entre soins programmé et activités non programmées. Elle vise à identifier, qualifier et caractériser les fonctions de l'informel dans le quotidien des soins infirmiers, objectiver les savoirs faire mobiliser et affirmer la nécessité d'asseoir ces savoirs et ces pratiques sur des données valides.

²⁷ Friard, Dominique, « Le quotidien, cela se construit... » *Soins psychiatrie*, n° 243, mars/avril 2006, pp 24-27.

²⁸ Touzet, Patrick, « La clinique du quotidien, du vécu à une tentative de théorisation », *Soins Psychiatrie*, n° 264, septembre/octobre 2009, pp. 18-21.

²⁹ Panchaud, Raymond, Miazza, Michel, « *Environnement thérapeutique infirmier : travail du milieu en psychiatrie* », EMC (Elsevier Masson SAS, Paris) savoirs et soins infirmiers, 60-705-N10, 2011, page 2.

« *L'impact l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie* »³⁰. Son objet est de déchiffrer les pratiques et les savoirs avant de les chiffrer.

La particularité du cadre du tutorat en psychiatrie, tel que défini dans la circulaire de 2006, est d'avoir proposé un dispositif d'accompagnement et de transmission des savoirs, justement pour accueillir ce passage de savoirs générationnel ou entre pairs, mais sans identifier à aucun moment les contenus plus précis de ceux-ci. L'approche ne se fait pas par identification d'activités de soins mais par la convocation de situations singulières de soins. Situations toujours singulières et uniques, mais qui font écho à l'expérience du tuteur par analogie, similitudes, transpositions. Un travail de traduction, un présent du tuteur qui s'actualise comme une variable du passé pour le tuteur. La mise en travail d'une grammaire et d'une syntaxe du soin infirmier en psychiatrie.

Mais si on parle de grammaire, on évoque un ensemble des règles qui régissent le fonctionnement écrit et oral d'une langue. J'entends ici l'invitation et la nécessité de dégager les invariants de ces savoirs mobilisés dans ce cadre.

En 2016, lors de notre 4^e Journée régionale du tutorat en Auvergne-Rhône-Alpes, nous présentions les résultats de l'enquête sur le tutorat mené en région. Je reprends cette convergence très forte entre les publics tuteurs et les populations témoins, cadres de santé et médecins, sur d'une part, l'identification des savoirs recherchés en tutorat et, d'autre part, sur leurs impacts ensuite à l'issue de ce parcours. Il en ressortait que les tuteurs cherchent à développer la qualité relationnelle et la posture réflexive chez le (la) tuteur(e). Les populations témoins notent de leur côté l'impact du tutorat sur la qualité de la relation de soins, de la relation à l'équipe et sur les capacités d'autoévaluation.

Quels savoirs ?

Quels types de savoirs mobilisés en situation de tutorat ?

Les savoirs procéduraux. Non, identifiables et opératoires, ils ont leurs supports de transmission ou font l'objet de protocoles.

Les savoirs somatiques. Non, enseignés en IFSI et facilement actualisables, ou objet de protocoles, le tutorat n'est pas le lieu de cette transmission.

Les savoirs liés aux évolutions des sciences et techniques, et aux avancées des connaissances. Je pense ici, aux programmes et outils de la réhabilitation, d'ETP, aux techniques de remédiation cognitive etc... Non plus, ces savoirs développent leurs propres

³⁰ Lanquetin, Jean-Paul, Tchukriél, Sophie, op. cit.

corpus, à charge pour les établissements d'assurer leurs diffusions et implémentations, éventuellement aussi lors des modules de « consolidation des savoirs » qu'il serait temps de nommer « Apport de savoirs ».

Les savoirs théorico cliniques et psychopathologiques. Je pense qu'ils sont éventuellement mobilisables en tutorat, mais souvent dans une intention secondarisée, pour renforcer ou étayer la compréhension de situations de soins.

Reste alors, les savoirs liés à la confrontation au quotidien et à partir du quotidien aux patients, à la maladie mentale et à ses effets. Piste que présentait Daumézon en 1969, il y a 50 ans, lequel soutenait « *Je crois, pour ma part que dans un temps plus long selon les circonstances, s'élaborera une réelle conceptualisation du savoir de ceux qui depuis des siècles, ont été responsables de la relation avec les malades, à savoir les infirmiers.* »

Plus récemment Patrice Krzyzaniak³¹ pose la question du devenir et de la refondation de la singularité infirmière en psychiatrie, certainement : « [...] en l'adossant à une clinique qui serait fondée sur l'activité concentrée dans la vie quotidienne, valorisée comme l'un des substrats essentiels à toute relation de soins ». ³²

En termes épistémologiques, c'est dans ce champ que nous sommes invités à nous engager résolument. Ce champ recoupe aussi bien les questions liées à une construction disciplinaire des soins infirmiers, au développement du champ des sciences cliniques infirmières que d'une épistémologie pour la recherche en soins infirmiers en psychiatrie.

Conclusion

Loin du sensationnalisme qui se nourrit d'évènements extraordinaire, le soin en psychiatrie se trame ici en appui sur une clinique renouvelée de la relation ordinaire. Un infra ordinaire qui se donne mal à voir et à saisir. Mais un ordinaire qui contribue, quand il ne le conditionne pas, à l'accès aux soins, à faire « le lit du soin ». Diversifier ses modes d'accès au patient, développer son sens de l'occasion, élargir son répertoire relationnel de ressources professionnelles, travailler sa modulation de présence, le tutorat d'apprentissage intervient de manière privilégié sur ces savoirs relationnels favorables à la construction d'une relation de confiance et d'une alliance thérapeutique. Placé au carrefour du repérage des ces savoirs

³¹ Notons que Patrice Krzyzaniak, infirmier ISP, vient de soutenir en 2017 une thèse en Sciences de l'Education sur Georges Daumézon (1912-1979), lequel psychiatre soutenait il y a cinquante ans en 1968: « *Je crois, pour ma part que dans un temps plus long selon les circonstances, s'élaborera une réelle conceptualisation du savoir de ceux qui depuis des siècles, ont été responsables de la relation avec les malades, à savoir les infirmiers [...]* ». Université Charles de Gaulle – Lille III, 2017. Français. <NNT : 2017LIL30031>. <tel-01775336>, page 203.

³² Krzyzaniak, Patrice, De Miribel, Julien, « Les savoirs infirmiers en psychiatrie », *Education Permanente*, n°209/2016-4, pp163-172, page 172.

expérientiels et de la professionnalisation du métier, le tuteur est un traducteur de ces logiques d'action et de cette clinique de l'activité réelle.

Je reprendrais cette phrase très juste de Dominique Pringuey : « *Dans la "splendeur du quotidien" apparait la singularité absolue de chaque vie humaine qui, chaque fois et de façon toujours nouvelle, assume l'équilibre anthropologique fondamentale entre angoisse et confiance, les deux puissances fondatrices de la présence* ». ³³

1^{er} juillet 2020

³³ Dominique Pringuey *et al.* « Vulnérabilité et trouble mental », *Vie sociale*, 2009/1(n°1), page 93-101, DOI 10.3917/vsoc.091.0093