



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des soins
Promotion 2006

**L'évolution des modalités de l'exercice
infirmier en psychiatrie :
Un enjeu managérial
*pour le Directeur des soins***

Vincent BERICHEL

Remerciements

« Professionnels des hôpitaux, Enseignants de l'École Nationale de la Santé Publique, nombreux sont ceux qui ont consacré de leur temps pour offrir une écoute attentive à mes questions. Qu'ils en soient ici remerciés »

A mon Père et à Christine

Pour le soutien sans faille qu'ils m'ont apporté cette année,

à Paul, Lise et Bastien,

Pour le temps que je leur ai volé,

à Béatrice,

Pour notre complicité,

au club des cinq,

Pour la force de l'amitié,

Sommaire

INTRODUCTION	1
PREMIÈRE PARTIE : APPROCHE THÉORIQUE	5
1 Un regard historique	5
1.1 Du XVII ^{ème} siècle à la loi du 18 juin 1838.....	5
1.2 De la loi du 30 juin 1838 à la circulaire du 15 mars 1960.....	7
1.3 De la circulaire du 15 mars 1960 à l'ordonnance du 2 mai 2005	13
1.4 Quelle organisation pour la psychiatrie, demain?	17
2 Des notions précisées	20
2.1 La compétence	20
2.2 L' autonomie	Erreur ! Signet non défini.
2.3 Le projet professionnel.....	26
2.4 La polyvalence.....	27
2.5 Le management	28
2.6 La Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences (GPEC).....	30
DEUXIEME PARTIE : HYPOTHESES, METHODOLOGIE	33
1 Hypothèses	33
1.1 Hypothèse principale	33
1.2 Hypothèses subsidiaires.....	34
2 Méthodologie retenue pour l'enquête	34
2.1 Objectifs de l'enquête	34
2.2 Démarche de la recherche	34
2.3 Sites de l'enquête	35
2.4 Populations ciblées.....	36
2.5 Choix de l'outil d'enquête	37
2.6 Déroulement de l'enquête	37
2.7 Les limites de l'enquête.....	37

TROISIEME PARTIE : RESULTATS ET ANALYSE	39
1 La spécialisation et la compétence	39
1.1 La spécialisation, synonyme d'amélioration de la qualité.....	39
1.2 Sérier les compétences nécessaires pour plus d'efficacité.....	41
1.3 La formation continue, en appui de la spécialisation des acteurs.....	42
1.4 La spécialisation de compétence, facteur de crédibilité professionnelle	43
1.5 La spécialisation, vecteur possible d'une lassitude professionnelle	44
2 Projet professionnel, autonomie et polyvalence	45
2.1 La possibilité de choix: facteur d'engagement dans le projet collectif.....	45
2.2 La possibilité de choix: facteur possible d'autonomie professionnelle.....	46
2.3 L'exercice spécialisé : rejet ou craintes vis-à-vis de la polyvalence	47
3 Le management de la compétence.....	49
3.1 La nécessité d'une "gestion soignante" des compétences.....	49
3.2 La nécessité de sauvegarder une polyvalence d'exercice infirmier.....	50
4 Synthèse de l'analyse et retour sur les hypothèses posées.....	51
QUATRIEME PARTIE : PROPOSITIONS D' ACTIONS.....	55
1 Mise en place d'un observatoire permanent de la mobilité	56
2 Le référentiel des compétences requises	56
3 La durée d'exercice professionnel par unité de soins.....	57
4 Le suivi d'aide à l'orientation et à l'intégration	58
Conclusion.....	59
Bibliographie	61
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CME	Commission Médicale d'Etablissement
DE	Diplôme d'Etat
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DRH	Directeur des Ressources Humaines
DU	Diplôme Universitaire
ENSP	Ecole Nationale de la Santé Publique
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
MEDEF	Mouvement des Entreprises DE France
MNASM	Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale
PO	Placement d'Office
PV	Placement Volontaire
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

INTRODUCTION

Les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie ont été confrontés ces dernières années, sous l'action congruente de diverses évolutions, à des transformations majeures de leur environnement. Tout d'abord, ils ont dû faire face à l'explosion du recours aux soins psychiatriques, à l'accroissement des besoins et/ou des demandes de soins (62% d'augmentation des files actives en psychiatrie adulte et 100% en pédopsychiatrie depuis 11 ans)¹. Ensuite, comme le reste de la communauté hospitalière, mais avec peut-être encore plus d'acuité, il leur a fallu s'adapter à l'émergence et à la prise en compte de la parole des usagers, ainsi qu'à l'évolution du positionnement des familles. Enfin, ils ont dû faire face, de par la modification des représentations et de la conjoncture sociale, à un véritable changement de paradigme les conduisant de la psychiatrie vers la santé mentale. Ce contexte instable a mis en exergue les difficultés de la désinstitutionnalisation et de la différenciation entre le sanitaire et le social. L'explosion de la demande a saturé progressivement les capacités de réponse en ambulatoire, aux urgences et en hospitalisation complète. Ces évolutions ont révélé des rigidités dans la filière de soins et certains professionnels ont incriminé une «*conception cadastrale et monopolistique du secteur*»². Parallèlement la parution de l'ordonnance du 2 mai 2005, dite « de simplification hospitalière », laisse entrevoir d'importantes réorganisations du fonctionnement interne des hôpitaux. Dans le domaine des établissements publics de santé mentale, les modifications engendrées par cette ordonnance pourraient, selon les choix retenus pour son application, modifier l'organisation des soins héritée depuis plus de quarante ans de la logique sectorielle. Dans le même contexte, certaines institutions hospitalières, tout en conservant une base d'organisation sectorielle, ont déjà expérimenté depuis le début de l'année 2004 le « découpage » de leurs activités soignantes en pôles cliniques, créant de ce fait des pôles non sectorisés dont l'activité soignante n'est plus généraliste. En dehors de l'application de cette ordonnance du 2 mai 2005, et pour répondre à l'époque à des priorités locales, certains établissements avaient créé, voilà déjà plusieurs années, des unités de soins spécifiques, mutualisées, dites « intersectorielles ». Ces structures, productrices de soins spécialisés, constituaient une première brèche dans l'organisation sectorielle et généraliste des soins en psychiatrie.

L'ordonnance du 2 mai 2005 s'applique aux établissements publics de santé mentale comme à l'ensemble des structures hospitalières de France. Néanmoins, dans le champ de la psychiatrie hospitalière, les modalités de découpage de l'hôpital en pôles peuvent

¹ DREES, Etudes et résultats, n° 341/342, Publications du ministère de la santé, octobre 2004

² MNASM, « La psychiatrie en France : quelles voies possibles ? », édition ENSP, 2005

présenter une spécificité puisque, de par cette ordonnance, il est possible d'assimiler un secteur à un pôle, c'est-à-dire de ne pas modifier la structuration du dispositif de soins existant. La sectorisation, issue de la circulaire du 15 mars 1960, a représenté un progrès fondamental pour la psychiatrie française, mais « *peu à peu, malheureusement, la jonction du contenu fonctionnel, du périmètre géographique et de l'approche démographique s'est distendue au profit d'une idéation de la notion de secteur ou au contraire, de façon plus triviale, d'une pratique de féodalisation jalouse d'une portion de surface et des pouvoirs y afférant* »³. C'est ce phénomène qui explique les résistances actuelles à la mise en place de pôles cliniques, dont un des buts est de transcender la logique strictement sectorielle et d'optimiser ainsi l'offre de soins. Néanmoins, la majorité des auteurs s'accordent à dire que, si la mutation est actuellement perçue comme difficile, elle se produira inévitablement. Seront alors élaborés des niveaux de soins différents. Certains conserveront une logique géodémographique, par regroupements de secteurs actuellement existants. La production de soins de ces pôles restera donc généraliste et de proximité. D'autres niveaux de soins s'affranchiront par contre de la donnée sectorielle, produiront des soins spécialisés et deviendront ainsi des niveaux de référence. Les modalités de spécialisation seront multiples. Il sera possible de retrouver des pôles cliniques spécialisés en fonction de logiques de pathologie (alcoologie), de population (adolescents), de complémentarités somato-psychiques (anorexie) ou de moments dans le parcours du patient (réhabilitation et réinsertion). Il s'agira alors d'une profonde mutation culturelle, entraînant une véritable modification dans l'organisation structurelle des soins.

Une prestation de soins n'est pas indépendante de l'environnement dans lequel elle est réalisée. Une modification du dispositif de soins est donc susceptible d'avoir des répercussions sur les pratiques soignantes et en particulier sur les modalités de l'exercice infirmier. Il est alors de la responsabilité du directeur des soins de repérer les modifications structurelles en cours ou à venir, d'évaluer les répercussions de celles-ci sur l'exercice professionnel des soignants et de préparer le groupe professionnel placé sous sa responsabilité à s'adapter à ces variations.

³ G.Massé et E. Vigneron, « Territorialité et santé mentale », revue « Pluriels » n° 60, juillet 2006

Dans le cadre de cette problématique, une question s'est posée en préalable à notre travail de recherche. Elle peut être formulée ainsi :

« Dans le champ de la discipline psychiatrique, quelles sont les évolutions actuelles et à venir concernant les modalités de l'exercice de la profession d'infirmier⁴? »

La perspective d'une future prise de fonction comme directeur des soins au sein d'un des plus importants établissements de santé mentale de France, donne au questionnement toute son importance. Tout d'abord, le thème étudié concerne l'évolution des modalités de l'exercice infirmier, exercice infirmier qui relève de la responsabilité propre du directeur des soins. Ensuite, les modalités de l'exercice infirmier ont des conséquences sur la qualité de la prestation de soins fournie par une institution aux usagers. Il est donc fondamental d'y être attentif. Enfin, plus largement, l'organisation du dispositif de soins conditionne l'organisation du dispositif de travail et donc, in fine, les conditions de travail des personnels placés sous la responsabilité hiérarchique du directeur des soins.

Ces différents arguments ont motivé un travail de recherche dynamique, dans l'espoir que les apports issus de cette étude puissent être, en partie au moins, transférables.

Dans une première partie, théorique, nous procéderons à un détour historique sur la discipline psychiatrique et la profession d'infirmier en santé mentale. En effet, comment appréhender ce que pourrait être l'avenir d'un dispositif de soins et d'une profession, si leurs origines nous sont inconnues ? Nous préciserons ensuite certaines notions apparues comme déterminantes au fil de notre recherche documentaire.

Dans une deuxième partie, nous poserons, d'une part un certain nombre d'hypothèses issues de constats effectués dans notre pratique professionnelle antérieure, de la problématique mise en forme en préalable à cette étude et de la recherche théorique entreprise. D'autre part, nous détaillerons la méthodologie choisie pour l'enquête de terrain.

Dans une troisième partie, nous synthétiserons les résultats de l'enquête et tenterons un travail d'analyse au plus près du discours recueilli.

Enfin, dans une quatrième et dernière partie, nous formulerons quelques propositions d'actions, afin d'inscrire les résultats de notre étude dans une dimension concrète, celle de notre futur exercice professionnel.

⁴ Lire partout : « infirmier(s) ou infirmière(ières) »

PREMIÈRE PARTIE : APPROCHE THÉORIQUE

1 Un regard historique

1.1 Du XVII^{ème} siècle à la loi du 18 juin 1838

Au XVII^{ème} siècle, aucun statut spécifique n'est réservé à la folie. Mendiants, vagabonds et insensés sont enfermés pour les isoler du reste de la population. La vocation des hôpitaux n'est pas de soigner, mais de gérer le monde de la misère. A Paris, un décret de Louis XIV datant de 1656 crée l'Hôpital Général, regroupant ainsi divers établissements préexistants (la Salpêtrière, Bicêtre et la Pitié). Le but est d'y enfermer les indigents, les pauvres et les opposants afin de les éduquer et de les mettre au travail. Cette mission est confiée à un directeur nommé à vie et le décret précise: *“qui aura tout pouvoir d'autorité, de direction, d'administration, de commerce, police, juridiction, correction et châtement au dedans de l'Hôpital Général”*. Le décret royal ajoute: *“auront pour cet effet serviteurs par eux choisis, poteaux, carcans, prisons et basses fosses...”*. C'est là le début de ce que Michel Foucault a appelé *“le grand renfermement”*⁵. L'Hôpital Général n'est alors qu'un instrument du pouvoir pour contrôler les mendiants, les invalides et autres indésirables qui hantent les rues de Paris. On remarque que par les termes même du décret, le personnel de cet établissement est utilisé au même titre que les autres moyens de coercition dont dispose le directeur pour maintenir l'ordre. Cela laisse présager des missions qui étaient celles des précurseurs des infirmiers exerçant en psychiatrie.

Ce n'est qu'au XVIII^{ème} siècle qu'une certaine spécificité sera reconnue à la maladie mentale. S'il ne s'agit pas encore de soins, la nécessité de donner aux aliénés un régime spécial se concrétisera parfois par l'ouverture de maisons particulières réservées aux déments. Avec le Siècle des Lumières, apparaît en France l'idée qu'il est nécessaire de soigner les insensés. C'est en 1785 qu'est édictée la circulaire de Colombier et Doublet : *“Instruction en matière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asiles qui leur sont destinés”*⁶. Malheureusement, en dehors de quelques maisons de soins comme la “maison Belhomme”, pension pour malades mentaux aisés où Philippe Pinel devint médecin en 1786, ces lieux sont fort rares. Il en existe en tout et pour tout

⁵ M. Foucault, « Histoire de la folie à l'âge classique », édition Gallimard, 1971

⁶ J. Colombier et F. Doublet, “Instruction en matière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asiles qui leur sont destinés”, Paris, imprimerie Royale, 1785

sept en France, et une enquête commandée par Necker, alors ministre des Finances et de la Charité, révèle que ces maisons spécialisées ne disposent que d'un médecin pour cinq cents malades.

Le personnel est constitué de repris de justice, souvent alcooliques, sans instruction et n'ayant pu trouver d'autres emplois. Il leur est demandé un travail de gardiennage. Ces gardiens doivent vivre en permanence aux côtés des aliénés et n'ont, le plus souvent, pour paie que le gîte et le couvert. Ils prennent en charge la vie quotidienne de la collectivité. Une éventail de traitements plus ou moins sophistiqués commence cependant à être pratiqué. On recherche donc des gardiens robustes pour pratiquer les bains froids ou chauds prolongés, administrer les purgatifs et émétiques, pratiquer les saignées, le fauteuil rotatoire, le bain surprise, les attachements et isolements... Ce sont là les premiers "soins infirmiers" réalisés par de lointains aïeux des professionnels exerçant actuellement en psychiatrie. A cette époque, néanmoins, la convergence est indéniable entre l'évolution des idées sur la nature humaine, les progrès de la médecine et les conceptions de l'état et de la citoyenneté. Ces éléments vont se fondre dans le creuset de la Révolution pour déboucher plus tard, après un temps de décantation, sur la loi de 1838. C'est ainsi qu'aux balbutiements d'une prise en charge spécifique au XVIII^{ème} siècle succèdera, dès la première moitié du XIX^{ème} siècle, la période de l'asile. Un homme, Philippe Pinel, illustre cette période de transition. Médecin et idéologue, il siège à la Convention. Ses conceptions tranchent avec la manière dont était jusque là traitée la folie: *"Les aliénés, loin d'être des coupables qu'il faut punir, sont des malades dont l'état pénible mérite tous les égards dus à l'humanité souffrante"*. Père de l'aliénisme, il est aussi celui du traitement moral des insensés pour avoir, en 1794, libéré les aliénés de l'hospice de Bicêtre de leurs chaînes. Il s'agit là, cependant, d'un mythe hagiographique, image d'Epinal cent fois répétée comme l'un des grands instants de la Révolution Française et de l'histoire de l'humanité. On sait désormais que le mérite de la libération des chaînes revient en réalité à Pussin. Ce dernier avait été soigné d'une adénite tuberculeuse à Bicêtre puis y avait été employé, comme c'était souvent le cas. Se rendant particulièrement utile, il finit par y être rommé, par Pinel, "gouverneur des aliénés". Il détache alors les malades, plus ou moins clandestinement, quand ceux-ci crient trop fort. Pinel officialisera a posteriori cette libération que l'histoire lui attribuera. Si la Révolution Française met fin à l'internement arbitraire, représenté jusque là par les lettres de cachet, elle ne remettra pas en cause le principe de l'enfermement comme réponse à la folie. Les lieux où l'on enferme les insensés n'ont rien à voir avec des lieux de soins. C'est pourquoi les premiers médecins dits "aliénistes", Pinel et Esquirol notamment, réclament une loi spécifique aux aliénés et de véritables hôpitaux réservés aux malades mentaux. C'est dans ce contexte qu'apparaît la loi du 30 juin 1838 sur : *" le placement des aliénés et des enfants assistés"*.

1.2 De la loi du 30 juin 1838 à la circulaire du 15 mars 1960

La loi du 30 juin 1838 est le véritable fondement juridique de la législation française de santé mentale. Pour protéger les valeurs républicaines de fraternité, de liberté et d'égalité, on confie à une discipline médicale naissante la fonction, tout en soignant, de protéger les citoyens. Ainsi, cette loi restreint la compétence judiciaire au profit de celle du préfet en organisant les hospitalisations, instituant le placement d'office. Le placement d'office est une mesure d'ordre public puisque pouvait être hospitalisée " *toute personne dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sécurité des personnes*"⁷. La loi confie aux familles et aux tiers la procédure du placement volontaire, autre modalité d'internement. Elle prévoit également la protection des patients et de leurs biens. La loi de 1838 oscille entre deux pôles, un pôle ségrégatif visant la protection de la sécurité et de l'ordre public et un pôle thérapeutique, tourné vers le traitement de la maladie mentale. Les dispositions ainsi édictées resteront en vigueur, avec seulement quelques aménagements, pendant plus de 150 ans. Le texte fait obligation à chaque département de se doter d'un asile pour les aliénés. Il garantit ainsi l'isolement des malades et organise, sur un modèle proche, les établissements qui les recueillent. En effet, Pinel puis Esquirol ont défini des normes architecturales destinées à faciliter la prise en charge des malades. L'asile doit être situé dans un endroit isolé, pour éviter d'inquiéter les populations voisines. Dans la mesure du possible, l'établissement pour aliénés et indigents doit se situer en campagne, l'air y étant plus sain. De plus, les travaux des champs permettront à la fois d'occuper les pensionnaires et garantiront à l'établissement sa quasi auto-suffisance. Les asiles vivront alors en autarcie. On y exploite les immenses domaines agricoles: culture de céréales, de betteraves, productions légumières et fruitières, élevage bovin procurant lait et viande, porcherie produisant charcuterie et salaisons. Tout le nécessaire est fabriqué sur place, y compris les vêtements et chaussures des patients. Lorsqu'il est construit relativement proche d'une ville, l'asile doit toujours être bâti à l'est des zones habitées, pour que les vents d'ouest dominants éloignent les "miasmes de la folie". De nombreux asiles voient ainsi le jour dans les années qui suivent la promulgation de la loi du 30 juin 1838, dont Ville-Evrard à Neuilly sur Marne, Sainte-Anne, alors situé aux limites de Paris, Perray Vauclose à Epinay sur Orge, le Vinatier à proximité de Lyon. L'aliénisme est né. Le texte définit clairement la place et le rôle de l'aliéniste, médecin fonctionnaire, personnage central de l'institution. Il est là avant tout pour "*surveiller, observer et rendre compte*". En effet, l'absence de

⁷ Article 18 de la loi du 30 juin 1838

traitements efficaces consacreront l'âge d'or de l'expansion asilaire. En ce qui concerne la nature des soins, on en reste essentiellement à l'hydrothérapie et au travail. Pour les patients les plus agités, les seules mesures en vigueur sont la camisole et l'enfermement en cellule. Les patients hospitalisés sont tous internés, en PO ou PV, le plus souvent sans espoir de sortie et les gardiens passent leur vie entière à servir à l'asile. Il se développe donc une sorte de vie communautaire au sein des institutions mais les personnels qui gardent ces exclus sont eux-mêmes des marginalisés. Issus des villages alentours, paysans sans terre le plus souvent, ils s'enrôlent en tant que "gardien des fous". *"Comme les domestiques ou les valets de ferme, ces personnels sont dans un état de dépendance totale et dans l'obligation de se nier comme individus privés: nourris et logés, ils ne peuvent sortir de l'établissement sans autorisation spéciale. Ils sont contraints au célibat. Leurs gages sont inférieurs à ceux des valets de ferme"*⁸. Constant, Lunier et Duménil évoquent ces personnels en 1878 en les qualifiant de *"rebut de la domesticité"*⁹. Derrière les murs de l'asile, se crée donc une vie à côté de la vie: dans cette sorte de phalanstère, les malades, ceux qui les gardent et ceux qui les soignent sont frappés peu ou prou du même ostracisme. L'asile est *"un lieu exclusif de gardiennage, terrain désolé pour une gestion purement administrative de la déviance"*¹⁰. Pourtant, la fin du XIX^{ème} siècle verra l'essor de médicaments importants: l'éther, le chloroforme, puis les premiers barbituriques utilisés pour leurs effets sédatifs. La découverte du chloral, puissant hypnotique, engendra la pratique des cures de sommeil. Suivra, quelques années plus tard, la découverte du groupe pharmacologique des cétones, dont seront extraits les deux premiers somnifères, le Sulfonal et le Trional. Il sera alors possible d'apporter les premiers soulagements à certains malades par le biais de la chimiothérapie. Dans la première partie du XX^{ème} siècle apparaissent d'autres types de traitements: cure de sakel, malariathérapie, strychninothérapie et électrothérapie. Au sein des asiles, des débats ne cessent d'opposer les aliénistes entre les tenants de la psychogénèse et les tenants de l'organogénèse des maladies mentales. Dans le prolongement des travaux de Charcot et de Freud, on entrevoit la possibilité de soigner réellement la folie. La Psychiatrie s'édifie alors comme une science en développant la nosologie et la nosographie. Elle reste cousine de la neurologie mais s'approche également de la psychologie. Le cerveau, support de l'esprit, est l'objet de toutes les recherches, car c'est lui qui semble tenir la clef de l'étiologie des maladies mentales.

⁸ M. Jaeger, « Garder, surveiller, soigner », Cahier VST n°3, janvier 1990

⁹ Constans, Lunier et Dumesnil, « Rapport général à M. le Ministre de l'Intérieur sur le service des aliénés », Paris, imprimerie nationale, 1878, p 490

¹⁰ R. Castel, cité dans l'article « Asile » de F. Gros, Dictionnaire de psychiatrie, Larousse, 2003

Ce bouillonnement intellectuel du corps médical s'accommode de plus en plus mal de la cohabitation avec la médiocrité du personnel et c'est ainsi que l'amorce d'une professionnalisation paramédicale verra le jour.

Pour transformer les gardiens en auxiliaires médicaux, les aliénistes s'inspirent des pratiques de certains pays voisins. L'Angleterre a, dès 1836, ouvert ses premières écoles d'infirmiers des asiles¹¹. L'Italie est également souvent citée, dès lors qu'il s'agit de transformer «...de simples gardiens (...) en vrais assistants des malades, en coopérateurs conscients et efficaces de l'œuvre des médecins, pour les soins physiques et moraux des aliénés, et surtout pour cette partie importante du traitement, la psychothérapie »¹². Le débat sur la profession infirmière est en lien étroit avec la réflexion sur l'institution asilaire. Par exemple, le concept du « no-restraint » (littéralement, « nulle contrainte »), qui a pris corps en Angleterre, cherche à abolir toute mesure de contrainte vis-à-vis des malades. Il s'agit de remplacer les entraves, camisoles et autres gilets de force par une approche thérapeutique mettant en avant les « amusements », « les occupations » et les « associations harmonisées de pathologies ». Le nombre et la qualité des infirmiers sont évoqués comme condition de la réussite de ce type de soins¹³. En 1907, « la Revue de psychiatrie » publie une enquête sur les services « Magnant » et « Bouchereau » à l'hôpital Sainte-Anne qui pratiquent ces « thérapies de la douceur » : « Il faut s'attacher, écrit l'éditorialiste, à compenser les défauts de sécurité par une dépense d'énergie considérable de la part d'un personnel infirmier nombreux et bien formé ». C'est dans ce contexte que paraîtra la circulaire du 4 avril 1907 qui stipule le passage de l'état de gardien à celui d'infirmier de secteur départemental diplômé en psychiatrie. Parallèlement, les modalités d'admission basées exclusivement sur la privation de liberté ne sont plus les seules à être envisagées. Une brèche est en effet ouverte dans les murs de l'asile en 1920 par le Dr Edouard Toulouse. Il crée à l'asile Sainte-Anne l'hôpital « Henri Roussel », pavillon ouvert qui accueille des patients en service libre, désireux de se faire soigner, faisant des allers et retours entre le lieu de soins et leur lieu d'habitation. L'asile comme « institution totale » au sens d'Irving Goffman, « institution qui accapare la totalité du temps et des intérêts de ceux qui en font partie et leur procure un univers spécifique qui tend à les envelopper »¹⁴, est tend à se fissurer. C'est ainsi que la transformation de l'asile en hôpital ouvert est instituée par les circulaires du 13 octobre 1937. Les évolutions scientifiques, réglementaires et

¹¹ C. Cantini et J. Pedroletti, « Les infirmiers dans les asiles », Annales Psychologiques, 1871

¹² « L'enseignement professionnel des infirmiers en Italie », L'informateur des aliénistes et des neurologistes, N°12, décembre 1908

¹³ J. Conolly, « The construction and government of lunatic asylums », 1847

¹⁴ I. Goffman, « Etude sur la condition sociale des malades mentaux », édition de Minit, 1962

symboliques rapprochent durant cette première partie du XX^{ème} siècle l'aliénisme issu de la loi de 1838 d'un modèle médical. Des analogies sont recherchées avec la structuration des soins somatiques. A compter du 15 janvier 1920, les asiles ne dépendent plus du Ministère de l'Intérieur mais sont placés sous la responsabilité du Ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociale. L'asile devient l'hôpital psychiatrique (1937) et s'entrouvre quelque peu sur l'extérieur, espérant initier ainsi la distinction entre lieu de vie et lieu de soin. Le médecin psychiatre remplace donc l'aliéniste. Les techniques thérapeutiques se substituent aux techniques de pacification. Le pessimisme thérapeutique de la seconde moitié du XIX^{ème} siècle laisse place, dans la première moitié du XX^{ème} siècle, à un intérêt majeur des classes intellectuelles pour la maladie mentale. A l'idée de la folie comme dépossession irrémédiable, source de danger, s'est substituée l'idée d'une maladie aux effets potentiellement transitoires. Les fous deviennent des malades qu'il faut donc soigner. Cependant, étaient encore fréquemment embauchées comme infirmiers des personnes sans aucune qualification. Une des raisons de cet état de fait tenait probablement à l'extrême modicité des salaires et à la pénibilité des conditions de travail. Pourtant, pour exécuter les prescriptions médicamenteuses, observer, relater et retranscrire les effets d'un traitement, l'infirmier devait maintenant faire preuve de compétences spécifiques et du minimum d'autonomie que confère un savoir professionnel. En 1935, G. Daumézon écrit sa thèse sur la place des infirmiers dans les soins. Il dénonce le fait que bien souvent les personnels ne sont encore en réalité que des gardiens, détenteurs d'un niveau culturel incompatible avec le travail qui leur est demandé. Suite à une enquête, ce psychiatre montre que 11 établissements en France emploient un personnel illettré. Il dénonce également une démarche élitiste mise en place par certains de ses confrères: choisissant les personnels les plus "prometteurs", leur donnant un enseignement adapté sur parfois de longues périodes, allant jusqu'à les inclure dans certains groupes de travail avec les étudiants en médecine, ils créent une césure dans le groupe professionnel infirmier. G. Daumézon estime que c'est là, la porte ouverte à un clivage entre une psychiatrie de pointe, hautement médicalisée, dite active, prenant en charge les pathologies aiguës et rémissibles et des services marginalisés, spécialisés dans l'entretien des "*chroniques et autres non-valeurs sociales*"¹⁵. C'est pourquoi Georges Daumézon s'oppose à toute spécialisation des infirmiers et insiste, en conclusion de sa thèse, sur la nécessité "*de procéder à une sélection rigoureuse des personnalités et d'apporter à tous ceux qui seront retenus pour être des infirmiers ou des infirmières à l'hôpital psychiatrique un bagage de connaissances larges et identiques*". Il est partiellement entendu par les pouvoirs publics qui par l'arrêté du 26 mai 1936,

¹⁵ selon l'expression du Dr Edouard Toulouse

recommandent des axes de formation pour les infirmiers des asiles d'aliénés de l'Etat français. Néanmoins, à l'aube du second conflit mondial, l'asile s'est structuré de manière bipolaire. D'un côté, l'immense majorité des malades maintenus dans des lieux de vie qui s'humanisent peu à peu, reproduisent la vie de l'extérieur, travaillant, touchant un pécule en guise de salaire et n'ont aucun espoir de sortir de cet environnement. Quant aux infirmiers qui les accompagnent, on exige d'eux seulement de l'humanité et des capacités à organiser la vie quotidienne. De l'autre côté, quelques services de pointe, urbains le plus souvent, sont constitués d'équipes médicales et infirmières bénéficiant d'une solide formation clinique. Le but premier de ces lieux de soins est la rémission rapide des troubles présentés par la personne et son retour dans son milieu de vie habituel. La ligne de fracture entre ces deux mondes est le plus souvent constituée par le statut social du malade pris en charge.

Puis survient la guerre de 1939/1945. En Europe, une barbarie inouïe s'abat sur les malades mentaux. Les thèses d'un ancien prix Nobel français, Alexis Carrel, chirurgien et physiologiste, connaissent un grand succès. *“Il y a encore le problème non résolu de la foule immense des déficients. Ceux-ci chargent d'un poids énorme la population restée saine. Le coût des asiles d'aliénés et de la protection publique contre les fous est, comme nous le savons, devenu gigantesque. (...) Un effort naïf est fait par les nations civilisées pour la conservation d'êtres inutiles et nuisibles. Les anormaux empêchent le développement des normaux. Il est nécessaire de regarder le problème en face. Il ne faut pas hésiter à ordonner la société par rapport à l'individu sain. Les systèmes philosophiques et les préjugés sentimentaux doivent disparaître devant cette nécessité”*¹⁶.

En Allemagne, 700.000 malades mentaux sont gazés entre 1940 et 1941, lors de l'opération "T4". En France, selon une décision du gouvernement de Vichy, les asiles d'aliénés sont strictement soumis aux rations officielles et tout excédent produit doit y être saisi. Ces dispositions seront scrupuleusement suivies sur le territoire, puisque plus de 40.000 malades mentaux mourront de faim durant la guerre. En réponse à ces idéologies eugéniques et à cette terreur naîtra le plus grand mouvement de lutte contre l'exclusion de la maladie mentale : le mouvement dit de "Psychothérapie institutionnelle". C'est le berceau de la psychiatrie moderne, qui annonce que le malade mental peut être acteur de ses soins et que l'institution doit être soignée pour ne pas être concentrationnaire. Les psychiatres fondateurs, Bonnafe, Daumézon, Tosquelles, ont basé leurs réflexions sur le rapport existant entre aliénation sociale et aliénation mentale. Ils se sont appuyés sur ce qui, d'après eux, avait été les deux plus grandes avancées scientifiques, philosophiques et sociopolitiques du XXème siècle: la psychanalyse et le marxisme. C'est à cette

¹⁶ A. Carrel, « L'homme cet inconnu », 1935

occasion qu'apparurent les premières idées françaises sur le désaliénisme. La thérapie institutionnelle doit être égalitaire et ne faire aucune ségrégation entre les différents types de pathologies. Elle doit permettre à une équipe, pour que celle-ci ait une fonction soignante, de travailler de la manière la plus harmonieuse, la plus globale et la plus uniforme. La participation du personnel infirmier à la prise en charge thérapeutique doit être permanente. D'exécutant, l'infirmier devient soignant, voire objet du soin. " *Les personnels sont les objets collectifs, sociaux, vis-à-vis desquels le malade établira ses relations, et à l'égard desquels il manifestera tous ses moyens de défense. C'est pourquoi, il faut absolument éviter que tel médecin plutôt que tel autre, tel infirmier plutôt que tel autre joue un rôle privilégié pour le malade. Le soin est un travail d'équipe, global, uniforme, s'offrant à tous les malades de la même manière (...)* Cependant, il ne saurait pas plus être question de consignes que de recettes, mais plutôt de maturation de la personnalité. La psychothérapie institutionnelle postule un certain nombre de qualités nécessaires chez l'infirmier, une attitude d'extrême souplesse, une réadaptation constante"¹⁷. Dans les premières applications de la psychothérapie institutionnelle, théorisée au sein de la Résistance, l'infirmier acquiert incontestablement un rôle propre et une reconnaissance, de fait, de l'équipe médicale. Par ailleurs, une loi promulguée en 1946 impose l'obtention du diplôme d'Etat pour exercer la profession d'infirmier, mais, la réalité psychiatrique n'y est pas évoquée et les infirmiers psychiatriques ne sont reconnus et enregistrés que dans la région qui les a formés. L'arrêté du 3 février 1949 précise d'ailleurs que " *l'exercice d'infirmier psychiatrique se limite exclusivement aux seuls hôpitaux psychiatriques*". Les infirmiers exerçant en psychiatrie sont donc cantonnés réglementairement à cette discipline, sorte de spécialisation imposée. Cependant, à l'intérieur de cette pseudo-spécialisation, l'action infirmière, pensée par les psychothérapeutes institutionnels, doit être non spécifique, parfaitement généraliste et homogène avec celle de l'ensemble du groupe soignant. Durant cette période, la discipline psychiatrique se modèle au carrefour de plusieurs autres: médicales, biologiques, psychologiques, philosophiques et sociales. Adossés à la conquête que représente la Sécurité Sociale, confortés par la découverte des premiers neuroleptiques¹⁸, portés par une période de progrès social majeur, les tenants de la psychothérapie

¹⁷ G. Daumézon, « Symposium de psychothérapie collective », 1952

¹⁸ Premières chimiothérapies des psychoses initiées par Henri LABORIT en février 1952, qui utilise un cocktail anesthésique associant Chlorpromazine, Phénergan et Dolosal et a l'intuition de l'effet neuroleptique.

institutionnelle sont très impliqués politiquement et vont préparer la future réforme de la sectorisation psychiatrique qui donnera naissance à la circulaire du 15 mars 1960.

1.3 De la circulaire du 15 mars 1960 à l'ordonnance du 2 mai 2005

Cette période d'après guerre est extrêmement féconde pour la psychiatrie française. C'est aussi une période d'excès, concomitante peut-être de toute période de création: utilisation de la psychanalyse comme seule méthode de soins possible, déni de la dimension corporelle voire organique des troubles. La psychothérapie institutionnelle "consomme" des infirmiers à qui le corps médical demande beaucoup. C'est pourquoi, pour améliorer les compétences et les savoirs de ces derniers, un arrêté du 3 juillet 1955 institue le premier diplôme national d'infirmier en psychiatrie. Ce diplôme sanctionne une formation de 120 heures de cours, donnés en deux ans, en alternance avec de multiples expériences de terrain. Après cette évolution d'importance, l'influence politique des psychiatres se concentrera sur la préparation d'un texte fondateur d'une nouvelle psychiatrie publique. Il s'agit pour ces penseurs influents, *"de mettre en place une démarche planificatrice s'adossant à un découpage géo-démographique du territoire français en secteurs de santé mentale. L'important n'est pas l'analyse des besoins (l'absence d'indicateur de morbidité psychiatrique qui fit consensus la rendait alors impossible), mais la mise à portée du malade, au plus près de son lieu de vie, de l'ensemble du soin psychiatrique"*¹⁹. Cet idéal d'une planification étatique donne naissance à la circulaire du 15 mars 1960 relative au *"programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales"*. Bien que ce texte ne soit pas paru au Journal Officiel, il est le premier cadre juridique d'un renouveau de la prise en charge en santé mentale. Ce texte qui est le fruit *"d'une véritable alliance médico-administrative"*²⁰ naît de la collaboration entre l'équipe de la Direction Générale de la Santé, acquise aux concepts de santé publique à travers la lutte contre la tuberculose, avec les pionniers du secteur que sont les psychothérapeutes institutionnels. Le texte définit une nouvelle politique sanitaire: il s'agit d'apporter les soins au lieu même de résidence des patients, et de les apporter précocement, de façon à éviter leur désinsertion sociale. Il est question de limiter les indications et la durée des hospitalisations et de favoriser la réinsertion sociale du patient. La circulaire insiste sur la nécessaire continuité des soins dans et hors de l'hôpital, soins qui doivent être rendus de manière généraliste et polyvalente par une même équipe soignante. *"Mise en place dans un contexte général de sous équipement au niveau national, la circulaire du 15 mars 1960*

¹⁹ Y.Thyrode et T. Alberne, « Psychiatrie légale », édition Marketing, p 369, 1995

²⁰ G. Massé et F. Caroli, « Le secteur de psychiatrie générale », Encyclopédie Médicochirurgicale

*consiste essentiellement à diviser le département en un certain nombre d'entités à l'intérieur de chacune desquelles la même équipe soignante devra assurer pour tous les malades, hommes et femmes, la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation quand il est possible, les soins avec hospitalisation, et enfin, la surveillance de postcure*²¹. D'importants moyens financiers sont débloqués durant le début des années soixante, et on assiste à de nombreuses rénovations ou constructions d'hôpitaux. Des effectifs infirmiers importants sont formés et l'arrêté du 12 mai 1969 leur donne le titre "d'Infirmier de Secteur Psychiatrique". Paradoxalement, *"en dépit du caractère avant-gardiste et révolutionnaire d'un tel texte, ce qu'il est convenu d'appeler l'effet secteur à tardé en pratique à se mettre en place. Il a fallu le renfort de nombreux autres textes, arrêté du 14 mars 1972, loi du 25 juillet 1985 et circulaire du 14 mars 1990 pour parachever l'oeuvre initiale et voir les effets réels de la politique de sectorisation"*²². La juxtaposition de ces différentes réformes a eu des conséquences considérables, imposant la mixité, ouvrant les services vers l'extérieur, abaissant les durées moyennes de séjour et le nombre de placements sous contrainte. Le nombre de patients bénéficiant de soins psychiatriques a considérablement augmenté. Les effectifs soignants ont doublé. Toutefois, *"si le bilan montre une avancée générale importante vers les objectifs principaux définis en 1960, force est de constater une inégalité très grande des secteurs vis à vis de ces objectifs, ainsi que de considérables disparités quant à leurs moyens, équipements, personnels et activité"*²³. D'autres critiques peuvent être apportées, relatives à la manière dont la politique de sectorisation s'est mise en place. L'ensemble des textes édictés sur le sujet entre 1960 et 1990 s'inscrit en rupture avec la loi de 1838. Ils mettent en place les principes et les modalités d'une politique de santé mentale complète, extra-et intra-hospitalière, coordonnée, cohérente et ambitieuse. *"Développée dans le cadre d'une croissance économique où toujours plus équivaut à toujours mieux, sans véritable politique organisatrice, la sectorisation, contrairement aux espoirs mis en elle, ne bouleversera pas le dispositif psychiatrique, loin de là"*²⁴. En effet, la croissance économique, bien que ralentie à partir des années soixante-dix, permet de financer les demandes nouvelles et facilite une politique permissive. Ainsi, contrairement aux principes des "pères fondateurs", la sectorisation se développe à côté et non pas, au lieu de l'intra-hospitalier. Le personnel recruté pour assumer le surcroît de travail occasionné

²¹ JM. Clément, « L'hôpital : Environnement, organisation, gestion », Paris, Berger-Levrault, 1983,

²² C. Louka, « Histoire et perspective d'avenir de la psychiatrie de secteur », Thèse, Médecine, Paris, 1991, p 87,

²³ M. Barres, « Le secteur, instrument de transformation du service public en santé mentale », édition Eres, Toulouse, 1986

²⁴ R. Lepoutre et J. De Kervasdoué, « La santé mentale des français », édition Odile Jacob, 2002

par les prises en charge extra-hospitalières est recruté en plus et non pas par redéploiement des équipes hospitalières. Pire, des croyances très fortes en certains modèles cliniques et leurs prétentions hégémoniques ont provoqué de véritables dérives institutionnelles qui, pour des raisons différentes, ont renforcé les fonctionnements asilaires. “ *Le modèle biologique qui stipule que la maladie mentale réside dans une désorganisation neurobiologique conduit à privilégier une approche strictement médicale, voire hospitalière.(...)Les tenants de cette approche ont constitué un frein à la sectorisation, comme en témoigne la psychiatrie hospitalo-universitaire de l’assistance publique – hôpitaux de Paris, tenante de cette doctrine et dont la majeure partie des services psychiatriques n’est toujours pas sectorisée. La dérive du modèle psychanalytique est plus surprenante. En effet, cette approche était la base de la psychothérapie institutionnelle qui visait à subvertir l’institution asilaire. Et pourtant, la psychanalyse, entièrement centrée sur le sujet et ses conflits internes, a négligé les contraintes externes et aboutit, elle aussi, à maintenir les structures asilaires.(...)En fait, depuis le début des années soixante, on assiste à un développement totalement anarchique de la sectorisation, dépendant des personnalités des chefs de secteur, des directions départementales de l’action sanitaire et sociale et des directions hospitalières*²⁵. Ce véritable réquisitoire peut paraître un peu violent, mais force est de reconnaître que les insuffisances de la politique de secteur ont été largement soulignées par de nombreux rapports successifs tel que, par exemple, le rapport “Piel et Roelandt” et le rapport “Cléry-Melin”. La philosophie du secteur emporte l’adhésion, le malade étant considéré comme un sujet replacé dans sa biographie et une personne située dans son environnement. Malheureusement, les rapports pré-cités montrent qu’une lecture trop littérale du secteur, s’éloignant de son esprit initial, a contribué à le figer. On reproche ainsi que les idées forces qui avaient prévalu après la guerre se soient sclérosées en dépit d’expériences innovantes. On regrette aussi que cette vision planificatrice se soit affranchie d’analyser les véritables besoins en santé mentale de la population et ait procédé à des découpages artificiels, fondés davantage sur des considérations d’égalité entre équipes, que sur des préoccupations de santé publique.

Durant cette période, les infirmiers de secteur psychiatrique ont vu leur formation portée à 28 mois (Arrêté du 16 février 1973) puis à 33 mois (Arrêté du 26 avril 1979). Les modalités de leur exercice professionnel sont fortement dépendantes des conceptions de soins du chef de service. Néanmoins, dans l’esprit du secteur, les pratiques infirmières sont le plus souvent inscrites dans une démarche généraliste, non discriminante et holistique du sujet. L’infirmier est polyvalent, exerçant dans une unité de soins où sont

²⁵ V. Kovess et A. Lopez, « Psychiatrie, années 2000 », Paris, Flammarion, 2000

hospitalisés tous types de malades. Dans les premiers temps, pour garantir la continuité thérapeutique (traduction administrative de la notion psychanalytique de "transfert"), les soins en extra-et en intra-hospitalier sont effectués par une même équipe. Les nécessités d'organisation imposeront rapidement le recours à des équipes exerçant à temps plein en extra-hospitalier. Dans certains établissements, où la mobilité des personnels n'est pas de mise, se créent les prémices d'une véritable spécialisation professionnelle. Parallèlement, sous couvert de prise en charge collective et non discriminante, la cohabitation de sujets déprimés avec des patients lourdement déficitaires participe à stigmatiser l'image de la discipline. C'est dans cet esprit que la circulaire du 14 mars 1990, tout en réaffirmant la prééminence de la sectorisation, souhaite que soient renforcées des actions en direction de populations spécifiques: les personnes âgées, les adolescents, les patients en situation de précarité ou sans domicile fixe. Dans un même esprit se développent des unités intersectorielles, où sont prises en charge pour l'ensemble d'un hôpital des populations (adolescents, personnes âgées) ou des bénéficiaires de soins particuliers (patients alcooliques, patients suicidaires). On assiste, dans ce cas, à une spécialisation des infirmiers, souvent précédée d'une sélection des acteurs et d'une formation spécifique et complémentaire. Néanmoins, ces différentes approches restent relativement marginales. Le secteur est demeuré le principe, l'intersectorialité l'exception. La pratique infirmière est donc restée très généraliste, sans que cela indispose une population infirmière habituée, depuis des décennies, à cette politique de prise en charge collective. Cependant, le décret du 23 mars 1992 et l'arrêté du 30 mars 1992 mettent fin à la formation spécifique des infirmiers de secteur psychiatrique. Le Diplôme d'Etat, dont les enseignements théoriques en psychiatrie ont été renforcés, devient le diplôme unique infirmier. Les nouveaux professionnels ainsi formés, lorsqu'ils intègrent des hôpitaux psychiatriques, se montrent beaucoup plus critiques sur le mélange des populations de malades, tout comme sur le "cadre unique" qui prévalait encore souvent en psychiatrie et ne laissait que rarement de place à d'autres professions que la profession infirmière: agents des services hospitaliers et surtout, aides soignants. Le rapport "Piel-Roellandt" montre d'ailleurs que la transition entre les infirmiers de secteur psychiatrique "en voie de disparition" et les nouveaux diplômés ne s'est pas bien effectuée. Il subsiste une grave crise de recrutement et de compétences, une véritable démission chez de nombreux infirmiers de secteur psychiatrique (qui se réfugient vers le travail de nuit par exemple) et un désir de travailler "autrement" pour la majorité des nouveaux professionnels. C'est dans ce contexte que la psychiatrie s'est trouvée confrontée, comme le reste du monde de la santé, à d'importantes réformes. En effet, la "spécificité" souvent revendiquée tous azimuts, n'a pas empêché l'application à la psychiatrie du droit commun législatif, qu'il s'agisse des règles de planification sanitaire issues des ordonnances de 1996, de l'accréditation devenue certification, des droits du patient ou encore de la représentation

des usagers dans les instances délibératives des institutions de soins. L'hôpital psychiatrique serait-il devenu un hôpital comme les autres? L'ordonnance du 2 mai 2005 relative à la simplification du régime juridique des établissements de santé modifiera en profondeur l'organisation des hôpitaux. A compter du 31 décembre 2006, chaque hôpital aura repensé son organisation et l'aura regroupée en pôles. Cette récente ordonnance s'applique également à l'hôpital psychiatrique. Néanmoins, elle intègre une disposition spécifique à la discipline. Pour tenir compte de la politique sectorielle élaborée depuis plus de quarante ans, l'article L 6146-1 du Code de la Santé Publique – ordonnance du 2 mai 2005 stipule: “ *Pour les activités psychiatriques, le secteur peut constituer un pôle*”.

1.4 Quelle organisation pour la psychiatrie, demain?

Les progrès incontestables de la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux n'ont répondu que partiellement aux attentes de changement. Les motifs d'insatisfaction, les causes et les symptômes de crise et de mauvais fonctionnement sont nombreux. De surcroît, en revendiquant ses particularismes d'organisation et ses spécificités de prise en charge, la politique de secteur n'a-t-elle pas à son tour engendré un processus d'isolement?

Les droits reconnus aux personnes atteintes de troubles mentaux, droits particuliers, longtemps fragiles, timides dans leur objet, sont appelés à évoluer dans le sens d'une extension du droit commun et simultanément vers un plus grand respect des libertés individuelles et de l'autonomie de la personne. La politique de secteur proposait, dans ses fondements, de ne pas attendre la demande pour aller vers le besoin. Cependant, permet- elle de nos jours, au malade d'opérer un réel choix au sein d'une offre de soins diversifiée?

Le secteur est, depuis sa création porteur d'une logique égalitaire. Or, il est faux de croire que l'égalitarisme crée de l'égalité. Il ne produit bien souvent que de l'inégalité. L'attribution de moyens identiques en fonction du nombre d'habitants, indépendamment des besoins qualitatifs (réalités épidémiologiques) comme de l'action des acteurs eux - mêmes conduit à une égalité de moyens, mais aussi à une inégalité de projets et d'action. En médecine-chirurgie-obstétrique, il est admis que des niveaux de référence existent entre un hôpital local et un CHU. Pourquoi ne pas admettre cette réalité en ce qui concerne l'offre sectorielle en psychiatrie?

Le Dr Massé rapporte une interrogation d'Alain Lopez²⁶: *“Rongé de l'intérieur par le développement de l'intersectorialité, bousculé de l'extérieur par le privé et l'hôpital général, le secteur psychiatrique évitera-t-il la dislocation en se rétractant sur un pré-carré que personne ne viendra lui disputer, les chroniques déficitaires et peut-être les exclus?”*

Parmi d'autres, ces questions justifient que l'on s'interroge sur l'avenir du dispositif de soins en santé mentale dans notre pays. La Cour des Comptes, instance suprême de contrôle des dépenses publiques, met en exergue dans son rapport 2000²⁷ les dysfonctionnements de l'organisation psychiatrique française. La Cour insiste particulièrement sur une organisation qui demeure trop cloisonnée et associée à un découpage géodémographique rigide et inadapté. Elle évoque aussi un dispositif de soins ne prenant pas suffisamment en compte les besoins et demandes de l'utilisateur, une offre de soins qui n'est pas installée de manière optimale sur le territoire et une prise en compte notoirement insuffisante de certaines problématiques de santé spécifiques, tels que l'alcoolisme, la toxicomanie, les situations de précarité et d'exclusion. Elle conclut à la nécessité de redéfinir les missions du secteur et de l'ensemble de la psychiatrie publique. Parallèlement, la demande de soins de la population ne cesse d'augmenter. Entre 1994 et 2000, l'évolution de la file active en psychiatrie adulte a représenté une augmentation de 46%. Durant la même période, la file active de pédopsychiatrie s'est accrue de 49%²⁸. Ces constats nous amèneront à rechercher ce que pourraient être, dans un souci de meilleure efficacité, les évolutions du dispositif de soins en santé mentale dans notre pays. Parallèlement, nous rechercherons les conséquences que ces évolutions possibles pourraient engendrer dans les modalités de l'exercice infirmier au sein des hôpitaux psychiatriques. Pour certains auteurs, *“c'est en travaillant sur la réorganisation d'ensemble d'un établissement qu'il sera possible d'améliorer la qualité globale de la prise en charge et de générer des économies d'échelle conséquentes et des gains de productivité en agissant sur les services cliniques, favorisant l'intersectorialité, les regroupements d'activités spécialisées ou la gestion conjointe d'une activité hospitalière par plusieurs secteurs”*²⁹. Il est étonnant de voir comment ce regard, qui est celui d'un directeur d'hôpital, Président de l'Agence de Coopération pour le Développement des Services de Santé rejoint celui d'un psychiatre clinicien. *“ La mise en place (de l'intersectorialité) suscite une ouverture, une coopération entre secteurs. Elle facilite la création d'un réseau, le tissage de liens entre le sanitaire, le social et le médico-social.(...)”*

²⁶ G.Massé, in « La sectorisation a-t-elle un avenir ? », Technologie et santé n° 54, Mai 2005, p82

²⁷ « Rapport public 2000 », édition des journaux officiels, 2001, pp 409-444

²⁸ « Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie », Ministère de la santé, 2004

²⁹ P. Mordelet, « La réforme du service public de psychiatrie », in Technologie et santé n° 54, Mai 2005, p38

Elle amène la psychiatrie à dépasser le secteur pour lui rester fidèle³⁰. Le Dr Gérard Massé précise d'ailleurs que cette évolution nécessaire vers l'intersectorialité remet en cause l'organisation traditionnelle des soins et s'accompagnera nécessairement *« d'une modification de la formation initiale et permanente des professionnels et d'une évolution des métiers »*³¹. La création d'un SROS unique et la mise en place de territoire de santé (ordonnance du 6 septembre 2003) signe le passage souhaité d'une planification quantitative à une planification qualitative. L'élaboration d'un projet médical de territoire, intégrant la psychiatrie, transcendera la logique du projet d'établissement et générera des collaborations entre établissements de santé. Le secteur psychiatrique étant formellement contenu dans la notion de territoire³², Eric Graindorge nous dit: *« Cela signifie que les diverses conséquences organisationnelles (du projet médical de territoire) seront applicables au secteur psychiatrique: des tailles et des populations différenciées aux lieux et places de l'égalité entre secteurs, une hiérarchisation des soins qui remplacera le principe généraliste, l'intersectorialité s'affirmant au détriment du secteur »*³³. Toujours selon ce directeur d'hôpital, un premier niveau d'hospitalisation resterait envisageable dans le cadre du secteur. Cependant, la psychiatrie sera amenée à redéfinir ses prises en charge. *« L'option généraliste ne peut prétendre répondre à toutes les problématiques de la discipline et négliger l'apport des prises en charge spécialisées »*³⁴. L'auteur, précisant sa pensée, imagine le développement de multiples structures spécialisées côtoyant des pôles issus de regroupements géographiques cohérents avec les bassins de population et les projets de territoires. Ce type d'évolution serait *« susceptible de présenter une psychiatrie de compromis heuristique, ni complètement généraliste, ni complètement spécialisée, réaffirmant une approche véritablement psycho-dynamique du sujet dans sa globalité et s'organisant à partir des capacités fonctionnelles du patient »*³⁵.

Au détour d'un regard historique porté sur la discipline, il semble que l'on se trouve à l'heure actuelle à l'approche d'une grande mutation pour la psychiatrie. La dernière révolution copernicienne pour la santé mentale fut l'avènement du secteur, mais la

³⁰ G.Massé, in « La sectorisation a-t-elle un avenir ? », Opus cité, p84

³¹ idem, p 84

³² Le nouvel article L 3221-1 du CSP est ainsi libellé : *« La lutte contre les maladies mentales comporte des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. A cet effet, exercent leurs missions dans le cadre des territoires de santé mentionnés à l'article L 6121-2, (...) les secteurs psychiatriques (...) »*

³³ E. Graindorge, « Quelle place pour le secteur psychiatrique dans la nouvelle planification sanitaire ? », revue Pluriels n° 42/43, Mars / Avril 2004

³⁴ E. Graindorge, idem

³⁵ E. Graindorge, idem

littérature actuelle montre que le dispositif sectoriel de prise en charge de la santé mentale doit évoluer. Il semble probable et souhaitable que cette mutation s'opère très prochainement. Il est tout aussi probable que cette évolution prendra la forme d'un système complexe, à la fois intra-et-extra hospitalier, contingenté dans son évolution locale aussi bien par le projet de territoire que par le projet d'établissement. La recherche effectuée laisse entrevoir des regroupements démo-géographiques en pôles, mutualisation des moyens d'un ensemble de secteurs actuels, mais aussi, le développement de nombreux pôles spécialisés, lieux de référence pour un ensemble de territoires de santé. Cette spécialisation semble légitimée par la nécessité d'atteindre une taille critique pour pouvoir dispenser des soins spécifiques qui soient personnalisés, adaptés et de qualité. Qu'ils soient intra-ou extra-hospitaliers, les regroupements donnant lieu à un exercice pouvant être qualifié de spécialisation au sein du dispositif psychiatrique prendront des formes différentes. Loin de toute vision exhaustive, ils pourront s'opérer à partir de logiques de pathologies identiques, de populations spécifiques ou de périodes de prise en charge dans le parcours d'un patient.

Dans tous les cas, ces nouvelles logiques engendreront des pratiques soignantes spécifiques, modifiant ainsi les modalités de l'exercice infirmier qui, dans le cadre du secteur, se voulait exclusivement généraliste. De nouvelles **compétences** devront être acquises à différents moments du parcours professionnel d'un infirmier. La variété potentielle du parcours de chaque acteur étant plus riche, chacun bénéficiera de plus d'**autonomie** dans la gestion de son **projet professionnel**. Au-delà des tropismes individuels, il sera pourtant nécessaire de sauvegarder la **polyvalence** des personnels infirmiers et de garantir ainsi leur employabilité future. Un **management** prenant en compte ces différentes données constituera l'angle soignant d'une **gestion prévisionnelle des emplois et des compétences**.

La prise en compte de ces évolutions représente donc un enjeu managérial pour le directeur des soins. C'est pourquoi, à ce moment de notre recherche, il nous apparaît intéressant d'approfondir les différentes notions pré-citées.

2 Des notions précisées

2.1 La compétence

Le concept de compétence est de plus en plus utilisé dans le monde du travail, mais ce terme recouvre de nombreuses acceptions. *“La compétence est le système de connaissances permettant d'engendrer l'activité répondant aux exigences d'une tâche.*

*Elle représente l'aspect générateur d'une activité*³⁶. *“Elle dépend en premier lieu des aptitudes et capacités, mais elle résulte surtout de l'expérience professionnelle; elle s'observe objectivement à partir du poste de travail. Elle est de fait validée par la performance professionnelle”*³⁷. JP.Citeau donne, quant à lui, une définition plus opérationnelle de ce que peut être la compétence en écrivant: *“C'est un ensemble de savoirs, savoir-faire et savoir-être qui sont définis dans l'exercice d'un emploi ou d'un métier, dans une situation d'activité donnée”*³⁸. La compétence fait donc appel à des types de connaissances reliées à la fois aux domaines cognitif, psychomoteur et socio-affectif. Il s'agit d'une compétence à agir dans une situation donnée, par rapport à une commande précisée. N'existant pas à l'état pur, elle est toujours mise en oeuvre sur des contenus particuliers. C'est une habileté acquise grâce à l'assimilation de connaissances pertinentes et à l'expérience, qui consiste à résoudre des problèmes spécifiques. Une compétence est une capacité d'action efficace en un temps donné. La compétence doit donc s'entretenir car elle est soumise, dans le temps, au risque de sa propre obsolescence. Elle est également liée à un domaine d'action. Plus ce domaine est restreint, plus la compétence est précise et spécifique, moins le porteur de cette compétence est adaptable à d'autres tâches. Quelles compétences sont donc nécessaires pour être infirmier? Dans le répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière, le métier est défini comme: *“ l'ensemble d'activités professionnelle, regroupant des postes ou des situations de travail pour lesquels il existe une identité ou une forte proximité de compétences”*. On perçoit donc bien, au travers de cette définition, que l'exercice infirmier repose sur des compétences communes, des “savoirs formalisés” appris en dehors de l'action, savoirs théoriques et procéduraux qui composent le substrat de la profession. Néanmoins, l'étude plus approfondie du concept de compétence nous montre que les savoirs réellement agis, les savoir-faire, les capacités à mobiliser son expérience ne peuvent être indépendants de l'action, et que la performance est proportionnelle à la précision des contours de la mission à accomplir. Il existerait donc une compétence globale, sorte de plus petit dénominateur commun professionnel, ensemble de savoirs formalisés et labellisés par un diplôme et, à côté, des compétences complémentaires, savoirs agis, issus de l'action et des expériences professionnelles. Cette vision dynamique du concept de compétence met en exergue l'importance d'une

³⁶ P. Carré et P. Gaspar, « Traité des sciences et techniques de la formation », Paris, édition Dunod, 1999, p12

³⁷ L. Bellenger et P. Pigallet, « Dictionnaire de la formation et du développement personnel », Paris, ESF, 1996, p66

³⁸ JP. Citeau, « Gestion des ressources humaines : Principes généraux », Paris, édition Armand Colin, 2000

gestion optimale par un infirmier de son projet professionnel, au risque, sinon, de voir se rétrécir son champ de compétence et d'employabilité. La compétence étant attributive du sujet, *"elle revêt une composante personnelle (...) La compétence devient un processus dans lequel la qualification n'est qu'une ressource parmi d'autres. Elle fait référence à l'autonomie et à la prise d'initiative nécessaires et conduit, au niveau opérationnel, à la responsabilisation individuelle et à l'engagement. En cela, elle place les individus au centre de l'organisation du travail"*³⁹. Cette composante individuelle de la compétence fait dire à P. Zarifian que *"la compétence est la prise d'initiative et de responsabilité d'un individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté (...) La compétence est la capacité à utiliser des connaissances et des savoir-faire que l'on possède pour maîtriser une situation professionnelle"*⁴⁰. Au-delà d'une qualification, c'est-à-dire de l'aptitude à exercer un emploi (diplôme, titre, validation d'une expérience), chaque individu doit se préoccuper du degré de professionnalité avec lequel il sera en mesure d'exercer cet emploi. Pour ce faire, il lui sera nécessaire d'avoir des compétences, c'est-à-dire d'avoir des ressources sous forme de connaissances, de savoir-faire, de méthodes de raisonnement et d'aptitudes comportementales. Posséder ces ressources sera une condition nécessaire mais non suffisante pour être compétent. En effet, la compétence est indissociable du contexte qui conditionne les modalités de sa mise en oeuvre, afin d'obtenir des résultats (produits, services) satisfaisant à certains critères de performance pour un destinataire donné (client, patient). En d'autres termes, un infirmier qualifié (diplômé) pourra posséder des compétences mais, dans un contexte donné ne pas être compétent. *" Etre compétent, c'est être capable d'agir dans une situation de travail donnée,(...) c'est mettre en oeuvre une pratique professionnelle pertinente tout en mobilisant une combinatoire de ressources appropriée au type d'action demandée"*⁴¹. La compétence est donc liée à l'action. Elle est contextuelle, liée à une situation professionnelle donnée. Si elle se caractérise par les savoirs qui la constituent, il ne s'agit pas d'une somme de contenus mais des capacités intégrées, structurées, combinées et construites. Il est donc légitime d'exiger d'un infirmier un état de compétence, c'est à dire d'être qualifié et, individuellement, de maintenir et développer ses capacités. Par contre, on perçoit d'ores et déjà que, pour permettre à cet infirmier d'être compétent, il sera nécessaire de favoriser en permanence un processus d'adaptation des dites ressources individuelles à un contexte donné de production de soins.

³⁹ MEDEF, « L'influence des contextes nationaux sur le management par les compétences », Cahier n°1, in Objectif compétences, des pratiques européennes innovantes, France, 2002

⁴⁰ P. Zarifian, « Objectif compétence », Pour une nouvelle logique, Editions Liaisons, Paris, 2001

⁴¹ G. Le Boterf, « Gestion des compétences », revue Gestion Hospitalière, p 772, Décembre 2005

Favoriser l'ajustement indispensable des compétences individuelles tout au long d'un projet professionnel semble donc être un enjeu institutionnel, afin de disposer de personnels compétents et adaptés à la spécificité des différentes missions qui leur seront confiées durant leur carrière. Néanmoins, le concept de compétence ne se satisfait pas de ce volet relatif à la compétence individuelle des acteurs. Comme l'écrit G. Le Boterf :

“ Les années 90 ont vu se développer une préoccupation croissante des entreprises pour le développement des compétences individuelles. Il est probable que la première décennie du troisième millénaire mette au premier plan les volontés de promouvoir les compétences collectives”⁴². En effet, la compétence collective ne se résume pas à la somme des compétences individuelles qui la composent. Elle est très fortement tributaire de la qualité des interactions qui s'établissent entre les différents acteurs. La compétence collective est un combinatoire de savoirs différenciés mis en situation en vue d'atteindre un objectif commun. “ Pour concourir à une compétence collective, chacun doit mettre en oeuvre ses connaissances, son action mais aussi savoir les intégrer comme contribution à l'oeuvre collective”⁴³. Il semble donc indispensable pour la réussite de tout projet de prendre en compte le concept de compétence collective. “La complexité des situations professionnelles à gérer fera de plus en plus appel à de multiples savoirs et contributions pour poser et résoudre un problème, concevoir un projet, gérer un processus d'innovation. Pour y faire face, les ressources propres d'un seul individu se révèlent chaque jour davantage insuffisantes.(...) L'organisation du travail en équipes, le management par projet, la gestion des processus, le travail en réseau avec les co-traitants appellent à un véritable maillage des intelligences. Le développement de l'économie du savoir et de l'information conduit à la mise en place d'une véritable gestion des connaissances (knowledge management) destinée à créer un capital de savoirs et savoir-faire collectifs”⁴⁴. Les compétences collectives résultent donc d'un faisceau d'actions concrètes qui tient de l'organisation autant que du fonctionnement collectif. Le management par les compétences (avec le rôle spécifique que peut jouer en cela la direction des soins), le fonctionnement en réseaux, la capitalisation des savoirs (knowledge management), la qualité des fonctionnements collectifs à l'intérieur de l'institution, l'accompagnement collectif du changement, la clarté et la faisabilité des missions à remplir par le groupe professionnel contribuent à développer une compétence collective. Il s'agit de créer les conditions pour qu'émerge “ un ensemble des savoir-agir

⁴² G. Le Boterf, « La mise en place d'une démarche compétence », revue Personnel n°412, Août/Septembre 2000

⁴³ R. Teulier, « Construire ensemble des connaissances pour nourrir les compétences », revue Soins Cadres, n°41, février 2002, pp 23-26

⁴⁴ G. Le Boterf, « La mise en place d'une démarche compétence », Opus Cité

*(hard/soft skills and competences) d'une équipe de travail, combinant des ressources endogènes de chacun des membres, des ressources exogènes de chacun des membres et créant des compétences nouvelles issues de combinaisons synergiques de ressources afin de répondre à une mission prédéfinie, réaliste et correctement sériée*⁴⁵. Favoriser le développement d'une compétence collective, c'est donc également promouvoir des projets faisables, lisibles, dont l'ambition est de prendre appui sur les ressources propres de chaque composante de l'équipe afin de produire une prestation attendue et clairement définie à l'avance. La précision des objectifs poursuivis par une équipe, notamment dans l'environnement complexe de l'hôpital, permet aux acteurs d'appliquer les règles et les procédures préétablies tout en étant capable, dans un domaine qu'ils connaissent bien, de faire preuve d'autonomie et d'innovation pour répondre à un contexte changeant. Pour qu'une équipe soit reconnue comme compétente, "*il ne suffit plus seulement qu'elle soit capable d'exécuter le prescrit, mais qu'elle sache aller au-delà du prescrit*"⁴⁶. Il y a donc compétences collectives, lorsqu'une équipe maîtrise collectivement la mission qui lui est confiée, même si chaque acteur n'en maîtrise lui-même qu'une partie. D'une compétence individuelle, dont chaque acteur est en grande partie responsable, à une compétence collective, qui est le reflet de la qualité d'un management, il est nécessaire de promouvoir la convergence des référentiels individuels vers un référentiel commun. G. Le Boterf propose pour ce faire un certain nombre d'actions. Tout d'abord, développer un langage commun, un système d'entraide, de travail en réseau et d'auto-formation entre les membres d'une même équipe. Ensuite, choisir des modes d'organisation qui permettent une synergie des compétences, instituant des processus d'apprentissage permettant de réfléchir sur les pratiques professionnelles, grâce notamment à l'évaluation des projets, de l'atteinte des objectifs et au retour d'expérience. Enfin, mettre en place un management qui favorise la complémentarité des spécificités et qui valorise le potentiel de chaque collaborateur, faisant appel ainsi à son autonomie de décision et d'action. La compétence, "savoir agir" validé dans une situation professionnelle donnée, pour une finalité définie, se nourrit donc, individuellement et collectivement, du concept d'autonomie.

2.2 L'autonomie

Le terme "autonomie" est, lui aussi, utilisé dans des acceptions très différentes. Nous retiendrons la définition qu'en donne le philosophe Cornélius Castoriadis. "*Autonome*

⁴⁵ CH. Amherdt et al., « Compétences collectives dans les organisations, émergence, gestion et développement », Les presses de l'université de Laval, Québec, 2000, p 15

⁴⁶ G. Le Boterf, « De quel concept de compétence avons-nous besoin ? », revue Soins Cadre n° 41, Février 2002, p 20

*veut dire qui se donne à soi-même sa loi.(...) Dans le domaine de la pensée, c'est l'interrogation illimitée, qui ne s'arrête devant rien, qui se remet elle même constamment en cause. C'est la capacité à s'interroger, à questionner, qui consiste à se démarquer de l'emprise des certitudes. C'est une interrogation sur les actes posés qui fait sens*⁴⁷. Jadis, Socrate, promoteur de l'attitude maïeuticienne, faisait appel à la capacité d'autonomie de ses disciples. Etre autonome c'est participer de manière active et responsable à un projet, c'est le contraire d'exécuter une tâche sans comprendre ce qui la motive. Oubliée des organisations tayloriennes, l'autonomie occupe actuellement une place de choix pour caractériser la place des individus dans les organisations "gagnantes". L'autonomie est aussi une capacité à définir ses priorités, à définir l'ordre et les modalités de gestion de ses tâches. C'est en ce sens que sur un plan individuel, un infirmier pourra construire, pas à pas, son projet professionnel, prenant en compte ses liens de dépendance institutionnelle, mais construisant son parcours de formation et d'expérience comme un véritable parcours qualifiant. Cette autonomie constructive est parfois qualifiée d'autonomie responsabilisante, en ce qu'elle favorise l'engagement individuel des acteurs. Néanmoins, l'individu autonome n'est pas celui qui se "débrouille" et agit seul. *"Etre autonome, c'est avoir atteint un état où l'on sait tout à la fois qu'on ne peut compter que sur soi et qu'on ne peut rien sans les autres"*⁴⁸. L'autre, c'est une intelligence, des savoirs, des compétences différentes des miennes. Dans ses lettres à Lucillius, Sénèque écrivait déjà: *" Si je te fais venir, ce n'est pas seulement dans le but que tu progresses mais que tu me fasses progresser; nous nous apporterons, en effet, énormément l'un à l'autre. Vivre, c'est être utile aux autres. Vivre, c'est être utile à soi"*⁴⁹. Ainsi, l'autonomie est comprise tout à la fois comme *"un rapport à soi, un rapport à l'autre et un rapport à l'environnement"*⁵⁰. Tout d'abord un rapport à soi, car l'autonomie se construit au fur et à mesure du développement, avec la conscience de soi, l'affirmation de soi puis la confiance en soi, qui est une capacité fondatrice des autres capacités. Un rapport à l'autre, ensuite car elle se construit dans l'écoute d'autrui, dans les situations d'échange, de dialogue et d'altération de la pensée. La capacité à travailler en équipe, à se décentrer, à intégrer d'autres regards, d'autres compétences, est la traduction d'une certaine solidité personnelle et donc d'une certaine autonomie. Accueillir la différence, la complémentarité et accepter de partager le pouvoir de concevoir, d'organiser et de mesurer les résultats d'une activité commune sont aussi une marque d'autonomie.

⁴⁷ C. Castoriadis, « Fait et à faire », édition du seuil, Paris, 1997, p 43

⁴⁸ PL. Séguillon, « La simple vie », édition Denoël, Paris, 1990

⁴⁹ Sénèque, « Lettres à Lucilius », Apprendre à vivre, édition Arléa, 1998

⁵⁰ AM. Hoffsmans-Gosset, « Apprendre l'autonomie, apprendre la socialisation », édition Chroniques Sociales, Paris, 2000

Un rapport à l'environnement, enfin, car l'autonomie se structure dans toutes les situations où l'individu reconnaît l'existence et la nécessité de normes et de règlements. *“L'autonomie comme gestion de ses liens de dépendance”*⁵¹ objective les zones de contrainte et les zones de non-contrainte, et donne ainsi la capacité de choisir et d'agir avec volonté et discernement. AM.Hoffmans-Gosset, dans son approche conceptuelle montre que l'autonomie est constitutive de la responsabilisation des acteurs. En effet, être responsable, c'est s'engager à mener à bien une mission ou une action, c'est être prêt à répondre de ses actes du fait même que l'on a la capacité de choisir et d'agir. L'autonomie dont il dispose responsabilise le sujet et le solidarise à ses actions. Cette approche inscrit le concept d'autonomie dans un processus dynamique, comme levier du changement et catalyseur des projets collectifs et individuels.

2.3 Le projet professionnel

Le projet professionnel est, avant tout, un projet individuel. Projet, “pro-jectare”, se lancer en avant. Il s'agit d'un acte complexe, exigeant une possibilité de prévision mentale. En ce sens, le projet est spécifiquement humain. C'est *“une conduite d'anticipation supposant le pouvoir de se représenter l'inactuel et celui d'imaginer le temps futur”*⁵². Le projet professionnel, individuel, est confronté à la position d'acteur social qu'occupe tout un chacun. Quel est alors le devenir de la liberté individuelle d'envisager un projet au sein d'un système organisé? L'hypothèse proposée par le systémicien consiste à mettre en avant la contingence de l'acteur comme une position fondamentale et à dégager à partir de cette contingence la liberté de l'acteur. Chaque individu, libre et souverain, va donc négocier avec les autres *“les conditions de leur coopération”*⁵³. Tout système est en soi restrictif. Pour l'acteur, la liberté d'agir au travers d'un projet individuel sera donc toujours limitée. Elle sera, par là même, toujours existante. Le caractère limitatif imposé à un projet individuel est en quelque sorte la garantie de son existence. M. Crozier et E.Friedberg nous rappellent également que l'action et l'organisation participent du même principe, à savoir, celui de la construction et de l'ajustement. L'individu choisira des solutions qui seront déterminées en partie par l'organisation, qui, elle-même, sera déterminée en partie par les actions choisies par l'individu. Le projet d'un acteur est donc influencé par le système, mais, à son tour, influence le système. L'acteur possède donc une relative autonomie par rapport aux projets collectifs. Corrélativement, il jouit d'une rationalité limitée. Le projet professionnel, s'il est avant tout individuel, est donc très fortement lié à l'environnement dans lequel il est amené à se dérouler. De manière opérationnelle, il peut

⁵¹ E. Morin, « La méthode: la connaissance de la connaissance », édition du Seuil, St Amand, 1986

⁵² L. Not, « Où va la pédagogie du projet », édition universitaire du sud, 1987, p 20

⁵³ M. Crozier et E. Friedberg, « L'acteur et le système », édition du Seuil, Paris, 1977, p 54

être défini comme “ *l'intention de réalisation d'une série d'actions, intention suscitée par une motivation, animée par une implication continue, affirmée par une orientation de valeur. Cette intention se réalise par un trajet tenant compte des conditions de l'environnement et des événements prévus et imprévus*”⁵⁴. Le projet professionnel se construit donc autour d'un principe de réalité: dans un souci de réalisation de soi, un acteur opère une projection qui est de l'ordre du désir. Cependant, la vie humaine s'étant construite sur sa capacité d'adaptation, ce même acteur ajustera son projet en fonction de l'environnement, répondant ainsi à l'ordre de la nécessité. Au sein d'une institution, il repérera ainsi les opportunités professionnelles de tendre au plus près vers les objectifs de son projet tout en restant solidaire du système auquel il appartient. Une des clefs de cet ajustement du projet professionnel aux contraintes de l'institution est, selon J.Abbad, la possibilité de mobilité professionnelle. “ *Encourager la mobilité signifie que l'on est capable de mettre en place un système permettant au salarié de repérer des opportunités de changement (...) C'est le moyen d'assurer la meilleure adéquation entre les contraintes de l'institution, en terme d'utilisation des compétences et de recherche de qualité, et les attentes individuelles*”⁵⁵. La mobilité est donc un des leviers de management permettant de relier les compétences d'un professionnel, l'autonomie dont il fait preuve par le biais de l'élaboration de son projet professionnel et son employabilité future qui semble associée à la notion de pluri-compétences, gageant d'une polyvalence d'exercice professionnel.

2.4 La polyvalence

En effet, “ *la polyvalence est synonyme de pluri-compétences (...) Elle est un élément muable, évolutif et dynamique. Etre polyvalent consiste à être compétent sur des domaines différents. La polyvalence relève d'une politique institutionnelle centrée sur les compétences et la démarche qualité, elle doit s'appuyer sur l'anticipation des compétences à posséder. Elle nécessite une remise en cause des cadres de référence traditionnels et entraîne une révision profonde des attitudes et des façons de concevoir le travail au sein d'une équipe*”⁵⁶. La polyvalence recherchée au sein d'une institution est une polyvalence des pratiques professionnelles. Du grec *prassein*, “faire, exécuter, accomplir”, le terme pratique signifie dans un premier temps “application des règles” puis, par extension sémantique désigne toute transformation de la réalité par l'action humaine. La pratique ne renvoie pas exclusivement au faire, mais également aux procédés utilisés pour faire. Plus précisément, les pratiques professionnelles renvoient aux différentes

⁵⁴ JP. Boutinet, « Anthropologie du projet », édition Presses Universitaires de France, Paris, 1990

⁵⁵ J. Abbad, « Organisation et management hospitalier », édition Berger-Levrault, Condé sur Noireau, 2001, p 417

⁵⁶ G. Drevet, « L'adaptation au changement », revue Gestion Hospitalière, Février 2000, n° 393

séquences d'action que le sujet met en oeuvre pour réaliser des tâches. Dans le domaine des pratiques professionnelles, être compétent c'est pouvoir reproduire plusieurs fois une même pratique pertinente pour un certain type de situation. Etre polyvalent, c'est pouvoir maîtriser de nombreux et différents types de situations. L'acquisition par un acteur d'un certain degré de polyvalence constitue une source de motivation et de reconnaissance professionnelle. La polyvalence atténue le cloisonnement généré naturellement par la spécialisation dans un type unique de pratique professionnelle. Ainsi, elle favorise le sentiment d'appartenance à une entité commune de type "macro-économique" (l'hôpital par exemple) et non plus seulement à une composante "micro-économique" (l'unité de soins spécialisée par exemple). S'appuyant sur une pluri-compétence, la polyvalence est exigeante pour l'individu. Elle enrichit de fait le projet professionnel d'un acteur, mais n'est pas toujours perçue par ce dernier comme une valeur ajoutée, pouvant même engendrer un mal-être, une position de défense et une résistance au changement. La volonté de développer des compétences appartenant au premier chef à l'individu lui-même, il est nécessaire au sein d'une institution d'organiser la polyvalence, de lui donner une forme, du sens, une viabilité et une pérennité. C'est là une tâche confiée au management.

2.5 Le management

Le management est une notion bien souvent galvaudée, qui entraîne parfois un sentiment de rejet chez les acteurs en raison du mauvais usage qui a parfois été fait de ce terme. Il s'agit d'une notion complexe dont la définition est assez difficile à cerner. Le terme est issu du mot français "ménagement", emprunté par l'anglais, puis réintroduit en français sous une forme peu modifiée. Dans son sens originel, et en se référant au Littré, il renvoie à " *l'art de conduire, de diriger, de manier, voire à l'action de bien régler ou de bien disposer*". Cette définition du Littré offre une synthèse de la notion qui à bien des égards reste actuelle. Toutefois, le dictionnaire Larousse "Anglais-Français" lui donne un sens plus vaste. "*To manage: diriger, administrer, gérer, mener, conduire, maîtriser, gouverner, dompter, venir à bout, tenir, arranger, s'arranger, manier, manoeuvrer, se tirer d'affaire, trouver moyen de, parvenir à*". Une définition précise de la notion de management s'avère donc délicate. Il peut s'agir de l'ensemble des techniques de direction, d'organisation et de gestion d'une entreprise. Pour H. Mintzberg " *le management est un ensemble de processus par lesquels ceux qui ont la responsabilité formelle de tout ou partie de l'organisation essaient de la diriger ou du moins de la guider dans ses activités*"⁵⁷. Alors que la fonction de management est aussi ancienne que les sociétés humaines, "l'art de conduire" est devenu, à la fin du XX^{ème} siècle, une discipline. Apparues en France au

⁵⁷ H. Mintzberg, « Structure et dynamique des organisations », éditions d'organisation, Paris, 1982

début des années 1980, les sciences de gestion, qui intègrent le management, combinent des approches à la fois déductives (à partir de postulats théoriques que l'on teste, on produit des outils de gestion et on modifie la théorie) et inductives (à partir d'une observation de la réalité managériale, on tente de comprendre les dysfonctionnements d'une organisation). Progressivement il s'élabore donc ce que certains auteurs nomment une connaissance "technoscientifique". Cependant, la notion de management ne pourra jamais se réduire à une simple gestion technique ou scientifique. Elle fait référence aux relations humaines, complexes et non quantifiables, et doit favoriser l'expression de la compétence et de l'autonomie des acteurs. " *Le management n'exige pas seulement du bon sens, de l'expérience, et diverses aptitudes. Il demande que l'on ait, à un niveau suffisant, la maîtrise de plusieurs disciplines, la connaissance de divers principes, la familiarité avec quelques théories. Il demande un effort permanent pour entretenir et développer, à tous les niveaux de l'entreprise, tout un faisceau de compétence*"⁵⁸. Connaissances théoriques donc, mais science mobilisant des qualités innées, intuitives, personnelles. Le management est l'art de conduire, de diriger et la notion "d'art" s'oppose par conséquent au caractère scientifique qui quantifie, formalise et normalise. Le management s'intéresse à l'ensemble des ressources d'une organisation. Le terme "ressource" est important car il s'oppose à celui de "coût", en ce sens qu'il s'agit de générer de la valeur au lieu de seulement la consommer. Cette distinction est fondamentale car elle suppose qu'une ressource peut et doit être considérée comme un investissement et mérite donc d'être gérée. Gérer les compétences face aux évolutions rapides des techniques et des organisations impose un management de proximité, quasi individualisé. On parle alors de management participatif, de management stratégique, de management par projet ou en réseaux. L'entreprise reste un lieu essentiel d'appartenance culturelle par et à l'intérieur de laquelle l'individu s'implique et se construit. En ce sens, il s'agit toujours, par le biais du management, d'optimiser les savoirs et compétences des acteurs lorsque cela est utile au bon fonctionnement et au développement de l'institution ainsi qu'à la personne elle-même. Le management concerne donc tout particulièrement les "ressources humaines". Prévoyant, gérant la place des individus au travail, il a pour finalité d'optimiser l'utilisation de leurs compétences. Cette forme de management prend corps au travers de ce que l'on nomme, " la Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences".

⁵⁸ extrait de : « La lettre du manager » n° 382, Mars 2000

2.6 La Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences (GPEC)

La délégation à l'emploi donne la définition suivante de la GPEC: " *C'est une activité de gestion qui permet à l'entreprise d'accroître ses compétences, sa réactivité et son adaptabilité aux fluctuations de son environnement, par une analyse sur le contenu des métiers, l'évaluation des qualifications en relation avec l'organisation du travail, la validation de la compétence et du potentiel individuel et collectif du personnel*"⁵⁹. Ce type de démarche a été initié dans l'entreprise et le secteur tertiaire dès les années 1980. La fonction publique, elle aussi, s'est largement engagée dans des travaux d'analyse et d'anticipation du contenu des emplois et de gestion des compétences. Plus spécifiquement, c'est à partir de 1988 que le secteur hospitalier, à partir d'études portant sur les personnels techniques et généraux des hôpitaux publics, s'est engagé dans cette démarche. Le champ de la GPEC s'est ensuite progressivement étendu à l'ensemble des métiers de l'hôpital, permettant de mettre à la disposition des gestionnaires une nouvelle méthode de lecture des emplois (description des emplois-types), et des processus de formation adaptés soit à l'évolution des emplois, soit aux opérations de reconversion. Une formalisation de ces travaux, utile à la GPEC, a été réalisée au niveau national, donnant naissance récemment au "Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière". Dans le contexte de l'hôpital, il est donc question de concevoir et de mettre en oeuvre une politique et des plans d'action cohérents visant à réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins et les ressources humaines d'un établissement, tant en terme d'effectifs que de compétences. Cette politique doit nécessairement se baser sur un plan stratégique permettant de stabiliser les orientations générales de l'établissement, sur l'existence de référentiels par poste de travail et sur les projets individuels d'évolution des agents.

Les principaux objectifs de la GPEC sont : ⁶⁰

- ❖ d'identifier les facteurs clefs d'évolution de la structure considérée, par référence à ses missions et à ses objectifs
- ❖ de projeter les conséquences prévisibles sur les besoins qualitatifs et quantitatifs déterminés pour les prochaines années
- ❖ de repérer en particulier les populations susceptibles d'être confrontées aux risques d'inadaptation aux emplois, tant au point de vue des qualifications que sous l'angle des effectifs

⁵⁹ extrait des Cahiers du Management n° 44, juillet 1991

⁶⁰ B. Donius, DRH CHU de Lille, Cours sur « la gestion prévisionnelle des emplois et compétences », Filière directeur des soins, ENSP, Mai 2006

- ❖ de diagnostiquer les écarts entre les besoins et les ressources
- ❖ d'en déduire des actions à mener pour rapprocher, à terme, les ressources des besoins

Pour ce faire, il s'agit donc de :

- ❖ mieux connaître les effectifs réels et leurs évolutions spontanées (nombre, qualification, pyramide des âges, ancienneté), afin de déterminer le nombre de départs à la retraite, le rythme des promotions et les besoins de recrutement et de mobilité
- ❖ mieux appréhender les besoins de transformation des compétences existantes par des itinéraires de formation
- ❖ développer la participation des personnels dans la recherche et la conduite de leurs évolutions professionnelles et les mobiliser à tous les niveaux
- ❖ accompagner la mise en place d'une GPEC par des actions d'information et de communication concernant l'évolution des missions de service public, les enjeux économiques, l'évolution des métiers, les possibilités et les modalités de l'orientation professionnelle

“ *La conduite directe des individus est, et a toujours été, une part intégrante de la responsabilité qui incombe à tout titulaire de l'encadrement hiérarchique, du Directeur Général au plus modeste des contremaîtres*”⁶¹. Accompagner en terme de ressources humaines les évolutions organisationnelles de l'hôpital, permettre à chaque agent, à chaque infirmier notamment, de trouver sa place et de construire un projet professionnel cohérent et pertinent semble, à ce point de notre recherche, être une des tâches importantes qui incombe, à côté des spécialistes de la fonction de gestion du personnel, aux directeurs des soins.

⁶¹ JM. Peretti, « Tous DRH », les éditions d'organisation, Paris, 1997, p 20

DEUXIEME PARTIE : HYPOTHESES, METHODOLOGIE

1 Hypothèses

Le point de départ de cette étude concernait “l'évolution prévisible des modalités de l'exercice de la profession infirmière dans le champ des soins psychiatriques”.

Un regard historique porté sur la discipline nous a permis de prendre conscience des évolutions opérées au cours des siècles, retour fondamental sur des temps écoulés, puisque “ *notre passé et notre avenir sont solidaires*”⁶². Nous avons ainsi pu percevoir les prémices des mutations en cours au sein des hôpitaux psychiatriques et certaines conséquences que ces évolutions engendreraient pour les modalités d'exercice de la profession infirmière. Il nous a en effet été possible, au travers de la recherche documentaire effectuée, de déterminer que les modalités de l'exercice professionnel infirmier en psychiatrie allaient être influencées par des modifications déjà en cours ou imminentes de l'environnement professionnel. Ainsi, d'un environnement de soins exclusivement généraliste où la **polyvalence** d'exercice était de mise, la discipline psychiatrique est en train de générer de plus en plus d'îlots de **spécialisation**, sous la forme d'unités de soins dites intersectorielles ou de pôles. Cette évolution de l'environnement semble réclamer pour les infirmiers de nouvelles **compétences** et une gestion plus **autonome** et plus adaptative de leur **projet professionnel**. Notre détour théorique nous a aussi permis d'appréhender l'importance croissante que semble prendre un **management** organisé des parcours professionnels par la direction des soins, celui-ci devant apparemment s'appuyer sur les processus de **gestion prévisionnelle des emplois et compétences**. Les apports issus de notre recherche documentaire nous autorisent à poser les hypothèses suivantes :

1.1 Hypothèse principale

“ Les modalités de l'exercice infirmier en psychiatrie, qui tendent actuellement vers une logique de spécialisation, constituent un enjeu managérial pour le Directeur des soins ”.

⁶² G. De Nerval, « Aurélia », édition Gallimard, Paris

1.2 Hypothèses subsidiaires

H1 : “La spécialisation des pratiques nécessite l’acquisition de compétences spécifiques”.

H2: “Les possibilités de spécialisation développent l’autonomie des acteurs dans la gestion de leur projet professionnel”.

H3 : “Un management prenant appui sur la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences doit être réalisé par la direction des soins afin de préserver, dans un contexte de spécialisation, la polyvalence de l’exercice infirmier”.

2 Méthodologie retenue pour l’enquête

2.1 Objectifs de l’enquête

Après avoir réalisé un détour historique permettant de comprendre les liens entre l’évolution de la discipline psychiatrique et les variations des modalités de l’exercice infirmier, il importe de tenter d’objectiver les éventuelles modifications actuelles de ces modalités d’exercice professionnel consécutives à la mise en place de dispositifs spécialisés non-sectorisés (pôles ou unités de soins intersectorielles).

S’il s’avère que des modifications sont observées dans les modalités de l’exercice infirmier au sein de ces nouveaux dispositifs de soins, il conviendra d’étudier la teneur de ces évolutions, leurs apports, leurs limites et les enjeux qui en découlent.

Enfin, s’il y a lieu, il faudra, à partir de ces différents éléments, rechercher les moyens de développer une politique managériale de la direction des soins permettant de prendre en compte les conséquences possibles de ces évolutions.

2.2 Démarche de la recherche

- ❖ L’étude portant sur l’impact des dispositifs de soins spécialisés non sectorisés sur l’exercice professionnel infirmier, il a été jugé préférable de s’appuyer sur l’entretien semi-directif comme méthode principale de collecte de données. En

effet, ce type de démarche, d'ordre qualitatif, permet d'appréhender plus finement les ressentis des différents acteurs.

- ❖ Une phase de pré-enquête a permis de « cibler » le type de lieux à retenir pour la recherche et les différents points à aborder dans les entretiens de façon à mieux finaliser le questionnement initial. Cette pré-enquête, réalisée à l'aide d'entretiens semi-directifs, s'est déroulée en deux étapes successives. D'une part, il s'est agi d'interviewer différents acteurs appartenant à un établissement psychiatrique dont le « découpage » en pôles avait donné naissance à certaines entités spécialisées et non-sectorisées. Dans ce cadre, nous avons rencontré un Directeur d'établissement, un médecin responsable de pôle, un directeur des soins et un infirmier. D'autre part, il s'est agi d'interroger des acteurs d'un hôpital psychiatrique de conception « traditionnelle », ne possédant pas d'unité de soins intersectorielle spécialisée et dont la déclinaison en pôle n'était pas encore d'actualité. Les entretiens ont alors concerné un médecin président de CME⁶³, un directeur des soins, un cadre de santé et un infirmier. Globalement, ces huit entretiens préparatoires ont permis de conforter le choix des terrains d'enquête retenus. Il est alors apparu indispensable de se concentrer exclusivement sur des hôpitaux psychiatriques ayant déjà mis en place des pôles cliniques spécialisés ou à défaut des unités de soins intersectorielles. En effet, c'était là le seul moyen de travailler sur un discours des acteurs empreint de réalisme et d'expériences et non sur de simples représentations. Cette pré-enquête a également permis d'entrevoir des éléments de réponses et réactions possibles et de tester ainsi la pertinence des questions, de les modifier, de les affiner, de mettre en évidence les points les plus importants à étudier en rapport avec l'objet de l'étude. Enfin, toutes les données recueillies ont été prises en compte, aussi bien pour affiner la problématique et les hypothèses posées que pour construire le guide d'entretien final.

2.3 Sites de l'enquête

Un terrain d'enquête a été défini en relation avec le sujet de l'étude.

Après un état des lieux, un établissement public de santé mentale du Sud-est de la France ayant initié de manière expérimentale un découpage selon les termes de l'ordonnance du 2 mai 2005 et ayant donné naissance à des pôles, dont certains étaient non sectorisés, a été retenu. Deux autres établissements publics du Nord-ouest du pays ayant, en ce qui les concerne, mis en place depuis déjà quelques années des unités de

⁶³ CME : commission médicale d'établissement

soins intersectorielles spécialisées et projetant de les commuer prochainement en pôles cliniques ont également été intégrés au terrain d'enquête.

Au sein de ces trois établissements, ont été choisis deux pôles cliniques et quatre unités de soins intersectorielles spécialisées ;

Etablissement N°1 :

- > structure A Pôle prenant en charge les problématiques d'addictions
- > structure B Pôle prenant en charge les patients psychotiques dépendants

Etablissement N°2 :

- > structure C Unité de soins prenant en charge la réhabilitation sociale
- > structure D Unité de soins prenant en charge les problématiques de suicide
- > structure E Unité de soins prenant en charge la psycho-gériatrie

Etablissement N°3 :

- > structure F Unité de soins prenant en charge l'accueil, l'évaluation et l'orientation

Ces pôles ou unités de soins non-sectorisés se sont donc spécialisés. Les spécialisations au sein de la discipline psychiatrique répondent soit à des logiques de pathologies (structures A, B, D), soit à des logiques de population (structure E), soit à des logiques de parcours du patient (structures C, F).

2.4 Populations ciblées

Ont été interviewés respectivement dans chaque structure :

	Structure A	Structure B	Structure C	Structure D	Structure E	Structure F	Total
Praticien hospitalier	1*	1*	0	1	0	1	4
Directeur des soins référent	1	<i>idem</i>	1	<i>idem</i>	<i>idem</i>	1	3
Cadre supérieur de santé	1	1	1	1	0	0	4
Cadre de santé	0	1	0	1	1	1	4
Infirmier	2	2	2	1	2	2	11
Total	5	5	4	4	3	5	26

* Directeur du pôle clinique

Remarque : Un pré-requis a été posé en ce qui concerne la population infirmière interviewée. Pour être retenus dans la population de l'étude, les professionnels de ces

structures spécialisées et non-sectorisées devaient avoir auparavant exercé leur fonction dans une unité de soins psychiatriques relevant d'une logique sectorielle. Ceci a semblé nécessaire, afin de pouvoir les interroger sur leurs perceptions des évolutions concernant les modalités de leur exercice professionnel.

2.5 Choix de l'outil d'enquête

L'outil final utilisé a été l'entretien semi-directif, après élaboration d'un guide d'entretien. Les axes de ce guide ont été structurés autour de thématiques relevant du champ managérial comme la dynamique interne, l'efficacité de l'organisation, la spécialisation, la compétence requise, les savoirs mobilisés, l'autonomie des acteurs, la polyvalence, la gestion du projet professionnel, autant de thèmes qui feront l'objet d'une analyse ultérieure. Dans un second temps, pour ne pas risquer d'être inductif lors de la première période de l'entretien, chacun a été interrogé sur sa perception de l'existence d'une évolution dans les modalités de l'exercice infirmier et, le cas échéant, sur la nature de ces évolutions.

2.6 Déroulement de l'enquête

Les entretiens se sont déroulés à partir de prises de rendez-vous. Certains ont fait l'objet d'un enregistrement, d'autres non, en raison du non-souhait des personnes interviewées. Les professionnels concernés étaient prévenus du thème général de l'étude, de la durée de l'entretien et du statut de l'interviewer. Le strict anonymat de l'ensemble de leurs propos leur était absolument garanti.

Par ailleurs, un certain nombre de documents ont pu être consultés. Il s'agit des différents projets d'établissement et de soins, des projets médicaux de pôle et d'unités fonctionnelles ainsi que, le cas échéant, d'enquêtes préalables à la création de structures. La valeur de l'échantillon retenu est donnée par son adéquation aux objectifs de l'étude. Nous voulions un éclairage large et pluriprofessionnel sur l'évolution potentielle des modalités de l'exercice professionnel infirmier au sein de structures de soins psychiatriques s'étant spécialisées. Un guide d'entretien unique (annexe I) a été réalisé de manière souple et ouverte et nous l'avons spontanément adapté aux différentes catégories de personnes interrogées, tout en explorant avec chacun les mêmes thèmes.

2.7 Les limites de l'enquête

Tout d'abord, les limites de l'enquête tiennent notamment au faible nombre d'entretiens réalisés, soit vingt-six. Ensuite, le choix de ne réaliser les entretiens, en ce qui concerne les populations médicales et infirmières, qu'avec des acteurs exerçant en pôles ou unités intersectorielles spécialisés peut sembler introduire un biais au sein de l'étude.

Cependant, la pré-enquête effectuée a montré que les personnels soignants exerçant dans le champ généraliste et strictement sectoriel de la discipline psychiatrique, qu'ils soient médecins ou infirmiers, avaient une méconnaissance importante de ce qu'était le soin spécialisé en psychiatrie. Ils n'avaient donc pas de représentation des évolutions possibles concernant les modalités de l'exercice professionnel infirmier. Enfin, une autre limite est intervenue dès les prémices de l'étude. Initialement, le projet d'enquête devait avoir pour terrain d'étude des établissements publics de santé mentale s'étant déjà constitués en pôles, selon les termes de l'ordonnance du 2 mai 2005. Il s'agissait d'étudier, au sein des pôles cliniques dont l'activité soignante n'aurait pas été sectorisée, les modalités de l'exercice infirmier et leurs éventuelles évolutions. Cependant, il a été fort difficile de trouver des lieux d'enquête sur le territoire national : en dehors des établissements hospitaliers ayant pris part, en 2004, à l'expérimentation de la « gouvernance », l'application de l'ordonnance du 2 mai 2005 (et donc la structuration en pôles) n'est exigée par la réglementation qu'à compter du 31 décembre 2006. De plus, le déploiement de cette réforme a pris, dans le champ de la psychiatrie, un tour polémique, particulièrement en ce qui concerne la création de pôles cliniques ne se superposant pas aux secteurs déjà existants, terrains d'enquête recherchés pour notre étude. Dans ce contexte délicat, nous n'avons pu trouver qu'un établissement psychiatrique ayant structuré de manière expérimentale son activité en pôles cliniques et acceptant l'objet de notre recherche. Ne disposant alors que de deux pôles non sectorisés acceptant de participer à notre enquête, ce qui était notoirement insuffisant, il nous a été conseillé d'y adjoindre des structures de soins aux caractéristiques identiques au regard de nos objectifs, c'est-à-dire des unités de soins intersectorielles, spécialisées et non sectorisées. Si cet ajout n'introduit pas un biais dans la recherche et reste pertinent, il retire un peu de cohérence à l'ensemble de l'étude qui se voulait une prospective dans le cadre de la déclinaison future de l'ordonnance du 2 mai 2005 au sein des établissements psychiatriques. Néanmoins, en tant que futur Directeur des soins en poste au sein d'un centre hospitalier exerçant exclusivement dans le champ de la psychiatrie, à l'aube de la mise en place d'une réforme qui va, sans nul doute, pérenniser de nouvelles organisations de soins hors de la stricte logique sectorielle et généraliste, il nous paraissait indispensable de mener cette étude.

TROISIEME PARTIE : RESULTATS ET ANALYSE

Nous avons choisi de présenter simultanément les résultats et leur analyse afin de rendre l'exposé plus dynamique et d'éviter les redondances dans la présentation. L'analyse suit donc l'arborescence du guide d'entretien (annexe I) et est présentée de la manière suivante :

- ❖ En premier lieu, **en tête de chapitre**, les **thèmes** en lien avec nos hypothèses :
 - > La spécialisation et la compétence
 - > Le projet professionnel, l'autonomie et la polyvalence
 - > le management de la compétence
- ❖ En second lieu, sous forme de **sous-titres**, les idées-clefs de chaque **sous-thème**, par ordre quantitatif décroissant de présence dans les réponses.

L'analyse des entretiens sera étayée par de nombreuses "phrases-témoins", présentées en italique, tant il nous semblait important de rester au plus près de la parole produite par les acteurs, afin d'éviter autant que faire ce peut les "interprétations déformantes". Bien entendu, les "phrases témoins" retenues sont celles qui nous ont paru les plus représentatives au regard du sous-thème évoqué, ce choix étant obligatoirement teinté de subjectivité. Néanmoins, au-delà d'un ordonnancement nécessaire à la clarté de l'étude, le souci a toujours été de reproduire avec le plus de fidélité possible l'opinion des personnes rencontrées.

1 La spécialisation et la compétence

1.1 La spécialisation, synonyme d'amélioration de la qualité

Un des éléments les plus significatifs dans l'analyse des entretiens fut de percevoir la quasi-unanimité de propos des différents acteurs lorsqu'ils affirmaient que la spécialisation de leur activité dans le champ de la discipline psychiatrique produisait une meilleure qualité de soins que le système promouvant une psychiatrie généraliste. Force est de reconnaître que, bien peu souvent, ces affirmations n'ont été étayées d'indicateurs objectivables, mais, la fréquence de ces propos, toutes professions confondues et quelque soit le lieu d'exercice, leur donne néanmoins un certain crédit. Un médecin : *" Il en est des médecins comme des infirmiers. Notre discipline est devenue bien trop complexe pour que tout le monde soit bon en tout. C'est en choisissant une portion de notre spécialité psychiatrique, en se formant, en ne voyant pour ainsi dire qu'un même*

type de patient, que l'on finit par avoir des références opposables, de véritables éléments de comparaison. Alors, on devient meilleur, c'est certain". Un directeur des soins : " La médecine générale est l'art le plus difficile mais, pour soigner correctement les patients, il a bien fallu lui adjoindre des spécialités. C'est pareil pour la psychiatrie. Si on ne spécialise pas nos pratiques dans bien des domaines, on ne parviendra pas à faire décoller la qualité des soins dans notre discipline". Un cadre supérieur de santé : " Moi, j'ai bien connu l'époque dogmatique du secteur. Quand j'étais jeune infirmier, il fallait à tout prix mélanger tous les malades, toutes les pathologies dans la même unité avec un personnel qui était sensé s'adapter à tout (...) En fait, on faisait tout mal malgré nos efforts. C'était pénible pour le personnel, mais surtout, c'était du bricolage". Un cadre de santé : " Vous savez, les infirmiers ont toujours essayé de se spécialiser. Moi je me souviens, dans les équipes où je travaillais comme infirmier, on savait toujours quel infirmier aimait s'occuper des alcooliques et savait bien le faire, ou alors lequel d'entre nous était le plus habile avec les personnes démentes. Bien sûr, il fallait être polyvalent et on ne nous donnait pas le choix. Pourtant, finalement, chaque fois qu'on le pouvait, on se spécialisait. Ca a surtout été vrai quand est apparu le système de la référence infirmière". Un infirmier : " Moi, je suis diplômé depuis 1998. Quand j'étais à l'IFSI⁶⁴, durant mon premier stage en psychiatrie, j'avais été effaré que l'on mélange tous les patients, tous les âges, toutes les pathologies. Il y avait bien, dans le service où j'étais, une unité d'admission et une unité de chroniques, mais en fait, avec le manque de place, tout le monde était hospitalisé avec tout le monde. J'avais vraiment l'impression que c'était tout sauf du soin. Heureusement, en troisième année, j'ai fait mon stage en unité d'addictologie. C'est pour ça que j'ai choisi de travailler en psychiatrie, d'ailleurs. J'ai dû passer deux ans en psychiatrie générale, mais avec mon DU⁶⁵, j'ai pu être recruté définitivement en addictologie en 2001. Là, je sais qu'on fait des soins de qualité". Un autre infirmier : " Ce qui m'a toujours paru le plus terrible, c'est que les gens soient hospitalisés ensemble, qu'ils soient en pleine période de crise ou à quelques jours de leur sortie. Où je travaille maintenant, on accueille pour tout l'hôpital les entrants et on les oriente après. Ca permet de juguler la période où les symptômes sont paroxystiques et de ne pas mélanger une personne en délire aigu et un dépressif léger par exemple". Ces différents extraits d'entretiens montrent à quel point la perception du soin généraliste, toutes pathologies confondues, sans prendre en compte la temporalité de l'hospitalisation, est vécue comme facteur de promiscuité et de non-qualité. Il est cependant étonnant de percevoir que la qualité issue d'une certaine spécialisation est plus souvent définie en

⁶⁴ IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

⁶⁵ DU : Diplôme Universitaire

contrepoint à une pratique généraliste perçue comme délétère que par des arguments propres aux bénéfiques que cette spécialisation pourrait apporter.

1.2 Sérier les compétences nécessaires pour plus d'efficacité

Là aussi, les entretiens ont donné une grande homogénéité de propos, par delà les différents lieux d'exercice professionnel et les différentes professions exercées. Le recours à un champ de compétences plus restreint dans le cadre d'une spécialisation des pratiques semble, au travers des propos des différents acteurs, synonyme de plus d'efficacité professionnelle. Exception faite, cependant, des personnels travaillant au sein de la structure F (unité d'accueil, d'évaluation et d'orientation). Sans être assimilable à des urgences psychiatriques, cette structure accueille en première intention l'ensemble des patients non déjà connus et qui ont recours à l'hôpital. Le médecin de cette structure nous dit d'ailleurs : *“ La raison d'être de notre structure est d'accueillir tous les patients, au début de leur parcours de maladie, que celui-ci soit hospitalier ou non. Le premier accueil infirmier est assimilable à une consultation où les infirmiers doivent faire une sorte de diagnostic différentiel et juger de la criticité du cas qui se présente à eux. Le médecin n'arrive souvent qu'en deuxième ligne car nous manquons de praticiens hospitaliers. De ce fait la spécialité des infirmiers qui travaillent ici est d'avoir une très bonne connaissance de la clinique et, en fait, d'avoir une compétence très généraliste, donc extrêmement exigeante”*. En dehors de cette exception, beaucoup des idées exprimées dans les entretiens stipulent que l'efficacité découle d'un champ professionnel restreint. Pour exemple, ces quelques propos d'un directeur des soins qui nous dit: *“ La spécialisation ne peut pas concerner l'ensemble de l'hôpital, mais, là où elle existe, les infirmiers sont sans conteste plus efficaces”*. Un cadre de santé tient, quant à lui, ces propos : *“ Les nouveaux infirmiers sont plus pragmatiques que nous ne l'étions jadis. S'ils ont été affectés dans une unité comme celle-ci (pour information: unité prenant en charge des patients suicidants), ils n'ont de cesse d'apprendre et de se former. Je ne crois pas qu'ils feraient de même s'ils devaient appréhender toutes les pathologies psychiatriques”*. Une infirmière précise : *“ La psychiatrie, parfois, c'est décourageant. Les pathologies sont très nombreuses, les écoles dont dépendent les médecins font que les manières de soigner sont multiples. Moi, je ne m'y retrouvais pas. Ici, par contre, je ne m'occupe que de personnes âgées. Depuis cinq ans, j'ai appris énormément dans le domaine de la psychogériatrie. Je me sens beaucoup plus efficace auprès des patients maintenant”*. Ainsi, les acteurs interviewés pensent majoritairement qu'en réduisant le domaine d'intervention, on augmente l'efficacité des professionnels.

1.3 La formation continue, en appui de la spécialisation des acteurs

Les propos les plus fréquemment entendus insistent sur la nécessité d'acquérir des compétences spécifiques lorsque l'on prend en charge des pathologies ou des populations particulières, ou bien lorsque l'on intervient à un moment précis de la prise en charge. Pour certains des professionnels, des pré-requis sont indispensables et il s'agit même d'un préalable à l'affectation d'un infirmier dans ce type de pôle ou d'unité intersectorielle spécialisée. Un médecin nous dit, par exemple : *“ Avec le cadre de l'unité, lorsque nous recevons des infirmiers qui postulent sur un poste vacant, nous sommes très sensibles au fait que celui-ci soit motivé par le travail qui se fait ici. S'il a orienté depuis plusieurs années ses formations sur les processus addictifs, mieux encore, s'il est déjà détenteur d'un DU d'addictologie, c'est un plus certain pour son recrutement ”*. Un cadre supérieur de santé précise : *“ Dans ce type d'unité, il faut être efficace et rapidement opérationnel. On ne peut pas demander aux infirmiers en poste d'être des formateurs pour leurs collègues. Bien sûr, il y aura un temps d'acclimatation professionnelle pour un nouveau venu, mais il faut que celui-ci se soit déjà servi de la formation continue pour acquérir des connaissances plus spécifiques ”*. Un infirmier : *“ Moi, je voulais faire de la réhabilitation sociale. J'ai bien compris que pour pouvoir intégrer l'unité, il fallait que je mette toutes les chances de mon côté. Pendant trois ans, je me suis débrouillé pour faire le maximum de formation dans le domaine et je suis sûr que si je ne l'avais pas fait, je ne travaillerais pas ici actuellement”*. Pour d'autres professionnels, leur spécialisation est plus un processus empirique mais doit être soutenu de manière régulière par des formations continues. Un directeur des soins : *“ Certains professionnels, aussi bizarre que cela puisse paraître, se retrouvent un peu par hasard dans ce type d'unités très spécialisées. Ils se sentent souvent un peu perdus. Il est alors indispensable que le cadre de santé envisage avec eux un véritable plan de formation individualisé et pluri-annuel. C'est le seul moyen pour ces infirmiers d'acquérir les compétences nécessaires à la spécificité de leur nouvel exercice professionnel ”*. Une infirmière : *“ La psychogériatrie, c'est un domaine passionnant. Au début, quand j'ai été affectée dans cette unité, ce n'était pas un choix et je n'y connaissais rien. Heureusement que les collègues m'ont aidée, mais surtout que j'ai pu faire beaucoup de formations. Maintenant, je me sens beaucoup plus compétente. Pourtant, chaque année, je fais en sorte de pouvoir obtenir une nouvelle formation pour être de plus en plus à l'aise dans ma spécialité”*. Les modalités de l'exercice infirmier dans des pôles ou unités de soins spécialisées semblent bien faire appel à des compétences spécifiques qui ne sont pas suffisamment développées dans le diplôme initial. Il apparaît alors indispensable que la formation continue constitue un levier puissant, soit pour préparer l'affectation d'un

infirmier au sein d'un pôle ou d'une unité spécialisée, soit pour parfaire des compétences spécifiques tout au long de l'exercice professionnel dans ce type de structure.

1.4 La spécialisation de compétence, facteur de crédibilité professionnelle

Présent principalement dans les propos des infirmiers, un élément nous a particulièrement surpris. En effet, à de nombreuses reprises, nous avons pu percevoir que l'exercice infirmier dans un pôle ou une unité intersectorielle spécialisés était vécu de manière très narcissique, comme une sorte de signe de compétence ou de "noblesse" professionnelle. Un médecin a pu ainsi exprimer : *" Nous sommes, mon cadre supérieur et moi-même, particulièrement exigeants vis-à-vis des postulants. Quand un infirmier veut travailler ici, nous voulons qu'il soit motivé et compétent. J'ai d'ailleurs eu des mots à ce sujet avec l'infirmier général. Ici, nous avons besoin de l'élite infirmière"*. Cette impression de faire partie d'un groupe infirmier particulièrement performant se retrouve dans les propos de plusieurs professionnels : *" Il y a des collègues qui mènent leur petit train-train professionnel. Pour travailler ici, il a fallu que je mouille la chemise. J'ai postulé à trois reprises. Chaque fois, on m'a fait comprendre que je n'étais pas prêt, alors je me suis formé et je me suis renseigné auprès des collègues qui travaillaient déjà dans l'unité. Mes efforts ont porté leurs fruits. Maintenant, je sais que je mérite de travailler ici"*. Ou encore, *" Parfois, des collègues qui travaillent en unités de psychiatrie générale sont jaloux de notre qualité de travail. N'empêche, on n'est pas là par hasard. Travailler dans le pôle, ça se mérite"*. D'autres propos semblent insister sur la perception positive que leur a apporté le fait de ne plus travailler en psychiatrie générale et de pouvoir afficher une compétence spécifique. Un infirmier s'exprime par exemple ainsi : *"Depuis que je travaille dans l'unité pour suicidants, j'ai de nouveaux rapports avec mes collègues DE des urgences. Avant, j'avais toujours l'impression qu'ils me prenaient pour un rigolo. Maintenant, c'est très net, ils m'abordent différemment. Souvent, même, ils me demandent des conseils"*. Et même au-delà de la sphère purement professionnelle, un infirmier nous dit : *" Avant, dans ma vie de tous les jours, je n'abordais pas souvent mon métier. J'avais un peu l'impression d'être considéré comme un gardien de prison, comme un garde-chiourme. Depuis que je travaille avec les patientes anorexiques, je m'aperçois que je parle beaucoup plus de mon métier avec mes amis qui ne sont pas de la profession. En plus, ils posent plein de questions, ça les intéresse. C'est bête sûrement, mais ça fait plaisir"*. Ainsi, aussi inquiétant que cela puisse être, il semblerait qu'une des évolutions importantes des modalités de l'exercice infirmier dues à la spécialisation soit la perception que les acteurs ont d'eux-mêmes, voire la perception qu'autrui peut avoir d'eux.

1.5 La spécialisation, vecteur possible d'une lassitude professionnelle

Bien qu'il ne s'agisse pas des propos les plus fréquents, un certain nombre des personnes interviewées a tenu à insister sur les risques d'usure professionnelle inhérents à l'exercice professionnel au sein de pôles ou d'unités de soins intersectorielles spécialisés. Un médecin nous dit par exemple : *“ Dans le pôle d'addictologie, il y a une unité d'hospitalisation exclusivement réservée aux patients alcooliques (...) Il faut reconnaître que les infirmiers ont du mérite. C'est une population particulière, assez usante, et je vois bien que certains infirmiers, bien qu'ils soient très bien formés et qu'ils aient choisi de travailler dans cette unité, sont un peu à bout de souffle”*. Un infirmier surenchérit : *“ J'ai beaucoup donné pour travailler dans la réhabilitation sociale. J'ai même été faire des stages en Suisse. Pourtant, parfois, j'en ai un peu marre. J'ai l'impression de faire un peu toujours la même chose, et, en plus, on n'aboutit pas souvent. Réinsérer des psychotiques dans la vie normale, c'est une belle idée, mais ça ne marche pas souvent. Parfois, j'ai envie de retourner dans une unité du secteur pour faire des choses variées”*. Un cadre nous explique : *“ Dans mon unité, il n'y a que des petits vieux. C'est logique vous me direz, pour une unité de psychogériatrie. N'empêche que si le travail passionne les infirmiers au début, souvent, après quelques années, ils n'en peuvent plus. Etre tous les jours au contact d'une seule et même population, c'est usant. Même moi, qui ne suis plus dans les soins directs, je me demande si je ne vais pas bientôt aller voir ailleurs”*. Un directeur des soins nous fait part d'une constatation : *“ Voyez-vous, j'ai souvent été surpris par un phénomène. Des infirmiers font de gros efforts, très nettement perceptibles, pour intégrer telle ou telle unité intersectorielle où se pratiquent des soins spécifiques. Ils font des stages par comparaison, orientent leurs efforts de formation par le biais de la formation continue, se forment par eux-mêmes, passent des diplômes universitaires et ceci pendant plusieurs années. Et puis, quand enfin ils intègrent les effectifs de l'unité de soins tant convoitée, ils se lassent très vite et sollicitent une mutation, parfois moins de deux ans après leur mutation précédente. Il m'est arrivé d'en interroger certains sur le manque de cohérence de tels agissements, en terme de carrière, et ils me répondaient alors qu'ils n'avaient pas imaginé, avant de le vivre, à quel point il était astreignant de travailler sans cesse avec la même population de malades ou sur les mêmes pathologies”*. Il semblerait donc que les modalités d'exercice infirmière dans les pôles ou unités intersectorielles spécialisées puissent générer plus qu'ailleurs, ou dans tous les cas plus rapidement, une lassitude professionnelle. Néanmoins, pour être exact, ce sous-thème a quantitativement été retrouvé de manière beaucoup moins importante que les précédents.

2 Projet professionnel, autonomie et polyvalence

Ce deuxième thème a généré, globalement, moins de réponses explicites que le précédent. Néanmoins, un certain nombre de grandes lignes de discours ont pu être dégagées :

2.1 La possibilité de choix: facteur d'engagement dans le projet collectif

Pour une majorité des personnes interrogées, le fait d'appartenir à un pôle ou à une unité intersectorielle où les soins sont spécifiques est un facteur important d'engagement professionnel. Dans la plus grande partie des cas, la présence d'un infirmier dans une structure de soins de ce type résulte d'un choix mûrement réfléchi et préparé. Beaucoup déclarent avoir "programmé" leur mutation, voire, disent en avoir fait un objectif de carrière. Dans ce contexte, on retrouve fréquemment un discours sur la motivation qui rend beaucoup plus facile son travail, si tant est que l'on ait pu choisir son lieu d'exercice professionnel. Un directeur des soins nous dit : *" On s'engage, mais on est impliqué. Une des tâches de l'encadrement soignant est de favoriser l'implication des personnels infirmiers. Je peux vous dire que cette tâche est nettement plus facile pour les cadres qui ont la responsabilité d'unités de soins intersectorielles que pour les autres. Il est évident que des infirmiers qui ont pensé leur projet professionnel, qui ont fait preuve de détermination et d'une certaine autonomie pour se faire recruter dans ce type d'unité n'ont pas besoin qu'on les pousse pour s'engager. La force de l'engagement de ces personnels favorise inmanquablement l'implication dans le projet collectif de l'unité".* Un médecin précise : *" Les infirmiers qui viennent travailler ici savent ce qu'ils veulent. Ils ne se laissent pas porter par les événements. Ils ont un projet professionnel les concernant, ils raisonnent en terme de projet, c'est en ce sens qu'ils sont également moteurs pour le projet collectif de l'unité".* Un infirmier : *" On aime ce que l'on fait puisque, d'une certaine manière, on a choisi de travailler dans le pôle. On aurait mauvaise grâce à ne pas participer le plus possible au projet de soins. De toute façon, si on n'est plus d'accord avec ce qui se fait, il faut aller voir ailleurs. Il faut se soumettre ou se démettre. Mais franchement, c'est plus facile de se soumettre à des orientations de soins quand on a choisi le lieu où on voulait travailler".* Il semblerait donc, au travers des propos de nos interlocuteurs, que l'existence de pôles ou d'unités intersectorielles spécialisés a ouvert pour la population infirmière de nouveaux horizons. En lieu et place de services de psychiatrie générale où seule la personnalité du chef de service et ses orientations médicales permettaient un choix différentiel, les lieux de soins spécialisés enrichissent, de par leur variété, les possibles professionnels et favorisent ainsi l'engagement des acteurs.

2.2 La possibilité de choix: facteur possible d'autonomie professionnelle

Dans un registre proche, nombre de nos interlocuteurs ont insisté sur le fait que l'existence de pôles ou d'unités de soins intersectorielles spécialisées était, pour la population infirmière, un facteur permettant d'acquérir une maturité professionnelle. C'est ainsi qu'un cadre supérieur de santé nous a expliqué : *“ Jadis, lorsque l'organisation de notre hôpital était purement sectorielle, un infirmier intégrait un service donné dès l'obtention de son diplôme et y restait jusqu'à la fin de sa carrière. Les mutations entre hôpitaux étaient rarissimes. Les mutations entre services l'étaient tout autant. Il y avait un cloisonnement presque total entre les services. Un infirmier qui souhaitait changer de service était un inconnu dans les autres services et était tout de suite suspect. Vouloir quitter un service, c'était être rebelle, potentiellement inquiétant. La mobilité était parfois organisée à l'intérieur d'un même service et encore, c'était assez rare. Alors, dans ces conditions, à quoi bon faire un projet professionnel ”*. Une infirmière proche de la fin de sa carrière nous déclare : *“ Depuis plus de trente ans, j'étais dans le même service où je ne me plaisais pas. J'avais bien fait des demandes pour d'autres services, mais ce n'était pas l'habitude, alors ça n'a jamais fonctionné. Mais là, mon habitude de travailler avec des psychotiques chroniques a été prise en compte. J'avais choisi de me candidater sur le pôle et on m'a choisi pour y travailler. Il a fallu que j'arrive à la fin de ma carrière pour avoir enfin une influence sur là où je voulais travailler ”*. Un infirmier diplômé depuis quatre ans nous dit, quant à lui : *“ Je sais bien que dans le monde du travail, il faut parfois faire des concessions. Mais, le monde des soins, ce n'est pas un travail comme les autres. Pour être un bon infirmier, surtout en psychiatrie, il faut être bien dans ses baskets. Dès que je suis sorti de l'IFSI, je savais que je voulais travailler dans l'unité pour suicidants, car j'y avais fait des stages et ça m'avait beaucoup plu. Ils ne prenaient pas de nouveaux diplômés, alors, j'ai d'abord été dans une unité d'un service où personne ne souhaitait trop aller. J'ai rien dit, mais j'ai rapidement fait connaître mon désir à la direction des soins qui m'a conseillé sur les formations à suivre. Depuis six mois, j'ai été recruté dans l'unité. Ça n'a pas toujours été facile, mais j'ai eu l'impression que c'était à moi de gérer ma carrière et qu'alors seulement on m'aiderait. Et puis, ça a marché ”*. Ces témoignages, peut-être un peu longs, ont été retranscrits tels quels dans cette étude, tant ils nous sont apparus comme importants. Ils permettent, en effet, de percevoir que les évolutions à venir dans l'organisation des établissements de santé mentale, évolutions conduisant peu ou prou à de probables lieux de soins spécialisés, vont engendrer pour les infirmiers de nouvelles manières de gérer leurs parcours professionnels. A la relative résignation passée, où une carrière se déroulait dans un même service pour y effectuer un même travail, se substituent des désirs, une volonté, des choix, construisant ainsi une véritable autonomie professionnelle.

2.3 L'exercice spécialisé : rejet ou craintes vis-à-vis de la polyvalence

Cela a été déjà fréquemment exprimé, l'exercice infirmier au sein d'un pôle ou d'une unité intersectorielle spécialisée est rarement le fruit du hasard. C'est, en effet, la résultante d'un choix professionnel autonome, d'une volonté de suivre des formations complémentaires et d'un effort de patience. Nous l'avons vu précédemment, ce véritable "parcours du combattant" légitime parfois la perception par les infirmiers concernés, assurément dommageable, qu'ils font partie d'une sorte d'élite professionnelle. En conséquence, nous n'avons guère été surpris de retrouver dans les propos de nos interlocuteurs le sentiment qu'ils étaient détenteurs d'un droit à exercer durablement dans ce type de structures. Néanmoins, les différentes interviews permettent de percevoir que les différents acteurs ont conscience de la relative fragilité de leur posture professionnelle, et qu'ils perçoivent l'aspect relativement irrationnel de leur résistance à tout changement. Néanmoins, chaque fois que ce sous-thème a été abordé, il l'a été sur un mode défensif, voire teinté d'une certaine "agressivité". Un médecin nous a par exemple déclaré : *" Le directeur des soins n'a que le mot mobilité à la bouche. Je suis désolé, mais les infirmiers qui travaillent ici ont été sévèrement recrutés, ils ont presque tous un diplôme universitaire et ont fait de nombreuses formations. S'ils ont passé le cap des quatre ans d'exercice professionnel dans la structure, c'est qu'ils sont particulièrement compétents. De quel droit voudrait-on les retirer de cette unité? Dans un souci d'équité, pour laisser des postes vacants pour de nouveaux postulants? Ce n'est pas de l'équité, c'est de l'égalitarisme et c'est ridicule"*. Une autre inquiétude est perceptible au travers des propos de ce cadre supérieur de santé qui nous explique : *" Vous savez, pour former un infirmier qui soit réellement compétent avec les patients suicidants, il faut de nombreuses formations et de nombreuses années d'expérience. Je comprends la nécessité d'une mobilité professionnelle, mais sincèrement, dans ce type de structure où les soins sont spécialisés, il faut penser au retour sur investissement. Un infirmier généraliste, dans une unité sectorisée, n'importe quel infirmier peut le remplacer, mais, dans les unités spécialisées, ce n'est pas le cas. C'est pour cela que je comprends l'opposition entre la majorité des médecins référents de ce type de structures et la direction des soins"*. A ces préoccupations du corps médical ou de l'encadrement s'ajoute le ressenti des infirmiers eux-mêmes. *" Moi, j'ai beaucoup investi de mon temps personnel pour me former et faire le poids. Voilà cinq ans que je travaille ici et on commence à me demander lors des entretiens d'évaluation quel est mon projet professionnel pour après cette unité. Moi, j'ai répondu que je n'en avais pas car je ne voulais pas en avoir! C'est vrai, quoi, je fais bien mon travail, j'aime ce que je fais, pourquoi faudrait-il que je me réinvestisse dans autre chose. J'ai été patient, j'ai attendu pour avoir ce poste. Les autres n'ont qu'à faire pareil et attendre qu'il y ait un départ volontaire ou un départ en retraite"*. A côté de ces propos toniques, mais représentatifs d'un sentiment majoritaire qui règne chez les infirmiers

exerçant au sein de structures où les soins sont spécifiques, il semble exister une autre cause de résistance à la mobilité professionnelle, beaucoup moins souvent exprimée, mais qu'il ne faudrait certainement pas négliger. Une infirmière nous a en effet tenu ces propos : *“ Vous savez, j'exerce au sein de l'unité de réhabilitation sociale depuis sa création. J'aime beaucoup ce que je fais et je crois que je le fais bien. Maintenant, j'ai parfois l'impression de faire plus un travail d'assistante sociale ou de conseillère en économie sociale et familiale qu'un travail d'infirmière. En plus, moi, j'ai l'ancien diplôme. Alors, si on m'obligeait à revenir dans une unité d'admission où ils font plein d'entrées, où il y a plein de soins techniques à réaliser, je crois que j'en serais incapable. Si vraiment on m'oblige à quitter l'unité, je demanderai à être de nuit pour la fin de ma carrière, même si je n'arrive pas à dormir le jour. Mais même de nuit, je ne suis pas sûre que j'y arriverai”*. Cette infirmière que nous remercions pour sa franchise, car il faut un réel courage pour reconnaître l'obsolescence de ses connaissances professionnelles, nous semblait véritablement inquiète d'avoir à quitter un lieu spécialisé où elle était jugée compétente pour rejoindre une unité de soins où, bien que qualifiée sur un plan réglementaire, elle se sentait totalement inopérante. Au-delà de la responsabilité propre de l'individu, n'y a-t-il pas dans cet état de fait une responsabilité beaucoup plus large de l'institution? La perte d'employabilité semble être un corollaire possible à des modalités d'exercice professionnel infirmier très spécialisées. En effet, lorsque cet exercice spécialisé perdure pendant de nombreuses années, il devient un facteur de désinsertion professionnelle. Il subsiste alors ce que l'on pourrait appeler une “mono-compétence” infirmière, parfois très spécifique, qui lie la personne au poste de travail qu'elle occupe, ne lui offrant aucun autre avenir professionnel. Plus grave encore, cette “mono-compétence” ne permet même plus à l'infirmier de conserver les capacités de base qui justifient la qualification pour laquelle il a jadis obtenu une habilitation sous la forme d'un diplôme.

L'existence de plus en plus fréquente, et appelée à se développer, de pôles ou d'unités intersectorielles spécialisées peut donc, en enrichissant le panel des possibles professionnels, accroître l'autonomie des infirmiers dans la gestion de leur carrière. Cependant, la perte de pluri-compétence consécutive à des modalités d'exercice professionnel très spécialisées peut avoir des conséquences catastrophiques pour un infirmier, incapable qu'il sera d'exercer ses fonctions sur tout autre poste que celui qu'il occupe depuis déjà trop longtemps. En dehors du préjudice que représentera alors pour l'institution l'absence de polyvalence de cet agent, il s'agira surtout d'une perte totale d'autonomie professionnelle pour ce dernier.

3 Le management de la compétence

3.1 La nécessité d'une "gestion soignante" des compétences

Comme nous avons pu le voir précédemment, le processus de spécialisation des modalités d'exercice de la profession infirmière en psychiatrie s'accompagne chez les acteurs concernés d'un fort rejet de l'idée de polyvalence professionnelle. Le plus souvent, celle-ci est vécue comme archaïque, injuste et improductive. Parfois, la polyvalence est crainte par les acteurs au regard d'une obsolescence de leurs compétences généralistes, ce qui fige littéralement leur activité professionnelle et annihile l'idée même d'une évolution dont ils ne se sentent plus capables. Pour ces différentes raisons, les infirmiers qui exercent dans des structures spécialisées refusent le plus souvent toute idée de mobilité professionnelle. Ils sont rejoints en cela par une partie semble-t-il non négligeable du corps médical, psychiatres responsables de pôles ou d'unités de soins spécialisées, qui voit en tout départ d'un infirmier "spécialisé" un manque de retour sur investissement. Nous avons néanmoins rencontré durant notre enquête des acteurs que les conséquences d'une spécialisation non-maîtrisée n'avaient cessé d'inquiéter. Un cadre supérieur de santé nous a, par exemple, fait part de son point de vue : *" Au début, les unités intersectorielles, les soins spécialisés sur l'hôpital, c'était tout nouveau, tout beau. Il faut oser le dire, c'est un peu des unités-vitrines mais aussi l'arbre qui cache la forêt. Quand ces unités se sont montées, elles ont recruté les meilleurs infirmiers, les plus dynamiques, ceux dont l'esprit était le plus positif. Ça avait été la même chose quelque temps avant pour les cadres. Nous, les surveillants-chefs, on n'a pas vraiment eu notre mot à dire (...) Alors vous comprenez, on a un peu créé une médecine à deux vitesses. Les infirmiers, ils ont une expression pour ça. Ils disent qu'il y a les unités de soins spécifiques et le tout-venant, comme à la déchetterie. Bien sûr, c'est exagéré, mais ça montre bien qu'il y a ceux qui choisissent tout, les malades, le personnel, leur manière de travailler, et puis il y a ceux qui ne choisissent rien".* Cette possibilité de lieux de soins qui seraient élitistes et prioritaires, à côté de lieux secondaires en tous les sens du terme nous renvoie un siècle en arrière. Une vigilance est nécessaire pour que les valeurs d'égal accès aux soins prônées par le service public hospitalier soient toujours respectées. Un directeur des soins nous permet de compléter notre analyse : *" Après les errements dus à une application trop rigide de la politique de secteur, la psychiatrie, pour redorer son blason, a bien besoin de pôles d'excellence. Les structures qui offrent des soins spécifiques et qui ne sont pas sectorisées ont vocation à être ces pôles d'excellence. Mais attention, elles ne doivent pas se développer au détriment des unités de soins généralistes. Au contraire, elles doivent les tirer vers le haut, leur permettre de fournir des soins qui soient toujours de meilleure qualité. C'est là,*

à mon sens, que la direction des soins doit intervenir et jouer son rôle de régulation. Il faut garantir un brassage des compétences, ne pas laisser se développer d'inéquités dans la quantité et la qualité des moyens humains entre les unités de soins spécialisées et généralistes". Un infirmier qui exerce depuis quelques mois seulement au sein d'une unité intersectorielle spécialisée : " Vous savez, quand je suis arrivé ici, j'ai été très étonné de la différence de nos conditions de travail par rapport à l'unité où je travaillais précédemment. Ici, tous les malades sont en hospitalisation libre, ils ne viennent que sur rendez-vous, on ne manque jamais de lit. Je comprends qu'un infirmier qui travaille ici ne souhaite pas en repartir. Pourtant, moi, je ne veux pas oublier mes dix dernières années de travail et après quelques années, je repartirai dans une unité sectorielle. Maintenant que je suis ici, je sais qu'on y fait un très bon travail, mais, en tant que soignant, je crois que c'est là-bas que maintenant il y a le plus à faire". Ces quelques témoignages montrent la nécessité d'une gestion globalisée des ressources humaines et des compétences. Pour éviter une "médecine à deux vitesses", pour éviter une véritable balkanisation des établissements hospitaliers, il apparaît indispensable de favoriser une mobilité organisée, notamment des personnels infirmiers. Pour que cette mobilité prenne en compte le parcours professionnel de chaque infirmier et les compétences dont il dispose à un instant "T", tout autant que les besoins collectifs en compétences de chaque unité de soins, qu'elle soit généraliste ou spécialisée, il est nécessaire que l'instance de régulation des mouvements internes à l'hôpital ait une légitimité soignante. C'est en ce sens que la direction des soins doit prendre une part active dans le processus de gestion prévisionnelle des emplois et compétences, en se concentrant sur le volet compétence soignante du dispositif.

3.2 La nécessité de sauvegarder une polyvalence d'exercice infirmier

Il a été souvent reproché aux établissements de santé mentale de n'être qu'un assemblage de services indépendants, incapables de mutualiser des projets ou des moyens. Ce travers provoqué par une vision cadastrale de la sectorisation ne peut être nié. A l'aube de la mise en place d'une organisation différente de l'hôpital psychiatrique, où il est permis de penser que naîtront des pôles cliniques, soit par regroupements géo-démographiques de plusieurs secteurs, soit par spécialisation, il serait dramatique de voir se fondre l'idée d'institution hospitalière en autant de cliniques indépendantes qu'il y aura de pôles. Bien au contraire, il faut développer les collaborations et les transversalités inter-pôles afin de pouvoir répondre au mieux à la demande et aux besoins d'une population regroupée en territoires de santé, bassins de population identiques pour l'ensemble du secteur sanitaire, nouvelle entité fédératrice. " La sectorisation psychiatrique a éclairé le chemin qui mène de la médecine à la santé publique, de l'organe malade à la prise en compte globale de la personne (...) Elle a, par son exemple, contribué à lancer l'approche territoriale en santé. Il serait paradoxal que la santé mentale

soit aujourd'hui en retrait de ce qui est bel et bien un mouvement historique, alors même que ses professionnels ont beaucoup à apporter au débat”⁶⁶. Cette logique territoriale en réseau doit permettre des liens ville-hôpital, des liens privé-public, des liens inter-établissements. Comment imaginer qu'un hôpital soit apte à cette fluidité de fonctionnement si, dans son organisation interne, il est fondé sur des pôles autarciques constitués d'un personnel immuable et mono-compétent. Un directeur des soins nous dit : *“ Les défis qui se présenteront à l'hôpital psychiatrique dans les années à venir vont lui demander d'être souple, adaptable, évolutif. Ce ne sera possible que si les personnels, les infirmiers en particulier, puisqu'ils composent la majorité de nos effectifs, sont suffisamment polyvalents pour accompagner, par des modifications quasi-permanentes de leur métier, les évolutions incessantes de l'hôpital. C'est aux directions des soins de mettre en place les conditions de cette adaptabilité et de cette polyvalence infirmière”*. Adaptabilité, pluri-compétence, polyvalence sont donc les maîtres-mots de l'évolution souhaitable des modalités d'exercice infirmier dans le champ de la discipline psychiatrique. Parallèlement, mutualisation, regroupement, spécialisation sont les axes perçus du développement organisationnel de l'hôpital. Contrairement à ce que l'on pourrait penser de prime abord, il n'y a pas antinomie entre ces deux logiques. Il est seulement indispensable, en cohérence avec les modifications structurelles de l'hôpital psychiatrique, d'organiser l'évolution des compétences infirmières aussi bien sur un plan collectif et institutionnel qu'individuel.

4 Synthèse de l'analyse et retour sur les hypothèses posées

L'analyse qui précède a volontairement laissé une place importante à des propos issus des entretiens, afin de les relier entre eux, de les ordonner et d'obtenir ainsi des éléments de réponse à notre questionnement initial. Néanmoins, après être resté au plus près de la production du discours, il semble nécessaire de procéder à une synthèse des informations recueillies. Les modalités de l'exercice infirmier tendent vers une spécialisation des pratiques professionnelles qui semble vécue comme positive voire, narcissique, par les professionnels qui exercent au sein de ces pôles ou unités de soins intersectorielles spécialisées. La qualité des soins fournis par ce type de structure est perçue comme meilleure que celle prodiguée dans des unités de soins plus généralistes. Le resserrement du domaine de compétence semble générateur d'une plus grande efficacité infirmière. Cependant, tout processus de spécialisation nécessite un accompagnement rigoureux et important des acteurs, en terme de formation continue. Les infirmiers perçoivent l'exercice au sein de structures spécialisées comme renforçant

⁶⁶ G.Massé et E.Vigneron, « Territorialité et santé mentale », revue « Pluriels » n° 60, juillet 2006

leur crédibilité professionnelle. Pourtant, être infirmier dans une structure prodiguant des soins spécifiques, par l'homogénéité des populations présentes ou la répétitivité des actes de soins produits, peut engendrer un épuisement ou une lassitude professionnelle. Il apparaît par contre assez nettement que l'engagement des personnels infirmiers dans des projets de soins spécialisés, peut-être plus fréquemment formalisés, est plus facile, plus courant et plus intense que celui de leurs collègues exerçant au sein d'unités généralistes. La variété, de plus en plus présente en psychiatrie, dans les modalités de l'exercice professionnel infirmier est perçue comme une réelle potentialité d'enrichir les parcours professionnels. Cet enrichissement renforce bien entendu l'autonomie de chaque acteur dans la gestion de son projet professionnel. Cependant, l'enquête nous a permis de percevoir que la "mono-compétence", voire l'obsolescence des compétences généralistes de base, pouvait faire perdre toute autonomie à certains infirmiers dans la gestion de leurs parcours professionnels. Pourtant, ayant fait l'expérience d'un exercice plus spécialisé, les infirmiers rejettent bien souvent toute idée de polyvalence professionnelle et souhaiteraient que leur inscription dans un projet de soins spécialisé soit immuable. Néanmoins, l'institution hospitalière psychiatrique a besoin, et aura de plus en plus besoin, de la souplesse de gestion que procure la préservation d'une polyvalence d'exercice infirmière. Il est donc indispensable, et c'est là une tâche pour la direction des soins, de mettre en place un dispositif de gestion des compétences infirmières qui, dans le cadre de la gestion prévisionnelle des emplois et compétences, prenne en compte les aspirations de chaque infirmier, mais aussi la réalité des besoins institutionnels présents et futurs. Au regard des hypothèses initialement posées, l'enquête de terrain nous permet de penser que :

- ❖ L'hypothèse principale de notre étude semble validée. En effet, les incidences du processus de spécialisation des modalités de l'exercice infirmier en psychiatrie sont multiples. A défaut d'un management volontariste de la direction des soins, l'emploi peut se figer, rigidifiant ainsi les potentiels humains de l'institution. Les compétences peuvent, par excès de spécialisation, s'étioler et s'appauvrir, renforçant d'autant l'absence de polyvalence du personnel infirmier. Enfin, il peut se développer une qualification à "deux vitesses", préalable professionnel à une qualité des soins différentielle au sein d'un même établissement hospitalier. La spécialisation des modalités de l'exercice infirmier en psychiatrie représente donc bien un enjeu managérial de première importance pour le directeur des soins.

En ce qui concerne les trois hypothèses subsidiaires :

- ❖ L'hypothèse H1 stipulait la nécessité d'acquérir des compétences spécifiques pour les infirmiers exerçant dans des structures de soins spécialisées. Cette hypothèse est également validée par l'enquête de terrain. En effet, nous avons pu percevoir qu'un apport de connaissances nouvelles était toujours requis pour adapter l'exercice professionnel infirmier à des pratiques professionnelles spécifiques. Bien plus, il semble que, le plus souvent, il faille anticiper l'apport de connaissances et travailler avec chaque infirmier dans le cadre de son projet professionnel, afin de lui donner toutes les chances de pouvoir intégrer les effectifs de ce type de structures de soins.
- ❖ L'hypothèse H2, quant à elle, n'est que partiellement validée. En effet, la variété des modalités d'exercice infirmier est proportionnelle au nombre de structures de soins spécialisées existant au sein d'un établissement hospitalier. Effectivement, plus ce nombre est important, plus l'autonomie de chaque infirmier dans la gestion de son projet professionnel est renforcée. Cependant, l'enquête nous a révélé qu'un exercice professionnel par trop spécialisé, mené sur une durée trop importante, pouvait engendrer une véritable perte de compétence professionnelle pour un infirmier. Cette obsolescence des savoirs de base, cette perte de la "multi-compétence" peut alors avoir des conséquences désastreuses pour un infirmier, qui perd alors toute autonomie de gestion de son projet professionnel.
- ❖ Enfin, l'hypothèse H3 semble validée à l'épreuve de l'enquête de terrain. L'existence de structures de soins spécialisées est à conforter. Il s'agit de pôles d'excellence qui améliorent la qualité des soins rendus aux usagers du service public. En ce sens, il est nécessaire pour la direction des soins d'intégrer le processus de gestion prévisionnelle des emplois et compétences de l'établissement et d'en être la cheville ouvrière. A cette seule condition, il sera possible de fournir à ces structures de soins spécifiques un personnel infirmier formé et opérationnel. Par contre, la préservation de la polyvalence de compétences du groupe infirmier constitue un véritable enjeu institutionnel. C'est à la direction des soins, par un suivi individualisé des personnels et en prenant appui, là aussi, sur la gestion prévisionnelle des emplois et compétences, de garantir dans un contexte de spécialisation le maintien de la polyvalence du personnel infirmier.

QUATRIEME PARTIE : PROPOSITIONS D' ACTIONS

Un contexte propice à une spécialisation des pratiques infirmières est en train de voir le jour dans le champ de la discipline psychiatrique. Les modalités de l'exercice professionnel infirmier vont évoluer et il sera nécessaire d'anticiper les incidences de ces évolutions. Il est alors de la responsabilité du Directeur des soins de proposer la mise en place d'un dispositif adapté aux modifications concernant l'organisation du travail infirmier. Dans le cadre de cette étude, il ne s'agira pas de proposer une stratégie d'action élaborée jusque dans les moindres détails, mais, plus modestement, de déterminer des pistes de travail à explorer afin d'accompagner les changements en cours dans l'environnement des professionnels de psychiatrie. De plus, de telles pistes de travail devront faire l'objet d'un débat au sein de l'équipe de direction, être entérinées puis être retravaillées avec l'encadrement soignant. Enfin, un tel dispositif serait nécessairement évoqué avec les représentants du personnel et présenté aux instances de l'établissement. Néanmoins, dans le contexte de cette étude, nous allons envisager succinctement les pistes de travail qui pourraient, d'après nous, se révéler judicieuses. Le principal axe envisagé concernera le moyen de sauvegarder la polyvalence infirmière en promouvant une mobilité professionnelle. Il sera question de favoriser ou de ralentir les mouvements de personnel, afin de respecter l'équilibre nécessaire au fonctionnement des unités de soins et de l'établissement dans son ensemble. Il sera question également d'inciter les personnels à la mobilité, mais aussi de les orienter dans ce processus par le biais d'un accompagnement et de formations personnalisées. Maîtriser un processus de mobilité dans son volet quantitatif et le développer sous son angle qualitatif, c'est valoriser la pluri-compétence (condition sine qua non de la polyvalence) et mettre en place une dynamique d'adaptation des ressources professionnelles aux besoins institutionnels. Comme l'étude effectuée a pu le montrer, l'accroissement des lieux où l'exercice professionnel est spécialisé confèrera plus d'acuité que par le passé aux problèmes divers générés par l'immobilisme professionnel. A la perte progressive de motivation, viendra s'ajouter l'obsolescence des compétences généralistes engendrant une perte parfois totale d'employabilité. Il semble donc fondamental de réactiver le principe d'une mobilité pensée et organisée des personnels, et notamment des personnels infirmiers. Cependant, il paraît très important de transformer la perception que les personnels ont de la mobilité. Jadis vécue comme coercitive, opaque et vide de sens, elle était subie passivement par les personnels. Il semble important de faire de ce processus une opportunité dynamique, positive, un processus actif dont les agents seront désireux de se saisir.

En ce sens, nous proposons quelques axes de travail :

1 Mise en place d'un observatoire permanent de la mobilité

Il s'agit, en collaboration avec la direction des ressources humaines, de mettre en place un groupe de travail qui sera une sorte d'interface entre les deux directions. Ce collectif sera composé, outre des représentants des deux directions, d'un cadre supérieur de santé référent et de cadres de santé volontaires. En lien avec l'ensemble des projets qui composent le projet d'établissement, le but de cet observatoire sera de conforter les choix stratégiques effectués en équipe de direction, d'élaborer les tableaux de bord permettant de posséder en flux tendus toutes les données utiles à la mobilité, de gérer l'information et la communication relatives aux possibilités de mouvements internes du personnel. Cet observatoire devra mettre en place les conditions d'une politique de mobilité volontaire et dynamique, développant prioritairement tout ce qui peut être un facteur d'incitation. Il devra également veiller à ce que les règles préalables à toute équité dans le processus de mobilité soient bien respectées en tout endroit de l'établissement: publication des postes dans les délais décidés institutionnellement, respect des règles établies dans la réalisation des entretiens de "recrutement interne" selon les critères édictés de manière uniforme pour l'établissement, par exemple. L'objectif principal est de faire de la mobilité interne un processus naturel, non anxiogène, dont les tenants et les aboutissants sont parfaitement connus de l'ensemble des personnels de l'établissement. Un des moyens choisis sera de regrouper au sein de cet observatoire de la mobilité, sous la responsabilité du directeur des ressources humaines et du directeur des soins, toutes les informations internes et externes ayant une incidence sur la mobilité. C'est notamment à partir de cet observatoire de la mobilité que seront pilotés :

- Le référentiel des compétences requises
- La durée d'exercice professionnel par unité de soins
- Le suivi d'aide à l'orientation et à l'intégration

2 Le référentiel des compétences requises

Il semble très important qu'au-delà d'un profil de poste, qui fait appel aux qualités intrinsèques d'un individu, chaque unité de soins, que son activité soit ou non spécialisée, puisse élaborer un référentiel des compétences requises. Il s'agirait d'un document normalisé, dont la trame (papier et informatique) serait élaborée par la direction des soins. Sous la responsabilité de chaque cadre de santé, ce document serait complété par l'équipe pluriprofessionnelle de chaque structure de soin. On devrait alors y retrouver, de manière claire et concise, les compétences qui, au-delà des pré-requis relatifs à la qualification infirmière, semblent indispensables pour exercer comme infirmier dans telle

ou telle unité de soins. Une rubrique conseillerait sur les formations potentiellement utiles, ainsi que sur les enseignements ou ouvrages intéressants. Ce document, réactualisé chaque année, serait accessible et largement diffusé. Il accompagnerait également chaque parution de poste. L'information doit largement circuler et ne doit en aucun cas être, en elle-même, un enjeu de sélection. Ce référentiel constituerait donc une aide pour chaque professionnel désireux, à terme, d'intégrer les effectifs d'une unité de soin. Il lui permettrait de se documenter, d'envisager le parcours formatif à suivre et de préparer ainsi les éléments constitutifs de réussite de son projet.

3 La durée d'exercice professionnel par unité de soins

Une cartographie des postes de travail, unité de soins par unité de soins, sera réalisée pour l'ensemble de l'établissement sous le contrôle de l'observatoire de la mobilité. La durée d'exercice professionnel dans une unité de soin sera définie en fonction de nombreux critères tels que la qualification concernée, le projet de soins de l'unité, le risque d'usure professionnelle, l'investissement formatif nécessaire, la population de patients suivie, l'attractivité professionnelle de l'unité. Cette durée définie sera établie en concertation avec le corps médical et l'encadrement concerné. Elle sera validée par la direction des soins. Cette durée d'exercice professionnel se présentera sous une forme double comprenant, une "fourchette basse", durée minimum où le professionnel s'engage, sauf exception, à rester dans l'unité de soins et "une fourchette haute" correspondant à la durée maximum autorisée d'exercice professionnel dans l'unité de soins. Ces deux dates butoirs seront présentées dans la cartographie des unités de soins réalisée par l'observatoire de la mobilité, seront largement diffusées et donc connues de tous. Ainsi, le principe sera progressivement acquis pour chaque professionnel qu'à un poste de travail donné est attaché un nombre d'années d'exercice professionnel possible. Cette information préalable permettra à chaque professionnel, après ses premières années d'exercice au sein d'une structure de soins, de s'interroger sur ses souhaits concernant un prochain lieu d'exercice professionnel. Lorsque la "fourchette basse" de présence au sein d'une unité de soin sera atteinte par un professionnel, un entretien lui sera alors proposé avec le cadre de santé. Il s'agira de faire le point sur les souhaits de mobilité du professionnel concerné ainsi que sur les stratégies (formation, stage par comparaison, par exemple) qu'il a mises en place pour se donner un maximum de chances d'aboutir dans son projet. A l'occasion de cet entretien, un plan individualisé de mobilité pourra être élaboré, utilisant les différentes ressources de l'établissement pour permettre au professionnel d'affiner son projet professionnel et d'être accompagné dans les stratégies qui lui permettront d'aboutir dans ses objectifs. Un tel dispositif devrait permettre qu'avant l'atteinte de la "fourchette haute" de présence au sein d'une structure de soins, une grande majorité des agents aient, par eux-mêmes, mis en place les conditions leur

permettant d'intégrer un autre poste de travail, conforme à leurs souhaits. Dans le cas contraire, lorsque la durée maximum autorisée d'exercice professionnel est atteinte, un panel issu des postes alors laissés vacants sera proposé à la personne. Ce dispositif d'accompagnement, très fortement incitatif, individualisé devrait permettre de faire coïncider au mieux les intérêts individuels et institutionnels.

4 Le suivi d'aide à l'orientation et à l'intégration

Là encore, il s'agit de mettre en place les conditions facilitatrices d'une mobilité voulue et réfléchie pour chaque professionnel. Le principe est de proposer, au delà de l'aide apportée par le cadre de l'unité de soins, une ou des rencontres avec un cadre de santé spécialement formé à la gestion des projets professionnels et à l'optimisation des retours sur investissement de formation. Cette sorte de "conseiller d'orientation professionnelle" interne à l'établissement établira avec chaque agent qui le souhaite son profil professionnel. Il ne s'agit en aucun cas d'un bilan de compétences tel que celui-ci est réglementairement institué, mais plutôt d'un "arrêt sur image" en terme de carrière au sein de l'établissement. A partir des formations réalisées, du parcours professionnel déjà effectué et des aspirations de la personne, ce conseiller, tel un maïeuticien, permettra à la personne de structurer son projet professionnel. Ensuite, que ce projet soit à qualification constante ou qu'il consiste en une promotion professionnelle, le conseiller accompagnera le professionnel, le guidant vers l'ensemble des "dispositifs-ressources" qui lui donneront un maximum de chance d'intégrer à terme le poste auquel il aspire.

Dans un autre registre, ce professionnel des soins, au regard de la spécialisation de plus en plus prégnante des pratiques soignantes dans le champ de la psychiatrie, pourra recevoir les professionnels nouvellement nommés au sein d'une unité de soins. En collaboration avec le cadre de santé d'unité, il pourra alors conseiller l'infirmier pour lui permettre d'établir un véritable plan d'intégration, précisant les formations ou les stages qu'il serait judicieux d'effectuer.

Un tel dispositif, s'inscrivant dans la continuité, devrait permettre d'accompagner les acteurs dans leurs désirs d'évolution professionnelle, de rendre ainsi pertinentes les démarches individuelles et d'en garantir la cohérence avec les nécessités institutionnelles.

CONCLUSION

« Le territoire de santé est devenu le seul territoire d'organisation de la psychiatrie, aucune procédure réglementaire ne permettant de définir un découpage en secteurs psychiatriques. (...) La structuration de l'offre de soins en matière de santé mentale doit donc être pensée au sein des territoires de santé. Une offre de soins graduée doit favoriser une plus grande diversité des profils d'activité et une concentration de l'offre pour certains types de soins »⁶⁷. Cette mutation annoncée de l'organisation des soins psychiatriques va promouvoir, en lieu et place d'un découpage sectoriel généraliste, un exercice professionnel varié. Il apparaîtra des pôles cliniques élaborés sur une base géodémographique par regroupement de secteurs pré-existants où les soins de proximité conserveront une vocation généraliste. A leur côté, des pôles spécialisés prodigueront des soins spécifiques qui s'adresseront à une population donnée, concerneront une pathologie particulière ou seront dédiés à une période précise du parcours de soins du patient. Dans un tel contexte, les modalités d'exercice professionnel des infirmiers travaillant en psychiatrie vont évoluer. D'une carrière assez linéaire et généraliste jusqu'alors, les infirmiers vont de plus en plus souvent accéder à des périodes de spécialisation durant leur parcours professionnel, aussi bien en intra-qu'en extra-hospitalier. Ils devront alors acquérir des compétences complémentaires nécessaires à un exercice spécialisé, mais devront prendre garde à sauvegarder la pluri-compétence indispensable à toute autonomie professionnelle. Cet enjeu individuel rejoint une préoccupation institutionnelle, celle de la nécessaire polyvalence des personnels infirmiers. En effet, pour conserver une certaine capacité d'adaptabilité aux évolutions futures, un établissement hospitalier doit préserver une relative souplesse de son potentiel en ressources humaines. C'est pourquoi, à partir du processus institutionnel de gestion prévisionnelle des emplois et compétences, le directeur des soins devra insuffler une politique interne de l'emploi dynamique, basé sur le principe de la mobilité, qui permette à la fois au personnel de trouver un épanouissement dans ses activités professionnelles et à l'institution de mettre en adéquation ses besoins de compétences et ses ressources humaines.

⁶⁷ G.Massé et E.Vigneron, « Territorialité et santé mentale », revue « Pluriels » n° 60, juillet 2006

Bibliographie

Les différents ouvrages et documents sont présentés par ordre d'apparition dans le texte

- ❖ **DRESS**, *Etudes et résultats*, n° 341/342, Publications du ministère de la santé, 2004
- ❖ **MNASM**, « *La psychiatrie en France : quelles voies possibles ?* », édition ENSP, 2005
- ❖ **G.Massé et E.Vigneron**, « *Territorialité et santé mentale* », « *Pluriels* » n° 60, 2006
- ❖ **M. Foucault**, « *Histoire de la folie à l'âge classique* », édition Gallimard, 1971
- ❖ **J. Colombier et F. Doublet**, « *Instruction en matière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asiles qui leur sont destinés* », imprimerie Royale, 1785
- ❖ **M. Jaeger**, « *Garder, surveiller, soigner* », *Cahier VST n°3*, 1990
- ❖ **Constans, Lunier et Dumesnil**, « *Rapport général à M le Ministre de l'Intérieur sur le service des aliénés* », Paris, imprimerie nationale, 1878
- ❖ **F. Gros**, *Dictionnaire de psychiatrie*, Larousse, 2003
- ❖ **Cantini et Pedroletti**, « *Les infirmiers dans les asiles* », *Annales Psychologiques*, 1871
- ❖ « **L'informateur des aliénistes et des neurologistes** », N°12, décembre 1908
- ❖ **J. Conolly**, « *The construction and government of lunatic asylums* », 1847
- ❖ **I. Goffman**, « *Etude sur la condition sociale des malades mentaux* », ed. de Minuit, 1962
- ❖ **A. Carrel**, « *L'homme cet inconnu* », 1935
- ❖ **G. Daumézon**, « *Symposium de psychothérapie collective* », 1952
- ❖ **Y.Thyrode et T. Albernhe**, « *Psychiatrie légale* », édition Marketing, 1995
- ❖ **G. Massé et F. Caroli**, « *Le secteur de psychiatrie générale* », *Encyclopédie Médicochirurgicale*, Paris, 1992
- ❖ **JM. Clément**, « *L'hôpital : environnement, organisation, gestion* », Berger-Levrault, 1983
- ❖ **M. Louka**, « *Histoire et perspective d'avenir de la psychiatrie de secteur* », Thèse, 1991
- ❖ **M. Barres**, « *Le secteur, instrument de transformation du service public en santé mentale* », édition Eres, 1986
- ❖ **R. Lepoutre et J. De Kervasdoué**, « *La santé mentale des Français* », édition Odile Jacob, Paris, 2002
- ❖ **V. Kovess et A. Lopez**, « *Psychiatrie, années 2000* », Paris, Flammarion, 2000
- ❖ **G. Massé**, « *La sectorisation a-t-elle un avenir ?* », *Technologie et santé n° 54*, 2005
- ❖ « **Rapport public 2000 sur la psychiatrie** », édition des Journaux Officiels, 2001
- ❖ « **Rapport du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie** », Ministère de la santé, 2004

- ❖ **P. Mordelet**, « *La réforme du service public de psychiatrie* », *Technologie et santé* n°54, 2005
- ❖ **E. Graindorge**, « *Quelle place pour le secteur psychiatrique dans la nouvelle planification sanitaire ?* », *revue Pluriels* n° 42/43, 2004
- ❖ **P. Carré et P. Gaspar**, « *Traité des sciences et techniques de la formation* », Dunod, 1999
- ❖ **L. Bellenger et P. Pigallet**, « *Dictionnaire de la formation et du développement personnel* », ESF, 1996
- ❖ **JP. Citeau**, « *Gestion des ressources humaines : Principes généraux* », Armand Colin, 2000
- ❖ **MEDEF**, « *L'influence des contextes nationaux sur le management par les compétences* », *Cahier n°1*, in *Objectif compétences, des pratiques européennes innovantes, France*, 2002
- ❖ **P. Zarifian**, « *Objectif compétences* », *Pour une nouvelle logique*, Editions Liaisons, 2001
- ❖ **G. Le Boterf**, « *Gestion des compétences* », *revue Gestion Hospitalière*, décembre 2005
- ❖ **G. Le Boterf**, « *Une démarche compétence* », *revue Personnel* n°412, 2000
- ❖ **R. Teulier**, « *Construire ensemble des connaissances pour nourrir les compétences* », *revue Soins Cadres*, n°41, février 2002
- ❖ **CH. Amherdt**, « *Compétences collectives dans les organisations, émergence, gestion et développement* », *Les presses de l'université de Laval, Québec*, 2000
- ❖ **G. Le Boterf**, « *De quel concept de compétence avons-nous besoin ?* », *revue Soins Cadre* n° 41, Février 2002
- ❖ **C. Castoriadis**, « *Fait et à faire* », *édition du seuil, Paris*, 1997
- ❖ **PL. Séguillon**, « *La simple vie* », *édition Denoël, Paris*, 1990
- ❖ **Sénèque**, « *Lettres à Lucilius* », *Apprendre à vivre, édition Arléa*, 1998
- ❖ **AM. Hoffsmans-Gosset**, « *Apprendre l'autonomie, apprendre la socialisation* », *édition Chroniques Sociales, Paris*, 2000
- ❖ **E. Morin**, « *La méthode: la connaissance de la connaissance* », *édition du Seuil*, 1986
- ❖ **L. Not**, « *Où va la pédagogie du projet ?* », *édition universitaire du sud*, 1987
- ❖ **M. Crozier et E. Friedberg**, « *L'acteur et le système* », *édition du Seuil, Paris*, 1977
- ❖ **JP. Boutinet**, « *Anthropologie du projet* », *édition Presses Universitaires de France*, 1990
- ❖ **J. Abbad**, « *Organisation et management hospitalier* », *édition Berger-Levrault*, 2001
- ❖ **G. Drevet**, « *L'adaptation au changement* », *revue Gestion Hospitalière*, n° 393, 2000
- ❖ **H. Mintzberg**, « *Structure et dynamique des organisations* », *ed. d'organisation*, 1982
- ❖ « **La lettre du manager** », n° 382, Mars 2000
- ❖ « **Les Cahiers du Management** », n° 44, juillet 1991
- ❖ **JM. Peretti**, « *Tous DRH* », *les éditions d'organisation, Paris*, 1997
- ❖ **G. De Nerval**, « *Aurélia* », *édition Gallimard, Paris*

Liste des annexes

Annexe I : Préalables au déroulement des entretiens

Annexe II : Guide d'entretien utilisé lors de l'enquête

Annexe I :

PREALABLES AU DEROULEMENT DES ENTRETIENS

? Présentation de l'enquêteur.

? Présentation des grandes lignes de la recherche.

? Rappel du cadre de l'entretien.

? Renouvellement de la demande d'acceptation concernant l'enregistrement de l'entretien et, le cas échéant, précisions concernant le devenir des enregistrements.

? Possibilité pour la personne interrogée de poser, au préalable, toute question qu'elle jugerait utile à l'entretien.

Annexe II :

Grille support des entretiens semi-directifs

Bonjour,

? Pouvez-vous me préciser votre fonction dans l'hôpital ainsi que votre ancienneté dans le monde hospitalier ?

? Pouvez-vous me décrire, telle que vous la percevez actuellement, l'organisation des soins dans votre hôpital ?

? Pouvez-vous me parler plus précisément de l'organisation des soins infirmiers, aujourd'hui, au sein de cet hôpital ?

? Comment appréhendez-vous les évolutions récentes des modalités de l'exercice infirmier en psychiatrie ?

? Que pensez-vous des unités de soins que l'on dit spécialisées ?

? Qu'auriez-vous à me dire sur l'exercice infirmier au sein d'unités où les soins donnés aux patients sont spécifiques ?

? Que pensez-vous des compétences infirmières nécessaires pour exercer dans ce type de structures de soins ?

? Qu'évoque pour vous la notion de projet professionnel infirmier ?

? Qu'est-ce qui, d'après vous, est susceptible d'influencer l'évolution d'un projet professionnel infirmier ?

? Qu'évoque pour vous la notion de compétence collective ?

? Comment envisagez-vous les besoins de votre hôpital en terme de compétences collectives ?

? D'après vous, de quelle manière est-il possible d'influer sur les compétences collectives d'un groupe professionnel tel que le groupe infirmier ?

? Qui peut, à votre avis, prendre en charge la gestion des compétences collectives du groupe professionnel infirmier ?

? Souhaiteriez- vous aborder d'autres points, concernant l'évolution des modalités de l'exercice infirmier en psychiatrie, sur lesquels vous n'auriez pu vous exprimer durant cet entretien ?

Je vous remercie.