

***Institut de Formation des Cadres de Santé***

Syndicat Inter Hospitalier du Pays d'Aix  
Centre Hospitalier Montperrin  
Aix en Provence

***Département des Sciences de l'Éducation***

Université de Provence  
Aix-Marseille 1

**« Passez les bornes ! »**

Les enjeux des territoires professionnels en  
équipes médico-sociales et psychiatriques.

***VANNIER Sylvaine***

***Promotion 2003-2004***

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>1. PROBLEMATIQUE PRATIQUE</b>	<b>6</b>
<b>1.1. Mon expérience professionnelle</b>	<b>6</b>
<b>1.2. Les Centres Médico-Psychologiques pour enfants et adolescents</b>	<b>6</b>
<b>1.3. Les CAMSP</b>	<b>7</b>
<b>1.4. Les différents acteurs</b>	<b>8</b>
1.4.1. Les équipes pluriprofessionnelles, les métiers	8
1.4.2. Les patients et leurs familles	9
<b>1.5. Les soins en équipe psychiatrique et médico-sociale précoce</b>	<b>10</b>
1.5.1. De la collaboration professionnelle	10
1.5.2. Les métiers, les professions et les territoires professionnels, le constat	12
<b>1.6. Le rôle du Cadre de Santé dans la coordination de l'action de soin pluriprofessionnelle en équipe médico-sociale et psychiatrique.</b>	<b>17</b>
<b>1.7. Conclusion de la problématique pratique et question centrale</b>	<b>19</b>
<b>2. PROBLEMATIQUE THEORIQUE</b>	<b>22</b>
<b>2.1. Les territoires et les frontières</b>	<b>22</b>
2.1.1. L'espace et ses limites dans la psychologie	22
2.1.2. Eclairage éthologique	24
2.1.3. Eclairage de l'ethnologie et de l'anthropologie	26
2.1.4. Eclairage de la géographie	26
2.1.5. Eclairage juridique et politique et social	28
2.1.6. Les territoires professionnels et les espaces de travail	29
<b>2.2. La construction identitaire professionnelle</b>	<b>30</b>
2.2.1. La différenciation	31
2.2.2. Le concept d'identité et l'identité professionnelle (l'intégration)	32
2.2.3. La territorialité	33
2.2.4. Les conflits d'identité professionnelle	34

2.2.5. Le partage des territoires professionnels _____	35
<b>2.3. Conclusion de la problématique théorique et question de recherche _</b>	<b>37</b>
<b>3. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE _____</b>	<b>38</b>
<b>3.1. Faire le choix de la méthode _____</b>	<b>38</b>
3.1.1. La méthode clinique _____	38
3.1.2. La méthode de l'ethnos _____	39
<b>3.2. Le dispositif de recherche en ethnos _____</b>	<b>41</b>
3.2.1. La méthode _____	42
3.2.2. Situation _____	44
3.2.3. Le recueil de données _____	47
3.2.4. Utilisation et analyse des données _____	57
<b>3.3. Conclusion de la méthodologie de recherche _____</b>	<b>58</b>
<b>CONCLUSION _____</b>	<b>60</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE _____</b>	<b>59</b>

## **ANNEXES**

## INTRODUCTION

Ce travail de fin d'études est une réflexion sur une pratique professionnelle en équipes de consultations médico-sociales et psychiatriques infanto-juvéniles. Le questionnement dont il est issu a débuté avant cette année de formation à l'I.F.C.S. Cependant le positionnement d'étudiant Cadre de Santé, l'enseignement dispensé par l'I.F.C.S. et dans le cadre de la Licence en Sciences de l'Éducation réorientent ma réflexion en la problématisant du côté de l'enrichissement d'une future posture de Cadre de Santé. L'apprentissage et l'usage de méthodes de recherche, la réflexion méthodologique et l'utilisation d'outils d'enquêtes, pour appréhender le thème, ont favorisé la prise de distance par rapport à mon exercice professionnel.

Le thème central de ce travail concerne les enjeux de territoires professionnels dans les équipes de soin médico-social et psychiatrique. Les territoires professionnels sont le domaine de la vie sociale de l'organisation, de l'équipe. Les lieux physiques et psychologiques du déroulement du soin sont à la fois, appropriés et partagés. A partir de son territoire propre, le Cadre de Santé en équipe pluriprofessionnelle, articule, par la mise en relation de territoires d'apparence différentiels, une offre de soin plurielle. Ainsi vont se construire d'autres territoires à partager et qui seront appropriables par les professionnels et le patient lui-même.

Dans une première partie, je propose d'exposer le thème de ce travail en le rattachant à mon expérience de psychomotricienne en équipes pluriprofessionnelles de soin médico-social et psychiatrique. Puis, je présente les lieux de soin qui servent de cadre aux problématiques. Je fais, alors état de leur activité en pluriprofessionnalité en l'enrichissant avec un questionnement sur la collaboration interprofessionnelle. Après avoir fait le constat de l'usage des notions de territoires professionnels pour les métiers et leurs définitions je termine cette première partie en questionnant la lecture des territoires professionnels comme outil de management pour un Cadre de Santé.

Dans une deuxième partie je présente les différents éclairages de la notion de territoire, puis j'aborde le concept d'identité professionnelle, surtout à travers sa

construction puis son maintien par la territorialité. Ceci m'amène à évoquer les enjeux de cette identité professionnelle dans les phénomènes de repli ou dans les situations de contact ou de partage de territoires. Cette conceptualisation de mon thème étaye la question centrale de ce travail et me permet d'élaborer une question de recherche.

Enfin je choisis une méthode de recherche avec un projet en Ethnos, ceci pour en monter le dispositif et le proposer au témoignage, sur le terrain, de Cadres de Santé en situation de manager des équipes pluriprofessionnelles. Le dispositif de recherche est ainsi enrichi et régulé par la confrontation avec les données recueillies.

Ce travail n'est que le résultat d'un apprentissage de la démarche de recherche en soins pour en comprendre le décours. Il ne revendique pas le statut de recherche. Il invite à la réflexion dans un futur exercice professionnel de Cadre de Santé et propose d'interroger les pratiques avec des méthodes rigoureuses et transférables.

# **1. PROBLEMATIQUE PRATIQUE**

## ***1.1. Mon expérience professionnelle***

Psychomotricienne, depuis plus de 20 ans j'ai exercé dès 1982 en consultations médico-psychologiques pour enfants et adolescents (CMP). En outre, j'ai été affectée depuis 12 ans à mi-temps dans un Centre d'Action Médico Sociale Précoce (CAMSP). J'ai ainsi fait partie de plusieurs équipes pluriprofessionnelles qui elles-même pratiquent une mission de soin médico psychologique et d'accompagnement socio-éducatif.

Durant ces années d'exercice en équipe, j'ai pratiqué mon métier de psychomotricienne, à la fois dans les strictes frontières de mon territoire professionnel prescrit (soins, thérapie psychomotrice) et dans des zones d'activités partagées comme le soin en groupe thérapeutique de patients, la prévention le dépistage et le travail en réseaux médico-sociaux.

## ***1.2. Les Centres Médico-Psychologiques pour enfants et adolescents***

Les Centres medico-psychologiques (ou consultations) pour enfants et adolescents (CMP) sont les lieux de consultations des intersecteurs de psychiatrie infanto-juvéniles. Ils appartiennent au service public hospitalier. La circulaire n°443 du 16 mars 1972 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et adolescents définit de nouvelles orientations spécifiques. Elle sera complétée par la circulaire D 65 892 MS 1 du 9 mai 1974. Prenant en compte les progrès en matière de psychiatrie infanto-juvénile et les différents types de prévention tels qu'ils ont été définis par l'Organisation Mondiale de la Santé, les textes mettent l'accent sur le diagnostic et le traitement précoce. Les modes de cures ambulatoires ou à temps partiels sont considérés comme prioritaires afin de maintenir l'enfant dans son milieu familial et scolaire dans la mesure du possible. L'action de l'équipe doit s'inscrire en liaison avec la famille de l'enfant, les différents

services sanitaires, sociaux et éducatifs. Elle a pour mission le dépistage, le diagnostic et le soin.

Dans ces consultations sont reçus des enfants, des adolescents (de 0 à 20 ans) et leurs familles. Les jeunes patients présentent des troubles psychologiques, voire psychiatriques. Leur développement est perturbé par des difficultés comportementales, des dysharmonies et des troubles psychoaffectifs et psychiatriques, des retards psychomoteurs et/ou cognitifs, ainsi que des handicaps. Les CMP ont des missions de prévention et d'insertion dans les milieux scolaires et d'accueils sociaux.

### **1.3. Les CAMSP**

Les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce ont été créés par la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et medico sociales. « *Les enfants chez qui un handicap aura été décelé ou signalé (...) pourront être accueillis dans des structures d'action médico-sociale précoce en vue de prévenir ou de réduire l'aggravation de ce handicap. La prise en charge s'effectuera sous forme de cure ambulatoire comportant l'intervention de médecins et de techniciens paramédicaux et sociaux et, si nécessaire, une action de conseil et de soutien de la famille.* » (Loi d'orientation du 30 juin 1975.)

Ce sont des lieux de consultations et d'accompagnement médico-social de proximité. La plupart appartiennent au service public hospitalier, d'autres sont associatifs dans le cadre de l'enfance inadaptée. Leurs missions sont aussi le dépistage, le diagnostic et le soin. La spécificité de ces structures est l'extrême précocité de l'offre de soins. Les patients sont reçus de la naissance à 6 ans. Ils souffrent de handicaps, de maladies génétiques, de troubles du comportement, de dysharmonies évolutives ou de troubles psychiatriques.

Les CAMSP participent également à la prévention des troubles de l'attachement, des troubles du développement et du handicap. Ils ont une mission d'insertion des enfants dans les systèmes sociaux d'accueil de la petite enfance (crèches) et de l'éducation nationale.

## **1.4. Les différents acteurs**

### **1.4.1. Les équipes pluriprofessionnelles, les métiers**

Que se soit au CMP ou au CAMSP, les équipes de soins médico-psychologiques et d'accompagnement socio-éducatif sont pluriprofessionnelles, sous l'autorité d'un Médecin chef de service, psychiatre pour l'un et d'un Médecin directeur, pédiatre pour l'autre. Elles sont composées de médecins pédiatres et pédopsychiatres, de psychologues, de professionnels de santé (infirmières et puéricultrices, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens...), de personnels sociaux-éducatifs (assistants de service social, éducateurs spécialisés et éducateurs de jeunes enfants) et de secrétaires médicales.

Le mode d'activité de soin de ces équipes pluriprofessionnelles est collectif. Certes l'enfant et sa famille ne sont reçus, la plupart du temps, que par un seul thérapeute à la fois. Cependant la prise en charge est coordonnée avec plusieurs intervenants selon les besoins du projet thérapeutique et medico-social établi avec la famille. De plus l'ensemble des membres de l'équipe soignante et socio-éducatif participe à des actions de travail en réseau qui sont à visée de prévention, d'insertion ou de protection contre la maltraitance.

Dans la plupart des cas il y a, pour encadrer ces équipes, des cadres de santé ( le plus souvent de filière infirmière ou socio-éducatif) mais beaucoup d'équipes, comme celles dans lesquelles j'ai exercé, n'ont pas d'encadrement.

Quelles sont les missions de chacun de ces acteurs ? Qui soigne ?

Les professionnels dans les équipes médico-psychologiques et médico sociales ont des activités de soin différenciées mais aussi communes. Les textes professionnels comme les décrets de compétences spécifient les rôles et les fonctions de chacune des professions. On distingue les professionnels de santé (qui comprend les médecins et les auxiliaires de la médecine, paramédicaux) rapport MATILLON (2003 p. 59) les psychologues et les personnels socio-éducatifs. On ajoutera dans l'exercice même de cette pratique de consultation, le rôle des secrétaires médico-sociales pour qui, la fonction d'accueil et de gestion des rendez-vous prend tout son sens.



L'usage, dans ces équipes, est de nommer thérapeutes les professionnels de santé (médecins et paramédicaux) et les psychologues. Le projet pour le patient est nommé projet thérapeutique. Cependant dans ce projet thérapeutique est introduit la part de l'action socio-éducative si besoin est. Ainsi l'offre de soin est plurielle comme l'ensemble des personnels qui la propose. Pour HESBEEN (1994) « *l'action de soigner, prendre soin de quelqu'un, ne relève pas du rôle exclusif de quelques professionnels de la santé* » (p 54) et aussi « *prendre soins c'est faire preuve d'attention à la personne ou au groupe concerné dans la perspective de contribuer au bien-être de cette personne ou de ce groupe, dans la situation qui est la leur.* » (p.64). Il ajoute « *l'action de prendre soin concerne tous les acteurs de l'équipe pluridisciplinaire* ». L'auteur parle de son expérience d'infirmier en centre de réadaptation, mais dans l'action medico psychologique auprès de l'enfant et de sa famille ce « *prendre soin* » a tout son sens quand l'offre de soin est étendue à l'accompagnement socio-éducatif. Ainsi je propose d'employer, pour ce travail, le terme de « *soin médico-social et psychiatrique* » pour désigner la pratique thérapeutique de ces équipes.

#### **1.4.2. Les patients et leurs familles**

Les problèmes et les pathologies rencontrées sont complexes. Elles ont une forte incidence socio-économique et ce qui caractérise le soin médico-social et psychiatrique c'est la durée. En effet la durée moyenne de prise en charge recueillie dans les statistiques des établissements est de 22 mois, et ceci avec plusieurs rendez-vous par semaine. L'enfant ou l'adolescent et sa famille peuvent ainsi connaître et repérer les différentes professions. Le projet thérapeutique dans lequel l'enfant et sa famille sont partie prenante inclut l'ensemble des professionnels en fonction des besoins.

Comme le soin médico psychologique et l'accompagnement socio-éducatif interviennent dans un cadre développemental de l'enfant ou de l'adolescent, il reste près du projet de vie du patient. Par conséquent, la consultation ambulatoire est un soin de proximité.

## **1.5. Les soins en équipe psychiatrique et médico-sociale précoce**

C'est une mobilisation de ressources individuelles pour une action de soin collective. C'est aussi une combinaison d'activités transversales qui se déroulent sur des territoires différents comme l'école, la crèche, le domicile, le milieu de vie, soit, le territoire social du patient. La mission de soin et les missions d'aide et d'intégration sont des missions spécifiques dans lesquelles s'engage l'équipe et pour lesquelles les « cœurs de métiers » n'apparaissent pas comme les plus pertinents. Il nous faut donc comprendre comment fonctionne la collaboration dans ces services.

### **1.5.1. De la collaboration professionnelle**

Collaborer vient de la locution latine « *cum laborare* » qui signifie « *travailler avec* ». Les agissements de ceux qui « *travaillaient avec* » l'occupant pendant la 2eme guerre ont jeté sur ce vocable une réputation douteuse. Pourtant selon la définition du Petit Larousse il s'agit de « *travailler avec d'autres à une œuvre commune* ». Cependant les auteurs de modélisations interactionnistes qui, comme LE BOTERF (1997 p.260) ont écrit sur le « travailler ensemble », définissent le concept de collaboration en articulation avec la coopération. On retrouve dans ses travaux les trois niveaux d'interactions professionnelles :

Le niveau de séparation, celui du préfixe « *pluri* » professionnel

Le niveau d'intersection, celui du préfixe « *inter* » professionnel

Le niveau de combinatoire, celui du préfixe « *trans* » professionnel

Ainsi dans le premier niveau, la co-activité se caractérise par l'absence de but commun. Dans le deuxième, la collaboration, la mission est commune mais les activités restent indépendantes. Dans le troisième, la coopération, une mission commune est définie et le groupe se repartit des activités à réaliser.

Cependant on ne peut pas évoquer le jeu co-actif, collaboratif et coopératif au sujet des équipes médico-sociales et psychiatriques sans faire référence à l'étude des équipes pluriprofessionnelles medico-sociales menée par D'AMOUR, SICOTTE & LEVY (1999) au Canada : « *dans le domaine de la santé, la collaboration est*

*généralement définie comme un processus conjoint de prises de décisions partagées(...) un ensemble de relations et d'interactions qui permettent à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leurs expériences, de façon concomitante au service des clients pour le plus grand bien de ceux-ci. » (p.69.)*

Les auteurs, en s'appuyant eux-mêmes sur des travaux précédents, définissent la collaboration comme une nécessaire organisation du travail dans un processus de partage. L'étude canadienne démontrera que les savoirs et les pratiques professionnelles différentes articulent leurs logiques dans des « *espaces de cohésion* » (p.70) ; ce sont ces espaces où l'on trouve la collaboration.

Ces auteurs désignent par « pluri » professionnelle les équipes de la santé où plusieurs professions différentes travaillent ensemble et ils en étudient le travail en forme de collaboration interprofessionnelle (CI). C'est la terminologie qui semble correspondre aux équipes de soin médico-social et psychiatrique.

Les équipes pluriprofessionnelles, ne se réduisent pas à un niveau sommatif, de juxtaposition de spécialités, pour remplir une mission commune. C'est, depuis leur création, le cas des équipes de soin médico-social et psychiatrique. Le projet de soin (ou projet thérapeutique) articule des objectifs professionnels spécialisés et la demande d'aide medico-psychologique des familles, une fois établi le diagnostic. D'AMOUR & all.(1999 p.67 ), on l'a vu, parlent « *de prises de décision partagées* ». L'offre de soin est faite à la famille sous forme de prise en charge multiple (plusieurs rendez-vous avec des thérapeutes différents). La proposition est de nouveau discutée avec la famille (et même l'enfant ou l'adolescent). Il en ressortira un processus de soin sous forme d'alliance thérapeutique qui lie le patient, sa famille et les différents professionnels.

Ainsi cette forme de « *prendre soin* », contractuelle, suppose une identification des différents partenaires et un éclairage suffisant de l'offre de soin et du choix motivé des différentes prises en charge par spécialité. Cette pratique correspond au consentement éclairé dont fait état la loi du 4 mars 2002. Mais l'offre de soin multiple n'est pas établie par une correspondance terme à terme entre des symptômes et une spécialité professionnelle. Il s'agit de soin médico-psychologique et la mise en lien, l'articulation des soins entre eux, sont présentées, discutées, travaillées comme modèle de relation des symptômes entre eux. En faisant état du trouble

psychologique ou comportemental, l'ensemble de l'offre de soins est construite à partir de la demande du patient (directe ou indirecte par ses parents). Mais elle ne peut faire l'impasse de la particularité de l'enfant ou de l'adolescent : le mouvement développemental biologique, fonctionnel, social, relationnel et psychologique. Dans ce sens, l'offre de soin peut se modifier au fur et à mesure pour s'ajuster en fonction de ces paramètres.

Mais, cette mise en commun, ce partage et cette mission de soin en collaboration passent par l'identification des métiers. Dans l'équipe de soin au travail, chaque intervenant doit être identifiable pour le patient, pour lui-même et pour ses collègues. HESSBEEN (1994 p.93) évoque le « *partage éclairé des tâches et des rôles...* ». Cet éclairage c'est celui de la professionnalisation, celui des métiers. La configuration même en différents métiers et la qualification des équipes médico sociales et psychiatriques (et celle aussi de toutes les équipes de soins ) oblige à discuter, négocier, partager, s'enrichir. La construction identitaire de chaque acteur du soin est sujette de sa pratique par son identité professionnelle, sa qualification son métier. Il prend part à l'offre de soin, à partir de cette position subjective, en connaissant ses limites cliniques, réglementaires, statutaires et personnelles. Cependant le mode de travail collectif, interactif et combinatoire confirme l'existence (professionnelle) de chacun par la place que lui fait l'autre. La place d'un espace professionnel dans un espace de soin. Ces espaces ne sont pas infinis et leurs délimitations en font des territoires dont nous verrons que les frontières peuvent être « sacrées ou négociées »

### **1.5.2. Les métiers, les professions et les territoires professionnels, le constat**

Avant d'aller plus loin, il convient de connaître les définitions étymologiques des mots métiers et professions : dans le Dictionnaire étymologique de la langue française

« *Métier* » vient de « *ministerium* » service. Le premier sens est celui d'une *profession* caractérisée, nécessitant un apprentissage, une expérience

Pour le mot « *Profession* », le premier sens donné par les dictionnaires étymologique est :

« *Action de déclarer hautement sa foi* », puis est issu le sens de déclaration état, emploi, condition. Du latin *professio* : état que l'on déclare exercer.

Il est intéressant de noter que le terme même de *profession* sert à définir *métier* et autorise une identification par la déclaration : « *je suis ce que je dis être* »

L'idée de métier est forgée par le système social. Par exemple toutes les professions de santé sont statutairement définies dans leurs qualifications par les textes réglementaires qui énoncent le contenu de leur formation initiale, les conditions d'attribution des diplômes, les liens hiérarchiques à la profession médicale. Les conditions d'exercice, qui en font des auxiliaires de la médecine, sont délimitées vis à vis de la prescription médicale, (frontière entre l'acte médical et l'acte paramédical) et définissent aussi la distribution des actes paramédicaux entre les métiers (rôle propre, décret de compétences), ainsi que la redistribution de tâches sous la responsabilité des médecins et des auxiliaires de la médecine. Les livres 1 à 3 du Code de la Santé Publique déterminent les professions de la santé en fonction des actes qu'elles peuvent accomplir ensuite les actes sont précisés dans le cadre de règlements.( MATILLON 2003)

Les métiers socio-éducatifs et les psychologues de la fonction publique hospitalière voient aussi leurs missions encadrées par des règlements et des circulaires.

En conclusion, les qualifications dépendent du diplôme et l'activité professionnelle est encadrée. Les décrets professionnels et les définitions de champs des compétences délimitent de façon réglementaire l'espace professionnel de chacun. Mais il y a-t-il dans la pratique collective d'équipes pluriprofessionnelles un strict respect de ces limites ? L'interprofessionnalité trouve-t-elle son exercice dans des zones partagées ? D'AMOUR & all. (1999 p.83) parlent « *de zones grises, d'activités partagées* »

Les rapports ministériels commandés en 2002 et 2003 décrivent cette interprofessionnalité à l'hôpital. Le rapport BERLAND (2002) rend compte de la démographie des professions de santé. Il fait l'état des lieux par profession, répondant à la commande ministérielle de réorganiser les soins en fonction des personnels « disponibles » et de prévoir les quotas de formation d'après des

besoins mis à jours par l'enquête. Pour ce faire, il établit le constat de l'exercice de chaque profession. Il apparaît au rapporteur un décalage entre les objectifs professionnels et le contenu réel des métiers : « *Il n'y a pas eu pour la grande majorité des métiers de la santé, de redéfinition des objectifs professionnels et un redécoupage de contours* » (p.57) ou « *il existe beaucoup de chevauchements d'activité entre certaines professions médicales et entre professions médicales et para médicales.....* » (p.58) le rapporteur est animé par un intérêt économique avant de pouvoir agir sur une augmentation des effectifs, il précise que les chevauchements observés méritent une « *définition précise des compétences sous peine de redondances inutiles* » (p.87) il proposera de redéfinir les frontières pour amener à la délégation (p.94)

Le rapport MATILLON (2003) précise : « *Toutefois, si le droit organise indubitablement des espaces de contraintes, il ouvre également un certain nombre d'espaces de liberté dans lesquels les acteurs sociaux sont libres d'organiser leur activité. On peut donc imaginer, en respectant les bornes et les normes liées à un système construit à partir des qualifications professionnelles, que les interventions effectives des professionnels s'organisent également en fonction de leurs compétences.* » (p.9)

Ainsi les notions de territoires, de leurs délimitations et de leurs chevauchements sont abordées dans ces rapports. En se plaçant du côté des besoins et non plus du côté de l'offre de soin les rapports utilisent les notions de contours, de frontières, de délimitation etc., qui sont des notions faisant appel à l'image spatiale. Sans utiliser le mot de territoire il est besoin de notions spatiales pour définir les activités des professions.

Cet abord de la spécificité des actes professionnels par la délimitation de territoires est couramment employé. Le vocable « territoire » sert à définir de manière imagée à la fois le champ (encore une surface) et son contenu. Des auteurs comme HESBEEN (1994) l'utilisent, pour évoquer les replis identitaires consécutifs à des conflits dans les équipes pluriprofessionnelles de réadaptation. D'AMOUR & all. (1999) font du partage des *territoires professionnels* un élément clé de la collaboration interprofessionnelle (CI) dans leur étude sur l'approche organisationnelle des équipes de santé.

On connaît peu de monographies de recherche consacrées à l'étude spécifique des *territoires professionnels* en soins et en santé. On retrouve le terme

de manière préférentielle chez les auteurs qui ont écrit sur l'identité professionnelle. Par exemple, MUCHIELLI R., utilise cette notion « *zone territoriale* » dans son ouvrage sur l'équipe et plus précisément dans les paragraphes intéressant les équipes médico-psycho-pédagogiques ( 2003 p.37)

Dans une partie des publications, les auteurs utilisent ce vocabulaire spatial de *territoire* dans les situations professionnelles dans lesquelles il faut délimiter une zone de pratique particulière. Dans ce cas la frontière est étanche, elle protège, elle est sacrée. D'autres auteurs l'emploient pour parler des zones communes d'actions collectives. Dans ce cas les frontières s'ouvrent à l'autre pour créer des zones partagées, elle est négociée. Par contre, ont existé des équipes pluriprofessionnelle de soin psychiatrique où, sous couvert de théories thérapeutiques discutables les personnels étaient encouragés à laisser de coté leur spécificité et leur identité professionnelle pour un communautarisme soignant : le « tout thérapeutique » qui rendait les frontières "invisibles".

Cependant, il apparaît que le mode de lecture des *territoires* dans les organisations professionnelles en soins et en santé sera admis. En conséquence, on peut se demander quels sont les *territoires* observés dans les équipes médico-sociales et psychiatriques?

L'organisation du travail en consultations favorise la lecture des territoires spécifique de chaque profession. Le territoire spatial réel, est celui du bureau ou de la salle de chacun. L'aménagement et les outils de travail signent la spécificité du métier. En effet en matière de surface et d'aménagement, les besoins ne sont pas les mêmes pour un pédopsychiatre, une orthophoniste ou une psychomotricienne. Donc le territoire spatial, réel de la pratique professionnelle est différencié et identifié. Les limites sont celles du bureau et la porte est refermée sur l'intimité du territoire de la séance.

Nous l'avons vu, du point de vue des territoires de soins propres à chaque profession, ceux-ci sont définis par la loi et les règlements. Les professions sont identifiées et chacun participe au diagnostic et à la prise en charge du patient. Une part de la prise en charge est individuelle. Chaque patient est reçu sur rendez-vous. Mais pour définir les modalités de cette prise en charge l'équipe a du croiser les

points de vue de chaque intervenant qui a reçu l'enfant et sa famille en bilan. L'offre de prise en charge sera discutée, et la prise de décision sera faite en commun sous l'autorité médicale. Elle sera proposée à l'enfant et à sa famille. Puis tout au long de la prise en charge selon les besoins, en fonction de l'évolution du patient, des réunions de synthèse viendront la réorganiser de façon tout aussi collégiale. C'est autour des besoins du patient que se fait la construction de l'offre de soins toujours avec plusieurs prises en charge.

Il existe également des soins en groupes d'enfants qui nécessitent la présence de plusieurs intervenants. Cette offre de soin demande la réunion de professionnels différents autour de plusieurs enfants. Ainsi les territoires professionnels sont dans ce cas, supports et garants de la spécialité du soignant. Il doit élaborer sa prise en charge en collaboration, et conformément à la décision interprofessionnelle discutée avec les parents et l'enfant. L'activité de soin en équipe medico-sociale et psychiatrique est sujette aux chevauchements de territoires professionnels et au déroulement du soin dans des zones d'activités partagées.

Ce phénomène est d'autant plus évident quand il s'agit de travailler en réseau avec les lieux d'insertion sociale des enfants et des familles comme la crèche et l'école, comme les centres sociaux ou les instances judiciaires. Dans ce cas les territoires sont ceux des institutions elles même. Et les zones partagées sont celles que l'enfant traverse en étant patient, allocataire, élève...mais il s'agit bien du même enfant. Ceci implique une continuité qui ne saurait rencontrer de frontières étanches. Cependant la position d'élève n'est pas celle de patient, et la lecture des limites du soin médico psychologique et de celles du scolaire permet de définir les zones de la collaboration inter-services.

Pour les patients et leur famille les limites des territoires professionnels, la lecture des spécificités de chacun tient souvent de la notoriété des professions de santé. De fait les professions les plus connues comme orthophonistes sont les plus identifiables mais le plus souvent les familles attribuent un "supposé" champ de compétence à une profession mais restent éloignés de la réalité. Le devoir d'information est essentiel dans la proposition de la prise en charge. De même la notion d'équipe correspond au rassemblement en un seul lieu de plusieurs



spécialités. Ainsi pour les familles, il semble que le territoire pris en compte soit celui de la consultation, du centre lui-même.

En opérant cette lecture de l'offre de soin médico-social et psychiatrique par les territoires et leur chevauchement on s'aperçoit que l'on a affaire à différentes unités territoriales qui elles-mêmes se rejoignent ou s'articulent en de nouveaux territoires, eux-mêmes inclus dans d'autres zones de définition. Pourrait-on en dresser la carte ?

Ces questionnements autour de la pratique de soin amènent aussi à se demander comment le soin s'inscrit dans le territoire de l'institution, de l'hôpital. Les frontières entre le soin et les contraintes de l'institution sont-elle étanches, négociées ?

Enfin, quel rôle joue le cadre de santé dans l'encadrement des équipes de soins pluriprofessionnelles ? Que fait-il des territoires professionnels ? Existe-t-il un territoire professionnel du cadre de santé, des directions de soins, des directions administratives de l'hôpital ?

### ***1.6. Le rôle du Cadre de Santé dans la coordination de l'action de soin pluriprofessionnelle en équipe médico-sociale et psychiatrique.***

Les équipes pluriprofessionnelles dans lesquelles j'ai travaillé étaient sans Cadre de Santé. Elles sont directement placées sous l'autorité du Chef de service ou du médecin directeur technique. Mais de plus en plus de Cadres de Santé encadrent ces équipes de consultations. Ils managent l'ensemble des professionnels et prennent part à la coordination des soins. Ce sont le plus souvent des cadres d'origine infirmière voire des cadres socio-éducatifs. Issus d'une profession, ils doivent manager une équipe plurielle même si, en ce qui les concerne, le territoire de responsabilité surtout en matière hiérarchique et d'évaluation est défini de façon attributive : une filière, un cadre. Cependant sur le terrain, les cadres ont des missions de coordination et de développement du soin par projets de service qui étendent leur compétence managériale à l'ensemble des personnels, quelle que soit leur expertise métier.

. Les recommandations de la circulaire n° 00030 du 20 février 1990 (VINCENT) donnent le primat à l'expertise « métier ». L'arrêté du 18 août 1995 organise l'encadrement par filière. Les missions sont fondées sur la qualification, sans précision sur la formation professionnelle. Et depuis le décret du 19 avril 2002 l'ensemble des activités de soins est coordonné par le Directeur des Soins

Les Cadres de Santé exercent plutôt la gestion de la pluriprofessionnalité conformément aux projets de services et aux projets de soins, c'est à dire la gestion des relations entre les professions, elles-mêmes en interaction. Ils managent l'interprofessionnalité. Ce management réunit les conditions de la collaboration interprofessionnelle à l'intérieur du service et les conditions de la collaboration inter service pour le travail en réseau. Dans ce sens DESBONNETS (2003 p .13) écrit:

*« Le cadre de santé est alors, (en psychiatrie de l'enfant) à côté du médecin, un acteur essentiel de la cohérence et du dynamisme de cette interprofessionnalité. Il s'agit à la fois de garantir les compétences propres aux professions et aux individus, et de gérer avec eux les zones de contact et d'exclusivité générées par celles-ci. Le tout doit rester dans le champ des soins, ce champ étant maintenant placé sous l'autorité des Directeurs des Soins »*

C'est dans ce sens que le management d'équipes pluriprofessionnelles est indissociable de la gestion de ressources humaines. Dans son mémoire sur le rôle du Cadre de Santé dans le travail en collaboration au sein d'une équipe pluridisciplinaire, LACROIX-FREITAS (2003. p.20) énonce le rôle du cadre de santé de la façon suivante: *« il s'agit donc d'organiser les soins, c'est-à-dire de les coordonner, en développant un travail en réseau en vue d'un partage de l'information et d'une cohésion d'équipe pour une cohérence de l'action ».*

L'action de soin sera rendue cohérente et de qualité par l'investissement professionnel des intervenants et par la fonction d'encadrement qui sera de veiller à la mise en place des conditions adaptées aux besoins des patients.

Issu d'une des professions qui compose l'équipe, le Cadre de Santé fera appel à ses compétences d'organisation, de réflexion sur la pratique, il favorisera l'évaluation pluriprofessionnelle du soin.

C'est ainsi que : « *Dans le travail en collaboration des équipes pluridisciplinaires, le management s'intéresse aux acteurs pour l'accomplissement des diverses actions mais également pour leur propre évolution* ». LACROIX-FREITAS (2003 p.21)

Le cadre de santé a bien un rôle de facilitateur de la collaboration au sein de l'équipe elle-même et de l'équipe avec les acteurs en réseau; il travaille sur les points de rencontre des professionnels entre eux (Il faut de la communication des ponts, des passages, l'ouverture des frontières, des zones d'activités partagées). Il articule aussi les logiques administratives et les logiques de soins en faisant se rencontrer les actions centrées sur le patient, le projet thérapeutique individuel et les contingences réglementaires et administratives de l'organisation de soins.

### **1.7. Conclusion de la problématique pratique et question centrale**

Mon vécu professionnel de psychomotricienne en équipes médico-sociales et psychiatriques m'a permis d'élaborer cette première partie en favorisant un questionnement concernant ma future fonction de Cadre de Santé, vraisemblablement en équipe pluriprofessionnelle. L'exercice même de mon métier en équipe, demande une capacité à analyser les pratiques pour les confronter à ma propre construction identitaire, c'est « *l'exigence du partenariat* » DESBONNETS (2003 p.59) De plus la spécificité professionnelle du psychomotricien le fait s'occuper de patients dont la construction identitaire et le développement psychomoteur sont perturbés. Les outils thérapeutiques dont nous disposons sont ceux des postures relationnelles, de la communication, de l'autonomie, des apprentissages, de la relation particulière, réelle, imaginaire et symbolique à l'espace et au temps. Dans ce sens la réflexion pour cette recherche prend appui sur mon expérience. C'est aussi une tentative pour rendre transférable dans une future fonction de Cadre de Santé l'expérience et les compétences cliniques de ma profession d'origine comme chaque cadre en formation doit pouvoir en rechercher dans la sienne.

En équipe de soin médico-social et psychiatrique, le paradigme des métiers vient s'inscrire dans la collaboration inter-individuelle pour une offre de soin qui correspond aux besoins du patient et de sa famille. Ces équipes ont un encadrement non pas expert de la technicité des soins mais gestionnaires des ressources

humaines, et de la communication. Le cadre est également promoteur et activateur de projets. (Circulaire 1990). Il est garant de la qualité des soins en permettant une organisation du travail où chaque intervenant trouvera matière en l'exercice de sa profession. Les compétences de chacun sont clairement identifiées et l'exercice de la collaboration demande de mettre en place des savoir-faire dans la plus grande autonomie. C'est donc à partir de l'assurance d'une forte identité professionnelle que se fabrique la meilleure des collaborations de travail.

LE BOTERF (1997 p.251) écrit que « *le nécessaire maillage des compétences, même s'il doit puiser ces ressources dans les métiers, conduit inévitablement à travailler sur les interfaces et à sortir des frontières traditionnelles* » Certes ces équipes ne sont pas à l'abri de replis identitaires ni de jeux de pouvoir basés sur des emprises de territoires ou sur des partages autoritaires sans légitimités thérapeutiques. De plus, la construction identitaire passe par la confrontation à l'autre et il n'est pas de territoire qui ne risque de secréter de l'exclusion. Dans ce cas le rôle du cadre est de repérer les dysfonctionnements de la collaboration dans l'équipe et ceux de l'équipe avec les partenaires sociaux et médicaux.

Pour le Cadre de Santé il s'agit de faire respecter l'exercice professionnel dont les territoires particuliers sont circonscrits par les décrets de compétences. Mais en équipe pluriprofessionnelle le premier territoire est le territoire où travaille l'ensemble de l'équipe, celui où elle met en commun ses savoir-faire et ses moyens, les modes thérapeutiques de chaque profession. Mais de quels outils le cadre de santé d'une telle équipe dispose-t-il pour mettre en synergie les différences en respectant chacun, en connaissant les valeurs identitaires de chaque professionnel, en faisant des ressources de la personne, les ressources de l'organisation pour le patient ?

Cependant, l'action collective interprofessionnelle est structurée à partir des savoirs spécifiques appartenant à chaque profession. Dans les zones d'échanges des savoirs professionnels et dans les zones d'activités partagées, que peut-on comprendre des enjeux et des intérêts de la collaboration interprofessionnelle ?

Et si, dans une équipe de soin pluriprofessionnelle l'expertise du cadre de santé est transversale à l'expertise professionnelle, je propose comme question centrale à cette recherche :

**En quoi, dans une équipe de soin medico-social et psychiatrique, la lecture des territoires professionnels et de leurs chevauchements en zones d'activités partagées, peut-elle être un outil managérial pour le cadre de santé ?**

## 2. PROBLEMATIQUE THEORIQUE

Je propose, pour aborder cette problématique, d'exposer les différents éclairages de la notion de territoire, de la territorialité et de la construction identitaire professionnelle. L'articulation de ces concepts va confirmer du point de vue théorique que les rapports de l'homme à l'espace ne peuvent s'envisager sans la connaissance des rapports sociaux.

### 2.1. *Les territoires et les frontières*

L'espace est constructeur de sociétés et construit par elles. Le territoire est présent partout dans les sciences sociales mais bien sur, on le retrouve dans de nombreuses représentations de l'espace : numérique, symbolique, langagier, graphique, géographique, éthologique, géométrique, juridique, urbaniste et architectural...le terme de territoire pose le problème de sa polysémie. De fait je propose plusieurs éclairages de ce concept.

Mais le territoire est aussi un construit social et mental. Il est en évolution permanente. La représentation y joue un rôle essentiel. Il n'est pas conçu comme un support neutre sur lequel s'inscrivent les activités humaines. Il a des limites qui servent à constituer la base du groupe social qui va évoluer. Le territoire professionnel est le résultat de processus qui transforment des lieux physiques en lieux psychologiques, c'est le domaine propre de la vie sociale d'une organisation.

Tout le monde a son territoire, mais il y a des territoires d'interactions c'est à dire des territoires de l'action collective, des « *zones d'activités partagées* » D'AMOUR & all. (1999 p.83).

#### 2.1.1. *L'espace et ses limites dans la psychologie*

Si l'on peut mettre en évidence que le nourrisson dès la naissance est sensible aux caractéristiques spatiales on peut se demander si la différence « milieu interne / milieu externe » est si précocement acquise.

Les travaux de SAMI ALI (1974) interrogent sur l'établissement d'une limite entre le Moi et le monde extérieur. Déjà, pour WALLON (1954) « *la délimitation du corps propre et du monde extérieur est d'abord indécise et ambiguë* ». C'est l'espace

gestuel de l'enfant qui constitue une marge de sécurité. C'est l'espace comme d'une bulle aux limites imprécises dont la violation est ressentie comme une menace.

Pour PIAGET (1948) génétiquement, l'espace topologique est le premier à se constituer. Au stade sensori-moteur l'enfant appréhende perceptivement des rapports de voisinage, de séparation. « *Les relations de voisinage, de séparation, d'ordre, d'enveloppement et de continuité se constituent de proche en proche entre éléments d'une même figure, structurés entre eux...* » PIAGET, INHELDER (1948 p.183). Apparaissent aussi par la perception les notions d'ordre et de succession temporelle, d'entourage et de d'enveloppement ainsi que de continuité. Puis la position du sujet dans l'espace devient relative aux cadres de référence. Donc l'espace se développe à partir d'un espace topologique vers un espace qui devient à la fois euclidien (métrique) et projectif (coordonnées spatiales).

La psychanalyse avec FREUD et une conception topique de l'inconscient, se présente comme une théorie des contenus psychique. Avec le concept du « Moi-peau » Didier ANZIEU (1991), propose une perspective plus topographique « *c'est à dire plus en rapport avec l'organisation spatiale du Moi corporel et du Moi psychique* » (p.8). Pour ANZIEU , jusqu'à présent « *connaître c'est briser l'écorce pour atteindre le noyau* » (p.8). Mais un contenu ne saurait exister sans un rapport au contenant. « *Le Moi-peau apparaît tout d'abord comme un concept opératoire précisant l'étayage du Moi sur la peau et impliquant une homologie entre les fonctions du moi et celle de notre enveloppe corporelle (limiter, contenir, protéger). Considérer que le Moi, comme la peau, se structure en une interface permet ainsi d'enrichir les notions de "frontière", de "limite", de "contenant" ».* (p 70)

Parmi les neuf fonctions du Moi-peau décrite par ANZIEU quatre nous semblent importantes pour notre propos c'est à dire une constitution psychique d'un « *dedans dehors* ». (p .96 à 107)

La maintenance du psychisme : comme la mère maintient le corps du bébé dans un état d'unicité et de solidité ?

La contenance qui fonde le sentiment de continuité du soi

L'individuation du soi dans le sens ou la protection amène au sens de l'unicité

L'intersensorialité comme surface sur laquelle se déploie les interconnexions sensorielles.

Déjà dans la théorie de WINNICOT (1962) l'intégration du Moi dans le temps et dans l'espace dépend de la façon pour la mère de tenir le nourrisson.

Le « Moi-peau » de Didier ANZIEU est une frontière entre le Moi psychique et le Moi corporel, entre le Moi réalité et le Moi idéal : « *...ainsi une tache urgente me semble –t-elle être celle de reconstruire des limites, de se redonner des frontières de se reconnaître des territoires habitables et vivables, limites frontières à la fois qui instituent des différences et qui permettent des échanges (du psychisme, du savoir, de la société de l'humanité) ainsi délimités* » (p.8)

### **2.1.2. Eclairage éthologique**

Le comportement territorial a été étudié chez les animaux vivant dans leurs habitats naturels.( TINBERGEN (1958) et LORENZ (1970)). Pour les éthologistes, le territoire définit la conduite d'un organisme pour prendre possession de son espace et le défendre contre les membres de sa propre espèce. La territorialité devient un système de comportement. L'éthologie a montré l'importance du territoire en révélant que le comportement, en particulier animal, est sous tendu par le besoin fondamental de disposer d'un lieu et de maintenir une certaine distance par rapport à autrui. Le territoire est à la fois une zone de protection et de défense. Ce qui va changer la nature de la signification du territoire et des frontières c'est la question de la distance qui sépare les individus et la question des processus de domination liés à cette distance. C'est ainsi que l'on comprend que : « *L'agression joue donc, dans l'hypothèse de LORENZ, un rôle de régulation de la distance et de répartition des individus dans l'espace. Cette répartition débouche sur la territorialité* » DESPRET V. (1996 p.43) .

De fait, le territoire remplit une fonction, il est utile pour la survie de l'espèce. D'ailleurs le cas des animaux migrateurs est particulier : pour assurer la survie et la reproduction sur le cycle saisonnier, ils utilisent deux territoires complémentaires. Le comportement territorial détermine pour chaque individu d'une même espèce, dans un biotope particulier, la surface ( ou le volume) permettant la survie et la reproduction.



Puis la notion de territoire utilisée en éthologie (animale) à été extrapolée et appliquée aux comportements humains en transposant à l'échelle humaine les résultats des observations sur les animaux. (LORENZ 1970). L'éthologie étudie les séquences comportementales en relation avec les autres, c'est l'approche scientifique de l'homme dans son milieu.

L'homme se crée, comme les animaux, un territoire. Il le construit à partir de son habitat mais il en a une représentation topologique. On ne peut pas séparer les représentations du monde de l'action sur celui-ci.

Le comportement territorial humain est hautement socialisé en ce sens où il n'est pas directement et exclusivement dépendant des caractéristiques physiques d'un lieu. Le propre de l'espèce humaine est bien de modifier son environnement. « *L'homme est le seul animal à transformer son environnement et à y inscrire des pratiques très variées* » PECHEUX (1990 p.221). C'est pourquoi l'environnement social s'organise dans un environnement physique dont les caractéristiques spatiales sont interprétées en terme de valeurs affectives, de communication et d'isolement, de pouvoir et de soumission. Ainsi Boris CYRULNIK (1983 p.161) a pu écrire : « *notre Moi corporel ne se limite pas aux parois de notre corps il existe alentour un espace physique chargé de significations.* » Mais aussi : « *Cet espace péri corporel qui participe à nos communications physiologiques, n'est pas séparé radicalement en un espace du dedans et un espace du dehors. Autour de nous il existe une bulle qui prolonge notre espace du dedans, et en dedans de nous existe une zone de notre corps qui prolonge l'espace du dehors* ». Ainsi, c'est bien que l'on regarde, écoute, agit sur l'espace, en fonction de l'activité que l'on dispense mais en fonction aussi des rapports sociaux dans lesquels ces activités s'inscrivent. Chez l'homme, le territoire est aussi marqué. La territorialité se construit historiquement, l'espace et le temps restent inséparables dans la formation des territoires. Cependant l'agressivité intra-spécifique est beaucoup plus marquée que chez l'animal, par exemple les conflits d'équipe sont plus accentués en système humain clos comme chez les explorateurs polaires ou les sous-mariniers (La durée de plongée tolérable du sous-marin est limitée par la nécessité de minimiser ces conflits).

### **2.1.3. Eclairage de l'ethnologie et de l'anthropologie**

L'approche anthropologique et ethnologique met en valeur la dimension essentielle de l'espace qui est sa valeur symbolique : en effet les productions de l'espace font partie intégrante d'une structure sociale donnée. Elle s'impose à ses membres, à travers les valeurs qui y sont inscrites ou que les acteurs projettent sur elles. C'est l'espace sacré. FISCHER (1989 p.30) cite Mircea ELIADE : « *L'expérience de l'espace s'organise autour d'une opposition fondamentale entre un territoire habité, qui est un espace sacré et un territoire inhabité qui est le chaos* ». En effet, d'après ELIADE, chaque fois qu'on structure un territoire on le consacre car on répète ce qu'ont fait les dieux c'est à dire déployer une activité de création. L'espace sacré est un principe fondateur qui organise le milieu humain. Il apparaît comme un espace séparé : « *la clôture le mur ou le cercle de pierres, qui entourent l'espace sacré comptent parmi les plus anciennes structures architectoniques connues des sanctuaires* ». D'où l'importance des seuils et des rites de passages « *le seuil est à la fois la borne, la frontière qui distingue et oppose deux mondes et le lieu paradoxal où ces mondes communiquent, où peuvent s'effectuer le passage du monde profane au monde sacré* »

Les anthropologues étudient aussi l'espace culturel. L'espace culturel est lié aux valeurs du groupe ou de la société. Il n'est pas transcendant comme l'espace sacré. Dans le sens où il montre et il représente, l'espace culturel est transcritteur du système social et support du lien du groupe. Il apparaît qu'il est essentiel qu'il y ait un territoire et une culture pour qu'il puisse y avoir une civilisation. Par exemple, les travaux de LEVY-STRAUSS (1955) cités par FISCHER (1989 p.31) analysent la structure d'un village amazonien. Ils démontrent « *la force des relations existant entre un espace et une société : cette articulation garantit son identité, car elle enracine le système social dans des formes spatiales que les individus habitent de sens* » .

### **2.1.4. Eclairage de la géographie**

La géographie fait penser à la représentation du territoire : la carte. La carte représente le territoire mais elle *n'est pas* le territoire. C'est donc la part de la géographie qui s'intéresse à l'identification des territoires qui va retenir notre attention.

Pour les géographes telle Maryvonne LE BERRE, (1992), l'identification globale et claire du territoire de la part des groupes lui donne ses limites et sa reconnaissance sociale. L'attribution d'un nom facilite le repérage et renforce le sentiment d'appartenance des individus. Le territoire c'est donc une « *portion de surface terrestre appropriée par un groupe social pour assurer sa reproduction et la satisfaction de ses besoins vitaux.* » (p.321). C'est, pour cette géographe, une entité sociale et spatiale caractérisée par :

**Des ressources localisées** mobilisables par les groupes humains.

**Une appropriation** du territoire qui résulte d'un processus d'appropriation d'une portion de l'espace terrestre par un groupe social. Cette appropriation est marquée par des conflits car la constitution d'un territoire est vitale. L'espace est un enjeu central. Donner un nom à un territoire constitue une première marque d'appropriation et déterminer l'aire d'extension permet au groupe d'exercer son pouvoir à l'intérieur des limites. C'est le processus de territorialité.

**Des aménagements** des unités de fonctionnement. Chaque étendue de terre est délimitée pour l'aménagement et la gestion. C'est le résultat des actions entreprises par le groupe social pour assurer son maintien et sa reproduction donc sa stabilité. L'aménagement intègre l'histoire du groupe social.

**Un héritage construit**, car en effet, à chaque génération les sociétés héritent d'un territoire spécifique avec lequel elles doivent compter dans leurs pratiques territoriales.

Ces différentes dimensions nous invitent à élargir la définition classique de la frontière en géographie qui est : *la frontière est un objet géographique séparant deux systèmes territoriaux contigus.* La frontière ne se résume pas à une limite car elle a des incidences sur l'organisation de l'espace (effet-frontière) et elle intègre une dimension politique (c'est-à-dire ce qui touche à la structuration d'une société), une dimension symbolique (il est reconnu par un ensemble d'acteurs et sert de marqueur dans l'espace) et une dimension matérielle (qui est inscrite dans le paysage).

Cet éclairage de la géographie des territoires provient de l'ethnologie (comportement) et de la sociologie (politique).

### **2.1.5. Eclairage juridique et politique et social**

Pour le juridique et le politique le terme de territoire renvoie au pouvoir. Si c'est un morceau de terre approprié, pour MACHIAVEL ( ed. 1993) la domination territoriale est liée au pouvoir du prince qui doit savoir comment reculer les frontières, comment élargir son territoire donc son pouvoir. Le territoire est l'objet premier du gouvernement.

Pour Michel FOUCAULT (ed.1993) la notion plus moderne est de faire prospérer une population dans un territoire donné. L'espace lié au contrôle l'état n'a pas de sens au-delà du territoire qu'il contrôle. La limite est matérialisée par des frontières.

Dans son dictionnaire géopolitique, Yves LACOSTE (1993) propose quant à lui cette définition « *Du point de vue géopolitique, la frontière est la ligne ou la zone qui forme la limite du territoire d'un Etat ou bien d'un ensemble politique que ses dirigeants cherchent à constituer en Etat plus ou moins indépendant* »

L'origine du mot frontière vient de *front*, un terme militaire, qui désigne la zone de contact avec une armée ennemie. Cette ligne évolue en fonction des rapports de forces en présence. À partir du XVIIe siècle, la frontière devient progressivement une ligne bornée, limite entre deux États.

La frontière prend un sens plus politique lors de la construction des États-nations et s'appuie alors sur le concept de frontière naturelle : la limite d'un territoire est d'autant plus lisible et facile à contrôler qu'elle repose sur un obstacle physique. La frontière devient une ligne au tracé parfois artificiel sur le terrain et faisant l'objet d'arrangements. Sa présence est cependant légitimée par le concept de frontière naturelle. La frontière politique consiste donc en une séparation entre deux territoires qui se matérialise par l'existence d'une discontinuité souvent représentée par une ligne. Deux systèmes politiques se font face, traitent d'égal à égal, mais leurs fonctionnements, leurs modes d'organisation, leurs systèmes juridiques diffèrent.

Les géographes et le géopolitologues s'accordent pour reconnaître à la notion de frontière une signification d'abord stratégique et géopolitique. C'est une ligne de

démarcation ou une zone de contact. La notion de frontière est avant tout la "construction" intellectuelle et politique d'une limite entre deux (ou plusieurs) territoires. Bien sur, la frontière ne se définit plus comme une question de traçage (une simple ligne) que comme un point de contact, de passage, de relais, d'espace de transition et d'échanges. La frontière ainsi entendue est une limite, une interface privilégiée entre des systèmes différents. Elle se définit comme une zone de contact. La frontière est par excellence un lieu de communication, un lieu riche, privilégié. (D'ailleurs on a vu en écologie que les zones de limite/contact comme les mangroves sont biologiquement les plus riches et les plus diversifiées).

Alors que la notion appliquée à la géographie physique gagne en richesse pour se rapprocher des sens américains de *zone de partage*, (D'AMOUR & all. 1999) les événements géopolitiques traduisent des comportements de conflits territoriaux tragiques. Cependant on remarque une ambivalence entre séparation et échange dans ce qui caractérise la frontière. Cette dernière fonctionne comme un filtre instable, où alternent des phases d'ouverture et des phases de fermeture. La plus ou moins grande porosité varie au cours du temps en fonction des relations entre les systèmes en présence.

Dans le champ des sciences sociales et humaines, la notion de frontière est prise en compte dans un sens large et ne renvoie pas systématiquement aux limites d'états. Le terme est utilisé pour exprimer une séparation entre des groupes culturels (frontière linguistique, religieuse) et renvoie à un contact flou, imprécis, mouvant.

#### **2.1.6. Les territoires professionnels et les espaces de travail**

Les psychologues du travail tel FISHER (1989) explorent la notion de l'espace en tant que caractéristique des modes d'occupation ou de détermination des lieux de travail.

La territorialité est pour lui : « *un type de comportement spécifique orienté vers l'appropriation et l'occupation d'un lieu ou d'une aire géographique dits territoriaux* » (p.73).

Il s'appuie sur les travaux de MALMBERG (1980) pour qui ce comportement se traduit par des marquages, par l'établissement de frontières. Ce sont les symboles de l'interaction sociale qui établissent les séparations entre soi et autrui

(les marqueurs de métier que sont les rôles propres et les champs de compétences) c'est la distance interpersonnelle dont les marqueurs se retrouvent dans le statut social (médecin, cadre, personnel paramédical ). Dans les groupes ou les organisations les comportements territoriaux s'expriment suivant le statut ou la situation des individus.

FISHER montre que la territorialité humaine a été d'abord interprétée à partir de l'idée de défense : la dominance territoriale. Le territoire peut créer un sentiment plus ou moins grand de dominance (exemple de matches joués « à domicile » .)

Mais le fait de partager un même territoire permet à ses occupants d'acquérir des connaissances et des expériences communes, et de développer une confiance mutuelle. La territorialité est un élément de la relation sociale. Cependant il précise que la territorialité ne rend pas synonyme territoire et lieu géographique et que la territorialité peut être le support d'interaction. Il est donc important de différencier représentations (la lecture de la carte) d'avec nos actes de communication ( l'action dans le terrain autrement dit le comportement).

## **2.2. La construction identitaire professionnelle**

Les équipes médico-sociales et psychiatriques sont difficiles à construire. La pratique de soins interprofessionnelle les soumet à de fortes fluctuations, et remet en jeu constamment la sauvegarde des territoires professionnels historiquement constitués. Le travail en équipe pluriprofessionnelle demande aux acteurs de soin (y compris le cadre ) de cerner les enjeux de leurs statuts et de leur territoire au-delà du simple droit à la différence pour harmoniser le soin comme un organisateur psychique. D'autant que d'après CROZIER, & FRIEDBERG (1977 p.215) «...un ensemble d'individus, dans des situations et avec des objectifs similaires sinon identiques, ne constitue pas nécessairement un groupe capable d'action en tant que groupe. » C'est donc que, d'après ces auteurs, l'action collective se déroule aussi dans d'autres champs que les actions des acteurs entre eux. L'action collective ne se réduit pas à la collection des actions individuelles.

Il s'agit d'être conscients des interdépendances. L'interdépendance professionnelle vers un but commun nous pousse à affronter l'autre (professionnel) dans sa différence. De la même façon CYRULNIK (1995 p.68) du point de vue

individuel, parle de deux besoins contraires, être un individu et être ensemble. « *Je veux créer mon univers mental, satisfaire mes désirs, donc je dois affronter l'autre qui pense autrement.* » Il s'agit bien là d'espace psychique. Au-delà de ressources individuelles, la mobilisation de ressources d'environnement ( donc les zones que l'équipe partage) est stratégique pour construire une identité collective. La construction des identités collectives est le signe d'une expertise.

Mais la construction de cette identité collective se fonde sur des identités professionnelles individuelles. Celles-ci doivent être des identités fortes pour soutenir l'édifice groupal dans son activité collective. L'identification professionnelle forte se construit en équipe pluriprofessionnelle pour chacun, entre le pôle de la dépendance à son territoire, qui est la protection du dedans et le pôle de l'autonomie qui permet « d'aller et venir » et de partager des zones d'activités. Comme l'ici et maintenant de l'occupation de la place dans le territoire de la profession, témoigne du désir de démarquer des limites des frontières. Les savoirs d'action qui mobilisent les savoirs théoriques déterminent les pratiques professionnelles différentes. La réaction de chacun à l'identique ne donne pas, à l'équipe, sa cohérence.

### **2.2.1. La différenciation**

Travailler ensemble en interprofessionnalité c'est mettre au travail les différences. Cela impose à chacun un champ limité d'action qui, en se limitant, délimite aussi celui des autres. Travailler ensemble « *devient possible quand les différences sont assumées* » VILLAND (2002 p.144)

L'œuvre commune de soin s'organise, s'articule dans le respect des places de chacun et des différences entre soignants. Les conflits nécessaires sont assumés pour conquérir une différenciation au sein de l'équipe. C'est le travail collectif qui garantit l'articulation des différences, les échanges de point de vue dans le respect de celui des autres. La différenciation évite les positions de toute puissance car la différenciation est fondatrice entre le monde extérieur et le monde intérieur, entre moi et l'autre.

### **2.2.2. Le concept d'identité et l'identité professionnelle (l'intégration)**

L'identité c'est donc ce qui me distingue. Je ne suis pas un autre et l'autre n'est pas moi. Je ne peux pas être confondu. Mais en même temps l'identité c'est ce qui me permet d'échanger avec d'autres, de me reconnaître et être reconnu comme membre d'un groupe social et culturel qui est plus que la somme des identités individuelles. La dimension objective qui vient avec « mon être », ce qui me permet de prouver ce que je suis, s'accompagne toujours d'une dimension plus subjective, qui me construit comme sujet social. Le lien qui unit les sujets garantit l'identité. Ainsi l'essentiel de la constitution identitaire est relationnelle c'est à dire médiatisée, liées aux représentations sociales, l'intégration

Cependant les notions d'identité et de territoire sont fortement liées, par exemple la carte nationale d'identité justifie bien d'une appartenance territoriale et les querelles sur les droits identitaires du sol ou de la filiation (jus solii ou jus filii) mettent en tensions des valeurs d'appartenances différentes. Les conflits de territoires sont liés à des replis identitaires ou à des expansions (Palestine, Balkans...). En même temps les volontés humanitaires, elles, se déclinent « sans frontière » à partir d'une conception très identifiée d'autrui car on ne peut pas aider sans connaître (identifier) celui qu'on aide (qu'on soigne). Il s'agit là aussi d'identifier les liens qui nous unissent à lui.

En ce qui concerne l'identité professionnelle les processus sont les mêmes que pour la constitution de l'identité. « *Les professions sont aussi des formes historiques d'accomplissement de soi, des cadres d'identification subjective et d'expression des valeurs d'ordre éthique ayant des significations culturelles* » DUBAR, TRIPIER (1998 p.14). C'est donc que l'identité professionnelle se fait selon un axe identitaire subjectif et ce qui définit une personne sur le plan professionnel, ce n'est pas que la définition de son métier principal. L'identité professionnelle est fondée indépendamment d'un titre de poste.

. « *Les professions sont donc, dans cette perspective, des formes historiques, contingentes et changeantes, de légitimité, d'accomplissement personnel et de coalition d'acteurs. Il n'y a, en conséquence, de stabilité pour une profession qu'à savoir constamment adapter son noyau et ses contours identitaires, en maintenant une différenciation concurrentielle suffisante vis-à-vis des professions ou des activités proches,*



*dans une dynamique de légitimation et de monopôle recherchées* ». DESBONNETS (2003 p.24). Les rapports entre les différents corps professionnels et les définitions des métiers qui sont en évolution constante sont des éléments importants de la constitution de l'identité professionnelle.

Un autre élément de l'identité professionnelle est l'espace des lieux de travail. C'est aussi, avec les diplômes et les statuts, un des éléments objectifs de l'expression de l'identité professionnelle. « *Les lieux de travail sont vécus comme des espaces personnels (...) permettant à l'individu d'exprimer son identité et son statut sur l'échelle de l'organisation* » FISCHER (1989 p. 97).

En effet, dans les lieux de consultations médico-sociales et psychiatriques, cette expression de l'identité se décline par la personnalisation de l'espace l'aménagement spécifique avec les objets et les matériels utiles et les marqueurs du statut. Les marqueurs de statuts sont des éléments de l'expression de l'identité professionnelle car ils représentent le rang occupé et le pouvoir réellement détenu. Les recherches en psychologie du travail ont permis de relever plusieurs marqueurs de statut liés à l'espace et au territoire : FISCHER (1989 p. 102)

le lieu

l'accessibilité

l'ameublement

la personnalisation

, En effet les positions des bureaux peuvent se révéler stratégiques pour celui qui l'occupe, son accessibilité peut être facilitée ou filtrée et l'ameublement et la personnalisation sont spécifiques de la personne et de sa fonction.

### **2.2.3. La territorialité**

Une autre expression de l'identité professionnelle est la territorialité. Déjà abordée lors du chapitre sur la notion de territoire, la territorialité est une expression de l'identité dans le sens où elle a pour principale fonction la régulation de l'interaction sociale. Cette notion regroupe les processus d'appropriation d'un

territoire. L'espace de travail est vécu comme un territoire personnel, il permet à son utilisateur de maîtriser ses interactions interpersonnelles. Il peut le marquer comme son domaine propre en y contrôlant l'entrée. Bien sur l'occupation d'un lieu, d'un bureau, d'une salle reconnu comme territoire personnel suppose une position identitaire forte. Les territoires sont donc privatisés dans le sens où l'on peut en contrôler l'entrée. Certes l'activité de soin médico social et psychiatrique réclame de fait le respect de l'intimité et la protection de l'espace thérapeutique des intrusions. Mais les bureaux sont aussi des espaces de travaux personnels. De plus la privatisation est rendue nécessaire par le besoin d'intimité. On voit dans l'exemple des secrétaires medico sociale qui à l'usage ont du mal à contrôler l'accès de leurs territoires. Elles doivent optimiser leur temps de relation tout en produisant un travail spécifique. FISCHER cite GOODRICH (1982) qui dit que : « *La définition du territoire par des frontières ou des barrières physiques et psychologiques est un aspect important qui influence le sentiment de privatisation au travail. Les barrières érigées par l'occupant ou fournie par l'organisation permettent d'établir une nette distinction entre soi et autrui, entre son groupe et les autres* »

La définition et le respect d'un territoire est un élément important qui influence le sentiment de privatisation au travail.

#### **2.2.4. Les conflits d'identité professionnelle**

On peut considérer ses propres pratiques comme ce qui fonde sa professionnalité. Cependant, les pratiques d'un ensemble professionnel peuvent se dérouler sur un territoire particulier dont l'entrée est réservée à ceux qui ont le diplôme, qui sont détenteur d'un savoir reconnu, d'une désignation professionnelle qui leur octroie un droit inaliénable. Au-delà des désignations de l'espace de travail c'est de la représentation du champ de compétence en repli identitaire dont il s'agit. Ces situations sont observables en cas de crise des équipes de soin ou lorsque les tâches « *ne donnent plus le sentiment d'une identité professionnelle à posteriori suffisamment solide, alors on cherche à lui substituer une identité professionnelle à priori et à repousser les limites. Il s'agit, par l'intermédiaire des conflits interpersonnels, d'augmenter ses territoires et ses droits* ». FUSTIER (1999 p. 20). Ce psychanalyste spécialiste des pratiques institutionnelles démontre par l'analyse des conflits que dans les cas de menaces sur des identités professionnelles fragilisées, il « *faut avant tout défendre des*

*prérogatives liées à son métier (...) il est nécessaire de surveiller les membres des professions voisines pour éviter qu'ils ne revendiquent comme leur et ne s'emparent de territoires symboliques qui ne leurs appartiendraient pas ».*

Bien sur la personne attend alors une reconnaissance de l'image, de la représentation de la profession comme confirmation de sa valeur et non comme une reconnaissance du travail exécuté. Par ailleurs, les crises identitaires peuvent cacher de dysfonctionnements institutionnels qui ne reconnaissent pas la légitimité professionnelle celle qui permet d'exercer une pratique de droit. « être légitimé c'est avoir le droit de faire, et être en sécurité » FUSTIER ( 1999 p.159)

Mais le besoin identitaire a un corollaire c'est le besoin de pouvoir communiquer et de faire ensemble. L'activité thérapeutique elle-même commande à ce partage.

### **2.2.5. Le partage des territoires professionnels**

Le partage des territoires professionnels dans l'activité thérapeutique pluriprofessionnelle est dans la nature même de la collaboration interprofessionnelle. L'offre de soin plurielle place les professionnels en situation d'interdépendance. Aucun professionnel ne possède à lui seul l'expertise nécessaire à la complexité des pathologies et des situations socio-éducatives.

L'étude canadienne de D'AMOUR & all. (1999) proposent une lecture de la collaboration interprofessionnelle (voir problématique pratique) en zones d'activité partagée. Ce partage des territoires est décrit à partir des savoirs spécifiques soit par des régulations des actions de collaboration soit par l'utilisation d'outils communs. Ainsi D'AMOUR & all. démontre que les processus « d'inter-connaissance » (FREIDBERG (1993)), d'une part et l'établissement d'une relation de confiance à l'autre, d'autre part, sont les éléments clés qui s'associent au partage des territoires professionnels.

Le processus « d'inter-connaissance » est décrit par les auteurs (p.82). Selon FRIEDBERG, « Il se définit par un ensemble d'actions emmenant les individus à se connaître ».

La relation de confiance est aussi importante car au plus les équipes sont autonomes (et c'est le cas des équipes de soin médico-social et psychiatrique) au plus elles régulent elles même la plupart de leurs échanges. De fait, au niveau individuel et professionnel, les régulations entraînent la nécessité de certains dévoilements de difficultés professionnelles liées aux processus de partage dans les processus cliniques. « *Le professionnel doit faire part de son plan d'intervention, des difficultés instrumentales et affectives qu'il rencontre ainsi que des limites de sa compétence...* » D'AMOUR & all. (1999 p. 82). Ainsi la collaboration professionnelle dans ces deux dimensions « d'inter-connaissance » et de d'établissement de relations de confiance va se dérouler de façon lisible à partir des territoires de chacun. Mais le plus souvent le travail s'établit en zones que les auteurs appellent : « *zones grises d'activité partagée* » ou « *zones limitrophes dont la légitimité n'est pas clairement établie qui font l'objet de débats dans la réalisation des activités quotidiennes* » ( p. 82)

Les notions de différenciation et d'intégration qui sont les phénomènes décrits précédemment pour la constitution de l'identité (dans notre cas : identité professionnelle) sont bien les supports théoriques de cette étude.

On peut citer la note p. 85 : « *nous nous réfèrons aux travaux de Lawrence et Lorsch (1973) (...) transposés à la collaboration interprofessionnelle, nous pouvons dire que la différenciation traite des éléments de la régulation qui encourage le caractère spécifique et distinct des professions . Quant à la notion d'intégration, elle fait appel aux éléments rassembleurs c'est à dire aux éléments qui révèlent et encouragent les points de convergences et la mise en oeuvre de ces convergences* ». D'AMOUR & all. 1999.

Bien sur, si la régulation est nécessaire qu'elle soit endogène ( des professionnels entre eux ) ou exogène (définie par l'institution) c'est que travailler ensemble en pluriprofessionnalité ne va pas de soi surtout parmi des professions qui possèdent des territoires bien délimités qui leurs sont socialement reconnu. On peut rencontrer des situations où des professionnels ont tendance à définir leur territoire en opposition et à défendre leurs frontières comme prévus par le système institutionnel. La différenciation deviendrait, alors, opposition aux frontières et l'intégration, repli identitaire au groupe d'appartenance : « *Défense de venir dans notre territoire !* ». Mais il se trouve des équipes qui ont un fonctionnement où les

chevauchements de territoires sont des occasions d'enrichissement mutuel et sont signe de qualité des soins.

Les auteurs D'AMOUR & all. proposent des solutions organisationnelles pour les équipes elles-mêmes, pour les cadres et les gestionnaires. Ils proposent aussi des solutions institutionnelles à partir de réflexions sur la possibilité de la définition des actes partagés en soins et en santé publique. Il est entendu que cette recherche est effectuée dans un système de santé spécifique sur des programmes de santé publique Canadiens. Cependant les modèles obtenus après cette enquête et leur analyse peuvent être transférables pour étudier le phénomène dans le cas d'équipes pluriprofessionnelles de consultation, comme les nôtres.

### **2.3. Conclusion de la problématique théorique et question de recherche**

Cette approche théorique, à travers les différents éclairages de la notion de territoire, m'a permis de mettre en évidence la part importante des représentations spatiales et de leurs usages dans l'étude des comportements sociaux.

Pour le Dictionnaire Robert la « *notion* » est bien un « *objet abstrait de connaissance* ». Ainsi la conceptualisation de ces pratiques territoriales m'a amené à les considérer comme des éléments de la constitution identitaire professionnelle. Ce faisant, l'approche théorique de ce concept a confirmé la place de la territorialité dans son élaboration et dans son maintien.

La pratique en interprofessionnalité demande une adaptation constante des contours et des frontières du champ d'exercice des soignants pour maintenir une légitime différenciation et gérer les zones de contacts voire de partages. Dans ce sens, le Cadre de Santé (avec le médecin) a une fonction d'articulation et de mise en cohérence du rôle de chacun avec le projet de soin du service et le projet thérapeutique du patient. C'est pourquoi il me semble intéressant de rechercher :

**Comment se vivent les territoires professionnels dans une équipe pluriprofessionnelle médico-sociale et psychiatrique et que se passe-t-il en cas de chevauchement de ces territoires dans des zones d'activités partagées ?**

### 3. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

#### 3.1. *Faire le choix de la méthode*

Faire le choix d'une méthode de recherche, c'est aborder la partie de cette initiation à la recherche en soin et en santé qui influence tout le processus de celle-ci. En effet, de ce choix méthodologique va découler la confrontation de ma réflexion pratique et théorique avec un terrain de recherche identifié.

Apprenti chercheur, j'ai à considérer plusieurs méthodes parmi celles enseignées durant cette année de formation. Le questionnement issu des problématiques de ce mémoire est évidemment celui d'un vécu, de pratiques, de comportements de sujets au travail. Je souhaite comprendre un fonctionnement d'équipe dans un contexte donné. Les résultats seront contextuels ils ne seront pas généralisables. Mais ils peuvent être transférables à d'autres groupes ayant des caractéristiques similaires. Ceci me fait éliminer de mon choix les méthodes expérimentales et différentielles qui de manière hypothético-déductive pour l'une et comparative pour l'autre s'intéressent aux variations et aux différences. La méthode expérimentale est un dispositif de mesure quantitative dont les variations attestent ou invalident l'hypothèse. La méthode différentielle compare « *les interactions entre les caractéristiques des sujets regroupées en variables individuelles et un contexte social.* » EYMARD (1998 p.4) elle cherche à construire des catégorisations.

##### 3.1.1. *La méthode clinique*

Cette méthode, appliquée à la recherche s'intéresse au sujet singulier, elle est fondée sur l'écoute du discours de celui-ci. Il faut « *porter son attention vers l'autre, tenter de comprendre ce qu'il exprime sur le phénomène étudié* » EYMARD (2003.p52) Le travail d'interprétation s'intéresse au sens qui se construit avec le discours du sujet. Il en émerge des significations. Le chercheur travaille son implication car il participe lui aussi à la compréhension du fonctionnement du sujet, y compris en cas de confrontation avec une hypothèse de départ comme support à la question du chercheur. C'est l'interprétation du discours qui permettra de dégager l'intérêt et les limites de l'hypothèse et non pas de la vérifier.

Pour l'objet même de cette recherche, la méthode clinique pourrait amener à une éventuelle définition d'un cas clinique à partir d'un groupe de sujets choisis et permettre une régulation des théories présentées en problématique de ce travail.

Le travail sur mon implication, sur mon positionnement à l'écoute du discours pourrait me permettre de travailler mon propre rapport au sujet de la recherche. Ce travail sur soi est indispensable pour comprendre « *le sens particulier qui émerge de l'interaction entre le chercheur et le ou les sujets impliqués dans la recherche* » EYMARD (1998 p.6). Le chercheur donne le sens à sa clinique en fonction de ses choix théoriques.

Comme elle développe le questionnement, la méthode clinique aurait pu être un choix pertinent pour cette initiation. Cependant, par ma pratique de psychomotricienne en psychiatrie je connais bien la position clinique, l'écoute, et le travail sur soi que demande l'interprétation du discours singulier. Alors, que cette question de recherche s'intéresse plus aux habitus, à la parole d'un groupe, en l'occurrence une équipe pluriprofessionnelle, qu'à la singularité d'un discours, il est préférable de monter un dispositif en méthode de l'ethnos pour cette recherche.

### **3.1.2. La méthode de l'ethnos**

Les disciplines ethnologiques proposent une étude des peuples, des ethnies c'est à dire des réalités sociales. L'anthropologie est l'étude scientifique de l'homme, l'ethnologie étudie les peuples les ethnies les groupes sociaux sur des critères culturels et linguistiques et l'ethnographie relève, collecte, classe les aspects du groupe pour en constituer une monographie. L'ethnométhodologie, d'apparition plus récente (Garfinkel 1967) est : « *la quête de méthodes employées par les membres d'une même tribu pour donner du sens à ce qu'ils font* ». VIAL (2001 p. 131). C'est une réaction à la sociologie classique dont le principe est la réalité objective des faits sociaux. COULON (2002) définit l'ethnométhodologie comme : « *la recherche empirique des méthodes que les individus utilisent pour donner sens et en même temps accomplir leurs actions de tous les jours* ». Il ajoute « *c'est l'étude des ethnométhodes que les acteurs utilisent au quotidien qui leur permettent de vivre ensemble( y compris en conflit) et qui régissent les rapports sociaux qu'ils entretiennent* » ( p. 49. )

En ce qui concerne la recherche en Sciences de l'Education, dans son texte du recueil des cahiers En questions n° 36 Michel VIAL (2001 p.121) parle de méthode « *pour l'Ethnos* ». Il propose d'utiliser pour une recherche un dispositif de recherche qui s'intéresse à « l'ethnos » : « *ce sentiment d'appartenir à une ethnie, à une tribu* ». VIAL (2001 p.140). Pour lui, l'objet de recherche commun des sciences anthropologiques, ethnologiques, et ethnographiques est « l'ethnos ». Il cite GERAUD & all. : « *C'est la conscience partagée d'une appartenance* ». Le sentiment d'appartenance au groupe culturel est essentiel pour qualifier l'ethnos : « *ce sont les manières ( ces signes et leur organisation) qui vont être l'objet d'études. Le groupe existe par un ensemble de marques que s'infligent ses membres : la tribu est située.* » VIAL (2001 p.142).

La situation ainsi observée est un ensemble identifié par une géographie et une histoire. Ainsi VIAL propose d'étudier en Sciences de l'Education des « ethnos » et leurs propres méthodologies pour exister y compris en traitant des situations de travail comme représentatives d'une identité. VIAL (2001 p. 143). Il préconise d'utiliser en recherche « pour l'ethnos » l'ethnométhodologie et l'ensemble des outils qu'on utilise pour produire des connaissances sur les groupes sociaux.

Chantal EYMARD propose la méthode de l'ethnos pour la recherche paramédicale. Dans un article (1998) précédant son ouvrage « Initiation à la recherche en soin et en santé » (2003) elle écrit : « *L'ethnométhodologie n'est pas souvent utilisée en recherche paramédicale, or son utilisation nous apporterait un autre regard sur les soins (...) ou sur la profession soignante* ». (p. 7)

De plus la méthode est conseillée « *si vous vous intéressez à l'étude des marquages professionnels (...) il s'agira pour vous(...) de tenter de comprendre comment fonctionne ce groupe ? . Ce qui le caractérise, quelles règles de vie il a établi... ?* » EYMARD (2003 p.76)

C'est l'ensemble de ces considérations qui me permettent d'orienter ce travail d'initiation à la recherche vers le montage d'un dispositif en méthode de l'ethnos, puisqu'il s'agit bien d'aller chercher à connaître, à travers le thème des territoires professionnels, le marquage identitaire, le fonctionnement et les habitus de travail d'un groupe constitué : une équipe pluriprofessionnelle médico-sociale et psychiatrique, à travers le thème des territoires professionnels.



Cependant, pour être opérant, la complexité du dispositif demande une immersion suffisamment longue sur le terrain et donc dans le groupe. Les contingences de calendrier m'empêchent de réaliser l'application même partielle des moyens de recueils de données pour en mesurer la faisabilité en matière d'initiation à la recherche. Je propose donc de présenter pour ce travail, un dispositif de recherche, appliqué aux préconisations et de le soumettre à des Cadres de Santé en situation d'encadrement d'équipes pluriprofessionnelles pour recueillir leurs témoignages et leur avis sur les intérêts, les limites et leurs suggestions à propos de cette recherche et de son dispositif. L'idée est de confronter à des acteurs du terrain, une première fois, cette recherche afin d'en ajuster les moyens de recueils de données pour que le dispositif soit plus accompli.

### **3.2. *Le dispositif de recherche en ethnos***

J'ai donc préparé un document qui présente le dispositif de recherche en méthode de l'ethnos pour un chercheur en immersion dans une équipe de soin médico-sociale et psychiatrique infanto juvénile. (Avec un cadre de santé).

Les cadres rencontrés sont trois Cadres de Santé (dont un est actuellement Cadre Supérieur mais il est le seul à connaître une équipe de CAMSP) . Ils sont dénommés C1, C2 et C3. Ils sont tous en situation d'encadrer des équipes pluriprofessionnelles médico-sociales et psychiatriques. Après la lecture de ma question de recherche, de la méthode et du dispositif, il leur a été demandé de donner leurs réactions, leurs points de vue, en précisant les intérêts qu'ils voyaient, les limites qu'ils pouvaient connaître et éventuellement des suggestions sur les outils de recueils de données. Je posais des questions pour rester dans le sujet et je demandais des précisions sur leurs propos si nécessaire. Cependant je nous laissais porter par le fil de la conversation. Les questions n'étaient pas préparées. Les conversations ont été enregistrées pour analyser le contenu comme un produit de la pratique des cadres concernant le thème de la recherche.

Ainsi, pour une initiation, les moyens que je me donne pour tenter de comprendre le fonctionnement d'un groupe identifié et son rapport au phénomène étudié, seront pondérés par les propos analysés des trois Cadres de Santé d'équipes pluriprofessionnelles. C'est une régulation du dispositif lui-même.

### 3.2.1. *La méthode*

Pour la recherche en soin et en santé ce regard sociologique utilise les concepts qui servent de référence en ethnométhodologie et que décrit COULON (2002)

- **L'accountability** : C'est le concept du racontable, de l'intelligibilité du restituable, c'est à dire « *rendre compréhensible mon action en la décrivant parce que je donne à voir le sens par la révélation à autrui des procédés par lesquels je les rapporte* » (p.40). Pour le chercheur le réel du groupe doit pouvoir être raconté donc racontable. « *le chercheur devra apprendre des allant de soi et vérifier par des échanges s'il ne fait pas de contresens* » VIAL (2001 p. 136)

« En fait c'est le terme territoire qu'on emploie bien peu mais... mais en même temps heu... en même temps c'est de ça dont il est question quotidiennement... » (C3)

« Parce que lorsque vous me proposez comme outil conceptuel le concept de territoire, le territoire spatial et puis il y a un territoire au sens de la tribu on pourrait l'entendre au sens « la tribu des psychologues » et là c'est plus les statuts, les compétences et bien les deux sont effectivement croisés dans mon service... » (C1)

Les limites du « racontable » par rapport au phénomène du territoire sont posées par ce cadre :

« et en tant que cadre et du point de vue de chaque professionnel, on a à se poser la question qu'est ce qui fait qu'à un moment donné quelque chose qui est de l'ordre du privé, on va garder ce mot pour le moment,... du personnel plutôt, vienne là se dire même si ça échappe parfois, quel sens ça a ? Qu'est ce que ça vient dire alors bon, je veux pas dire par-là qu'il n'y a jamais une part d'intimité ou d'intime possible dans les institutions. Alors par intime je veux dire par là que, faire histoire pour une équipe c'est aussi créer des liens et on sait très bien que parfois ces liens nécessairement sans qu'on s'en rende compte vont nécessairement au-delà du professionnel bon ! Bien sur il y a toujours une limite »(C2)

Le chercheur est « remis à sa place », il ne s'intéresse qu'au « racontable » professionnel des acteurs du terrain.

- **L'indexabilité** : il s'agit pour le chercheur de trouver le sens qui est donné par la situation « *le sens des mots n'est pas le même pour tous les groupes sociaux, et il change chaque fois que le contexte évolue* » EYMARD (2003 p. 62).

« Même si je ne suis pas formé à cela, quand bien même j'aurais été formé il n'est pas évident que je sache en faire une utilisation pertinente donc je traduis sur mon monde de fonctionnement à moi c'est de faire des liens, des liens si on me parle de territoire je pense aussi place, ce qui n'est pas exactement la même chose... » (C1)

« mais j'aurais eu tendance à opposer territoire et espace voilà à opposer territoire et espace dans mes représentations » (C2)

« ...Voilà donc des zones d'activité partagées ça me renvoie quand même à des métaphores guerrières ces questions de zones de territoire mais pourquoi pas c'est une question de culture » (C2)

- **La réflexivité**: elle désigne « *les pratiques qui à la fois décrivent et constituent un cadre social* » COULON (2002 p.37). c'est la mise en lien par les membres du groupe « *d'une expression indexicable et du contexte de la situation* » (COULON p.37)

« ...elles ont besoin d'avoir un espace déterminé et elles consultent, elles dans leur espace et tous ceux qui interviennent plus ponctuellement ils n'ont pas d'espace donc ils doivent sans cesse négocier un bout d'espace vacant ... » (C3)

- **Membre** : « *personne dotée d'un ensemble de procédures, de méthodes d'activités qui le rendent capable d'inventer des dispositifs d'adaptation pour donner du sens au monde qui l'entoure* » VIAL (2001 p. 136) c'est donc la qualité de membre d'un groupe. « *...Cela se rapporte plutôt à la maîtrise d'un langage commun* » (GARFINKEL cité par EYMARD 2003 p. 62.)

« ...mais une équipe ne fait pas équipe d'emblée, il faut lui laisser le temps... je m'inclus à ce moment là dans l'équipe... lui laisser le temps de se construire et d'entamer une histoire. C'est à dire que de ce point de vue là les territoires professionnels des uns et des autres ont peut-être besoin de s'ancrer dans une histoire inter-relationnelle et c'est à partir du moment me semble-t-il où cette histoire ou ces histoires inter-relationnelles parviennent..., sûrement fantasmatiquement hein ? (...) moi je dirais qu'une équipe ça n'existe pas en tant que tel qu'il n'y a pas

d'entité totalisante qui ferait équipe il y a des effets (...) il y a des effets de discours qui font équipe c'est à dire que chacun a sa place » ( C2 )

« c'est à dire faisant partie mais n'étant pas à ce point ça c'est important pour moi dans ces tribus là on peut repérer moi ce que j'ai repéré c'est qu'il y a une articulation très importante autour d'espace géographique et en plus c'est des gens qui ont grandi ensemble professionnellement ça c'est une particularité qu'on peut ne pas rencontrer ailleurs » (C1)

Les propos extraits des témoignages des trois cadres illustrent les concepts d'ethnométhodes de GARFINKEL. Je peux m'attendre à les trouver, dans le sens décrit par eux, en situation sur le terrain à propos de mon thème de recherche.

### **3.2.2. Situation**

a) Choisir le terrain de recherche :

« ...dans ces recherches, le chercheur ne peut pas faire l'impasse d'aller sur le terrain(ou dans) pour travailler avec les gens. » VIAL (2001 p. 144)

Le groupe : Choisir une équipe de soins en consultations infanto juvénile pluriprofessionnelle avec un cadre de santé, dans un centre de consultations.

b) Le cadre de la recherche :

Il y a un cadre à cette recherche mais il faut qu'il soit suffisamment souple pour laisser la place à la découverte des habitus et des règles de fonctionnement du groupe, des rituels, des ethnométhodes de cette équipe. Le phénomène étudié : les territoires professionnels comme marquage identitaire n'est pas un mode habituel de réflexion dans ces équipes pas plus que l'étude des zones de partage.

« A priori comme ça... la lecture d'un territoire ... même si encore une fois je peux pas dire ce que ça veut dire d'un point de vue ethnométhodologie... moi dans la question que vous me posez c'est comment un outil théorique qui utilise un concept théorique que je méconnaiss sur les territoires (...) peut-il me servir dans ma pratique ça je sais pas trop pour répondre de ce point de vue si ce n'est qu'effectivement cette lecture des territoires et des places me semble fondamentale alors c'est vrai que j'ai du mal à vous répondre des territoires au sens ethnométhodologie » (C1) le cadre de santé, ici précise bien que sa pratique habituelle ne comprend

pas l'utilisation des concepts de territoires bien qu'il les tiennent pour fondamentaux. Celui ci aussi : « mais ça me semble très, très important bon même si on l'appelle pas .... C'est vrai que la notion de territoire je ne l'appelle pas forcément comme ça mais c'est vrai... » (C3) En faire une lecture comme ethnométhodes de régulations des membres des équipes est bien la question de ma recherche.

De même pour la notion de zones d'activités partagées :

« -Parce qu'effectivement quand tu parles de territoire commun ou je sais pas comment tu l'appelles ?

-chercheur :Les zone d'activités partagées

-Les zones d'activités partagées, oui, à un moment donné ça devient un territoire commun... » (C3)

« C'est à dire qu'il me semble que chaque individu dans l'équipe à partir de ses compétences devrait pouvoir développer des zones heu... de création qui permettent en même temps aux collègues aux autres professionnels de ... de ...de rebondir sur ces zones là et à partir de leur propre territoire et de leur propre espace psychique professionnel hein ? ....On va mettre les deux,... explore ce qu'il en est de cette zone proposée et l'enrichir à partir de leur propre expérience c'est peut être pas très clair hein ? je le reformule c'est peut être quand vous présentiez votre travail vous avez parlé de partage ? » (C2)

C'est là l'importance de veiller à comprendre le rapport des membres du groupe au phénomène étudié. Le sens des mots employés par le chercheur doit être confronté à celui attribué par les membres du groupe :

« ça m'intéresse beaucoup votre sujet d'abord parce que la question du territoire c'est une question qui m'interpelle personnellement du fait même de mes origines... ». Et encore « dans mes représentations... c'est à dire à situer le territoire du coté d'une possession, ça c'est en référence aussi aux événements actuels et qui durent, notamment je pensais au niveau d'Israël et Palestine ... je pensais à des questions plus personnelles et je me disais qu'à partir du moment ou l'on parle de territoire, dans ma représentation hein ? Il y a quelque chose de l'ordre d'une...heu... d'une possession et d'un pouvoir sur l'autre voilà c'est à dire posséder Le territoire de l'autre... » ou alors « on en vient à cette notion de territoire dans son aspect je dirai inquiétant et négatif c'est à dire on est enfermé dans son territoire

et l'autre ne peut absolument pas y pénétrer c'est à dire qu'on est dans quelque chose de heu.. pour employer une métaphore de psychopathologie... » (C2)

On voit ici que le sens du mot renvoie pour la même personne, à un paradoxe, à la fois territoires à envahir et territoires de replis à l'extrême. D'autre part, un autre cadre dit :

« ... je pense que les déterminations de territoire, en tant qu'espace de fait, interviennent dans le territoire psychique interne de chacun pour pouvoir bien travailler quelle que soit sa catégorie professionnelle »(C3)

c) L'intégration du chercheur :

Je propose la position de stagiaire avec une posture de chercheur. Le temps passé sur le terrain pour une telle recherche doit être suffisamment long pour embrasser l'ensemble des situations observables qui mettent en jeu les processus de territoires dans l'activité quotidienne de l'équipe. Il se peut que l'on ait à séjourner sur le terrain au moins trois ou quatre mois à raison de plusieurs demi /journées par semaine. C'est une intégration périphérique. Le thème de la recherche est annoncé. Mon expérience d'un terrain similaire est à mesurer. Un des cadres l'annonce comme un avantage pour comprendre les fonctionnements :

« -Chercheur :Comment je peux voir s'il y a un territoire différent ou pas ? Si je suis dans une équipe comment je vais les interroger, (...) s'ils veulent bien, même en observateur, en réunion qu'est ce que je vais comprendre ?

-Si tu es observateur ?

-Chercheur : Oui, si je fais un stage pour une recherche

-Et que tu dis que tu t'y connais ou que tu t'y connais pas professionnellement ? Si tu es quelqu'un qui connaît déjà les identités professionnelles

-Chercheur : C'est moi

-Ah toi ! Toi, en ayant déjà une expérience de fait, à l'écoute des interventions de chacun tu vas à peu près comprendre, à moins qu'il y en ait un qui soit un peu bâtard dans sa profession parce qu'il y en a qui sont dans des axes un peu ... » (C3)

« quand on est novice professionnellement alors là ce doit être encore plus dur, moi en tant que cadre quand je suis arrivée heu ..... en faisant un effort bien sur je distinguai un petit peu qui était qui, qui faisait quoi etc.. Mais pour quelqu'un qui n'y connais rien à mon avis ça semblait un peu fou... » (C3)

Un autre fait aussi appel à l'expérience pour comprendre le fonctionnement :

« ... d'ailleurs on voit bien quand on a un peu d'expérience de l'infanto juvénile toute la difficulté à tenir une place et occuper un territoire vraiment à partir des compétences statutaires et des formations bases qu'on pourrait appeler entre guillemet expertise c'est aussi lié à des choix stratégiques de ceux qui ont mis en place le service il y a des années » (C1)

Cependant la position en méthode de l'ethnos demande au chercheur de constamment revenir sur son implication. D'ailleurs les échanges avec les trois Cadres de Santé m'ont permis déjà de mesurer les écarts de sens du vocabulaire du thème de recherche. Pour être vigilant il faudra souvent confronter les données recueillies pour les croiser avec ma pratique pour rester un observateur interne. Mon degrés d'implication personnelle avec le thème de la recherche fera l'objet de réflexion avec l'ensemble du groupe.

### **3.2.3. Le recueil de données**

En fonction de l'activité de l'équipe, établir un calendrier des observations spécifiques à la recherche. Préparer le journal de recherche et les plages horaires d'accueils des données.

a) L'observation :

Elle va me permettre de focaliser mon attention sur les phénomènes ayant trait à ma recherche. Elle est participante dans le sens ou « *la présence de l'observateur crée un phénomène et une interaction avec et entre les personnes présentes dans une situation.* » EYMARD (2003 p. 116). Elle est aussi naturelle car l'observation se fait dans le milieu naturel de l'ethnos.

La catégorisation de ces observations est faite à partir du champ théorique du thème, de la question de recherche et du décryptage des propos des Cadres de Santé. Ce n'est pas une grille préétablie, elle servira d'organisateur à la recherche

mais d'autres catégorisations peuvent apparaître sur le terrain. « *Pour l'ethnométhodologie une observation conduite à travers une grille préétablie scientifiquement donne des résultats déformés* » EYMARD (1998 p.7) ; en d'autres moments de la recherche elle peut être globale et narrative. De toute façon il conviendra de documenter : les lieux, les personnes, les évènements et les commentaires.

- Observation du cadre de travail et des répartitions de l'espace de travail individuel et collectif, par des relevés sur plan et observation des utilisations et des attributions de locaux :

« mais aussi il y a des territoires géographiques hein ? Qui sont parfaitement définis, les uns travaillent dans un endroit et les autres dans un autre donc il est clair que tous les endroits n'ayant pas la même fonction je peux déjà m'en servir à la lecture des territoires... » (C1)

« je ne sais pas si c'est quelque chose qui peut être intéressant pour vous mais je dirais que ce bureau bien sur que c'est mon bureau et me l'appropriant je dis mon bureau à un moment donné je ne le disais pas ou je m'empêchais de le dire puis je me suis dit mais c'est absurde non c'est mon bureau ... » (C2)

Je vais donc être renseignée sur les pratiques de répartition et d'occupation de l'espace de travail.

- Observation de l'appropriation et des marquages de l'espace de travail (relevés topographiques). L'observation va être facilitée par une forte incidence de l'espace, des locaux sur les rapports de l'ethnos :

« Chercheur : Alors il y a un rapport direct entre l'occupation de l'espace, ces marques et le vécu que l'on en a (...) ?

Ah oui, oui c'est très, très difficile par exemple je ne peux pas mettre sur la porte XX cadre infirmière, je suis là !

Chercheur : Tu peux pas le nommer ?

« Je peux pas le nommer et au CMP aucun des lieux n'est nommé à part un seul bureau, non deux et le secrétariat c'est évident et la salle d'attente voilà les seuls bureaux qui sont nommés et identifiés(...)tu vois sinon il n'y en a aucun qui est nommé » (C3).



« Y a des gens qui décorent pas on s'en fout mais en tout cas déjà nommés, visibles les uns des autres, de l'extérieur, du dedans, du dehors, bon... qu'il y ait des choses repérantes quoi ? » (C3)

- Observation du repérage des frontières spatiales et de l'usage des seuils : relevés et prise de notes.

Un premier cadre dit :

« ici c'est un bureau polyvalent donc quand je suis ici je me suis effectivement un peu installée dans ce bureau mais ce bureau il est à tout le monde donc je le partage par exemple je n'ai rien à moi je laisse toujours le bureau vide (...) il y a des fois ou j'aimerais avoir un espace à moi pouvoir laisser, tu vois mes dossiers comme ça les retrouver le lendemain sans me dire heu... alors parce que il y a des fois ça me pose la question heu... il y a des gens qui viennent heu... c'est la question de l'intrusion aussi... » (C3)

mais plus loin, il précise :

« Après tu le joues autrement ton espace ou fermé ou ouvert. Moi j'ai tendance à laisser toujours la porte ouverte sauf aujourd'hui parce que je fais du bruit, je range. Si je reçois je ferme ça laisse un vase clos intime confidentiel mais sinon quand je fais du travail comme ça si je veux pas être dérangée je ferme la porte sinon j'essaye toujours d'être disponible et oui j'aime bien travailler comme ça quelqu'un passe il me dit deux mots ça participe à la convivialité. » (C3)

On comprend donc que dans ces équipes l'attribution des lieux de travail et d'importance et qu'on peut y observer des comportements territoriaux.

Ceci le confirme : « j'aurai du mal là pour le moment à repérer une limite qui puisse être matérialisée si ce n'est que lorsque je parlais du bureau en tant que lieu bien entendu que je repère bien que même si ma porte est entrouverte lorsque mes collègues veulent venir me voir il y a toujours une attitude comportementale qui est un appel à est ce que je peux rentrer ou pas c'est à dire que ce seuil là mais comme d'autre comme moi je ne pénètre pas... » (C2)

- Observation des pratiques professionnelles : se font-elles selon des territoires (rôle propre, champs des compétences...) ?

D'après ce commentaire le repérage n'est pas facile d'un premier coup d'œil :

« Techniquement (...)il n'est pas toujours évident de repérer, quel est le territoire d'un éducateur spécialisé, de l'infirmier, de la psychomotricienne de la kiné, malgré leurs différences heu.. statutaires leurs différences de formation et les attentes qu'on peut avoir les uns des autres...(...) quelqu'un qui arrive ne voit pas tout de suite on a beau nous dire un tel et une telle est ceci cela au niveau statutaire et compétences ça saute pas aux yeux (...) C'est malgré la difficulté que j'ai à pouvoir dire moi, tiens c'est bien un travail de kiné qui est fait, tiens c'est bien un travail d'orthophonie qui fait, c'est pas évident ils travaillent souvent ensemble » (...) donc c'est à dire qu'on peut observer des territoires qui sont à ce point similaires que leur frontière à disparu ou ils peuvent avoir des accords entre eux ou ils peuvent assouplir la frontière à ce point dans l'intérêt des soins qu'il ne puisse plus y avoir un repérage aussi facile de l'offre de soin spécifique à un infirmier offre de soin spécifique à un éducateur moi j'ai du mal à voir » (C1)

Ce cadre propose de repérer les territoires par leurs définitions métiers : l'organigramme peut-être ?

« Le territoire serait du côté de notre légitimité à occuper certains espaces géographiques, certains espaces de travail au regard de nos compétences de nos formations diplômantes, des textes qui régissent notre activité c'est à dire je vois le territoire du côté d'une institutionnalisation finalement des pratiques heu... S'appuyant sur des lois...hein.. C'est à dire une activité légiférée heu... mais qui ne s'arrête pas à cette heu...je dirais à cette organisation et à ce découpage qui peut paraître enfermant. hein ? et c'est là où j'aurais envie d'essayer d'articuler territoire et espace » (C2)

- Observer : comment cet ensemble de pratiques participe-t-il à une construction identitaire professionnelle ? Pourquoi ? Dans quel intérêt ? : relever les comportements identitaires dans les relations de travail. Prise de notes sur les comportements.

« ...mais dans ma représentation le terme même d'espace inclus l'idée d'espace psychique là du coup une notion qui viendrait heu.... s'articuler avec celle d'identité... » (C2)

« ...je pense qu'on a intérêt à rappeler qu'il y a un espace individuel privé nécessaire pour permettre que quelque chose de notre part d'identité de perdurer... » (C2)

« ...la difficulté qu'ils ont même eux aussi à conserver une identité à se différencier à ne pas être à ce point tous dans la même chose... difficultés à pouvoir avoir une identité professionnelle statutaire repérable à ce point il existe bien une identité qui est groupe en fait qui vient s'articuler autour du lieu » (C1)

« avoir son nom quelque part ça participe à l'identité ça donne une place ... » (C3)

« mais c'est comment tu te sens toi, intérieurement, qui fait que tu vas négocier plus ou moins bien tes espaces après ; mais du coup bien négocier ton espace c'est être bien dans ton identité professionnelle par effet boomerang aussi te sentir tranquille prête à accueillir, à écouter... » (C3)

- Observer pendant les réunions de l'équipe concernant les projets thérapeutiques des patients, les répartitions, et leurs modes spécifiques ou partagés. Relevé des occurrences parmi les professions et pour quelles situations : prise de notes.

« C'est effectivement des temps de réunion autour de la clinique qui permet quand même un minimum de travailler ensemble sans peur et toujours savoir bien quoi faire mais quand il y a des difficultés à le faire c'est souvent des difficultés partagées après il peut y avoir des divergences sur des orientations sur certaines stratégies comme dans tout groupe mais (...)c'est sain en soi on pourra craindre d'une équipe toujours d'accord sur tout quoi ! » (C1)

« chacun réutilise sa grille de lecture, c'est lors des réunions collectives tout ce qui est réunion de synthèse enfin tout ce qui est mis en commun collectif quel que soit le type de réunion (...) et même avec le réseau c'est pareil de toute façon chacun a l'air indifférencié comme ça mais après c'est la prise de parole, chacun intervient de par son origine professionnelle avec sa grille de lecture et c'est là où fait la distinction en fait elle existe (C3)

« Chercheur : Ou comme une image de chevauchement ?

« Voilà ça c'est une image qui me parle bien (...) non seulement un chevauchement possible mais un chevauchement nécessaire parce que là si ce chevauchement là n'est pas possible notamment au cours de réunion ou d'autres moments de discussions peut-être moins formels... » (C2)

L'ensemble des cadres interrogés est d'accord pour penser que c'est pendant les réunions de travail que les partages d'activités se jouent.

- Observer les enjeux identitaires, les replis, les frontières dans le travail collectif : notes, relevés de comportement, de conversations. Les cadres sont d'accords, ces enjeux existent mais ils ne sont pas toujours compris :

« On peut parler en effet d'un territoire collectif et du territoire individuel dans le territoire collectif il y a des zones qui vont se chevaucher, des zones qui vont pouvoir et devoir se partager alors que dans les territoires individuels qui là heu... alors je le dis pas en terme d'enfermement mais plutôt en terme d'espace privé mais parce qu'on vit quand même à une époque ou heu me semble-t-il le privé est bien mis à mal je pense qu'on a intérêt à rappeler qu'il y a un espace individuel privé nécessaire pour permettre que quelque chose de notre part d'identité de perdurer quoi c'est à dire qu'on ne va pas tout partager et on ne peut pas tout partager et ce qui va faire frontière et peut être oui sûrement limite heu... barrière je sais pas mais frontière et limite c'est cette distinction entre ce qui peut être partagé et pas partagé » (C2)

« non je ne n'ai pas perçu de repli identitaire par contre parfois ce que je peux repérer c'est des disparitions identitaires éducateur spécialisé/ infirmier. c'est clair et que dans un hôpital de jour je vois pas en quoi un éducateur fait moins de soin entre guillemet et je vois pas en quoi un infirmier ou une infirmière fait moins d'éducatif entre guillemet de toute façon il en arrive à faire ce que j'appellerai une prise en charge thérapeutique qui est d'ailleurs très souvent une prise en charge collective » (C1)

- Observer les partages, les zones partagées repérables : (relevés de notes de comportements au travail et de relations dans l'ethnos)

De la même façon le concept de partage de territoire est admis par les cadres on peut le considérer comme un comportement de ces équipes au travail. Reste à comprendre ce qui s'y passe ?

« On peut parler en effet d'un territoire collectif et du territoire individuel dans le territoire collectif il y a des zones qui vont se chevaucher, des zones qui vont pouvoir et devoir se partager... » (C2)

« Les zones d'activité partagée c'est par exemple alors dans le cadre de la prise en charge du protocole « tentative de suicide » on reçoit en binôme toujours, donc on reçoit le jeune et sa famille (...) donc c'est deux professionnels de deux catégories différentes qui interviennent dans ce protocole ça peut être un éduc. un

infirmier, un éduc., un psycho., une assistante sociale un infirmier, un psycho. alors là à partir du moment où on est en binôme ou en trinôme voilà là on est en zones partagées... » (C3)

« Dès l'instant qu'on est dans cette question des territoires il y a des enjeux de pouvoir qu'il faut accepter et qui sont pas illégitimes en soi c'est pas tant l'enjeu de pouvoir que qu'est ce qu'on en fait et à ce moment là les médecins ne partagent pas à ce point tous les territoires. Les psychologues comme vous le savez ne partagent pas à ce point leurs territoires chacun ayant quand même à cœur de manière légitime à conserver une entité sinon pourquoi des médecins pourquoi des.... » (C1)

Effectivement ce que vous appelez ces temps de chevauchements ou de glissement de fonction parfois puisqu'on a aussi de glissements de fonction on le voit bien je suis pas toujours sur que les psychomotriciens dans mon service ne soit que dans une fonction de psychomotricien. Quand je dis: je suis pas toujours sur, c'est un euphémisme j'en suis certain...les éducateurs spécialisés ne sont pas que dans... d'ailleurs on voit bien (C1)

« n'empêche que du point de vue de mon espace professionnel je peux tout à fait avoir une zone d'activité partagée pour reprendre ce terme là avec le médecin pour échanger autour d'un cas » (C2)

#### b) Suivre un groupe

Travailler avec plusieurs professionnels réalisant une action collective (par exemple l'intégration scolaire d'un enfant ou un groupe thérapeutique) proposer une discussion enregistrée (vidéo ou audio) qui permet d'analyser les comportements territoriaux des professionnels.

Visionner les documents vidéo des groupes thérapeutiques avec les professionnels concernés pour en faire avec eux une analyse et recueillir leur ressenti quant à leur action collective. Des données peuvent être relevées pendant des entretiens de groupes. Ce moment d'observation sur une activité partagée spécifique est utile à la compréhension de ce qui s'y joue en matière de production d'habitus de collaboration professionnelle. Cette situation de recherche sur un sous-groupe peut confirmer ou pondérer les observations globales.

### c) Entretiens et recueil de témoignages

Rencontrer les différents professionnels pour recueillir leurs vécus et leurs perceptions des territoires professionnels.

Recueillir également leur analyse sur les chevauchements et les zones d'activités partagées. Il peut y avoir des entretiens de récits, de vécus expérimentaux des différents professionnels à propos de territoires ou d'activités partagées.

Recueillir également l'expérience de plusieurs professionnels et le sens qu'ils donnent à cette expérience à partir de leur propre territoire. (Replis transgressions, confrontations, chevauchements, zones partagées ).

Enregistrer les témoignages et les discussions avec autorisation. Décrypter l'ensemble de ces témoignages par rapport à l'observation.

Faire des retours tester la fiabilité des interprétations.

### d) L'étude de documents

*« l'ethnologue collecte aussi des données à partir de documents officiels ou personnels de certains membres du groupe » EYMARD (2003 p.70) . Avec autorisation l'étude de dossiers patients anonymisés peut permettre de connaître les répartitions de l'offre de soin par professionnel et de questionner les membres du groupe à partir de ces relevés. L'étude des relevés statistiques d'activité peut également renseigner sur les pratiques de collaboration professionnelle.*

### e) Le Cadre de Santé

Noter tous les comportements et les interventions du cadre qui ont à voir avec le thème et le sujet. Recueillir son expérience, son avis, son analyse sur ces comportements en fonction du thème des territoires. Est-ce qu'il en tient compte ? Comment ? Quel est l'intérêt ?

*« ...une des difficultés pour définir le territoire des autres c'est donc de définir à minimum le mien puisque observer analyser c'est une chose mais comme je suis pas dans une position d'observateur il me faut participer pour que j'en tire quelque chose qui soit opérant »*

« Ben des limites il doit y en avoir mais je suis pas compétent pour répondre une limite que je verrais à ce moment là c'est que si vous étiez dans ce dispositif en tant que cadre en formation ça serait d'être happé encore une fois par la question clinique parce que ce qui fait vivre mon service ce qui lui donne sa force sa vitalité » (C1)

« Oui pour un cadre, ce serait peut être de repérer à quel moment un membre de l'équipe est en marge ou pas. Là, moi le terme de marge m'intéresse puisque la marge c'est à la fois l'exclusion, le dehors, le "à part", mais ça peut aussi être une zone de créativité si on s'intéresse à la marge et à l'autre. ». « Je pense que là, le cadre il a une grande responsabilité parce que ça va être me semble-t-il l'occasion heu... mais c'est plus que l'occasion je dirais le devoir son exigence propre de rappeler que tout ne peut pas être partagé c'est une façon de recentrer l'interprofessionnalité autour d'un projet thérapeutique. nous ne sommes pas là pour rien nous sommes là rassemblés travaillant parfois dans des lieux différents des espaces différents autour d'un projet collectif » (C2)

« ...c'est à dire pouvoir dire à l'autre "attends moi j'ai besoin d'exister" pour ce que je suis par rapport à ça j'ai besoin... donc heu...les uns ou les autres peuvent avoir des exigences et peuvent le dire aux autres "moi j'ai besoin de ce bureau pour de bonnes raisons dues à état du patient" (...) là pour reprendre ma casquette de cadre je mettrai en route plein de chose pour, alors là c'est justifié d'avoir des exigences de qualité d'espace » (C3)

« ...on va en avoir une lecture ou identique ou pas identique enfin mais de toute façon il y a la place pour la différence ça c'est agréable quand même c'est un élément très important mais ça peut être aussi toi tu l'as vu comme ça moi comme ça et en même temps la réflexion elle est continue et les autres sont là, ils entendent, ça fait écho et eux se greffent ce qui fait que sans cesse ça enrichit je pense que le travail il se poursuit au delà... » (C3)

Les Cadres interrogés pour ce travail ont d'abord été surpris du thème et du sujet d'une telle recherche. Ils ont eu le besoin de définir les concepts par rapport à eux-mêmes. Au fur et à mesure de leur discours ils se sont aperçus que les termes spatiaux (réels ou représentatifs voire symboliques) sont couramment employés dans le vocabulaire qui à rapport au travail en équipe. Ainsi je peux comprendre les phénomènes de réflexivité, d'indexabilité et d'accountability. Il faudra bien relever les procédés pour appréhender le sens mis aux comportements territoriaux par les personnes du groupe. Il faut aussi adapter la stratégie de collecte en fonction des situations observées de l'activité de soin du groupe.

## f) Du côté des patients

Il est bien sûr primordial de comprendre comment les jeunes patients et leurs parents repèrent les différences entre les professionnels. Est-ce par la lecture des territoires ? Les pratiques territoriales identitaires des personnels sont-elles visibles ? Les zones d'activités partagées sont-elles circonscrites autour des besoins et des pathologies du patient ? Le territoire du patient est-il pris en compte ? Le sujet est d'importance et pourrait faire l'objet d'une recherche plus spécifique, mais une recherche sur l'organisation d'un groupe de soignants ne peut se passer du point de vue des patients.

Avec l'autorisation de l'équipe et des patients, on pourra observer au moment du premier accueil et ou de discussion du projet thérapeutique les réactions et les questions des parents ( ou des jeunes eux même) pour accueillir des données sur leur interprétation des spécificités professionnelles et de la cohérence de l'offre de soin partagée interprofessionnelle. Ou éventuellement faire passer un questionnaire dans ce sens.

Dans leur témoignage les Cadres montrent qu'ils ignorent comment s'y retrouvent les patients alors que les comportements professionnels du groupe de soignants sont mûrement réfléchis et établis au nom des concepts et des pratiques de la clinique thérapeutique :

« ils sont quand même inscrits à partir de leurs fonctions dans la clinique (...)Mettre en place quelque chose en commun qui n'est pas défini à ce point qui encore une fois s'articule se construit dans une pratique dans une clinique dans ce qu'elle a de noble c'est à dire à partir d'une histoire autour des enfants et en commun. Une histoire de professionnel à la rencontre d'enfants et de familles en difficulté » (C1)

« ...c'est une façon de recentrer l'interprofessionnalité autour d'un projet thérapeutique nous ne sommes pas là pour rien nous sommes là rassemblés travaillant parfois dans des lieux différents (...) Je suis d'accord avec cette idée que la pluriprofessionnalité serait une aide pour ne pas se laisser happer par l'autre( *le patient*) dans sa problématique pathologique » (C2)



mais alors :

«Moi je dirai alors par rapport à cet espace temps d'activité partagée on va dire le consultant à mon avis je sais pas trop comment il se représente les choses (C3) « je pense que pour le consultant mis à part le fait qu'ils se présentent nominativement et professionnellement donc ils savent en tous cas... qui ... à qui ils ont à faire ça veut pas dire qu'ils se le représentent les consultants ça c'est autre chose ou alors ils se le représentent selon leurs propres critères ça on en sait rien... » (C3)

« Chercheur :et le patient alors il s'y retrouve comment ?

Ça j'en sais rien parce que cela pour le coup hormis le fait on a toujours une analyse subjective par définition mais là elle serait plus que subjective et même d'un point de vue éthique à l'heure actuelle heu....il serait malhonnête de dire comment s'y retrouve le patient, l'enfant. (...)heu comment vous dire ils viennent ils ne sont pas dans l'injonction de soin et à priori ils y trouvent leur compte. mais est ce qu'ils peuvent identifier qui s'occupe d'eux comment ça va se dérouler je n'en sais strictement rien c'est une très bonne question d'ailleurs nos équipes se posent la question d'une formation en ethnopsychiatrie car nous recevons beaucoup de familles étrangères et ils se posent la question qu'est ce qu'ils pensent ? » (C1)

On comprend que les moyens ne sont pas encore pris pour analyser les effets de l'interprofessionnalité du côté des patients. Il faudra tenir ce constat comme élément de régulation de la recherche vis à vis de la pratique de l'équipe du terrain. En effet ce questionnement peut modifier les comportements ou déclencher une pratique nouvelle autour de la question.

#### **3.2.4. Utilisation et analyse des données**

Chantal EYMARD (2003) attribue une grande importance aux choix des informations qui seront données à voir. Il faut distinguer la phase de description et la phase d'interprétation.

La phase de description « *s'attache à donner à voir les données de l'enquête telles qu'elles ont été recueillies au fil du temps par le chercheur...* » EYMARD (2003 p.74). Le travail sera fait pour comprendre le sens que les membres du groupe attribuent à ces données.

La phase d'interprétation s'appuie sur les références théoriques pour découvrir le sens des pratiques relevées sur le terrain en regard de la question de recherche.

Puis il conviendra de questionner le dispositif de recherche, ma posture de chercheur et mon intégration dans le groupe. L'interprétation des résultats devra tenir compte de mon propre vécu dans les équipes pluriprofessionnelles et de mon propre intérêt de futur cadre de santé à comprendre le fonctionnement de ces équipes à travers une telle recherche.

### **3.3. Conclusion de la méthodologie de recherche**

La construction de ce travail, a fait orienter le thème de cette recherche vers une question qui trouve son intérêt dans un dispositif méthodologique de l'ethnos. Le choix de le proposer à des Cadres de Santé en situation comme premiers interlocuteurs, témoins de terrain a certainement permis de le rendre plus opérant. En effet, leurs réactions amènent à un ajustement, une régulation du dispositif de recueil des données. Il peut raccourcir le temps d'intégration, et faciliter la compréhension de lecture des phénomènes des territoires.

Avec la lecture et le classement de leurs discours, en fonction à la fois des attendus de la méthode et du développement théorique que je propose pour cette recherche sur les territoires professionnels, j'ai pu comprendre la posture de chercheur en ethnos.

Bien sur, dans ce travail, la confrontation au terrain est limitée. Mais la méthode de l'ethnos suppose l'utilisation de nombreux outils de recueil de données : l'observation (globale, individualisée ou focalisée), l'entretien (individuel, de groupe en conversation ou en récit), et éventuellement les questionnaires. Des techniques comme l'enregistrement audio ou vidéo peuvent aider le chercheur dans son recueil. Les entretiens pour avoir le témoignage de Cadres m'a tout de même permis de pratiquer cet outil comme tel en méthode de l'ethnos. L'interprétation des données recueillies sur les comportements des équipes à propos de la territorialité et des zones partagées donne une idée des sortes de faits concrets que l'on pourra relever sur le terrain. Les témoignages des Cadres de Santé confirment l'usage et les stratégies des pratiques territoriales telles que définies dans les théories abordées

dans ce travail : désignation et occupation de l'espace, constructions identitaires à partir de définitions de territoires professionnels, comportements territoriaux de replis ou d'association, construction de systèmes de collaborations inter-professionnelles sur le mode du partage de zones de travail. Par contre leurs commentaires m'entraînent à conserver une posture de découverte des habitus de ces groupes à propos du thème. En effet mon implication à ce sujet, par mon parcours professionnel, est importante et la confrontation de trois points de vue m'a permis de comprendre qu'il faut rester attentif à ne pas aller voir sur le terrain ce qu'on connaît déjà. En ce sens cette régulation du dispositif de recueil de données à été me semble-t-il très utile.

De plus, posée autrement, la question de recherche aurait pu faire l'objet d'un dispositif en méthode clinique. D'autant que, d'après VIAL (2001 p. 137) la différence avec la méthode clinique est que « *le sujet dans l'ethnos n'a pas d'inconscient, il n'est pas compris dans la souffrance d'être au monde, il est plus un acteur qu'un sujet (...) les ethnométhodes relèvent de stratégies d'acteurs non pas pour atteindre des buts ou résoudre des problèmes mais pour se donner à voir comme reconnaissable, appartenant à une tribu* ».

Michel VIAL insiste sur le positionnement du chercheur en ethnos qui du point de vue sociologique collecte des signes d'appartenance à travers de socio-comportements et des stratégies d'acteurs. De fait les comportements territoriaux ne sont pas uniquement décryptés en matière de rituels d'appartenance. Bien sur la théorie nous montre qu'ils sont aussi commandés pour les sujets par des besoins psychologiques de construction identitaire par exemple. De plus les comportements groupaux font l'objet d'étude du côté de l'analyse clinique et le thème des territoires peut se décliner dans le paradigme psychologique, celui de la lecture des comportements inconscients. Ainsi un tel travail pourrait être complété, plus tard, une fois les comportements identifiés par la lecture ethnologique, d'une recherche en méthode clinique.

Pour mon initiation la confrontation entre les méthodes de recherche à enrichit cet apprentissage.

## CONCLUSION

Ce travail de mémoire ne prétend pas répondre au questionnement présenté mais tente d'amener une lecture de la pratique de soin en collaboration interprofessionnelle.

C'est à partir d'une expérience de terrain et de l'analyse que nous faisons en équipe sur les régulations de fonctionnement que s'est dessinée la problématique pratique pour un questionnement concernant les territoires professionnels. Mieux qu'une simple lecture de ces territoires et de leurs frontières, il semblait qu'il pouvait être intéressant dans un mémoire de formation de Cadres de Santé d'aborder l'action collective en termes de territoires et de zones partagées. Pour ce faire, il a fallu mieux comprendre les enjeux de la collaboration interprofessionnelle et la place du Cadre de Santé dans ce dispositif de soin. Ainsi le management d'équipes pluriprofessionnelles pourra éventuellement utiliser un outil tenant compte de ces notions de territoires, dans le cas où la poursuite de l'étude en démontre l'intérêt.

Les éclairages conceptuels de la notion de territoires et de frontières et l'approche théorique de la construction identitaire professionnelle ont permis de comprendre que les phénomènes de replis ou de transgressions, les négociations, et les partages sont le fait d'enjeux à la fois psychologiques et comportementaux.

Le phénomène de territorialité s'explique par rapport à une construction historique du territoire mais le territoire est toujours en mouvement par le fait de l'action collective. Les limites, les frontières servent de base à sa constitution, mais le contact, la confrontation enrichissent les pratiques. Comme édification mentale et sociale, le territoire ne peut se passer de la représentation et en connaissant les modes d'investissement imaginaire qu'il suscite, il est peut-être intéressant de connaître quels engagements pratiques les acteurs de soin y construisent.

L'étude de la mise en place d'un dispositif de recherche en méthode de l'ethnos et sa confrontation avec les témoignages de terrain de Cadres de Santé devait permettre d'aborder ce recueil de comportements. Ces témoignages nous aident à organiser la recherche et les commentaires sur les conduites territoriales renseignent déjà le chercheur sur les habitus des groupes à étudier. Certes, le temps

a manqué pour recueillir plus d'éléments par des observations plus participantes, en imprégnation sur le terrain. Mais la lecture et la mise en perspective des témoignages des Cadres avec le dispositif prévu permet de comprendre que du point de vue méthodologique, en ethnos, il convient plus d'apprendre de l'autre que de sa propre subjectivité. Le terrain est un lieu d'écoute et de compréhension des phénomènes liés au thème de la recherche. Ce sont les acteurs eux-même qui produisent le sens de leurs actions.

Ainsi il est apparu que les frontières des territoires professionnels en équipes médico-sociales et psychiatriques ne se définissent plus tant comme des traçages de simples lignes ou comme des murs infranchissables mais comme des points de contact, de passage, de constitution de zones d'interactions ; des « bornes » à dépasser pour que les zones de transitions et d'échanges fassent la place à la conjugaison des différences et à l'altérité pour enrichir l'offre de soin.

La question se pose alors de connaître et de comprendre comment cet enrichissement profite aux patients. La problématisation des comportements et des conduites des patients et de leur famille en consultations à travers le thème des territoires, peut faire l'objet d'une nouvelle étude dans la perspective d'une recherche complémentaire

## LES TEMOIGNAGES DE CADRES DE SANTE

### Entretien 1 : C1

Même si je ne suis pas formé à cela, quand bien même j'aurais été formé il n'est pas évident que je sache en faire une utilisation pertinente donc je traduis sur mon monde de fonctionnement à moi, c'est de faire des liens, des liens si on me parle de territoire je pense aussi place, ce qui n'est pas exactement la même chose selon un paradigme théorique territoire a un sens et place aussi mais en ce qui concerne ma pratique je fonctionne en fonction de ma place donc à partir de ce moment là ma place se détermine, ma place de cadre supérieur en fonction des différentes dimensions qui sont inhérente à ma fonction donc en tant que cadre sup. c'est vrai que c'est une fonction de gestionnaire au sens que même si je suis issu du corps infirmier je ne m'inscris plus dans une fonction clinique mais c'est pas parce que j'ai une fonction qui est gestionnaire que pour autant il n'y a pas une dimension clinique dans ce que je fais comme il y a une dimension qu'on va dire administrative comme il y a une dimension qu'on va appeler gestion des ressources humaines et de surcroît une dimension informative et pédagogique ces nuances que j'apporte c'est parce que la notion de territoire est quelque chose d'intéressant mais je pense que je suis pas capable à l'heure actuelle de l'utiliser de manière pertinente ce n'est que je repère bien des territoires si je parle de la place en tant que cadre sup. c'est sur que ...que ça soit donc à travers mon expérience de cadre et de cadre sup. chez les enfants et aussi chez les adultes donc équipes pluriprofessionnelles en psychiatrie puisque maintenant je suis chez les enfants donc équipe pluriprofessionnelle ça n'a pas tout à fait la même coloration pour ce qu'il en est des camp malgré tout il y a des similitudes c'est à dire qu'on a du mal quand même à définir à ce point une place tout simplement donc un territoire s'il est vrai qu'en ce qui concerne les cadres de santé et les cadres supérieurs on peut repérer on peut repérer un certain nombre de chose de par notre statut à savoir qu'on a des responsabilités relativement définies puisqu'on est quand même des cadres supérieurs de santé qui nous occupons d'équipe infirmiers au sens large du terme infirmières aides soignante on appelle ça les soins infirmiers dans la réalité ce n'est pas si simple en particulier quand on travaille dans un service infanto juvénile et que l'on a participé à la gestion d'un camp moi par exemple bien que participant à la gestion d'un camp je ne suis pas responsable du camp donc ma place qui va conditionner un minimum ma lecture des territoires c'est en fait dans mon service infanto juvénile c'est d'être l'un des plus proches collaborateurs parce que on va pas dire le principal hein ? On va pas tomber dans cette mégalomanie le plus proche collaborateur du chef de service car quand je dis l'un des plus proche et non pas le principal c'est vrai que du point de vue du service infirmier je suis son principal collaborateur mais il est vrai qu'il n'a pas que moi puisque tous les autres PH sont sinon plus tout aussi importants que moi que même je dirai ils sont dans une dimension stratégique différente je me situerai plutôt dans une position par rapport au chef de service ou je suis plutôt dans une place pour assurer heu le fonctionnement pragmatique du service ce qui m'empêche pas de participer sous forme d'avis à l'élaboration de la politique de soin du camp mais il est vrai que c'est un avis parce que je n'ai pas la responsabilité des soins. Ces précautions ne sont pas des précautions de style parce que elles permettent de définir un minimum

ma place donc statutaire ment j'ai une position hiérarchique avec des gens et avec des autres j'en ai pas. c'est pas pour autant que j'ai pas quelque chose à faire avec eux elle permet de définir à minima ma place et en même temps elle montre toutes les zones heu... le cadre heu.. On va dire un cadre on peut peut-être appeler un territoire je ne sais pas c'est vous qui....Un territoire dont les frontières sont pas si claire que ça, pour un cadre supérieur qui n'est pas inscrit dans une expertise technique il est vrai que ce que je peux repérer des gens qui interviennent par exemple dans un camp qui eux ont des rôles et des compétences statutaires qui sont articulées autour de la clinique psychologue pédopsychiatre psychomotricien orthophoniste.... Même si ça leur permet pas à tout instant de savoir ce qu'ils ont à faire à partir de cette simple place ce n'est pas suffisant il faut qu'il travaille ensembles pour définir quelque chose d'original pour mettre en place quelque chose d'original ils sont quand même inscrits à partir de leurs fonctions dans la clinique moi j'ai pas cette fonction clinique c'est un avantage parce que ça me détache de la clinique donc ça me laisse un temps là aussi mon territoire à moi c'est une fonction dans ces différentes dimensions mais un temps qui n'est pas le temps des gens avec qui je travaille j'ai pas à investir ce temps clinique même si j'ai à avoir une dimension clinique dans ce que je fais donc eux ils ont ce temps clinique qui leur permet de se réunir avec leurs difficultés à le faire mais c'est un repérage plus facile pour eux du fait que c'est articulé autour de la prise en charge des enfants même l'assistante sociale par exemple qui n'est pas incluse directement dans la clinique va s'articuler parce que son outil de travail reste quand même le sujet que l'on soigne l'enfant la famille et même quand il rencontre des partenaires extérieurs donc des pmi, écoles, dans le cadre de l'intégration et autres c'est quand même toujours autour de l'histoire d'un enfant même si le dispositif institutionnel et la dynamique institutionnelle est à prendre en compte par eux collectivement alors là je vois bien de ma place la difficulté qu'ils ont aussi à partager ces territoires la difficulté qu'ils ont même eux aussi à conserver une identité à se différencier à ne pas être à ce point tous dans la même chose sinon on peut se poser la question pourquoi des psychomotriciens pourquoi des psychologues et puis en même temps à mettre en place quelque chose en commun qui n'est pas défini à ce point qui encore une fois s'articule se construit dans une pratique dans une clinique dans ce qu'elle a de noble c'est à dire à partir d'une histoire autour des enfants et en commun. Une histoire de professionnel à la rencontre d'enfants et de familles en difficulté je le perçois je le lis avec plus ou moins de facilité comme toujours dans ces cas là et je veux bien le prendre ne compte mais pour moi ce n'est pas mon outil principal une des difficultés pour définir le territoire des autres c'est donc de définir à minimum le mien puisque observer analyser c'est une chose mais comme je suis pas dans une position d'observateur il me faut participer pour que j'en tire quelque chose qui soit opérant

**Chercheur :** Quand vous étiez cadre dans une équipe fusse-t-elle « service adulte » effectivement vous aviez aussi plusieurs profession ?

Oui j'avais pas la difficulté que je rencontre à l'heure actuelle chez les enfants les territoires étaient marqués plus nettement c'est à dire que le fait que je sois ...heu...être dans un service adulte en tant que cadre supérieur c'est gérer une assez grosse équipe donc j'avais à tenir compte des diversités pluriprofessionnelles mais pas à ce point c'était la gestion d'une grosse équipe qui tournait aux alentours de 80 personnes c'était suffisant puisque ça, ça joue pour ne pas me préoccuper à ce point de définir les territoires des autres car déjà le mien était suffisamment grand. chez les enfants

comme vous le savez pertinemment en particulier dans mon service il n'y a pas à ce point de très grosses équipes infirmières. J'en une sur l'hôpital de jour et un infirmier sur un camp donc j'ai et c'est l'intérêt de ma place à l'heure actuelle effectivement des territoires des autres, des territoires parce que c'est vrai le mot est juste parce que pour moi au sens de la métaphore au sens théorique en ethnométhodologie je ne sais pas trop quoi en dire mais au sens de la métaphore je le trouve juste il s'agit bien de territoire il s'agit bien de place et que ça c'est à construire souvent c'est dans la construction donc c'est vivant c'est dynamique l'inconvénient c'est que ça nous et pas apporté sur un plateau il faut vraiment trouver une place donc ça s'installe dans une relation effectivement ce que vous appelez ces temps de chevauchements ou de glissement de fonction parfois puisque on a aussi de glissements de fonction on le voit bien je suis pas toujours sur que les psychomotriciens dans mon service ne soit que dans une fonction de psychomotricien. Quand je dis je suis pas toujours sur c'est un euphémisme j'en suis certain... les éducateurs spécialisés ne sont pas que dans... d'ailleurs on voit bien quand on a un peu d'expérience de l'infanto juvénile toute la difficulté à tenir une place et occuper un territoire vraiment à partir des compétences statutaires et des formations bases qu'on pourrait appeler enter guillemet expertise c'est aussi lié à des choix stratégiques de ceux qui ont mis en place le service il y a des années ou par exemple il n'y a pas de prescription médicamenteuse ce qui limite déjà tout de suite heu... un.. Techniquement un repérage précis du territoire des infirmiers donc il n'est pas toujours évident de repérer quel est le territoire d'un éducateur spécialisé de l'infirmier de la psychomotricienne de la kiné malgré leurs différences heu.. statutaires leurs différences de formation et les attentes qu'on peut avoir les uns des autres donc cette difficulté inhérente à mon service à l'heure actuelle en infanto juvénile rejailli sur moi fortement je peux pas ne pas en tenir compte comme vous savez tenir compte de choses ce n'est pas pour autant qu'on trouve des solutions observer c'est bien mais agir c'est autre chose et puis ça s'inscrit dans une dynamique les temps changent l'hôpital évolue en tant que cadre supérieur j'ai aussi un rôle qui est à l'interface avec l'administration centrale et donc ma place est dynamique et peut être qu'il y a 10 ans j'aurais pas tenu exactement à occuper de la même manière ma place et peut-être que dans 10 ans se sera différent ou beaucoup différent il y a les attentes de l'institution qui font que ... donc cette place d'interface est une dimension à l'heure actuelle pour moi dans ma pratique professionnelle parce qu'il y a des enjeux très importants qui se jouent au delà même de mon service

Chercheur : Cette mission d'interface là donc en tant que cadre voire de cadre supérieur vous la jouez aussi entre les territoires de l'équipe ou du service et les territoires de l'hôpital l'ensemble de l'administration avec ce regard qui peut aller du cadre de santé au cadre supérieur cet enjeu des territoires pour identifier la place pouvoir identifier à qui on a affaire et où il déroule sa propre activité est ce que d'avoir cette lecture par rapport à l'ensemble de l'activité de l'offre de soin pas uniquement l'offre de soin infirmier mais l'ensemble de l'offre de soin qui est de la responsabilité de l'hôpital en soi d'avoir une offre de soin cohérente est ce que cette lecture des territoires elle peut être utile au fonctionnement ?

Ben je répondrai ni oui ni non parce que à priori comme ça la lecture d'un territoire même si encore une fois je peux pas dire ce que ça veut dire d'un point de vue ethnométhodologie mais j'entends bien le territoire, les places mais aussi il y a des territoires géographiques hein ? Qui sont



parfaitement définit les uns travaillent dans un endroit et les autres dans une autre donc il est clair que tous les endroits n'ayant pas la même fonction je peux déjà m'en servir la lecture des territoires d'abord ça c'est plus facile à repérer il n'y a pas de grande difficulté mais moi dans la question que vous me posez c'est comment un outil théorique qui utilise un concept théorique que je méconnaissais sur les territoires peut-il me servir dans ma pratique ça je sais pas trop pour répondre de ce point de vue si ce n'est qu'effectivement cette lecture des territoires et des places me semble fondamentale alors c'est vrai que j'ai du mal à vous répondre des territoires au sens ethnométhodologique !

**Chercheur : Ma question c'est la faisabilité**

un outil, je parle pas de maîtrise un outil mais un outil que j'aurais un peu plus interrogé j'aurais un peu plus d'aisance probablement qui m'aide au point de vue analyse ce qui vaut pas dire pour autant que ça me rendrai beaucoup de service d'un point de vue pragmatique je fais une différence entre une capacité à analyser les choses et la capacité à mettre en œuvre mais ceci dit si on a pas quelque solution d'analyse on a quelques difficultés à mettre en œuvre

chercheur : alors qu'est-ce qu'on peut voir quand on est immergé dans un système comme celui-là un système pluriprofessionnel qu'est-ce qui se passe quand dans le soin ça se chevauche ?

Est-ce qu'il y a des replis identitaires « mêles-toi de tes affaires » ou est-ce qu'il y a des zones de passage et d'échange qu'est-ce que je peux observer si je me mets dans cette situation ? le dispositif dans une situation que je ne connais pas (donc pas mon équipe) mais chez vous si je me mets dans cette situation

Si vous étiez chez moi si je tentais de me mettre à votre place bon ! je vais essayer de vous répondre...

**Chercheur : la pertinence d'un dispositif d'aller observer est-ce qu'il y a un intérêt des limites ?**

Ben des limites il doit y en avoir mais je suis pas compétent pour répondre une limite que je verrais à ce moment-là c'est que si vous étiez dans ce dispositif en tant que cadre en formation ça serait d'être happé encore une fois par la question clinique parce que ce qui fait vivre mon service ce qui lui donne sa force sa vitalité que je défends d'ailleurs ce qui est aussi un handicap c'est que tout est centré autour de la clinique et que hors de la clinique point de salut c'est un credo qu'on entend beaucoup et moi-même il a fallu que je fasse attention à ne pas me faire piéger la dedans piéger au sens ou la dimension clinique me rappelle à tout instant et j'ai pas de doute sur la question quel est l'objectif final mais que si je veux moi apporter quelque chose de ma place qui participe au schmilblick de manière à améliorer à mettre de l'huile dans les rouages la prestation globale il faut pas que je me noie dans la dimension clinique à ce point ce qui fait que d'entrée j'ai été réticent pour participer à toutes les réunions cliniques parce que dans les structures tout le monde me disait au non de la clinique il faudrait...heu on me demandait parce que on n'est pas dans l'injonction on est dans un milieu de gens civilisés et policés on me disait pas il faut on me disait ça serait bien que et j'ai été réticent, pas que je sois pas intéressé par les situations cliniques et je participe à des réunions cliniques mais j'essaie de ne pas trop le faire parce que si je participe trop aux réunions cliniques j'ai pas de raison de privilégier un lieu plutôt qu'un autre parce qu'effectivement vous avez raison ma... La ... cette dimension d'interface avec l'extérieur de mon service et aussi vrai je dois en avoir une au

sein du service de position d'interface avec les différentes unités puisque mon rôle j'ai un rôle de participer pas de tomber dans une prétention excessive mais j'ai un rôle à la mise en place et la continuité d'un lien au sein d'un service extrêmement dispersé donc avec toutes les différences que peuvent générer... les différences heu...je dirais presque naturelles ce qui feraient sourire certainement monsieur VIAL s'il m'entendait qui existent au sein d'un service infanto juvénile et les différences géographiques d'éloignement géographique les lieux n'ont pas tous les même fonctions un hôpital de jour un camp n'ont pas tout à fait les même fonctions et heureusement parce ce que c'est un panel de prestation de soins donc il faut pas qu'ils soient ressemblants à ce point et puis il y a aussi des l'instant qu'on est dans cette question des territoires il y a des enjeux de pouvoir qu'il faut accepter et qui sont pas illégitime en soi c'est pas tant l'enjeu de pouvoir que qu'est ce qu'on en fait et à ce moment là les médecins ne partagent pas à ce point tout les territoires. les psychologues comme vous le savez ne partage pas à ce point leurs territoires chacun ayant quand même à cœur de manière légitime à conserver une entité sinon pourquoi des médecins pourquoi des.... La question peut être ouverte moi j'y répondrais pas je prends en l'état et puis c'est vrai aussi que tout le monde n'a pas la même place. le chef de service bien sur aurait... il faut en tenir compte quand on est cadre supérieur il faut faire avec son chef de service il a une place légitime donc j'ai à faire attention à ... que ce soit lui ou d'autre à respecter la fonction c'est très très important parce que c'est de là que va être donné le « La » pour qu'il y ait une cohérence, une cohérence au sein d'un ensemble qui a toutes les raisons de s'éloigner les différentes partie de l'ensemble ont toutes les raisons de s'éloigner parce qu'ils finissent de travailler loin les uns des autres et par s'ignorer parce qu'il y a dans ce qu'on pourrait dire loin des yeux loin du cœur c'est un peu grossier ce que je dis

Chercheur : donc en restant dans le sujet bien que se soit moi qui amène le sujet de ... vous employez toujours des mots qui ont un sens spatial vous parlez d'éloignement géographique vous parlez de lieu vous parlez de place tout ça c'est de l'espace c'est la proposition théorique que je fais c'est à dire par rapport à cette représentation de l'espace est ce qu'on peu comprendre une construction identitaire ?

Oui c'est ça

Chercheur : et que mon hypothèse c'est que cadre en tout cas on a besoin de ces outils là pour aller comprendre ce fonctionnement ?

Parce que lorsque vous me proposez comme outil conceptuel le concept de territoire, le territoire spatial et puis il y a un territoire au sens de la tribu on pourrait l'entendre au sens la tribu des psychologues et là c'est plus les statuts les compétences et bien les deux sont effectivement croisés dans mon service sont croisés en général dans les services de psychiatrie chez les adultes ça prend une autre prégnance chez les enfants parce que il n'y a pas d'hospitalisation à plein temps et parfois un psychologue et un psychiatre et un péd- psychiatre et bien il est difficile de savoir pourquoi l'un est psychologue l'autre psychiatre ils font quasiment la même chose dans la mesure ou le pédo-psychiatre ne prescrit pas s'ils sont tous les deux dans une dimension de psychothérapie de type analytique bien là heu...

Chercheur :ça va être difficile de déterminer ?

oui, de même que moi dans ma lecture il faut que je tiens compte que j'essaie au mieux de tenir compte des difficultés des uns et des autres en matière des répartitions des territoires alors c'est vrai que par exemple eh bien heu l'espace géographique génère un territoire même un territoire identitaire et je vois des gens qui se définissent les uns par rapport aux autres plus facilement... une anecdote qui va illustrer ma pensée si je rencontre une équipe sur un CMP et que je parle d'un autre service les gens leur unité qui n'est jamais qu'une unité fonctionnelle il y a le pendant ailleurs au camp il m'est arrivé d'entendre des gens il y avait donc confusion entre nous quand je parlais service ils entendaient camp :c'est leur service

chercheur : Donc effectivement la représentation de l'appartenance la représentation identitaire elle renvoie immédiatement à un lieu où se déroule l'activité. est ce à dire que le professionnel que ce soit dans une mesure de discussion d'organisation ou dans sa propre prise en charge donc si on tombe pas d'accord sur ce qu'on désigne le professionnel lui il va associer automatiquement là où il déroule son activité ?

c'est vrai que moi j'ai été régulièrement surpris. Mais ça ne m'a pas étonné puisque c'est un phénomène qui est symptomatique en fait les gens sont identifiés à leur lieu il y a de question d'éloignement géographique les uns des autres c'est pendant les pratiques il n'y pas de divergences majeures c'est que parfois ils ont des polémiques d'un lieu à l'autre il n'en reste pas moins que quand on les connaît qu'on voyage et que l'on a cette distance que je dois nécessairement avoir n'étant pas dans cette clinique mais tenant compte de cette dimension ça me permet cette distance et pour moi c'est important c'est à dire que pour pouvoir analyser et comprendre il faut que je puisse avoir une distance de ma place en tant que cadre sup. hein ça c'est pas valable pour d'autres professionnels je me dois d'avoir une distance de connaître ces territoires de m'y inscrire mais la je répondrai une formule plutôt de la sociologie enfin de sociologie hein ? Je crois que c'est les Crozeriens qui l'utilisent un « marginal sécant » c'est à dire faisant partie mais n'étant pas à ce point ça c'est important pour moi dans ces tribus là on peut repérer moi ce que j'ai repéré c'est qu'il y a une articulation très importante autour d'espace géographique et en plus c'est des gens qui ont grandi ensemble professionnellement ça c'est une particularité qu'on peut ne pas rencontrer ailleurs c'est à dire que pour pouvoir analyser et comprendre il faut que je puisse avoir une distance de ma place en tant que cadre sup. hein ça c'est pas valable pour d'autres professionnel je me dois d'avoir une distance de connaître ces territoires de m'y inscrire géographique des gens qui sont arrivés petits qui ont créé même souvent ce dispositif et qui sont là depuis longtemps longtemps longtemps alors ça donne une richesse très forte parce que c'est des gens qui ont une grande pratique une grande pratique ensemble mais forcément une vision limitée.

Chercheur : qu'est que je vais voir dans cette situation de cette pratique ensemble par rapport aux positions de chacun de la pratique du kiné de la psychomotricienne ?

C'est malgré la difficulté que j'ai à pouvoir dire moi tiens c'est bien un travail de kiné qui est fait tiens c'est bien un travail d'orthophonie qui fait c'est pas évident ils travaillent souvent ensemble l'assistante sociale participe au camp à des groupes je ne pense pas qu'on l'ait formée à participer à des groupes thérapeutiques mais pourquoi pas mais dès l'instant qu'elle a aussi un temps pour faire assistante sociale heu... quelqu'un qui arrive ne voit pas tout de suite on a beau nous dire un tel et

une telle est ceci cela au niveau statutaire et compétences ça saute pas aux yeux mais ce que je vois malgré tout malgré des limites évidentes c'est qu'il y a une dynamique de soin malgré tout malgré ces difficultés à pouvoir avoir une identité professionnelle statutaire repérable à ce point il existe bien une identité qui est groupe en fait qui vient s'articuler autour du lieu avec un chef de bande donc là c'est une métaphore humoristique qui est le médecin voir parfois un leader à côté un psychologue très souvent ou il y a un binôme un médecin un psychologue ou une psychologue qui travaillent depuis très longtemps ensemble et qui ont appris à se faire confiance et qui peuvent avoir des divergences hein mais il y a quelque chose qui c'est installé depuis des années et ça sert d'accrochage très fort au reste de l'équipe très souvent une partie de l'équipe s'ancre depuis longtemps autour de ces personnalités fortes car se sont souvent des personnalités fortes et en plus si on prend un peu de l'espace comme moi en général se sont de bons professionnels qui polémiquent mais dont je peux dire moi qu'ils ont concouru et continue de mettre ne place une dynamique de soins et c'est pas toujours vrai partout il y a des endroits qui sont moins dynamiques ce que j'ai pu repérer c'est que c'est pas mortifère comme ambiance ce qui si joue c'est pas toujours facile que les gens ne subissent pas des phénomènes d'usures ces équipes ne rencontrent pas des limites. le risque majeur c'est l'isolement avoir un territoire à ce point trop marqué éloigné c'est un isolement

Chercheur : de l'équipe elle-même ?

de l'équipe elle-même pas par profession

Chercheur : pas de replis identitaires à ce point ?

non

Parce qu'à l'heure actuelle les équipes dans mon service maintiennent quelque chose qui permet de limiter cela hein de limiter je sais pas si ça peut l'empêcher à tout instant mais de le limiter c'est effectivement des temps de réunion autour de la clinique qui permet quand même un minimum de travailler ensemble sans peur et toujours savoir bien quoi faire mais quand il y a des difficultés à le faire c'est souvent des difficultés partagées après il peut y avoir des divergence sur des orientation sur certaine stratégies comme dans tout groupe mais c'est pas c'est sain en soi on pourrai craindre d'une équipe toujours d'accord sur tout quoi il est évident que la clinique ne serait-ce qu'elle et avant tout elle met en difficulté en permanence les équipes ont cette difficulté à travailler non je ne n'ai pas perçu de repli identitaire par contre parfois ce que je peux repérer c'est des disparitions identitaires éducateur spécialisé infirmier c'est clair et que dans un hôpital de jour je vois pas en quoi un éducateur fait moins de soin entre guillemet et je vois pas ne qui un infirmier ou une infirmière fait moins d'éducatif entre guillemet de toute façon il en arrive à faire ce que j'appellerai une prise en charge thérapeutique qui est d'ailleurs très souvent une prise ne charge collective

donc c'est à dire qu'on peut observer des territoires qui sont à ce point similaires que leur frontière à disparu ou ils peuvent avoir des accords entre eux ou ils peuvent assouplir la frontière à ce point dans l'intérêt des soins qu'il ne puisse plus y avoir un repérage aussi facile de l'offre de soin spécifique à un infirmier offre de soin spécifique à un éducateur moi j'ai du mal à voir

Chercheur : et le patient alors il s'y retrouve comment ?

Ça j'en sais rien parce que cela pour le coup hormis le fait on a toujours une analyse subjective par définition mais là elle serait plus que subjective et même d'un point de vue éthique à

l'heure actuelle heu...il serait malhonnête de dire comment s'y retrouve le patient, l'enfant. ce que je perçois moi quand je vois passer des familles et des enfants je vois des gens qui viennent parce qu' il y a des problèmes et des souffrances mais globalement ils viennent heu comment vous dire ils viennent ils ne sont pas dans l'injonction de soin et à priori ils y trouvent leur compte.

mais est ce qu'ils peuvent identifier qui s'occupe d'eux comment ça va se dérouler

je n'en sais strictement rien c'est une très bonne question d'ailleurs nos équipes se posent la question d'une formation en ethnopsychiatrie car nous recevons beaucoup de familles étrangères et ils se posent la question qu'est ce qu'ils pensent

## Entretien 2 : C 2

D'abord ça m'intéresse beaucoup votre sujet d'abord parce que la question du territoire c'est une question qui m'interpelle personnellement du fait même de mes origines et c'est une question qui m'intéresse aussi professionnellement au regard de ma fonction dans cette structure de soin notamment parce que depuis quelques temps j'ai envie de réfléchir dans ce qu'on appelle la posture du cadre et j'en étais venu à prendre quelques notes pour moi où je m'étais dit que cette posture du cadre elle est aussi à réfléchir, posture du cadre bien sur vis à vis de l'ensemble des membres de l'équipe ; Ici on a une équipe pluriprofessionnelle hein, et je réfèrerais cette question à celle de place et de lieu j'ai commencé à aborder ça et moi je dis souvent qu'on ne fait pas la place du cadre d'une part ce n'est pas son bureau là c'est je dirai l'espace géographique hein je veux souligner qui lui permet d'être repérable justement dans un environnement mais pour autant pour moi la question s'est posée lorsque je suis arrivé ici à savoir heu où est ce que j'allais me poser hein ? me poser et organiser mes documents et on m'a proposé d'aller à l'étage donc j'ai essayé dans la mesure du possible de tenir une place à ce moment là mais cette place elle a heu... vous me direz ce que vous en pensez mais cette place elle se tient à partir d'un discours ; C'est à dire qu'on a à se situer dans notre propos et par boutade j'avais répondu que être à l'étage pour moi c'est du même ordre que de me mettre à la cave et qu'il fallait que d'un point de vue stratégique et relationnel je puisse être visible et accéder assez simplement aux autres et donc j'ai réussi à avoir ce bureau là et c'est plus pour moi et donc je commence par parler de la place du cadre parce que non pas par soucis de hiérarchie mais je dirai plutôt en terme de cadre garant on pourrait revenir sur ce qu'on entend par garant de...d'une conjugaison possible de cette interprofessionnalité. Et c'est vrai que je dis conjugaison et non pas articulation mais ça c'est mes lectures récentes hein qui m'amène à ça qui m'ont...à savoir qu'il ne s'agit pas d'articuler des contraires mais de conjuguer des possibles hein voilà et là heu la question de la place elle se pose elle se pose plus en terme de lieu symbolique que de place géographique hein voilà en terme de lieu symbolique c'est à dire que ma place je l'occupe également quand je ne suis pas là quand on ne peut pas me trouver...heu.. Physiquement. Heu alors sur la question ...donc je refais un retour en arrière hein sur la question du territoire moi j'ai pas en tête toutes ces différenciations de territoire culturel géographique parce que ce que vous avez évoqué mais j'aurais

eu tendance à opposer territoire et espace voilà à opposer territoire et espace dans mes représentations c'est à dire à situer le territoire du côté d'une possession ça c'est en référence aussi aux événements actuels et qui durent notamment je pensais au niveau d'Israël et Palestine je pensais à des questions plus personnelles et je me disais qu'à partir du moment où l'on parle de territoire dans ma représentation hein il y a quelque chose de l'ordre d'une heu d'une possession et d'un pouvoir sur l'autre voilà c'est à dire posséder Le territoire de l'autre et que l'autre ne vienne pas empiéter..empiéter pardon sur notre propre territoire et c'est la raison pour laquelle je me disais que finalement je suis assez intéressé par le terme d'espace puisque dans le terme d'espace au delà de l'espace géographique ou heu.....Puisqu'on parle de l'espace on envisage aussi quelque chose aussi de très heu.....de très vaste hein mais on peut aussi parler d'espace psychique et je me demandais si heu..... Enfin de mon point de vue ça me paraît peut être intéressant d'essayer alors là du coup d'articuler territoire et espace c'est à dire que heu... le territoire heu bon si je dichotomise les choses hein le territoire serait du côté de notre légitimité à occuper certains espaces géographiques certains espaces de travail au regard de nos compétences de nos formations diplômantes des textes qui régissent notre activité c'est à dire je vois le territoire du côté d'une institutionnalisation finalement des pratiques heu.... S'appuyant sur des lois...hein.. C'est à dire une activité légiférée heu mais qui ne s'arrête pas à cette heu...je dirais à cette organisation et à ce découpage qui peut paraître enfermant. hein heu et c'est là où j'aurais envie d'essayer d'articuler territoire et espace en tout cas il me semble qu'humblement hein c'est au quotidien ce que j'essaie de faire et il me semble que c'est aussi ce que j'entends dans les remarques que mes collègues peuvent me faire concernant tel ou tel membre de l'équipe et je me dis là il t a un espace psychique à investir. C'est à dire un espace psychique qui à la fois soit je dirai soucieux ..... De respecter d'être en conformité au territoire qui va être structuré car je dirai que les directives législatives. Mais également un espace qui puisse se..... s'originer à partir de zone de création c'est à dire c'est ce que j'appellerai moi l'espace psychique hein...mais nous référant notamment à des gens qui ont travaillé dans le domaine de la thérapie institutionnelle et de la psychanalyse c'est à dire qu'il me semble que chaque individu dans l'équipe à partir de ses compétences devrait pouvoir développer des zones heu... de création qui permettent en même temps aux collègues aux autres professionnels de ... de ...de rebondir sur ces zones là et à partir de leur propre territoire et de leur propre espace psychique professionnel hein ?....On va mettre les deux explore ce qu'il en est de cette zone proposée et l'enrichir à partir de leur propre expérience c'est peut être pas très clair hein ? je le reformule c'est peut être quand vous présentiez votre travail vous avez parlé de partage

Chercheur : De zone d'activité partagée c'est à dire qu'à parler de territoire on lit la collaboration en matière de territoire aussi donc c'est un terme américain et canadien cette idée que l'on retrouve pas dans notre littérature mais qu'on retrouve plutôt la base ou la collaboration, quand on regarde du côté des territoires, se passe en zone d'activité partagés

Voilà donc des zones d'activité partagées ça me renvoie quand même à des métaphores guerrières ces questions de zones de territoire mais pourquoi pas c'est une question de culture

Chercheur : Voilà c'est ce que j'explore effectivement cette notion à jouer les territoires à jouer la frontière à jouer les limites qu'est ce que ... il n'y ait pas de territoire qui ne secrète pas de l'exclusion et a la fois il y a éventuellement c'est ce que je discute avec vous intérêt à savoir ce qu'il y a dedans ce qu'il y a dehors et la proposition du territoire c'est de la frontière mais qu'est ce que vous faite vous de différence entre espace et territoire à partir de cette notion de limite. ?Que ce soit la limite posée la limite réglementaire la limite marquée le « c'est mon camp c'est ton camp ».on travaille beaucoup cette articulation identitaire avec les enfants ou le jeu spontané, c'est « chat perché »

Oui alors au niveau du travail pluriprofessionnel j'ai du mal à ... j'aurai du mal là pour le moment à repérer une limite qui puisse être matérialisée si ce n'est que lorsque je parlais du bureau en tant que lieu bien entendu que je repère bien que même si ma porte et entrouverte lorsque mes collègues veulent venir me voir il y a toujours une attitude comportementale qui est un appel à « est ce que je peux rentrer ou pas » c'est à dire que ce seuil là mais comme d'autre comme moi je ne pénètre pas n'importe comment dans une pièce il est intégré psychiquement et sûrement hiérarchiquement et c'est dire qu'il y a certainement quelque chose de l'ordre d'une place hiérarchique qui de mon point de vue est intégré ;Tant mieux, tant mieux hein ? Mais dans la mesure ou elle n'est pas matérialisé je dirai que là ce lieu en tant que lieu symbolique est aussi intégré psychiquement et ça passe par des actes des paroles qu'a un moment donné j'ai pu poser.

Chercheur : Ça fait appel au territoire sacré avec la notion de seuil ?

Oui, oui

Chercheur : A travers les notions sociales ?

Oui, oui mais il n'est pas inaccessible je ne sais pas si c'est quelque chose qui peut être intéressant pour vous mais je dirais que ce bureau bien sur que c'est mon bureau et me l'appropriant je dis mon bureau à un moment donné je ne le disais pas ou je m'empêchais de le dire puis je me suis dit mais c'est absurde non c'est mon bureau n'empêche que lorsque je suis en réunion à X heu.... Je dis bon ben mon bureau est disponible si quelqu'un veut en profiter parce qu'il y a une fenêtre et bien c'est possible

Chercheur : Il est identifié c'est votre territoire

Voilà

Chercheur : Marqué, lisible

Voilà

Mais en revanche ce qui est intéressant c'est qu'il est très rare que quelqu'un s'assoie à ma place. Voilà

Alors ...

Chercheur ::Vous préférez, vous l'usage d'espace plutôt que territoire ?

Qu'est ce qui aurait comme différence par rapport à ce que je propose comme lecture ?

Pour moi la différence c'est que, mais je me trompe peut être par manque de connaissance hein ? Mais dans ma représentation le terme même d'espace inclus l'idée d'espace psychique là du coup une notion qui viendrait heu.... s'articuler avec celle d'identité

Chercheur : D'accord c'est ce passage là que vous me dite c'est ça que je vais retrouver si je vais de la représentation de l'espace et son inclusion psychique c'est la que je vais aboutir sur la représentation identitaire ?

Personnellement heu... dans ce que je pourrais imaginer hein de la responsabilité en tant que cadre concernant le travail autour de territoire espace et identité en tenant compte encore une fois des différences professionnelles et des compétences professionnelles des uns et des autres se sera à la fois de maintenir quelque chose de l'ordre du territoire mais un territoire qui là serait référé aux compétences par exemple je n'ai pas de compétence médicale là il y a un territoire en terme de savoir sur lequel je ne peux pas empiéter et sur lequel je ne dois pas empiéter du point de vue réglementaire n'empêche que du point de vue de mon espace professionnel je peux tout à fait avoir une zone d'activité partagée pour reprendre ce terme là avec le médecin pour échanger autour d'un cas

Chercheur : Ou comme une image de chevauchement ?

Voilà ça c'est une image qui me parle bien ou bien non seulement un chevauchement possible mais un chevauchement nécessaire parce que là si ce chevauchement là n'est pas possible notamment au cours de réunion ou d'autres moment de discussions peut être moins formel mais... si ce chevauchement là cette zone d'activité partagée entre autre n'est pas possible alors là on en vient à cette notion de territoire dans son aspect je dirai inquiétant et négatif c'est à dire on est enfermé dans son territoire et l'autre ne peut absolument pas y pénétrer c'est à dire qu'on est dans quelque chose de heu.. pour employer une métaphore de psychopathologie de l'ordre de soit heu oui on pourrais dire une sorte de fonctionnement enter guillemet autistique, autistique comme pour certains enfants autistes ou il est absolument impossible qu'il y ait une simple vacuole à partir de laquelle l'autre puisse un petit peut chevaucher son territoire et là c'est dangereux mais je dirais que la notion de territoire comme vous disiez territoire géographique culturel et d'autres que je n'ai pas retenu mais

Chercheur : Par exemple politique?

Voilà

Chercheur : Mais à la fois dans le repérage est ce qu'il y a intérêt dans cette recherche dans le sens d'y comprendre quelque chose dans ce fonctionnement ?

Je pense que l'intérêt de moins de vue hein ? de travailler sur la notion d'espace

Chercheur : Pour un cadre hein ?

Oui pour un cadre, ce serait peut être de repérer à quel moment un membre de l'équipe est en marge ou pas. Là, moi le terme de marge m'intéresse puisque la marge c'est à la fois l'exclusion, le dehors, le à part mais ça peut aussi être une zone de créativité si on s'intéresse à la marge et à l'autre

Chercheur : il y a cette notion d'altérité, cette valeur individu, altérité

Oui comme représentation de l'autre

Quel est la représentation de l'autre peut être que j'aurais du commencer par ça d'ailleurs d'emblée vous avez posé cette question de l'équipe travailler en équipe bon... l'expérience que je peux avoir là mon expérience d'infirmier et puis de cadre depuis 4 ans en effet j'ai pu vérifier que l'équipe ne fait pas équipe d'emblée c'est un truisme mais une équipe ne fait pas équipe d'emblée il faut lui laisser le temps je m'inclus à ce moment là dans l'équipe, lui laisser le temps de se construire et d'entamer une histoire c'est à dire que de ce point de vue là les territoires professionnels des uns et



des autres ont peut être besoin de s'ancrer dans une histoire inter relationnelle et c'est à partir du moment me semble-t-il où cette histoire, ou ces histoires inter-relationnelles parviennent sûrement fantasmatiquement hein ? parce qu'au bout du compte je dirai qu'au risque de surprendre l'équipe ça n'existe pas, moi je dirais qu'une équipe ça n'existe pas en tant que tel qu'il n'y a pas d'entité totalisante qui ferait équipe, il y a des effets

Chercheur : Pour le coup ce n'est pas une notion fermée ?

Non ce n'est pas une notion fermée mais en revanche il y a des effets de discours qui font équipe c'est à dire que chacun a sa place

Chercheur : Une équipe au travail ?

Une équipe au travail oui, oui chacun à sa place va être interpellé

Chercheur : Parce qu'une équipe peut exister sur son propre territoire ?

oui

Chercheur : son territoire géographique peut être déterminé ?

là oui

Chercheur : mais dans l'action de travail c'est bien ça que vous dite la notion n'est pas fermée parce qu'elle va varier avec l'offre de soin ?

oui d'ailleurs j'avais pas terminé ma phrase

pardon

non, non mais c'est bien une autre façon d'aborder l'idée de l'individuel et du collectif

On peut parler en effet d'un territoire collectif et du territoire individuel dans le territoire collectif il y a des zones qui vont se chevaucher, des zones qui vont pouvoir et devoir se partager alors que dans les territoires individuels qui là heu... alors je le dis pas en terme d'enfermement mais plutôt en terme d'espace privé mais parce qu'on vit quand même à une époque où heu me semble-t-il le privé est bien mis à mal je pense qu'on a intérêt à rappeler qu'il y a un espace individuel privé nécessaire pour permettre que quelque chose de notre part d'identité ne perdure quoi c'est à dire qu'on ne va pas tout partager et on ne peut pas tout partager et ce qui va faire frontière et peut être oui sûrement limite heu... barrière je sais pas mais frontière et limite c'est cette distinction entre ce qui peut être partagé et pas partagé

Chercheur : Est-ce que la le cadre il a une responsabilité ?

oui il a une grande responsabilité

Chercheur : Qu'est ce que vous pouvez m'en dire ?

Je pense que la le cadre il a une grande responsabilité parce que ça va être me semble-t-il l'occasion heu... mais c'est plus que l'occasion je dirais le devoir son exigence propre de rappeler que tout ne peut pas être partagé c'est une façon de recentrer l'inter professionnalité autour d'un projet thérapeutique nous ne sommes pas là pour rien nous sommes là rassemblés travaillant parfois dans des lieux différents des espaces différents autour d'un projet collectif et là ce qui est en train de se dire n'apporte rien et là en revanche et en tant que cadre et du point de vue de chaque professionnel on a à se poser la question qu'est ce qui fait qu'à un moment donné quelque chose de l'ordre du privé, on va garder ce mot pour le moment du personnel plutôt vient là se dire même si ça échappe parfois quel sens ça a ? Qu'est ce que ça vient dire alors bon, je veux pas dire par-là qu'il n'y a jamais une

part d'intimité ou d'intime possible dans les institutions alors par intime je veux dire par là que faire histoire pour une équipe c'est aussi créer des liens et on sait très bien que parfois ces liens sont nécessairement sans qu'on s'en rende compte vont nécessairement au-delà du professionnel bon ! Bien sur il y a toujours une limite mais c'est peut être ça qu'on appelle notre part « d'humanité » d'autant plus et ça vous le savez qu'on est amené à vivre des choses très difficiles du côté des familles et des enfants et ça, ça vient toucher quelque chose de l'individuel. Je pense que de toute façon c'est la psychanalyse qui nous a appris ça hein ? on ne fait que parler de soi on ne fait que ça on ne peut faire que ça parler de soi ...

Chercheur : d'autant plus qu'on est interrogé sur ses propres limites par la pathologie même des patients dans le cas ou effectivement ils sont eux même des situations ou par exemple avec le terme "border line "on voit que même en pathologie on fait appel à des termes spatiaux

car les patients qui interrogent à la limite, l'hypothèse que je fais c'est qu'heureusement qu'on est pluriprofessionnel qu'il y a plusieurs éclairages

On est dans ce système là qui nous protège les uns les autres à être différents cette altérité professionnelle est ce qu'elle nous protège pas de la fusion ?

Je suis d'accord avec cette idée que la pluriprofessionnalité serait une aide pour ne pas se laisser happer par l'autre dans sa problématique pathologique mais encore faut-il qu'un partage puisse être possible qu'un partage de ces moments de travail puisse être possible à partir d'espace de travail comme les réunions hein mais la notion de partage alors là j'ai une représentation du partage qui en tout cas ne serait pas du côté d'un partage équitable le partage c'est pas le parfait équilibre c'est un partage qui est toujours pris dans heu... c'est plus un partage qui est du côté de heu... de la discussion mais au sens philosophique du terme c'est à dire une discussion qui accepte l'idée d'une « conflictualité » et d'une tension non pas au sens polémique agressif du terme Le conflit négocié.

### Entretien 3 : C 3

c'est par rapport... en fait c'est le terme territoire qu'on emploi bien peu mais mais en même temps heu... En même temps c'est de ça dont il est question quotidiennement mais enfin pour démarrer parce que je ne sais pas trop par quoi démarrer notamment par rapport au CMP ados quand on est novice professionnellement alors que là ce doit être encore plus dur moi en tant que cadre quand je suis arrivée Heu ..... en faisant un effort bien sur je distinguai un petit peu qui était qui, qui faisait quoi etc.. Mais pour quelqu'un qui n'y connais rien à mon avis ça semblait un peu fou mais donc j'ai proposé l'idée d'élaborer un projet au niveau du CMP et qui à été heu..parce qu'ils travaillaient depuis peu et dans le cadre de ce projet chacun a été amené à définir sa profession sa fonction ce qui permettait déjà de parler collectivement de ce qu'est chacun quel est son champ d'activité comment il s'articule avec les autres etc...parce que effectivement quand tu parles de territoire commun ou je sais pas comment tu l'appelles

Chercheur : Les zone d'activités partagées

Les zone d'activités partagées oui à un moment donné ça devient un territoire commun et c'est vrai que comme ça à première vue quand un psycho une éduc ou un psycho une infirmière travaillent ensemble heu... à la limite tu distingues ... je suis sûr que les gens qui consultent ils distinguent pas sauf si on se présente par contre on se présente mais en fait ce qu'on s'aperçoit alors sur le plan du champ d'activité heu ... on pourrait dire comme ça c'est heu... on se distingue pas tellement là où la différence se fait sentir c'est vite vu c'est que chacun réutilise sa grille de lecture c'est lors des réunions collectives tout ce qui est réunion de synthèse enfin tout ce qui est mis en commun collectif quel que soit le type de réunion ou de rencontrer on s'en fout et même avec le réseau c'est pareil de toute façon chacun a l'air indifférencié comme ça mais après c'est la prise de parole chacun intervient de par son origine professionnelle avec sa grille de lecture et c'est là où fait la distinction en fait elle existe

Chercheur : C'est intéressant parce que profession ça vient de « ce que je dis »

Oui en fait c'est dans la prise de parole dans le collectif que ça va intervenir et moi c'est pareil moi je vais .... Il y a le champ clinique ou j'interviens puisque je fais de la clinique et puis il y a le fait de ma position cadre ou mon intervention a un moment donné elle va aussi se faire par rapport à ce cadre là alors bon ...

Chercheur : C'est à dire ?

Et bien étant donné que je suis le relais institutionnel entre les services et l'hôpital je vais emmener un éclairage ou un bémol à un moment donné alors c'est là où autant quand tu es dans le champ clinique ça se passe très bien t'es à la bonne place et ça c'est la problématique un peu des structures extra hospitalière les CMP autant quand tu intervies dans la ligne cadre alors là tu es beaucoup moins entendu on veut pas savoir parce qu'effectivement si tu amène le petit bémol qui empêche ou qui freine un peu en même temps c'est le principe de réalité il doit être là en fait moi je suis le principe de réalité donc parfois un peu le mauvais objet mais ça c'est le lot de tous les cadres

**Chercheur : Est-ce que pour garder notre image de territoire là immergé dans une équipe on verrait quand le cadre intervient ça veut dire qu'il rentrera dans le territoire du déroulement clinique de chacun pour venir en faire quelque chose de l'ordre de la règle ?**

Je crois qu'il intervient pas dans le territoire de chacun il intervient au niveau du territoire du collectif et d'ailleurs on voit très vite les réactions même si les gens n'étaient pas du même avis professionnellement ils vont tout de suite se rassembler contre ...

**Chercheur : Contre l'ennemi ?**

Contre l'ennemi, la seule chose c'est si j'emmène un élément qui alimente la problématique en question qu'elle soit clinique parce que je vais faire intervenir un élément institutionnel qui va permettre que cliniquement et sur le plan organisationnel si c'est un élément qui alimente positivement la problématique je peux y être en tant que cadre si c'est un élément qui va freiner ou mettre des bémols à la problématique en tant que cadre je ...ça passe pas parce que je viens amener quelque chose qui dérange ils étaient un petit peu or réalité dans le rêve et dans l'illusion et que je viens contre balancer ça

**Chercheur : Donc il y a des fonctionnements internes et dès que tu va ouvrir à autre chose ça va être difficile ?**

Et bien tout de suite c'est des réactions de groupe un contre tous, tous contre un alors avec des proportions plus ou moins gérable ça dépend des moments ça dépend quel est l'état mental du groupe s'il est fatigué, s'il est déprimé donc effectivement ça surdimensionne l'état clinique du groupe quoi. Automatiquement. mais heu...bon heu...il y avait un autre truc auquel je pensais ça c'est plutôt dans le cadre du champ d'activité de chacun alors par rapport à l'espace bon je heu...on parlera du reste après mais pour l'instant je bloque un peu là l'espace la dans le cas du CMP c'est très particulier par rapport au fait de se constituer sa propre enveloppe psychique où il y a un espace qui est bien déterminé qui est bien rassurant contenant ou on se sent bien et ou on négocie les espace intermédiaires. au CMP on est dans un lieu qui est trop petit on se marche dessus donc il y a quelque... Il y a des zones réservées pour certains parce qu'ils sont là à temps plein au quotidien et puis il y a tous ceux qui Interviennent ponctuellement comme les psychos vacataires etc ...qui utilisent l'espace restant et c'est jamais le même et donc ça c'est très, très pénible pour moi c'est pareil quand je vais consulter c'est je ne sais jamais dans quel bureau je vais être je prends l'espace ou qu'on me laisse ou qui reste en même temps je le conçois très bien vu qu'ils sont là à temps plein c'est elles qui font tout le lien à l'intérieur elles ont besoin d'avoir un espace déterminé et elles consultes elles dans leur espace et tous ceux qui interviennent plus ponctuellement ils n'ont pas d'espace donc ils doivent sans cesse négocier un bout d'espace vacant heu... c'est jamais au même endroit ça veut dire que mentalement tu t'y prépare à ça une fois que tu le sais et bien tu fais avec cette idée là mais c'est pas forcément aidant professionnellement c'est fatiguant heu c'est heu... je sais pas heu ... c'est ....t'as intérêt à savoir bien ou tu en es toi en tant que personne franchement

Chercheur : Et ce que ça veut dire qu'en le vivant toi tu peux bien comprendre ce qui va se passer

Ah ben oui

Chercheur : Quand on est en mal de trouver un espace correspondant a son activité qui puisse être à la fois habité ?

oui

Chercheur : éventuellement personnalisé

oui

**Chercheur : Marqué ?**

oui mais c'est pareil ici, ici c'est un bureau polyvalent donc quand je suis ici je me suis effectivement un peu installée dans ce bureau mais ce bureau il est à tout le monde donc je le partage par exemple je n'ai rien à moi je laisse toujours le bureau vide parce que maintenant l'équipe qui commence à venir voilà elle a un bout de bureau on a des tas un peu partout et je le laisse... c'est fatiguant il y a des fois ou j'aimerais avoir un espace à moi pouvoir laisser tu vois mes dossier comme ça les retrouver le lendemain sans me dire heu alors parce que il y a des fois ça me pose la question heu il y a des gens qui viennent heu c'est la question de l'intrusion aussi

**Chercheur : c'est ça**

parce que par exemple j'ai eu laissé heu...des trucs et puis heu je pense que on y a fouillé dedans alors c'est pas un secret en soi mais c'est intrusif pour la personne je me suis sentie intrusée même s'il n'y a avait pas de secret

Chercheur : Alors il y a un rapport direct entre l'occupation de l'espace ces marques et le vécu que l'on en a parce que si on reste sur un domaine de construction identitaire professionnelle....

Ah oui, oui c'est très, très difficile par exemple je ne peux pas mettre sur la porte XX cadre infirmière je suis là

Chercheur : Tu peux pas le nommer

Je peux pas le nommer et au CMP aucun des lieux n'est nommé à part un seul bureau non deux et le secrétariat c'est évident et la salle d'attente voilà les seuls bureaux qui sont nommés et identifiés qu'à cette fonction là tu vois sinon il n'y en a aucun qui est nommé et quelque part avoir son nom quelque part ça participe à l'identité ça donne une place et c'est impossible actuellement bon ça changera un jour on est ... on cherche à déménager etc.... donc il faut ... et je crois qu'indirectement je rejoins mon idée de tout à l'heure de l'état clinique du groupe ça participe un moment donné à de l'animosité à des conflit du conflit niveau basique de....mais si t'es toujours là et moi j'y suis jamais moi j'ai besoin d'un bureau j'en ai marre aussi parce que j'ai un bureau qui n'en est pas un qui est aussi la salle commune les gens viennent boire c'est un peu l'espace ou on peu manger et ça sert aussi de bureau de consult...

C'est à dire qu'il faut jeter tout le monde quand il faut consulter ce qui est très pénible parce que même si les gens le comprennent suivant l'état dans lequel tu es ta disponibilité interne c'est clair que tu le vis plus ou moins mal tu t'es plus ou moins agressé tu agresses les autres aussi par effet boomerang donc c'est très, très pénible ça

Chercheur : Donc d'aller observer ces jeux là ça peut bien renseigner sur cet outil là ne serait-ce que déjà de veiller y compris pour soi même qu'il y ait une position spatiale identifiée

Ah oui

Chercheur : Approprié ?

Oui

Chercheur : Marquée personnalisé ?

Oui mais après les gens font ce qu'ils veulent dans leur espace à la limite tu peux pas les obliger à le personnaliser

Chercheur : Ne serait-ce que le nom sur la porte ?

Ah ben oui voilà pas le décorer tout ça y a des gens qui décoire pas on s'en fout mais en tout cas déjà nommé visible les uns des autres de l'extérieur du dedans du dehors bon qu'il y ait des choses repérantes quoi

Chercheur : Donc identification des parties et des limites ?

Voilà ça c'est important après tu le joues autrement ton espace ou fermé ou ouvert moi j'ai tendance à laisser toujours la porte ouverte sauf aujourd'hui parce que je fais du bruit je range si je reçois je ferme ça laisse un vase clos intime confidentiel mais sinon quand je fais du travail comme ça si je veux pas être dérangée je ferme la porte sinon j'essaye toujours d'être disponible et oui j'aime bien travailler comme ça quelqu'un passe il me dit deux mots ça participa à la convivialité aussi chacun négocie son

espace comme il veut suivant ce qu'il fait etc. mais ça me semble très, très important bon même si on l'appelle pas .... C'est vrai que la notion de territoire je ne l'appelle pas forcément comme ça mais c'est vrai que quand j'arrive au CMP plus ou moins consciemment je fais un tour circulaire même si c'est pas circulaire je veux dire effectivement je regarde quelle est l'occupation des lieux de manière très instinctive et plus ou moins consciente si je suis pas très en forme je vais dire punaise ça va être encore la galère pour trouver un bureau ! sinon si je suis en forme c'est pas tellement conscient mais je fais un tour d'horizon rapide je dis bonjour je vois ou est chacun comment c'est occupé et je vois que c'est enfin je sais pas comment les autres peuvent le ressentir mais c'est comment tu te sens toi intérieurement qui fait que tu va négocier plus ou moins bien tes espaces après mais du coup bien négocier ton espace c'est être bien dans ton identité professionnelle par effet boomerang aussi te sentir tranquille prête à accueillir à écouter vraiment être dans un travail quoi interne psychique quoi parce que tu es là pour accueillir des consultants il faut que tu puisses travailler psychologiquement hein ? alors ça double la contrainte hein ? au niveau de ta disponibilité interne d'une écoute bienveillante et professionnelle enfin tu aides l'autre à travailler quoi parce que le but du jeu c'est quand même ça quoi en consultation si tu es pas très bien là déjà personnellement ça te demande une énergie folle et c'est une énergie qui t'épuise quand tu as eu X consultants au bout d'un moment heu... tu peux te poser la question de quelle est ta disponibilité pour le dernier quoi hein ? même si tu te forces tu es obligé de te forcer donc ça c'est quand même très ennuyeux je pense que les déterminations de territoire en tant qu'espace de fait intervient dans le territoire psychique interne de chacun pour pouvoir bien travailler quelque soit sa catégorie professionnelle

Chercheur : Et dans les territoires des professions les unes par rapport aux autres tu m'as dit au début oui des fois on y voit pas clair tout de suite mais après c'est dans le discours dans la position qu'on le voit?

Oui

Chercheur : est ce qu'à ce niveau là le territoire est garanti ? par quoi d'ailleurs par le diplôme par les statuts qu'est ce que je vais pouvoir observer ou comprendre ? Comment ça ?

Chercheur : Le territoire professionnel d'un psychomotricien, d'un psychologue, d'une infirmière

Oui et bien ?

Chercheur : Comment je peux voir comment il y a un territoire ou pas, différent ?

Si je suis dans une équipe comment je vais les interroger les observer travailler pas en entretien mais en groupe s'ils veulent bien, observateur en réunion qu'est ce que je vais comprendre ?

Si tu es observateur ?

Chercheur : Oui si je fais un stage pour une recherche

Et que tu dis que tu t'y connais ou que tu t'y connais pas professionnellement

Si tu es quelqu'un qui connaît déjà les identités professionnelles

Chercheur : C'est moi

Ah toi !

Toi en ayant déjà une expérience de fait à l'écoute des interventions de chacun tu va à peu près... à moins qu'il y en est un qui soit un peu bâtard dans sa profession parce qu'il y en a qui sont dans des axes un peu ... mais heu ... je pense que tu vas heu parce qu'effectivement tu va affiner ton décodage

par une discussion par un entretien ou des choses comme ça oui ça c'est évident. les stagiaires infirmiers par exemple ou éducateurs ça leur est un tout petit peu plus difficile parce qu'ils ont pas trop l'habitude des équipes pluridisciplinaires notamment en intra ou il y a des médecins et des infirmiers les trois quarts du temps pas tellement d'autres catégories donc pour eux c'est par exemple l'éduc et le psycho sitôt que l'éduc est fait un travail personnel dans le champ psychanalytique ou autre mais souvent c'est comme ça puisque c'est un petit peu le courant en fait s'il ne complète pas leur écoute par un entretien une rencontre un questionnement ils ont un peu de mal parfois à identifier de même que certains infirmière aussi parce qu'effectivement au CMP pour peu que tu pratiques la consultation et que tu aies travaillé sur toi c'est vrai que par certains discours parfois tu peux rester à la limite du psycho même si tu en as pas forcément la compétence mais en terme de connaissance théorique hein tu as déjà peaufiné tout ça

Chercheur : C'est un positionnement thérapeutique de l'équipe ?

Aussi .... Du coup parfois c'est limite quoi hein ? C'est limite pour distinguer heu hein ? y'en a c'est clair il y en a certains ils sont à la frontière quand même

Chercheur : Enfin à la frontière on sait pas laquelle pour le moment ?

Oui

Chercheur : En tout cas ils déroulent une activité qui n'est pas lisible immédiatement

Oui

Chercheur : Par la simple attribution d'un diplôme ... ?

Non, non parce que si t'as ... si tu prends une représentation classique en fait ils ont des représentations très classiques l'infirmier c'est comme ça, l'éduc c'est comme ça et en consultation en CMP c'est vrai que c'est pas non plus bien d'abord si on prend infirmier puisque c'est ma catégorie si tu veux ils n'ont plus de pratique manuelle ils font plus de soins sauf si c'est en cas d'urgence et c'est ... ça arrive même pas une fois par an ils sont que dans la dimension relationnelle quand ils travaillent et psychologique donc évidemment tu vas pas repérer l'infirmier qui fait les piqûres comme te dit le commun des mortels c'est un peu dommage quand même qu'on se le représente comme ça en tout cas tous les nouveaux maintenant ils ont une représentation assez basique quand même puisqu'il y a un seul diplôme et en fait dans cette formation là qui est standard peu axée sur la psychiatrie quand même il faut dire ce qui est ils ont très peu d'expérience donc ils ont un schéma très classique un schéma infirmier de pratique somatique quoi

Chercheur : Alors est ce que tu peux me dire comment c'est construit le territoire professionnel des infirmiers en psychiatrie plus spécifiés par un diplôme particulier et qu'effectivement surtout en pédopsychiatrie il n'y a plus aucun acte infirmier stricto sensu comme tu me l'as expliqué est ce que là il y a une déstabilisation ? Est-ce qu'il y a des enjeux de territoires avec des éducateurs éventuellement avec des psychologues ou d'autres ?

Moi je trouve pas tellement qu'il y ait d'enjeu je trouve que ça s'articule plutôt bien c'est complémentaire puisque je vois on fait des prises en charge multiples pluriprofessionnelles en fonction de la problématique de soin il peut y avoir une prise en charge à la fois psychologique et à la fois infirmière et à la fois éducative tout dépend quel champ on veut travailler à un moment donné il peut y avoir même l'assistante sociale enfin...

Chercheur : Est-ce que c'est ça les zones d'activité partagée ?

Heu non je dirais pas que c'est des zones d'activité partagée moi parce que chaque fois c'est de l'individuel chaque fois

Chercheur : Ah d'accord

Les zones d'activité partagée c'est par exemple alors dans le cadre de la prise en charge du protocole tentative de suicide on reçoit en binôme toujours donc on reçoit le jeune et sa famille à un rythme un protocole sur un an à intervalle régulier et donc c'est deux professionnels de deux catégories différentes qui interviennent dans ce protocole ça peut être un éduc un infirmier un éduc un psycho une assistante sociale un infirmier un psycho alors là à partir du moment où on est en binôme ou en trinôme voilà là on est ...

Chercheur : Alors qui partage quoi et à partir de quelle différence et sur quelles zones ?

.....

Chercheur : Puisque que tu me dis là se sont des zones d'activité partagée et c'est fait avec deux personnes différentes qu'est ce qui nous permet de repérer ces différences ? Y compris pour le consultant ?

je pense que pour le consultant mis à part le fait qu'ils se présentent nominativement et professionnellement donc ils savent en tous cas... qui ... à qui ils ont à faire ça veut pas dire qu'ils se le représentent les consultants ça c'est autre chose ou alors ils se le représentent selon leurs propres critères ça on en sait rien...

Chercheur : ça peut faire l'objet d'une autre recherche mais je pense que nos positionnements identitaires professionnels et nos marquages identitaire sont ceux qu'on donne à voir à la lecture des patients.

bien sur

Chercheur : mais il faudrait aller voir du côté des patients quelles sont leurs représentations y compris dans leurs situations de dépendance et de fragilité par rapport au problème de leur enfant

Oui oui.

Moi je dirai alors par rapport à cet espace temps d'activité partagée on va dire le consultant à mon avis je sais pas trop comment il se représente les choses heu moi pour y avoir participé je vois bien la complémentarité des interventions c'est dire que moi je vais pas intervenir de la même façon que le psychologue ou que l'éducatrice à un moment donné en fait moi je trouve qu'il y a beaucoup de complémentarité dans nos... vraiment... et puis le fait qu'on soit deux ou trois ça laisse le temps de réfléchir pendant qu'un autre intervient ça permet d'avoir une exploration de la problématique assez large sous différents angles de lecture et en tant que professionnel je trouve que chacun reprend bien ses billes quoi hein, ? Dans la façon de questionner dans la façon d'aborder la problématique on voit bien que la question ne va pas être tout à fait la même. Même si on veut explorer la même chose à un moment donné et ça c'est assez complet parce que ça donne comme ça des réponses un petit peu nuancées aux patients et ça permet d'affiner vraiment l'analyse après.

Chercheur : à partir de votre propre vécu professionnel vos propres connaissances aussi ?

oui



Chercheur : alors qu'est ce qui se passe vous l'avez défini comme ça différent pourquoi ?

pour les raisons que je viens de t'expliquer ce système là et pas survenu d'un coup il est survenu après un peu d'expérience et ils ont pensé ce type de la famille c'est pas une thérapie familiale mais il y a un travail familial et c'est cette complémentarité là qui a été pensée et c'est vrai que ça fonctionne pas mal

Chercheur : alors sans pouvoir me donner des critères là comme ça à priori ça n'est pas évident de les donner mais ça marche de façon ça a pas été étudié plus que ça mais en complémentarité ça marche ?

non on a pas étudié

chercheur : A se poser la question comment et pourquoi ça marche sa vaut peut être le coup ?

on y était un peu arrivé là on voulait ...

Chercheur : mais sans pouvoir critériser ou catégoriser les différences en le posant simplement comme ça en matière d'enrichissement vous avez vraiment cette volonté dans l'équipe de le fonder avec deux personnes différentes pas deux psychos ou deux infirmiers vous jouez vraiment cette complémentarité vous arrivez pas à la critériser mais n'il y aurait-il pas un intérêt à aller voir comment ça marche ?

oui

Chercheur : et après quand vous parlez en retour comme ça comment ça se passe de nouveau comment se jouent ces complémentarités ?

elles se jouent pareil parce que chacun amène son éclairage pour une même observation si tant est que c'est la même parce qu'on a une grille de lecture quelque chose qu'on a perçu une phrase à laquelle on a été sensible on va en avoir une lecture ou identique ou pas identique enfin mais de toute façon il y a la place pour la différence ça c'est agréable quand même c'est un élément très important mais ça peut être aussi toi tu l'as vu comme ça moi comme ça et en même temps la réflexion elle est continue et les autres sont là ils entendent ça fait écho et eux se greffent ce qui fait que sans cesse ça enrichit je pense que le travail il se poursuit au delà

Chercheur : il y a la place pour la différence elle est magnifique ta phrase

Quelle phrase ?

Chercheur : il y a la place pour la différence ...est ce que les zones d'activité partagée c'est la place pour la différence ?

oui ben oui

Chercheur : encore faut-il que cette différence elle se joue dans une place commune ?

oui, oui, oui tout à fait, bon au-delà des chipotements que j'évoquais ou des trucs momentanés ça c'est de phénomènes de groupe de toute façon il y a quand même véritablement et la volonté parce que c'est pas parce que on le veut qu'on peut le faire et la place pour la différence je trouve quand même que également il y a du respect pour une parole différente pour une analyse différente suivant ce que l'ont est professionnellement

Chercheur : Est-ce qu'à partir de cette position là psychique professionnelle et personnelle chacun peut-il se trouver en capacité de poser des limites ou des frontières à ne pas se laisser envahir et ce que ça ne rend pas tolérant pour aller respecter une intimité professionnelle est ce qu'ont peut voir

comment les positionnements professionnels se font, reconnu, pour se faire de la place pour la différence ?

Je crois que quand on avait travaillé sur le projet c'était de ça qu'on.. ça se faisait plus ou moins intuitivement et plus ou moins circonstanciellement mais il y a eu cette volonté de réaffirmer ça et individuellement et collectivement l'occasion de le mettre en mot ça avait jamais été mis en mot vraiment collectivement c'est à dire pouvoir dire à l'autre "attends moi j'ai besoin d'exister" pour ce que je suis par rapport à ça j'ai besoin... donc heu...les uns ou les autres peuvent voir des exigences et peuvent le dire aux autres "moi j'ai besoin de ce bureau pour de bonnes raisons dues à l'état du patient" par exemple toujours le même espace pour lui elle à pu quand même le dire elle à pu revendiquer ça collectivement et tout le monde à fait en sorte de lui laisser cet espace là au nom de la clinique très honnêtement au nom de la clinique on peut arriver à négocier pas tout et n'importe quoi m'enfin si c'est justifié cliniquement les revendications qui soient toujours en lien avec la clinique donc elles sont tout à fait entendables là pour reprendre ma casquette de cadre je mettrai en route plein de chose pour, alors là c'est justifié d'avoir des exigences de qualité d'espace