



HAL
open science

La construction identitaire de professionnels du secteur médicosocial formés à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer

Michel Vicq

► **To cite this version:**

Michel Vicq. La construction identitaire de professionnels du secteur médicosocial formés à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer. Travaux & documents, 2013, Interculturalité et dynamique identitaires dans les îles de l'océan Indien, 43, pp.195-205. hal-02186043

HAL Id: hal-02186043

<https://hal.univ-reunion.fr/hal-02186043>

Submitted on 17 Feb 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

La construction identitaire de professionnels du secteur médicosocial formés à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer

MICHEL VICQ
CADRE DE SANTÉ, DOCTORANT (CIRCI)

INTRODUCTION

Nous avons pu, au travers d'une étude de la motivation à se former pour se « spécialiser Alzheimer », mettre en évidence des aspects de la construction identitaire de professionnels dans le champ du secteur médico-social réunionnais.

Au départ de notre étude de recherche (2011), nous nous sommes interrogé sur ce qui pouvait motiver des AMP (Aides Médico Psychologiques) ou des AS (Aide-soignants), à vouloir se spécialiser dans l'accompagnement de patients atteints d'Alzheimer, malgré la terrible réputation de cette maladie qui cristallise notre angoisse d'un vieillissement dramatique.

Cette maladie constitue un enjeu local de santé publique : France Alzheimer Réunion (FAR), Le Plan Régional de Santé Publique (PRSP-2006-08), estiment que le vieillissement pathologique de la population réunionnaise, atteindrait dans les projections les plus favorables 16 000 cas environ pour 2020, ce qui impliquera de tripler les structures d'accueils déjà existantes, mais aussi de former des personnels spécialisés pour accompagner au mieux les patients.

Il s'agit entre autres de former à « l'humanité » selon les préconisations et les moyens alloués à la formation des soignants par le Plan Alzheimer 2008-12.

Au-delà des contraintes extérieures (sociales, institutionnelles et professionnelles) pouvant peser sur la motivation de ces soignants à se former Alzheimer, nous avons subodoré que des aspects de la construction identitaire de ces professionnels agissaient sur leur motivation à la formation : (MIP) pour une motivation extrinsèque, ou (Mip) pour une motivation intrinsèque, mais que la motivation relevait dans tous les cas d'un besoin accru de compétences perçues et de reconnaissance symbolique pour conforter une position identitaire fragilisée par les difficultés spécifiques inhérentes à l'accompagnement des personnes atteintes par la maladie.

Nous avons, dans ce cadre-là, mené une étude qualitative avec questionnaire et entretien d'approfondissement auprès de la population des inscrits à l'EMAP en formation d'ASG (Assistants de Soins en Gériatrie).

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE ET INTERPRÉTATION

Sur un plan théorique, nous pensons avec Philippe Carre, que l'engagement en formation naît de l'interaction entre les processus conatifs du sujet (représentations, projections sur la vieillesse et la maladie) et des contraintes sociales et institutionnelles qui pèsent sur lui et réduisent son autonomie. Nous avons pu mettre en évidence quelques motifs à l'origine du départ en formation des professionnels observés

Pour la plupart ils partent en formation Alzheimer pour échapper ou obéir à des contraintes institutionnelles, structurelles et sociales. Cet engagement correspond à un fort besoin de reconnaissance symbolique.

Alors que l'idée d'une reconnaissance accrue par les collègues et les familles leur semble tout à fait légitime, elle s'avère plus problématique par la hiérarchie.

Le terme « spécialiste » est alors réservé aux médecins, aux paramédicaux : un AMP ou un AS même « ASG spécialisé Alzheimer » doit rester à son niveau, dans le champ médico social, le champ professionnel défini par les textes subit un double cloisonnement horizontal et vertical opéré par niveau hiérarchique, par qualification, par référentiel de compétences et champ d'action des pratiques propre à chaque établissement. Il s'ensuit une restriction du territoire de l'acteur (au sens de Crozier et de Friedberg, 1977) et de son autonomie dans cette relation de subordination.

Les pratiques sont ici prescrites (Taylorisme) donc « contraignantes », très contrôlées par l'institution. S'affirmer « spécialiste » reviendrait pour le professionnel à s'autoriser de disputer une part du pouvoir à son cadre de proximité, au médecin, de participer à l'élaboration de la décision, et non plus d'occuper un simple rang d'exécutant.

Notre professionnel se situe toujours encore plus du côté de l'agent qui exécute que de celui de l'acteur qui interprète sa propre partition (Ardoino, 1994).

UN MOTIF OPÉRATOIRE PROFESSIONNEL

Les pratiques professionnelles du médicosocial se disent : « Centrées sur l'utilisateur, la réduction de ses troubles, la satisfaction de ses besoins, dans le respect de sa dignité, de sa citoyenneté, elles devront faire preuve de leur efficacité, donc être évaluées ».

Avec les patients atteints d'Alzheimer, les pratiques sont mises à mal, par les troubles cognitifs et les troubles du comportement, la variété et l'abondance de la teneur des représentations que nous avons relevées, le désarroi des professionnels.

Comment s'y prendre, quelles activités pour les ramener à la réalité ? Ils perdent la mémoire et la sensibilité, comment parler avec la fille que sa mère ne reconnaît plus et qui souffre, et comment parler avec la mère ?... (AMP).

Alors qu'« être professionnel » (identité professionnelle), c'est agir, soit mobiliser des savoirs, des habiletés, des attitudes, en accord avec les normes et valeurs instituées du contexte, la MA rend le malade étrange, imprévisible, étranger à lui-même. Elle lui rend l'autre anonyme, que ce soit sa propre famille, le professionnel qui s'en occupe, ou l'autre, le patient qu'il côtoie tous les jours...

Ce manque de reconnaissance dans son rôle, dans son identité professionnelle, ne peut-il pas, finalement, conduire à ne pas reconnaître l'autre, le patient, dans son humanité singulière et dans sa « modifiabilité » puis finir par le rendre anonyme ? Amener aussi à ériger la fameuse « *barrière entre « eux » et « nous »* » dont parlent Kitwood (1990), Herkovits (1995), non plus la barrière affective encore légitime mais celle qui résulte d'un sentiment d'inefficacité, voire d'inutilité rendant l'autre finalement responsable, mauvais objet, non éduicable, non soignable :

Je conserve une bonne distance... en faisant une barrière professionnelle, ne pas trop s'attacher, si une Personne Agée m'investit en disant que je lui rappelle sa fille... être là, mais en évitant trop de contacts, trop fréquents, la bonne distance quoi... (AMP)

Ne s'agit-il pas au fond d'une forme de déni, afin de minimiser et de banaliser la rencontre avec l'autre dont le soignant au fond ne sait que faire (Reignier, 2006).

L'implication personnelle n'est plus perçue comme un moyen mais comme une limitation au travail, qui se conçoit alors comme une activité technique. Avec Alzheimer, à quelle activité technique se raccrocher ? Alors il faut partir en formation pour que le « que faire ? » ne devienne « il n'y a rien à faire ! ».

Paradoxalement, la pratique au départ contraignante et prescrite va dériver (dans une sorte de dérive anomique), et à force d'inefficacité et d'inadaptation, laisser à chacun libre cours à l'exercice de ses représentations : chacun agit par des pratiques où la technique semble floue ou entièrement inféodée à l'attitude du professionnel (écoute, maîtrise non verbales, etc.), on pense mieux rassurer le patient en s'adaptant plus ou moins à ses troubles :

Moi j'ai ma façon de faire avec eux, ne pas leur imposer, les écouter, observer ce qui revient par moments, ce qu'elle aimait autrefois, des chansons, des airs murmurés... (AMP)

Ou bien en faisant preuve de créativité et en cherchant dans ses propres ressources culturelles, voire dans sa croyance (nous sommes là vraiment dans le « rôle propre ») :

J'ai lancé le projet « chemin de croix », au deuxième étage, celui des « grabataires »... Je suis croyante catholique, pratiquante... on tisse des liens plus privilégiés entre croyants, ces personnes ont besoin de spiritualité... (AMP).

C'est la preuve d'une grande autonomie décisionnelle dans le jeu de l'acteur co-auteur, qui pour une fois, s'autorise à... Toutefois on peut penser que l'engagement en formation traduise aussi un besoin de normaliser des pratiques professionnelles en référence à des normes plus scientifiques que religieuses.

UNE MOTIVATION PAR DÉSIR DE SAVOIR, DE RÉPARATION OU DE PROJECTION

La motivation est alimentée aussi par un processus implicite, un désir de connaissance, de réparation en relation avec un vécu douloureux, soit de projection en lien avec des représentations anxiogènes liées au vieillissement pathologique.

Un motif épistémique

Ce motif correspond à un besoin de comprendre pour soi, avec une autodétermination importante en lien pour la moitié d'entre eux avec un vécu douloureux.

Un désir épistémophilique se traduisant dans la diversité des représentations individuelles que se font les professionnels en écho aux représentations sociales de la maladie.

Les propos que nous avons recueillis regorgent d'explications et de tentatives de rationalisation de la MA, établis sur un mode descriptif, empreints d'éléments à la fois empruntés au savoir biomédical et profane, mêlés dans un « montage » plus ou moins original et personnel teinté de croyance.

Donc un curieux mélange avec toutefois des thèmes récurrents, parfois contradictoires, connotés de culpabilité, de craintes et de notions pouvant évoquer une sorte de châtiment individuel voire collectif :

A un moment donné ce monde parfait s'arrête, on arrive dans un monde désordonné, c'est l'oubli de l'avant, plus rien n'a de sens... ce n'est pas volontaire, ce n'est pas une fuite, la personne se recherche... Tout le monde peut l'avoir... Ça touche des gens qui avaient une bonne situation... des policiers, des médecins, des banquiers... Ça peut arriver

même à 35 ans... elle est partie en 1 an en enchaînant toutes les phases... (AMP).

En religion créole : « le diab la trappe à li, la mène un bout », pour ces gens qui déambulent, « le Boug là lé hanté... le diab la retourn dessus li, li la trop joué ek sorcellerie... » (AMP).

La maladie est provoquée par le monde d'aujourd'hui, le stress, la vie actuelle... Cette nouvelle maladie, c'est l'évolution de la société en nous même... (AMP).

Pour moi, c'est dû à trop de tracas, la tête qui a trop travaillé (en créole : *ou pense ou pense*)... (AMP).

C'est comme une montre qui s'est arrêtée de tourner ou un disque dur plein qui n'accepterait plus de nouvelles données... Trop de pensées... (AMP).

Ce sont des fantômes, des ombres d'eux-mêmes... Je pense que ces malades ne devraient pas être regroupés, à défiler, déambuler ainsi, comme dans un carrousel, dans ces couloirs... (AMP).

Un besoin de réparation

Ces représentations se nourrissent d'un vécu douloureux survenu dans le passé, le parcours des inscrits est devenu « vocationnel », 60% ont eu une expérience personnelle douloureuse en rapport avec la maladie ou l'accompagnement en fin de vie d'un proche :

J'ai accompagné mon père pendant 4 ans, tout le long de son hospitalisation, jusqu'à la fin il était grabataire, par la suite j'ai voulu devenir aide soignante... (AS).

Je me suis sentie impuissante devant l'agonie et le décès de mon père... c'est arrivé trop vite et trop tôt... ce sentiment d'impuissance, de ne pas savoir ce qu'il faut faire, avec la peur de mal faire... (AMP).

Là aussi le besoin de Savoir est un besoin par la formation d'inscrire dans un ordre langagier symbolique signifiant, un vécu douloureux qui a affecté la personne et son parcours. Pour ces professionnels il faut « symboliser la perte » d'un être cher, dans des circonstances éprouvantes et continuer, effectuer un travail de deuil, la souffrance ne trouve sa résilience que dans l'acceptation du manque, lié à la reconnaissance de la perte.

De ce travail de deuil et de cette pratique d'accompagnement d'un proche ont pu naître, pour certains, un besoin d'« essence » et de se sentir utiles à d'autres, de partager cette expérience et de s'y consacrer, et peut-être de prolonger ce travail en en faisant un métier.

Expérience qui aura, à partir d'un bouleversement des représentations et de l'identité personnelle, engendré les ferments d'une crise identitaire, et aura déjà poussé ces professionnels à se former, à se ré-orienter, voire à se professionnaliser :

C'était comme si mon deuil n'était pas terminé, je suis entrée en questionnements, besoin d'agir... j'ai fait un stage d'AMP avec les personnes âgées... cela m'a permis de mettre un terme à mon deuil, les mots que je n'ai pas pu avoir, je les acquiers maintenant, je suis plus forte pour affronter la mort... (AMP).

Cette crise identitaire et l'anomie qui l'accompagne, est évoquée par le « grand vide » ressenti et exprimé lorsque l'« autre », objet de soins, a subitement disparu, même lorsque l'on s'y attendait et que la pratique des soins prodigués, vecteur de l'amour porté, s'arrête brutalement et que cet arrêt permet d'appréhender la perte :

Après le décès de ma grand-mère, j'ai ressenti un soulagement, mais aussi un grand vide... et le besoin de me consacrer aux autres... (AS).

Alors il faut se réorienter, se former, comme pour retrouver inconsciemment l'être que l'on a perdu, ou se refléter comme « bon » dans la satisfaction visible du patient dont on s'occupe, travailler auprès de personnes âgées et se professionnaliser permet de retrouver un sens réparateur, d'inscrire le malheur dans une signifiante, voire une magnificence :

J'avais, pendant toutes ces années passées auprès de ma grande mère, acquis des compétences relationnelles et techniques, j'ai décidé de faire ma formation d'aide soignante, en 2008, et mon stage en gériatrie a conforté mon désir de me consacrer aux personnes âgées... (AS).

Un besoin de projection

Une bonne partie des propos confirme une certaine crainte, pour soi ou pour ses proches, de la maladie et du placement en institution qu'il entraîne. 60% espèrent mieux vieillir grâce à cette formation.

Comme nous l'avons vu, la thématique de la crainte suscitée par la maladie peut se décomposer en quatre catégories s'articulant autour des thèmes suivants :

- Cette maladie est une énigme en soi, alors que le propre de la science est de comprendre pour prévoir ; avec Alzheimer, on ne sait qui et quand la maladie frappera, tout au plus peut-on dire que le risque augmente pour tous avec l'âge (25% des plus de 65 ans), un peu plus pour les femmes, qui vieillissent plus longtemps.
Pour prévenir la maladie, on peut nous conseiller de faire un peu de sport, d'éviter les abus d'alcool et de graisses, de rester actif, et de faire des mots croisés...
Cela n'est pas trop rassurant, d'autant plus que le doute s'immisce chez certains chercheurs, voilà que la maladie n'existerait peut-être pas, comme une sorte de mirage orchestré dans un tapage politico médiatique traduisant la psychose du vieillissement...
Pourtant les malades sont bel et bien là... cristallisant les angoisses des professionnels devant la dureté des symptômes et qui s'interrogent et se représentent leur propre vieillissement ou celui de leur proches.
- La désorientation et l'angoisse qui touche les patients impressionnent les personnels : « Ca me fait peur, on vit là, dans un univers, on est seul et on a peur de tout ce qui nous entoure, j'ai entendu certains me dire, "j'ai honte de ne plus savoir ouvrir une porte, ou faire cela, devant les enfants, la famille"... (AMP) ».
- « Les vieux sont délaissés en général, et Alzheimer les rend encore plus totalement seuls... pour moi la vieillesse c'est la solitude... tout change à ce moment-là, plus de rôle social, plus de projet de vie, c'est cela qui me fait peur, de ne plus avoir d'espoir... alors se laisser mourir rapidement... (AMP) ».
- « Oui je m'interroge sur mon propre vieillissement, comment serais-je ? Il y aura-t-il des personnes pour bien s'occuper de moi ? Je ne voudrais pas vieillir et mourir en institution... ma grand-mère ? Non je ne veux pas la placer, on est tous d'accord, cela m'affecterait, non, le plus tard possible si on ne peut plus faire autrement... (AS) ».

Au-delà de chaque préoccupation individuelle se pose une question de société : comment serons-nous traités nous les « vieux de demain » ? Dans quel monde vivrons-nous alors, avec quel modèle social ?

Questionnement qui fait écho aux craintes que suscite le délitement du système de protection sociale, du régime des retraites, de la santé, sur fond de mondialisation d'un système libéral sauvage échappant au contrôle des états : spéculation, crises financières, de la dette, appauvrissement des classes moyennes,

autant d'incertitudes en lien avec une représentation peu rassurante de l'avenir collectif solidaire.

Alors si le salut n'est pas collectif, il faut déjà se préparer, faire fructifier son propre capital vieillissement, introduire une logique économique dans sa vie, faire de la vieillesse un état de développement durable... construire son plan « bien vieillir », s'engager en formation pour tenter d'éviter le pire...

Nous sommes dans l'expression d'une motivation sous-tendue par des représentations de soi futures, actualisées dans le présent (socialisation anticipatrice), comme autant d'objets-buts possibles (souhaitables ou à éviter) qui dictent nos choix présents. Donc se former, désirer acquérir des savoir-être et savoir-faire est déjà l'expression d'un choix identitaire personnel.

DISSONANCES IDENTITAIRES ENTRE SOIGNANTS ET ÉDUCATIFS

Notre avons relevé enfin des dissonances identitaires dans les représentations que se font les AMP de leurs pratiques dans un rapport dialectique aux AS, qui trouvera sa résolution par l'apprentissage de nouvelles pratiques communes qui modifieront et transformeront en partie les représentations de chaque sous-groupe en représentations collectives pour certaines situations partagées.

Pour J.-P. Obin (1995), en effet, l'identité professionnelle ne se réduit pas à une identité personnelle, mais s'apparente à une identité collective qui s'ancre dans des représentations et des pratiques qui dépendent elles-mêmes du milieu professionnel...

Sainsaulieu (1977), lui, pose que l'investissement privilégié dans un espace de la reconnaissance identitaire dépend étroitement des relations de pouvoir dans cet espace et de la place occupée par l'individu et son groupe d'appartenance.

Nous avons relevé des divergences dans le rapport à la hiérarchie entre AMP et AS.

Là où l'AS se soumet à la hiérarchie, l'AMP se soumet aussi, mais cela lui pose un problème, car il a besoin de se percevoir comme à la source de ses choix et décisions, d'être plus à l'origine de sa pratique que l'AS qui semble plus se percevoir comme exécutant...

Cela se retrouve dans les pratiques opérationnelles, le groupe AMP se pensant plus axé sur l'accompagnement éducatif et relationnel mais au travers d'activités d'animation alors que le groupe d'AS se perçoit, lui, comme étant plus traditionnellement positionné sur l'approche du soin et de ses techniques.

On peut en penser alors que le rôle propre lié à la part d'initiative et d'incertitude dans l'assignation du rôle est plus importante chez l'AMP. Celui-ci s'octroie des marges de manœuvre plus grandes dans la détermination de son activité, apparaissant comme « plus expert », car plus « masqué » aux yeux d'une

hiérarchie de culture médicalisée (infirmière, médecins, paramédicaux ou cadres administratifs) qui peut se sentir étrangère au domaine de l'éducatif et de l'animation.

L'AMP revendique donc son identité par la spécificité de la place qu'il occupe contre la culture médicale, contre la hiérarchie qui lui est associée, et contre l'AS qui interfère avec lui dans ses pratiques de quotidienneté. En effet C. Dubar (1991) a montré que l'espace de reconnaissance des identités est inséparable des espaces de légitimation des savoirs et des compétences associés aux identités.

L'AMP assure les toilettes et les bains comme les AS, mais n'y met pas les mêmes objectifs, ne met pas en œuvre la même approche et ne définit pas les mêmes priorités, se centrant plus sur le relationnel et ce que la personne peut en apprendre, que sur l'exécution de la tâche.

L'AMP ce n'est pas un Aide Soignant, je travaille sans gants, sauf si c'est vraiment nécessaire, les AS ne quittent jamais leurs gants, la personne âgée c'est aussi de la peau ! Une personne comme nous... (AMP).

Cette rivalité AMP/ AS se retrouve plus exclusivement dans le témoignage des AMP, car leur profession est plus jeune ; il leur faut jouer des coudes et se démarquer des AS, alors que ces derniers n'ont pas de problème identitaire partageant la même culture que leur groupe d'appartenance.

Par exemple ces propos tenus par des AMP :

J'ai lancé le projet « chemin de croix », au deuxième étage, celui des « grabataires »... à ce deuxième étage, selon les cadres on n'a pas besoin d'AMP et je ne suis pas d'accord... à l'issue de ce projet, le cadre a, d'ailleurs, dit qu'il faudrait que les AS sortent aussi du pipi caca... (AMP).

Ici on se démarque de l'AS tout en s'octroyant la reconnaissance symbolique de la hiérarchie, qui opère par une reconnaissance et légitimation de la pratique de l'AMP, contre l'AS.

La revendication de savoir-faire au niveau des activités éducatives ou d'animation par les AMP procède de ce processus de construction identitaire, et nous retrouvons donc ces aspects différentiels des représentations à l'œuvre dans la motivation des deux sous-groupes.

Notons aussi que cette rivalité peut aussi amener les AS à questionner aussi leurs pratiques.

Nous pouvons noter enfin, à travers le propos qui suit, que cette formation d'ASG, à l'instar de formations collectives suivies précédemment par des individus appartenant aux deux catégories AMP et AS, contribuera à recréer les ferments de

« ponts identitaires » par l'acquisition de nouvelles pratiques collectives qui modifieront et transformeront en partie les représentations de chaque sous-groupe en représentations collectives pour certaines situations :

Ecoute, contact, humanitude, pas toujours besoin de mots, le contact, des fois cela suffit, AMP et AS ont des pratiques pas trop différentes ici, car eux aussi ont été formés à l'approche des soins, discussions, geste... (AMP)

Reste à savoir si les AMP ou les AS concernés par de nouvelles affectations sur de nouveaux postes seront embauchés ou leurs fiches de paies réaménagées comme AMP, AS, ou bien ASG.

CONCLUSION

Cette étude nous a permis de dresser un instantané de la motivation de ces professionnels à l'engagement en formation.

Mais aussi de mettre en lumière à travers une démarche de littératie, des aspects importants relevant de la teneur, du jeu et du rôle des représentations qu'ils se font de la maladie et de leurs pratiques, dans la dynamique motivationnelle et identitaire de leurs professions respectives, à partir des champs individuels, professionnels et sociaux.

Un pur besoin de littératie : tous les professionnels en contact avec la maladie « pensent la maladie », se la représentent, et contribuent à la construction d'un savoir professionnel, différent du savoir scientifique et du savoir de sens commun, construit dans le contexte de l'activité professionnelle, il permet aux acteurs de comprendre et d'agir la réalité sur un principe d'économie cognitive.

Cette forme de savoir est d'autant plus développée et mobilisée que les savoirs de référence sont flous, non maîtrisés, ou ignorés.

Toutefois ce savoir trouve sa limite dans son instrumentalisation technique en faveur d'une approche plus relationnelle (humanitude) auprès des patients, comme nous l'avons vu dans la partie consacrée à l'interprétation des pratiques professionnelles (MOP), et est donc par là même implicitement porteur d'une demande de connaissance scientifique accrue.

Nous pouvons donc penser que les professionnels éprouvent un véritable besoin intellectuel d'accroître leurs connaissances de la MA, en acquérant des connaissances scientifiques récentes, dans le souci d'améliorer leurs pratiques professionnelles.

Cette étude nous amène aussi à penser qu'il existerait ou se créeraient des sortes de micro-cultures avec de nouvelles représentations, propres à chaque établissement de part l'exercice des modes de relation, des interactions entre les

représentations dont les individus sont porteurs et des représentations collectives issues des activités prescrites et surtout non prescrites propres à chacun d'eux.

Ces micro-cultures conduiraient à une affirmation identitaire singulière de chaque établissement ou service, avec des motivations spécifiques à l'œuvre dans les pratiques comme dans le désir de formation.

Se pose ensuite le problème de la pertinence d'une élaboration et d'une gestion centralisée de l'offre de formation et de la professionnalisation au sein de l'entreprise médico-sociale au détriment d'une démarche plus participative.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRIC, J. C., 1974, *Pratiques Sociales et représentations*, Paris, Presses Universitaires de France.
- ARDOINO J., LOURAU R., 1994, *Les pédagogies institutionnelles*, Paris, Presses Universitaires de France.
- BLIN, J. F., 1997, *Représentations, Pratiques et Identités Professionnelles*, Paris, L'Harmattan.
- CARRE, P., août 1999, « Pourquoi nous formons nous ? », in *Les Ressorts de la Motivation, Revue mensuelle Sciences Humaines*, 92, Auxerre.
<http://www.scienceshumaines.com/>
- DUBAR, C, 1991, *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin.
- HERSKOVITS, E., *Struggling over subjectivity : debates about the « self » and Alzheimer's disease*. Medical Anthropology Quarterly, 1995, p. 146-164.
<http://www.wiley.com/bw/journal.asp?ref=0745-5194>
- KITWOOD, T., 1990, *The dialectics of dementia : with particular reference to Alzheimer's Disease*. Ageing and Society, 10, p. 177-196.
http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws_home/620198/description#description
- KITWOOD T., BREDIN K., 1992, *Towards a theory of dementia care : personhood and wellbeing*. Ageing and Society, 12, p. 269-287.
http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws_home/620198/description#description
- Loi, Plan Alzheimer 2008-12
www.plan-alzheimer.gouv.fr
- MERAT, MC, oct. 2010, « Et si la maladie d'Alzheimer n'existait pas ? » in *Science et Vie*, 1117, Paris, p. 88-92.
<http://www.science-et-vie.com/>
- OBIN, J.P., 1995, *La face cachée de la formation professionnelle*, Paris, Hachette.
- SAINSAULIEU, R., 1977, *L'identité au travail*, Paris, Presse de la Fondation Nationale des Sciences Politiques.
- Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire (SROS) et Schéma de l'Organisation Sociale et Médicosociale, Plan Régional de Santé Publique (PRSP), 2008-2012, DRASS, ARS.
- VICQ, M., sept. 2011, *Etude de la motivation de professionnels à l'engagement en formation d'Assistants de Soins en Gériatrie Spécialisée Alzheimer à l'île de La Réunion*, Mémoire de M2 RFA, CIRCI, Université de La Réunion.
- WHITEHOUSE, GEORGES, P.J. D., 2010, *Le mythe de la maladie d'Alzheimer. Ce que l'on ne vous dit pas sur ce diagnostic tant redouté*, traduit et préfacé par AC. Juillerat Van der Linden et M. Van der Linden, Solal.