



EHESP

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion : **2008**

Date du Jury : **Septembre 2008**

**TRANSMISSION DES SAVOIRS ET
TUTORAT EN PSYCHIATRIE :
UN DOUBLE ENJEU POUR LE
DIRECTEUR DES SOINS**

Jacky SAUZEAU

Remerciements

Aux infirmiers pour avoir éclairé ce travail et témoigné de leur attachement au métier d'infirmier en psychiatrie et en santé mentale

Aux enseignants et formateurs de l'EHESP pour avoir permis ce travail

Aux collègues directeurs de soins pour avoir orienté le sens du questionnement de ce mémoire

Au directeur des soins et aux cadres de santé du centre hospitalier pour avoir facilité ce travail durant le stage

A une infirmière de secteur psychiatrique pour ses précieux conseils et son accompagnement sans faille

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 CONTEXTE ET CONSTATS	5
1.1 Le tutorat en psychiatrie.....	5
1.2 La formalisation des pratiques soignantes	6
1.3 La transmission des savoirs	7
1.4 Le tutorat et la filiation professionnelle	8
2 METHODOLOGIE	11
2.1 Champ de l'enquête	11
2.1.1 Lieu de la recherche :.....	11
2.1.2 Présentation des professionnels de santé interviewés :	12
2.1.3 Déroulement des entretiens :	12
2.1.4 Limites de l'enquête :.....	13
2.2 Résultats et analyse des entretiens par thème	13
2.2.1 L'entrée dans le dispositif	14
2.2.2 Le sens donné au dispositif.....	14
2.2.3 La relation entre pairs.....	15
2.2.4 Les attentes de cette relation	15
2.2.5 Les savoirs concernés.....	16
2.2.6 Les modalités d'organisation du tutorat.....	17
2.2.7 Les supports utilisés	17
2.2.8 Les situations de travail mises en œuvre	18
2.2.9 Le bilan du dispositif par les acteurs	18
2.2.10 Les améliorations attendues	19
3 COMMENTAIRES	21
3.1 Des cadres initiateurs mais pas accompagnateurs	21
3.2 Un tutorat héritier du compagnonnage	22
3.3 Des savoirs agis personnalisés plus que professionnalisés	23
3.4 Une intégration facilitée	24
3.5 Un dispositif qui profite au tuteur	25
3.6 Synthèse de l'enquête et validation des hypothèses	26

4	LES PRECONISATIONS	29
4.1	Une politique intergénérationnelle	29
4.2	Une professionnalisation du tutorat.....	30
4.3	Des savoirs valorisés et capitalisés	31
4.4	Des pratiques professionnelles reconnues, évaluées et validées	32
	CONCLUSION	35
	BIBLIOGRAPHIE	37
	LISTE DES ANNEXES.....	I

Liste des sigles utilisés

A M I E C : Association des Amis de l'Ecole Internationale d'Enseignement Infirmier
A N F H : Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier
A R S I : Association Recherche en Soins Infirmiers
E H E S P : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
E N S P : Ecole Nationale de Santé Publique
E P P : Evaluation des Pratiques Professionnelles
E P S M : Etablissement Public de Santé Mentale
C N A M : Conservatoire National des Arts et Métiers
C M E : Commission Médicale d'Etablissement
C S I R M T : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
C S S : Cadre supérieur de santé
C T R S I : Conseillère Technique Régionale en Soins Infirmiers
D E I : Diplôme d'Etat d'Infirmier
D E I S P : Diplôme d'Etat d'Infirmier de Secteur Psychiatrique
D I S P : Diplôme d'Infirmier de Secteur Psychiatrique
D H O S : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
D G S : Direction Générale de la Santé
F M C : Formation Médicale Continue
G P M C : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
I D E : Infirmier diplômé d'Etat
I F S I : Institut de Formation en Soins Infirmiers
I N D : Infirmier nouvellement diplômé
I G A S : Inspection Générale des Affaires Sociales
I U F M : Institut Universitaire de Formation des Maîtres
I S P : Infirmier de secteur psychiatrique
H A S : Haute Autorité de Santé
P H : Praticien hospitalier

Introduction

La question de la transmission des savoirs entre maîtres et élèves, entre pairs, entre générations, s'est de tout temps posée. Au cours de l'histoire des métiers, cette transmission a revêtu de multiples formes d'accompagnement, allant du tutorat au coaching actuel en passant par le mentorat ou le compagnonnage. Le monde de la santé n'échappe pas à cette problématique de transmission de savoirs et nous avons tous une dette vis-à-vis de nos aînés, ou du moins de nos pairs, dans l'apprentissage de nos métiers. En effet, le constat peut être fait que dans la formation des professionnels, en particulier dans le domaine de la santé, le savoir théorique ne dit pas tout du réel, et que nombre de savoirs pratiques sont plus construits dans la situation de travail qu'appris dans les livres, ou définis dans des procédures. Ceci notamment du fait que ces savoirs et les compétences qui en découlent, relèvent plus d'une confrontation à une réalité professionnelle, peu transposable sur le plan pédagogique.

A ce titre, les formations en situation de travail ou dites en alternance ont été, dès 1935, largement développées dans le champ de la formation initiale, y compris celles des professionnels de santé, afin d'y faciliter l'apprentissage et l'intégration professionnelle, notamment par le biais du tutorat. Pour autant, ces formations ne relèvent pas d'une relation entre pairs mais plutôt de relations entre professionnels confirmés et novices en cours de formation. Cependant, nous constatons que des dispositifs d'accompagnement favorisant l'intégration professionnelle sont de plus en plus mis en place, quelque soit les métiers exercés, et qu'ils empruntent souvent sous la forme d'un tutorat.

Par ailleurs, la transmission des savoirs au sein des métiers de santé pose aussi la question de leur formalisation et de leur accessibilité au plus grand nombre. Sur ce point, force est de constater que les savoirs pratiques ne sont que très partiellement formalisés, et encore moins les savoirs infirmiers, notamment en psychiatrie. Ceci pour des raisons diverses avec en premier lieu, une forte tradition orale au sein de ces métiers ; et ensuite du fait de savoirs professionnels peu formalisables, car renvoyant à des attitudes, des postures et des apprentissages développés par l'expérience. Pour qualifier ces savoirs pratiques, les vocables « savoir y faire », « coup de patte », « tour de main », « petit tuyau », sont fréquemment utilisés.

Ces problématiques autour de la transmission de savoirs et d'acquisition de compétences, furent au cœur des questions soulevées par la réforme des études infirmières de 1992, pour ce qui concerne l'exercice des soins infirmiers en psychiatrie et santé mentale. C'est à cette question que nous souhaitons nous attacher dans ce travail,

en nous intéressant plus particulièrement à une des modalités voulues par le ministère et mise en œuvre dans le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005/2008, à savoir le tutorat instauré auprès des nouveaux professionnels souhaitant exercer en psychiatrie. L'objectif clairement avoué de ce dispositif était de favoriser la transmission de savoirs entre générations soignantes, tout en améliorant l'intégration et la fidélisation des nouveaux professionnels dans les établissements de soins en santé mentale. A cet objectif, il nous faut rajouter que le secteur d'activité de la santé mentale est confronté comme les autres secteurs à une véritable fuite des connaissances, avec les départs massifs à la retraite des générations d'infirmiers de secteur psychiatrique issus du « baby boom » de l'après guerre. De ce fait, les établissements hospitaliers sont confrontés, et donc les directeurs des soins, à une problématique importante en termes de management intergénérationnel.

De même, la fonction de tuteur renvoie à un statut ambigu qui mérite certainement d'être clarifié, à la lumière des expériences développées dans ce domaine en psychiatrie. En effet, cette fonction qui incombe généralement aux seniors, reste à professionnaliser. Cette perspective pourrait offrir des possibilités d'évolution intéressantes pour les infirmiers engagés dans ce tutorat, tant dans le domaine de la formation initiale que dans l'intégration des nouveaux professionnels.

De plus, en qualité de directeur des soins, il nous semble pertinent d'anticiper le mouvement d'évaluation des pratiques professionnelles paramédicales qui devrait suivre celui des pratiques médicales, engagé avec l'obligation d'une formation médicale continue (FMC) faite aux médecins ; et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) développée dans le cadre de la certification des établissements de santé par la Haute Autorité de Santé (HAS). Cette évaluation suppose pour partie une certaine formalisation des pratiques et la diffusion de référentiels de bonnes pratiques en matière de soins infirmiers ou paramédicaux. Nous constatons que l'exigence professionnelle qui pesait sur les soignants tend à devenir une obligation à se référer à des pratiques basées sur des preuves.

Enfin, les réformes annoncées relatives à la formation initiale des infirmiers avec les référentiels d'activités et de compétences, nous paraissent être une forte incitation à plus de formalisation des soins infirmiers, que ce soit en matière d'enseignement des soins que d'apprentissage des pratiques professionnelles. Dans ce cadre, le raisonnement clinique peut trouver tout son sens en favorisant l'élaboration de chemins cliniques dans le domaine des soins infirmiers et des activités paramédicales.

Pour traiter de ces questions, dans une première partie, nous définirons le contexte de mise en place de ce dispositif d'accompagnement en psychiatrie. Puis, nous soulignerons un certain nombre de constats autour des questions de formalisation et de transmission de savoirs, tout en précisant la notion de tutorat. Un point de terminologie permettra d'éclaircir un certain nombre de concepts utilisés dans ce travail. Ensuite, dans le cadre d'une enquête menée auprès de professionnels exerçants en psychiatrie au sein d'un établissement public de santé mentale (EPSM), nous tenterons de mettre en exergue cette question de la transmission de savoirs entre pairs, notamment en essayant d'approcher la typologie des savoirs en question. De même, nous serons attentifs à comprendre l'apport de la fonction de tuteur dans cette transmission, tout en appréhendant la dimension apprenante d'une situation de travail banale et quotidienne. Pour ce faire, nous nous référerons à certains auteurs dont les travaux permettent d'éclairer les analyses conduites, que se soit dans le champ pédagogique avec le concept d'interaction ou dans le champ de la formation des adultes avec les concepts de compétence ou de savoir ; voire dans le champ sociologique avec les concepts de socialisation et d'acculturation.

Enfin, nous proposerons des pistes de réflexion et d'action au regard des fonctions qui occupent le directeur des soins tant dans le domaine du management, y compris intergénérationnel, de l'organisation du travail, de la gestion des ressources humaines que de la formalisation des savoirs, de la recherche ou de l'évaluation des pratiques professionnelles paramédicales. L'idée poursuivie étant de penser que le directeur des soins a une responsabilité dans cette question de la transmission des savoirs et des pratiques entre les générations de soignants, tout en étant garant de la qualité des soins. Cette qualité attendue suppose à notre avis que ces savoirs puissent être nommés, définis, objectivés et validés, afin notamment de faciliter le partage d'expériences entre les professionnels de santé ou les établissements hospitaliers ; et bien-sûr d'assurer leur enseignement aux générations futures des professionnels de santé mais aussi de permettre une information accessible aux usagers.

Le lecteur trouvera en annexe :

1 : le guide d'entretien

1 Contexte et constats

1.1 Le tutorat en psychiatrie

Le plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005/2008¹ a prévu la mise en place d'un tutorat à destination des nouveaux professionnels exerçant en psychiatrie. Ce dispositif s'ajoute d'une part, à une formation complémentaire post-diplôme à l'usage des nouveaux professionnels, portant consolidation et intégration des savoirs et des pratiques en soins infirmiers, pour l'exercice infirmier en psychiatrie d'une durée de 140 heures² ; et d'autre part, à une formation des tuteurs de trois jours. L'ensemble de ces dispositions devant favoriser l'intégration des nouveaux professionnels dans les établissements psychiatriques.

Ces dispositions font suite à la réforme des études infirmières de 1992, instaurant un diplôme unique au sein de la communauté infirmière, favorisant en cela la polyvalence de l'exercice infirmier. Cependant, un constat partagé par les professionnels de santé, les partenaires sociaux, les usagers et les autorités de tutelle a montré les limites de ce programme commun pour pouvoir exercer en psychiatrie une fois l'obtention du diplôme (Groupe de travail DGS sur « la formation des infirmiers exerçant en psychiatrie – juin 2002/janvier 2004). Aussi, sur la base des recommandations formulées par le groupe de travail évoqué ci-devant, le ministère a décidé d'instaurer pour les nouveaux infirmiers des modalités d'accompagnement spécifiques à l'exercice en psychiatrie dans le cadre du plan Psychiatrie - Santé Mentale précité, à défaut de la création d'une spécialisation infirmière en santé mentale réclamée par certains. Des financements particuliers ont permis l'application de ces dispositions à partir de 2005 pour la formation complémentaire, et une circulaire d'application³ a défini les modalités d'installation du tutorat en janvier 2006 avec l'appui notamment des conseillères techniques régionales en soins infirmiers (CTRSI) et des délégations régionales de l'ANFH.

¹ Plan psychiatrie et santé mentale 2005/2008

² Note de cadrage DGS-SD6C/DHOS-P2 n°234 du 8 juillet 2004

³ Circulaire DHOS/P2/02DGS/6C/2006/21 du 16 janvier 2006

1.2 La formalisation des pratiques soignantes

Aujourd'hui, le constat d'une absence de formalisation écrite des pratiques soignantes paramédicales en psychiatrie peut être fait, cela en dépit d'une littérature abondante émanant de professionnels en psychiatrie, notamment infirmiers. Seules quelques pratiques comme par exemple, l'isolement thérapeutique ou la tenue du dossier patient en psychiatrie ambulatoire, ont fait l'objet de recommandations professionnelles par la Haute Autorité de Santé. A cette absence ou carence de formalisation, il faut ajouter que le contexte d'exercice des soins psychiatriques joue une influence importante sur les pratiques, y compris au sein d'un même service, du fait notamment d'approches conceptuelles et thérapeutiques très diverses. Ce dernier constat rend difficile l'harmonisation des pratiques au sein d'un même établissement. Cependant, cette diversité constitue aussi une richesse dans la prise en charge du patient comme l'a reconnue l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) dans un rapport publié en 2004⁴.

Pour autant, de multiples activités soignantes sont dispensées chaque jour dans les services, tant dans le cadre des activités quotidiennes, des soins ambulatoires que des ateliers thérapeutiques. Cependant, ces pratiques reposant sur des conceptions de soins, des formations spécifiques et des expériences parfois longues, n'ont jamais fait l'objet d'évaluations spécifiques ou de formalisation. Ces dernières auraient permis leur diffusion à tous les professionnels concernés ainsi qu'aux usagers en santé mentale. A ce titre, le débat qui a lieu actuellement sur les enveloppements humides est un bon exemple de cette nécessité de fonder une pratique sur un référentiel validé. De même, il nous semble utile de poser la question de la pertinence des connaissances ou des techniques mobilisées en l'absence d'évaluation. Cette absence de formalisation, qui repose pour beaucoup sur des pratiques orales, devra être comblée dans les années à venir avec l'adresse faite aux professionnels de santé d'évaluer leurs pratiques professionnelles contenue dans la loi du 13 août 2004 ; à laquelle, il convient d'ajouter l'EPP incluse dans la procédure de certification des établissements de santé, depuis le passage à la deuxième itération.

Par ailleurs, la création d'un ordre national des infirmiers par la loi n°2006-1668 du 21 décembre 2006 semble répondre aussi à cette question de la formalisation et de l'évaluation des pratiques professionnelles ; puisque le texte de la loi précise qu'en

⁴ Jourdain-Menninger Danièle, Strohl-Maffesoli Hélène (2003), *Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrants de troubles psychiatriques*, Rapport n° 2004 027, IGAS, p. 10

coordination avec la HAS, l'ordre participe à la diffusion des règles de bonnes pratiques en soins infirmiers et organise l'évaluation de ces pratiques. De même, le Haut Conseil des Professions Paramédicales est invité à participer, en coordination avec la HAS, à la diffusion des recommandations de bonnes pratiques et à la promotion de l'EPP. Cette nécessité de dispenser des soins reposant sur des références formalisées est totalement portée par la HAS comme en témoigne la participation de plusieurs chefs de projet de la HAS au comité éditorial de la revue Soins&Preuves, créée en octobre 2007 et dont l'objectif clairement avoué, est de diffuser auprès des professionnels des pratiques validées par un haut niveau de preuves.

Enfin, la réforme annoncée en matière de formation initiale des infirmiers, nécessitera une formalisation des activités de soins en termes de savoir-faire opérationnels et de connaissances afférentes aux soins, condition indispensable à leur enseignement et à leur transmission.

1.3 La transmission des savoirs

Autour de cette question des savoirs professionnels, la mise en place du tutorat en psychiatrie devait participer à la transmission intergénérationnelle des savoirs et des pratiques. Cependant, comment s'opère cette transmission en l'absence de formalisation ? De même, est-ce que tout est transmissible dans le champ de la relation thérapeutique, engageant la personne du soignant, quelquefois à son insu. Si cela n'est pas le cas, comment sont construits ces savoirs par le sujet, et en quoi l'organisation peut devenir apprenante pour favoriser une telle transmission ou un tel apprentissage. D'autre part, certains auteurs⁵ développent l'idée qu'il existe des savoirs, notamment pratiques ou agis, dénommés aussi « savoirs-y-faire », qui ne se transmettent pas mais qui s'apprennent ou se construisent dans les situations de travail rencontrées ; que ce soit par imitation, par identification au pair ou par assimilation de la bonne pratique. Ces savoirs, nommés savoirs professionnels ou aussi savoirs ouvriers⁶, sont difficiles à transmettre du fait des difficultés que l'on a notamment à les décrire, tant ils paraissent subjectifs voire relever de l'intuitif ou d'une adaptation personnelle des règles en usage.

Aussi, se pose la question de ce qui est à transmettre aux nouveaux professionnels dans le domaine clinique ou thérapeutique en psychiatrie. Car d'une part, les savoirs attendus aujourd'hui sont-ils conformes à ceux utilisés par la génération précédente ; quand on constate l'évolution des prises en charge des patients et la perte progressive des outils de soins forgés autour du travail institutionnel, et de la notion d'équipe thérapeutique. D'autre

⁵ Delbos G- Jorion P, *La transmission des savoirs* p.126

⁶ Gérard Malglaive, *Enseigner à des adultes*, p. 59

part, les travaux actuels sur l'origine des troubles mentaux interrogent les savoirs d'hier, y compris pratiques.

1.4 Le tutorat et la filiation professionnelle

Cette relation entre pairs ou entre experts et novices, a trouvé un nouvel essor avec le développement des formations en alternance. Longtemps basée sur une pratique rappelant le compagnonnage, cette relation s'attachait à transmettre les savoirs en usage avec l'idée que le tuteur constituait un modèle à imiter. Aujourd'hui, selon les auteurs⁷, cette notion évolue autour de l'idée que le tuteur devient plus un facilitateur qu'un modèle, qui permet au nouveau professionnel de se familiariser et de se former au travers d'une expérience, dont il favorise l'assimilation. Nous sommes passés d'un modèle hiérarchisé, vertical, centré sur la reproduction, à un modèle de partenariat, horizontal, favorisant la construction individuelle. Cependant, au sujet de ces savoirs mobilisés par les tuteurs, quelle est la prise de distance de ces derniers avec ces savoirs pratiques, et la possibilité qu'ils ont d'en formaliser le contenu ou d'en abstraire les compétences induites.

Enfin, le tutorat s'inscrit habituellement dans une filiation intergénérationnelle. Or, ce qui précisément caractérise la situation des professionnels infirmiers en psychiatrie, c'est la rupture dans cette filiation depuis 1992 ; tant en matière de formation professionnelle initiale que d'évolution des pratiques. Ceci nous semble important dans la transmission d'un savoir pratique appris au lit du malade et qui relève d'une relation avec le patient.

Ainsi, il paraît évident aujourd'hui, que la transmission des savoirs va devenir un axe fort de la politique de soins et de ressources humaines, et que le tutorat en représente un élément important. Pour le directeur des soins, développer cette fonction en la professionnalisant, c'est permettre l'affirmation de compétences spécifiques en santé mentale, tout en créant une dynamique institutionnelle valorisant le travail des soignants.

De même, cette professionnalisation des tuteurs peut devenir un élément d'une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) des infirmiers, notamment les seniors, offrant ainsi des alternatives aux professionnels intéressés par la clinique plus que par l'encadrement des services ou la formation.

Cette idée de confirmer, voire de professionnaliser cette fonction tutorale, est reprise dans un article⁸ qui ouvre de nombreuses perspectives, confirmant au passage que cette question de la transmission des savoirs « *devient une affaire centrale pour les organisations hospitalières* ». Aussi, le tutorat peut en être un maillon essentiel à la

⁷ Maela Paul, *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*, p.40

⁸ Richard Barthes, 2007-8, « *La formation dans le monde qui vient* », Revue Hospitalière de France, n°517, p.21

condition d'en passer par une formalisation des expériences, et une validation des savoirs par les pairs pour être transmis aux générations futures.

Aussi, trois ans après l'installation de ces dispositions et trois mille professionnels concernés, selon un premier bilan du plan psychiatrie - santé mentale 2005-2008⁹ ; comment mesurer l'impact en terme de transmission de savoirs, tant en matière de connaissance que de savoir-faire, voire de développement personnel, en sachant que le tutorat n'est qu'un élément du transfert d'expérience entre professionnels ? Ensuite, de quelle manière le tutorat a-t-il favorisé l'écriture d'un savoir professionnel ? Enfin, comment faire évoluer cette question de la transmission de savoirs en s'appuyant sur des dispositifs complémentaires, notamment l'analyse des pratiques et la formalisation écrite via notamment l'évaluation des pratiques professionnelles paramédicales ?

C'est pourquoi, au regard de toutes ces interrogations, nous formulerons notre question de départ comme suit : **En quoi le dispositif de tutorat mis en œuvre pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie, apporte-t-il une plus-value dans la transmission des savoirs ?**

En utilisant le terme de plus-value, nous voulons signifier par cette expression, que le tutorat accélérerait le processus de transmission des savoirs par l'accompagnement individualisé et personnalisé du professionnel « tutoré ».

De même, nous souhaitons préciser certains mots-clés relatifs à notre domaine d'investigation :

Savoir : « Enoncé communicable, socialement validé, descriptif ou explicatif d'une réalité, établi et reconnu par et dans une communauté scientifique donnée. Il est disponible dans les ouvrages¹⁰. »

Savoir infirmier : « Ensemble des connaissances élaborées à partir de la pratique infirmière, de certaines disciplines scientifiques et où interviennent des facteurs socioculturels et des valeurs professionnelles¹¹. »

⁹ Premier Bilan Plan Psychiatrie – Santé Mentale 2005-2008,

¹⁰ Richard Wittorski, *De la fabrication des compétences*, p.62

¹¹ René Magnon, *Dictionnaire des soins infirmiers*, p.176

Savoirs pratiques : « Savoir directement issu de l'action, de ses réussites et de ses échecs, de ses contraintes et de ses aléas. Il rend compte de tout ce que la théorie et la formalisation des procédures laissent dans l'ombre¹² »

Art infirmier : « Maîtrise de la pratique des soins infirmiers, fondée sur un ensemble de connaissances élaborées et structurées, de capacités et de moyens, où l'intuition et la créativité du soignant ont leur place¹³ ».

Tutorat : « Relation d'aide entre deux personnes pour l'acquisition des savoir-faire et l'intégration dans le travail visant à rendre le travail formateur et l'organisation intégratrice¹⁴ ».

Compétence : « Prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté¹⁵ »

« Maîtrise d'un savoir-faire opérationnel requis à la réalisation d'activités dans une situation déterminée et qui requière des connaissances¹⁶ »

Pour répondre à cette question de départ, nous poserons les réponses provisoires sous la forme de trois hypothèses, dont il s'agira de vérifier la pertinence au regard de notre enquête menée auprès des professionnels concernés :

- **la position du tuteur dans la situation de travail favorise la filiation professionnelle**
- **les savoirs transmis sont formalisés et disponibles**
- **le tuteur utilise les activités professionnelles comme situations apprenantes**

Notre problématique dans la formulation de ces hypothèses est double, d'une part nous considérons que la formalisation d'un savoir participe de sa transmission et de son enseignement, mais que d'autre part, certains savoirs ne se transmettent pas mais se construisent par l'immersion dans une situation de travail, et dans le cadre d'une interaction avec un pair. En d'autres termes, et selon le propos de Roselyne Orofiamma,¹⁷ « comment faire acquérir des savoirs qui ne se transmettent pas, mais qui sont construits par le sujet, à la faveur des activités qu'il réalise et de l'environnement relationnel ? », et à partir de là, comment capitaliser ou formaliser ces savoirs.

¹² Gérard Malglaive, *op cit*, p.78

¹³ René Magnon, *op cit* p.22

¹⁴ E Savary, *Former et accompagner les tuteurs*, cité par Maela Paul p.36

¹⁵ Philippe Zarifian, *Objectif compétence, Pour une nouvelle logique*, p.65

¹⁶ Richard Barthès, *Cours EHESP 2008 – G P M C*

¹⁷ Roselyne Orofiamma, *Comment transmettre l'art du métier*, p.33

2 Méthodologie

Pour mener notre investigation, nous avons retenu l'entretien comme technique d'enquête. En effet, l'entretien nous paraissait le moyen le plus adapté pour saisir le sens que les tuteurs donnent à leurs actions, tout en appréhendant le point de vue des infirmiers accompagnés, ainsi que les questions soulevées par la nature des savoirs transmis ou en usage.

2.1 Champ de l'enquête

2.1.1 Lieu de la recherche :

Nous avons choisi comme lieu d'enquête un établissement public en santé mentale, engagé dans ce dispositif par son caractère incitatif et réglementaire, mais aussi du fait que cet établissement soit confronté à un véritable défi en matière de renouvellement de ses équipes soignantes. A ce titre, l'établissement en a fait un axe important de son projet social et de son projet de soins. L'établissement en question est un hôpital de référence en matière de soins psychiatriques, tant en ce qui concerne la sécurité où la qualité des soins. Cet établissement d'une capacité de 699 lits et places dessert six secteurs de psychiatrie adultes, deux inter-secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et un service de soins spécialisés concernant une population de 423778 habitants. En matière d'activité, la file active des patients est de 10916 pour 180520 journées réalisées en 2006.

La direction des soins organisée autour du directeur des soins, comprend 46 cadres de santé incluant 7 cadres supérieurs de santé. Un cadre supérieur de santé assiste le directeur des soins sur le deuxième poste non pourvu à ce jour, sur décision conjointe du directeur et du directeur des soins.

Pour ce qui concerne les effectifs, ils s'élèvent à 1235 agents dont 520 infirmiers. Sur cet effectif infirmier, 320 infirmiers relèvent du DEISP ou du DISP et 200 du diplôme d'état consécutif à la réforme de 1992.

Compte tenu de ces particularités, l'établissement s'est engagé pleinement dans ce dispositif d'accompagnement des nouveaux professionnels. A ce jour, 30 infirmiers étaient en capacité d'assurer la fonction de tuteur après avoir suivi le cycle de trois jours de formation destiné aux tuteurs, et 30 étaient en position d'accompagnement avec pour la majorité d'entre eux, une participation au cycle de consolidation des savoirs. Ce projet d'accompagnement, piloté conjointement par les directions des soins et des ressources humaines, faisait l'objet d'un consensus au sein de l'établissement. Les communautés médicale et soignante y apportaient toutes leurs attentions, en témoignent les avis positifs

de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation, et Médico-Techniques (CSIRMT) et de la Commission Médicale d'Établissement (CME) sur le projet proposé. De plus, dans ce projet étaient précisées les modalités d'application, ainsi que les mesures d'évaluation et de suivi. Enfin, une fiche de mission de l'infirmier tuteur indiquait les caractéristiques de cette mission tout en précisant le profil souhaité.

2.1.2 Présentation des professionnels de santé interviewés :

Dix entretiens ont été menés avec trois catégories de professionnels, cinq ont concerné des infirmiers en position de tuteur, trois des infirmiers « tutorés », un avec le cadre supérieur de santé responsable du dispositif à la direction des soins et un avec un médecin psychiatre, membre du groupe de travail sur le tutorat. Des cinq infirmiers interviewés en qualité de tuteurs, trois relevaient du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique (ISP) et deux du diplôme d'état d'infirmier (DEI) polyvalent. Tous les cinq avaient toujours exercé en psychiatrie depuis l'obtention de leur diplôme. De plus, ils avaient tous suivi le cycle de formation relatif aux tuteurs.

Pour ce qui concerne les infirmiers accompagnés, deux étaient nouvellement diplômés (IND) avec moins de deux ans d'ancienneté dans leur diplôme, et n'avaient exercé qu'en psychiatrie. Pour le troisième, diplômé de 2002, il travaillait en psychiatrie depuis 2005. Deux d'entre eux avaient suivi précédemment la formation portant sur la consolidation des savoirs.

Le cadre supérieur de santé (CSS) avait une carrière totalement dédiée à la psychiatrie et ceci dans le même établissement. De même, le médecin psychiatre exerçait dans cet établissement depuis sa nomination de praticien hospitalier (PH).

Par ailleurs, nous avons pu assister aux travaux d'une conférence régionale organisée par l'ANFH. Cette conférence portait sur le bilan de ce dispositif de tutorat dans la région de référence, avec notamment de nombreux témoignages présentés par des professionnels impliqués dans ce dispositif, au sein des six établissements de santé mentale de la région. Ce partage d'expériences régionales entre professionnels a permis d'appréhender des réalités très différentes selon les établissements concernés.

2.1.3 Déroulement des entretiens :

Pour mener à bien les entretiens, deux entretiens exploratoires ont été conduits. Ils ont permis d'améliorer la construction du guide d'entretien notamment dans la formulation des questions et dans l'explicitation des thématiques abordées. Tous les entretiens se sont déroulés dans le cadre de rencontres programmées sur le lieu de travail de chaque agent pour une durée moyenne d'une heure, et dans un lieu adapté à l'échange. L'accord de

chaque professionnel avait été recueilli avant l'entretien. Nous avons choisi la méthode de l'entretien semi-directif, plus propice au développement de la réflexion en nous aidant d'un guide d'entretien (cf annexe 1) précisant la consigne initiale et les questions relatives aux thèmes abordés. Enfin, cette forme d'entretien nous paraissait favoriser l'élaboration d'un climat de confiance, tout en menant un projet plus directif.

Les entretiens menés avec le cadre supérieur de santé et le médecin psychiatre ont fait le choix de questions contenues dans le guide d'entretien, sans exhaustivité pour autant.

Les thèmes abordés au cours des entretiens respectaient une chronologie dans les questions posées. Ces thèmes sont les suivants :

- **Transmission des savoirs et tutorat** avec quatre questions
- **Modalités mises en place** avec trois questions
- **Avantages et limites du tutorat** avec trois questions

Les entretiens faisaient l'objet d'une prise de notes en accord avec les professionnels sur des grilles préalablement établies. Une retranscription de chaque entretien intervenait sitôt l'entretien terminé. La totalité des entretiens a été conduite sur deux jours.

2.1.4 Limites de l'enquête :

Notre enquête trouve ses limites par le fait qu'elle ne porte que sur un établissement concerné par ce dispositif, même si l'objet de notre travail n'était pas de mener une étude comparative entre établissements. De plus, la conférence régionale relative au tutorat organisée par l'ANFH a montré une diversité des approches, peu propice, nous semble-t-il à la comparaison, mais significative dans les contenus recherchés sur les savoirs en usage. De ce fait, notre travail constitue plus une monographie de l'établissement sur cette question du tutorat.

Par ailleurs, le nombre d'entretiens menés constitue aussi une limite à notre enquête. Cependant, les données recueillies permettent de répondre aux hypothèses posées avec une certaine constance dans les réponses apportées, sans parler pour autant d'un seuil de saturation. Enfin nos entretiens ont porté essentiellement sur des services de psychiatrie adultes, seule, le médecin psychiatre rencontré exerçait dans le domaine de la psychiatrie infanto-juvénile.

2.2 Résultats et analyse des entretiens par thème

Nous rappelons que l'objectif poursuivi dans les entretiens était d'appréhender si **la mise en place du tutorat dans les services de psychiatrie pour les nouveaux professionnels, avait favorisé la transmission des savoirs.**

Tous les entretiens ont fait l'objet d'une analyse, d'abord individuelle puis thématique, en nous attachant particulièrement aux deux groupes des infirmiers tuteurs et des infirmiers accompagnés.

2.2.1 L'entrée dans le dispositif

Ce qui peut caractériser les réponses des infirmiers à la consigne initiale, qui portait sur leur entrée dans ce dispositif d'accompagnement, soit en qualité de tuteur ou de « tutoré », c'est que dans sept cas sur huit, cette entrée relevait de l'initiative du cadre de santé de proximité. Pour le dernier cas émanant d'un infirmier « tutoré », cette entrée participe d'une demande personnelle faite au cadre de santé. Dans les réponses formulées n'apparaissait aucune référence à la politique nationale, institutionnelle voire professionnelle. Pour les infirmiers tuteurs, cette initiative du cadre traduisait la reconnaissance de leur valeur professionnelle, qui se conjugait pour certains (ISP) avec la conviction qu'ils avaient quelque chose à transmettre. Pour les deux IDE, apparaissaient une continuité dans leur engagement autour de la formation des stagiaires.

Pour les infirmiers « tutorés », les réponses à l'initiative du cadre sont très différentes. En effet, cette initiative va de la simple proposition à l'obligation formulée à un IND. Ces modes d'entrée auront des impacts très différents en termes d'adhésion ou de rejet du dispositif, qui se feront sentir tout au long des entretiens. La seule initiative personnelle traduit la volonté d'un infirmier « *d'être pris en main par un ISP* », répondant à une demande formulée à la directrice des soins lors de son recrutement « *d'être mis avec des anciens* ».

2.2.2 Le sens donné au dispositif

A cette question, les réponses données par les tuteurs mettent en évidence deux points. Le premier point relève de la transmission de la spécificité des soins psychiatriques, tant au niveau des apprentissages que des connaissances, centré surtout autour des questions de sécurité. Le second point concerne le développement personnel du nouveau professionnel en partant du principe que cite un infirmier, « *l'outil, c'est soi* » et que l'on va amener l'autre à être lui-même pour « *se sentir bien au travail* ». Cet infirmier parle de « *valeur identificatoire* », un autre de guidance.

Pour les infirmiers accompagnés, les réponses diffèrent, l'un attend « *d'être instruit par les vieux* » et d'apprendre les bonnes habitudes ; l'autre, IND, recherche l'expérience du tuteur et en espère une meilleure compréhension des situations difficiles, notamment autour de la violence ou des prises en charge délicates. Le dernier, IND, enrôlé de force

dans ce dispositif, évoque un plan « Orsec » pour la psychiatrie en précisant toutefois que le tuteur n'était pas un modèle, et que « *c'était le pavillon qui formait* ».

Le cadre supérieur de santé, responsable du dispositif parle quant à lui d'un accompagnement de type compagnonnage, destiné à la formation clinique au lit du malade. Il précise que ce dispositif est proposé à l'embauche, bien qu'il lui semble que les IND vivent mal cet accompagnement ainsi que la formation sur la consolidation des savoirs, ceci du fait notamment qu'elle soit dispensée en IFSI, là où certains IND ont suivi leur formation initiale. Le PH interviewé précise que le tutorat est la reconnaissance des difficultés rencontrées par les jeunes professionnels depuis la suppression de la formation des ISP.

2.2.3 La relation entre pairs

Le premier aspect relevé chez les infirmiers tuteurs est l'égalité qu'ils revendiquent dans la relation avec leurs collègues, avec un refus clairement formulé de ne pas évaluer et de ne pas influencer sur la notation du collègue accompagné. Ensuite, trois notions déclinées autour de trois verbes peuvent caractériser cette relation du point de vue des tuteurs. Soutenir avec l'idée d'un étayage, aiguiller avec l'intention de mettre sur la bonne voie et se rencontrer avec l'idée de maternage voire de fusion. Enfin, un dernier point apparaît avec le propos d'un infirmier qui précise que « *cela m'a apporté* » par l'exigence que l'on doit avoir vis-à-vis de soi, et qui a selon lui « *valeur d'exemple* ».

Pour les infirmiers « tutorés », ce qui domine dans le discours, c'est le parcours initiatique. L'un déclare, « *le tuteur est passé par où l'on va passer* », l'autre plus lyrique, parle de « *son tuteur comme d'un virtuose* » affirmant accepter « *d'être jugé par l'ancien* », et de préciser qu'il se considérait « *comme son apprenti infirmier* ». Le troisième dit que ce dispositif « *lui déplaît* », et qu'il ne veut pas être « *tributaire d'une seule personne ou d'une seule vision* ».

Pour le CSS, le tuteur est avant tout un professionnel averti, qui a du recul sur sa pratique et envie de la transmettre. Le tuteur est « *un passeur qui fait réfléchir et qui interroge sa pratique* ».

2.2.4 Les attentes de cette relation

Sur cette question, les infirmiers tuteurs mettent en avant deux aspects, celui de transmettre une pratique en apportant les connaissances acquises au nouveau professionnel ; et celui de faciliter le travail de réflexion sur ce qui est dit ou fait. Apparaissent ainsi dans ces réponses, deux modèles de la fonction de tuteur, un modèle centré sur la connaissance du métier et un modèle organisé autour de l'appropriation par

le sujet de son métier. D'un côté, un passeur, de l'autre, un modèle à reproduire. Un infirmier précise aussi que cela lui a permis de remobiliser ses connaissances sinon d'apprendre.

Pour les infirmiers « tutorés », deux modèles sont présents dans les réponses. L'un précise attendre que le tuteur lui montre comment fonctionne l'unité. L'autre en attend, d'apprendre de l'expérience du tuteur, considérée comme « *source de savoir* ». Le dernier précise ne rien en attendre car il n'était pas demandeur de cette relation.

Pour le CSS, formation complémentaire et tutorat doivent aller ensemble. Il précise, que malgré un conflit de génération, il y a une forte attente des ISP et surtout des psychiatres. Pour le médecin, le tutorat doit permettre au nouveau professionnel dans le cadre d'un dispositif apprenant de prendre la mesure de la clinique chez l'enfant.

2.2.5 Les savoirs concernés

En premier lieu, il convient de noter la diversité du vocabulaire utilisé par les infirmiers tuteurs pour qualifier les savoirs transmis. Les expressions mentionnées tout en étant très imagées restent cependant centrées sur le travail. Dans le discours des infirmiers, il est question des « *petites choses* », « *des petits tuyaux* », de « *l'anodin* », du « *pas palpable* ». Une phrase citée par un infirmier peut résumer toutes ces expressions, « *le tuteur m'apprend ce qui n'est pas écrit dans les livres* ». D'une façon plus élaborée, certains tuteurs parlent de la transmission d'un savoir clinique, d'un savoir « *instinctif* », d'un « *savoir-se-connaître* » et d'un « *savoir-être face au patient* ».

Pour les infirmiers accompagnés, deux notions se dégagent de leur discours. Tout d'abord, celle d'un savoir relatif à l'organisation du service et à la gestion du temps, puis celle d'un savoir permettant d'aborder les situations de soins en observant comment le tuteur prend lui-même en charge la situation concernée. Un infirmier dit que le « *tuteur sait* » et que les patients ont des profils qui se ressemblent. Dans ce dernier cas, il s'agit à l'évidence de reproduire ce que fait le tuteur.

Le CSS évoque des savoirs multiples, clinique autour du symptôme, relationnel avec la distance thérapeutique, un savoir-travailler en équipe autour de la gestion de situations difficiles, un savoir-faire relationnel avec la question des réunions. Le médecin insiste quant à lui sur la nécessité d'en passer par l'écriture du cas clinique pour le nouveau professionnel, avec l'aide du tuteur, et la lecture indispensable des textes théoriques.

2.2.6 Les modalités d'organisation du tutorat

Ces modalités d'organisation sont quasiment aussi variées que le nombre de tuteurs rencontrés. Cette organisation va du dispositif très formalisé par le cadre de santé à un suivi qualifié « *au fil de l'eau* », reposant sur la demande de l'infirmier accompagné.

Une unité propose une organisation autour, d'un binôme de tuteurs, d'une rencontre mensuelle de deux heures avec un tuteur en alternance et le tutoré, d'un travail en roulement avec chacun des tuteurs et d'une rémunération en heures supplémentaires du temps consacré à l'entretien mensuel. Un autre dispositif prévoit une rencontre initiale, destinée à faire l'inventaire des besoins du « tutoré » et à préciser le cadre de la relation, un roulement pour partie avec le nouveau professionnel et des rencontres laissées à l'initiative de ce dernier.

Un infirmier évoque un troisième dispositif avec roulement commun mais sans aucun accompagnement formalisé, tout en se disant disponible pour tout conseil en situation de travail. Enfin, le dernier dispositif qualifié d'être « *au fil de l'eau* » où rien n'est formalisé, ni prévu.

Du côté des infirmiers accompagnés, nous retrouvons les mêmes organisations qu'évoquées par les tuteurs, du dispositif très cadré pour un infirmier qui dit apprécier cette situation, au dispositif passant par la demande informelle qui ne vient jamais, au « *nom sur un truc* » pour un dernier infirmier.

Le CSS rappelle l'exigence formalisée dans le protocole de l'établissement, à savoir un tutorat organisé, soit au niveau du pôle, soit au niveau de l'unité de soins. Pour le reste, tout est laissé à l'initiative des cadres de santé.

2.2.7 Les supports utilisés

L'utilisation de supports écrits ou formalisés n'est pas la règle pour les tuteurs interrogés, qui s'en remettent essentiellement à la demande du « tutoré » et à la tradition orale des métiers de santé. Un seul tuteur évoque l'utilisation d'articles publiés, produits par le psychologue du service et traitant d'études de cas. Cependant, cette utilisation n'a rien de systématique dans l'accompagnement. Un autre tuteur mentionne des articles théoriques sur les soins infirmiers en psychiatrie, reçus et travaillés lors de la formation au tutorat, mais qu'il estime destinés aux tuteurs. Un dernier tuteur parle de publications en réserve mais jamais utilisées à ce jour. De même, les protocoles de soins, les dossiers patients ou les fiches de traitement ne sont évoquées que par un infirmier.

Pour les infirmiers accompagnés, l'un aborde le recours aux procédures en place dans l'unité pour apprendre l'organisation. Un second parle du soutien du médecin dans la compréhension de la situation clinique des patients, tandis que le dernier infirmier tutoré répond « *non* » tout en rajoutant qu'il n'y a pas « *besoin d'en faire plus* ».

Le CSS précise que des supports existent à travers les protocoles de soins qui sont présents dans les services. De même, il souligne que des ressources documentaires sont disponibles au centre de documentation, sans que pour autant n'aient été définies ou indiquées des références sur les soins infirmiers en psychiatrie. Le médecin précise qu'elle oriente toujours vers des lectures théoriques en fonction des cas traités.

2.2.8 Les situations de travail mises en œuvre

Au sujet des situations mises en place, plusieurs éléments sont à noter. Tout d'abord, aucune situation de travail ou de soins n'est organisée spécialement par le tuteur pour conduire cet accompagnement. Ensuite, l'essentiel de cette fonction se fait autour de la vie quotidienne de l'unité de soins, que ce soit dans ce qui relève de l'organisation du travail avec notamment l'apprentissage de la sécurité, ou dans les relations avec les patients avec un intérêt mentionné pour les prises en charge difficiles.

Ce qui caractérise ces situations de travail, c'est qu'elles sont conduites en binôme tuteur/tutoré, sans cependant qu'une définition des rôles soit arrêtée. Cela est présenté par les tuteurs comme une relation entre collègues. Seul un tuteur dit « *regarder et observer de plus loin* » avec une reprise si nécessaire.

Pour les infirmiers accompagnés, deux mentionnent le « faire avec » le tuteur, et l'un de préciser au sujet des entretiens patient menés avec le tuteur, « *je voyais comme elle faisait* ». De même, l'autre de dire « *rester derrière elle* » au moment de l'admission d'un patient, rappelant qu'il était « *son apprenti* ».

2.2.9 Le bilan du dispositif par les acteurs

Dans le bilan fait par les infirmiers tuteurs de leur accompagnement, nous pouvons relever deux points. L'un pointé assez unanimement, est le bénéfice apporté pour l'infirmier accompagné, à son l'intégration jugée plus rapide dans l'équipe, et dans l'appropriation du fonctionnement de l'unité, le rendant ainsi vite « *opérationnel* ». L'autre élément noté est l'apport très positif que cela représente pour le tuteur lui-même. Cet apport apparaît tout d'abord par l'intérêt porté à son travail, notamment par l'interrogation sur sa propre façon de faire et ensuite sur les connaissances remobilisées ou apprises dans cette relation. Certains parlent d'un apprentissage réciproque qui oblige le tuteur de part la responsabilité qui découle de cette fonction.

Un infirmier précise que cela a permis au « tutoré » de comprendre « *le sens de ce qui est fait et donc de choisir en connaissance de cause* ». Un regret mentionné par plusieurs infirmiers, est celui de ne pas se connaître entre tuteurs au sein du même établissement.

Pour les infirmiers accompagnés, ce qui ressort de leur bilan, c'est que pour deux d'entre eux, ils ont été confortés dans leurs pratiques avec le retour des pairs. Cependant, ces

infirmiers tout en valorisant le tutorat, disent attendre plus de présence des tuteurs « *sinon le cadre de santé peut le faire* ». Le troisième infirmier quant à lui, dit n'avoir pas eu d'apport spécifique mais reconnaît cependant que « *le pavillon lui avait appris* ».

Sur un plan plus général, des infirmiers tuteurs, émane la nécessité d'une formation initiale plus attachée à l'enseignement des soins psychiatriques, et leur attente d'une organisation plus soutenue au niveau de l'établissement. Les infirmiers accompagnés quant à eux mettent en avant leur souhait de suivre en parallèle au tutorat, la formation relative à la consolidation des savoirs, et la nécessité pour l'un d'entre eux de revenir à une formation spécifique à l'exercice en psychiatrie.

Pour le CSS, le bilan quantitatif est positif, avec à ce jour soixante professionnels impliqués mais que qualitativement cela demeure très inégal selon les pôles d'activités. Il précise que cela « *marche* » en fonction de l'investissement des cadres de proximité. Il note aussi qu'à son avis, il n'y a pas suffisamment de valorisation institutionnelle de ce qui est fait, et que la dynamique est difficile à mettre en route.

2.2.10 Les améliorations attendues

En termes d'améliorations souhaitées, nous pouvons noter pour les infirmiers tuteurs, trois éléments cités au cours des entretiens. Tout d'abord, un encadrement de proximité plus présent dans la gestion et le suivi de ce dispositif. Ensuite est attendue une implication de la direction des soins au sujet de cette politique. Enfin, des échanges organisés avec les autres tuteurs de l'établissement, pour ne pas se sentir seul et partager les expériences développées, sont demandés. Pour les infirmiers accompagnés, ce qui est évoqué par deux d'entre eux, c'est le fait que « *trop d'anciens sont de nuit* » et qu'il conviendrait « *qu'ils repassent de jour* ».

Le CSS préconise le développement de « *dispositifs apprenants comme les ateliers thérapeutiques, les supervisions, l'infirmier de référence* » qui serait de nature à aider les tuteurs, ainsi que le développement de conférences médicales en interne sur des thématiques précises. Par ailleurs, il fait part de son souhait de réunir les tuteurs et les infirmiers accompagnés dans le cadre d'une journée de travail comme cela était prévu initialement dans le projet ; tout en précisant cependant que cela était fait par la délégation régionale de l'ANFH chaque année depuis la création de ce dispositif et que de nombreux professionnels de l'établissement participaient à ces travaux.

Beaucoup d'éléments retrouvés dans notre enquête peuvent être mis en relation avec les travaux de la journée régionale ANFH¹⁸ destinés à évaluer ce dispositif d'accompagnement à partir d'un retour d'expériences fait par des professionnels. Tout d'abord, la fonction de socialisation du tuteur est reconnue, au sens où ce dernier transmet un tout, composé de savoirs, d'une histoire et d'une culture professionnelle. Ensuite, l'hétérogénéité des organisations est confirmée, rendant impossible toute comparaison.

Par ailleurs, les savoirs-agis transmis portent essentiellement sur les situations à risque, autour de la violence, de la contention et de l'isolement. Il n'y a pas d'évocation précise des soins psychiatriques auxquels concourent les infirmiers. Cette transmission s'opère de façon orale, en l'absence quasi générale de supports écrits. Le modèle du tuteur dominant dans les discours est celui d'un « faire avec » le collègue sans que se soient créées d'organisations particulières. Dans ce cadre, la vie quotidienne plus que les situations de soins formalisées reste la base de l'apprentissage. Enfin la solitude des tuteurs au sein des établissements est mise en avant, ainsi que la difficulté à faire vivre ce dispositif, que ce soit chez les nouveaux professionnels ou chez les anciens qui rebutent à s'engager.

¹⁸Conférence régionale ANFH : Plan psychiatrie et santé mentale 2005 – 2008

3 Commentaires

3.1 Des cadres initiateurs mais pas accompagnateurs

L'enquête réalisée montre le rôle prépondérant des cadres de proximité dans la décision, voire dans la désignation, qui a conduit les infirmiers dans ce dispositif. De ce fait, il nous semble difficile d'affirmer que ces derniers étaient tous volontaires. Pour autant, le choix de la hiérarchie, non refusé au demeurant, est vécu par les tuteurs comme une reconnaissance de leur compétence professionnelle, qui leur donne un statut particulier tant vis-à-vis de leurs collègues que de l'infirmier qu'ils vont accompagner. Cependant, les entretiens avec les tuteurs ont montré que cette fonction les oblige aussi, tant en matière d'exemplarité dans leurs attitudes que dans une remise en question de leurs connaissances. Par contre, nous pouvons constater que la désignation d'office prend des allures de « catastrophe » pour un des nouveaux diplômés, qui rejette avec abnégation tout apport qui pourrait venir du tuteur. Manifestement, nous pouvons considérer que le volontariat devrait être la règle si l'on veut un minimum d'investissement dans cette relation. Pour le tuteur, cette désignation pose une autre question, celle de sa propre autorité vis-à-vis de son métier. Il nous a semblé que celle-ci avait du mal à s'affirmer tant par la modestie des propos que par la position de retrait occupée par certains, attendant la demande du collègue. De même, l'idée que le savoir théorique vienne du médecin ou du psychologue nous paraît significative à cet égard.

Ensuite, nous constatons que le cadre de proximité est peu impliqué dans le suivi de ce dispositif d'accompagnement, et que ceci ne concourt pas toujours à faire vivre ce dernier. A cet effet, l'hétérogénéité des organisations ne nous semble pas être un facteur de cohésion institutionnelle, et renforce à notre avis l'aspect compagnonnage, de collègue entre collègue.

Enfin, cette implication de l'encadrement dans la phase initiale contraste avec l'absence de l'institution dans le discours des professionnels. De ce fait, se pose la question de la communication institutionnelle sur ce dispositif et de la valorisation de cette fonction, notamment en termes de management intergénérationnel.

3.2 Un tutorat héritier du compagnonnage

L'analyse des entretiens souligne de notre point de vue, la prévalence d'une culture du compagnonnage encore bien ancrée dans l'hôpital en question. Cette culture du maître d'apprentissage n'apparaît pas de prime abord dans le discours des tuteurs, qui mettent plutôt en avant une logique de réflexion et de développement du « tutoré ». Pour autant, les questions qui traitaient des modalités d'organisation et des situations de travail renvoient à notre avis, à un apprentissage « sur le tas », basé sur la reproduction des comportements et sur l'exemplarité des tuteurs. En effet, il nous semble que ce qui domine la relation tutorale observée relève d'une logique productive plus que didactique. Or, si l'on se réfère aux travaux sur la compétence tutorale, ces deux logiques doivent coexister. Cela suppose de la part du tuteur de créer des situations permettant la construction des connaissances par l'apprenant. A ce titre, il est nécessaire que le « tuteur sache ce qu'il sait pour pouvoir mieux le transmettre en situation de travail »¹⁹. Cette condition suppose donc l'existence d'un dispositif qui permettra une médiation entre le tuteur et le « tutoré ». Cette idée de médiation renvoie aux écrits de Lev Vigotsky²⁰ qui ont montré l'importance des interactions apprenantes dans la formation des sujets, notamment par la verbalisation de l'activité, permettant le passage de l'action à la conceptualisation.

Dans le constat que nous faisons, nous pensons que la fonction de socialisation du tuteur est satisfaite, notamment par le rôle tenu en qualité d'aîné dans la découverte du milieu. Cependant, la fonction de formation du tuteur, c'est-à-dire de transmission de pratiques, telle qu'elle nous a été donnée, relève plus d'un « faire-faire » ou « d'un faire avec » le « tutoré » sans que les rôles soient bien identifiés, et en prenant les activités quotidiennes comme elles viennent. Dans ce cadre, il apparaît nécessaire que les tuteurs puissent développer des compétences relationnelles, pédagogiques et organisationnelles. Si la première était manifeste, les deux autres nous semblent à travailler, et qu'en ce domaine, l'appui du cadre de santé nous paraît indispensable, de même que la reconnaissance d'un vrai statut pour les tuteurs. Statut, qui à notre avis ne peut reposer que sur la valeur professionnelle de l'agent, mais aussi sur le développement de procédures didactiques au sein des unités de soins, dont la formation n'est pas la vocation première. A ce propos, nous pensons que le discours de l'infirmier qui refuse le tutorat est intéressant, car il met en exergue la valeur pédagogique d'un dispositif quand il précise que c'est le pavillon qui forme, ou qui déforme pourrions-nous rajouter, si celui-ci n'est pas pensé. Cette assertion

¹⁹ Bénédicte Six-Touchard, *Développement de la compétence tutorale*, p.87

²⁰ Lev Vigotsky, *Pensée et langage*

met en évidence ce que certains auteurs ont noté, à savoir que c'est surtout la situation de travail qui est modélisante plus que le modèle professionnel proposé par le tuteur²¹.

3.3 Des savoirs agis personnalisés plus que professionnalisés

Sur la question des savoirs transmis et des supports utilisés, ce qui nous paraît significatif, c'est d'une part, le caractère très subjectif du savoir évoqué, et d'autre part, une absence quasi-totale d'écrits. Pour ce qui concerne la nature du savoir, il ressort des entretiens menés qu'il s'agit de savoirs-agis, voire d'un savoir-agir en certaines circonstances. Ce savoir issu de l'action nous semble autant appris par les « tutorés » en observant leur tuteur, sur sa manière de conduire une situation, que par les conseils qui peuvent être prodigués par les tuteurs lors de situations à risques. Cette question de la sécurité est très présente dans les discours, aussi bien chez les tuteurs que les « tutorés ».

Nous constatons que ce savoir n'est pas objectivé mais qu'il relève de l'expérience du tuteur ; et que cette expérience pour le tuteur ne correspond pas pour autant à un savoir, mais plutôt à des habiletés professionnelles construites par le sujet. Nous retrouvons là cette idée des savoirs ouvriers décrits par Gérard Malglaive²² qui posent la question de la transformation de ces savoirs afin de les rendre accessibles, comme par exemple, dans certaines procédures de soins ou dans ce qui s'appelait une conduite à tenir dans la formation des ISP. Aussi, malgré ce caractère subjectif, il nous semble que ce savoir-agir en certaine situation a été appris par le tuteur, mais que le sujet l'a oublié, tant ce savoir fait corps avec lui. Cet état du savoir, ces « trucs » nous sont apparus très recherchés par les « tutorés », comme autant de réponses qu'il convenait d'emmagasiner, afin de répondre à des situations de travail, autour de la violence en particulier, qui ne manqueraient pas de se produire. Nous retrouvons là aussi, cette idée du compagnonnage et du maître d'apprentissage avec ses gestes qu'il faut apprendre pour les reproduire.

Une autre hypothèse serait de penser comme le suggère Geneviève Delbos et Paul Jorion²³ que ce n'est pas un savoir qui se transmet mais un savoir qui se construit dans une situation donnée à chaque génération, un savoir acquis par familiarisation ou par frayage pour reprendre le terme des auteurs, dans lequel l'identification au tuteur joue un rôle fondamental. Les travaux des auteurs pré-cités tendent à démontrer que c'est le

²¹ Patrice Pelpel, *Les stages de formation*, p.139

²² Gérard Malglaive, *Enseigner à des adultes*, p.59

²³ Geneviève Delbos, Paul Jorion, op cit « ce qui finit par se savoir sans s'être transmis comme savoir, s'est cependant transmis » p.32

travail qui se transmet, car ce que voit le « tuteur », c'est l'infirmier qui travaille et non pas un savoir qui se déroule devant lui.

Ceci rejoint notre questionnement sur la formalisation des savoirs pratiques, condition indispensable à leur transférabilité, notamment dans le cadre de dispositifs apprenants.

L'autre caractéristique de ce savoir-agir, c'est qu'il demeure oral, comme chez les compagnons. L'écrit, quant à lui, semble réservé dans nos rencontres au psychologue du service et aux médecins. Ce constat montre la difficulté à transmettre des savoirs pratiques, qui contrairement aux savoirs théoriques et procéduraux, ne se décrivent pas bien, notamment par le fait qu'ils soient très liés à l'activité. Ces savoirs transitent par la médiation du tuteur, souvent à son insu et dans le cadre d'une interaction verbale. Cet état est représentatif de la culture orale des infirmiers mais se trouve renforcé, à notre avis, par l'absence de situations construites permettant d'identifier les savoirs en question.

De ce fait, les savoirs pratiques accumulés par les infirmiers gardent leurs statuts de connaissances empiriques, à défaut d'être reconnus comme des savoirs institués. Nous pensons là aussi, que le cadre de santé peut avoir un rôle valorisant, qui favoriserait la reconnaissance de ces savoirs. Le moyen devant impérativement passer, de notre point de vue, par la professionnalisation des situations de travail, qui permet de sortir du caractère privé de ces savoirs en leur donnant notamment une dimension collective. A ce titre, l'écriture de cas cliniques ou de plans de soins guidés par les tuteurs, pourrait avoir valeur d'exemple pour les infirmiers accompagnés. Ces éléments constitueraient des savoirs professionnels de référence, fondés sur des situations de travail effectif. De fait, cela permettrait de rompre avec la représentation d'un savoir théorique ou procédural, attaché à la figure des médecins ou des psychologues, tout en affirmant la dimension intellectuelle des soins infirmiers en psychiatrie. Ce point repose la question de l'autorité du professionnel vis-à-vis de son propre savoir qui ne commence, à notre avis, qu'avec la formalisation de ce dernier.

3.4 Une intégration facilitée

Une des vertus du tutorat que nous avons appréhendée, nous semble être de favoriser l'intégration du professionnel accompagné. Ceci est manifeste pour les tuteurs et pour deux des infirmiers accompagnés. Cette intégration repose d'une part, sur la confirmation du choix de l'exercice en psychiatrie par la rencontre d'un professionnel reconnu par ses pairs ; et d'autre part, par l'appropriation des organisations en place, tant au niveau de la vie quotidienne que de la gestion de situations critiques. Dans ces deux cas, la personnalité du tuteur est déterminante en termes de modèle professionnel dans la

gestion des situations et de guide dans la découverte des organisations. Cependant, au-delà de ce caractère facilitateur, les infirmiers « tutorés » attendent plus des tuteurs, notamment sur le plan de la présence au travail le jour plus que la nuit.

Dans cette adaptation, ce qui semble visé par le tuteur et attendu par le tutoré, c'est l'opérationnalité, notamment dans la gestion des situations de violence. Cet aspect de faire ensemble dans des conditions délicates ou de ne pas s'exposer inutilement, est un élément important tant pour l'équipe soignante que pour le nouveau professionnel. Ce dernier point vient, selon notre avis, confirmer la prédominance des savoir-agir individuels ou collectifs, que nous pourrions qualifier d'habiletés du métier pour les premiers et de routines pour les seconds.

Un autre élément est mis en évidence par les infirmiers accompagnés, à savoir une attente relative aux savoirs théoriques qui sont dispensés dans la formation portant consolidation des savoirs. Cette attente met en évidence la dichotomie existante entre les savoirs théoriques et procéduraux qui relèveraient d'un enseignement en institut, et de savoirs pratiques appris dans l'expérience quotidienne.

3.5 Un dispositif qui profite au tuteur

Ce que nous retenons des entretiens avec les tuteurs, c'est la reconnaissance qui en découle auprès du cadre et des pairs. De même, l'attente manifestée à l'égard de la direction des soins et plus généralement de l'institution, nous semble en rapport avec cette reconnaissance. En effet, être tuteur, c'est non seulement voir sa compétence professionnelle reconnue mais aussi son comportement apprécié par la communauté soignante, tous métiers confondus. Ceci constitue à nos yeux un premier élément de gratification, certes symbolique, mais qui compte beaucoup pour le professionnel accompagné, car cela signifie que le tuteur a un lien avec la hiérarchie et qu'il est considéré comme un modèle d'excellence. Au-delà de cette reconnaissance sociale, ce qui est mis en évidence par les tuteurs, c'est que cet engagement leur a permis de mobiliser leurs connaissances, de partager avec le tutoré leurs expériences et d'une certaine façon de s'intéresser à leur travail. Cependant, il ressort aussi des modes d'organisation de cette fonction au sein des services, des positionnements ambigus qui renvoient selon nous au statut précaire du tuteur au sein de l'institution. En effet, la fonction tutorale nous semble devoir être exercée dans le cadre d'un management intergénérationnel formalisé. Ce management doit permettre d'accorder toute la place qu'il convient aux tuteurs, tant sur le plan de la fonction que de la formation nécessaire, notamment dans le domaine de la transmission des savoirs. Nous pouvons considérer qu'être tuteur n'est pas un métier mais que cela exige cependant des compétences

spécifiques, qui ne peuvent reposer que sur l'art du métier. A ce titre, nous pensons que la multiplicité des modes d'organisation observés et l'absence de liens entre tuteurs du même établissement, ne favorisent pas le développement d'une fonction tutorale harmonisée, laquelle à notre avis ne peut dépendre que de la bonne volonté d'un professionnel et la demande d'un autre. Cette question du statut des tuteurs a été au centre des débats organisés lors de la journée ANFH relative au tutorat en psychiatrie²⁴.

En effet aujourd'hui se pose la question de la pérennisation de ce dispositif au sein des établissements publics de santé mentale, notamment au regard des difficultés rencontrées dans plusieurs établissements, par l'absence de volontaires tant au niveau des tuteurs que des nouveaux professionnels. A ce titre, il nous semble qu'une volonté politique affirmée dans un projet d'établissement est une condition nécessaire et indispensable.

Cependant, nous pouvons considérer que le tutorat profite aux tuteurs et qu'il constitue un excellent dispositif permettant de maintenir un haut niveau de qualification professionnelle.

3.6 Synthèse de l'enquête et validation des hypothèses

Au terme de cette analyse, nous pouvons écrire que le tutorat observé au sein de l'établissement, participe au développement d'une identité soignante en psychiatrie, notamment par la confirmation des choix effectués par les nouveaux professionnels venus en psychiatrie. La réalisation de cette fonction de tuteur relève plus d'un accompagnement de type compagnonique que d'une fonction tutorale organisée et structurée autour de dispositifs apprenants et de compétences spécifiques en pédagogie. Pour ce qui concerne les savoirs transmis, ils relèvent surtout de savoir-faire transmis ou appris dans les situations de travail rencontrées au quotidien, avec une prévalence pour tout ce qui concerne la sécurité et la gestion des situations critiques. Ces savoirs ne font pas l'objet de formalisations précises et ils sont attachés à la personne du tuteur. Cependant, ces savoir-agir participent aussi d'un apprentissage d'une clinique psychiatrique basée plus sur l'observation des patients que sur l'étude de cas cliniques. L'objectif qu'il nous a semblé percevoir dans cette fonction était de rendre opérationnel le nouveau professionnel dans le cadre d'un travail en équipe, reposant sur la cohésion de ses membres. Par ailleurs, nous pouvons noter l'apport positif de cette fonction pour le tuteur lui-même, avec un attachement certain à l'art de son métier au sens du bel ouvrage du compagnon, mais avec cependant une attente de reconnaissance institutionnelle.

²⁴ Conférence régionale ANFH : Plan psychiatrie et santé mentale 2005 – 2008

Toutes ces considérations nous amènent à reprendre les hypothèses posées initialement dans ce travail et d'en discuter la pertinence.

- **Hypothèse n°1 : la position du tuteur dans la situation de travail favorise la filiation professionnelle** : Nous considérons que cette hypothèse est validée, car nous pensons que d'une part, l'identité professionnelle du tuteur est renforcée sur le plan de l'exercice psychiatrique, et que d'autre part, le choix du nouveau professionnel est confirmé par ce dispositif. De même, les modalités d'accompagnement centrées sur les situations de travail tendent à présenter le tuteur comme un modèle professionnel, qui favoriserait cependant moins la transmission des savoirs que la relève d'une génération soignante.
- **Hypothèse n°2 : les savoirs transmis sont formalisés et disponibles** : Cette hypothèse nous paraît être infirmée en l'absence de supports existants et avec la prévalence des savoirs pratiques plus appris au contact du tuteur, que transmis par lui-même. Les savoirs pratiques en question apparaissent comme des « savoir-y-faire » singuliers permettant à l'apprenant de disposer d'instruments opératoires lui permettant d'agir en situation.
- **Hypothèse n°3 : le tuteur utilise les activités professionnelles comme des situations apprenantes** : Nous serions tentés d'infirmar cette hypothèse devant l'absence de situations didactiques construites à des fins d'apprentissage par le tuteur. Cependant, l'enquête a montré que les activités professionnelles étaient au cœur de l'accompagnement du nouveau professionnel, mais beaucoup plus dans le cadre d'un compagnonnage que d'un tutorat fondé sur une réelle compétence pédagogique. A ce titre, nous admettrons qu'elle soit partiellement validée.

Compte tenu de nos conclusions, nous nous proposons d'envisager un certain nombre de préconisations susceptibles d'améliorer ce dispositif d'accompagnement sur un plan dépassant le cadre de l'établissement observé, mais le concernant aussi et, plus attaché à la fonction du directeur des soins d'un établissement centré sur l'exercice des soins en psychiatrie. Ces préconisations s'appliqueront à montrer que la transmission des savoirs, constitue un enjeu essentiel des pratiques managériales à l'hôpital, pour lequel la principale ressource demeure l'humain. Dans ce cadre, le tutorat doit pouvoir trouver toute sa place, laquelle nous semble découler de trois éléments, la capitalisation des

savoirs, la professionnalisation du tutorat et la reconnaissance des tuteurs au sein de l'institution, reconnaissance essentielle à nos yeux comme à d'autres²⁵.

²⁵ Bertrand Schwartz, *La transmission entre les générations*, p.228 « Le tuteur doit, avant tout, chercher des situations de travail qualifiantes (par une organisation qualifiante) et, pour ce faire, former le tuteur est certes utile mais le reconnaître l'est encore plus ».

4 Les préconisations

4.1 Une politique intergénérationnelle

Si la transmission des savoirs devient un enjeu important dans les hôpitaux, elle relèvera d'une politique intergénérationnelle impliquant l'ensemble des acteurs, avec au premier rang ses dirigeants. Cette politique, inscrite dans le projet d'établissement, pourra se décliner autant au niveau du projet social que du projet médico-soignant. Pour le projet social, l'enjeu serait de s'engager dans une GPMC afin de faire face aux mobilités incessantes des agents en tentant de les fidéliser ; mais aussi d'assurer aux seniors de pouvoir évoluer dans leur carrière quand ils ne sont plus en capacité d'assurer certaines charges de leur fonction ou qu'ils veulent développer des compétences cliniques. Pour ce qui relève des soignants, du directeur des soins et des médecins, il nous semble intéressant d'évoluer de concert tant les problématiques de transmission de savoirs apparaissent communes chez les futurs professionnels. A ce titre, nous pensons qu'il est nécessaire qu'une politique de soins en santé mentale soit clairement énoncée dans le projet médico-soignant, montrant par là-même la spécificité des soins qui en découle. Au-delà des courants de pensée qui peuvent s'affronter au sein des communautés soignantes, l'affirmation de certains principes participerait à la reconnaissance de dispositifs soignants nécessitant des compétences spécifiques, ce que chacun veut bien reconnaître à la psychiatrie aujourd'hui. Ensuite, l'engagement de l'établissement dans cette politique trouvera tout son sens, dès lors que les mesures financières qui accompagnaient ces mesures seront réduites voire supprimées.

En second lieu, cette affirmation permettrait selon nous, à l'encadrement de proximité de jouer tout son rôle dans la valorisation des savoirs. Si les soignants sont au cœur du métier, les cadres de santé sont au cœur du problème pour favoriser ce mouvement de transformation de savoirs empiriques accumulés en savoirs capitalisés, devenus légitimes et utilisables par tous. Pour ce faire, la volonté politique et l'exigence professionnelle leurs sont nécessaires sous peine de trouver un encadrement de proximité concerné certes, mais pas impliqué. Pour le cadre, cela demande de pouvoir recourir à des outils comme par exemple, un référentiel de compétences infirmières en psychiatrie élaboré à partir de situations clés, et reconnu par l'ensemble de la communauté professionnelle. Par ailleurs, cela exige aussi du cadre de conduire des analyses sur les situations de travail rencontrées par les nouveaux professionnels afin d'en extraire des éléments de savoirs. Le cadre viendrait ainsi en appui du tuteur, tout en étant garant du dispositif d'accompagnement et de la qualité des soins, via les organisations de soins en place.

4.2 Une professionnalisation du tutorat

En usant de ce terme de professionnalisation, nous n'avons pas la prétention de créer un nouveau métier, mais simplement d'en attendre une juste reconnaissance, afin de lui donner toute la dimension qu'il mérite au regard des enjeux en cours. En effet, le tutorat nous semble devoir être appréhendé comme une médiation dans l'apprentissage du métier, dans l'intégration des nouveaux professionnels dans une communauté soignante et dans la fidélisation au sein de l'établissement. Cela suppose de notre point de vue, que les tuteurs soient reconnus et légitimés dans leur rôle.

Le premier élément qui en découle concerne la formation du tuteur afin de disposer de la compétence qui favorisera le transfert de savoirs. Tout d'abord, identifier les savoirs mobilisés, ce qui nécessite d'en passer par une théorisation de son expérience afin de l'objectiver. Pour cela, des modalités comme l'analyse des pratiques, l'auto-analyse du travail, les groupes métiers peuvent favoriser cette émergence des savoirs en question et l'identification des savoir-faire essentiels en psychiatrie. Ensuite, une formation à la didactique des apprentissages nous paraît utile, notamment pour organiser la relation avec le nouveau professionnel ou le stagiaire. En effet, nous pensons que le tuteur met en scène des situations de soins, de travail dans lesquelles il va permettre au débutant de se construire. Ce travail qui constitue pour le tuteur une contrainte didactique²⁶, demande une formation spécifique à organiser pour les tuteurs d'un même établissement en recourant à des organismes compétents comme par exemple, le Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM) ou les Instituts Universitaires de Formation des Maîtres (IUFM).

Un autre élément de nature à favoriser le travail et la reconnaissance des tuteurs consisterait à élaborer par la direction des soins, un référentiel de compétences propre aux tuteurs, qui constituerait un élément d'aide à la décision dans le choix de ces derniers.

Par ailleurs, la création d'un groupe d'accompagnement du tutorat au sein de l'établissement nous semble utile. Placé sous la responsabilité du directeur des soins, il devrait d'abord favoriser le partage d'expériences entre tuteurs tout en contribuant à faire vivre cette fonction, notamment en direction des instituts de formations. L'idée étant qu'être tuteur, c'est aller vers l'expertise professionnelle.

²⁶ Bénédicte Six-Touchard, *Développement de la compétence tutorale par l'auto-analyse du travail*, p.91

Pour ce qui concerne l'organisation du tutorat au sein d'un établissement, nos investigations ont montré qu'il en existait de multiples sans savoir pour autant s'il existait une bonne organisation. Néanmoins, nous pensons qu'il est nécessaire d'arrêter une organisation formelle limitant les effets individuels comme notre enquête a pu le montrer. Dans ce cadre, ce que nous considérons, c'est que le tuteur doit disposer d'un temps réel alloué à sa mission dans le cadre d'un engagement formalisé, suffisant long pour permettre un travail tout en évitant l'usure de la fonction.

Ces éléments pourraient être de nature à motiver certains anciens passés de nuit à revenir de jour avant de quitter le métier. La question du temps consacré à cette fonction est importante. Dans ce cadre, nous pensons que des aménagements de poste pourraient être envisagés, permettant ainsi de maintenir un lien avec les pratiques soignantes tout en disposant d'un temps planifié consacré à la transmission des savoirs, tant pour les nouveaux professionnels que pour les étudiants en formation. De même, cela favoriserait les écrits professionnels individuels ou collectifs qui participent directement de la formalisation de l'expérience professionnelle.

4.3 Des savoirs valorisés et capitalisés

Toute la problématique des savoirs détenus par les tuteurs reste leur formalisation dans un dire ou un écrire, afin que ceux-ci ne relèvent pas que d'une expérience singulière. Pour cela, des dispositions peuvent être mises en place afin de favoriser notamment le passage à l'écriture. A ce titre, il nous semble utile que les organisations de soins soient définies dans le cadre des projets d'unités de soins. Décrire les activités de soins, c'est pour le moins préciser les compétences requises et donc les savoirs nécessaires à leur dispensation. Cela permet aussi de visiter les concepts qui sous-tendent ces pratiques. Il en va ainsi de tous les actes soignants réalisés dans le cadre des ateliers thérapeutiques, organisations apprenantes par excellence. Ensuite, il paraît opportun de définir une politique de réunions en santé mentale afin d'en retrouver les vertus apprenantes, tant dans le domaine de la clinique psychiatrique que du travail institutionnel. Par exemple, les réunions de synthèse permettent d'apprendre par la pluralité des savoirs mis en acte autour d'un cas de patient. Dans ce cadre, la prise de notes permet de tracer la chronologie des soins attachés à la prise en charge, produisant le récit d'une histoire partagée. De même, la généralisation des supervisions constitue un élément de développement d'un savoir sur soi à partir de la relation au patient.

Par ailleurs, une méthode comme l'analyse des pratiques favorise l'expression des savoirs agis et en facilite ainsi la transmission. A ce titre, l'expérience menée à l'hôpital Maison Blanche²⁷ avec le concours du CNAM est exemplaire, mettant en exergue les savoirs infirmiers en psychiatrie construits souvent dans la banalité du quotidien. Ce que nous en retenons, c'est l'objectivation d'un savoir par le récit, ce qui n'est pas sans évoquer l'ouvrage précurseur d'André Roumieux²⁸, premier infirmier psychiatrique écrivain. Ce travail sur les récits de pratiques favorise l'accès à des savoirs construits par les infirmiers et les rend communicables aux autres, en y ajoutant une touche très personnelle caractéristique du travail en psychiatrie. Dans ce domaine, il nous appartient en qualité de directeur des soins de promouvoir les écrits professionnels rendant compte des pratiques soignantes, que ce soit à des fins de publication dans les revues professionnelles ou bien au titre de recherches actions ou de valorisation des pratiques.

D'autre part, l'organisation de groupes de réflexion ou de « débriefings » par les cadres de proximité sur des situations critiques survenues dans l'unité, permet de mettre en avant les savoirs implicites ayant fonctionnés dans le traitement de ces situations. Cela est à mettre en rapport avec les méthodes basées sur l'analyse des dysfonctionnements et reprises largement dans le domaine des organisations apprenantes, et qui partent du principe que l'on peut « apprendre de l'instabilité »²⁹. Toujours dans ce domaine, les modèles de la routine et des règles du métier sont susceptibles de mettre en forme les expériences professionnelles. Ces modèles s'appuient sur les équipes en place et les tuteurs peuvent en assurer la guidance.

Enfin, la construction par les tuteurs et les professionnels de santé de plans de soins guide, ou de protocoles de soins d'urgence et à risque, est de nature à objectiver les savoirs agis construits par les tuteurs.

4.4 Des pratiques professionnelles reconnues, évaluées et validées

Ecrire et décrire les pratiques professionnelles constituent des moyens au service de la transmission des savoirs. A ce titre, sous l'égide de la CSIRMT, le directeur des soins engagera un mouvement s'inscrivant dans l'EPP telle qu'elle est attendue par la HAS, en se polarisant sur les pratiques paramédicales. Les outils existent et ils sont disponibles, même s'ils demandent certains accompagnements. Cependant, à ce jour, il n'y a pas réellement de référentiels de soins infirmiers ou d'activités paramédicales permettant de

²⁷ Roselyne Orofianna, op cit

²⁸ André Roumieux, *Je travaille à l'asile d'aliénés*

²⁹ Philippe Zarifian, *L'organisation apprenante et formes de l'expérience*, p.12

se comparer. Ce constat nous est profitable car des initiatives locales peuvent permettre l'élaboration de bonnes pratiques en matière de soins psychiatriques.

Cela concerne tout le domaine des ateliers thérapeutiques, les techniques de soins spécifiques ainsi que certaines pratiques psychothérapeutiques. Dans ce cadre, des groupes de travail émanant de la CSIRMT, de part son obédience professionnelle et la légitimité de ses membres, s'attacheront, à formaliser à partir d'un programme annuel défini, et à construire des référentiels de bonnes pratiques, qui seront soumis à l'avis de la commission. Ces référentiels préciseront les savoirs en usage dans ces activités, qu'ils soient théoriques ou pratiques, afin de rendre compte du pourquoi on le fait et comment on le fait.

De même, le travail en ambulatoire ou avec les familles pourra faire l'objet d'une définition de bonnes pratiques. Dans ce domaine, les tuteurs pourront être associés en qualité d'infirmiers experts en soins à ces groupes de travail, autre élément en faveur de leur professionnalisation. La question de la validation de ces référentiels par des sociétés savantes se posera inévitablement, d'autant plus dans le contexte des soins psychiatriques, très riche en écoles de pensée. Cela ne constitue pas à nos yeux un obstacle car en tant que professionnels, nous devons rendre compte de ce que nous faisons. De plus, ces EPP paramédicales pourront être valorisées par l'établissement dans le cadre de la procédure de certification obligatoire pour les établissements de santé.

Un autre élément peut nous aider dans la formalisation des savoirs avec la recherche en soins infirmiers, qui tend à se développer au contact d'associations comme par exemple l'Association de Recherche en Soins Infirmiers (ARSI) qui revendique le statut de société savante. Dans ce domaine, de nombreux travaux pourront être conduits, y compris à partir de la vie quotidienne. A titre d'exemple, il nous a été possible d'assister à la présentation d'une recherche portant sur le choix du pronom d'adresse dans la relation de soins. Travail remarquable mené par un collectif soignant, guidé par un ISP docteur en sociologie, ressource inestimable pour un hôpital. Ce travail produit un savoir sur les relations avec les soignants de nature à éclairer l'ensemble des professionnels, tout en valorisant les professionnels qui l'ont mené. Bien sûr, guider un travail de recherche n'est pas donné à quiconque, mais là aussi des investissements peuvent être faits dans le cadre de la formation continue, surtout s'ils produisent une intelligence collective.

En termes de domaines d'investigation, l'éducation thérapeutique, l'observance médicamenteuse, l'information du patient sont largement ouvertes à ce domaine de la recherche.

L'intérêt des EPP et de la recherche est de mettre à disposition de l'ensemble des professionnels de santé d'un établissement ou d'un autre, les savoirs utilisés. Cela pour éviter que chaque équipe recommence tout quand elle veut mettre en place un dispositif particulier, et lui apporter la garantie que les savoirs en usage répondent à des bonnes pratiques, validées par les pairs. En écrivant cela, nous pensons que ces initiatives peuvent favoriser la créativité et l'innovation dans les pratiques professionnelles.

Conclusion

Au terme de ce travail sur la transmission du savoir dans le cadre du tutorat instauré en psychiatrie, il nous a été permis de saisir les problématiques sous-tendues par ces questions, tout en mesurant les enjeux qu'elles recouvraient tant pour les professionnels que les établissements. En effet, dans les organisations humaines que constituent les hôpitaux, les savoirs détenus par les professionnels en sont la première richesse, sans laquelle, il n'y a ni sécurité, ni qualité dans les soins apportés aux patients. Aussi, dans un contexte de plus en plus contraint et qui évolue de plus en plus vite, il incombe aux établissements de santé de valoriser et de capitaliser les savoirs. Cela en est d'autant plus vrai en psychiatrie puisque le plateau technique n'est composé quasiment que de professionnels de santé, hautement qualifiés pour certains. Par ailleurs, le renouvellement des générations devient massif dans les établissements de santé mentale, et il convient d'assurer le transfert des savoirs sur un fond de rupture générationnelle consécutive à la réforme des études infirmières de 1992. Pour ce faire, un tutorat et une consolidation des savoirs en psychiatrie ont été mis en place par les pouvoirs publics et mis en œuvre par les hôpitaux concernés. Cependant, transférer des savoirs ne peut relever que de la volonté politique. Cela demande aussi de rendre nos organisations apprenantes en s'appuyant sur les hommes qui la composent. Aussi, il nous appartient en tant que directeur des métiers du soin de favoriser ce mouvement de transmission de savoirs, en prenant des initiatives relevant parfois de la politique d'établissement, du management des cadres et des soignants, voire de l'organisation des soins.

Par ailleurs, nous avons montré la complexité des savoirs pratiques, qui s'apprennent souvent sans se transmettre dans des relations de travail évoquant le compagnonnage d'hier, et qu'il convient cependant de saisir sous peine de les voir disparaître au fur et à mesure des départs à la retraite de nos seniors. Pour ce faire, nous pouvons nous appuyer sur les outils développés par d'autres secteurs de production ayant permis d'asseoir la compétence des tuteurs, notamment sur le plan didactique. De même, plusieurs dispositifs permettent d'objectiver ces savoirs et de les rendre disponibles aux générations futures. Dans ce travail de valorisation des savoirs, le rôle des cadres de proximité est essentiel pour capitaliser les savoirs construits par les soignants.

Pour conclure, nous réaffirmerons la place irremplaçable des seniors et des tuteurs dans la transmission des savoirs entre générations de soignants et la construction de l'identité professionnelle des débutants, qui reposent pour certains sur « l'amour du métier », sans oublier pour autant ce que nous devons au patient dans la construction de notre savoir.

Bibliographie

Textes réglementaires

Circulaire DHOS/P2 n°253 du 3 juin 2004 *relative aux orientations et axes de formation prioritaires, à caractère pluriannuel concernant l'ensemble des fonctionnaires des établissements relevant de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant statut général de la fonction publique hospitalière*

Note de cadrage DGS-SD6C/DHOS-P2 n°234 du 8 juillet 2004 *relative à la mise en place d'un dispositif régional d'appui à la conception et à la mise en œuvre de la formation hospitalière prioritaire visant « la consolidation et intégration des savoirs et des pratiques en soins pour l'exercice infirmier en psychiatrie ».*

Circulaire DHOS/P2 du 30 mai 2005 *relative aux orientations et axes de formation prioritaires, à caractère pluriannuel concernant l'ensemble des fonctionnaires des établissements relevant de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant statut général de la fonction publique*

Circulaire DHOS/P2/02DGS/6C/2006/21 du 16 janvier 2006 *relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie*

Ouvrages

CIFALI Mireille, Alain ANDRE, 2007, « *Ecrire l'expérience. Vers la reconnaissance des pratiques professionnelles* », Paris, P U F, 387 p.

DELBOS Geneviève, JORION Paul, 1990, *La transmission des savoirs*, Paris : Editions de la Maison des sciences de l'homme, 306 p.

MAGNON René, DECHANOZ Geneviève, 1995, *Dictionnaire des soins infirmiers*, Editions AMIEC, 370 p.

MALGLAIVE Gérard, 1993, *Enseigner à des adultes*, Paris : PUF, 284 p.

OROFIAMMA Roselyne, 2006, *Etre là, être avec. Les savoirs infirmiers en psychiatrie*, Paris, Editions Education Permanente, 202 p.

PAUL Maëla, 2004, *L'accompagnement : Une Posture Professionnelle Spécifique*, Paris : Editions L'Harmattan, 352 p.

ROUMIEUX André, 1974, *Je travaille à l'asile d'aliénés*, Paris, Editions Champ Libre, 313 p

PELPEL Patrice, 1989, *Les stages de Formation*, Paris, Editions Bordas, 199 p.

SAVARY E, 1985, « *Former et Accompagner les Tuteurs* » Editions Foucher, 155p

SCHWARTZ Bertrand, 1999, « *Le rôle des entreprises : quel tutorat ?*, Académie d'Education et d'Etudes Sociales (AES), in « *La transmission entre les générations : Un enjeu de société* », Annales 1997-1998, Editions Fayard, 310 p.

VIGOTSKY Lev, 1992, (traduction française), *Pensée et langage*, Paris, Editions Sociales, 416 p.

ZARIFIAN Philippe, 2001, *Objectif Compétence, Pour une nouvelle logique*, Paris : Editions Liaisons, 201 p.

Articles

BARTHES Richard, 2007-8, « *La formation dans le monde qui vient* », Revue Hospitalière de France, n°517, pp.18-21

FABRE Alain, LAMBERT Stéphane, OROFIAMMA Roselyne, 2007-11, « *Mettre la pratique au cœur de la consolidation des savoirs* », Revue Soins Psychiatrie, n°253, pp.39-41

FRIARD Dominique, 2007, « *Former les nouveaux infirmiers en psychiatrie* », Revue Santé mentale – Spécial formation, p. 3

HANON Cécile, GALLARDA Thierry, LOO Henry, 2001-9, « *La transmission du savoir en psychiatrie* », Perspectives psy – Volume 40, n°4, pp. 258-262

HENRY Marion, 2006-1, « *Quelle sera la relève* », Supplément Infirmière Magazine, n°212, pp.7-11

LEDEZ Christophe, 2007-11, « *Tutorat, démarche institutionnelle et projet pédagogique* », Revue Soins Psychiatrie, n°253, pp.27-28

OROFIAMMA Roselyne, 2005-7, « *Comment transmettre l'art du métier* », Revue Soins Psychiatrie – n°239, pp. 33-37

OUAKNINE Robert, 1998-2, « *Démarche groupe-métier et processus de production de compétences* », Revue Education Permanente, n°135, pp.71-77

SIX-TOUCHARD Bénédicte, 1998-2, « *Développement de la compétence tutorale par l'auto-analyse du travail* », Revue Education Permanente, n°135, pp.87-98

SPROCQ Thierry, 2007-3 « *La transmission de savoirs entre générations* », Revue Objectifs soins, n°154, pp.17-19

STROOBANTS Marcelle, 1998-2, « *La production flexible des aptitudes* », Revue Education Permanente, n°135, pp.11-21

TREGOUET Stéphane, 2007-11, « *Consolidation des savoirs infirmiers en psychiatrie et clinique infirmière* », Revue Soins Psychiatrie, n°253, pp.32-35

WARIN Bernard, BERGER Patrick, GRAND Bernadette, 2007-11, « *Le tutorat, espace original pour la pensée clinique* », Revue Soins Psychiatrie, n°253, pp.29-31

WITORSKI Richard, 1998-2, « *De la fabrication des compétences* », Revue Education Permanente – n°135, pp. 57-69

Plans

Plan Psychiatrie – Santé Mentale 2005-2008 présenté en Conseil des Ministres le 20 avril 2005

Premier Bilan « Plan Psychiatrie – Santé Mentale 2005-2008 » Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports – Octobre 2007

Rapports

JOURDAIN-MENNINGER Danièle, STROHL-MAFFESOLI Hélène (2003), *Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrants de troubles psychiatriques*, Rapport n° 2004 027, IGAS

Thèses et mémoires

DALY Jean-Christophe, 2007, *L'évaluation des pratiques professionnelles en psychiatrie : un enjeu stratégique pour le directeur des soins*, ENSP

DUFOUR Pascal, 2006, *L'optimisation des compétences des infirmières nouvellement diplômées en regard des attentes des services de soins en psychiatrie*, ENSP

TESTENIERE Fabienne, 2006, *L'accompagnement comme facteur d'intégration des nouveaux professionnels infirmiers*, ENSP

Conférences et colloques

Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 – Conférence régionale A N F H – Mardi 11 Mars 2008

BARTHES Richard « *Cours EHESP – Gestion Prévisionnelle des Métiers et Compétences* » – Avril 2008

Sites Internet

ZARIFIAN Philippe. *Organisation apprenante et formes de l'expérience*. Visité le 20.04.2008, disponible sur internet : <http://pagesperso-orange.fr/philippe.zarifian/>

Liste des annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

Guide d'entretien - Jacky Sauzeau

QUESTION DE DEPART

En quoi le dispositif de tutorat mis en œuvre pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie apporte t-il une plus value dans la transmission des savoirs ?

HYPOTHESES

1. La position du tuteur dans la situation de travail favorise la filiation professionnelle : Socialisation, identité professionnelle, légitimité, expertise
2. Les savoirs transmis sont formalisés et disponibles : référentiels, formation
3. Le tuteur utilise la situation de travail comme situation apprenante : interaction, facilitation, réflexion, apprentissage

Objectifs de l'entretien : Comprendre les représentations des professionnels sur le dispositif de tutorat notamment dans le rapport existant entre travail et savoirs.

Les informations recherchées concernent le positionnement des professionnels dans cette relation entre pairs, les supports utilisés rendant compte de savoirs formalisés et les situations de travail favorisant la construction de savoirs.

Présentation de l'entretien : « je suis actuellement directeur des soins stagiaire et je m'intéresse au tutorat mis en place en psychiatrie pour favoriser l'intégration des nouveaux professionnels. Mon propos est d'échanger avec des professionnels impliqués dans ce dispositif, qu'ils soient tuteurs, nouveaux professionnels, directeur des soins ».

Consigne initiale : Pouvez-vous me raconter comment vous êtes entré dans ce dispositif d'accompagnement ? :

Thèmes à aborder :

1. transmission des savoirs et tutorat :

Quel sens donnez-vous à ce dispositif ?

Comment définiriez-vous cette relation entre pairs ?

Quelles en étaient vos attentes ?

Pouvez-vous caractériser les savoirs en question ?

2. modalités mises en place :

Quelles sont les modalités d'organisation de ce tutorat dans votre unité ?

Quels supports utilisez-vous ?

Quelles situations de travail mettez-vous en œuvre ?

3. avantages et limites du tutorat

Quel bilan tirez-vous de ce dispositif d'accompagnement ?

A votre avis, cette mesure vous semble-t-elle suffisante ?

Comment pensez vous que le tutorat pourrait être amélioré ?