



**EHESP**

---

**Directeur des Soins**

Promotion : **année 2009**

Date du Jury : **septembre 2009**

---

**Le tutorat des infirmiers en  
psychiatrie : un levier stratégique pour  
le directeur des soins**

---

**Malika TOUAK**

---

# Remerciements

---

*A tous les professionnels, élèves, stagiaires, enseignants de l'EHESP, je souhaite adresser mes sincères remerciements pour leur accompagnement, leurs conseils, leur soutien dans les moments de doutes qui m'ont permis de cheminer à la fois professionnellement et personnellement.*

*J'adresse aussi toute ma reconnaissance à ma mère et à mes sœurs pour leur soutien sans faille pour me permettre de me réaliser.*

*Toutes mes excuses à Rayan, Maeddine et Yaya pour les moments volés sans que cela ne me soit jamais reproché... On va s'atteler à les rattraper... c'est promis !*

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Un équilibre à trouver .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 Le tutorat : une réponse ?.....</b>	<b>5</b>
<b>1.2 Le tutorat au cœur des débats .....</b>	<b>6</b>
1.2.1 Le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008.....	6
1.2.2 Les rapports Couty et Milon et la réforme des études infirmières.....	8
<b>1.3 Une enquête pour se départir de la question.....</b>	<b>11</b>
1.3.1 Objectifs de l'enquête .....	11
1.3.2 Un Etablissement Public de Santé Mentale pour notre enquête .....	11
1.3.3 Le choix d'un outil pour conduire notre enquête .....	12
1.3.4 Les limites de l'enquête .....	12
<b>2 Un diagnostic en faveur du tutorat, mais des difficultés.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 Des difficultés toujours présentes et un dispositif en place .....</b>	<b>13</b>
2.1.1 Des difficultés rapportées par les acteurs.....	13
2.1.2 Les modalités pratiques du dispositif et le ressenti des acteurs .....	14
<b>2.2 Les atouts du tutorat, ses contraintes et ses limites .....</b>	<b>17</b>
2.2.1 Des atouts majeurs pour affronter les difficultés.....	17
2.2.2 Des contraintes et des limites .....	20
<b>2.3 Des conditions réunies pour poursuivre et évoluer.....</b>	<b>22</b>
2.3.1 La capitalisation d'une expérience de trois ans .....	22
2.3.2 Des acteurs mobilisés et mobilisables .....	22
<b>3 Des préconisations .....</b>	<b>23</b>
<b>3.1 Un ancrage politique et stratégique affirmé du tutorat .....</b>	<b>23</b>
<b>3.2 Le tutorat : un levier dans la GPMC .....</b>	<b>26</b>
3.2.1 Un nécessaire travail sur les compétences avec le tutorat.....	26
3.2.2 A propos du tuteur .....	27
3.2.3 Un rôle pivot du Cadre de Santé dans le dispositif .....	29
3.2.4 Le tutorat en faveur des nouveaux arrivants et étendu aux autres secteurs d'activité.....	30

<b>3.3</b>	<b>Le tutorat : outil pour la formation et la recherche .....</b>	<b>30</b>
3.3.1	Le tutorat au service de la formation initiale et continue .....	30
3.3.2	Le tutorat : outil au service de la recherche et innovation .....	32
	<b>Conclusion .....</b>	<b>33</b>
	<b>Sources et Bibliographie .....</b>	<b>35</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

**ADESM** : Association des Établissements participant au service public de Santé Mentale

**ANFH** : Agence Nationale de Formation Hospitalière

**ARH** : Agence Régionale de l'Hospitalisation

**CA** : Conseil d'Administration

**CDD** : Contrat à Durée Déterminée

**CME** : Commission Médicale d'Établissement

**CGS** : Coordonnateur Général des Soins

**COFIL** : Comité de Pilotage

**CS** : Cadre de Santé

**CSIRMT** : Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques

**CSS** : Cadre Supérieur de Santé

**CTE** : Comité Technique d'Établissement

**CTR** : Conseillère Technique Régionale

**DE** : Diplôme d'État

**DH** : Directeur d'EPS

**DRASS** : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

**DRH** : Directeur des Ressources Humaines

**DS** : Directeur des Soins

**EHESP** : École des Hautes Etudes en Santé Publique

**ENSP** : École Nationale de Santé Publique

**EPS** : Établissement Public de Santé

**EPSM** : Établissement Public de Santé Mentale

**GCL** : Groupement de Coopération Locale

**GPO** : Groupe de Pilotage opérationnel

**GPMC** : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences

**GRH** : Gestion des Ressources Humaines

**IDE** : Infirmier Diplômé d'État

**IFSI** : Institut de Formation en Soins Infirmiers

**ISP** : Infirmier de Secteur Psychiatrique

**LMD** : Licence-Master-Doctorat

**ONEMFPH** : Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique  
Hospitalière

**PPSM** : Plan Psychiatrie et Santé Mentale

## Introduction

Le 17 novembre 2008, APM International titre : « *Des Directeurs et des Cadres de Santé ont estimé, lors de la journée annuelle de l'Association Des Établissements participant au service public de Santé Mentale (ADESM), que les crédits fléchés pour le tutorat des nouveaux infirmiers en psychiatrie devaient être poursuivis après 2008* ».

En effet, le tutorat de ces professionnels est un axe fort du Plan Psychiatrie et Santé Mentale (PPSM)<sup>1</sup>, à l'instar de grandes entreprises (Air France, Auchan, Danone, etc.), qui le remettent aujourd'hui à l'ordre du jour dans leurs démarches de Gestion des Ressources Humaines (GRH). Par ailleurs, cette démarche entre officiellement dans la formation infirmière en septembre 2009, et va donc concerner tous les établissements.

Le volet formation continue du PPSM s'appuie sur la mise en place d'un dispositif global et cohérent, visant une meilleure adaptation des nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie, en complément de la poursuite des mesures d'amélioration de leur formation initiale. Outre la généralisation de la mise en œuvre de la formation « Consolidation et intégration des savoirs et des pratiques en soins pour l'exercice infirmier en psychiatrie » initiée en 2004, ce plan prévoit l'instauration d'un tutorat qui s'adresse aux infirmiers qui exercent pour la première fois dans ce secteur.

Toutefois, avant de poursuivre notre propos, il est souhaitable d'apporter quelques précisions sur la terminologie abordée au cours de notre étude. Le concept de tutorat n'est pas nouveau en formation comme dans le milieu du travail. En psychiatrie, il peut être assimilé à la tutelle des incapables majeurs, comme le faisait remarquer un psychiatre lors d'une conférence débat le 20 mars 2009<sup>2</sup>. Ce n'est pas l'acception retenue ici. Ce tutorat s'inspire d'un courant qui existe depuis le Moyen-âge : le compagnonnage.

Dans le PPSM, le tutorat est un dispositif de formation intégré au travail. Il permet un apprentissage expérientiel dont la principale caractéristique est de s'effectuer dans une situation dont l'objet principal n'est pas la formation, mais le travail<sup>3</sup>. Le tuteur évolue dans un processus de construction de compétences spécifiques à un poste de travail réel. Le tutorat se définit comme : toute situation pédagogique d'accompagnement individualisé au sein de laquelle chacun apprend, notamment sur la base d'un mécanisme d'identification, alors que les tuteurs ne sont pas a priori des professionnels de l'enseignement. Dans l'enseignement ou la formation et le monde du travail, le tuteur est une personne qui a la

---

<sup>1</sup> Ministère de la Santé, de la Jeunesse et Sports et de la Vie Associative : Plan Santé Mentale et psychiatrie 2005-2008. Paris.

<sup>2</sup> 3<sup>ème</sup> journée annuel du tutorat organisée par l'ARH et la DRASS d'une région.

<sup>3</sup> BOULET P., COURTOIS B., 1992, *Accueillir et former des jeunes dans l'industrie de la Plasturgie*, Paris : Éditions d'Organisation, 150p.

responsabilité de transmettre ses savoirs à un étudiant ou un professionnel dans le cadre d'une action appelée tutorat. Il est à noter que le tuteur n'a pas forcément toutes les connaissances que doit maîtriser le tuteur au terme de sa formation, car son rôle n'est pas d'apporter des éléments de réponses aux problèmes posés mais de guider l'apprentissage.

Les membres de l'ADESM souhaitent la poursuite du dispositif du tutorat, alors que cette expérimentation de trois années se termine, et qu'aucun bilan national officiel n'a été dressé. Ce dispositif, obligatoire et doté de crédits, a été très largement appliqué, avec un fort taux de satisfaction, selon les témoignages presque unanimes des membres de l'ADESM, et comme l'attestent les résultats des bilans régionaux (Centre, Franche-Comté, Bourgogne, Haute-Normandie). Ainsi, la Commission Couty<sup>4</sup>, dans son rapport, préconise d'accentuer le développement du tutorat. Le rapport Milon<sup>5</sup> qui a suivi, apporte lui aussi des recommandations sur l'exercice infirmier en psychiatrie, dans un tableau alarmant de la psychiatrie. Deux rapports, à seulement quatre mois d'intervalle, montrent combien ces questions sur l'organisation de la psychiatrie, les soins en santé mentale, la transmission des savoirs, préoccupent les pouvoirs publics comme les professionnels de ce secteur, mais aussi les associations d'usagers, les malades et leurs familles.

Par ailleurs, la consolidation des savoirs du PPSM ne constitue pas une première, puisque de nombreux établissements ayant une activité de psychiatrie l'avaient mise en place dès les années 1990, de leur propre initiative avec leurs fonds propres. Des formations spécifiques pour les jeunes diplômés étaient organisés pour pallier « les lacunes de la formation du Diplôme d'État (DE) de 1992 », ont souligné plusieurs membres de l'ADSEM.

C'est pourquoi, les crédits conséquents du PPSM ont permis de compléter l'existant, avec notamment un encadrement formalisé des nouveaux infirmiers, et le financement du temps consacré à l'encadrement par les tuteurs. Paradoxalement, le droit de tirage sur les enveloppes financières dédiées n'a pas toujours pu être exercé par manque d'infirmiers sur le marché du travail pour assurer les remplacements, comme ont déclaré trois directeurs des soins, lors de la 3<sup>ème</sup> journée du tutorat en mars 2009 citée précédemment.

D'ailleurs, ayant été membres avant la formation de directeur des soins(DS) du groupe de travail tutorat de cette région, nous étions présentes à cette journée bilan en qualité d'animateur d'une table ronde et d'un atelier. Au cours de cette journée, les résultats d'une enquête régionale<sup>6</sup> menée par la Conseillère Technique Régionale (CTR) auprès de professionnels et des institutionnels ont été restitués. La présence dans l'assistance de

---

<sup>4</sup> Ministère de la Santé, de la Jeunesse et Sports et de la Vie Associative. Rapport sur les missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie janvier 2009. Paris. 86 p

<sup>5</sup> MILON A. Rapport sur la prise en charge psychiatrique en France. Paris : Sénat, 2009. 357p.

<sup>6</sup> Présentation succincte des personnes enquêtées et de quelques résultats en annexe 1.

deux Conseilères Nationales Technique et Pédagogique montre tout l'intérêt porté à ce sujet. Plus de 80% des réponses à l'enquête citée confirment que le dispositif doit être pérennisé. Ces chiffres sont un réel plébiscite et nous invite en qualité de DS à aller plus loin dans la réflexion.

Cependant, quel sera l'avenir pour ce tutorat des professionnels notamment avec les nouvelles modalités des études d'infirmiers qui ont été arrêtées depuis peu<sup>7</sup>. La formation des professionnels infirmiers à partir de 2012 effacera-t-elle ce sentiment de manque en termes de savoirs et savoir-faire ? Ces questions de fond sur le tutorat des infirmiers et plus spécifiquement en psychiatrie, doivent être abordées afin de fixer les orientations des futurs projets soin, formation, et management, mais aussi pour ce qui nous concerne, dans la perspective d'une future prise de fonction en Établissement Public de Santé Mentale (EPSM). En effet, les modalités de l'exercice infirmier relèvent de la compétence et de la responsabilité du DS, tout comme les conditions de travail, la formation initiale et continue. Dans sa pratique, le DS en psychiatrie fait face à la fois à la faible attractivité du secteur auprès des infirmiers, et à la perte des savoirs et savoir-faire du fait des départs massifs à la retraite des infirmiers de secteur psychiatrique<sup>8</sup> (ISP). Cet effet conjugué peut impacter négativement la qualité et la sécurité des soins alors que nous sommes dans un contexte d'exigences des usagers, de phénomène de judiciarisation, de certification des établissements, et d'évaluation des pratiques professionnelles.

Par ailleurs, la perte de savoirs, de compétences<sup>9</sup>, la non qualité, pèsent sur les budgets hospitaliers. Ces derniers sont de plus en plus contraints, surtout dans la perspective proche de la valorisation de l'activité en psychiatrie, qui liera à l'instar de la T2A, les dépenses aux recettes générées par l'activité. Le besoin en personnel soignant qualifié en nombre suffisant est capital et l'enjeu est important, mais les nombreuses vacances de postes<sup>10</sup> que connaissent certaines régions produisent une démobilitation, un turn-over des infirmiers voire des départs.

Dans ce contexte, des questions se posent au DS, responsable de l'organisation des activités de soins en psychiatrie, de leur qualité, de la sécurité, mais aussi de l'encadrement des paramédicaux, de leur formation, de leurs conditions de travail :

---

<sup>7</sup> Ministère de la Santé, de la Jeunesse et Sports et de la Vie Associative. Arrêté relatif au diplôme d'état d'infirmier, du 31 juillet 2009. Journal officiel du 7 août 2009.

<sup>8</sup> Il en restait 1382 en 2002 selon le rapport du Pr. Yvon BERLAND sur « la démographie des professions de santé ».

<sup>9</sup> G. LE BOTERF : la compétence comme la mise en œuvre d'une combinaison de savoirs (connaissances, savoir-faire, comportements et expérience) en situation. La compétence n'est pas une qualification, elle est un attribut de l'individu, elle est toujours contextualisée, elle est à l'articulation des logiques de l'individuel et de l'organisation, elle est issue d'un apprentissage théorique et expérientiel, elle est reconnue socialement.

<sup>10</sup> Il n'y a pas d'indicateurs fiables au niveau national. 15 000 postes vacants évalués en 2005.

Quels sont les atouts et les limites du tutorat destiné aux infirmiers nouvellement arrivés en psychiatrie ? En quoi le DS a-t-il intérêt à poursuivre et accentuer ce dispositif et comment ?

A partir de cette problématique, nous voyons apparaître la question de départ de l'étude que nous avons menée et celles qui en découlent, à savoir : quelles sont les modalités concrètes de mise en œuvre du tutorat ?

De plus, quels en sont les aspects positifs et négatifs du point de vue des différents acteurs ?

Ensuite, existe-t-il un effet sur l'attractivité et la fidélisation des infirmiers ?

Par ailleurs, quelle est la répercussion sur le développement des compétences ?

Mais aussi, quel est l'effet sur la valorisation et la reconnaissance des infirmiers expérimentés ?

Enfin, quelle est l'influence sur le lien avec la formation initiale et le lien intergénérationnel ?

Concevoir un mémoire professionnel autour de ce questionnement est source de motivation, car cette étude procure à la fois un plaisir lié au travail de recherche, mais surtout la possibilité de transférer ces compétences vers des fonctions de DS. Notre travail s'appuie sur une enquête de terrain, menée à partir d'entretiens semi-directifs<sup>11</sup>, auprès de 17 professionnels de santé dans un EPSM de la région<sup>12</sup> dans laquelle nous avons assisté au bilan annuel. Nous avons recherché comment le tutorat est vécu, considéré et organisé, la plus-value apportée, et quelle suite il faut lui donner en qualité de DS.

Nous avons élaboré un questionnaire précis, fondé sur des éléments documentaires confrontés aux observations de terrain ainsi que sur notre propre expérience.

Au cours de l'étude qui va suivre, nous développerons un plan en trois points.

Dans une première partie, nous aborderons quelques données de cadrage général. En seconde partie, nous traiterons du diagnostic et nous exposerons les résultats de notre enquête. La dernière partie sera consacrée aux préconisations à partir des solutions qui nous semblent optimales. Tout comme annoncé, passons à la première partie de notre mémoire.

---

<sup>11</sup> Annexe I : Guide d'entretien de notre enquête

<sup>12</sup> Annexe II : Le profil des enquêtés de notre enquête

# 1 Un équilibre à trouver

## 1.1 Le tutorat : une réponse ?

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les maladies mentales se classent au troisième rang des maladies en termes de prévalence et sont responsables du quart des invalidités. En médecine générale, elles se situent au deuxième rang derrière les maladies cardio-vasculaires. Les études épidémiologiques comparées, menées dans plusieurs pays européens, montrent que la prévalence des différentes pathologies psychiatriques est relativement élevée en France. Toutes les estimations indiquent que ce bilan devrait s'alourdir dans les prochaines années, avec une augmentation de 50% de la contribution des maladies mentales à la charge de morbidité due à l'ensemble des maladies d'ici 2020 si des mesures ne sont pas prises rapidement.

Dans ce contexte d'augmentation des besoins en soins psychiatriques et de Santé Mentale de la population, le constat de la pénurie de soignants spécialisés en psychiatrie notamment infirmiers est préoccupant. En effet, le bilan fait par l'Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière (ONEMFPH)<sup>13</sup> montre que 54% des infirmiers vont partir à la retraite entre 1999 et 2015, ce qui représente plus de 90 000 départs, avec un pic en 2011. Alors que les quotas actuels en Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) permettent une augmentation globale des effectifs à partir de 2007-2008, des manques peuvent apparaître selon la spécialité, la région, le secteur et le lieu d'activité.

D'ailleurs, la psychiatrie figure parmi les spécialités qui ont le plus de mal à recruter et de nombreux postes restent vacants dans certaines régions. Ainsi, les jeunes professionnels s'orientent préférentiellement vers d'autres secteurs souvent plus techniques. Le secteur de la santé mentale souffre aussi de la perte de compétences du fait du départ massif à la retraite d'ISP (les « papy boomers »). Le corps des ISP est en voie d'extinction depuis 1992, date de l'adoption d'un diplôme d'Etat unique. L'effet cumulé de ces facteurs peut être dommageable pour la qualité et la sécurité des soins et des agents, s'il n'y a pas la mise en place d'une stratégie en termes de recrutement, de formation, et de fidélisation.

Par ailleurs, une partie du travail des infirmiers se fait sur prescriptions médicales des psychiatres dont le nombre devrait aussi baisser de 12% en 2010, et de plus de 40% en 2020, comme on peut le lire dans la revue « Pluriels »<sup>14</sup> de juin 2006. Cette diminution a

---

<sup>13</sup> Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière. Rapport sur les facteurs d'évolution probables à moyen et long terme dans le champ sanitaire, social, médico-social publics impactant les ressources humaines et les organisations, mars 2007, 177p.

<sup>14</sup> MASSE, G. La démographie médicale en psychiatrie ; En phase avec le soin ambulatoire. *Pluriels*, juin 2006, n°59, p.1.

également une incidence sur le travail infirmier. L'effet combiné de ces deux phénomènes conduit le DS à envisager l'expérimentation d'une nouvelle répartition des tâches, et de formules de coopération entre les psychiatres et les infirmiers tels que le préconise la Commission COUTY. Cette dernière constate d'ailleurs que les infirmiers « issus d'une formation générale dans laquelle l'enseignement de la discipline psychiatrie est souvent minimal, connaissent des difficultés d'adaptation à la spécificité de la prise en charge des patients psychiatriques. De plus, il est très difficile de leur confier des missions de première évaluation et d'orientation ». Ce contexte global préoccupe légitimement l'ensemble des acteurs, les personnes soignées, les familles, les associations d'usagers, les soignants, les médecins, les Directions de ces établissements dont le DS. Cependant, les pouvoirs publics, sensibles à l'inquiétude des professionnels, ont essayé de répondre à ces problématiques, notamment à partir des actions du dernier PPSM.

## **1.2 Le tutorat au cœur des débats**

### **1.2.1 Le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008**

Ce plan a pour objectif d'améliorer la prise en charge et l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques. Il vise ainsi à assurer une continuité entre hospitalisation classique, prise en charge sanitaire ambulatoire, médico-sociale, accompagnement et insertion sociale des personnes en situation de handicap psychique. Il a également pour objectif de développer la formation et la recherche.

La mise en œuvre du PPSM est pilotée par un dispositif de coordination au niveau national, le « comité technique national de suivi », composé du Ministère de la Santé, de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie et de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, et au niveau régional par un réseau de correspondants régionaux. Il est placé sous l'autorité d'un inspecteur général des affaires sanitaires et sociales. Il est doté d'un dispositif de concertation, « l'Instance Nationale de Concertation ». Cette structure rassemble, outre les services du Ministère, tous les acteurs de terrain concernés, représentants des professionnels de santé, des établissements, des patients et familles, etc. Au niveau régional, les Commissions Régionales de Concertation en Santé Mentale ont été mises en place dans toutes les régions.

Le PPSM a mis en place cette organisation et a identifié comme priorité de renforcer la formation initiale et continue et de favoriser l'évolution des métiers. Mais, cet enjeu est particulièrement sensible s'agissant de la formation des infirmiers exerçant en psychiatrie. C'est pourquoi, un dispositif régional d'appui est mis en place par les DRASS, afin de favoriser la formation effective dans un cadre pluriannuel. 75 millions d'euros de crédits spécifiques ont été distribués de 2006 à 2008 pour une formation de « consolidation des savoirs », pour tout infirmier diplômé d'État (IDE) nouvellement affecté en psychiatrie et

son accompagnement individuel par un tuteur sur plusieurs semaines. Un des objectifs est de développer une logique de formation permanente des professionnels pour l'amélioration de la qualité en psychiatrie, à partir de l'évaluation des techniques de prise en charge et des recommandations sur les pratiques professionnelles.

Le dispositif a été mis en œuvre avec la circulaire du 8 juillet 2004, qui invite les établissements publics de santé à organiser, à partir de 2005, la « consolidation des savoirs ». Il instaure et finance un tutorat de proximité, fondé sur le principe de la transmission des expériences, une formation spécifique des tuteurs et le remplacement des ceux-ci. Les tuteurs doivent être des infirmiers ou des cadres de santé sans lien hiérarchique direct avec le tuteur. Volontaires, ils doivent justifier de connaissances cliniques sur les savoir-être et les savoir-faire en psychiatrie, de capacités pédagogiques et de recul dans l'analyse, et d'une expérience d'au moins cinq ans. Les prévisions annoncent environ 3000 infirmiers concernés par an.

La circulaire est accompagnée de deux cahiers des charges<sup>15</sup>, l'un sur la formation « consolidation des savoirs » (cinq fois trois jours sous forme de plusieurs modules sur deux ans) et l'autre sur la formation « tuteurs » (trois jours). L'Agence Nationale pour la Formation Hospitalière (ANFH) est chargée de soutenir les établissements dans l'élaboration des formations. Cependant, la circulaire n'indique pas une reconnaissance par un certificat validant les acquis de l'expérience pour ces agents.

Les établissements vont voir la disparition des enveloppes financières dès 2009. D'ores et déjà, ils s'interrogent sur la possibilité de financement à partir de la seule dotation globale. D'autres questions attendent d'abord des réponses sur les effets du dispositif en place pour envisager l'opportunité d'une éventuelle poursuite avec les moyens adaptés.

Nous observons que le tutorat a été décliné localement dans les établissements de façon très différente. Le choix du tuteur infirmier ou cadre, par exemple, laissé aux établissements n'est pas neutre. Par ailleurs, les difficultés de recrutement privent d'une possibilité de remplacements des tuteurs, ce qui impacte l'organisation. Concernant les tuteurs le démarrage du tutorat n'est pas toujours à la même période.

Ensuite, nous pouvons remarquer que le projet n'a pas pris partout une dimension institutionnelle. Il a parfois été porté presque exclusivement par le DS. Pourtant, sa pérennité, sa réussite se jouent aussi dans l'engagement des acteurs, notamment les équipes de Direction, médicale et soignante. Chacun mesure, en effet, que la compétence des personnels infirmiers ne peut être immédiate et demande un approfondissement dès la prise de poste, ce que soutient « la formation tout au long de la vie ».

---

<sup>15</sup> MINISTERE de la SANTE et de la SOLIDARITE. Circulaire n° DHOS/P2/O2 DGS/6C/2006/21 du 16 janvier 2006 relative à la mise en œuvre du tutorat pour les infirmiers exerçant en psychiatrie, annexe 2.

Pour être plus précis, le décret relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie <sup>16</sup> énonce plusieurs dispositions applicables aux agents hospitaliers titulaires et non titulaires dont les infirmiers. Il s'agit de garantir, de maintenir ou de parfaire les connaissances et la compétence des agents. Le premier objectif est d'assurer, à la fois leur adaptation immédiate au poste de travail et à l'évolution prévisible des emplois. Le second concerne le développement et l'acquisition de nouvelles connaissances ou compétences. Le tutorat, la consolidation des savoirs répondent bien à ces objectifs, mais ils ne sont pas les seuls. Les budgets de formation étant limités, le DS aura à se positionner sur les choix stratégiques d'établissement. En effet, d'autres besoins apparaissent pour accompagner la mise en place du tutorat des étudiants infirmiers, et des recommandations dans deux rapports que l'on va découvrir plus précisément.

### **1.2.2 Les rapports Couty et Milon et la réforme des études infirmières**

A propos de la formation, de l'adaptation au poste en psychiatrie et le tutorat, prévus par le PPSM, le rapport Couty constate leurs mises en place. Il émet aussi les recommandations suivantes : « cet effort est à poursuivre et à accentuer notamment par le développement du tutorat et la reconnaissance de cette activité exercée par des professionnels expérimentés (deuxième carrière) ».

La commission Couty a remis le 29 janvier dernier son rapport intitulé « *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie* ». Le rapport de 85 pages aborde un large spectre de thématiques liées à la psychiatrie et à la santé mentale, dont celle de la formation des professionnels de santé. La commission composée de 27 membres dont une DS Annick Perrin-Niquet, « *fait le constat d'une pénurie de soignants spécialisés en psychiatrie.* ». Les infirmiers formés depuis 1992, « *issus d'une formation générale dans laquelle l'enseignement de la discipline psychiatrie est souvent minimal, connaissent des difficultés d'adaptation à la spécificité de la prise en charge des patients psychiatriques* », constatent les auteurs du rapport. « *De plus, il est très difficile de leur confier des missions de première évaluation et d'orientation* ». Partant du constat d'« *une maîtrise insuffisante par les IDE des spécificités psychiatriques (rôle de la parole dans la relation avec le patient, surveillance des patients)* », la commission, qui a auditionné plus de 140 personnes pour ses travaux dont deux infirmiers et une directrice d'IFSI, recommande donc la création d'un diplôme d'infirmier spécialisé en psychiatrie et santé mentale et suggère que ce diplôme prenne la forme d'un « *master professionnel de spécialisation* ». Néanmoins, si elle devait être retenue, cette mesure ne devrait pas signifier, pour les membres de la commission, la fin de la formation d'adaptation au poste en psychiatrie ni

---

<sup>16</sup> Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la Fonction Publique Hospitalière

celle du tutorat. Le rapport préconise même de développer le tutorat. Si la réintroduction d'un diplôme spécifique pour l'exercice en psychiatrie était réclamée par la plupart des acteurs de la psychiatrie, la Coordination Nationale Infirmière regrette, en revanche, que le rapport ne traite ni des moyens ni de l'organisation permettant de mettre en place cette spécialisation. Le Président de la République Nicolas SARKOZY, lors de son déplacement à l'EPS Erasme d'Antony, le 2 décembre dernier, a fait part de ses craintes qu'une telle spécialisation revienne à « ghettoïser » la psychiatrie, même s'il en perçoit les avantages. Toutefois, il préconise de travailler sur l'attractivité des métiers et des carrières en psychiatrie.

Par ailleurs, les recommandations Couty laissent espérer une professionnalisation des tuteurs évoquée lors de journées régionales<sup>17</sup> consacrées au tutorat. Cette possibilité d'évolution professionnelle est de nature à valoriser, à fidéliser les infirmiers ou encore à faciliter la création de postes aménagés, comme nous allons tenter de le vérifier plus tard. En outre, la commission propose de réorganiser l'offre de soins psychiatriques et de santé mentale de façon graduée et la redéfinition des missions du secteur de proximité. Les deux grandes missions du secteur rénové sont réalisées en hospitalisation et en extrahospitalier avec un travail de réseau. Ce réseau renforcé en partenariat avec les acteurs sociaux, médico-sociaux et la médecine de ville, prendrait la forme d'une nouvelle entité à savoir un Groupement de Coopération Locale (GCL). L'infirmier aura dans ce cas un rôle pivot à assumer, ce qui nécessite des compétences affirmées, évaluées dans le cadre d'une Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC). Toutefois, le rapport MILON estime que la constitution de GCL pour la santé mentale ne peut être imposée à la profession. Ce débat n'est pas tranché et interroge les professionnels.

Par ailleurs, des experts dont les propos sont tirés de l'ONEMFPH, déclaraient en mars 2007 que « *les départs à la retraite conjugués aux recrutements auront des effets intergénérationnels à anticiper de même que la fin de carrière devra être mieux gérée* ». Ainsi, le tutorat aurait des effets sur la gestion d'une deuxième ou fin de carrière, et sur un lien intergénérationnel.

Dès à présent et dans l'attente de la mise en place de ce dispositif, la commission estime nécessaire de développer le temps de formation initiale en psychiatrie durant le cursus de formation des infirmiers et de rendre obligatoire le stage en secteur psychiatrique, ou de prévoir une adaptation à l'emploi pour ceux exerçant en psychiatrie à la sortie des IFSI. Toutefois, compte tenu de la réforme des études, la solution du stage obligatoire semble difficile. Le choix relève d'un projet d'IFSI ou de formation de l'étudiant. Le tutorat trouve

---

<sup>17</sup> ARH, ANFH, Région Franche-Comté. *Le tutorat des infirmiers en psychiatrie*. Consulté le 1<sup>er</sup> juin 2009, disponible sur internet : <http://.franche-comté.sante.gouv.fr>

ici un avenir assuré avec des tuteurs tant dans la formation initiale et peut être aussi dans une spécialisation qui pourrait devenir, pourquoi pas, qualifiante.

Le tutorat des étudiants infirmiers est pratiqué dans certains EPS. Plusieurs expériences ont fait l'objet de publications. Nous avons, par exemple, le témoignage de cadres de santé formateurs à l'AP-HM de Marseille qui associent la démarche de tutorat à une démarche qualité<sup>18</sup>. Cependant, le dispositif tutoral dans le cadre du PPSM ne s'est pas toujours mis en place en liaison avec les IFSI, provoquant la désapprobation de Directeurs d'IFSI<sup>19</sup>. Aujourd'hui, les IFSI et les accueillants de stage tous concernés par la question du tutorat s'interpellent mutuellement sur le tutorat des étudiants.

De plus, après seulement quatre mois, le sénateur Alain Milon demande, dans un nouveau rapport alarmant sur la prise en charge psychiatrique, l'organisation d'états généraux de la santé mentale en vue d'un projet de loi d'organisation territoriale. Quelques points portent sur l'exercice infirmier. Il estime que les ISP doivent être autorisés à exercer une activité libérale pour l'accompagnement psychiatrique en ville, répondant ainsi à une revendication déjà ancienne de ces professionnels. Cette opportunité, qui étend le champ d'exercice des ISP, et favorise le lien ville hôpital, serait alors responsable de départs, majorant les problèmes d'effectifs hospitaliers.

Par ailleurs, le sénateur estime, comme la commission COUTY, qu'une spécialisation de niveau master pour les infirmiers en psychiatrie doit être une réponse à une perte de savoir-faire qui pénalise les soins. Cette déclaration fait écho aux constats des ISP et des psychiatres, et plaide en faveur d'une adaptation à l'emploi en secteur psychiatrique pour préserver et développer ces savoir-faire. La mise en place d'un grade de licence, d'un éventuel master pose la question de l'intérêt d'un dispositif tutoral.

Lors d'une communication relative au passage au LMD des professions paramédicales dans le compte-rendu du Conseil des Ministres du 27 juillet 2009, madame la Ministre Roselyne BACHELOT, précise que : « *les infirmières déjà diplômées pourront valider les acquis de leur expérience auprès des universités, ce qui leur ouvrira, en outre, la possibilité de préparer un master* ». Cette possibilité offerte aux infirmiers y compris hospitaliers est un paramètre à intégrer par les EPS notamment le DS. Elle appelle nécessairement des adaptations, notamment en termes de plan de formation, et de management des infirmiers ayant pour certains un diplôme de secteur psychiatrique, un DE, une licence et pour d'autres un master.

De même, le rapport du sénateur Alain MILON nous apporte d'autres éléments qui nous interpellent. De nombreux professionnels de ce secteur y ont réagi parfois vivement. L'auteur du rapport constate un paradoxe : d'une part, « *le niveau de prévalence des*

---

<sup>18</sup> IMBERT M ; BRONDINO N, juin 2005 ? « Accompagnement par le tutorat ». *Inter bloc*, n°2, pp108.

<sup>19</sup> Propos de DS d'IFSI exprimé au cours de réunions régionales auxquelles nous avons assistées.

*troubles psychiatriques devrait conduire à faire de la santé mentale une priorité de santé publique ». D'autre part, « la psychiatrie est incapable d'assurer la prise en charge des patients parce que les politiques de prévention et d'information sont presque inexistantes, parce que la détection est trop souvent tardive pour permettre la mise en œuvre de soins efficaces, parce que les moyens hospitaliers sont insuffisants et mal articulés avec les soins de ville et parce que les traitements actuels agissent plus sur les symptômes que sur les causes ». Aussi, il émet plusieurs recommandations pour le développement de la recherche en psychiatrie qui sont de la compétence médicale, mais aussi paramédicale et par conséquent d'un DS.*

Une autre piste avancée par le rapport COUTY et qui est reprise dans le rapport MILON, celle de la coopération des professionnels de santé en psychiatrie. Il s'agirait très prudemment de « *ménager la possibilité d'expérimenter sous l'égide de l'observatoire national des professions de santé, différentes formules de coopération entre les psychiatres et les infirmiers spécialisés en santé mentale, et entre les psychiatres et les psychologues* ».

Ces constats, ces recommandations confortent dans l'intérêt d'un travail pour rendre performant les organisations de soins pour le DS, en collaboration avec les équipes de Direction, médicale et soignante, et en partenariat avec le réseau et plus particulièrement les soins de ville.

Enfin, par anticipation des états généraux et du projet de loi, les professionnels de santé, les usagers et leurs familles s'interrogent sur ces conclusions, sur la pertinence et la faisabilité de ces recommandations dans la complexité des EPS. En qualité de DS, nous avons choisi de nous mobiliser en menant une enquête pour mieux appréhender, analyser la situation sur le terrain auprès des professionnels et des institutionnels.

### **1.3 Une enquête pour se départir de la question**

#### **1.3.1 Objectifs de l'enquête**

Recueillir auprès des acteurs de terrain des éléments capables de répondre à nos questions au-delà des éléments de bibliographie ou de connaissances personnelles.

#### **1.3.2 Un Etablissement Public de Santé Mentale pour notre enquête**

Notre étude concerne un EPSM de 500 lits. Cet établissement a été retenu pour notre enquête parce qu'il se trouve dans la région où nous allons exercer nos fonctions. Cet EPSM, comme l'ensemble de la région d'ailleurs, connaît des difficultés de recrutement d'infirmiers et un départ massif d'ISP depuis 2003, problèmes auxquels nous serons donc confrontés. Aussi, 14 postes infirmiers sont vacants en mars 2009. L'EPSM compte 418 infirmiers dont 270 IDE. 27 tuteurs ont été formés. Nous convenons de le désigner par EPSMA.

C'est pourquoi, il paraît important et intéressant de mener cette recherche.

### **1.3.3 Le choix d'un outil pour conduire notre enquête**

Nous avons fait le choix, au regard de l'objet de notre recherche, de partir du vécu des acteurs qu'ils soient institutionnels ou de terrain, afin de privilégier l'aspect qualitatif qui nous a semblé plus pertinent. Ainsi, nous avons mené 17 entretiens semi-directifs. Une recherche bibliographique a jalonné l'ensemble du travail. Celle-ci, qui visait initialement un objectif exploratoire, a permis ensuite d'éclairer le retour d'expérience des personnes interviewées mais également notre propre expérience, teintée parfois d'a priori, du fait de notre rationalité et de nos propres représentations.

Nous avons utilisé notre stage d'observation de la fonction de DS, qui s'est déroulé en mars 2009, comme terrain d'enquête. Les objectifs ayant été préalablement négociés avec le tuteur de stage et notre tuteur de positionnement. Les entretiens, rendus anonymes, ont été menés sur rendez-vous, d'une durée d'environ une heure trente chacun. Ils ont fait l'objet d'un enregistrement, pour être ensuite retranscrits et analysés.

Par ailleurs, nous avons pu croiser ces données avec les résultats de l'enquête de janvier 2009 de cette région, menée par la CTR pilote du projet tutorat régional. Cependant, il n'a pas été possible d'obtenir les résultats isolément de l'EPSMA. Les données ont été amalgamées avec les réponses de tous les établissements enquêtés. Nous avons souhaité conserver l'anonymat de cette région afin de ne pas identifier l'EPSMA. Les acteurs de l'EPSMA sont : le DRH, un psychiatre, le Coordonnateur Général des Soins (CGS), un cadre supérieur de santé (CSS) Assistant de pôle (CSSA), un cadre de santé (CS) responsable de la Formation Continue (CS FC), un CS de l'intra hospitalier (CS intra), un CS de l'extra hospitalier (CS extra), un CS de pédopsychiatrie (CS pédo), trois infirmiers tuteurs et quatre infirmiers tutorés.

### **1.3.4 Les limites de l'enquête**

L'aspect qualitatif a été privilégié apportant des éléments tout à fait intéressants pour le travail. Cependant, des éléments plus quantitatifs auraient pu utilement enrichir ce travail. Dans un premier temps, notre choix a été celui-ci, mais quatre questionnaires avaient récemment été distribués pour l'enquête régionale sur le même thème. Les résultats nous ont été cependant très utiles (en annexe III résultats succincts et population enquêtée). Nous avons alors renoncé à solliciter ces mêmes personnes à si peu de temps d'intervalle. Le choix s'est porté sur un établissement public de santé (EPS) pour deux raisons : limiter le champ de l'étude et le projet d'exercer en secteur public.

Ces premiers éléments nous ont permis de situer le contexte de notre problématique.

Intéressons-nous, à présent, au diagnostic et aux résultats que nous apporte notre enquête.

## 2 Un diagnostic en faveur du tutorat, mais des difficultés

### 2.1 Des difficultés toujours présentes et un dispositif en place

#### 2.1.1 Des difficultés rapportées par les acteurs

##### A) Des problèmes d'effectifs et de conditions de travail

Dans un contexte de difficultés à recruter faute de candidats et un turn-over important, le CGS s'indigne devant la situation de l'EPSMA : « *entre 2002 et 2007, les départs à la retraite des ISP ont été de 10% par an* ». Il ajoute « *l'objectif est de faire venir des nouveaux* ». L'EPSMA s'est, de ce fait, mobilisé. Ces problèmes de recrutement ne sont pas isolés, comme on l'a vu dans le chapitre précédent. La Directrice de l'IFSI (DS IFSI) parle de « *désaffection de la profession* » qui ne serait pas suffisamment attractive, de même que le secteur psychiatrique. « *Les limites de nos politiques : c'est l'image de la psychiatrie.* », nous affirme le CGS, et cela interfère sur le recrutement selon les CS enquêtés. Le sénateur MILON propose d'ailleurs d'agir sur cette mauvaise image.

Les départs d'infirmiers entraînent un mouvement de mutation interne libérant des postes en intra moins prisés, où sont alors affectés les nouveaux. La tutrice IDE le déplore ainsi : « *en deux ans neuf jeunes infirmières sont arrivées* ». L'équilibre des compétences entre l'intra et l'extra est difficile à trouver pour le DS. Cette situation est aussi observée<sup>20</sup> ailleurs, notamment en région PACA. Ce mouvement incessant des personnels conjugué au raccourcissement des durées d'hospitalisation donne le sentiment d'aller trop vite, « *d'être dans l'agir* », comme l'affirme la tutrice ISP rejointe en cela par trois autres collègues. Le sentiment négatif de perte de savoirs est majoré par celui d'une perte de sens des soins en psychiatrie. Une réflexion sur la politique d'affectation s'impose globalement, mais aussi en lien avec le tutorat qui ouvre des perspectives.

##### B) Les difficultés rencontrées par les infirmiers novices en psychiatrie

La majorité des acteurs interviewés rapporte que les nouveaux IDE ont des difficultés à s'intégrer dans le poste de travail à l'Hôpital. Selon les réponses portées à un questionnaire de l'EPSMA de 2005, ils ont une demande d'accompagnement par un autre professionnel. C'est aussi l'avis de la tutrice intra n°2 : « *le tutorat c'est trouver quelqu'un à nos côtés dans les situations difficiles que l'on peut connaître dans le service* ». Dans une actualité qui médiatise les risques, les jeunes diplômés sont inquiets face au poids de

---

<sup>20</sup> LATIL F., novembre 2007, « Mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie en région PACA ». *Soins Cadres de Santé*, n°64, pp45.

leurs responsabilités, comme le cite la tutrice ISP intra : « *les jeunes craignent les erreurs professionnelles.* ». Les nouveaux arrivants perçoivent que leurs savoirs, leurs compétences sont à conforter : « *on n'a pas toutes les connaissances quand on sort de l'école.* », déclare la tutrice pédopsychiatre n°2. Beaucoup demandent une formation complémentaire comme presque la moitié des personnes que nous avons interrogées. Selon la CS FC, le programme d'études de 1992 produit « *des lacunes dans le savoir-faire avec peu de stage en psychiatrie* » idée que nous avons vu précédemment. Découvrons maintenant le dispositif local.

### **2.1.2 Les modalités pratiques du dispositif et le ressenti des acteurs**

#### **A) L'organisation et le financement**

Le projet tuteur de l'EPSMA, financé depuis trois ans à hauteur de 473 302,40 euros, est présent dans le projet d'établissement, social, de soins, et de pôle, ce qui témoigne de l'engagement institutionnel. Il est structuré depuis 2005 et mis en œuvre en 2007 après son passage aux instances. Dans la région, l'enquête 2009 de l'ARH et de la DRASS montre des situations disparates, pour un tiers dans le projet social, et pour moitié dans le projet d'établissement, et trois quart seulement dans le projet de soins.

Le comité de pilotage (COPIL) regroupe la DRH et le CGS dont la collaboration est jugée par chacun d'eux comme déterminante. Le CS FC est chef de projet et anime un groupe de pilotage opérationnel (GPO) composé de CSS, CS, et d'un infirmier. Les CSS de pôle sont désignés chef de projet opérationnel. Des réunions, à l'échelle institutionnelle et dans chaque pôle, organisent le déploiement et le suivi.

#### **B) La démarche entreprise par les tuteurs et les tutorés**

##### **a) Présentation du tuteur et du tutoré**

Selon le projet tutorat de l'EPSM, le tuteur a cinq ans d'expérience en psychiatrie, est volontaire dans cette démarche et ce serait « un infirmier pour un infirmier pour minimiser les relations de pouvoirs ». Ce n'est pas toujours une démarche spontanée au départ, comme le rapporte le tuteur ISP extra « *j'ai été sollicité* » par l'encadrement. Les candidatures sont validées par le CS, et le CSS, le médecin du service puis soumises au GPO et au COPIL, ce qui apparaît pertinent pour sa connaissance et reconnaissance.

Les deux tiers des tutorés interrogés au niveau régional sortent de l'IFSI comme deux de nos enquêtés et un tiers vient d'un autre secteur d'activité. Les tutorés pédopsychiatre 1 et 2 ne sont pas novices en psychiatrie ni dans l'EPSMA, ce qui n'est pas l'objectif du PPSM. Il s'agit d'une utilisation élargie du dispositif tuteur dans le cadre d'un accompagnement d'une mobilité vers un service spécialisé qui est une idée intéressante pour un DS. Les

trois quarts des tutorés ne se trouvent pas dans la même unité de soins que le tuteur dans la région, comme à l'EPSMA où ils sont cependant dans le même pôle.

Le tutorat dure de 6 mois à un an, à raison de 8 heures par mois, sur le temps de travail. BAUDRIT en 1999 souligne que les bénéficiaires du tutorat ont plus de chance de se marquer lorsque ses pratiques se déroulent sur une certaine durée<sup>21</sup>.

L'organisation est jugée satisfaisante pour deux tiers des tutorés répondant à l'enquête région. Par contre, les avis des tutorés de l'EPSMA sont partagés, comme en témoigne la tutrice IDE : « *le comportement est très différent selon les tutorés* ». Les tuteurs eux, sont satisfaits à l'unanimité dans notre enquête.

#### b) *L'accompagnement par le tuteur*

A l'exclusion de quelques visites de l'hôpital ou auprès des partenaires, cet accompagnement prend principalement la forme d'entretiens d'environ une heure trente. Les entretiens avec le tuteur engagent une relation pédagogique dyadique entre un pair expérimenté et un novice. Ils sont individuels ou collectifs, d'aide et de soutien, organisationnels et se déroulent le plus souvent dans un bureau isolé. Les tuteurs et tutorés nous ont volontiers fait partager ces rencontres. Nous en avons retenu trois pour illustrer notre propos. La tutrice ISP extra rapporte : « *nous sommes partis de cas cliniques qui posent problème* », tandis que la tutrice ISP intra dit : « *on a discuté comment on allait procéder* », et la tutrice ISP intra parle de : « *que faire face au rejet du patient* ».

Dans les propos de nos interviewés, la pensée réflexive est explicitement encouragée par le tuteur, médiateur dans ce processus d'apprentissage. La médiatisation des entretiens est une technique largement répandue en psychiatrie. P. PASTRE, initiateur en 1991 de la didactique professionnelle utilise les séances de débriefing, car pour lui le moyen le plus efficace dans le développement des compétences n'est pas la reproduction de l'exercice, mais l'analyse de l'action.

Par ailleurs, les réponses de nos interviewés montrent que les tuteurs se positionnent dans le cadre d'une relation d'aide. Ils ont pour but le renforcement de l'auto-direction des tutorés. A ce sujet, en 2005, P. CARRE précise que les échanges informels et l'oralité qu'ils impliquent sont irremplaçables pour développer un compagnonnage technique en mesure de traiter les difficultés précises et psychologiques.<sup>22</sup> La relation tuteur / tutoré apparaît intersubjective : « *il y a nécessairement une interrelation forte pour favoriser les échanges. Un lien se crée* », nous dit le CS intra pour caractériser cette relation particulière. Le tuteur ISP extra est prudent et se prémunit de ce que peut induire cette

---

<sup>21</sup> BAUDRIT A., 1999, *Tuteur : une place, des fonctions, un métier ?*, Paris : PUF, Education et Formation, 163p.

<sup>22</sup> CARRE P., 2005, *L'Apprenance. Vers un nouveau rapport au savoir*. Paris : Édition Dunod, 212p.

relation et nous confie : « *le tutorat se fait toujours en binôme avec les deux tutorés. C'est préférable pour plus de neutralité en termes d'implication et de confidentialité* ». Le tuteur rassure la tutorée intra n°2 : « *on sait qu'on a quelqu'un qui est là* ». Il se positionne en partenaire bienveillant du professionnel inexpérimenté pour lui permettre d'appréhender les différentes facettes du métier et la construction de son identité professionnelle ce qui donne ce sentiment de complicité. Il est à noter que la tutorée pédopsy n°1 ressent « *un lien hiérarchique entre le tuteur et le tutoré* ». Une relation qui placerait le tuteur dans une position dominante tout en étant pair de l'autre. D'ailleurs, tous sont unanimes pour demander un pair infirmier comme tuteur et non un cadre. Ces propos témoignent du rôle multi dimensionnel du tuteur qui accompagne dans ses besoins le nouvel arrivant.

c) *Le volet formation et les outils utilisés*

A l'EPSMA, la formation « consolidation des savoirs » (19 213 euros) est réalisée par des professionnels de l'établissement, contrairement à celle des « tuteurs » qui fait appel à un organisme externe en partenariat avec d'autres établissements. Le CS FC déclare : « *le tutorat avec les volets formation « tuteurs » et « consolidation des savoirs » vient compléter un projet d'intégration antérieur dont quelques éléments existaient avant la mise en place du programme de 92* ».

Le tutorat avec ses deux volets n'est pas rendu obligatoire et s'appuie sur un accord contractualisé, non formalisé par écrit, entre le tuteur / le tutoré / le CSS de pôle.

Dans l'enquête région, les tuteurs, qui se déclarent presque à l'unanimité satisfaits de leur formation, ont surtout été formés en 2007-2008 comme dans l'EPSMA. Sur la région, on peut noter que 15% ont été formés sans pour autant tutorer dans l'immédiat, probablement en prévision de besoins futurs profitant ainsi de la période financée.

Concernant les outils utilisés, nous pouvons mentionner : la lettre de motivation du tuteur au CSS de pôle, puis, la grille d'objectifs du tutoré élaborée avec le tuteur, une synthèse des thèmes abordés : psychopathologie, difficultés rencontrées adressées au groupe de pilotage opérationnel à la fin du cycle tutoral. Ces documents sont sur papier libre. Une « lettre de mission du tuteur » a été construite, ce n'est pas le cas de la moitié des tuteurs répondants à l'enquête région qui déclarent ne pas avoir de fiche de mission et de poste.

C) *Une place difficile à trouver pour les CS de proximité dans le dispositif*

Le dispositif donne une mission officielle aux CSS de pôle. Les CS ont pour mission d'être des « facilitateurs » et rendre disponibles le tuteur et le tutoré. Ils peuvent à la demande de l'infirmier novice, l'accompagner dans l'élaboration de ses objectifs. Dans les entretiens que nous avons menés, les CS apparaissent en difficulté pour se situer dans ce processus. De fait, le CS extra résume sa mission jugée difficile par : « *comment je dégage du temps* ». Pourtant, des attentes leur sont formulées : « *les tuteurs aimeraient le soutien de la part de l'encadrement* », nous précise le CS FC.

#### D) Participation des médecins au dispositif

Dans le projet constitutif du tutorat de l'EPSMA, les candidatures des tuteurs sont validées par le médecin du service, de même qu'ils ont donné un avis lors du passage en CME. La grande majorité des enquêtés de l'EPSMA disent avoir rarement ou pas du tout d'échanges à ce sujet avec les médecins. Le psychiatre de l'EPSMA déclare : « *je sais que ça existe, le CSS en a parlé en réunion de pôle* ». Par contre, un seul médecin intervient dans le module « consolidation des savoirs ». In fine, ils ont été peu sollicités alors que le rôle sur prescription de l'infirmier les concerne comme la prise en charge globale du patient.

Nous avons découvert la démarche tutorale de l'EPSMA, poursuivons avec les atouts et freins du tutorat.

## 2.2 Les atouts du tutorat, ses contraintes et ses limites

### 2.2.1 Des atouts majeurs pour affronter les difficultés

#### A) Tutorat : outil d'attractivité et de recrutement

Une étude<sup>23</sup>, réalisée auprès de 27 720 infirmiers, montre que les activités de tutorat ouvrent des marges de manœuvre intéressantes pour l'encadrement. Le tutorat améliorerait la satisfaction de tous soignants novices ou expérimentés, et proposé lors de l'embauche le tutorat constitue un facteur d'attractivité, ce qui intéresse particulièrement le DS et l'institution. Si l'on rapproche ces éléments de l'enquête régionale, on constate que près de 80% des CS estiment le dispositif, dans le domaine de la psychiatrie, attractif. Les Directeurs ajoutent, pour 70% d'entre eux, qu'il s'agit d'un outil de recrutement. Dès lors, les tuteurs apparaissent comme des acteurs de recrutement et de la fidélisation.

#### B) Le tutorat : outil d'accueil, d'intégration et de fidélisation

D'après les résultats de l'enquête région 2009, beaucoup de réponses le confirment. De façon générale, les CS disent que le processus tutoral favorise l'intégration des nouveaux professionnels et 85% déclarent qu'il optimise la prise de fonction. Les tuteurs sont 80% à répondre que le tutorat est une aide dans la fonction d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants, opinion partagée d'ailleurs par presque 90% des tutorés. Le CS intra nous fait part de son avis : « *ils se sentent alors des professionnels à part entière au même titre que leurs collègues plus anciens* ». Le tutorat est bien un médiateur d'intégration, ce qui répond aux difficultés rencontrées par les infirmiers novices.

---

<sup>23</sup> ESTRYN-BEHAR M ; IJM VAN DER HEIDJEN B ; FRY C, août 2007, «Le tutorat au service du management intergénérationnel ». *Soins Cadre de Santé*, supplément au n° 63, pp13.

Pour ce qui concerne la fidélisation, dans cette même enquête, deux tiers environ des CS et des tutorés pensent que le processus tutoral concourt à la fidélisation, mais un tiers ne partagent pas cette opinion. Les Directeurs pensent pour 80% d'entre eux qu'il s'agit d'un outil de fidélisation, opinion partagée par les tuteurs. Le CS extra de l'EPSMA affirme : « *le tutorat va produire un retour sur investissement pour les établissements pour stabiliser les infirmières* ». Il apparaît difficile d'apprécier la fidélisation à trois ans seulement de la mise en place du dispositif, et d'autre facteur influent sur cette question.

#### C) Le tutorat est un médiateur d'apprentissage

Au regard de la grande enquête menée en 2007 auprès d'infirmiers et publiée dans la revue *Soins Cadre de Santé*<sup>24</sup>, les activités de tutorat présentent un double avantage de rassurer les novices, tout en favorisant des conditions de travail accueillantes, créant un climat propice à la production de sens et de développement de leurs compétences et de possibilités de « bien faire » leur travail. Les résultats de l'enquête régionale montrent que 80% des cadres interrogés pensent que le tutorat a permis aux tutorés de mobiliser leurs acquis et leurs connaissances lors de situations de soins. Les tutorés seraient capables de construire une alliance thérapeutique avec le patient et d'acquérir une distance relationnelle « cadrante ». Ils s'inscrivent dans une équipe pluridisciplinaire et développent une réflexion clinique sur la prise en charge des soignés. Les tutorés confirment presque l'évaluation faite par leur hiérarchie. Ces conclusions qui montrent, une amélioration des compétences des tutorés et de la qualité des prises en soins des patients sont plutôt favorables au soutien par le DS de la reconduction du dispositif.

#### D) Le développement des compétences et la construction identitaire

Le tutorat permet le développement de compétences à la fois du tuteur et du tutoré mais aussi de leurs identités professionnelles dans un parcours professionnalisant, déclarent une grande majorité des enquêtés de l'EPSMA. Le CS extra pense que « *le tutorat permet d'approfondir et complète les compétences* ». Presque 60% des CS de la région précisent que le tutorat entraîne un réinvestissement du champ clinique des tuteurs. Il répond en effet à une dynamique professionnalisante. La construction de cette identité professionnelle s'appuie sur un système d'interactions entre trois zones selon Olivier BECOUZE<sup>25</sup> : une zone d'acquisition (appropriation des compétences), une autre de modélisation (processus adhésion-identification) et la troisième de réalisation (mise en œuvre des compétences). Elle s'appuie aussi sur trois besoins que sont la réalisation (qui

---

<sup>24</sup> ESTRYN-BEHAR M ; IJM VAN DER HEIDJEN B ; FRY C, août 2007, «Le tutorat au service du management intergénérationnel ». *Soins Cadre de Santé*, supplément au n° 63, pp15.

<sup>25</sup> BECOUSE O, CHAUCHON C, SALOMON N, Des représentations du métier à la construction de l'identité professionnelle, *Recherche en soins infirmiers*, n°45 juin 1996, pp 149.

s'exprime dans le domaine professionnel), l'appartenance (qui est du domaine affectif) et de pouvoir en tant qu'appropriation des compétences (qui fait partie du domaine cognitif). Le dispositif de l'EPSMA n'a cependant pas prévu l'évaluation des compétences et de leur évolution des tuteurs et tutorés, à l'aide d'outils adaptés qui objectivent ces conclusions.

E) Le tutorat : facteur de valorisation et de promotion du tuteur

L'exercice des fonctions de tuteur renforce l'estime de soi. « *Etre tuteur conforte narcissiquement les personnes. Ils se sentent valorisés* », constate le CGS. Dans le même sens, les conclusions de la grande enquête (effectuée auprès de 28 000 infirmiers), que nous avons citée précédemment, montrent que « les activités de tutorat et d'expertise correspondent à la reconnaissance de l'expérience dans leur exercice professionnel que les soignants de plus de dix ans d'ancienneté réclament. »<sup>26</sup>. Plus de 80% des tuteurs répondant à l'enquête régionale se sentent reconnus par la hiérarchie, par les tutorés, et par l'équipe soignante. Ce renforcement positif est facteur de valorisation et d'engagement professionnel ce qui intéresse les institutions dont le DS.

F) Le tutorat comme possibilité d'évolution professionnelle

Le tuteur ISP extra a déclaré : « *je suis tuteur depuis 2 ans, c'est pour moi comme une démarche transversale* ». Cette mission, qui élargit le champ d'exercice de l'infirmier, est associée à une évolution de carrière. Le CS extra ajoute : « *c'est quelqu'un qui du coup a réinvesti le soin. On a sollicité des personnes en fin de carrière chez qui on a senti une lassitude* ». Le tutorat apparaît comme l'opportunité d'une seconde carrière comme le préconise le rapport COUTY. En même temps, le CGS nous emmène vers une autre piste : « *le tuteur peut rebondir sur des projets cadre. Cette trajectoire est moins anxiogène* ». Le tutorat permet de découvrir une mission d'encadrement, étape intermédiaire de construction d'un nouveau projet d'évolution ou promotion professionnelle, tel que l'encadrement où il est difficile de trouver des candidats.

G) Le tutorat : levier pour une cohabitation intergénérationnelle

Le tutorat facilite la cohabitation intergénérationnelle, puisque près de 70% des CS répondant à l'enquête régionale pensent que le dispositif a permis de répondre à une logique de transmission des savoirs entre générations. Le tutorat est un catalyseur pour le développement des relations intergénérationnelles.

---

<sup>26</sup> ESTRYN-BEHAR M ; IJM VAN DER HEIDJDEN B ; FRY C, août 2007, «Le tutorat au service du management intergénérationnel. ». *Soins Cadre de Santé*, supplément au n° 63, pp15.

Le management de la coopération intergénérationnelle apparaît comme un des défis majeurs pour favoriser l'emploi des plus de cinquante ans et attirer les jeunes dans les professions soignantes. Un travail d'équipe de qualité permet la coopération entre deux générations de soignants qui ne partagent pas complètement la même histoire, ni les mêmes références<sup>27</sup>. Le tutorat influe aussi sur la gestion de conflits intergénérationnels ou d'origines professionnelles IDE / ISP.

## 2.2.2 Des contraintes et des limites

A) Des contraintes qui pèsent sur les acteurs

a) *Contraintes pour l'encadrement*

Près de 80% des CS de l'enquête région pensent qu'il est contraignant de permettre aux agents de s'investir dans le processus tuteur, ce qui appelle le DS à s'intéresser particulièrement à cette problématique. D'ailleurs, la question de la gestion de planning est, aussi, récurrente dans nos entretiens. Le CS intra déclare « *parfois nos effectifs sont si réduits que nous sommes amenés à supprimer les temps de formation* ». Il y a un risque de mettre le CS en conflit avec l'équipe du fait de la tension sur l'effectif : « le CS était plus enclin à faire tourner le planning », critique le tuteur intra n°1. Conscient du problème, le DRH et le Psychiatre de l'EPSMA demandent la conservation des moyens financiers pour les remplacements.

b) *Contraintes pour les tuteurs*

Presque la moitié des tuteurs répondant à l'enquête régionale considèrent l'investissement dans le dispositif contraignant voire très contraignant. En effet, une particularité du tuteur est l'ambivalence de sa fonction de formateur - producteur. Comme le souligne Bouvard en 1993, "en entreprise, le temps est capital"<sup>28</sup> ; c'est pourquoi, le CGS nous met en garde « *attention à ce que le groupe de tuteurs ne s'épuise pas à être à la foire et au moulin* ». Le tutorat est une activité chronophage de l'avis presque unanime.

c) *Contraintes pour les tutorés*

Les tutorés sont partagés en deux groupes puisque la moitié juge leur investissement dans le dispositif tuteur contraignant (cas de la tutoree pédopsych) et pas l'autre moitié. La tutoree pédo n°1 comme tous déclare : « *nous avons eu du mal à nous rencontrer pour des questions de gestion des plannings* ».

---

<sup>27</sup> ESTRYN-BEHAR M ; IJM VAN DER HEIDJDEN B ; FRY C, août 2007, «Le tutorat au service du management intergénérationnel. ». *Soins Cadre de Santé*, supplément au n° 63, pp13.

<sup>28</sup> BOUVARD C., 1993, *Le tuteur minute : guide pratique du formateur sur le poste de travail*. Paris : Éditions d'Organisation, pp38.

## B) Les limites

### a) *Le refus du nouveau professionnel de s'engager dans la démarche*

Pour le CS intra, « *l'injonction aux savoirs ne permet pas la transmission de savoirs. Il faut qu'il y ait un choix personnel* ». Le caractère obligatoire ne favorise pas les apprentissages. Le volontariat permet à certains de ne pas rentrer dans le dispositif. Le CS pédopsy rapporte, en effet, que : « *le tuteur pensait qu'il n'en avait pas besoin. Il n'avait pas envie de participer* ».

Par ailleurs, « *les tutorés ressentent au départ une non reconnaissance de leur diplôme* » confie le CS extra rejointe par deux tuteurs et un CS. Un refus du dispositif peut être lié à ce sentiment. Le risque peut être de faire douter le jeune professionnel sur ses capacités, ce qui pourrait être contre-productif. Le tuteur attend d'être considéré comme un professionnel à part entière et non plus comme un étudiant, insiste l'ensemble des tutorés et des tuteurs de notre enquête. S'il n'est pas accompagné institutionnellement et par l'encadrement de proximité, il y a un risque d'échec du dispositif.

### b) *Une difficulté à trouver des candidats tuteurs*

Le CGS déclare que « *les premiers infirmiers formés en 1992 ont bénéficié des mentors, ils ont été très bien intégrés. Aujourd'hui ils restent très peu d'ISP* ». Les départs des ISP diminuent les possibilités de trouver des infirmiers expérimentés. Cette situation se retrouve aussi en Région PACA. Le CS FC s'inquiète : « *le choix du tuteur peut devenir difficile en intra hospitalier* » puisque nous avons constaté que de nombreux nouveaux infirmiers y exercent. Il y a aussi un risque de manque de personnes ressources pour assumer des fonctions de tuteur. Francis LATIL l'explique pour partie « *les ISP les plus expérimentés ne perçoivent pas le sens du tutorat.* »<sup>29</sup> car pour ces derniers, il a toujours existé. A ce propos, le CS intra nous rappelle : « *il a fallu du temps pour que les ISP acceptent d'être tuteurs. Ils ont d'abord refusé.* ». Pour eux, la suppression de leur diplôme signifiait qu'il n'était pas reconnu donc qu'eux-mêmes n'étaient pas compétents.

### c) *Un poids financier représenté par l'ensemble du processus*

Le financement n'a pas été une contrainte pendant trois ans permettant ainsi une expérimentation à l'échelle nationale reposant plus sur le savoir faire et la volonté des acteurs de s'y engager mais, il le devient à partir de 2010. Il va nécessiter des choix et des arbitrages qui vont conditionner pour une grande part l'avenir du dispositif.

---

<sup>29</sup> LATIL F., novembre 2007, « *Mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie en région PACA* ». *Soins Cadres de Santé*, n°64, pp45.

Après avoir découvert les atouts du tutorat sans négliger les limites et contraintes, nos investigations nous conduisent vers des facteurs de pérennisation.

## **2.3 Des conditions réunies pour poursuivre et évoluer**

### **2.3.1 La capitalisation d'une expérience de trois ans**

Des compétences ont été acquises pour l'organisation et le déploiement du dispositif. Cette expérience de trois ans a permis de tester et d'améliorer le dispositif à l'échelon national, régional et local. Les organisations sont en place, immédiatement opérationnelles et performantes, ce qui génère une économie à la fois des ressources humaines et financières. De plus, antérieurement, « *la psychiatrie ne parlait pas de tutorat mais proposait que les jeunes diplômés fassent des formations depuis longtemps bien avant 2005 et le Plan Santé Mentale* », nous remémore le CS intra. Par conséquent, ces formations étaient bien intégrées dans les budgets de formation qui vont pouvoir à nouveau être sollicités.

### **2.3.2 Des acteurs mobilisés et mobilisables**

Les résultats de l'enquête régionale le confirment. Les CS interrogés souhaitent, pour 80 % d'entre eux, que soient pérennisées à la fois la formation « consolidation des savoirs » des tutorés et la formation des « tuteurs ». Les tuteurs, à hauteur de 90%, se déclarent prêts à continuer leur engagement dans le processus tutoral. Les institutions ne peuvent pas faire fi de ces paramètres notamment le DS au regard de ses responsabilités.

Les équipes de tuteurs formés, sont jugées disponibles à l'unanimité par les tutorés de l'enquête régionale. Le CGS est confiant pour l'avenir proche : « *avec 27 tuteurs formés, ils vont pouvoir continuer leurs missions avec quelques jours de formation en suivi* ».

L'EPSMA dispose d'une capacité d'autonomie pour assurer la formation « consolidation des savoirs », en faisant appel à des personnes ressources : un Directeur, un médecin, des Cadres et Cadres Supérieurs de Santé, un psychologue.

Nous avons mis en évidence des atouts leviers stratégiques pour un DS et une institution hospitalière pour faire face aux enjeux avec les freins qui optent en faveur d'une pérennisation. Des préconisations sont cependant proposées dans cette dernière partie.

### 3 Des préconisations

Des améliorations au dispositif doivent être apportées puisque environ 30% des tuteurs interrogés dans l'enquête régionale, ne sont pas satisfaits des modalités d'organisation du tutorat dans leur établissement. Cette partie de notre étude va, donc, tenter de proposer des axes d'avancement dans lesquels le directeur des soins va investir ses compétences.

#### 3.1 Un ancrage politique et stratégique affirmé du tutorat

Dans un premier temps, un engagement institutionnel déterminé et déterminant est indispensable pour mener ce type de projet. A ce propos, un Directeur d'établissement écrit : « *le processus tutoral s'inscrit dans une dynamique systémique qui cherche à pérenniser la stratégie définie au bénéfice du projet d'établissement au travers du projet de soins, social* ». Le CGS, nous précise le tutorat n'est pas l'affaire de la Direction des Soins uniquement mais nécessite un engagement institutionnel et une bonne communication : « *il faut inscrire le tutorat dans la politique sociale* ». Le passage aux instances apparait un élément qui affirme bien l'ancrage institutionnel d'un tel projet. L'élaboration d'une fiche tutorat et son suivi dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens accentue la dimension et l'engagement institutionnels à un niveau régional.

D'autre part, le directeur des soins assure un pilotage stratégique du projet tutoral des nouveaux infirmiers en psychiatrie et des étudiants infirmiers sous l'autorité du chef d'établissement. Le DS constitue un comité de pilotage stratégique composé du DRH, du président de la CME ou son représentant, du directeur des finances, d'un directeur d'IFSI partenaire, un membre de la CSIRMT, un tuteur d'infirmier, un tuteur d'étudiants infirmiers, un CS, un CSS, un représentant du personnel. Ce COPIL se réunit deux fois dans l'année. Il a pour mission de définir la politique, de coordonner la démarche, de fixer les priorités, de soutenir la démarche et enfin surveiller l'avancement du projet. Le CSS devient chef du groupe de pilotage opérationnel qui est composé d'un représentant cadre de santé, d'un tuteur et d'un tuteur par pôle, d'un cadre de santé de l'IFSI, d'un étudiant infirmier. Ce groupe réuni tous les deux mois, est missionné par le COPIL pour coordonner et structurer le dispositif, apporter un soutien méthodologique, réaliser le lien entre les professionnels et le COPIL, répertorier les actions en cours, développer le système documentaire et les outils. Le CSS est chargé du « reporting » auprès du DS tous les mois. De plus ce groupe opérationnel pourra mener ponctuellement des enquêtes ciblées sur le tutorat au regard des objectifs attendus auprès des professionnels, des étudiants, mais aussi auprès des usagers. Le suivi des questionnaires de sortie ou des déclarations des événements indésirables permettrait de mesurer la satisfaction, objectif prioritaire, des usagers. Des tableaux de bord existants bien souvent ou à construire

permettraient d'évaluer l'efficacité du dispositif en termes de recrutement, d'intégration et de fidélisation.

Nous avons évoqué, ci-dessus, la nécessité pour la Direction d'être le premier acteur du projet de tutorat, en y apportant son appui et en dégagant les moyens nécessaires à la mise en œuvre des actions. A partir des interviews menées, nous allons maintenant nous arrêter sur la formalisation écrite du tutorat par le COPIL et le groupe de pilotage opérationnel. Les éléments stratégiques et politiques sont écrits par le DS en collaboration avec le COPIL et validés par le chef d'établissement. Nous proposons en annexe IV des fiches opérationnelles pour faciliter la mise en œuvre du tutorat dans un EPS.

Concernant le groupe de pilotage opérationnel, il aura plusieurs outils à construire pour faciliter accompagner, structurer, évaluer le dispositif et harmoniser les pratiques professionnelles de tutorat. Les outils sont soumis à l'approbation du DS qui consultera ses collaborateurs CSS à ce sujet. Les étudiants ont pour leur part des outils officiels à utiliser.

Une charte de fonctionnement du tutorat infirmier nous paraît utile. Elle précise les valeurs communes retenues par exemple : que la démarche à la fois du tuteur et tutoré infirmier est volontaire. *« Si le tutoré n'est pas demandeur, il n'y a pas grand chose qui va se mettre en place »* dit le CS intra. La tutrice pédopsychiatre n°1, ajoute, *« le tutorat doit être fait sur la base du volontariat : contrainte de le faire ça m'a déplu »*. Cependant, en cas de refus du tutoré on lui demandera de le motiver, si le CS considère lui que pour cette personne le tutorat est nécessaire. Le temps du tutorat est du temps de travail peut y être précisé etc.

Un modèle institutionnel de contrat à signer entre le tuteur et le tutoré est aussi intéressant. La tutrice ISP intra déclare *« ce serait bien de formaliser le début et la fin du tutorat »*. Cet écrit engagera les parties, définira la date de début, de fin, les moyens mis à disposition par l'institution. Définir un contrat, c'est aussi prévoir des temps d'évaluation de la démarche, et comme le note le CS extra : *« ça serait bien de formaliser un entretien regroupant cadre du tutoré / cadre du tuteur / tuteur / tutoré, puis tutoré / CS au départ, à mi-parcours et fin de parcours »*.

De même, lorsque l'on parle d'évaluation, on pense aux entretiens professionnels. Le CS extra relève que *« dans la notation on devrait tenir compte du tutorat. Quelles sont les compétences développées ? Qu'est-ce que le tutoré a consolidé ? »*. Un modèle de grille d'évaluation du tutoré institutionnalisé est un troisième outil à proposer. Le Cadre la complète en présence du tutoré lors d'un entretien au début de la démarche, à mi-parcours et à la fin. Elle n'est pas destinée au tuteur qui n'en a connaissance qu'à la seule initiative du tutoré et par lui. Une grille d'entretien trimestriel à l'usage du tuteur et tutoré peut leur faciliter leur régulation.

En outre, nous pensons comme le CS extra qu'il serait intéressant d'évaluer aussi le bénéfice pour le service et l'Institution. Ceux sont les tableaux de bord que nous avons évoqués précédemment déclinés au niveau du pôle et du service. Certes, après l'évaluation, il faut s'engager sur des réajustements pour savoir d'après le CS pédopsy « *pourquoi ça n'a pas marché* ».

Dans un second temps, concernant le financement, nous pensons que ce projet institutionnel pourrait s'appuyer sur le budget de formation ou relever, des fonds structurels de l'Union Européenne destinés à « élever le niveau de qualifications et de compétences du personnel de santé ». Le livre vert, dont sont issues ces informations, préconise<sup>30</sup> d' « utiliser d'avantage le concours des fonds structurels dans la formation initiale et continue des professionnels de santé ». Les dossiers pourraient être constitués à partir des résultats de cette expérience de trois ans, et financer la « consolidation des savoirs », la formation des « tuteurs » infirmiers et étudiants infirmiers ou la formation de formateurs de tuteurs. Le soutien de la CTR et la Conseillère pédagogique régionale sera recherché par le DS. Le Directeur d'établissement qui valide la démarche s'adresse en premier lieu à l'ARH. Le dossier est suivi en interne par le DS avec le COPIL.

Par ailleurs, à partir de 2010, la circulaire<sup>31</sup> concernant le Décret relatif à la formation tout au long de la vie 2008 est applicable. Les formations afférentes au tutorat correspondent au volet formation continue des établissements. Concernant celle des tuteurs, c'est une action de développement et d'acquisition de connaissances ou compétences, et à ce titre elle peut être réalisée hors du temps de travail. Toutefois, ce n'est pas souhaitable, compte tenu des difficultés à trouver des tuteurs, et de l'absence de gratifications statutaire ou financière accordées à ces derniers. Si la formation se fait à l'intérieur de l'établissement pour minorer les frais, le budget formation prendra en compte seulement le coût pédagogique, la rémunération des personnes en formation et les frais éventuels de déplacements et d'hébergement.

Ensuite, pour que ce dispositif soit viable, il ne faut pas oublier la participation essentielle des médecins psychiatres à la formation des nouveaux infirmiers comme des étudiants. La baisse de leur nombre et la multiplicité de leurs activités expliquent, selon eux, un investissement moins important dans ce domaine. Les personnes interviewées le déplorent pour une grande majorité. Pour pallier cette difficulté, un travail de collaboration entre la Direction des Soins, le Président de CME en premier lieu puis avec, l'ensemble du corps médical et les psychologues, les cadres peut permettre d'assurer tout ou partie la « consolidation des savoirs », comme l'on fait l'EPSMA. Un projet de formation pourrait

---

<sup>30</sup> COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES. Livre vert relatif au personnel de santé en Europe, 10 décembre 2008, p 15.

<sup>31</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. Circulaire n° DHOS/RH2/RH4/2009 du 22 juin relative à l'application du Décret n°2008-824.

être élaboré sur la base d'un cahier des charges incluant des moyens humains propres à l'EPS, et des moyens appartenant à des organismes externes. Le coût de cette formation serait, en conséquence, réduit. Enfin, la présence médicale dans les groupes de pilotage tel que cela a été proposé au dessus, affirme la place des médecins dans un tel dispositif et contribue à leur engagement et leur implication au niveau opérationnel comme au niveau politique.

Nous pouvons conclure cette sous-partie en deux points. D'abord, mettre en place un dispositif tel que le tutorat impose une communication dirigée vers différents publics internes et externes à l'établissement, par exemple, auprès des étudiants infirmiers, par les IFSI puisque la tutoree intra n°2 nous dit : « je *n'en n'avais jamais entendu parler auparavant* ». Des interventions en IFSI peuvent être un support à cette communication. Une communication dans une conférence professionnelle peut représenter un autre moyen ou encore un article dans une revue professionnelle ou sur le Web. En interne, le site intranet, quand il existe, ou le journal interne sont de bons outils. La CSIRMT peut être aussi sollicité par son président pour accompagner la démarche. Les idées sont multiples et se discutent avec l'équipe de Direction, médicale et soignante et avec les partenaires sociaux.

Continuons avec un autre élément qui touche à la politique institutionnelle ; la GPMC.

## **3.2 Le tutorat : un levier dans la GPMC**

### **3.2.1 Un nécessaire travail sur les compétences avec le tutorat**

La formation par tutorat dans une Institution hospitalière semble parfaitement correspondre aux besoins de formation de nouveaux arrivants. L'analyse préalable des métiers permet, d'ailleurs, une grande précision dans la définition des compétences. De plus, les analyses d'activités et de compétences liées à un métier dans une unité donnée permettent de construire des outils de suivi des apprentissages à la fois à l'usage des infirmiers et des étudiants avec une gradation progressive. A partir du référentiel métier des professionnels de santé, on peut identifier les compétences spécifiques à la prise en soins psychiatriques et élaborer une stratégie d'analyse des processus de soins à partir de situations clefs identifiées. La transmission des bonnes pratiques n'est, en effet, possible que si celles-ci sont clairement ciblées.

La mise en place du nouveau modèle d'évaluation des étudiants est une opportunité pour le DS de travailler sur les compétences disponibles dans l'établissement et leur adéquation aux besoins des patients. L'inventaire des compétences présentes sur un pôle sera présenté dans l'offre de stage pour des étudiants en formation comme le prévoit le nouveau programme d'études. Le DS peut initier une évaluation des compétences pour

l'ensemble des paramédicaux, pour ne pas créer d'inégalités de traitement entre les différents professionnels d'un même établissement. Enfin, l'analyse de l'ensemble des grilles des tutorés peut permettre d'effectuer un bilan annuel du dispositif afin d'en évaluer l'efficacité. Mener cette politique, c'est favoriser une véritable gestion prévisionnelle des métiers et des compétences.

### **3.2.2 A propos du tuteur**

D'une part, si l'on souhaite mettre en place la fonction tutorale de façon globale et transversale à toute l'Institution, il faut tenir compte du fait que la gestion du personnel ne se déroule pas toujours de la même façon dans les différents secteurs (ou unités). Une grille de recrutement et de sélection peut être élaborée par le groupe de pilotage opérationnel pour harmoniser les critères de sélection et les rendre transparents. D'autre part, il n'y a pas toujours de volontaires, surtout si des compensations statutaire et financière ne sont pas prévues comme c'est le cas dans les EPS. Il s'agit, alors, de trouver d'autres façons de motiver les agents que l'on aimerait voir s'impliquer dans l'expérience, notamment au moment de la notation, levier pour l'encadrement, donc de l'Institution pour valoriser la personne.

Le principe selon lequel le tuteur n'est pas un cadre semble pertinent pour bien différencier le rôle du tuteur de celui du Cadre de Santé. Dans l'EPSMA, lieu de notre recherche, comme dans quasiment toute cette région, c'est le choix qui a été fait. Le tuteur n'est pas nécessairement ISP, non plus. D'ailleurs, les IDE représentent la moitié des tuteurs de cette région et le chiffre devrait s'accroître dans l'avenir. Pour définir le nombre de tuteurs à former, un ratio d'un tuteur pour un à deux tutorés est une moyenne raisonnable.

La question de l'affectation du tuteur et du tutoré dans une même unité, ou pas, ne peut pas être tranchée au regard de nos éléments d'analyse. Cette réponse est à adapter au terrain dans une réflexion institutionnelle.

La durée globale d'un maximum d'un an est à conserver à raison de quatre heures par mois. Le démarrage se fait dans les deux mois qui suivent l'arrivée du tutoré, cela semble pertinent.

Après ces éléments de cadrage général, nous allons aborder des propositions tenant compte à la fois des atouts du tutorat et de l'environnement sanitaire, social, économique et politique.

A) Tuteur : une opportunité pour un nouveau métier ou de nouvelles fonctions

Le tutorat apparaît pertinent pour offrir aux agents expérimentés des perspectives valorisantes de diversification des parcours en seconde partie de carrière et aux EPS une gestion plus dynamique de leur pyramide des âges.

Autrement dit, être tuteur peut représenter une seconde carrière des personnels hospitaliers (thème abordé lors des négociations « Fonction Publique Hospitalière » le 10 mai 2006). En outre, détacher un professionnel pour quatre heures par mois peut permettre un retour sur investissement en termes de compétences, d'engagement et de qualité des soins, ce qui intéresse indéniablement une Institution et ses usagers.

Développer la fonction de tuteur en la professionnalisant et en la décrivant dans la fiche de poste, c'est permettre l'affirmation de compétences spécifiques en santé mentale. Or, la moitié seulement des tuteurs interrogés dans l'enquête régionale déclare avoir une fiche de poste ou une lettre de mission. La fonction tutorale sera intégrée dans l'évaluation de l'agent. La construction d'une fiche de poste et d'une lettre de mission pour le tuteur peut être construite par le groupe de pilotage opérationnel. La lettre de mission est signée par le tuteur et le DS lors d'un entretien. Le DS peut déléguer cette mission au CSS chef de projet.

#### B) Des tuteurs parmi les séniors ou les jeunes retraités

Les seniors ont progressé dans les EPS. Comment faire pour leur donner de nouvelles perspectives s'il n'y a plus d'évolutions en termes de mobilité et de rémunération ?

Ainsi, le tutorat peut aider à motiver les seniors présents sur des postes, dont ils ont beaucoup appris, à un moment où leur évolution de carrière risque de stagner. Un autre avantage est de ne pas perdre les acquis que représentent les compétences portées par les seniors lors des départs en retraite. C'est, aussi, donner aux plus jeunes la possibilité d'acquérir la connaissance de leurs missions, le savoir-faire et la culture d'établissement qui leur permettraient d'être plus vite efficaces et opérationnels. Cependant, être sénior n'est pas une condition suffisante pour être tuteur. Le lien entre tutorat et seniors est d'autant plus porteur d'avenir qu'il participera d'un management intergénérationnel des équipes de travail.

L'incitation au travail des seniors est une priorité du gouvernement français mais aussi de l'Europe. Le Secrétaire d'État à l'Emploi, Laurent WAUQUIEZ<sup>32</sup> a déclaré, le 19 mars 2009, vouloir inciter plus fortement les entreprises à utiliser le tutorat pour améliorer l'emploi des seniors qui est trop bas en France.

Le tutorat pour les salariés senior<sup>33</sup> permet à la personne de percevoir sa retraite en plus d'un CDD, en tant que tuteur auprès d'un salarié moins expérimenté. Cette démarche

---

<sup>32</sup> Lors de la présentation du rapport Bernard MAZINGUE : "Seniors tuteurs : comment faire mieux ?".

<sup>33</sup> Ce dispositif a été introduit par la loi, n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la Sécurité Sociale pour 2007, publiée au JO le 22 décembre 2006, et codifié à l'article L161-22 du Code de la Sécurité Sociale.

pourrait aisément être reprise par un EPS notamment en difficulté de recrutement et qui limiterait l'ambivalence formateur – producteur du tuteur.

### C) Fonction Tuteur : une opportunité d'ouvrir des postes aménagés

La proposition d'un poste de tuteur peut permettre à certains agents de reprendre le travail sur une mission temporaire ou définitive qui fait l'objet d'une fiche de poste spécifique. Certains handicaps physiques ne sont, d'ailleurs, pas une contre-indication. Le coût financier et humain est important dans les arrêts de travail, longue maladie, accidents du travail parfois prolongés par manque de postes aménagés. Le tutorat permettrait une reprise de travail, facteur de satisfaction pour les agents et l'Institution.

### 3.2.3 Un rôle pivot du Cadre de Santé dans le dispositif

Face au mal être dont ont témoigné, dans notre étude, les Cadres de proximité parce qu'ils se sentent dépossédés de leurs missions de formation, la réponse pourrait consister à les inscrire dans l'évaluation des compétences des tutorés, à la fois à leur entrée dans le dispositif et à la fin voire même en cours si nécessaire.

Aujourd'hui, chez nos enquêtés, cette évaluation a été réalisée sans support d'évaluation des compétences. Cette mission ne peut être dévolue au tuteur qui, pour toutes les personnes interrogées, s'y refusent. Elle modifierait la relation tuteur / tutoré comme l'on aussi fait remarquer ces personnes. La fonction pédagogique de l'encadrement peut être valorisée en constituant un groupe de cadre formateur de tuteurs. Ce groupe serait, par exemple, constitué de deux cadres formateurs par pôle (en fonction de la taille de l'établissement).

Concernant l'aspect financier, le CS FC annonce un budget de 2 174 euros pour 7 jours de formation pour un groupe de 11 personnes. Dans l'enquête régionale que nous avons découvert dans le chapitre précédent, environ 60% des CS souhaitent partager leur expérience dans le domaine du tutorat avec d'autres collègues et développer leur compétence dans ce domaine. Il y a, donc, des candidats potentiels. Ce groupe de CS pourra être animé par le CSS chef de projet en lien avec la Direction des Soins.

Les tuteurs, interrogés dans l'enquête régionale, sont majoritairement satisfaits par la formation. Cependant, la moitié d'entre eux sont demandeurs d'un complément. La formation, prévue aujourd'hui sur trois jours, pourra être complétée par une autre journée tous les 3 ans. Un temps de régulation annuel réunira tous les tuteurs et tutorés avec le CSS chef de projet.

Il semble indispensable que le rôle du CS soit mieux défini et valorisé dans le dispositif. A ce sujet, nous avons entendu deux points de vue. Tout d'abord, celui des tuteurs qui espèrent une implication des CS, comme le tuteur ISP extra pour qui *« le rôle des cadres est de valoriser cette offre de tutorat en s'intéressant aux jeunes. Montrer qu'on est prêt à encourager, à donner les moyens »*. Face à ce type de discours, nous avons rencontré

des cadres plutôt en retrait comme le CS pédopsy qui dit avoir entendu parler de « *l'organisation de réunions dans le secteur, animées par le CS et le CSS dont la date était fixée et qui ont été repoussées puis abandonnées* » et le CS intra qui précise : « *j'ai vu ça un peu de loin. En seconde position, le CSS s'en est occupé* ». A partir de ces éléments, il semble évident de devoir soutenir les cadres en les aidant à développer leur rôle de pilote du projet localement.

### **3.2.4 Le tutorat en faveur des nouveaux arrivants et étendu aux autres secteurs d'activité**

Grâce au tutorat, l'affectation sur l'intra et l'extra hospitalier, notamment en hôpital de jour, devient plus facile. Dans un contexte de difficultés de recrutement, le DS, chargé de proposer les affectations, aura pour objectif à la fois de satisfaire le nouvel arrivant et d'équilibrer la répartition des compétences dans les pôles voire dans les services en lien avec l'encadrement.

Les pratiques tutorales gagneront à s'élargir et à s'amplifier. On peut s'appuyer sur cette expérience de la psychiatrie pour étendre le dispositif à d'autres métiers ou d'autres secteurs d'activités. C'est ce que suggèrent 85% des Directeurs, les CS et presque unanimement les tuteurs et les tutorés, dans l'enquête régionale. Des cadres ont fait des propositions qui consistent à « *élargir au secteur médico-social, et aux services les plus techniques* » et puis in fine « *pourquoi ne pas ouvrir le tutorat à tout nouveau professionnel quelle que soit sa fonction* ». En effet, la prise en soins des patients nécessite des compétences de la part de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire comme les administratifs, techniques et logistiques qui sont aussi au service des usagers. Ainsi, le tutorat prend un ancrage institutionnel dont les bénéficiaires ne seraient plus uniquement les soignants. Le tutorat est alors positionné dans un projet de management institutionnel comme un principe d'adaptation à l'emploi et d'intégration, de fidélisation et d'attractivité.

## **3.3 Le tutorat : outil pour la formation et la recherche**

### **3.3.1 Le tutorat au service de la formation initiale et continue**

Sur la région, le contenu des formations s'est construit au regard du cahier des charges national, et de l'existant. Ainsi, certains établissements ont construit leur plan de formation tutorale en s'appuyant sur les formations d'adaptation à l'emploi avec des formateurs occasionnels internes. Le CS pédopsy propose à ce sujet de : « *mutualiser les moyens* ». Voyons ensemble les principales formations développées.

#### A) Formation « tuteurs »

Le cahier des charges, élaboré dans le cadre du PPSM, apparaît tout à fait pertinent pour la construction de cette action de formation<sup>34</sup>. Toutefois, elle peut être adaptée au contexte local. Pour 80% des tuteurs répondant au bilan régional 2009, la formation des tuteurs aide à la construction d'une relation de médiation, d'apprentissage, et à la progression pédagogique.

#### B) Formation « consolidation des savoirs »

L'annexe 1 de la circulaire du 16 janvier 2006 peut être un support pour l'élaboration du cahier des charges Un CS interrogé préconise « *que l'accompagnement tutoral soit de un an avec par la suite des modules de revalorisation des savoirs sur des thèmes plus ciblés* ». Cette recommandation est déjà appliquée dans certains EPSM ; elle apparaît pertinente.

#### C) Formation de formateurs

Nous avons rencontré un établissement au cours d'un stage qui a fait le choix de cette formule, à savoir, des personnels de l'établissement (cadres, psychologues par exemple) pouvant devenir formateurs de tuteurs à partir d'une formation par un organisme externe. L'expérience du tutorat des infirmiers apparaît tout à fait intéressante pour aborder le tutorat des étudiants. La mise en synergie des deux dispositifs est facteur d'amélioration de la qualité des soins, de construction d'une identité professionnelle, d'intégration et de renforcement du lien intergénérationnel.

Dans la réforme des études 2009, le DS du terrain de stage reste responsable de l'encadrement des étudiants accueillis. Quatre groupes d'acteurs participent à cette formation : un maître de stage (fonction organisationnelle et institutionnelle), qui peut être le Cadre de Santé, des professionnels de proximité (fonction d'encadrement pédagogique), un formateur de l'IFSI (référént de stage) et un tuteur de stage (fonction pédagogique sur le terrain). On voit l'articulation à trouver entre le projet de soins pour ses volets encadrement des étudiants et tutorat des infirmiers, et le projet pédagogique de l'IFSI. Pour ne pas semer de confusion entre les positions d'étudiant et de professionnel, il n'est pas souhaitable d'avoir un seul tuteur qui assure ces deux missions. A ce sujet, nous avons perçu cette crainte chez les tutorés d'être considérés comme des étudiants. Les tuteurs d'étudiants et d'infirmiers bénéficieront d'une formation commune par l'équipe de formateurs. Aucun financement n'est actuellement prévu pour les tuteurs d'étudiants, puisque la formation infirmière ne rentre pas dans les enveloppes des Missions d'Intérêt

---

<sup>34</sup> MINISTERE de la SANTE et de la SOLIDARITE. Circulaire n° DHOS/P2/O2 DGS/6C/2006/21 du 16 janvier 2006 relative à la mise en œuvre du tutorat pour les infirmiers exerçant en psychiatrie, annexe 2.

Général (MIG). Ce modèle d'encadrement des étudiants infirmiers pourra être étendu aux autres élèves / étudiants.

L'organisation du tutorat des étudiants infirmiers sur le terrain de stage répond à un double défi : accompagner le développement des compétences et attirer de futurs professionnels vers la psychiatrie et l'Institution publique hospitalière.

### **3.3.2 Le tutorat : outil au service de la recherche et innovation**

Le travail réalisé dans le cadre du tutorat de clarification, de cartographie, des activités de soins infirmiers du rôle propre ou sur prescription, des compétences, à partir de situations clefs spécifiques, peut être réinvesti dans des pratiques avancées, de coopération ou de transfert de compétences en accord et collaboration avec les médecins et de leur président de CME sous l'égide de l'observatoire national des professions de santé et de la HAS.

Les pratiques, dites avancées, se développent depuis une vingtaine d'années sans aucune reconnaissance, sinon celle du médecin chef de service. Elles s'exercent dans une illégalité acceptée implicitement ou dans un cadre d'expérimentations autorisées qui ont eu lieu sous le contrôle de la Haute Autorité en Santé. C'est le cas notamment dans le champ psychiatrique où la pénurie médicale a amené les infirmiers à prendre en charge l'accueil et l'orientation des patients amenés à se présenter en extrahospitalier en première intention à la place du psychiatre.

Le rapport BERLAND a été le premier à évoquer ces pratiques dans l'exercice en psychiatrie. Il suggère le transfert de compétences médicales sur les psychologues dans le cadre de la pénurie de psychiatres. Les rapports COUTY et MILON ont, quant à eux, proposé un transfert vers les infirmiers. Un champ d'exercice encore en friche où la dimension pionnière permet de faire face aux aléas des situations de pénurie médicale. Le tutorat, le travail sur les compétences, leurs évolutions et leur identification sont un préalable tout à fait intéressant pour rentrer en toute sécurité dans ce dispositif que valorise le projet de loi « Hôpital, Patient, Santé, territoire » tout juste voté.

Par ailleurs, la démarche tutorale peut aussi être une opportunité pour mettre en place des évaluations des pratiques professionnelles soignantes obligatoires dans la V2010.

Ces préconisations d'un directeur des soins sont à mettre au service d'une institution et appellent un travail de co construction à toutes les étapes du projet avec les acteurs concernés et les instances compétentes. Le directeur des soins ne peut pas les imposer, mais il participe à la prise de décision de la mise en œuvre d'un tel dispositif au sein de l'équipe de direction. Nous pouvons conclure maintenant.

## Conclusion

Le tutorat des infirmiers en psychiatrie est un vrai levier stratégique de management pour le Directeur des Soins qui balise l'ensemble du parcours de l'infirmier depuis la formation initiale jusqu'à sa retraite voire un peu au-delà... La fin du financement du PPSM ne marque pas un arrêt brutal du dispositif. Cette démarche d'accompagnement, de tutorat, de guidance, de « monitoring », de compagnonnage s'inscrit dans un continuum depuis l'apparition de la profession d'infirmière jusqu'à nos jours avec toutes les évolutions. Dans un contexte d'évolutions démographique des professionnels et des besoins en soins des usagers, qui a des incidences sur les emplois et les compétences des personnels, les organisations de travail et les itinéraires professionnels, les structures de soins sont dans la nécessité de mettre en place ou de développer des dispositifs d'accompagnement des changements professionnels. Parmi ceux-ci, les démarches relevant de l'accompagnement individuel des personnes ont une importance particulière.

Ainsi, le tutorat, outil d'intégration, d'appropriation des valeurs, de transmission des connaissances, d'appropriation des savoir-faire opérationnels, de développement des compétences, d'attractivité, de recrutement, de fidélisation, de renforcement du lien intergénérationnel, apparaît comme un levier majeur de l'accompagnement des parcours professionnels dont le tuteur est un acteur essentiel. C'est une fonction qui se distingue de la fonction de management des cadres et cadres supérieurs de santé et bien sur du DS.

Largement mis en œuvre au sein de l'Institution, le tutorat est une pratique qui ne s'improvise pas : elle nécessite d'afficher une politique et des objectifs, de définir les responsabilités, de piloter le dispositif et d'impliquer tous les acteurs.

Le tutorat a été introduit notamment dans le cadre de la formation professionnelle. Cette pratique dépasse, aujourd'hui, la seule préoccupation de formation pour s'inscrire dans une démarche de management des ressources humaines.

L'impact des évolutions sociétales (développement des approches individualisées, réduction du temps de travail, allongement de la vie professionnelle) amène à repenser les organisations et la façon de penser les parcours professionnels des agents hospitaliers. Le tutorat est alors à considérer comme un des leviers permettant de relever ces défis pour un DS.

Dans un contexte marqué par une forte évolution des besoins, des exigences des personnes soignées, le Directeur des Soins entend adapter les pratiques professionnelles mais aussi optimiser l'intégration et le développement permanent de ses collaborateurs.

Le tutorat doit être compris comme l'une des modalités formatives qui existe dès lors que la situation est organisée afin de faciliter l'apprentissage progressif du métier dans le

cadre d'une relation individualisée et formalisée. Il participe à la performance tant individuelle que collective.

La démarche d'accompagnement, d'accueil, d'intégration était présente sous des formes très différentes en fonction des cultures d'établissement y compris avant 1992, qui est injustement présentée comme un moment de rupture profonde. La richesse de ces expériences restées jusque-là de l'initiative locale a permis de réfléchir à l'échelle de chaque région et au niveau national sur cette question. Les budgets ont favorisé son implantation, sa structuration, son organisation partout en France selon des principes généraux qui n'ont cependant pas limité les initiatives locales. Nous avons pu observer, dans notre enquête, combien les directives nationales ont pu donner des modèles différents mais des résultats comparables. Ce PPSM de trois ans a été un formidable moment. Il a impulsé une dynamique dans tous les établissements de santé publics et privés dans un contexte financier facilitant, propice à l'innovation. Il a été l'occasion de mobiliser l'ensemble des acteurs hospitaliers dont le Directeur des Soins, sur une question de la transmission des savoirs et savoir-faire et de leur évolution au regard d'un environnement en mutation constante. Nous avons montré à la fois les enjeux et les atouts et les limites au travers de notre travail. Beaucoup d'EPS souhaitent pérenniser le dispositif selon des modalités un peu différentes avec des budgets plus contraints.

En outre, la réflexion, l'expérimentation qui ont été menées sur le tutorat concernent aussi les autres établissements de santé quels que soient les spécialités médicales et les métiers qu'ils soient soignants, techniques ou administratifs. D'ailleurs, nous avons rencontré de nombreuses expériences dans des entreprises comme dans le monde de la santé. Nous avons aussi notre propre vécu de tutored DS, stagiaire au sein de l'EHESP avec un tuteur professionnel, qui nous a accompagnée en amont et en cours de formation et probablement pendant encore quelques semaines après notre prise de fonction.

Nous n'avons pas pu répondre à l'ensemble de nos sous-questions qui étaient probablement trop nombreuses et auraient mérité de faire l'objet pour certaines d'une étude spécifique que nous proposons de mener au sein de l'équipe de Direction, avec les équipes que nous allons rencontrer, avec un souci constant de qualité, de sécurité et d'efficacité des soins pour les usagers des établissements publics de santé.

---

## Sources et Bibliographie

---

### Textes réglementaires :

Loi, n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la Sécurité Sociale pour 2007, publiée au JO le 22 décembre 2006, et codifié à l'article L161-22 du Code de la Sécurité Sociale

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Arrêté relatif au Diplôme d'État d'infirmier du 31 juillet 2009. Journal officiel, du 7 août 2009.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Décret n°2008-824 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la Fonction Publique Hospitalière, 21 août 2008.

DGS-SD6C/DHOS-P2 circulaire relative à la mise en place dès 2004 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 en soins pour l'exercice infirmier en psychiatrie », n°234 du 8 juillet 2004.

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

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Circulaire n° DHOS/RH2/RH4/2009 du 22 juin relative à l'application du Décret n°2008-824.

COMMISSION DES COMMUNAUTES EUROPEENNES. Livre vert relatif au personnel de santé en Europe, 10 décembre 2008.

### Ouvrages :

BAUDRIT A., 1999, *Tuteur : une place, des fonctions, un métier ?*, Paris : PUF, Education et Formation, 163p.

BOULET P., COURTOIS B., 1992, *Accueillir et former des jeunes dans l'industrie de la Plasturgie*, Paris : Éditions d'Organisation, 150p.

BOUVARD C., 1993, *Le tuteur minute : guide pratique du formateur sur le poste de travail*. Paris : Éditions d'Organisation, 89p.

CARRE P., 2005, *L'Apprenance. Vers un nouveau rapport au savoir*. Paris : Édition Dunod, 212p.

PASTRE P., RABARDEL P., 2005, *Apprendre par la simulation.de l'analyse du travail aux apprentissages professionnels*, Toulouse : Octares, 363p.

### **Articles de périodiques :**

BARBARAY C., CHOUCRALLAH I., GENEREAU M., 2006. , « Tutorat. Du projet à la mise en place », *Objectif Soins*, avril 2006, n°145, pp 8-9.

BECOUSE O, CHAUCHON C, SALOMON N., 1996, « Des représentations du métier à la construction de l'identité professionnelle », *Recherche en soins infirmiers*, n°45 juin 1996, pp 149.

BERTELIER R ; PANIGADA F ; ZIREG Z., 2001, « Il était une fois les infirmiers de secteur psychiatrique ». *Soins Psychiatrie*, septembre n°216, pp 20-24.

BOU JAOUDE CHOUCRALLAT I., 2003, « L'engagement des infirmières ». *Objectif soins*, n°121, pp 14-16.

CARDIS J.F., 2002, « L'intégration des infirmières nouvelles diplômées au sein d'une unité de soins ». *Perspective soignant*, septembre/décembre, n°14-15, pp 35-40.

CHABOISSIER M., 2007, « D'une pénurie à l'autre, quelles évolutions pour la profession infirmière. ». *Soins Cadres de Santé*, novembre 2007, n°64, pp 26-30.

CHAGUE V., NYS J.F., BRAICHET J.M., « Dossier : pénurie et nouveaux métiers ». *Soins Cadres*, n°64, pp 15-46.

COUDRAY MA., 2007, « Faire évoluer les métiers de la santé, un chantier au cœur de l'actualité ». *Soins Cadres de Santé*, novembre 2007, n°64, pp 22-25.

DE FOURNAS S., 2000, « Le tutorat infirmier à la formation Hôpital Saint Joseph ». *Objectif Soins*, juin/juillet, n°87, pp 2-3.

DELRIEU M., 2007, « Tutorat-compagnonnage aux hospices civils de LYON ». *Revue hospitalière de France*, juillet-août, n°517, pp 26-27.

ESTRYN-BEHAR M ; IJM VAN DER HEIDJDEN B ; FRY C., août 2007, «Le tutorat au service du management intergénérationnel. ». *Soins Cadre de Santé*, supplément au n°63, pp 13-16.

LATIL F., novembre 2007, « Mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie en région PACA ». *Soins Cadres de Santé*, n°64, pp 43-45.

Le BOTERF G., 2002, « De quel concept de compétence avons-nous besoin. », *Soins Cadres*, n°41, février, pp 20-22.

MASSE G., 2006, « La démographie médicale en psychiatrie ; En phase avec le soin ambulatoire ». *Revue Pluriels*, juin 2006, n°59, p 8.

IMBERT M ; BRONDINO N., juin 2005, « Accompagnement par le tutorat ». *Inter bloc*, n°2, pp 105-108.

SIMART M., 2007, « Management intergénérationnel et développement de la créativité. ». *Soins Cadres de Santé*, supplément, n°63, pp 9-16.

ZAMBONI M.A., 2006, « Tutorat ; penser l'encadrement pour mieux former ». Cahier du management, *Objectif soins*, décembre 2006, n°151, pp 23-30.

**Plans, rapports, études et guides :**

CONSEIL DES MINISTRES, Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008, 20 avril 2005.

OBSERVATOIRE NATIONAL DES EMPLOIS ET DES METIERS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE, Rapport sur les facteurs d'évolution probables à moyen et long terme dans le champ sanitaire, social, médico-social publics impactant les ressources humaines et les organisations, mars 2007, 177p.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Rapport sur les Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie, janvier 2009. Paris. 86p.

MILON A. Rapport sur la prise en charge psychiatrique en France. Paris : Sénat, 2009. 357p.

BERLAND Y., Coopération des professionnels de santé : Le transfert des tâches et des compétences. Rapport d'étape de la mission ministérielle. Octobre 2003.

**Mémoires :**

BERICHEL V., 2006, *L'évolution des modalités d'exercice infirmier en psychiatrie : un enjeu managérial pour le Directeur des Soins*, ENSP, promotion 2006, 67p.

DUFOUR P., 2006, *L'optimisation des compétences des infirmières nouvellement diplômées en regard des attentes des services de soins en psychiatrie*, ENSP, promotion 2006, 79p.

GLORIAN J.P., 2005, *Stratégie du Directeur des Soins dans le processus de recrutement des jeunes professionnels infirmiers*, ENSP, Directeur des soins, promotion 2005, 65p.

SAUZEAU J., 2008, *Transmission des savoirs et tutorat en psychiatrie : un double enjeu pour le Directeur des Soins*, EHESP, promotion 2008, 47p.

SLIWKA L., 2005, *Turn-over des infirmières en Ile de France : quelles stratégies des Directeurs des Soins pour recruter et fidéliser ?* ENSP, promotion 2005.

### **Conférences :**

NAGELS M. ; POURRIERE J.L., « Didactiser l'invisible ? Tutorat et professionnalisation en formation à l'ENSP. », en CONGRES AREF 2007, *Actualité de la Recherche en Education et en Formation Permanente*, 28 aout 2007, Strasbourg.

### **Sites internet :**

ARH, ANFH, Région Franche-Comté. *Le tutorat des infirmiers en psychiatrie*. Consulté le 1<sup>er</sup> juin 2009, disponible sur internet : <http://.franche-comté.sante.gouv.fr>.

INEPSY. *Allocution de N. SARKOZY à Antony*. Consulté le 15 juin 2009, disponible sur internet : <http://inepsy.sante.univ-nantes.fr/?p=948>.

---

## Liste des annexes

---

- Annexe 1** : Guide d'entretien de notre enquête .....p-I-
- Annexe 2** : Profil des personnes interviewées de notre enquête.....p-II-
- Annexe 3** : Enquête régionale du tutorat ARH et DRASS janvier 2009.....p-III.
- Annexe 4** : Fiches opérationnelles pour faciliter la mise en œuvre du tutorat dans un EPS  
.....p-V.

---

# Annexe 1

---

## Guide d'entretien de notre enquête

### 1 – Présentation de la personne enquêtée

Consigne : Pour commencer, pourriez-vous vous présenter ? (relances sur : ancienneté dans la fonction, formation initiale, expériences professionnelles antérieures...).

### 2 – Présentation de l'établissement

- Éléments de présentation de l'établissement, de son contexte... Évolutions depuis l'arrivée de la personne...
- Faire parler sur les personnels avant d'aborder les difficultés rencontrées par les jeunes infirmiers exerçant en psychiatrie... Demander des exemples précis concernant leurs compétences à l'arrivée, représentations qu'ils ont des patients, de l'exercice en psychiatrie, relations avec les soignants plus anciens...

### 3 – Retour sur la mise en œuvre du tutorat

- Comment s'est construit le dispositif tutoral des infirmiers en psychiatrie dans votre établissement ? Voir ce tutorat comme un processus : tenter de repérer les différentes étapes de sa mise en œuvre : qui a l'idée ? Informations sur le sujet ? Financement ? Début de l'initiative ? Informations aux soignants ? Repérage des bénéficiaires et informations ? Manière dont ils rentrent ou pas dans la démarche ? Qui intervient et selon quelles modalités ?
- Faire détailler ces différentes étapes, les différents intervenants, les objectifs visés, l'information transmise, les réactions... Conditions favorables/défavorables à la mise en œuvre ? Adhésion ou pas des personnels ? Pourquoi ? Éventuelles appréhensions, réticences ? Faire dérouler les différentes étapes et voir comment les choses changent... Quelles sont les modalités pratiques de sa mise en œuvre ?
- Quelles sont les modalités d'évaluation ? Par qui ? Comment ? Quel retour des différents protagonistes ? Concrètement, quels sont les effets de ce tutorat sur la pratique professionnelle des tutorés ? Exemples précis...
- Incidences sur les relations avec les patients, les familles, les autres professionnels ? Faire parler à partir d'exemples précis de tutorés...
- Effets mesurables sur les compétences attendues des soignants ? Qu'est-ce que cela a changé ? Effets en termes d'identité professionnelle ? Ce qu'ils en disent aujourd'hui (les tutorés, les tuteurs...)

### 4 – Bilan que l'on peut en faire à ce jour

- Quels sont, de votre point de vue, les aspects positifs ?
- Quels sont, de votre point de vue, les aspects négatifs ?
- Si cela était à refaire : éléments à modifier, changer... A conserver ?
- Quelles seraient vos préconisations pour améliorer ce dispositif ?
- Tester aussi les conditions permettant le maintien du dispositif si ce dernier n'est plus financé.

## Annexe 2

### Profil des personnes interviewées de notre enquête

#### Les personnels de l'EPSMA

Identité attribuée	Age	Sexe	Ancienneté psychiatrie (années)	Ancienneté dans l'EPSM (années)	Profession	Filière ou date diplôme
CGS	53	M	30	30	DS	ISP
CSSA	55	M	33	33	CSS de pôle	ISP
CS pédopsy	50	F	24	24	CS	IDE
CS intra	45	F	20	20	CS	ISP
CS extra	43	F	21	4	CS	ISP + IDE
CS FC	50	F	26	26	CS à la formation continue	ISP
Tutrice IDE	31	F	7	7	IDE	Diplôme 2002
Tuteur ISP extra	53	M	22	22	ISP	Diplôme 1987
Tutrice ISP intra	40	F	20	3	ISP	Diplôme 1989
Tutoré intra n°1	23	M	1,5	1,5	IDE	DE 2007
Tutorée pédopsy n°2	30	F	7	7	IDE	DE 2002
Tutorée pédopsy n°1	27	F	6	6	IDE	DE 2003
Tutorée intra n°2	27	F	2	2	IDE	DE 2007
Psychiatre	50	F	15	15	psychiatre	médecin
DRH	35	F	3	3	DRH	Directrice

#### DRASS de la région de l'EPSMA

CTR	55 ans	Sexe F	0	0	CTR	Filière IDE
-----	--------	--------	---	---	-----	-------------

#### IFSI de la ville de l'EPSMA

DS IFSI	52 ans	Sexe F	0	0	DS	Filière IDE
---------	--------	--------	---	---	----	-------------

#### Remarques sur le choix des personnes interrogées :

Le choix d'une représentation au sein de grands secteurs d'activités en psychiatrie, à savoir l'intra hospitalier (intra), l'extra hospitalier (extra) et la pédopsychiatrie (pédo), mais aussi des deux filières infirmières DE (diplôme d'état) et ISP. En outre, les tutorés sont pour deux d'entre eux de nouveaux diplômés avec moins de deux ans d'exercice et les deux autres ont une ancienneté de diplôme supérieur et un exercice en psychiatrie.

---

## **Annexe 3**

---

### **Enquête régionale ARH et DRASS janvier 2009**

#### **Présentation succincte de la population enquêtée et des résultats**

L'enquête a concerné tous les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de psychiatrie sur toute une région. On a comptabilisé 42 envois destinés à des Directeurs. 21 réponses ont été reçues. 23,8% sont des Directeurs chefs d'établissement, 14,3% sont DRH et les plus nombreux sont les 61,9% de DS. Le secteur privé est représenté pour presque un quart. Des CS ont aussi participé pour 168 envois ; 129 ont répondu. Ils sont issus pour 46 d'entre eux d'un EPSM, 4 d'un établissement privé et 34 de service de psychiatrie intégré dans un EPS. Les tuteurs principalement infirmiers sont au nombre de 64 pour 200 formés. Ils sont issus principalement du secteur public. Il y a quasi égalité entre les IDE et les ISP. Enfin, les tutorés, quant à eux, ont été 71 à répondre sur près de 700 formés ; 39% exercent dans un EPSM ; 47% dans un service de psychiatrie au sein d'un EPS de soins généraux et 14% en établissements privés. Ils sont issus pour moitié d'un autre secteur d'activité de soins et l'autre de la formation en IFSI.

# Annexe 4

## Fiches opérationnelles pour faciliter la mise en œuvre du tutorat infirmier dans un EPS

### Fiche 1 : Comment organiser le processus tutoral ?

<b>Avant</b>	<b>ANTICIPER LA MISE EN OEUVRE DU TUTORAT</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Intégrer le tutorat dans la politique de la Direction de l'EPS et communiquer</li> <li>■ Recenser les situations nécessitant l'utilisation du tutorat</li> <li>■ Définir le profil et les activités du tuteur (Cf. profil, fiche de poste, du tuteur)</li> <li>■ Choisir le tuteur en lien avec les Cadres de Santé (dans le respect d'un ratio maximum "d'un tuteur pour un maximum de deux tutorés"). Suivre la procédure de sélection avec documents adaptés</li> <li>■ Planifier les étapes de mise en place, repérer et informer les acteurs concernés sur les enjeux, les objectifs et leurs rôles</li> <li>■ Prévoir les moyens nécessaires (temps, remplacements, locaux)</li> <li>■ Formaliser la mission du tuteur (cf. lettre de mission du tuteur signée par DS et tuteur en entretien)</li> <li>■ Former, professionnaliser les tuteurs en fonction de leurs besoins spécifiques (formation tuteur)</li> <li>■ Définir et organiser le parcours d'apprentissage du tuteur à partir du contexte de travail et ses points d'évaluation (Cadre de santé et tuteur).</li> </ul>
<b>Pendant</b>	<b>AJUSTER EN PERMANENCE LE PROCESSUS TUTORAL</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Accueillir et intégrer le nouvel arrivant dans l'Institution et l'équipe</li> <li>■ Soutenir et faciliter le travail du tuteur, être disponible et attentif à ses demandes pour l'encadrement de proximité</li> <li>■ Mobiliser les personnes et créer les situations nécessaires à la progression du tuteur</li> <li>■ Faire des points d'étape réguliers avec le tuteur sur sa mission par l'encadrement</li> </ul>
<b>Après</b>	<b>EVALUER ET AMELIORER LE PROCESSUS TUTORAL</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Évaluer, à l'aide d'indicateurs, l'ensemble du processus tutoral, les moyens et ressources mobilisés</li> <li>■ Évaluer les résultats obtenus en termes d'intégration, d'acquisition de compétences nouvelles et d'autonomie dans la tenue du poste, de fidélisation à l'établissement.</li> <li>■ Organiser un retour d'expérience, capitaliser et modéliser les bonnes pratiques</li> <li>■ Faire un bilan qualitatif et quantitatif du tutorat dans l'établissement (nombre de tuteurs par dispositif, nombre de personnes formées au tutorat, temps passé, résultat...)</li> <li>■ Communiquer et valoriser les réussites</li> </ul>

## Fiche 2 : Quels sont les acteurs du processus tutoral ?

	<i>Direction</i>	<i>Direction des soins</i>	<i>Cadres de Santé</i>	<i>Tuteur</i>	<i>Tutoré</i>	
Avant	■ Intégrer le tutorat dans la politique institutionnelle et communiquer					
	■ <u>Intégrer le tutorat dans le projet de soins, piloter le groupe de pilotage stratégique</u> ■ <u>création du groupe opérationnel, désignation du CSS chef de projet</u> ■ <u>proposer les affectations des nouveaux arrivants (répartition équilibrée)</u>					
		■ Choisir un tuteur, l'informer et le solliciter ■ Repérer, informer et solliciter les autres acteurs concernés, notamment le médecin chef de service et chef de Pôle		■ <u>Accepter la mission</u> ■ <u>Organiser le parcours de l'apprentissage et ses points d'évaluation</u>		
		■ Fixer les objectifs de la mission ■ Organiser la mission et définir son évaluation ■ Aménager le travail du tuteur ■ Formaliser la mission ■ Former le tuteur				
			■ Informer l'équipe et le tutoré			
Pendant	■ <u>Accueillir et intégrer le tutoré dans l'Institution et l'équipe</u>					
				■ <u>Se présenter mutuellement à travers ses expériences et ses attentes</u> ■ <u>Se fixer un cadre de travail et des points d'étape et signature d'un contrat</u>		
				■ <u>Programmer, suivre et évaluer les situations de travail</u>	■ S'engager dans les actions, en rendre compte et évaluer les résultats	
		■ Faire des points d'étape réguliers avec le tuteur sur sa mission et la progression du tutoré ■ Mobiliser les personnes et créer les situations nécessaires à la progression du tutoré				
			■ Intégrer la mission tutorale dans les points d'évaluation du tuteur ■ Appuyer son action			
		■ Préparer l'évaluation du parcours du tutoré ■ Évaluer le tutoré avec une grille d'évaluation des compétences en début de dispositif, à mi parcours, à la fin				
Après	■ <u>Évaluer le processus tutoral, les moyens et ressources mobilisés par l'intermédiaire du groupe de pilotage opérationnel</u> ■ <u>Organiser un retour d'expériences des bonnes pratiques</u> ■ <u>Capitaliser et modéliser les bonnes pratiques</u>					
		■ Évaluer les résultats obtenus du tutoré ■ Évaluer et valoriser la mission du tuteur				
		■ <u>Prendre la décision sur les suites à donner au tutorat, élargissement à d'autres secteurs, d'autres métiers</u> ■ <u>Faire un bilan qualitatif et quantitatif du tutorat dans l'établissement</u>				
		■ <u>Communiquer, valoriser les réussites</u>				

### Fiche 3 : Comment choisir un tuteur ?

<b>1 ETRE MOTIVE ET VOLONTAIRE, AVOIR ENVIE DE TRANSMETTRE</b>
<b>2 ETRE RECONNU SUR SON PROFESSIONNALISME EN TERMES :</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ De compétences cliniques et relationnelles</li> <li>■ De relationnel dans l'établissement</li> <li>■ De culture institutionnelle</li> </ul>
<b>3 ETRE CAPABLE DE TRANSMETTRE. POUR CELA :</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Faire preuve d'écoute et d'empathie</li> <li>■ Savoir communiquer</li> <li>■ Faire preuve d'ouverture d'esprit (savoir accepter la différence et/ou la nouveauté)</li> <li>■ Savoir remettre en question ses pratiques</li> <li>■ Faire preuve d'initiative</li> <li>■ Etre responsable et savoir rendre des comptes</li> <li>■ Savoir organiser et planifier</li> <li>■ Faire progresser en autonomie</li> <li>■ S'adapter</li> </ul>
<b>4 ETRE CAPABLE D'EVALUER. ET POUR CELA FAIRE PREUVE :</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ D'objectivité</li> <li>■ D'esprit d'analyse</li> <li>■ D'une démarche positive et constructive</li> </ul>

### Fiche 4 : Quelles sont les missions d'un tuteur ?

MISSIONS	OBJECTIFS POUR Le TUTEUR	ACTIVITES DU TUTEUR
<b>INTEGRER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ S'intégrer rapidement dans l'Institution, l'équipe, le poste</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Accueillir – guider – renseigner – faire visiter</li> <li>■ Présenter l'Institution et les membres de l'équipe et le réseau de partenaires, les tutelles</li> <li>■ Présenter le tuteur et l'action dans laquelle il est engagé au conseil de pôle.</li> <li>■ Faire le point avec le cadre à la fin de la période tutorale</li> </ul>
<b>ORGANISER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Maîtriser les activités et comportements professionnels attendus en situation de travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Préparer et organiser le parcours et les activités à confier au tuteur si même service</li> <li>■ Rendre les situations de travail formatrices</li> <li>■ Mobiliser les personnes ressources</li> </ul>
<b>ACCOMPAGNER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Valoriser, analyser et capitaliser les expériences professionnelles</li> <li>■ Acquérir progressivement l'autonomie et les compétences nécessaires à l'exercice du métier d'infirmier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Suivre le parcours et ajuster si besoin</li> <li>■ Apprécier les comportements et compétences et faire le point sur les acquis professionnels</li> </ul>
<b>EVALUER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Accompagner le tuteur dans son auto évaluation des objectifs fixés au départ</li> <li>■ Faire un bilan sur son parcours d'apprentissage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Planifier les évaluations et les bilans</li> <li>■ Assurer un retour au tuteur et proposer des actions complémentaires si nécessaire</li> </ul>

## Fiche 5 : Comment formaliser la mission du tuteur ?

1 LES ELEMENTS DE LA LETTRE DE MISSION :
<p><b>Objectif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Formaliser le mandat confié au tuteur par la Direction des Soins.</li></ul> <p>Cette lettre, signée par la Direction des soins et commentée lors d'un entretien, précise les éléments clés de la mission : la mission, ses enjeux et son contexte ; la durée et la planification de points d'étape ; les remerciements et la signature de la Direction des soins (avec copie au cadre de santé).</p> <p>Le tuteur reçoit la lettre "originale".</p>
2 LES ELEMENTS DU CONTRAT tuteur /tutoré :
<p><b>Objectif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Établir de façon contractuelle entre les acteurs les responsabilités inhérentes à la mission :<ul style="list-style-type: none"><li>▸ l'objectif général de la mission, la durée de la mission</li><li>▸ le nom des personnes engagées : Directeur des soins ou délégation au cadre supérieur de pôle, cadre, tutoré, tuteur</li><li>▸ Les missions, activités, objectifs et responsabilités de chacun des acteurs</li><li>▸ Les moyens mis à disposition (moyens matériels, ressources pédagogiques, temps, ...)</li><li>▸ La signature des personnes engagées (un exemplaire sera remis à chacun)</li></ul></li></ul>

## Fiche 6 : Comment professionnaliser les tuteurs ?

1 FORMER SYSTEMATIQUEMENT LES NOUVEAUX TUTEURS :
<ul style="list-style-type: none"><li>■ Au-delà des compétences techniques requises, la préparation au tutorat portera en priorité sur la capacité de la personne à porter un regard distancié et d'analyse réflexive:<ul style="list-style-type: none"><li>▸ sur son activité professionnelle afin de construire un parcours de formation et d'accompagner le tutoré</li><li>▸ sur ses relations avec le tutoré afin de faciliter la communication interpersonnelle</li></ul></li><li>■ L'objectif n'est pas de faire du tuteur un professionnel de la pédagogie, mais de lui donner des outils pour aider les tutorés dans leur parcours</li><li>■ Quelques thèmes de formation à titre indicatif : "accueillir et intégrer le tutoré", "comment rendre des situations de travail formatives", "accompagner les mises en situations", "évaluer pour faire progresser"...</li></ul>
2 PROPOSER UN ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE (collectif ou individuel) :
<ul style="list-style-type: none"><li>■ Afin de favoriser la bonne réalisation de leur mission, les tuteurs peuvent bénéficier d'un accompagnement afin :<ul style="list-style-type: none"><li>▸ de développer leur capacité d'analyse du métier et des pratiques par le CSS chef de projet.</li><li>▸ d'analyser les difficultés rencontrées</li><li>▸ de modéliser leurs bonnes pratiques</li><li>▸ d'acquérir encore plus de souplesse et d'habileté dans la pratique de leur mission</li><li>▸ de capitaliser pour enrichir l'exercice du tutorat</li></ul></li></ul>
3 CREER DES GROUPES D'ANALYSES ET D'ECHANGES DE PRATIQUES :
<ul style="list-style-type: none"><li>■ A partir de l'expérience acquise, les tuteurs vont pouvoir partager leurs expériences, mutualiser des outils, innover, modéliser des bonnes pratiques et de nouvelles approches, etc.</li><li>■ Afin de faciliter ces échanges, il pourrait être mis à leur disposition des espaces d'échange et de discussion (physiques ou virtuels) dédiés à la fonction qui permettent de collecter et partager des documents, des outils et des ressources entre tuteurs</li></ul>

## Fiche 7 : Comment valoriser les tuteurs ?

1 A L'AIDE DE MOYENS DIVERS :
<ul style="list-style-type: none"><li>■ La réception d'une lettre de mission signée du Directeur des soins, lors d'un entretien</li><li>■ Le suivi d'une formation « tuteurs » avec des ressources internes ou organismes de formation</li><li>■ La mise à disposition d'un annuaire de tuteurs créé et diffusé dans l'institution. Actualisation par la direction des soins.</li><li>■ La participation à un réseau d'échanges inter EPS d'un territoire de santé ou d'une région</li><li>■ La mise à disposition d'un kit et/ou d'outils conçus par le groupe de pilotage opérationnel</li><li>■ L'implication et la contribution du tuteur à l'évaluation finale du dispositif</li><li>■ La prise en compte, dans le cadre des entretiens d'évaluations, des compétences acquises par le tuteur</li></ul>
2 A PARTIR D'UNE COMMUNICATION SUR LE TUTORAT :
<ul style="list-style-type: none"><li>■ Au sein de l'EPS ou au niveau régional ou national : journal interne, évènementiels (journées régionales, rencontres, repas...), en présence de personnes reconnues (Directeurs, experts...)</li><li>■ En dehors de l'Institution : salons, conférences...</li></ul>

## Fiche 8 : Quelles conditions de réussite ?

1 POSITIONNER LE TUTORAT DANS LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT
<ul style="list-style-type: none"><li>■ C'est la volonté de la Direction de développer une organisation apprenante en valorisant l'expérience acquise grâce au tutorat, tant individuellement que collectivement, et en l'intégrant dans les pratiques managériales</li></ul>
2 MOBILISER L'ENSEMBLE DES ACTEURS CONCERNES
<ul style="list-style-type: none"><li>■ C'est donner du sens en communiquant sur les objectifs, les enjeux et les bénéfices de cette mission pour l'EPS et l'ensemble des acteurs concernés in fine les usagers de l'Hôpital</li></ul>
3 DONNER LES MOYENS POUR L'EXERCICE DE LA MISSION
<ul style="list-style-type: none"><li>■ C'est reconnaître le tutorat comme un investissement et c'est dégager des moyens (notamment en temps et en terme de charge de travail) pour faciliter le bon exercice de la mission</li></ul>
4 FORMALISER LA MISSION DU TUTEUR
<ul style="list-style-type: none"><li>■ C'est reconnaître, personnellement et symboliquement, la mission confiée au tuteur par la Direction des soins. C'est également formaliser l'engagement conjoint de l'ensemble des acteurs impliqués</li></ul>
5 FORMER ET PROFESSIONNALISER LES TUTEURS
<ul style="list-style-type: none"><li>■ Le tutorat ne s'improvise pas. C'est une responsabilité nouvelle qui nécessite préparation et organisation pour rendre efficient son exercice</li></ul>
6 RENDRE LE TRAVAIL FORMATEUR
<ul style="list-style-type: none"><li>■ C'est sélectionner les situations de travail qui ont une faculté d'apprentissage et qui s'enchaînent dans un parcours qui permet l'acquisition progressive de compétences</li></ul>
7 EVALUER POUR REUSSIR
<ul style="list-style-type: none"><li>■ C'est, pour atteindre le résultat final (amélioration de la qualité et sécurité des soins), ajuster en permanence le processus d'apprentissage et l'évaluer, notamment grâce à une relation de confiance entre le tuteur et le tuteur.</li></ul>
8 VALORISER LA FONCTION TUTORALE
<ul style="list-style-type: none"><li>■ C'est valoriser la fonction tout au long du processus à l'aide de moyens matériels et immatériels</li></ul>