

ESM – Formation & Recherche en Soins

Université Paris-Est Créteil/Val de Marne

Diplôme de Cadre de Santé



Le tutorat des nouveaux soignants et des étudiants

Un levier pour fédérer les équipes ?

Anne EL KHAL

DCS@14-15

Note aux lecteurs

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFCS de l'École Supérieure Montsouris.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements s'adressent, tout d'abord, à Madame Fanny MALE, mon Directeur de mémoire, pour sa guidance éclairée et éclairante ainsi que pour son écoute et sa disponibilité.

Merci à Stéphane FLOCH et Philippe DUREL pour leur accompagnement et pour m'avoir confortée dans mon attirance pour la pédagogie.

Un merci particulier à Véronique SERIZAY, Murielle LAGARDE, Alexandre BEAULATON, Christine LECLERE, Jauffrey DOREZ MASSONNET et Marie Claire MARTY pour avoir guidé mes premiers pas dans le monde fabuleux de l'encadrement.

Merci à vous Chantal, Jacky, Salima, David, Houria, François, Amaryllis et les autres... pour cette année riche en savoirs et en émotions, et pour avoir partagé nos doutes, nos certitudes, les révisions et les fous rires.

Je remercie également tous les soignants qui m'ont accordée de leur temps afin de répondre à mes nombreuses questions, et nourrir ainsi ma réflexion.

Merci à tous les professionnels de l'Ecole Supérieure Montsouris pour leur bienveillance.

Merci à tous ceux, personnels de l'Hôpital d'Instruction des Armées du val de Grâce, qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

Farah, Andréa et Iman, merci pour votre amour inconditionnel.....

« Aucun de nous ne sait ce que nous savons tous, ensemble »

EURIPIDE, dramaturge grec

V^{ème} siècle avant Jésus-Christ

SOMMAIRE

SOMMAIRE	- 1 -
INTRODUCTION.....	- 3 -
1 DU CONSTAT A LA QUESTION DE DEPART.....	- 5 -
2 CADRE DES REFERENCES THEORIQUES.....	- 8 -
2.1 Le tutorat.....	- 8 -
2.1.1 Historique et définition.....	- 8 -
2.1.2 Fonctions et caractéristiques du tutorat	- 10 -
2.1.3 Apports pour les tuteurs	- 13 -
2.1.4 Tutorat dans les professions paramédicales	- 14 -
2.2 L'équipe soignante	- 15 -
2.2.1 La dynamique de groupe	- 16 -
2.2.2 L'identité professionnelle.....	- 21 -
2.2.3 Le travail d'équipe.....	- 24 -
2.3 Le management d'équipe.....	- 26 -
2.3.1 Le leadership	- 27 -
2.3.2 Autorité, pouvoir et influence	- 30 -
3 PROBLEMATISATION.....	- 33 -
4 L'ENQUETE DE TERRAIN	- 35 -
4.1 Choix de l'outil et construction	- 35 -
4.2 Population ciblée	- 36 -
4.3 Déroulement des entretiens.....	- 37 -

4.4	ANALYSE DES RESULTATS	- 38 -
4.4.1	Exploitation des données.....	- 38 -
4.4.2	L'analyse	- 39 -
4.5	Synthèse et limites de l'enquête	- 50 -
	CONCLUSION	- 53 -
	BIBLIOGRAPHIE	- 55 -
	ANNEXES	

INTRODUCTION

Depuis près de 70 ans, le paysage hospitalier est traversé par des mutations profondes touchant aussi bien son organisation interne que son financement. Tous ces changements sont légitimés par le déficit de l'assurance maladie et l'évolution des besoins en santé de la population.

A ces mutations se sont ajoutés des évolutions sociétales, un vieillissement toujours croissant de la population, des progrès médico techniques rapides et coûteux et la notion de démocratie sanitaire qui a replacé le patient au cœur du système de santé, à juste titre, mais a transformé la relation soignant-soigné laquelle est parfois de type marchande.

L'hôpital est géré aujourd'hui comme une entreprise. Et sa gestion nécessite une approche managériale tendant vers une régulation, d'une part des rapports de travail par les processus, et d'autre part celle des rapports sociaux par la collaboration et la coordination.

Tout ceci demande aux soignants de développer des compétences plus expertes ou plus spécifiques ainsi qu'une évolution de leurs pratiques de soins dans la transdisciplinarité.

L'objectif est d'atteindre la performance collective par le biais des contributions individuelles, celles-ci devant être agencées de façon coordonnée, dans la synergie.

Il est alors indispensable de saisir ce qui se joue dans les interfaces, entre les différents acteurs, afin d'utiliser les bons leviers au bon moment.

De plus, il est incontournable d'offrir une formation de qualité aux étudiants et aux nouveaux arrivants au sein des services afin qu'ils développent des savoirs, savoirs faire et savoirs être plus adaptés et soient rapidement opérationnels. La réforme des études infirmières en 2009, laquelle n'est qu'une partie de la réingénierie des formations paramédicales, est un premier pas dans l'adaptation des compétences soignantes aux besoins en santé de la population et aux nouvelles pratiques de soins.

Le tutorat par les pairs, qui trouve son origine dans les traditions anciennes et qui est mis en œuvre dans les situations de travail, peut être une réponse à un encadrement pédagogique de qualité. Il se place comme une méthode pédagogique ayant fait ses preuves.

De plus, il est déjà formalisé dans la formation infirmière, cela reviendrait alors à l'inscrire dans une certaine continuité, un prolongement de l'apprentissage.

Le cadre de santé est assez proche des équipes pour avoir une lecture fine de leur fonctionnement, de leur activité et pour identifier les besoins en formation et en compétences. Il a également assez de recul pour les analyser. Il a donc un rôle clé à jouer dans la coordination des différents acteurs, dans le maintien d'un collectif en cohésion et dans le développement des compétences des professionnels.

C'est ainsi que le travail de recherche qui va suivre a pour ambition de nous questionner quant au lien qui peut être fait entre tutorat et cohésion d'équipe.

Ce mémoire débute par l'évocation d'une expérience professionnelle singulière qui nous a conduit à un premier questionnement.

De là sont développées des notions, ce qui fait l'objet de la deuxième partie de notre travail.

Ensuite, nous abordons le raisonnement mené lequel a abouti à émettre des hypothèses.

En partant de ces dernières, nous avons conduit une enquête de terrain auprès de neuf soignants dont nous traitons les données en quatrième partie.

Enfin, nous terminons par la conclusion de ce travail qui, sans être une fin en soi, a permis d'ouvrir le champ de notre réflexion à d'autres perspectives.

1 DU CONSTAT A LA QUESTION DE DEPART

Infirmière en cardiologie pendant 8 ans, médecine conventionnelle et Unité de Soins Intensifs, nous avons eu l'envie et ressenti le désir de faire évoluer notre projet professionnel en devenant cadre de santé.

Le poste d'Infirmière Référente d'Unité de Soins nous est alors proposé afin de mesurer nos aptitudes à la fonction d'encadrement ainsi que nos motivations.

Cette prise de fonction s'est déroulée en même temps que l'établissement regroupait les services en Fédérations ou pôles.

Celle où nous avons exercé regroupait les services de médecine cardiologie, l'Unité de Soins Intensifs cardiologiques, le service de neurologie et l'hôpital médical de semaine ; ce qui correspondait à la mutualisation de 2 équipes de soins.

En amont des réorganisations, des cours concernant les différentes pathologies et prises en charge furent dispensés aux équipes paramédicales. Malgré la qualité de leur contenu, ils s'avèrent rapidement insuffisants.

En collaboration avec les membres de l'équipe d'encadrement de la Fédération, cadre supérieur de santé, cadres de santé et Infirmiers Référents, nous avons tout d'abord animé des réunions d'informations. Ces dernières concernaient les bénéfices et enjeux de ces réorganisations ainsi que les inconvénients issus de la réorganisation elle-même: perte de repère, transition difficile psychologiquement et structurellement, adaptation nécessaire....

Ensuite, des séances collectives d'information et de formation interne ont été organisées et des outils créés : cas concrets, mises en situation, logigrammes de prise en charge, classeurs reprenant les données anatomiques et pharmacologiques des différentes disciplines et réunions de débriefing avec des médecins.

Enfin, en transversal, des réunions et des entretiens individuels ont été menés afin de permettre la verbalisation des difficultés rencontrées, de gérer les conflits interpersonnels et d'adapter l'organisation quotidienne du travail.

Bien qu'il y ait eu cet accompagnement et que les relations au sein de l'équipe s'améliorèrent au cours des séances de formation interne, cette situation se solda par des départs définitifs de l'établissement, des changements de service et par la formation de clans de résistants. Cette dernière donnée a contribué à entraver la naissance d'une équipe commune de Fédération.

Les « résistants au changement » mettaient en avant la perte d'expertise et de la culture de leur service d'origine comme motifs principaux de leur opposition, ceux qui décidèrent de partir ou de changer de service le firent parce que contraints de subir l'exercice de leurs fonctions au sein de disciplines non choisies et ne correspondant pas à leur projet professionnel.

L'établissement recruta de nouveaux infirmiers, dont certains quittèrent l'établissement avant la fin de leur période d'essai, moins de 6 mois. Ceux qui sont restés ont connu des difficultés d'intégration en termes de positionnement au sein de l'équipe.

J'ai alors réfléchi la façon dont ces infirmiers nouvellement affectés ont été accueillis, accompagnés et formés dans un tel contexte. En effet, les objectifs de notre accompagnement étaient tournés exclusivement, et à juste titre, vers les professionnels déjà en poste.

Notre premier questionnaire nous vint :

Comment permettre l'accueil et l'intégration des infirmiers nouvellement affectés dans ce contexte de restructuration ?

Nous n'avions pas formalisé de plan d'accueil et de formation des nouveaux agents au sein de la Fédération. En collaboration avec un des cadres de santé, nous avons alors initié le projet de mise en place d'un programme d'intégration et de tutorat des nouveaux infirmiers.

Ce programme englobait le dispositif d'accueil, la planification du tutorat par les infirmiers positionnés en référents, un système de parrainage pour garantir l'intégration sociale ainsi que les différentes évaluations transversales et finales.

Présenté aux autres membres de l'équipe d'encadrement, ce plan d'intégration devait être mis à l'essai et réajusté avant de servir de modèle au plan d'intégration des nouveaux aides soignants et aux parcours de stage des étudiants infirmiers et aides soignants. Il devait éventuellement, à long terme, être étendu à tout l'établissement.

D'autres questionnements nous vinrent alors :

Comment mobiliser des professionnels, démotivés et désengagés, afin de les amener à participer à un projet de tutorat ? Comment les amener à intégrer de nouveaux professionnels à une équipe au sein de laquelle, eux-mêmes, éprouaient des difficultés à trouver leur place?

Aujourd'hui, étudiante cadre de santé, nous avons choisi de réfléchir cette thématique pour le mémoire du diplôme cadre de santé afin de l'inscrire dans une certaine continuité.

Le recul et les apports dispensés en IFCS et à l'Université nous font prendre pleinement conscience de l'enjeu que représentent la transmission des savoirs et de la culture dans les équipes et l'ambiance de travail parce qu'ils participent à la fidélisation des professionnels et par leur place dans le maintien d'une qualité de vie au travail.

Il nous semble à présent opportun, pour le cadre de santé, de s'intéresser pleinement à ce qui se joue au sein des équipes en termes relationnel et fonctionnel, afin de mieux adapter son style de management et appréhender des possibles leviers d'action pour créer du lien entre les professionnels.

De plus, leader et manager d'équipe dans la proximité, le cadre de santé est garant d'un accueil et d'un encadrement de qualité auprès des personnels nouvellement affectés et des étudiants ainsi que du maintien de conditions de travail favorisant la cohésion au sein des services. Il a un rôle certain à jouer dans ces dimensions primordiales de la gestion des ressources humaines.

Après avoir pris la distance nécessaire pour mieux comprendre les phénomènes auxquels nous avons été confrontée lors de la mutualisation des services, nous avons longuement repensé au plan d'intégration mis en place et aux apports relationnels des séquences de formation interne. Se pose enfin à nous un questionnement lorsque nous tentons de mettre en lien ce projet d'accompagnement pédagogique et les conséquences sur les équipes de la situation de changement vécue.

C'est ce questionnement qui est le point de départ de ce travail de recherche :

En quoi un projet de tutorat des nouveaux professionnels ou des étudiants, mis en place par le cadre de santé, peut-il permettre d'apporter de la cohésion au sein des équipes?

2 CADRE DES REFERENCES THEORIQUES

Au regard de la réflexion menée dans la partie précédente, trois notions nous semblent indispensables à développer pour en dessiner les contours : le tutorat, l'équipe soignante et le management d'équipe.

2.1 LE TUTORAT

2.1.1 HISTORIQUE ET DEFINITION

Etymologiquement, le tutorat a pour racine latine « *tueri* » qui signifie « Protéger, Veiller à, Garder »¹. Nous pouvons constater, déjà, qu'il tient son origine dans une forme de prendre soin.

Le terme, récent en français (1980), est issu du vocabulaire juridique et familial et est utilisé métaphoriquement dans le registre horticole. Ainsi, la définition du tutorat, tel qu'on le conçoit aujourd'hui et proposée par le dictionnaire Larousse² contient 2 sens :

- Un tuteur est une personne chargée d'un mineur ou majeur incapable juridiquement.
- Un tuteur est une personne ou une chose servant d'appui, de soutien, de protection.

Et les synonymes du tuteur nous donnent encore d'autres indications : gardien, mainteneur, protecteur.

Ainsi, dans le tutorat, plusieurs notions ressortent, notions qui composent toutes ce concept dans son acception originelle.

C'est SOCRATE, pendant l'antiquité, qui a imaginé le principe du tutorat et le développement de la pensée à travers des questions qui amènent à réfléchir.

Mais c'est à COMENIUS, philosophe et pédagogue tchèque du XVIème siècle, que l'on doit son développement repris dans « La Grande Didactique » en 1952³. En effet, ce dernier pensait qu'en éducation le savant devait être aidé dans sa tâche des meilleurs parmi ses élèves lesquels seraient chargés de transmettre sa parole et d'aider les autres élèves.

¹ <http://fr.wikipedia.org/wiki/Tutorat>

² <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/tutorat/80325?q=tutorat#79350>

³ Johann Amos COMENIUS « La grande Didactique : traité de l'art universel d'enseigner tout à tous », 1952, Editions Floch, 235 pages.

D'autres notions se rapprochent du tutorat, sont parfois utilisées à contre sens mais n'en sont pas :

- Le *compagnonnage* : terme, apparu en France au XVIIIème siècle, représentant le temps d'apprentissage que devait effectuer un compagnon auprès d'un maître, essentiellement dans l'artisanat ou l'industrie. Pour devenir maître à son tour, le compagnon devait réaliser un « chef d'œuvre », une construction⁴. Le compagnonnage correspond plus à la transmission de savoirs faire professionnels et de « ficelles » du métier.
- Le *mentorat* : aide personnelle, volontaire et gratuite, à caractère confidentiel, apportée par un mentor pour répondre aux besoins particuliers d'une personne en fonction d'objectifs liés à son développement professionnel ainsi qu'au développement de ses compétences et apprentissages. Le mentor est une personne d'expérience qui guide, conseille, sert de modèle, et qui partage son vécu, son expertise et sa vision⁵.
- Le *coaching* : accompagnement professionnel personnalisé, souvent contractuel, permettant d'obtenir des résultats concrets dans la vie professionnelle et/ou personnelle. La personne coachée approfondit ses connaissances et améliore ses performances⁶.

Nous constatons donc que ces notions sont assez éloignées, hormis le mentorat dans lequel on retrouve la place nécessaire du tuteur expérimenté, de l'individualisation de l'accompagnement et de l'échange, du partage.

Le concept de tutorat a évolué à partir des années 60 vers ce que l'on nomme le « tutorat par les pairs », lequel s'est développé en premier lieu dans les institutions scolaires et universitaires anglo-saxonnes. Ce dernier représente l'accompagnement en apprentissage par une personne expérimentée exerçant la même profession ou les mêmes fonctions.

Et actuellement, deux sortes de tutorat prédominent en France. Tout d'abord, le tutorat d'entreprise, lequel selon BORU et LEBORGNE⁷ est « *un ensemble de moyens, en particulier humains, mobilisés par une entreprise pour intégrer et former à partir de la situation de*

⁴ Dictionnaire Larousse, disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/compagnonnage/17598>

⁵ Définition de l'université de Sherbrooke, disponible sur : <http://www.usherbrooke.ca/mba-mentorat/mentorat/definition/>

⁶ <http://fr.wikipedia.org/wiki/Coaching>

⁷ Jean Jacques BORU et Christian LEBORGNE : « L'entreprise tutrice », Editions Ententes, 1992, p.21

travail » et qui consiste d'une part à un apprentissage pratique auprès d'un professionnel confirmé ou expérimenté, et d'autre part à une prise de distance accompagnée pour réfléchir l'action.

Ensuite, le tutorat dans le système d'enseignement, qui lui, consiste en une méthode pédagogique servant à co-construire un parcours de formation individualisé à l'aide d'un enseignant qui prend la fonction de tuteur.

Dans les deux cas, on retrouve l'idée de relation, de proximité, d'accompagnement dans un cheminement de réflexion et d'apprentissage.

2.1.2 FONCTIONS ET CARACTERISTIQUES DU TUTORAT

Le tutorat comporte plusieurs aspects que nous regroupons dans différentes fonctions :

- Une fonction cognitive et pédagogique : identification des besoins du formé, guidance, démonstration, explicitation et aide à la métacognition, évaluation, transmission d'un savoir faire, validation des compétences
- Une fonction socio-affective : accueil, intégration sociale, transmission d'un savoir être, enrôlement, aide à la construction de l'identité professionnelle, reconnaissance des compétences et des acquis
- Une fonction de tiers : modèle, référence, accompagnement dans la réflexion/réflexivité, soutien, aide à la motivation, protection
- Une fonction d'encadrement : planification et organisation de l'apprentissage, transmission de normes règlementaires spécifiques à la profession ou à l'organisation et aux pratiques enseignées

Le tuteur fait donc le lien entre celui qui est tutoré et l'objet du tutorat, enseignement ou travail.

LE BOTERF⁸ qualifie même le tutorat de médiation, laquelle est inscrite dans une relation prenant l'aspect d'un accompagnement.

⁸ Guy LE BOTERF : « Professionnaliser : construire des parcours personnalisés de professionnalisation », Editions d'Organisation, Collection des Ressources Humaines, 2010, 144 pages.

L'**accompagnement**, lui renvoie à plusieurs idées⁹ : l'assistance dans le sens où le tuteur apporte une aide et une valorisation, le cheminement qui consiste en des étapes bien précises au sein de l'apprentissage, une implication relationnelle bilatérale et la transition qui signifie qu'il a lieu dans un espace-temps comportant un début, un pendant et une fin, faisant suite et préparant à une autre étape.

Qu'il ait pour finalité l'aide à la professionnalisation d'un nouveau membre du personnel ou à celle de l'apprentissage, l'accompagnement tuteur comporte différentes dimensions :

- La mission même d'accompagner implique des responsabilités, des buts
- Il s'agit d'une démarche : processus ayant une durée, individualisé, interactif et nécessitant une méthodologie, une formalisation et des outils
- La dimension relationnelle : intersubjectivité, implication, liens, symétrie dans les rôles, communication

Le concept même d'accompagnement renvoie à plusieurs notions, toutes présentes dans les caractéristiques du tutorat. Et, selon Maela PAUL¹⁰, le tuteur qui accompagne navigue entre 3 postures : le conducteur, le guide et l'escorte.

CONDUIRE	GUIDER	ESCORTER
Idée d'influence, Autorité et fermeté, Poussée vers une mise en mouvement	Idée de conseil tenu sur l'orientation à prendre, Les repères à se donner pour se situer	Idée de protection, Faire opposition ou obstacle, Protéger contre ce qui empêche ou barre la route
Dynamisation	Anticipation	Réparation
Mettre en mouvement	Apporter une attention soutenue	Soutenir

Les 3 régions sémantiques de l'accompagnement¹¹

Ces 3 postures sont sous tendues par un positionnement éthique en lien avec une certaine conception de l'individu en construction et une démarche respectueuse de la déontologie du métier ou de l'enseignement. Mais surtout, elles impliquent une pratique réflexive, sur laquelle il convient de s'arrêter.

⁹ Maela PAUL : « Ce qu'accompagner veut dire » In. *L'accompagnement et la dynamique individu-étude-travail, Carriérologie*, vol.9 n°1 et 2, Bibliothèque Nationale du Québec, 2009, pp. 126-135.

¹⁰ Ibid.

¹¹ Ibid.

La **réflexivité** est une disposition intellectuelle constructive, s'apparentant à la pensée critique, permettant de réfléchir l'action. Elle consiste également en une prise de conscience de ses attitudes et habitus afin de les objectiver pour mieux les comprendre.

La réflexivité revient à « se regarder en face », à travailler sur soi.

Selon Donald SCHÖN¹², cette réflexion a lieu dans l'action (spontanée), porte sur l'action (rétrospection) et sert pour l'action (anticipation de situations analogues).

Elle correspond également à une remise en question de la pratique et des ressentis, laquelle ne peut se faire dans l'introspection seule. Ainsi, la réflexion naît et se nourrit de la confrontation et des échanges avec autrui.

C'est ce que SOCRATE avait posé comme postulat concernant le développement de la pensée à travers des questions qui amènent à réfléchir.

Et c'est à ce niveau qu'intervient le tuteur, dans l'accompagnement de cette réflexion.

Cette approche peut être dite **socioconstructiviste**¹³, le tutorat ayant ce rôle de permettre la prise de distance par les échanges verbaux et la mobilisation cognitive continue. L'apprentissage et la professionnalisation se font alors dans le jeu des interactions sociales et avec l'environnement.

C'est Vygotski¹⁴, psychologue biélorusse du début du XX^e siècle, qui après avoir mené des études auprès d'enfants, défend la thèse selon laquelle ces derniers peuvent réaliser et maîtriser des situations ou problèmes quand ils sont guidés et aidés par une autre personne plus compétente au cours d'une relation collaborative. Les interactions entre pairs en situation de résolution de problème jouent alors un rôle constructeur sur l'apprentissage individuel.

Ces idées reprennent les fondements du tutorat. Et pour que les pratiques de ce dernier appartiennent au courant défendu par Vygotski, elles doivent rendre l'apprenant acteur de son apprentissage plutôt que de lui apporter les réponses pré établies, prévoir des temps d'échanges avec le tuteur, apporter des aides méthodologiques, développer la réflexivité donc

¹² Donald SCHÖN « Le praticien réflexif : à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel », Editions Logiques, Montréal, 1993. Cité par LIFE, disponible sur : http://www.unige.ch/fapse/life/livres/alpha/S/Schon_1993_A.html

¹³ S.BIBAUW, JL DUFAYS « Les pratiques d'écriture réflexive en contexte de formation générale », HAL archives ouvertes, 2013. Disponible sur : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/hal-00798613/document>

¹⁴ Biographie de Lev Semenovitch VYGOTSKI, disponible sur : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/lev-semenovitch-vygotski/>

la pensée critique de l'apprenant, et surtout proposer des situations d'apprentissage susceptibles de favoriser le transfert de compétences.

Par ailleurs, COMENIUS fit ressortir le caractère interactif et les apports pour le tuteur : « *qui enseigne aux autres s'instruit lui-même* »¹⁵.

2.1.3 APPORTS POUR LES TUTEURS

De nombreux auteurs ont mis en avant la plus value pour les professionnels exerçant le tutorat. WITTORSKI¹⁶ avance que les tuteurs s'engagent ainsi dans une *dynamique d'évolution de leurs compétences*.

Tout d'abord, il y a une évolution des pratiques par remise en question des schémas habituels de travail conduisant à une nouvelle façon de voir et de penser l'action.

Ensuite, l'explicitation des actes et des procédures dans l'agir permet au tuteur de développer le « retour sur soi », la réflexivité, et la prise de conscience des acquis, donc le sentiment d'efficacité personnelle. Ce qui contribue fortement à la valorisation des compétences. Cette aptitude, par itération et intégrée comme mécanisme, fait du tuteur un *praticien réflexif*¹⁷.

De plus, par les fonctions d'intégration sociale, les tuteurs sont les vecteurs des normes et de la culture organisationnelle ainsi que les interfaces entre le tuteur et les équipes. Ce qui fait d'eux des acteurs institutionnels à part entière en plus de leur permettre de développer des compétences relationnelles et d'animation.

Enfin, si nous prenons l'exemple des tuteurs dans la formation par alternance, ces derniers forment un pont entre l'organisation et le lieu de formation. Ainsi, les tuteurs participent à ouvrir l'organisation sur son environnement et offrir un espace de collaboration.

¹⁵ Johann Amos COMENIUS, *Op.cit.* p.8

¹⁶ Richard WITTORSKI : « Développement des compétences professionnelles des tuteurs par l'exercice du tutorat », *Recherche et Formation* n°22, 1996, pp. 35-46.

¹⁷ Donald SCHÖN, *Op.cit.*p.12

2.1.4 TUTORAT DANS LES PROFESSIONS PARAMEDICALES

Dans le champ qui nous intéresse, les professions paramédicales, le tutorat par les pairs est très souvent assimilé au compagnonnage lorsqu'il s'agit de nouveaux professionnels.

Il y existe depuis longtemps, bien que très peu formalisé ou nommé et reconnu comme tel.

Des établissements et certaines unités de soins semblent avoir construit des dispositifs d'intégration et de suivi des nouveaux professionnels ou des étudiants. Mais il n'existe pas de réelle convergence de la réflexion ou des outils en ce sens.

Cependant, deux dispositions législatives d'importance ont placé le tutorat comme une méthode pédagogique efficace dans notre champ professionnel.

Tout d'abord, l'instauration réglementée d'un tutorat pour les infirmiers exerçant en psychiatrie. Inscrite dans les axes du Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008, la circulaire du 16 janvier 2006 relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie¹⁸ poursuit plusieurs objectifs :

- adapter les compétences en santé mentale sur la base d'une transmission, notamment intergénérationnelle, des savoirs et des pratiques.
- améliorer l'accueil des nouveaux infirmiers et leur adaptation à la spécificité de l'exercice en psychiatrie.
- renforcer l'attractivité de l'exercice infirmier en psychiatrie et fidéliser les professionnels.

Ce tutorat consiste en une méthode pédagogique d'analyse des pratiques professionnelles à partir de situations vécues et d'apports théoriques complémentaires.

Ensuite, le tutorat est inscrit également dans le programme des études infirmières depuis l'Arrêté du 31 juillet 2009¹⁹. Le référentiel de formation infirmière est articulé autour de l'acquisition de compétences et met en place une alternance entre l'acquisition de connaissances et de savoir-faire reliés à des situations professionnelles et la pratique régulière

¹⁸ Circulaire DHOS/P2/O2DGS/6C no 2006-21 du 16 janvier 2006 relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie, disponible sur : www.legifrance.gouv.fr

¹⁹ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au Diplôme d'Etat d'Infirmier, disponible sur : www.legifrance.gouv.fr

de l'analyse de situations professionnelles. Cette méthode permet aux étudiants de travailler trois paliers d'apprentissage : comprendre, agir et transférer.

La réflexivité, inscrite également dans le référentiel, permet aux étudiants d'intégrer les savoirs pour construire les compétences et atteindre progressivement la professionnalisation.

Le tuteur de stage, officiellement institué par l'Arrêté cité plus haut et professionnel formé, représente la fonction pédagogique du stage, donc de l'apprentissage pratique, par l'accompagnement des étudiants et l'évaluation de leur progression lors d'échanges réguliers autour des situations ou des questions rencontrées.

Le référentiel de formation a redonné sa juste place à l'apprentissage clinique dans le parcours de professionnalisation des futurs infirmiers, c'est là que sont confrontés les savoirs avec la pratique et que naît la réflexion sur l'action. D'où la place prégnante du tuteur dans l'aide au questionnement et, à la fois, dans le cheminement du processus de construction de l'identité professionnelle, laquelle se poursuit lorsque le professionnel intègre une équipe soignante.

2.2 L'ÉQUIPE SOIGNANTE

Il convient, en premier lieu de définir ce qu'est une équipe.

Selon P-C ABRAMI²⁰, « *une équipe peut être définie comme étant un groupe de personnes interagissant afin de se donner ou d'accomplir une cible commune, laquelle implique une répartition des tâches et la convergence des efforts des membres de l'équipe* ».

Si nous rapportons cette définition à notre contexte de recherche, une équipe soignante est donc un groupe de personnes, professionnels ayant des qualifications médicales, paramédicales ou médico-techniques, qui interagissent et collaborent pour réaliser un projet de soins commun.

La notion d'équipe intègre les interactions et la coordination entre ses membres. Ainsi, pour qu'une équipe effectue un travail d'équipe, certaines conditions sont à remplir indubitablement.

²⁰ Monique FORMARIER, Ljiljana JOVIC : « Les concepts en sciences infirmières », 2^{ème} édition Mallet Conseil, 2012, p.180.

Aussi, nous procéderons à la réflexion sur l'équipe soignante selon l'étude de la dynamique des groupes, comme lieu de construction de l'identité professionnelle et au travers du travail d'équipe.

2.2.1 LA DYNAMIQUE DE GROUPE

C'est Kurt LEWIN²¹ dans les années 40 qui a impulsé la naissance de la dynamique des groupes par la compréhension de l'importance des relations interpersonnelles au sein des groupes. Elle est un concept à l'origine de la psychosociologie du travail.

Cette expression regroupe l'ensemble des phénomènes, mécanismes et processus psychiques et sociologiques qui émergent et se développent dans les petits groupes sociaux appelés aussi groupes restreints²².

Différentes études menées sur le fonctionnement des groupes ont permis de mettre en avant les leviers d'action en vue d'une performance collective, en plus de la recherche d'une qualité de vie au travail. C'est donc également un outil permettant de faciliter la compréhension des processus qui se développent au sein des groupes afin de générer un changement qui aura des effets sur ses membres.

Le groupe n'est, alors, pas seulement la somme des individus qui le composent.

R. MUCCHIELLI décrit 5 styles de groupe²³ :

Centré sur le groupe	Groupe s'auto analysant sans but d'amélioration (groupe projet se séparant à son terme)
	Formé dans un but de progrès des attitudes en vue de la formation au travail en équipe
Centré sur le groupe et sur la tâche	Equipes de travail
Centré sur la tâche	Professionnels travaillant ensemble pour améliorer la communication et la coopération
	Réunion de professionnels autour d'une tâche sans vécu groupal (staff médico-chirurgical)

²¹ http://fr.wikipedia.org/wiki/Kurt_Lewin

²² http://fr.wikipedia.org/wiki/Dynamique_de_groupe

²³ Arrêté du 31 juillet 2009, *Op.cit.* p.14

L'équipe soignante, qui est une équipe de travail, est de dominante centrée sur le groupe et la tâche mais navigue entre les deuxième et quatrième styles.

C'est également un groupe social où les relations sont directes et où, dans le meilleur des cas, règne une unité d'esprit et d'action.

Et avant de parvenir à cette dynamique d'unité, l'équipe, le groupe traverse plusieurs phases. C'est la théorie formalisée par B. WAYNE TUCKMAN²⁴ en 1965, un psychologue américain. Ce dernier a avancé l'idée que ces phases sont toutes nécessaires et inévitables pour que l'équipe grandisse, affronte les défis, résolve les problèmes, trouve des solutions, planifie son travail et produise des résultats. Ses recherches ont été particulièrement intéressantes pour permettre au leader d'utiliser les bons leviers d'animation au bon moment :

1. La phase de formation : c'est la naissance du groupe. les membres apprennent à se connaître, ils s'explorent.
2. La phase de turbulence : apparaissent les conflits interpersonnels, les luttes de pouvoir et divergences professionnelles. Le groupe devient une équipe s'il passe cette étape.
3. La phase de normalisation : l'équipe évolue vers le partage de compétences et d'informations, apparaissent alors le projet commun et l'ajustement des rôles progressivement.
4. La phase de performance : après le développement d'une certaine cohésion, les rôles de chacun sont compris et acceptés. Le groupe trouve seul des solutions à ses conflits interpersonnels et aux difficultés professionnelles. Apparaissent alors les notions de performance et d'intelligence collectives.

A ce stade, « *L'engagement et le sentiment de groupe engendré par la satisfaction d'effectuer la tâche ensemble conduisent le groupe à défendre cette tâche et à maintenir le groupe. Les membres sont ainsi portés à résister à la fois au changement de travail et au changement de composition du groupe* »²⁵.

5. La phase de dissolution : l'équipe se sépare par le départ de certains ou des changements organisationnels. C'est une étape difficile à traverser pour l'équipe.

²⁴<http://www.fabrice-aimetti.fr/dotclear/index.php?post/2009/08/31/Forming-Storming-Norming-Performing-and-Adjourning>, consulté le 04/01/2015.

²⁵R. MUCCHIELLI : « le travail en équipe : clés pour une meilleure efficacité collective », collection Formation Permanente, éditions ESF, 2014, p. 32.

Penchons nous à présent sur les relations interpersonnelles évoluant au sein de l'équipe.

En 1934, Jacob Levy MORENO²⁶, médecin philosophe et psychothérapeute autrichien, a étudié l'importance des relations informelles au sein des groupes par le biais de la sociométrie.

Les personnalités de chacun des membres du groupe sont en interrelation, il en résulte un réseau relationnel informel lequel conditionne la singularité du groupe par rapport à un autre. De plus, ce réseau influence les attitudes et positionnements des membres du groupe les uns par rapport aux autres. Les différentes relations sont représentées graphiquement, le sociogramme, qui laisse apparaître les zones d'attractivité ou de rejet relationnel.

Ces apports ont leur importance lors de conflits interpersonnels au sein de l'équipe, lorsqu'on cherche à mettre en évidence des leaders, pour comprendre les phénomènes de bouc émissaire.

Et de plus, le sociogramme offre une méthode de lecture des relations de collaboration et de coordination en œuvre dans les parcours de soins.

Plusieurs notions résultent de l'intensité des relations interpersonnelles et des processus précités au sein de l'équipe de travail.

La première de ces notions est la **cohésion**.

Définie par le dictionnaire Larousse²⁷ comme étant la *propriété d'un ensemble dont toutes les parties sont solidaires, solidarité*, elle représente l'ensemble des forces qui poussent les membres d'un groupe à y rester. Elle trouve ses sources dans l'attrait pour le travail accompli associé à l'attrait mutuel des membres de l'équipe.

Elle est possible sous certaines conditions :

- ✓ La confiance

Base de la cohésion, elle représente un sentiment de sécurité et de fiabilité que ressentent les membres de l'équipe au contact les uns des autres. Elle existe si les membres de l'équipe se connaissent bien, ont et véhiculent une image positive du groupe par authenticité des comportements et par la collaboration. Dans la confiance, les membres de l'équipe peuvent tout se dire et tout entendre dans un but de progression.

²⁶ http://socio.ens-lyon.fr/agregation/reseaux/reseaux_fiches_moreno_1934.pdf, consulté le 03/01/2015.

²⁷ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/cohesion/17019?q=cohesion#16888>, consulté le 03/01/2015

✓ La cooptation

Elle représente, pour les membres de l'équipe, la satisfaction de travailler ensemble et favorise le développement d'un sentiment d'appartenance commun. C'est par cette cooptation que les membres de l'équipe acceptent de nouveaux membres ou en rejettent d'autres.

✓ La compétition

Nous ne parlons pas là de la compétition dans le sens de rivalité ou de concurrence, mais plutôt celle permettant à chaque membre de l'équipe de se mettre en avant personnellement²⁸ et à tour de rôle, équitablement. Ceci afin de permettre l'expression de toutes les individualités et compétences.

De nombreux auteurs, dont KOZLOWSKI et ILGEN²⁹ en 2006, ont référencé la cohésion comme étant un des facteurs de succès du travail en équipe.

La notion suivante est la **coopération**.

Elle correspond au comportement positif et à l'envie de renouvellement d'expériences d'un individu après sa participation à un travail commun qu'il considère comme performant, donc comme ayant atteint les objectifs.

Un travail coopératif revient à un ensemble d'actions coordonnées où chacun connaît et reconnaît la place et le rôle des autres.

La coopération nécessite la confiance les uns en les autres, la reconnaissance de tous et un mode de communication singulier. Ce qui suppose que la coopération met en œuvre également l'empathie.

Les membres de l'équipe ont la capacité de sentir ce dont l'autre a besoin, dans l'activité, et de le lui donner.

Elle se construit dans la satisfaction itérative des productions communes. Et de plus, elle n'est possible que s'il y a un sentiment d'équité au sein du groupe et de liberté des individus.

²⁸ R. LAMBERT : « Influence sociale et performance de groupe » In: *L'année psychologique* vol. 67, n°1, 1967. pp. 279-292, disponible sur : http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/psy_0003-5033_1967_num_67_1_27564, consulté le 03/01/2015.

²⁹ C. AUBE et V. ROUSSEAU : « Des équipes de travail efficaces : ce qu'il faut faire et ne pas faire » In : *Gestion* Vol. N°34, 2009, pp. 60-67.

La dernière notion, et non la moindre, est le **sentiment d'appartenance**.

R. MUCCHIELLI le définit comme le fait de *sentir le groupe et de se sentir de ce groupe*, il s'agirait du *vécu singulier de la cohésion*³⁰.

Les individus sont alors poussés à adopter des attitudes particulières : solidarité intra groupale, impression de faire corps même loin du groupe et pendant la production du travail. Les membres de l'équipe adoptent également un langage verbal et non verbal spécifique et singulier, une communication au sein du groupe, l'expression de chacun des membres étant primordiale.

Le sentiment d'appartenance forme, en quelques sortes, une morale de l'équipe avec ses codes et valeurs reconnus et portés par tous les membres de l'équipe. Chacun suit ces règles du groupe dans un but de « vivre et accomplir ensemble ». Ainsi, l'intérêt du groupe devance les attentes individuelles dans le sens où chaque membre de l'équipe se reconnaît et est reconnu au travers des normes établies par le groupe.

Enfin, de toutes ces composantes résulte **l'esprit d'équipe**, lequel est l'ensemble des expressions de l'appartenance : oubli de son intérêt propre au profit de celui du groupe, reconnaissance de chacun au sein du groupe, solidarité, acceptation et adoption des normes du groupe, loyauté.

Nous voyons donc, comme l'a si bien dit Cédric TRANCHON³¹, pilote de chasse et leader de la Patrouille de France : *le collectif dépasse largement et de façon incommensurable la somme des individualités du groupe. Il le transcende.*

L'individu, professionnel, existe alors au travers de l'équipe soignante, cette dernière jouant un rôle dans la formation de son identité professionnelle.

³⁰ Monique FORMARIER, Ljiljana JOVIC, *Op. Cit.* p.14

³¹ TRANCHON Cédric : « Les secrets d'un leader », France : Laffont, 2014, 166 pages.

2.2.2 L'IDENTITE PROFESSIONNELLE

Avant de nous pencher sur l'identité professionnelle et sa construction, il convient de s'arrêter un minimum sur le concept d'identité, lequel peut être défini, selon Claude DUBAR, comme étant « *ce que sont les individus, ce qui les caractérise dans toutes les situations* »³².

Posant ses bases à la naissance de tout individu, elle se construit progressivement au travers des divers lieux de socialisation : la famille, l'éducation, l'école, le cercle des amis...

L'identité professionnelle est une des composantes de cette identité globale.

Renaud SAINSAULIEU³³ la définit comme étant «...*la façon dont les différents groupes de travailleurs s'identifient aux pairs, aux chefs, au groupe. Elle est fondée sur des représentations collectives distinctes et est le résultat d'une identification à l'autre, en fonction de l'investissement de soi dans les relations sociales* ».

Il s'agirait alors d'un processus de socialisation par le travail.

Ce qui rejoint la théorie de Claude DUBAR selon laquelle la construction de cette identité serait la conséquence des interactions entre l'individu, l'individu en tant que membre d'un groupe professionnel, et les autres.

L'identité professionnelle renvoie :

- Au vécu individuel du travail : comment l'individu vit son travail
- Aux relations interpersonnelles dans le travail : appartenance à un groupe
- Au parcours professionnel : étapes de la carrière professionnelle

De plus, il s'agit d'un processus à la fois individuel, puisqu'il est composé des acquis des expériences propres et des autres lieux de socialisation, et collectif, car la socialisation se joue dans les interactions avec autrui et les autres en général.

³² PETITJEAN Nadia. Fiche de lecture de la Chaire DSO, CNAM : DUBAR Claude. *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*. 2^{ème} éd., France : Armand Colin, 1998. Disponible sur : http://mip-ms.cnam.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichier?ID_FICHER=1295877017955

³³ Renaud SAINSAULIEU : « L'identité en entreprise », 1985, disponible sur : https://www.upicardie.fr/labo/curapp/revues/root/33/renaud_sainsaulieu.pdf_4a07eb7dd0b70/renaud_sainsaulieu.pdf, consulté le 03/01/2015.

Partant de ces réflexions et du caractère changeant de la société contemporaine et de ce qui la compose, on en déduit également que la construction de l'identité professionnelle est continue et mouvante, entrecoupée d'ajustements de la part de l'individu. Ceci afin de l'adapter aux nombreux changements individuels et dans le parcours professionnel, ceux sociétaux et ceux ayant lieu au sein de l'organisation.

Pour le cas qui nous intéresse ici, les soignants, il s'agit également d'une identité de métier, l'appartenance au corps professionnel étant un facteur fondamental tant d'un point de vue historique que de celui de l'appartenance à un groupe à type de corporatisme. Cette identité de métier fait que l'individu s'approprie, en plus, des gestes et des valeurs, une culture propre à sa profession. Aussi, le choix même d'un métier n'est pas anodin. Il est fait en fonction de la personnalité, des projets personnels, des expériences et de la sensibilité à un domaine plutôt qu'un autre.

C. DUBAR identifie 2 expressions de l'identité professionnelle : pour soi (tel que l'individu se voit dans le travail) et pour l'autre (tel qu'il est perçu par l'autre). Selon lui, l'individu est continuellement dans la recherche de la diminution de l'écart entre ces 2 dimensions.

Certains éléments sont indispensables à cette construction identitaire.

Le premier est la **reconnaissance** laquelle intervient, comme dit plus haut, dans la perception qu'a l'individu de lui-même et celle qu'autrui a de lui. Et cela passe aussi bien par l'expression de la personnalité dans les relations interpersonnelles que par le travail accompli, s'agissant de l'objectif commun. Multidimensionnelle, elle se manifeste dans 4 champs³⁴ :

- Reconnaissance de la personne en tant qu'individu
- Reconnaissance des résultats du travail de l'individu
- Reconnaissance de l'effort fourni par l'individu
- Reconnaissance des compétences de l'individu

Ces dernières permettent la légitimation de l'individu au sein du groupe et renforcent la conscience de soi.

L'engagement professionnel est le second élément.

³⁴ Jean Pierre BRUN : « La reconnaissance au travail », Grand Dossier n°12 « Malaise au travail », In. *Sciences Humaines*, 2008.

L'engagement professionnel se définit, selon MEYER et ALLEN³⁵, « *par une attitude qui traduit la nature et la force des liens unissant l'individu à son travail. Il implique l'attachement affectif, celui instrumental, et enfin, celui moral* ».

L'engagement dépend de trois aspects fondamentaux : l'énergie mise dans la tâche, l'investissement personnel et la satisfaction intense dans le travail sans pouvoir ou vouloir lâcher prise³⁶.

L'engagement peut être assimilé à la **motivation**, à ceci près qu'il y a une forte connotation de contrat moral dans la notion de s'engager.

La motivation, elle, est définie comme *l'ensemble des déterminants irrationnels des conduites humaines [...] qui n'est pas du domaine de l'intelligence ou de la raison, de l'intention réfléchie, [...], ou de l'action obligée par une contrainte extérieure de quelque nature qu'elle soit. [...]Ce déterminant irrationnel est activé par un signal significatif (situation ou objet) et prend sa pleine caractéristique de moteur de la conduite, polarisant l'attention, l'action et toutes les puissances de l'être vers l'accomplissement, l'assouvissement d'un désir (intérêt, besoin)*³⁷.

La motivation, à caractère plus intrinsèque, est une des expressions de l'engagement, mais n'en est pas un synonyme.

Pour les soignants, cet engagement est tridimensionnel : vis-à-vis de la profession, vis-à-vis de l'institution ou communauté soignante, mais surtout dans la forme de dévouement mêlé à de la vocation qu'est l'action tournée vers l'autre propre aux métiers du prendre soin.

Aussi, plus l'équipe soignante tend vers la cohésion, et plus ses membres désirent la réussite collective, sont engagés et motivés. R. MUCCHIELLI souligne également que bien que la réussite ne soit pas toujours au rendez-vous, *l'effort, lui, est soutenu et intense*.

La cohésion, l'esprit d'équipe, l'appartenance peuvent n'être d'ordre que social. Dans ce cas, la performance collective peut ne pas être l'objectif premier de l'équipe soignante.

³⁵ Le modèle d'engagement organisationnel de Meyer et Allen (1991), disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2005-6-page-705.htm>

³⁶ V. HABEREY-KNUESSI : « De l'indifférence à l'envie : co-construire l'engagement », 2011. Disponible sur : <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/competences-infirmiere/reflexion-quel-engagement-professionnel-infirmier.html>, consulté le 10/01/2015.

³⁷ Monique FORMARIER, Ljiljana JOVIC, *Op.cit.* p.14

Cette dernière notion nous amène à nous questionner sur la place du travail comme objectif commun.

2.2.3 LE TRAVAIL D'ÉQUIPE

La réalisation de la cible commune par les membres de l'équipe représente le travail.

Nous pouvons alors émettre l'hypothèse que la production fournie par l'équipe est ce que l'on nomme communément le travail d'équipe. Ce n'est pas si simple !

Roger MUCCHIELLI³⁸ le définit ainsi: « *Le travail d'équipe groupe des professionnels de catégories diverses, obligés pour réaliser un objectif, de se compléter, de s'articuler et de dépendre des autres* ».

Plusieurs composantes entrent, ainsi, en jeu afin que puisse être qualifiée de travail d'équipe la production de cette dernière.

Tout d'abord, au travers de la nature et de l'intensité des relations interpersonnelles, l'équipe influence les individus et leurs caractéristiques. Et ces processus concernent aussi bien leur conception de soi, leurs croyances, leurs valeurs et, surtout, leurs comportements. Ce qui a, bien évidemment, des conséquences sur la contribution individuelle et sur le travail collectif.

Il en résulte une autorégulation du groupe par :

- Influences mutuelles : conformité, consensus, création de normes, configuration des rôles, mise en place ou entretien d'une culture de l'équipe
- Influence d'un ou plusieurs individus : formation de leaders au sein de l'équipe
- Coordination des différentes activités de travail
- Activités transversales : définition d'objectifs, planification du travail

De nombreuses études³⁹ ont été menées au cours du siècle dernier pour tenter de comprendre comment certaines équipes atteignent la performance, ou pourquoi dans d'autres les membres ressentent de la frustration ou encore, d'autres trouvent qu'il y a un bon climat de travail.

De ces études ont été dégagés des indicateurs cumulatifs de l'évaluation du travail d'équipe efficace: la performance, la qualité de la coopération et la durée de vie de l'équipe.

Les processus d'autorégulation vus plus haut, le fonctionnement interne de l'équipe, amènent les membres de cette dernière à mettre en place des comportements productifs ou contre

³⁸ Roger MUCCHIELLI, *Op.cit.* p.17

³⁹ C. AUBE et V. ROUSSEAU, *Op.cit.* p.18

productifs. Recensés par C. AUBE et V. ROUSSEAU⁴⁰, ces comportements sont listés et illustrés dans les tableaux ci-dessous :

COMPORTEMENTS PRODUCTIFS	Exemples
Planification/organisation du travail	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboration collective des stratégies de travail - Clarification des rôles et responsabilités - Méthodes de travail consensuelles
Suivi du travail	<ul style="list-style-type: none"> - Transmission intra-équipe des forces et difficultés - Point sur l'avancement du travail - Evaluation dans un but d'atteinte des objectifs de performance
Soutien au changement/innovation	<ul style="list-style-type: none"> - Accepter de découvrir de nouvelles façons de travailler - Permettre l'expression de nouvelles idées en groupe - Oser instaurer de nouvelles pratiques dans l'équipe
Soutien interpersonnel	<ul style="list-style-type: none"> - Coopération : entraide et transmission dans le travail - Communication : transmissions, expressions des idées et opinions dans le groupe, écoute des collègues - Gestion des conflits : empathie, objectivité, recherche de solutions consensuelles ou dans le compromis
COMPORTEMENTS CONTRE PRODUCTIFS	Exemples
Parasitisme	<ul style="list-style-type: none"> - Retards, ralentissement du rythme de travail...
Agression interpersonnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Hypocrisie, tentative d'humiliation d'un collègue, rumeurs...
Survalorisation personnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Se vanter par comparaison aux collègues, s'attribuer les mérites des succès de l'équipe, dénigrer la contribution des collègues
Individualisme	<ul style="list-style-type: none"> - Ne pas se conformer aux normes de travail établies en groupe, ne tenir compte que de ses idées, prendre des décisions sans mesurer leur impact sur les collègues
Utilisation déficiente des ressources	<ul style="list-style-type: none"> - Gaspillage, bris ou vol de matériel, non respect des règles de sécurité

Ces comportements apparaissent le plus souvent de façon inconsciente. Il est donc important que les membres de l'équipe en prennent conscience et soient accompagnés afin de nuire le moins possible au fonctionnement de l'équipe.

C.L. PEARCE et H.P. SIMS Jr., deux universitaires américains⁴¹, par leurs travaux en 2002 sur l'influence du leadership sur le changement au sein des équipes, démontrent que le

⁴⁰ Ibid.

supérieur hiérarchique immédiat a un rôle clé à jouer dans la régulation de ces comportements, puisqu'ils sont assez dans la proximité pour saisir les dysfonctionnements. Ainsi, en adaptant son style de management à la structure, au fonctionnement et au stade de maturité de l'équipe, le cadre de santé peut influencer les comportements dans l'équipe et l'accompagner dans le changement que cela induit. C'est du leadership du cadre dont il s'agit, c'est ce que nous allons explorer dans le chapitre qui suit.

2.3 LE MANAGEMENT D'EQUIPE

Terme emprunté à l'anglo-saxon, le management correspond en français au terme de gestion.

Henry FAYOL⁴², Directeur Général d'une grande entreprise de charbon du début du siècle dernier, le définit comme un ensemble universel de fonctions : *prévoir, organiser, commander, coordonner et contrôler*.

Max WEBER⁴³, sociologue allemand de la même époque quant à lui, complète cette réflexion par le concept de bureaucratie, laquelle serait caractérisée par la division du travail, la mise en place d'une hiérarchie clairement définie, et par des règles et des normes précises.

En fait, le management regroupe l'ensemble des techniques ou méthodes utilisées pour diriger, conduire, gérer une organisation.

En parallèle, de nombreux auteurs et chercheurs ont pris le parti d'étudier le management sous l'angle de la relation humaine, comme Abraham MASLOW et la pyramide des besoins ou Elton MAYO⁴⁴ qui démontra l'importance des conditions et de l'environnement de travail et de la satisfaction des employés sur la productivité. Ce courant représentant l'humanisation des techniques d'organisation représente « L'Ecole des Relations Humaines ».

⁴¹ C.L. PEARCE et H.P.SIMS : « Vertical Versus Shared Leadership as Predictors of the Effectiveness of Change Management Teams: An Examination of Aversive, Directive, Transactional, Transformational, and Empowering Leader Behaviors » In *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*, 2002, Vol. 6, No. 2, pp 172–197.

⁴² Stephen ROBBINS, David DE CENZO, Mary COULTER, Charles-Clemens RÜLING : « Management », 7^{ème} Edition Global, 2011, Collection Pearson Education France, pp 7-13.

⁴³ Ibid.

⁴⁴ Ibid.

Ces théoriciens, par leurs travaux complémentaires ont démontré que les employés n'étaient pas motivés en premier lieu par le salaire et ont participé à l'émergence du leadership et de toutes les techniques de management d'équipe qui ont fait leur place dans toutes les organisations depuis.

Le management est donc composé de 2 dimensions : une organisationnelle ou scientifique, et une humaine, le management des hommes.

En d'autres termes, le manager doit mobiliser des ressources, organisationnelles ou structurelles et humaines, de façon cohérente et stratégique afin d'atteindre des objectifs institutionnels.

Le management d'équipe, lui, consiste à faire faire le travail par les autres. Il revient, pour un manager, à conduire, guider, gérer ses collaborateurs afin qu'ils accomplissent une tâche ou un projet répondant à des objectifs institutionnels et de la meilleure façon qu'il soit, tout en tenant compte des caractéristiques organisationnelles, des processus en œuvre dans la structure, de chaque individu composant l'équipe et de la vie de cette dernière.

Dans la poursuite de notre réflexion, nous nous intéresserons au leadership, plutôt qu'au management qui est la fonction globale du manager, ou du cadre de santé pour le cas qui nous intéresse, celui-ci étant une des composantes du management concernant plus la conduite des hommes.

2.3.1 LE LEADERSHIP

Le leadership est un terme emprunté de l'anglais, le *leader* étant un chef, le suffixe *-ship* correspondant à « *la façon dont le chef est chef* », aux caractéristiques de la posture et de l'action menée par le leader dans ce rôle précis.

Plusieurs auteurs ont étudié les caractéristiques du leadership et ses différents styles.

Cependant, il reste un concept assez flou et difficile à définir bien que chacun en ait des représentations au travers de figures emblématiques, tel que Steve JOBS (fondateur d'APPLE®), Léonie CHAPTAL⁴⁵ plus proche de notre champ professionnel, ou d'autres personnages, incarnant la réussite, l'énergie, la capacité à entraîner les autres, à les mobiliser, non par l'autorité ou le pouvoir, mais par l'influence et la persuasion.

⁴⁵ Christophe DEBOUT, René MAGNON : « Léonie CHAPTAL, un leader visionnaire », In. *Les tribunes de la santé* n°44, 2014, page 1.

BLAKE et MOUTON en 1978, quant à eux, avancent la théorie selon laquelle le leadership dépendrait de la personnalité du leader, et non des différentes situations. Selon eux, les comportements du leader sont dominés par 2 tendances : l'orientation vers la tâche ou l'orientation vers les relations sociales. De ces dernières se déclinent cinq styles de management représentés ainsi :

- Centré sur la tâche : ne contrôle que la production
- Social : privilégie le climat social et la cohésion
- Laisser faire : implication sur aucune orientation
- Intermédiaire : en recherche de consensus entre production et relation
- Intégrateur : recherche l'engagement des collaborateurs en vue de la production



Les deux approches précédentes englobent tous les aspects du leadership. Il n'existe alors pas de modèle idéal, le positionnement du leader dépend des différents contextes ou situations ainsi que des divers profils de ses collaborateurs, des différents interlocuteurs rencontrés mais également de ses caractéristiques personnelles.

Nous retiendrons, tout de même, que le management situationnel est celui qui tendrait le plus vers l'idéal, les contextes de travail, et notamment dans le secteur hospitalier, étant infinis.

Et néanmoins, deux notions importantes ressortent de ces théories : l'ensemble des pratiques par lesquelles le leader permettra à l'équipe d'atteindre ses objectifs, et la considération qu'il manifesterait aux individus et à l'équipe.

C'est en partie par la combinaison subtile de ces deux notions que seront déterminés les degrés d'autorité et d'influence du cadre de santé sur les individus et les équipes.

⁴⁸ Gaëtan MORIN : « Psychologie du travail et Comportement organisationnel », Editions Québec, 231 pages.

⁴⁹ Disponible sur : <http://www.manager-go.com/management/grille-de-blake-et-mouton.htm>

2.3.2 AUTORITE, POUVOIR ET INFLUENCE

Afin de mobiliser les équipes, le cadre de santé doit faire preuve d'autorité et avoir de l'influence sur elles.

Nous avons vu au début de ce chapitre que le leadership consistait à obtenir l'adhésion des membres de l'équipe par l'influence et la persuasion, et non par l'autorité.

Cependant, l'autorité sert au cadre de santé afin de légitimer son positionnement et ses prises de décisions en regard des normes institutionnelles et de la réglementation. C'est ce que Max WEBER, dans « La Revue Internationale de Sciences Sociales » éditée par l'UNESCO en 1965, nommait la *légitimité rationnelle légale*⁵⁰.

Ce qui suppose que doivent être définis des droits, des règles, des responsabilités et le périmètre d'exercice du cadre de santé. Mais surtout, en plus d'être définis, ils doivent être reconnus par les membres de l'équipe soignante. Cela équivaut, alors, au droit de commander les autres.

Mais avoir un droit, même assis sur une légitimité institutionnelle, n'est rien sans une posture en lien avec des aptitudes propres à l'individu cadre telles que l'assertivité, la capacité décisionnelle ou le sens des responsabilités, pour ne citer que celles là.

Philippe BERNOUX⁵¹, lui, la définit, alors, comme variant *selon la confiance attribuée à une autre personne sans regard sur sa position hiérarchique dans l'organisation*. Cette définition montre bien que la reconnaissance du statut hiérarchique ne confère pas obligatoirement l'autorité.

De plus, ce terme est très souvent confondu avec celui de pouvoir, lequel est défini comme la *capacité d'un acteur à faire agir un autre acteur*⁵². Mais comme pour l'autorité, le fait d'être manager ou cadre de santé ne confère pas forcément le pouvoir !

Ce dernier n'est pas systématiquement en relation avec la position hiérarchique.

Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG⁵³, dans « *L'acteur et le système* », avancent que le pouvoir est une relation indissociable de la négociation et qui *trouve ses sources dans les atouts, les ressources et les forces de parties en présence*. Chaque acteur ou groupe, au sein

⁵⁰ Jean-Paul DUMOND : « Les Organisations de Santé : La grande transformation », Cours du Master 1 Management et santé, IAE de l'Université Paris Est Créteil, septembre 2014.

⁵¹ Philippe BERNOUX : « La sociologie de l'organisation », Editions Seuil, 1990, 5ème Edition, p.164.

⁵² Ibid.

⁵³ Michel CROZIER, Erhard FRIEDBERG : « L'acteur et le système », Editions Points, France, 2014, 500 pages, pp. 64-81.

de l'organisation, disposerait d'une marge de liberté d'action, ou de pouvoir, sur un autre acteur ou un autre groupe. C'est cette marge que les auteurs nomment « zones d'incertitudes », et le contrôle de ces dites zones qui conditionneraient le pouvoir. Elles peuvent relever de multitudes de champs dont les compétences spécifiques, la maîtrise de l'information ou des relations à l'environnement, entre autres.

A contrario, dans l'autorité, l'ordre est réalisé sans pression interne ou externe.

Ensuite, vient la deuxième caractéristique nécessaire au leadership du cadre afin de mobiliser les équipes, l'influence relationnelle ou sociale.

Dans le chapitre précédent, nous avons même pu constater que C. LEVY LEBOYER définissait le leadership lui-même comme processus d'influence sociale.

C'est-à-dire que n'est qualifié de leadership le management d'équipe d'un cadre de santé que si ce dernier entraîne l'adhésion des membres de l'équipe à une vision particulière, un projet, sans user de pouvoir particulier ou d'autorité. En somme, le leadership n'est basé que sur les relations que le cadre de santé met en place et entretient avec les équipes. C'est ce qui explique que, parfois, le cadre de santé a de l'autorité ou du pouvoir sur l'équipe par les processus hiérarchiques mais n'a pas d'influence sur elle, cette dernière ayant désigné un ou des leaders en son sein par autorégulation.

Pour parvenir à l'influence sociale, le leader doit adopter des pratiques⁵⁴ et un positionnement particulier spécifique aux différents contextes et membres de l'équipe:

- Régulation du travail collectif : fixer des objectifs communs et la contribution de chacun, ceci afin de donner des perspectives futures aux soignants, dans une attitude visionnaire.
- Valorisation du travail d'équipe : permettre les espaces d'échanges collectifs, énoncer clairement les comportements attendus dans le travail, expliquer l'importance et les bénéfices tirés du travail d'équipe.
- Encouragement de l'auto gestion : inciter les membres de l'équipe à trouver des solutions en équipe, les amener à choisir leurs méthodes de travail idéales, déléguer certaines fonctions de gestion du groupe (plannings...)

⁵⁴ C. AUBE et V. ROUSSEAU, *Op.cit.* p.18

- Reconnaissance des individus, de leurs compétences : transmettre les résultats d'équipe et récompenser collectivement. Savoir reconnaître que les membres de l'équipe puissent être plus compétents dans certains domaines.
- Positionnement, communication : confiance, écoute, congruence, authenticité, humilité

Ces pratiques sont sous tendues par une éthique de situation : quel que soit le contexte, le cadre ne cherche pas à conduire absolument l'équipe vers l'atteinte d'objectifs si cela remet en question le respect de l'être humain, soignant ou patient.

Le cadre de santé tirera sa légitimité en tant que leader s'il différencie bien ces caractéristiques de sa posture de « chef », laquelle est, elle, légitimée par la structure hiérarchique de l'organisation qu'est l'hôpital.

Le chef commande et ordonne aux subordonnés, alors que le leader mobilise ses collaborateurs. Il insuffle une certaine dynamique qui oriente l'équipe.

En somme, les deux postures, chef et leader, sont indissociables du management d'équipe. Il appartient au cadre de santé de les investir dans les bonnes proportions en fonction des différentes situations rencontrées.

L'exploration conceptuelle, théorique, de notre réflexion se termine. Comme vu au début, elle nous a permis de cadrer notre travail de recherche bibliographique.

Ainsi, nous nous sommes particulièrement attachée à définir le tutorat, à explorer les dessous d'un groupe de travail et à situer celui qui peut insuffler une dynamique de tutorat au sein de ce dernier : le manager d'équipe et plus précisément le leader.

Dans la partie qui suit, nous allons expliquer le processus par lequel nous avons redéfini la question de départ en question de recherche, et à partir d'elle nous formulerons des hypothèses issues de ce travail de problématisation.

3 PROBLEMATISATION

Notre travail de recherche a débuté à partir d'une question de départ issue de notre expérience professionnelle et de réflexions sommaires :

« En quoi un projet de tutorat des nouveaux professionnels ou des étudiants, mis en place par le cadre de santé, peut-il permettre d'apporter de la cohésion au sein des équipes? »

La confrontation de l'exploration bibliographique et de notre réflexion personnelle qui en a découlé nous a permis de faire évoluer notre questionnement.

Tout d'abord, le tutorat n'est pas qu'un moyen de transmission des savoirs. Il s'agit d'une relation bilatérale, d'un accompagnement, mettant en œuvre des stratégies d'apprentissage, des modalités d'intégration sociale ainsi que des processus intrinsèques conduisant à la réflexivité, au retour sur soi. Il y a une plus-value autant pour le tuteur que pour le tuteur.

Ensuite, l'étude du groupe de travail qu'est l'équipe soignante au travers de ce qui l'anime, les relations interpersonnelles et leurs influences sur son fonctionnement, de son objectif commun, le travail, et de la construction de l'identité de l'individu « professionnel », nous permet de mieux mesurer les mécanismes en œuvre dans la mise en place ou le maintien d'une cohésion au sein des équipes.

Enfin, le supérieur hiérarchique direct de l'équipe, le cadre de santé, se doit de développer un leadership qui tiendrait compte de ce qui se joue au sein de l'équipe afin d'adapter au mieux son style de management et son positionnement. Avoir une lecture plus fine des processus en œuvre dans le groupe peut lui permettre d'accompagner l'équipe dans une évolution de son fonctionnement et ses comportements. Il pourra ainsi mobiliser le collectif, impulser une dynamique dans l'orientation choisie, en l'occurrence, vers plus de cohésion.

Le tutorat pourrait être un moyen, au travers de ces apports pour ceux qui le mettent en pratique et ceux qui en bénéficient, d'amener l'équipe soignante à évoluer vers un fonctionnement plus dans l'entraide et la coopération. Ce qui pourrait être accompagné par le cadre de santé.

L'étude des références théoriques nous a donc permis de faire évoluer notre question de départ en une question de recherche que nous formulons ainsi :

« Le tutorat peut-il être un levier d'action pour le cadre de santé dans le but de fédérer les équipes autour d'une culture et de connaissances communes ?

Nous avons ensuite formulé des hypothèses, trois pour être précise :

Le tutorat permet aux professionnels d'interroger leurs pratiques, de se remettre en question favorisant ainsi la distanciation par le développement de capacités réflexives.

Le retour réflexif permet aux soignants de maintenir un questionnement quant au fonctionnement et à la structure de leur équipe, par là-même de prendre conscience des dysfonctionnements et de les faire évoluer.

Le tutorat est un outil au service du management d'équipe.

Afin de vérifier ces hypothèses, nous avons procédé à une enquête de terrain en mars 2015 sur une période de 15 jours auprès de cadres de santé et infirmiers qui ont accepté de partager un peu de leur temps, de leur expérience et de leurs représentations quant au tutorat.

Le chapitre suivant explique cette enquête : l'outil, l'échantillon interviewé, le déroulement. Ce qui aboutira, ensuite, aux données recueillies et à leur analyse, lesquelles nous synthétiserons en dernière partie.

4 L'ENQUETE DE TERRAIN

Cette partie de notre travail consiste à explorer sur le terrain la validité de nos hypothèses en partant de la question de recherche.

4.1 CHOIX DE L'OUTIL ET CONSTRUCTION

L'outil que nous avons choisi pour recueillir des données servant à étayer nos hypothèses est l'entretien semi directif.

Il s'agit d'une méthodologie d'enquête en face à face ayant pour but d'explorer, analyser et/ou compléter des informations concernant un thème précis.

Le Groupe d'Etudes et de Recherches Sociales le définit comme étant une *méthode d'enquête compréhensive* : *elle laisse libre cours aux choix de réponse des enquêtés, avec leurs mots et des détails faisant sens selon eux. Cette méthode permet l'étonnement, ouvre le questionnement sur la complexité des objets étudiés*⁵⁵.

L'intérêt de son utilisation réside dans le fait que l'enquête se déroule en interaction directe et permet donc de recueillir des termes exacts, de pouvoir reformuler, relancer les questions et faire préciser.

Mais surtout, il semble être la méthode la plus adéquate pour saisir des représentations et ressentis.

Pour construire l'outil d'enquête, nous avons ciblé les thèmes des questions à partir des concepts étudiés, de la question de recherche et des hypothèses vus plus haut. En parallèle, nous avons construit un guide d'entretien⁵⁶ lequel reprend ce qui est recherché dans chaque question ainsi que des questions de relance.

⁵⁵ Définition du groupe d'Etudes et de Recherche Sociales (GERS), disponible sur : <http://gers-sociologie.fr/methodes/l-entretien-semi-directif/>

⁵⁶ Annexe 1

4.2 POPULATION CIBLEE

Nous avons décidé d'interroger neuf professionnels de santé : six cadres de santé et trois infirmiers. Tous exercent dans des établissements publics à Paris ou région Ile de France.

Le thème central étudié étant l'impact du tutorat aussi bien des professionnels que des étudiants, le choix du lieu d'exercice des enquêtés avait alors peu d'importance. Cependant, nous avons choisi un cadre de santé et un infirmier exerçant en psychiatrie, ces professionnels étant familiarisés avec la notion de tutorat par les pairs.

De plus, nous entretenir avec un cadre formateur permettait d'avoir les visions et représentations de ceux qui sont « entre deux », formation sur le terrain et formation théorique.

Ensuite, il était intéressant que les enquêtés aient, au sein de leur service ou de leur établissement, un plan d'intégration et/ou de tutorat pour les professionnels nouvellement affectés depuis au moins deux ans, formalisé ou non. Le but étant que ces professionnels aient assez de recul pour avoir mesuré l'impact du tutorat.

De plus, les 3 infirmiers et 2 cadres de santé sont tuteurs.

Cette dernière indication est une plus-value mais non une obligation puisque depuis 2009, date de la dernière réforme des études infirmières, tous les soignants connaissent, ont entendu parler ou pratiquent le tutorat des étudiants.

En revanche, aucun des infirmiers interrogés n'a bénéficié du tutorat lors de ses études. En effet, les infirmiers diplômés après 2012, année de sortie de la première promotion issue du référentiel de formation de 2009, encadrent indubitablement les étudiants et les nouveaux sur le terrain mais sont rarement désignés en qualité de tuteur, compte tenu du fait qu'ils soient eux-mêmes considérés encore comme « nouveaux » ou pas assez expérimentés.

Ainsi, l'échantillon que nous avons ciblé est diversifié en ce sens. Nous le présentons ci-dessous, sous forme de tableau :

FONCTION	TUTEUR	TUTORAT DES NOUVEAUX PROFESSIONNELS	TUTORAT DES ETUDIANTS
Cadre de santé 1	X	X	X
Cadre de santé 2		X	X
Cadre de santé 3		X	X
Cadre de santé 4		X	X
Cadre de santé 5		X	X
Cadre de santé 6	X	X	X
Infirmier 1	X	X	X
Infirmier 2	X	X	X
Infirmier 3	X	X	X

4.3 DEROULEMENT DES ENTRETIENS

Dans un premier temps, un contact a été pris par courriel avec les Directions des Soins de 4 établissements afin d'obtenir l'autorisation de conduire des entretiens au sein de leur structure. Une fois les autorisations obtenues, les Directions nous ont communiqué les coordonnées de cadres de santé et infirmiers investis dans la fonction tutorale ou ayant créé des outils en ce sens. Cependant, deux cadres de santé ayant travaillé sur le tutorat nous ont été recommandés par notre Directeur de mémoire. C'est ainsi que nous avons ensuite contacté directement ces professionnels.

Tous les entretiens se sont déroulés sur le lieu d'exercice des interviewés, dans le bureau du cadre de santé ou dans une salle de réunion.

Nous commençons par nous présenter, remercier de nous recevoir et d'avoir accepté de participer à notre réflexion. Ensuite, nous exposons ce qui nous avait amenée à cette thématique de recherche.

Après autorisation des personnes interviewées et garantie du respect de la confidentialité, tous les entretiens ont été enregistrés. Ce qui nous a permis de les retranscrire dans leur intégralité, de pouvoir les écouter à plusieurs reprises et de saisir des tonalités ou intentions non perçues à la première écoute. Les entretiens durèrent tous entre 30 et 45 minutes.

A la fin de chacun d'entre eux, nous avons proposé aux interviewés de leur adresser les résultats de l'enquête.

4.4 ANALYSE DES RESULTATS

Ce chapitre comporte trois parties. La première concerne la méthodologie d'exploitation des données recueillies à partir des retranscriptions des entretiens⁵⁷ La deuxième porte sur l'analyse de ces dernières. Enfin, la dernière partie synthétise l'analyse des résultats et rapporte les limites que nous avons pu rencontrer lors de l'enquête.

4.4.1 EXPLOITATION DES DONNEES

Le guide d'entretien comportait quatre questions principales qui concernaient :

- la définition du tutorat
- l'apport du tutorat en termes d'interrogation des pratiques
- la place de la réflexivité dans l'évolution du fonctionnement de l'équipe
- le tutorat comme outil de management d'équipe

L'exploitation des données recueillies et l'analyse que nous avons menées ont été réalisées à partir de ces quatre éléments, ce qui a permis de cadrer le dépouillement des entretiens.

Nous avons d'abord procédé à la retranscription de l'intégralité des entretiens en veillant à relever les différentes tonalités et contextes.

Ensuite, nous avons mis en évidence les éléments qui portaient sur les questions principales. De plus, nous avons également dégagé les thèmes qui effleuraient celui en lien avec la

⁵⁷ Annexe 2

recherche, que nous n'avions pas explorés dans la partie théorique de notre travail mais qui pouvaient avoir un intérêt ou ouvrir la réflexion sous un autre angle.

Les éléments ainsi relevés ont été dressés sous la forme d'un tableau afin d'avoir une vision globale. Nous avons ensuite différencié les éléments par couleur selon le type d'information qu'ils apportaient : bleu pour les informations simples, noir pour les jugements ou avis individuels, rouge pour celles relevant du contexte institutionnel ou organisationnel de l'interviewé et vert pour les informations complémentaires ayant un intérêt certain.

Les réponses plus clairement mises en évidence, nous pouvions enfin procéder à leur analyse.

4.4.2 L'ANALYSE

L'analyse thématique nous a permis, comme vu plus haut, d'apporter un cadre stable.

Nous avons analysé le tableau de deux façons⁵⁸ : une horizontale pour rapprocher les mêmes thèmes dans les différents entretiens, et une verticale pour analyser le thème dans chaque entretien de manière singulière.

La définition du tutorat

Savoir ce qu'est le tutorat selon les interviewés permet d'être sûr que nous abordons le même thème et ainsi de confronter les mêmes notions.

Ainsi, celles qui ressortent le plus sont l'accompagnement, l'aide et le soutien, la transmission des savoirs et l'intégration à l'équipe.

▪ *Accompagnement*

Tous les interviewés se rejoignent quant à qualifier le tutorat d'accompagnement. Ils décrivent tous un processus, un cheminement dans la phase d'apprentissage *sur le lieu de travail (cadre 5)*, d'un nouveau professionnel ou d'un étudiant.

Cet accompagnement *se fait sur la longueur (cadre 3) ... qui se fait sur un mois (cadre 1)*. Selon l'ensemble des cadres, il commence par *un accueil* assuré par le cadre de santé. Les Infirmiers interrogés ne citent pas l'accueil comme faisant partie du tutorat.

⁵⁸ Stéphane BEAUD et Florence WEBER : « Guide de l'enquête de terrain », 2003, Collection La Découverte, page 98.

Ensuite, pour 8 des interviewés, l'accompagnement est formalisé par la mise en place d'au moins un outil, *le livret d'accueil* complété, en fonction des services, par un support de suivi des acquisitions : *de connaissances (cadre 1 et infirmier 1), tableau répertoriant les soins (cadre 3), journée type (infirmier 2)*. Seul le cadre formateur ne met pas en avant l'utilisation d'outil pour les nouveaux professionnels : *à l'IFSI, il y a un tuteur désigné mais pas plus de formalisation que ça*.

Pour les professionnels exerçant dans des services où les prises en charge sont bien spécifiques _ réanimation, soins intensifs cardiologiques, psychiatrie _ (5 cadres et 1 infirmier), l'accompagnement doit faciliter l'acquisition des spécificités du service et/ou de la spécialité : *...et puis après, les quelques pathologies, les choses qu'ils devront voir... (Cadre 1) ... la typologie des soins... (Cadre 3)*.

Un élément revient pour 5 cadres et 1 infirmier sans que la question ne soit posée. L'accompagnement, pour être efficace, doit être fait par des professionnels motivés, investis dans cette relation : *...tout le monde est très content de partager ce qu'il sait (cadre 1)... c'est aussi des personnels qui doivent être motivés, on perdrait en qualité... il faut identifier dans un groupe les gens qui y croient (infirmier 1) Après il faut que les gens soient investis, il ne faut pas forcer les gens à faire une démarche qu'ils n'ont pas envie de faire sinon elle est mal faite (cadre 2)... dans le tutorat, il y a le tuteur, il faut qu'il ait cette envie...il faut que les gens adhèrent (cadre 3) ... qui se sent intéressé par la transmission et le partage (cadre 4) ... ce sont des volontaires (cadre 5) ...*

Seul 1 des cadres n'a pas cette vision, mais c'est un élément à nuancer compte tenu du contexte de turn-over des infirmiers et de l'effectif minimal dont il fait part dans son service. De plus, les deux infirmiers qui n'évoquent pas la motivation et l'investissement de façon verbale le font dans la tonalité de l'entretien qui renvoie leur intentionnalité : l'un est tuteur de stage formé et volontaire, l'autre est professionnel de psychiatrie où le tutorat est « normalisé » et fait partie de la fonction quotidienne de l'infirmier.

Un point a été soulevé par les cadres de santé 1, 4 et 5 ainsi que l'infirmier 1 : la notion de compagnonnage, laquelle correspondrait plus à l'accompagnement des nouveaux professionnels. Les différences qu'ils mettent en avant résident dans la proximité de la relation, dans le caractère plus profond de l'engagement dans la fonction tutorale ainsi que dans la durée plus longue de l'accompagnement pour un nouveau : *... une forme de tutorat, de compagnonnage même puisqu'ils sont professionnels (cadre 1) ... il y a quand même des notions de compagnonnage (infirmier 1) ... une dimension de compagnonnage, transmission*

des aptitudes (cadre 4) ... un compagnonnage comme on l'entendait avant, transmission d'un savoir faire sur le terrain (cadre 5).

Le cadre 1 précise tout de même que le compagnonnage s'adresse aux professionnels nouveaux dans le service mais non jeunes diplômés, il semble qu'il y ait moins d'asymétrie dans les savoirs.

▪ *Aide et soutien*

Le tutorat permettrait, pour 3 cadres et 3 infirmiers, d'apporter une aide, un soutien pour expliquer ou dans la difficulté : *en cas de problèmes relevant de la vie privée (infirmier 1)... une aide, pour prendre appui (cadre 2) ... l'accompagner, l'aider à acquérir ... (cadre 3)... vas-y, je t'aiderais à rectifier... (cadre 5) ... accompagner, aider l'étudiant ou le nouveau... aidé d'un tuteur (infirmier 2) ... mais c'est surtout un soutien à la personne face à des difficultés (infirmier 3).*

Un des cadres de santé met en évidence *le soutien à l'équipe* par le tuteur, fonction qui est rarement reconnue ou mise en œuvre sur le terrain dans le tutorat mais laquelle prend tout son sens.

Il s'agirait également, essentiellement pour les infirmiers, d'aider le nouveau ou l'étudiant à *s'autonomiser* en le laissant faire tout en étant présent en cas de difficulté.

Qu'elle que soit la façon dont les interviewés en parle, *...on en reparle...on fait le point....évaluation... on fait un bilan...* il y a pour tous un moment où tuteur et tuteuré se posent et passent en revue les difficultés, ce qui a posé question.

Ce qui pourrait correspondre à l'apprentissage ou à la construction des compétences par les échanges, par la confrontation avec autrui et l'environnement d'apprentissage ou la situation de travail, propres au courant socioconstructiviste.

▪ *Transmission des savoirs*

La transmission des savoirs est reprise par tous les interviewés mais elle est la première donnée rapportée par les infirmiers.

La transmission des savoirs reprend plusieurs dimensions :

- La transmission des savoirs, savoirs faire et savoirs être propres à la spécificité du service

- L'individualisation de la transmission en fonction de la personnalité et des attentes du tuteur
- La passation d'un savoir pour la relève ... être formés par leurs pairs...ça va être nos futurs collègues (**cadre 1**)
- La nécessaire évaluation

Pour les 3 infirmiers, lorsque le tutorat concerne des nouveaux professionnels, il accentue l'accompagnement sur l'intégration plus que sur les savoirs : ... on va avoir plus un regard sur comment il travaille avec les médecins, l'intégrer à l'équipe ... (**infirmier 1**) ... pour les étudiants, on accentue le tutorat sur la transmission des connaissances ... pour le nouveau on accentue plus sur l'intégration à l'équipe puisque c'est déjà un professionnel (**infirmier 2**)... pour les nouveaux, c'est plus des échanges de pratiques... (**Infirmier 3**).

La transmission des savoirs semble être donc, pour les infirmiers, la fonction première du tutorat.

Certains des cadres considèrent le niveau d'acquisition des savoirs d'un nouveau au même titre qu'un étudiant : ... quand les gens arrivent, c'est juste un permis de travailler qu'ils ont (**cadre 2**) ... vous continuerez à vous former, vous continuez toujours (**cadre 3**) ... l'importance des échanges dans l'équipe pour transmettre du savoir ... (**cadre 5**).

Mais surtout, certains relèvent le fait que le tutorat des nouveaux professionnels issus de la formation infirmière en place depuis 2009 demande plus d'encadrement, une adaptation : ...les arrivants nouveaux posent question... qu'on ressort d'une institution de formation, on pourrait espérer avoir des « embryons » de compétences... ils restent à un statut d'étudiant très longtemps... (**cadre 6**) ... et le problème c'est que pour certains, on a l'impression qu'il faut réapprendre les bases ... (**cadre 2**). Pour ces derniers, les nouveaux, dans ce cas là, manquent d'autonomie sur le terrain : ... ils sont formés pour un terrain qui n'est pas la réalité de ce qu'ils vont rencontrer... le nouveau LMD a permis de se rendre compte que 4 ou 5 semaines c'était beaucoup trop juste... (**cadre 6**). En quelques sortes, les unités de soins, selon eux, doivent adapter leur tutorat au niveau d'acquisition et d'autonomie du nouveau.

Les professionnels de psychiatrie, eux, consacrent une grande place à la transmission des savoirs théoriques : 2h de formation mensuelle pendant 10 mois ... ça manquait de fond derrière pour pouvoir travailler dans de bonnes conditions... (**cadre 5**)... pour les nouveaux, nous avons un tutorat sous forme de modules : législation, situations d'urgence, médiation...obligatoire et sur une période de 3, 4 mois... (**infirmier 3**). En effet, il paraît

indispensable pour les professionnels exerçant en psychiatrie d'avoir tous les apports théoriques afin de gérer au mieux toutes les situations rencontrées.

▪ *Intégration*

Tous les interviewés se rejoignent quant au fait que le tutorat comporte un volet intégration au sens social. De plus, plusieurs d'entre eux ont souligné l'importance de la place des médecins dans cette intégration.

Le tutorat étant une relation, la dimension sociale est omniprésente et le *facteur humain (cadre 2)* incontournable.

Cette intégration commence, après l'accueil, par la visite des locaux et l'explication de spécificités du service : *on leur indique où sont les locaux (cadre 1) ... expliquer le fonctionnement du service et faire visiter (cadre 3) ... parce qu'il y a les connaissances mais il y a aussi trouver sa place dans l'équipe (cadre 2) ... parcours de découverte qui leur permet de s'intégrer globalement, visites des services (cadre 5) ...* Il y a un caractère institutionnel puisque c'est le cadre de santé qui est chargé de le faire : *au cadre du service qui est garant de cette intégration (cadre 3).*

Ensuite, certains citent une nuance entre intégration des nouveaux et celle des étudiants : *peut être plus facilement vers un nouveau, on n'est pas du tout sur la même dynamique là on intègre un nouveau collègue... si ça se passe bien pour l'étudiant, la prise en charge des patients sera efficace et optimale (cadre 1) ... l'intégration dans l'équipe mais pas forcément au niveau des connaissances, ce n'est pas le même enjeu (infirmier 1) ...* Il est à noter tout de même, surtout pour les infirmiers, que l'intégration doit être la même bien que l'engagement ne soit pas le même : *cela permet également au nouveau ou à l'étudiant de s'intégrer dans une équipe (infirmier 2) ... on ne fait pas de différences entre les étudiants et les nouveaux (infirmier 3) ...*

Il semble qu'il y ait moins d'investissement dans la relation à l'étudiant, la distance est plus formelle puisque l'engagement est à moins long terme.

L'infirmier 1 soulève cependant des points importants : « ... *un mauvais tutorat entraîne une notion d'isolement ... un mauvais tutorat entraîne une mauvaise intégration... ça fait naître des problèmes de confiance en soi...une notion de bien-être au travail, l'intégration...aujourd'hui, on a plus peur d'un culot mal tracé dont on peut aisément retrouver le numéro de lot que du fait de faire un mauvais tutorat, pourtant les conséquences*

peuvent être dramatiques pour le tuteur et pour les patients ! ». Trois éléments essentiels ressortent : la responsabilité de l'infirmier, l'impact sur la sécurité des soins et la qualité de vie au travail.

Cette dernière notion est reprise également par un des cadres qui souligne le rôle de mise en confiance que jouent l'intégration à l'équipe : *prendre ses fonctions de façon plus sereine ... pour les mettre à l'aise en confiance (cadre 3).*

La ré interrogation des pratiques

Le fait de transmettre nos savoirs nous place face à nous-mêmes et nous force à interroger nos façons de faire. A ce sujet, tous les interviewés ont été unanimes. Le tutorat apporte cette valeur ajoutée laquelle est l'actualisation des connaissances et le maintien d'un questionnement permanent. Il permet de ne pas s'enfermer dans ses acquis, *ce qui s'approche du travail réflexif (cadre 5).*

▪ Amélioration de la qualité des soins

Tout d'abord, du point de vue infirmier surtout, lors du tutorat, il y a forcément vérification des pratiques pour transmettre les bonnes.

De plus, les questions amenées par le tuteur poussent le tuteur à se poser les mêmes questions auxquelles parfois il n'avait pas réfléchi avant.

Ensuite, en offrant un tutorat de qualité, il y a un impact sur la prise en charge des patients, et donc amélioration de la qualité et de la sécurité des soins : *ce que je transmets je le vérifie ... il faut que je réactualise, c'est un plus pour moi, c'est presque une analyse des pratiques professionnelles ... en position du tutorat c'est un miroir en fait ... évidemment que ça donne de la qualité à mon travail, c'est presque une auto évaluation, je suis content de temps en temps qu'un étudiant me pousse dans mes retranchements (infirmier 1) ... on peut remettre en question ses pratiques, ça vous oblige à remettre à jour vos connaissances régulièrement (cadre 2) ... oui parce qu'ils sont confrontés à leurs pratiques (cadre 3)... réinterroger ce qu'on a acquis ses savoirs faire ... est un levier de réflexivité pour cette équipe, une façon d'interroger ses pratiques sans la formalisation des analyses de pratiques professionnelles (cadre 4) ... mais on leur demande toujours leur avis, ils peuvent beaucoup nous apprendre et nous apporter. On est toujours dans la remise en cause autour de pratiques (infirmier 3) ... elles le disent d'ailleurs « tiens, ça me fait réfléchir » (cadre 6)*

Il est à noter tout de même que ce que ces professionnels nomment APP correspond à EPP, dans le sens où il est juste question à chaque fois des pratiques et pas forcément de la réflexion autour du ressenti provenant de l'action.

Le **cadre 1** et l'**infirmier 2** soulignent l'uniformisation des pratiques ... *encadrer d'une manière symétrique ... nos pratiques ont été plus uniformisées...* et l'importance de l'existence d'un *fil conducteur* dans les apports transmis et l'intégration. Ceci afin qu'il y ait de la cohérence dans l'accompagnement des étudiants et des nouveaux.

L'impact sur la qualité des soins est indéniable pour eux.

Le tutorat permet de rentrer dans une *dynamique d'amélioration des pratiques* et de mise en conformité.

▪ **Remise en question des pratiques d'encadrement**

Pour certaines des personnes interviewées, le tutorat conduit à la réflexion autour de la relation tuteur/tutoré et pousse à questionner la façon d'encadrer.

... ça me ré interroge sur ma manière de transmettre, est ce que je m'y prends bien ? Comment je me positionne dans ma qualité d'encadrant (infirmier 1) ... on essaie de se remettre en cause, chaque étudiant vous permet de vous remettre en question parce que ça a pu très bien fonctionner avec un étudiant et l'autre étudiant ne voit pas les choses de la même manière, tuteur ou encadrer c'est aussi se mettre un peu en danger. On essaie de se remettre en cause et voir si ça vient de nous, mais tout ne vient pas toujours que de nous. Après c'est le niveau d'exigence qu'a aussi le professionnel de l'autre côté quoi, qu'est ce qu'il attend ? De toutes façons, on ne peut pas toujours dire que ce n'est la faute que d'un, il y a toujours une part de responsabilités des 2 côtés. (Cadre 2).

Certaines pointent la nécessité pour le tuteur d'avoir ou de développer des compétences pédagogiques ... *un expert sans retour sur soi peut ne pas comprendre que le novice ne comprenne pas, ce qui est une compétence pédagogique, et la pédagogie te force à te questionner sur toi-même sans arrêt. Il y a une individualisation de la transmission, qui requiert de développer soi-même la dimension pédagogique (cadre 4).* De plus, le **cadre 1** souligne que *ça les implique aussi dans cette formation et dans l'avenir de ces futurs professionnels*, ce qui est un élément intéressant dans le sens où le tutorat permettrait la promotion de l'alternance dans la formation infirmière.

L'impression qui domine, tout de même, est qu'il n'y a pas de bilatéralité dans la relation tutorale, c'est-à-dire que s'il n'y a pas de démonstration de motivation de la part du tuteur, l'équipe a plus de mal à vouloir transmettre, à adhérer ... *quand le nouveau montre qu'il a envie d'apprendre ça se passe très bienc'est une question d'investissement aussi (cadre 1) ... y'a des fois c'est un peu décourageant (infirmier 1) ...il y a des gens avec qui ça se passe très bien et le tutorat on ne s'en rend même pas compte (cadre 2)*. Et ce, même si la plupart reconnaît que la position de tuteur n'est pas toujours confortable ... *on travaille avec de l'humain... ça sert à rien non plus de casser quelqu'un (cadre 2)*.

Dynamique d'équipe

Il s'agissait de savoir si le tutorat permettait aux soignants de se réinterroger en termes relationnels, sur leurs façons de réagir et penser en équipe. De cette façon, ils seraient en capacité d'ajuster les éventuels dysfonctionnements.

▪ Echanges

Ce qui ressort en premier lieu, c'est qu'il y a un impact certain : ... *très probablement (cadre 1) ... ça en ressort aussi sur l'équipe, alors ça a un impact (cadre 2) ... Et l'organisation du tutorat permet d'apprendre à se connaître, à échanger. On est toujours dans la remise en cause autour (...) et du relationnel (infirmier 3)*.

De plus, le tutorat amène une dynamique de progression à l'équipe : *si on ne tient pas à les intégrer (les nouveaux) il n'y a pas de possibilité pour l'équipe d'avancer et de se projeter (cadre 1) ... ça donne une dynamique à l'équipe... est ce qu'il ne faudrait pas modifier nos techniques de communication ? (infirmier 1) ...*

Ensuite, l'uniformisation des pratiques et l'organisation du tutorat demandent aux soignants d'échanger, de se coordonner, de partager : *une dynamique d'échanges et ça ils le ressentent vraiment d'un désir mutuel de partage (cadre 5)*.

▪ *Cohésion*

Deux éléments ressortent dans cette partie. D'une part, le développement des échanges autour de l'organisation du tutorat ou des tutorés conduit à la création ou le renforcement de liens, ce qui peut conduire à une cohésion. D'autre part, le tutorat doit être un projet d'équipe, un *message d'équipe (infirmier 1)* auquel tous les soignants doivent adhérer. Il y a, par conséquent un impact positif certain sur le fonctionnement de l'équipe.

Concernant les échanges entre les soignants autour de la mise en œuvre du tutorat, seuls le **cadre 1** et l'**infirmier 1** n'y voient qu'un *impact personnel*. Ce qui est à contextualiser, en effet le manque de moyens humains et la charge en soins, dans leurs services, font qu'il n'y a pas d'espace permettant aux soignants de *confronter* leur vécu et ressentis.

Pour tous les autres soignants interviewés, la création de liens est indéniable : *pour développer des liens entre les professionnels, pour les mettre à l'aise en confiance et créer des liens entre eux, favoriser les échanges, ça leur permet d'avoir des affinités, ça contribue à resserrer les liens, une ambiance plus sympathique, ça contribue à avoir une bonne ambiance de travail (cadre 3) ... ça permet aussi de créer une unité. Le tuteur (...), il est là pour aider et pour soutenir l'équipe ou les gens qui en ont besoin quoi (cadre 2) ... ce qui facilite les liens, une coordination entre toutes les unités, une entraide. Le fait que des infirmières d'autres équipes viennent renforcer pour leur permettre de se détacher, ça a aussi renforcé quelque chose de la culture de service, en tous cas de l'appartenance à un service, de la notion d'entraide, de la notion de liens entre les équipes, on se connaît mieux on se comprend mieux on se parle mieux, je pense que c'est le fait d'être physiquement ensemble d'échanger vraiment d'avoir un temps consacré dédié à ces partages là. En termes de dynamique d'équipe, ça casse aussi toute notion de compétition (cadre 5) ... Ça crée un petit lien (cadre 6) ... On communique plus entre professionnels (infirmier 2) ... Le relationnel avec le patient est directement lié au relationnel entre soignants, ça interagit sans cesse. Et le fait d'échanger avec les patients, entre nous sans arrêt apporte de la cohésion, de la communication, on se connaît très bien, on partage beaucoup de situations particulières (infirmier 3).*

Quant au fonctionnement de l'équipe, il faut tenir compte de l'importance de la phase de maturation de l'équipe et de la vie de cette dernière lesquelles jouent sur l'intégration du tuteur.

Si l'équipe est en difficulté, qu'il y a des conflits interpersonnels ou des divergences, la mise en place d'un tutorat efficace est difficile à envisager : *si quelqu'un la jouait solo il y aurait*

un sentiment de rejet, si l'équipe est en souffrance l'encadrement des étudiants en souffre. Mais c'était une équipe qui était en train de se construire avec des jeunes diplômés mais il y avait une grosse volonté d'intégrer, et de se former, de se consolider pour avancer et ne plus être en souffrance. En plus, ces jeunes diplômés avaient une véritable soif d'apprendre donc ça a été très formateur pour tout le monde. Il y a eu des hauts et des bas, comme toujours, mais ça s'est fait très bien, ça a été une équipe qui a été un petit peu éclatée et en souffrance. Ce pourquoi, tout l'encadrement des étudiants en a souffert très fortement parce que quand vous avez une équipe en souffrance, vous avez à ce moment là des gens qui ont un caractère dominateur qui prennent le dessus et qui ont fait beaucoup de mal aux étudiants (cadre 1) ... s'il n'y a pas de relai avec le reste de l'équipe ça peut cliver (cadre 4) ... un mauvais tutorat entraîne une notion d'isolement (infirmier 1)... il faut qu'il y ait un réinvestissement sur le service pour l'équipe (cadre 2) on a senti que si on lâchait ils allaient faire bloc comme ça et se fermer aux autres, chez les jeunes professionnels il y a un gros esprit de groupe (cadre 5).

Plus value en termes de management d'équipe

Presque la majorité des cadres s'accordent pour reconnaître au tutorat 3 « vertus » en termes de management d'équipe : une amélioration de la qualité et la sécurité des soins, une meilleure régulation du travail d'équipe et un des moyens de créer du lien entre les soignants. De plus, les cadres de santé mettent en avant l'importance d'inscrire le tutorat dans une volonté institutionnelle, avec comme incontournable la validation par la ligne hiérarchique. Cependant, il est indéniable qu'il appartient au cadre de santé, au plus proche du terrain, de mettre en place et maintenir une dynamique de tutorat.

▪ Contrôle de la qualité et la sécurité des soins

La mise en place du tutorat pousse le cadre de santé à formaliser des règles de fonctionnement, des procédures et facilite la vérification de leur mise en pratique : *c'est une forme de management parce que vous mettez des normes, des procédures, des choses à suivre, un processus de management et de contrôle de ce que fait l'équipe et du travail qu'ils fournissent (cadre 2) ... c'est au cadre du service qui est garant justement de cette intégration et de savoir, en fait, si le professionnel est en mesure de répondre aux exigences du service, on est tout le temps dans une dynamique d'amélioration des pratiques, ça me permet aussi de vérifier ce qu'on leur a montré, d'avoir un regard sur ce qui est montré, sur la façon dont ils sont formés, pour avoir un travail de qualité, faire en sorte que les soignants*

travaillent dans les bonnes pratiques de sécurité (cadre 3) ... Ça sert quand même à une visée de meilleure qualité des soins (cadre 5). Le cadre 1 est tuteur de stage, il a donc un regard direct sur ce qui est transmis, et souligne la responsabilité du cadre de santé : j'essaie d'être vigilante c'est qu'ils ne se sentent pas mis en danger et qu'ils ne mettent pas en danger non plus l'infirmière avec qui ils travaillent.

▪ **Régulation du travail collectif**

Le tutorat permet, ensuite, de donner une orientation dans le travail, de poser des règles et d'apporter plus de coordination : c'est définir des règles, qu'il y ait une forme de consensus, un fil conducteur (cadre 1) ... Et si j'ai voulu écrire noir sur blanc les choses sur lesquelles on les attendait, moi ce que j'appelle les incontournables, c'était aussi pour que le nouveau professionnel ait des repères sur ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire (Cadre 3)... c'est aussi des axes de travail (cadre 2)... Ça leur permet aussi de comprendre comment on peut mieux travailler en équipe pluridisciplinaire aussi. Et sur quoi on peut faire appel à une autre profession, comment on peut s'étayer les uns, les autres ? Ça aussi, quand je fais le point avec eux, ce sont des choses qui remontent sur, effectivement une autre vision, moins séparée des fonctions et plus de coordination, de collaboration (cadre 5)... la formalisation de l'intégration contribue à avoir une bonne ambiance de travail (cadre 3).

▪ **Fédération des équipes**

Au travers du tutorat, le cadre de santé peut fédérer les équipes. Il reconnaît et valorise les compétences des soignants.

... la satisfaction de se dire : on l'a bien encadré (cadre 1) ... Ça apporte de la reconnaissance (cadre 2) ... qu'il y ait un bon esprit d'équipe, de la solidarité, créer des liens entre eux (cadre 3) ... Au cadre de savoir comment valoriser cette expérience, il faut que le cadre se serve de son bon sens et de son expérience...en douceur, avec des temps de réflexion, d'échanges, pour construire mutuellement une culture locale mais ouverte....Et un tuteur pour nous aider à nous dépatouiller (cadre 4) ça sert aussi au sentiment de reconnaissance des agents et des équipes parce que quand il est mené avec intérêt, c'est-à-dire quand il est vraiment investi, quand ce n'est pas que parce qu'il faut le faire, je crois que ça, c'est important. Et, quand on tient compte des retours, quand on tient compte de ça, oui, je pense que ça sert au management d'équipe Ça, oui ça sert au management d'équipe parce que ça sert à la dynamique de groupe (cadre 5) ... on faisait une réunion dessus pour revenir

sur tout ce qu'ils mobilisaient, ça leur permettait vraiment d'avoir les 360° du cercle de...on est sur la roue de Deming, on a tous les acquis, on a toute la roue qui est vraiment à 100% bien acquise. On roulait bien là-dessus, on était...mais ça demande une dynamique d'enfer parce que c'est beaucoup d'écoute, beaucoup d'explication (cadre 6). Le dernier cadre nuance ses propos en lien avec le contexte de turn over dans son service : Et, nous en tant que cadre, faire de la cohésion là dedans, c'est très compliqué de fédérer l'équipe parce que on propose toujours aux mêmes d'encadrer. Tout en reconnaissant que la place du cadre de santé est incontournable dans le maintien de liens entre les soignants : mais le cadre a vraiment besoin d'être beaucoup présent pour justement, consolider ce lien et renforcer.

4.5 SYNTHÈSE ET LIMITES DE L'ENQUÊTE

Les entretiens menés ont permis de mettre en lumière les apports du tutorat développés dans le cadre théorique : développement de compétences techniques, relationnelles et pédagogiques, développement de la réflexivité, plus value en termes de dynamique d'équipe et outil complémentaire aux autres en lien avec le management d'équipe.

Tout d'abord, dans la définition que les interviewés donne du tutorat, nous retrouvons certaines des fonctions de ce dernier : cognitive, pédagogique, socio-affective, tiers.

Ensuite, le tutorat permettrait aux soignants en bénéficiant d'acquérir des savoirs, savoirs faire et savoirs être spécifiques aux différents services. Se présentant également comme moyen facilitant l'intégration sociale des soignants, il permettrait une prise de poste en confiance. Ce qui rejoint la fonction protectrice, de soutien du tutorat.

Il aurait enfin, l'avantage d'offrir un espace, une occasion de s'interroger sur ses actions et en termes relationnels. Comme le souligne R.WITTORSKI⁵⁹, le tutorat apporte à ceux qui le pratiquent l'opportunité de bousculer leurs habitus et de prendre le temps de la réflexion.

Enfin, en apportant toutes ces ouvertures, il permettrait d'améliorer les relations interpersonnelles au sein de l'équipe. Et il y a bien création de liens, échanges, cependant ces derniers ont lieu plus dans l'organisation et la formalisation du tutorat que par sa mise en œuvre, les soignants étant souvent seuls dans ces cas là par manque de moyens humains, sauf concernant les professionnels de psychiatrie. Ces derniers, de par la spécificité du travail en psychiatrie, évoluent dans un contexte où la relation à l'autre, les échanges avec le patient et

⁵⁹ WITTORSKI Richard, *Op.cit.* p.13

entre soignants sont une des bases du travail. Ils sont donc familiarisés avec les notions de retour sur soi et d'introspection.

Il ressort une motivation certaine des équipes à mettre en place le tutorat, que beaucoup pensent indispensable, surtout depuis la mise en place du référentiel de formation infirmière datant de 2009. Néanmoins, il apparaît également que les soignants sont confrontés à des problématiques qui placent le tutorat dans ce que l'on nomme le « travail empêché » ou comme fonction secondaire : effectif minimal, appréhension des soignants par manque de confiance, manque d'accompagnement dans la définition et les modalités de mise en œuvre du tutorat, manque de sensibilisation des soignants quant aux conséquences d'un mauvais ou d'une absence de tutorat, principalement. Ils reconnaissent donc tous que le tutorat est une démarche qui demande méthode, outils et investissement relationnel, donc du temps.

De plus, les soignants ont pointé d'autres aspects positifs tels que l'attractivité et la fidélisation des professionnels dans un contexte générationnel où les soignants restent en poste rarement plus de trois ans. Ce qui place la formation des professionnels comme enjeu institutionnel en regard des évolutions sociétales.

Concernant la dynamique des équipes, ou du moins la vie des équipes, les personnes interviewées rapportent presque toutes l'importance d'une ambiance sereine, de relations interpersonnelles de qualité. Mais surtout ce qui ressort le plus est la nécessité pour l'équipe d'avoir atteint une certaine stabilité pour pouvoir investir la fonction tutorale. Ce qui rejoint la théorie de B.WAYNE TUCKMAN⁶⁰ concernant les phases d'évolution du groupe. En effet, si l'équipe n'a pas atteint une certaine maturité, il lui sera difficile d'appréhender les enjeux sous tendant la performance du groupe : collaboration, entraide, coopération et donc, cohésion.

Le cadre de santé a un rôle clé à jouer dans l'impulsion, le pilotage, la conduite et l'évaluation du tutorat. Il est celui qui accueille les tutorés, il fait alors figure d'autorité et représente l'institution, ce qui relève de la Légitimité rationnelle légale défendue par M.WEBER⁶¹.

Il est garant de l'organisation du tutorat et il s'assure des compétences pédagogiques et « techniques » des tuteurs. C'est une occasion de poser des objectifs communs avec l'équipe et ainsi lui donner la bonne orientation à suivre, en plus de valoriser ses compétences. Il peut influencer le comportement des membres de l'équipe de cette façon là. Ce qui rejoint la définition de C. LEVY LEBOYER⁶² concernant le leadership. Il obtient ainsi l'adhésion de l'équipe.

⁶⁰ WAYNE TUCKMAN Bruce, *Op.cit.* p.17

⁶¹ WEBER Max, *Op.cit.* p.30

⁶² LEVY LEBOYER Claude, *Op.cit.* p.27

Le cadre maintient l'équipe vers le cap, c'est lui qui dynamise l'équipe en la mobilisant autour des enjeux de la formation de ses pairs et en lui laissant une part d'autonomie dans les choix d'encadrement pédagogique à condition qu'ils suivent les directives en lien avec les bonnes pratiques.

C. AUBE et V. ROUSSEAU⁶³ reconnaissent au leader ce positionnement particulier où il encourage le groupe à s'auto gérer et où il apporte de la reconnaissance par ce biais.

Néanmoins, nous avons fait le constat que les services d'où provenaient les interviewés faisaient partie de ceux dits « particuliers » comme la réanimation ou la psychiatrie par exemple. Tous les interviewés ont souligné à un moment donné la « spécificité » de leur service.

Ce dernier point introduit les limites rencontrées lors de l'enquête de terrain. Et, ces dernières ne représentent pas des freins au travail même d'enquête.

Il aurait été intéressant d'interroger plus de soignants issus de services différents, afin de ne pas être confronté au caractère « spécifique » de certains services puisque, comme l'a souligné un des infirmiers (1) : *nous ne devrions pas raisonner en termes de spécialité*. Il devrait être offert un accompagnement de qualité à tout nouveau et à tout étudiant dans n'importe quel service, compte tenu de l'enjeu que représente la formation des soignants aujourd'hui.

Ensuite, les soignants interviewés ont mis en avant des éléments qui amènent ce travail de recherche sur un autre angle ; notamment, la question de la transmission intergénérationnelle, une nouvelle vision du tutorat depuis la réforme des études infirmières ou la place du médecin au sein de l'équipe soignante, donc dans la mise en œuvre du tutorat.

En fait, la limite majeure a été, lors de la conduite des entretiens, de laisser l'interviewé s'exprimer librement sans avoir envie d'échanger ou de chercher à avoir des précisions sur des thèmes abordés qui nous intéressaient à titre personnel mais n'avaient aucun lien avec celui étudié.

Ensuite, toutes ces rencontres intéressantes nous ont beaucoup apporté à titre professionnel, il était alors difficile de ne pas discuter autour de nos expériences, et une fois de plus, de sortir du cadre de l'enquête, mais sans aucun regret !

⁶³ C.AUBE et V.ROUSSEAU, *Op.cit.* p.18

CONCLUSION

Ce travail de recherche arrive à son terme.

L'enquête de terrain nous a confortée dans le fait que le tutorat permette aux professionnels de réinterroger leurs pratiques par le développement d'un questionnaire dirigé par l'obligation de vérifier ce qui est transmis, par les réflexions issues des interrogations des personnes tutorées, et enfin par l'envie et la satisfaction de bien encadrer.

Ensuite, concernant le développement de la réflexivité qui conduirait l'équipe à s'interroger sur son fonctionnement et à le faire évoluer, la réponse apportée par l'enquête est nuancée. En effet, la mise en place, l'organisation et la mise en œuvre du tutorat obligent les professionnels à échanger plus, à développer des compétences communicationnelles, à s'organiser et à se coordonner. Nous pouvons en déduire que le tutorat contribue à créer ou à renforcer des liens déjà existant. Néanmoins, dans le cas d'une équipe qui n'est pas en phase de performance, il est incertain que le tutorat apporte de la cohésion. Et de plus, il manque des espaces temps de formalisation de ces liens ou de leur prise de conscience, en rapport très souvent avec une charge en soins importante.

Enfin, le tutorat est bien un outil au service du management d'équipe. Tout d'abord, au travers de la réinterrogation des pratiques par les professionnels, il y a plus de garantie de qualité et de sécurité des soins, de respect des protocoles et procédures. Le tutorat, là, prend une fonction de contrôle. Ensuite, ce dernier oblige à fixer des règles de fonctionnement afin d'apporter de la cohérence et une homogénéité dans l'accompagnement, ce qui permet de fixer des orientations et d'apporter une régulation du travail collectif. Enfin, le cadre de santé peut fédérer les équipes autour de la mise en place du projet de tutorat par la formalisation d'objectifs communs autour de l'apprentissage des étudiants et des nouveaux, ainsi qu'autour de compétences spécifiques aux différents services.

En mettant en avant les attentes et besoins en compétences du service, le cadre de santé et l'équipe se donnent un cadre de travail aux normes partagées. Ces dernières peuvent influencer de façon positive le fonctionnement de l'équipe puisque l'objectif du travail collectif est alors reconnu par tous. Et cela permet d'apporter de la reconnaissance à l'équipe au travers de la valorisation des compétences.

L'exploration bibliographique m'a permis de conceptualiser, donc d'analyser des situations vécues, notamment les problématiques de positionnement au sein d'une équipe de laquelle j'ai été extraite afin de l'encadrer. J'ai compris que je n'étais plus tout à fait dans l'équipe, ni tout à fait en dehors. En fait, j'ai pris la mesure de ce qu'est l'accompagnement.

De plus, m'ayant offert des clés pour décrypter ce qui peut se jouer au sein d'une équipe, les lectures sur la dynamique des groupes me permettent d'appréhender plus sereinement mes futures fonctions, et le management d'équipe plus particulièrement.

Avoir l'opportunité de faire de belles rencontres sur le terrain m'a permis, en tant que militaire, de confronter mes valeurs, mes normes et mes pratiques avec celles de professionnels civils, et ainsi de développer plus d'ouverture d'esprit.

En suivant la formation dans un institut civil, je souhaitais me distancier pendant un temps de la culture militaire. Néanmoins, tout le long de ce travail, je n'ai eu de cesse de faire des va et vient entre cette dernière et le « monde » civil, et de me questionner sur les fondements de la cohésion, cette dernière étant une des valeurs militaires fondamentales.

L'ensemble du travail m'a beaucoup interrogée sur la place et le développement de la formation en interne, laquelle pourrait s'inscrire dans le cadre du Développement Professionnel Continu.

Et de plus, j'ai pris conscience de la place du cadre de santé dans la mobilisation des équipes et le développement de la coopération, en vue de la performance collective.

C'est donc une parenthèse que je laisse ouverte dans la perspective de conduire un nouveau travail de recherche en lien avec une de ces thématiques.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- ALLARD-POESI Florence. *Management d'équipe*. France : Dunod, 2003, 128 pages. (Collection Topos)
- BRIZON Hervé. *L'intégration de nouveaux soignants*. Belgique : Masson, 2002, 108 pages. (Collection Encadrer à l'Hôpital)
- BROCH Marc-Henry. *Travailler en équipe à un projet pédagogique*. 3^{ème} éd., France : De la Chronique Sociale, 2004, pp. 22-60. (Collection Pédagogie/Formation)
- CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard. *L'acteur et le système*, Paris : Du Seuil, 2014, pp. 66-81. (Collection Points Essais)
- LACAZE Delphine, PERROT Serge. *L'intégration des nouveaux collaborateurs : enjeux et outils pour le développement de l'entreprise*. Belgique : Dunod, 2010, pp. 5-50. (Collection Fonctions de l'entreprise)
- MENAUT Hervé. *Tutorat et formations paramédicales : penser l'accompagnement tutoral*. France : De Boeck, 2013, 113 pages. (Collection Perspectives en éducation et formation)
- MINTZBERG Henry. *Manager, l'essentiel : ce que font vraiment les managers... et ce qu'ils pourraient faire mieux*. Paris : Vuibert, 2014, 183 pages.
- MUCCHIELLI Roger. *La dynamique des groupes : processus d'influence et de changement dans la vie affective des groupes*. France : ESF, 2002, pp. 79-113. (Collection Formation permanente)

- MUCCHIELLI Roger. *Le travail en équipe : clés pour une meilleure efficacité collective*. Pologne : ESF, 2014, 203 pages. (Collection Formation permanente Sc. Humain, n°18)
- PETIT François, DUBOIS Michel. *Introduction à la psychosociologie des organisations*. 3^{ème} éd., France : Dunod, 2007, pp. 74-139. (Collection Psycho Sup)

DOCUMENTS ELECTRONIQUES

- FRAY Anne Marie et PICOULEAU Sterenn. Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail. *Management et Avenir*, 08/2010, n°38, pp. 72-88. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2010-8-page-72.htm>, consulté le 23/02/2015.
- WITTORSKI Richard. Développement des compétences professionnelles des tuteurs par l'exercice du tutorat. *Recherche et formation* n°22, 1996, pp. 35-46. Disponible sur : <http://ife.ens-lyon.fr/publications/edition-electronique/recherche-et-formation/RR022-04.pdf>, consulté le 02/05/2015
- PETITJEAN Nadia. Fiche de lecture de la Chaire DSO, CNAM : DUBAR Claude. *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*. 2^{ème} éd., France : Armand Colin, 1998. (Collection U). Disponible sur : http://mip-ms.cnam.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw?ID_FICHER=1295877017955, consulté le 02/05/2015
- GALLE-GAUDIN Caroline. Tournant réflexif dans la pratique soignante. *EMC-Savoirs et soins infirmiers*, 08/2013, vol.8 n° 3, pp. 1-7. Disponible sur : [Http : //dx.doi.org/10.1016/S1877-7848\(13\)62980-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1877-7848(13)62980-9), consulté le 23/02/2015
- DEVILLARD Olivier. *Dynamiques d'équipes*. 3^{ème} éd., France : d'Organisation, 2005, pp. 1-44. Disponible sur : http://www.eyrolles.com/Chapitres/9782708133006/Devillard_Chap01.pdf, consulté le 02/05/2015

- AUBE Caroline et ROUSSEAU Vincent. Des équipes de travail efficaces : ce qu'il faut faire et ne pas faire. *Gestion*, 02/2009, vol.34, pp. 60-67. Disponible sur : <http://cairn.info/revue-gestion-2009-2-page-60.htm>, consulté le 02/05/2015

- LAMBERT Roger. Influence sociale et performance de groupe. *L'année psychologique*, 1967, vol.67, pp. 279-292. Disponible sur : http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/psy_0003-5033_1967_num_67_1_27564, consulté le 02/05/2015

- SAINSAULIEU Renaud. L'identité en entreprise. pp. 252-260. Disponible sur : https://www.upicardie.fr/labo/curapp/revues/root/33/renaud_sainsaulieu.pdf_4a07eb7dd0b70/renaud_sainsaulieu.pdf, consulté le 02/05/2015

- JACQUET Jérôme. Le leadership : un état personnel, des capacités ou une réelle intelligence situationnelle ? *EDU' Bases économie et gestion*, 2013, pp. 1-25. Disponible sur : <http://eduscol.education.fr/bd/urtic/ecogest/index.php?commande=aper&id=1671>, consulté le 02/05/2015

- Craig L. PEARCE et Henry P. SIMS Jr.. Vertical versus shared leadership as predictors of the effectiveness of change management teams: An examination of aversive, directive, transactional, transformational, and empowering leader Behaviors. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 2002, Vol. 6, No. 2, pp. 172–197. Disponible sur : <http://www.alnap.org/pool/files/shared-leadership-in-cmts-pearce-and-sims-2002.pdf>, consulté le 02/05/2015

- PERRENOUD Philippe. Adosser la pratique réflexive aux sciences sociales, condition de la professionnalisation. *Analyse de pratiques et attitude réflexive en formation*, 2004. pp. 11-32. Disponible sur : http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2004/2004_12.htm consulté le 02/05/2015

- PAUL Maela. Ce qu'accompagner veut dire. *Carriérologie. L'accompagnement et la dynamique individu-étude-travail*, 2009, vol. 9, pp. 126-135. Disponible sur : http://www.carrierologie.uqam.ca/volume09_1-2/07_paul/, consulté le 02/05/2015
- CHILOTTI Pascale. L'espace tutorial : lieu de transmission de la culture professionnelle infirmière. *Biennale internationale de l'éducation, de la formation et des pratiques professionnelles*, 07/2012, Disponible sur : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00803176>, consulté le 02/05/2015
- PRAS JARDOT Annie. *Le tutorat des nouveaux professionnels infirmiers à l'hôpital : pour un accompagnement réflexif et institutionnalisé*. Mémoire du MASTER Professionnel Education et Formation 2ème Année, Spécialité Encadrement dans le secteur sanitaire et social. Université d'Aix-Marseille, 2013, 80 pages.

TEXTES LEGISLATIFS

- Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au Diplôme d'Etat Infirmier. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr, consulté le 02/05/2015
- Circulaire DHOS/P2/O2DGS/6C no 2006-21 du 16 janvier 2006 relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie, disponible sur : www.legifrance.gouv.fr, consulté le 02/05/2015

SITES INTERNET

- www.cadredesanté.com
- www.scienceshumaines.com
- www.em-consulte.fr
- www.cedip.equipement.gouv.fr

ANNEXES

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Grille d'entretien

Annexe 2 : Retranscription des entretiens

ANNEXE 1

« GRILLE D'ENTRETIEN »

GUIDE D'ENTRETIEN

J'aimerais échanger avec vous autour de l'impact du tutorat sur l'équipe et le rôle du cadre dans sa mise en place.

Je vais quand même préciser mon intention : j'entends par tutorat, l'accompagnement en général soit des étudiants, soit des nouveaux professionnels. Je ne cible pas précisément le référentiel de 2009, c'est la notion même de tutorat qui est le thème de recherche.

Talon :

- En quelle année avez-vous été diplômé ? (infirmier et Cadre de santé)
- (Spécialité(s) du service ?)
- Existe-il un plan d'intégration des nouveaux professionnels et/ou d'encadrement des étudiants dans votre service? si oui, depuis quand ?
- Certains professionnels du service ont-ils bénéficié de la formation au Tutorat ?

Questions principales :

Qu'est-ce que selon vous le tutorat ? que mettez vous derrière cette notion ?	Partir de la même définition, des mêmes notions
En quoi le tutorat peut être un moyen de permettre aux équipes d'interroger leurs pratiques ?	Impact du tutorat sur l'évolution des compétences professionnelles et le retour sur soi
En quoi le tutorat peut avoir un impact sur l'équipe et son fonctionnement ?	Collectivisation du tutorat, liens au sein de l'équipe, retour sur soi
En quoi le tutorat peut être un outil de management au service du cadre ?	Tutorat porteur de cohésion ? qualité des soins ? formation de qualité ?

Questions de relance :

- Quelles similitudes entre le tutorat des étudiants et celui des nouveaux arrivants ?
- Rôle du cadre dans la mise en place ou le maintien de la cohésion ?
- Qu'est ce que l'esprit d'équipe selon vous ?
- S'il existe un plan d'intégration ou d'encadrement des étudiants, quels ont été les impacts sur l'équipe soignante ? sur le travail de l'équipe ?
- ...

ANNEXE 2

**« RETRANSCRIPTION DES
ENTRETIENS »**

QUELLE EST VOTRE DEFINITION DU TUTORAT, QUE METTEZ VOUS DERRIERE CETTE NOTION ?

CADRE1

Alors, pour moi le tutorat, c'est l'accompagnement, alors en tous cas pour les infirmiers, c'est un accompagnement, c'est définir des règles pour que quels que soient le parcours de l'étudiant et le statut de l'étudiant, donc dans statut j'entends plutôt à quel niveau d'études il en est, on puisse, que tout professionnel puisse l'intégrer et l'encadrer d'une manière symétrique. C'est-à-dire, qu'il n'y ait pas de disparité entre un infirmier et un autre.

C'est vraiment faire un fil conducteur pour que cet étudiant soit bien accueilli dès le 1^{er} jour jusqu'à la fin de son stage. C'est-à-dire que l'étudiant, quand il arrive, il a son livret d'accueil, déjà en possession, il a son planning, il est reçu, on lui fait visiter le service. déjà on a une intégration qui se fait sur un mois. il y a une forme de tutorat, de compagnonnage pour les nouveaux. Les tuteurs, des gens bien ancrés et qui soient intéressés.

CADRE2

Le tutorat, ben c'est une aide on va dire, un tuteur, c'est pour prendre appui, c'est pour expliquer, c'est pour tracer le chemin. Pour moi c'est ça après elle peut se décliner de différentes façons. Vous avez, je trouve qu'effectivement avec le nouveau programme infirmier, ils ont bien mis cette place de tuteur. Le tuteur n'est pas obligatoirement celui qui montre, il est là pour aider et pour soutenir l'équipe ou les gens qui en ont besoin quoi. Et c'est quelqu'un qui doit être ouvert aussi parce qu'il doit s'adapter aux différentes personnes et composer en fonction des demandes de chacun et des attentes de chacun. Donc voilà... après le tutorat, on peut le décliner en fonction des services, en fonction de...il y a beaucoup de choses qui peuvent évoluer. Après on peut aussi commencer une démarche de tutorat et puis s'apercevoir qu'elle n'était pas bonne. Après on travaille avec de l'humain donc elle peut s'adapter à une personne ou à un groupe de personnes, ça se passe très bien et puis pour celle qui va arriver après, on s'aperçoit que ça marche pas, pourquoi ? Alors qu'on avait utilisé les mêmes choses voilà, il y a aussi toujours le facteur humain qui rentre en

	<p>ligne de compte mais je pense que la démarche tutorale est importante pour que les choses fonctionnent bien, après il faut que les gens soient investis, je veux dire, on ne peut pas le demander et forcer à le faire. Il y a des gens qui ne veulent pas s'investir, je pense qu'il ne faut pas forcer les gens à faire une démarche qu'ils n'ont pas envie de faire parce qu'elle sera mal faite. Vous avez une petite différence dans le sens où les étudiants sont là pour apprendre, ils ne connaissent pas.</p>
CADRE3	<p>Alors pour moi le tutorat, c'est un accompagnement, un accompagnement de professionnels et de futurs professionnels. L'accompagnement se fait dans l'acquisition, dans sa prise de poste. A savoir, l'accompagner pour sa prise de fonction, sur l'organisation du service, la typologie des soins, la prise en charge du patient, aider le futur professionnel ou le jeune professionnel à s'approprier les spécificités du service en terme de prise en charge. Le tutorat répond à un cadre, ça se réfléchit et ça se formalise par écrit. Il faut aussi que les gens adhèrent à ce tutorat. On ne peut pas dire à quelqu'un « voilà tu vas être le tuteur de telle personne » si cette personne n'est pas convaincue de l'intérêt de sa fonction de tuteur. Entre le tuteur et le tuteur, il y a une relation qui s'installe et il faut qu'il y ait une relation de confiance. Et quand c'est le cas, moi je trouve que ça permet après au futur professionnel de pouvoir prendre ses fonctions de façon plus sereine et lui laisser le temps parce que le tutorat, ça se fait aussi sur la longueur.</p>
CADRE4	<p>Alors, le tutorat a pour moi 2 sens: le premier, le tutorat du référentiel 2009, qui est un dispositif nouveau d'encadrement des stagiaires étudiants. Et le deuxième, spécifique à la psy, qui concerne les IDE diplômés depuis peu, suite au plan santé mentale 2005-2008. Il y a une dimension de compagnonnage, au sens presque compagnons du tour de France. La transmission des savoirs et aptitudes, et le développement des compétences se fait surtout sur le lieu de travail, en situation. C'est une sorte de benchmarking de cette bonne idée où la relation humaine de proximité est essentielle.</p> <p>Le tutorat est une relation entre un professionnel, expérimenté, qui se sent intéressé par la transmission et le partage des connaissances, qui accompagne un néophyte ou un apprenant in situ. Il y a une individualisation de la transmission, qui requiert de</p>

	développer soi-même la dimension pédagogique.
CADRE5	<p>Ma définition du tutorat, euh.... Enfin, moi j'aime assez...on avait repris la notion de compagnonnage tout à l'heure. Voilà, pour moi, c'est essentiellement ça la définition du tutorat. C'est surtout pas... ce que ça n'est pas, c'est dire « regarde comment je fais et fais comme moi ! », ça ce n'est pas ça pour moi le tutorat. C'est « vas-y fais et je suis là, ne t'inquiète pas s'il y a un souci, je t'aiderais à rectifier, et après, on peut en reparler, voilà... », C'est plus ça.... C'est le « faire ensemble » en laissant le jeune professionnel faire au maximum en étant présent en cas de problème.</p> <p>2h de formation mensuelle pendant 10 mois.</p> <p>On appelle ça un compagnon plutôt qu'un tuteur parce qu'on pense plus que c'est du compagnonnage comme on l'entendait avant il y a avait les compagnons artisans, il y avait transmission sur le terrain d'un savoir faire, un partage sur le terrain d'un savoir faire. Donc, il y a un tuteur qui est là, un compagnon qui est là qui accompagne pendant, sur le papier on avait dit 1 an, maintenant....</p> <p>Ce sont des gens que j'avais sollicité parce que je savais qu'ils étaient tous attentifs à l'accueil des nouveaux arrivants ou des étudiants.</p>
CADRE6	<p>Alors, le tutorat est un accompagnement pédagogique auprès d'une personne qui est en cours d'apprentissage pour être global.</p> <p>Le tutorat, ici en réanimation, est différent.</p> <p>Alors pour les nouveaux, il y a une perspective d'encadrement de 8 semaines, la compétence de réa n'est pas la même qu'ailleurs...</p>
INFIRMIER1	<p>Alors, derrière le tutorat, moi je mets : transmission des connaissances, intégration... Le tutorat est un échange. Alors c'est un peu différent que ce soit pour les nouveaux infirmiers qu'on encadre parce que j'entends par tutorat l'intégration dans l'équipe mais pas forcément au niveau des connaissances. Ça veut dire que un nouvel infirmier qu'on va encadrer, on va avoir plus un regard sur la manière dont il va travailler avec les médecins, l'intégrer à l'équipe, l'intégrer à l'équipe médicale etc.... chose qu'on fait quand même un peu moins avec les étudiants. Donc, transmission des connaissances, transmission des habitudes du service aussi, parce</p>

	<p>que il y a une partie connaissances mais il y a aussi une partie protocoles inhérents au service. Y a l'accompagnement dans l'intégration de l'équipe et puis et puis, derrière le tutorat il y a forcément une part d'évaluation. Je pense qu'il faut savoir identifier les personnes ressources et les personnes volontaires. On perdrait en qualité avec un tuteur qui n'est pas motivé à ça. Derrière ça, une notion de bien-être au travail avec cette histoire d'intégration etc... et bien-être pour les étudiants.</p> <p>Il y a quand même des notions de compagnonnage dans notre boulot, surtout sur des services hyper spécifiques.</p>
INFIRMIER2	<p>Accompagner, aider l'étudiant ou le nouveau à se réaliser dans un service. Le guider pour trouver les réponses à ses questions sans pour autant les lui donner. En étant aidé d'un tuteur et d'un professionnel de proximité, avec une évaluation toutes les semaines, en milieu de stage et en fin de stage afin que celui puisse se réajuster. Pour les étudiants on accentue le tutorat sur la transmission de connaissances au sein d'une équipe. Pour les nouveaux arrivants on va transmettre les connaissances mais accentuer plus sur l'intégration dans l'équipe car on sait que c'est déjà un professionnel et qu'on a pas à lui apprendre les bases de notre métier contrairement aux étudiants qui n'ont pas forcément reçu des bases dans les précédents stages. Effectivement cela permet aussi à l'étudiant ou au nouvel arrivant de s'intégrer dans une équipe grâce surtout au professionnel de proximité.</p>
INFIRMIER3	<p>Pour les étudiants, selon le référentiel de 2009, 2 soignants tuteurs accompagnent les étudiants. Pour les nouveaux, nous avons un tutorat sous forme de cours, 5 modules, législation, situations d'urgences, médiation... obligatoire et sur une période de 3, 4 mois. On ne fait pas de différences entre les nouveaux et les étudiants sauf si c'est quelqu'un qui a 20 ans de psy, ce sera plus des échanges d'outils juste....</p> <p>Alors...tutorat ? Certes, il y a le terme de transmission des savoirs, mais c'est surtout un soutien à la personne face à des difficultés, d'ailleurs dans la définition le tuteur est ce qui aide à tenir droit. C'est les échanges, le partage et l'aide aussi. On laisse faire l'autre mais on est là en cas de difficultés.</p>

LE TUTORAT PERMET-IL DE REINTERROGER SES PRATIQUES PAR LE DEVELOPPEMENT DE CAPACITES REFLEXIVES ?

CADRE1	<p>Ce sont des futurs professionnels, demain ça peut être nos collègues, je me dis que comme tout, quand on accueille bien les gens, qu'ils se sentent à l'aise sur un service déjà le plus souvent ils font du bon travail et ils ont envie de revenir, donc je n'ai pas l'impression d'avoir mis en place des choses mirobolantes, pour moi c'est la base.</p>
CADRE2	<p>On peut, oui, remettre en question ses pratiques, c'est pareil quand on veut changer les choses, il faut prouver que les pratiques qu'on a ne sont pas bonnes. Si on veut les changer ou alors quelle est la plus value qu'on va attendre de ça ?</p> <p>Ca vous remet de toute façon en question puisque vous êtes aussi obligée de bien connaître ce que vous expliquez. Ça vous oblige à remettre à jour vos connaissances régulièrement.</p>
CADRE 3	<p>Oui parce qu'ils sont confrontés à leurs pratiques.</p>
CADRE 4	<p>Ah oui! Dans deux sens. Le premier: réinterroger ce que l'on a acquis, ses savoirs faire, procédures, méthodes apprises il y a un certain temps pour les rafraîchir au mieux. Le deuxième: actualiser par rapport aux nouvelles connaissances, réglementations, etc... Il y a une dimension interne, soi-même, et une dimension externe, le monde qui bouge et change.</p> <p>Un expert, sans pédagogie, sans retour sur soi, peut ne pas comprendre que le novice ne comprenne pas. C'est le gros problème, le rapport au savoir, car il a des conséquences dans la relation. Comprendre que l'autre ne comprenne pas est une compétence pédagogique certes, mais tout à fait transférable à d'autre relation que celle de prof/élève, formateur/étudiant, par exemple: l'éducation thérapeutique... Et derrière le tutorat, je mets cette attention pédagogique, qui est je crois, transférable ailleurs, avec le patient, voire universalisable, comme un principe éthique. Il y a là une possibilité pour les professionnels de pouvoir développer des compétences autres que strictement organisationnelles: la gestion de l'armoire à pharmacie, des toxiques, le dossier patient, les</p>

	<p>transmissions ciblées etc.... L'expérience en pédagogie, qui est une autre forme de relation, accroît les expériences professionnelles de l'IDE. Et la pédagogie te force à te questionner sur toi même sans arrêt. C'est l'occasion, mine de rien, de réinterroger ses valeurs sous tendant tous ces gestes techniques. Oui je crois que le tutorat, s'il prend toute sa place par la vertu du cadre, au sein d'une équipe, est un levier de réflexivité pour cette équipe, une façon d'interroger ses pratiques sans la formalisation des APP.</p>
CADRE 5	<p>Le tutorat requestionne forcément les pratiques. Quand il ya 3, 4, 5 ou 6 étudiants en même temps en stage de 10 semaines, enfin là j'en ai 7, je vais faire une réunion à la fin du stage, je vais leur demander d'échanger sur ce que ça leur a apporté aussi, (...).</p>
CADRE 6	<p>On essaie de faire cette réflexivité mais ça, c'est un beau mot. Il faut avoir un potentiel très très riche, il faut avoir un niveau d'autodidacte presque de vouloir se dire « je me donne les moyens de...je fais tout toute seule ou tout seul... » Et c'est compliqué.</p> <p>Et ce qui était intéressant aux tuteurs, je leur ai proposé aussi de faire autre chose, c'est de faire ...puisqu'évidemment, en tant que tuteurs ils sont de proximité, à un moment d'être dans l'autre sens, proximité et d'avoir un autre tuteur. Ces 2 binômes là étaient intéressants de voir, qu'un coup ils étaient tuteurs et proximité et avec un autre étudiant, ils étaient de proximité. C'est assez intéressant et justement on faisait une réunion dessus pour revenir sur tout ce qu'ils mobilisaient, ça leur permettait vraiment d'avoir les 360° du cercle de...on est sur la roue de Deming, on a tous les acquis, on a toute la roue qui est vraiment à 100% bien acquise.</p> <p>C'est quand même très déstabilisant les étudiants, ça vous remet beaucoup en question, ça pose beaucoup de questions, ça pose beaucoup de problèmes. C'est difficile de ne pas remettre ses connaissances en cause, de ne pas se remettre...elles le disent d'ailleurs « tiens, ça me fait réfléchir »... Mais je pense que le plus compliqué c'est la remise en question de la part de l'étudiant qui a souvent envie d'avoir raison, qui a souvent bien sûr envie que ses compétences soient toutes validées.</p>

<p>INFIRMIER 1</p>	<p>ça me ré interroge moi et sur mes pratiques, parce que ce que je transmets je le vérifie, deuxièmement ça me ré interroge sur ma manière de transmettre aussi que ce soit...enfin c'est plus facile pour les élèves de le voir parce que les élèves disent plus facilement « j'ai rien compris...Ou... », Moins les collègues parce qu'ils ont cette idée qu'on a travaillé 3 ans ensemble. Euh...donc oui, y a une relation sur le tutorat et mes connaissances personnelles parce qu'il faut que je les réactualise, parce que le fait de les transmettre, ça me ré interroge dessus et puis il y a des choses que je ne sais pas, et donc lorsqu'on me pose la question et que je ne sais pas, évidemment c'est un plus pour moi que d'aller chercher l'info. C'est presque une analyse des pratiques professionnelles, en fait. Je pense qu'en position de tutorat, c'est un miroir en fait. C'est le reflet de mon travail et la manière dont je le transmets, évidemment que ça donne de la qualité à mon travail. Parce que si j'arrive à avoir les notions et en plus à les transmettre, évidemment qu'au final j'ai une plus value et ça me permet de verrouiller mes acquis en fait. Ça permet de ré accuser nos connaissances, de se poser la question sur nos pratiques. Ce qui est intéressant c'est de se dire : bon, ça s'est mal passé avec lui, comment on va faire pour les autres IDE.</p>
<p>INFIRMIER 2</p>	<p>On s'inscrit dans la transmission de connaissances et on souhaite que la personne que l'on accompagne se sente bien par la suite quand il prendra le poste seul pour le nouvel arrivant et pour l'étudiant on désire que celui ci reparte du stage en ayant appris des choses qu'il pourra réutiliser quand il sera plus tard professionnel. Ça nous permet de remettre nos pratiques en question car il faut expliquer à l'autre comment on fait et ça nous oblige à nous remettre à la page grâce aux étudiants car notre profession évolue au cours du temps.</p>
<p>INFIRMIER 3</p>	<p>Bien sûr ! Alors, les nouveaux diplômés n'ont pas beaucoup d'expérience et les étudiants non plus. Mais on leur demande toujours leur avis, ils peuvent beaucoup nous apprendre et nous apporter aussi. Si c'est des nouveaux mais pas jeunes diplômés, c'est plutôt des échanges de pratiques, des partages d'expérience.</p>

LE TUTORAT PERMET-IL D'INTERROGER LE FONCTIONNEMENT DE L'EQUIPE ET DE LE FAIRE EVOLUER ?

CADRE1	<p>Quand le nouveau montre qu'il a envie d'apprendre ça se passe très bien. Tout le monde est très content de partager ce qu'il sait. Si une personne n'adhérait pas au mode de vie, au projet de vie du service. Si quelqu'un la jouait solo alors qu'ici c'est un service d'entraide, effectivement il y aurait un sentiment de rejet de la personne. (...) ça a été une équipe qui a été un petit peu éclatée et en souffrance. Ce pourquoi, tout l'encadrement des étudiants en a souffert très fortement parce que quand vous avez une équipe en souffrance, vous avez à ce moment là des gens qui ont un caractère dominateur.</p>
CADRE2	<p>Il y a aussi trouver sa place dans l'équipe. Dans les équipes de réanimation, ce n'est pas toujours simple. Il y a des gens avec qui ça se passe très bien et le tutorat on ne s'en rend même pas compte et l'intégration est faite. Où on commence à discuter de comment encadrer, c'est quand il y a un problème soit avec l'étudiant, soit avec le nouveau professionnel. Donc là, on essaie de se remettre en cause et voir si ça vient de nous, mais tout ne vient pas toujours que de nous. chaque étudiant vous permet de vous remettre aussi en question parce que ça a pu très bien fonctionner avec un étudiant, l'autre étudiant ne voit pas les choses de la même manière, pense différemment et dans ses questions peut aussi vous déstabiliser, vous remettre en question donc. Vous êtes obligée d'avoir aussi cette part de réflexivité pour l'équipe et c'est pour ça aussi que des fois des gens n'aiment pas encadrer parce que ça les oblige aussi à se remettre en question, il y a des gens qui préfèrent rester dans leur train train quotidien plutôt que de se remettre en question. Tutorer ou encadrer un élève c'est aussi se mettre un peu en danger et de se trouver devant des questions où : ah oui, tu as raison alors que moi je suis professionnel, je n'ai pas fait les choses correctement. Ce n'est pas facile ça et il faut aussi savoir le faire, et les étudiants peuvent nous apprendre des choses aussi et eux ont un vécu, alors après ça dépend comment ils s'intègrent à l'équipe. S'il y en a qui veulent faire des DU, c'est très</p>

	<p>bien, si on peut les financer on les finance, il faut qu'il y ait un réinvestissement sur le service, pour les collègues. Parce qu'elles prennent du temps, les autres ne peuvent pas poser de jours. Alors oui, ça a un impact, mais vous savez, la cohésion de l'équipe.</p>
CADRE 3	<p>Je trouve qu'installer, dès l'accueil, ce climat, permet après d'avoir des rapports professionnels plus, ouais déjà dans une ambiance plus sympathique.</p> <p>Ca contribue à avoir une bonne ambiance de travail, à créer des liens, et le tutorat, l'accueil et la formalisation de l'intégration, ça en fait partie.</p> <p>A travers le travail aussi et les relations de travail, créer des liens pour favoriser l'intégration et l'évolution de chacun.</p>
CADRE 4	<p>Le lien entre groupe et individu change la donne. On peut avoir un ou deux IDE passionnés par le tutorat, s'il n'y a pas de relai avec le reste de l'équipe, ça peut cliver...des jeux classiques d'alliance, de contre alliance se mettent en place plus ou moins prononcés, certains jeux ne vont pas trop nuire, d'autres si ! Chaque équipe a son fonctionnement spécifique. Quelle forme du social prend l'équipe d'un service? Et cette équipe de ce service? Quelles règles l'hôpital imprime-t-il à ce groupe? Les valeurs sont-elles forcément communes entre les membres de l'équipe?</p>
CADRE 5	<p>Un parcours d'intégration pour les nouveaux arrivants sur l'ensemble des unités, ce qui leur permet aussi de s'intégrer plus globalement, c'est-à-dire pas seulement dans leur petite unité mais globalement dans le service, de rencontrer leurs collègues des autres équipes, ce qui facilite aussi les liens. On a élaboré un petit programme d'actions qui était un petit peu en 2 parties : d'une part, on a fait une sensibilisation au niveau de tous les professionnels sur l'importance des échanges dans l'équipe pour transmettre du savoir, et que c'était peut être aussi le moment de reprendre sur les difficultés qu'on pouvait rencontrer en tant que soignant pour faire de la formation sur le terrain en fait, c'est vraiment, oui, c'est de la formation sur le terrain. Ça veut dire aussi une coordination entre toutes les unités du service, une entraide parce que, pendant que tous ces jeunes sont en formation pendant les 2h, il faut quand même du monde dans les services et que donc c'est planifié à l'avance, et il y a les collègues des</p>

	<p>autres unités où il n'y a personne en formation qui viennent renforcer l'équipe. Le fait de se retrouver en groupe, ils disent tous que ça leur apporte beaucoup.</p> <p>Le fait que des IDE d'autres équipes viennent renforcer pour leur permettre de se détacher, ça a aussi renforcé quelque chose de la culture de service, en tous cas de l'appartenance à un service, de la notion d'entraide, de la notion de liens entre les équipes.</p> <p>Oui, alors le côté « on se connaît mieux, on se comprend mieux, on se parle mieux », c'est clair... Là depuis cette année, on introduit aussi, parce qu'avant il n'y avait que le psychiatre qui intervenait, là on a commencé à introduire une psychomotricienne, une autre fois une psychologue. Ça leur permet aussi de comprendre comment on peut mieux travailler en équipe pluridisciplinaire aussi. Et sur quoi on peut faire appel à une autre profession, comment on peut s'étayer les uns, les autres ? ça aussi, quand je fais le point avec eux, ce sont des choses qui remontent sur, effectivement une autre vision, moins séparée des fonctions et plus de coordination, de collaboration. C'est quand même quelque chose qui remonte. En termes de dynamique d'équipe, ça casse aussi toute notion de compétition voire aussi entre les anciens psys et les nouveaux. On est plus dans une dynamique d'échanges et ça ils le ressentent vraiment, d'un désir mutuel de partage. Je pense que c'est le fait d'être physiquement ensemble, d'échanger vraiment, d'avoir un temps consacré, dédié à ces partages là, ça permet quand même de le faire dans de bonnes conditions.</p> <p>. Ils ont demandé à poursuivre ces réunions entre eux, entre jeunes nouveaux qui étaient arrivés cette année là. Et on a senti que si on lâchait, si on disait oui, ils allaient faire bloc comme ça et se fermer aux autres. Donc on a dit « non, non » parce que si on veut qu'ils s'intègrent, il ne faut surtout pas leur permettre de s'enfermer. L'équipe est indispensable en psy, ce n'est pas juste un agglomérat de personnes.</p>
<p>CADRE 6</p>	<p>Ça crée un petit lien mais le cadre a vraiment besoin d'être beaucoup présent pour justement, consolider ce lien et renforcer un petit peu. Mais ça demande une dynamique d'enfer parce que c'est beaucoup d'écoute, beaucoup d'explication parce que</p>

	<p>« pourquoi un coup tu, entre guillemets, me manages mon encadrement et pourquoi une autre fois tu... ? ». Il faut vraiment que les tuteurs se connaissent très bien, il faut que les tuteurs soient très solidaires entre eux pour après pouvoir devenir le tuteur de l'autre qui était tuteur mais qui devient de proximité, vous voyez cette histoire...</p> <p>Créer du lien, le tutorat ? Pas plus que ça ! Qu'il s'appelle tutorat ou autre chose, il y aura un encadrement. Après tout dépend de ce qu'on met sous « encadrement ».</p>
<p>INFIRMIER 1</p>	<p>Un mauvais tutorat entraîne tout de suite une notion d'isolement dans l'équipe etc etc...au niveau de l'intégration. Je pense que ça fait naître aussi des problèmes de confiance en soi pour la personne qui est élève, que ce soit un élève ou une future infirmière euh...pour les impacts positifs, parce que y en a aussi, c'est être à l'aise avec le personnel, avec les soins, comme qui dirait le fonctionnement du service. C'est vrai que là si on devait s'interroger sur notre manière d'encadrer les élèves, et enfin les nouveaux, il faudrait peut-être homogénéiser nos pratiques. 1 parce que l'évaluation, notamment des élèves, sera plus objective. Et puis, 2 les messages seront les messages qui sont du service, et ce sera plus les messages de Marc l'IDE ou de Estelle l'IDE, ce sera vraiment d'une seule et unique voix, ouais, message d'équipe, exactement. Alors, c'est une plus value personnelle, ça c'est sûr et certain, alors de là à dire que c'est une plus value sur la cohésion de l'équipe, donc entre les différents tuteurs, ben, dans le monde idéal, oui.</p> <p>Ça donne une dynamique à l'équipe. L'impact sur l'équipe, moi je le vois sur un impact personnel. Le problème c'est que les gens se posent des questions de leur côté. On ne confronte pas ça.</p>
<p>INFIRMIER 2</p>	<p>Il y a effectivement plus d'échanges afin de savoir où en est l'étudiant dans le stage ou le nouvel arrivant dans sa formation. Et puis effectivement on discute plus de notre pratique professionnelle et on se pose beaucoup plus de questions sur nos bonnes et mauvaises pratiques. Comment faire pour expliquer nos pratiques et comment créer des outils pour faciliter les pratiques du nouvel arrivant, comme des journées type, par exemple.</p>

	On communique plus entre professionnels, nos pratiques ont été plus uniformisées mais, plus de cohésion, je ne pense pas...
INFIRMIER 3	<p>Clairement ! Le relationnel avec le patient est directement lié au relationnel entre soignants. En psy, tout est lié, ça interagit sans cesse. Et les patients renvoient leurs ressentis sur l'ambiance au sein de l'équipe, ça arrive qu'ils nous demandent « qu'est ce qui se passe aujourd'hui, ça n'a pas l'air d'aller entre vous ? ».</p> <p>Et l'organisation du tutorat permet d'apprendre à se connaître, à échanger. En psychiatrie, il y a très peu de protocoles, donc on est amené même obligé à échanges beaucoup et sans arrêt autour des conduites à tenir avec les patients, on est toujours dans la remise en cause autour de pratiques et du relationnel avec le patient. Et le fait d'échanger avec les patients, entre nous sans arrêt apporte de la cohésion, de la communication, on se connaît très bien, on partage beaucoup de situations particulières avec les patients qui nous rapprochent.</p>

LE TUTORAT EST IL UN OUTIL SERVANT AU MANAGEMENT D'EQUIPE ?

CADRE1	<p>Si ça se passe bien pour l'étudiant, la prise en charge des patients sera efficace et optimale et ça se passera d'autant mieux.</p> <p>je ne vois pas comment on peut fédérer une équipe si on ne met pas en place un projet de vie, et ce projet de vie c'est l'accueil non seulement des patients, on est bien d'accord bien sûr, mais aussi des futurs professionnels. Si on met de côté cette optique, on ne tient pas à les intégrer, y a pas de possibilités pour l'équipe d'avancer et de se projeter dans un avenir.</p>
CADRE2	<p>En terme de formation, ce qu'il y a au sein du service, c'est qu'on fait des cours aussi, ce sont les professionnels qui s'approprient les cours et c'est eux qui présentent et ça c'est important aussi. Parce que ça leur permet déjà d'expliquer les choses, et ils sont des fois plus écoutés, ça permet aussi de créer une unité.</p> <p>Oui, parce que si vous mettez en place des choses pour le tutorat que ce soit des étudiants ou des nouveaux professionnels, c'est des façons de travailler. Donc automatiquement, c'est une forme de management parce que vous mettez des normes, des procédures, des choses à suivre. Vous ne pouvez pas demander à un étudiant de travailler d'une certaine manière, de faire les choses d'une certaine manière et vous, faire différemment. Automatiquement, vous êtes obligé de rentrer dans un processus de management et de contrôle de ce que fait l'équipe et du travail qu'ils fournissent.</p>
CADRE 3	<p>C'est au cadre du service qui est garant justement de cette intégration. Je les réunis dans une salle avec moi et je leur explique le fonctionnement du service, ce qu'on attend d'eux pour les mettre à l'aise, pour leur présenter le service, pour me dire que ben peut être que l'accueil que je leur ferais, l'attention que je leur porterais permettra qu'ils soient plus à l'aise. Ca permet déjà de créer un 1^{er} lien.</p> <p>Ca permet d'instaurer un climat de confiance et je pense, qu'à partir de là le dialogue s'installe et la communication et du coup, on</p>

	<p>pourra plus favorablement favoriser les échanges, la production, le soin. Tout l'accompagnement qu'on a apporté nous derrière avec l'ensemble de l'équipe d'encadrement et pour les amener à mener à bien des projets. Ouais, on est tout le temps dans une dynamique d'amélioration des pratiques. A partir de cet esprit d'équipe, cette dynamique que le cadre impulse, que la cadre sup', qui est très présente, impulse aussi à travers nous et nous, à travers les équipes. Pour avoir un travail de qualité, faire en sorte que les soignants travaillent dans les bonnes pratiques de sécurité, qu'il y ait un bon esprit d'équipe, de la solidarité, une transmission des connaissances, si un IDE qui arrive sent qu'il est attendu, qu'il est encadré, qu'il sent que sa période d'intégration de 4 semaines a été respectée et qu'il est accompagné dans ses acquisitions par le cadre, les professionnels, ça permet d'être aussi... le suivi que je fais, ça me permet d'avoir des garanties sur ce que le professionnel va donner en terme de prise en charge. Le tutorat permet d'avoir sur le terrain des professionnels qui respectent les protocoles du service, les habitudes, tout ce qui est spécifique en termes d'hygiène, en termes de soins. Pour avoir une qualité de prise en charge, il faut passer par le tutorat.</p>
<p>CADRE 4</p>	<p>Je crois que le plus dur pour le cadre de service, c'est d'adopter le point de vue du formateur, pour comprendre ces nuances spécifiques de la relation pédagogique, tout en la transposant au contexte du service. En gros, que le cadre de service se dise que la compétence pédagogique est vraiment une compétence managériale.</p> <p>Je pense que le tutorat est une opportunité pour valoriser l'équipe, lancer un projet, et diversifier les projets.</p> <p>Au cadre de savoir comment valoriser cette expérience.</p> <p>Ah oui! Mais outil... je dirai plutôt piste, axe, le cadre peut avoir des outils pour conduire cela, mais présenter le tutorat comme un outil managérial, perso si j'étais un IDE, je fuirai! Je dirai plutôt aventure commune, expérience commune. Oui certes, mais dans le sens de Pythagore: donnez moi un point d'appui, et je soulèverai le monde....</p> <p>Là est toute sa subtilité, son intelligence des situations, de la relation, des personnes, de la dynamique de groupe... En gros, il faut que le cadre se serve de son bon sens et de son expérience...en douceur, avec des temps de réflexion, d'échanges, pour construire</p>

	mutuellement une culture locale mais ouverte...Et un tuteur pour nous aider à nous dépatouiller.
CADRE 5	<p>On avait décidé de faire des réunions avec une psychologue pour qu'ils puissent parler, échanger un petit peu sur cette découverte.</p> <p>Oui ça sert au management d'équipe parce que ça sert à la dynamique de groupe. Ça sert au management d'équipe parce que ça sert à la qualité en termes de questionnement des pratiques forcément. Ça sert quand même à une visée de meilleure qualité des soins. Oui, pour moi, c'est un des... oui, pour moi, ça sert aussi au sentiment de reconnaissance des agents et des équipes parce que quand il est mené avec intérêt, c'est-à-dire quand il est vraiment investi, quand ce n'est pas que parce qu'il faut le faire, je crois que ça, c'est important. Et, quand on tient compte des retours, quand on tient compte de ça, oui, je pense que ça sert au management d'équipe. Ça permet aussi, ça sert aussi à accompagner les jeunes professionnels dans les choix de formation continue complémentaire, ça sert dans pas mal de choses quand même, enfin... oui, pour moi c'est un outil de management, oui...et on aurait tort de s'en priver parce qu'on apporte quelque chose, parce que souvent quand on parle de management, on a l'impression que l'équipe est utilisée, et quand on met en place une dynamique de compagnonnage/tutorat, on n'utilise pas, on offre, donc euh... et je pense que, oui, c'est quelque chose qui est important, oui...qualité et dynamique d'équipe, c'est les 2 grands axes que j'y vois(...).</p> <p>. Le cadre est un élément indispensable, à mon avis, dans la mise en œuvre du tutorat. Je n'imagine pas que ça puisse se faire sans le cadre. Le cadre est un rouage indispensable, je pense qu'une Direction des Soins qui imposerait une mise place de tutorat aurait peu de chances d'y arriver s'il n'y avait pas un relai de cadres qui aient envie de s'impliquer dedans.</p>
CADRE 6	<p>Et, nous en tant que cadre, faire de la cohésion là dedans, c'est très compliqué de fédérer l'équipe parce que on propose toujours aux mêmes d'encadrer.</p> <p>Au niveau du management en réa, on est pris par pas mal d'autres choses et des étudiants qui sont, comment dire, plus fragiles. Parce qu'aux urgences je les voyais, pareil, je leur disais « ça va être violent, ça va être le clash, très chaud, très dur... » mais même s'il y avait les pathologies lourdes que vous connaissez, Anne, puisque vous êtes de (...) qui n'est pas le club Med' non plus, en réa il y a</p>

quand même le gros traumatisme des machines, des décès, de la mort, des tuyaux, des machins, des trucs...où là même qu'on soit étudiant préparé, il n'y a pas le même émotionnel, il n'y a pas du tout la même exigence qu'on peut avoir avec eux.

Evidemment ça a une utilité, mais bon, le problème c'est le valoriser, le problème c'est le pérenniser, le problème c'est le contrôler, le problème c'est le suivre.

IDEES COMPLEMENTAIRES

CADRE 1	<ul style="list-style-type: none"> - Donc ce que je ne voulais pas, c'est qu'avec ce nouveau référentiel, qui n'est plus si nouveau que ça puisque il est quand même de 2009, c'est que les étudiants quand on leur pose des questions, qu'ils soient avec l'infirmière A ou l'infirmière B, chacun ait toujours le même type de réponse et les mêmes informations. - Quand on accueille bien les gens, qu'ils se sentent à l'aise sur un service déjà le plus souvent ils font du bon travail et ils ont envie de revenir. - Je n'ai pas à moi toute seule le temps et les moyens.
CADRE 2	<ul style="list-style-type: none"> - Vous avez les médecins qui jouent beaucoup sur la prise en charge, donc tous les médecins ne travaillent pas de la même manière et n'ont pas la même vision. Voilà et ça en ressort aussi sur l'équipe. - Parce que ce n'est pas évident, entre la charge de travail, le manque de personnel.
CADRE 3	<ul style="list-style-type: none"> - Ils sont tellement contents que derrière ils postulent.
CADRE 4	<ul style="list-style-type: none"> - Je pense que la hiérarchie doit suivre!
CADRE 5	<ul style="list-style-type: none"> - On a trouvé que chez les jeunes professionnels il y a un gros esprit de groupe. - Ça veut dire que ce n'est pas une personne dans un service qui peut porter ça, si on n'a pas l'appui de ...une dynamique

	<p>d'encadrement qui parte du haut, que au niveau médical ce soit aussi entendu comme une nécessité. J'avais l'appui ferme de la cadre sup' mais j'ai fait valider par le médecin Chef. Plus haut, je pense que la Direction des Soins doit être impliquée.</p> <ul style="list-style-type: none"> - C'est aussi une dynamique d'établissement dans l'accueil des nouveaux arrivants de savoir ce qu'on va leur proposer. Et c'est aussi une dynamique...c'est aussi un outil de management pour un établissement, hein...je pense en termes de recrutement lorsqu'on a des choses à proposer.
CADRE 6	<ul style="list-style-type: none"> - Le nouveau LMD a permis de se rendre compte que 4 ou 5 semaines c'était beaucoup trop juste pour qu'ils puissent être autonomes et aptes à prendre la mission d'une IDE de réa. Mais les arrivants nouveaux posent question et ce tutorat est bien sûr indispensable pour l'étudiant qui arrive, qui est en stage. Leur devenir est compliqué, ils restent à un statut d'étudiant très longtemps...moi, j'attends que les réformes se fassent parce que le système LMD, qui a quand même 6 ans au compteur, aurait besoin d'être réanimé, sans jeu de mots, ou réajusté. Je pense que le dialogue sur le terrain, l'autonomie dont on parlait, étaient autrement plus bénéfiques. - Qu'on l'appelle tutorat, qu'on l'appelle binôme, qu'on l'appelle intégration, on peut mettre plein de qualificatifs, mais non parce que pour la simple raison qu'on en a pas les moyens en ressources humaines. - Je pense qu'il faut lever le pied sur l'accompagnement. Il faut arrêter de les tenir par la main.... On veut les autonomiser, alors on met de beaux mots, réflexivité, autonomie, responsabilité... - C'est vrai que c'est très intéressant mais ça vous prend beaucoup de temps et, malheureusement, on ne peut pas avoir le temps que l'on souhaiterait pour accompagner vraiment l'équipe.
INFIRMIER 1	<ul style="list-style-type: none"> - Ce serait assez agréable que tous les tuteurs puissent se réunir, mais en même temps je crois qu'aujourd'hui, nous n'avons pas les moyens. Sur le terrain on n'a pas le temps d'apprendre parce qu'on a le manque d'infirmières.

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">- Aujourd'hui on intervient dans une réforme des études qui est passée un peu en force.- Je pense qu'il manque quand même une sensibilisation de l'infirmier. On a l'impression qu'on ne tuera personne, entre guillemets, si on fait du mauvais tutorat. Je pense que tout le monde se trompe, parce qu'évidemment qu'on tuera des gens mais 3 ans après quand les gens sortiront de l'IFSI, numéro 1, numéro 2 on tue des gens parce qu'on ne se ré interroge pas sur nos pratiques parce qu'on n'en fait pas. |
|--|---|



Diplôme de Cadre de Santé

DCS@14-15

TYPE DE DOCUMENT

Mémoire

TITRE DU DOCUMENT

Le tutorat des nouveaux soignants et des étudiants,
un levier pour fédérer les équipes ?

EL KHAL Anne

MOTS CLES

Tutorat, cadre de santé, leadership,
équipes soignantes, cohésion

KEY WORDS

Tutorship, first line manager, leadership,
health care teams, cohesion

RESUME

Les nouvelles façons de travailler des professionnels de santé, en lien avec la logique de parcours de soins et de processus, demandent plus aux soignants de développer des compétences collaboratives et de coordination. Ceci afin de concilier au mieux offre de soins adaptée aux besoins de la population et rationalisation. Ce qui rend également nécessaire la formation des nouveaux soignants et des étudiants dans ce sens. Le tutorat qui est une méthode d'apprentissage en situation pourrait être une réponse à ce double enjeu qui garantirait qualité et sécurité des soins dans un souci d'efficacité. Le cadre de santé, au travers de son leadership, semble être le plus à même de mobiliser les équipes soignantes dans ce sens et d'impulser une dynamique de cohésion.

ABSTRACT

New approaches to working of healthcare professionals, due to care pathways and process, require from them to develop more collaborative skills and coordination. This is in order to reconcile care adapted to the needs of population and rationalisation. This also makes it necessary training novices in this regard. Tutorship which is a method of learning at work could be a response to this double challenge that would ensure quality and safety of care and efficiency. The first line manager, through his leadership, seems to be most able to mobilize health care teams in this direction and to stimulate the process of cohesion.