



**UFR Sciences de l'homme et de la société
Département des Sciences de l'Éducation**

**Master 2 Pro métiers de la formation
Parcours ICF FOAD
Année Universitaire 2011- 2012**

MEMOIRE

**La reconnaissance de la fonction tutorale,
un facteur de transformation
de l'identité professionnelle infirmière.**

Directeur de mémoire : Nicolas GUIRIMAND

Nom : SANLAVILLE épouse LEFEVRE

Prénom : Martine

N°étudiant : 21110929

Septembre 2012

REMERCIEMENTS

Je remercie mon directeur de recherche, Nicolas GUIRIMAND pour ses encouragements, son soutien, ses conseils méthodologiques et théoriques, sa disponibilité et malgré la distance, sa proximité de guide, grâce aux TIC ;

Je remercie mon référent de stage professionnel, Patrick CIBILLE, pour sa confiance et son aide, lors de ma mission sur le chantier Master ;

Je remercie les différents directeurs de L'IFSI J.LEPERCQ qui se sont succédés, M. AUBERGER, JM. PASQUET et S.CLARY, qui m'ont accordé des conditions de travail favorables pour la réalisation de ce mémoire ;

Je remercie les étudiants infirmiers de 3^{ème} année qui ont répondu à l'enquête sur le tutorat, les professionnels cadres et infirmiers qui ont bien voulu, en toute authenticité, me parler de leurs pratiques d'encadrement des étudiants et sans qui ce travail n'aurait pas de consistance ;

Je remercie mes collègues de travail, Maria, Laurence, Estelle pour l'entourage chaleureux et réconfortant qu'elles ont su créer ;

Je remercie Laurence pour sa participation à mes recherches bibliographiques et Maria pour son accompagnement amical personnalisé ;

Je remercie Claude, pour sa présence sécurisante, Sylvain et Sébastien pour leur patience et le climat favorable qu'ils ont su instaurer autour de moi toute cette année. Je les remercie tous les trois d'avoir supporté mes angoisses, et mes moments de doute ;

Je remercie Sébastien et Agathe qui ont participé à me faire vivre des moments heureux et qui m'ont permis de me ressourcer et de prendre de la distance par rapport à ce cheminement professionnel.

Une pensée pour mes parents qui ont vécu une épreuve difficile en cette année 2012 et qui m'ont encouragée régulièrement.

Une pensée toute particulière pour cette promotion d'étudiants infirmiers :

La promo1/ 2009-2012,

La promotion « bleue » accueillie un certain 9/9/2009

A L'IFSI J. Lepercq par la directrice, Michèle AUBERGER

Et « embarquée » comme pionnière dans cette « ré ingénierie »

Du diplôme d'Etat d'Infirmier.

Sommaire

Introduction	4
I - Cadre contextuel	5
I - 1 : Notre situation personnelle et professionnelle	5
I - 2 : Argumentation du choix du thème de recherche	5
I - 3 : La réforme des études d'infirmières	6
I- 3-1 : Les changements dans le programme de formation	7
I- 3-2 : L'alternance intégrative	8
I- 3-3 : La réflexivité	9
I- 3-4 : La compétence	10
I - 4 : L'encadrement des étudiants en stage	11
I - 5 : Le tutorat	13
I- 5-1 : Cadre théorique et historique	13
I- 5-2 : Exploration du tutorat sur notre mission	18
I- 5-2-1 : L'Institut de Formation	18
I- 5-2-2 : Les formateurs	19
I- 5-2-3 : Les étudiants	20
I- 5-2-4 : Notre mission	20
I- 5-2-5 : Les résultats	21
I- 5-2-6 : Premiers éléments d'analyse des résultats	21
I - 6 : L'identité professionnelle infirmière	23
I - 7 : L'identité des cadres infirmiers dans le domaine de la santé	25
II – Cadre conceptuel	28
II - 1 : L'identité	28
II- 1-1 : Une image	28
II- 1-2 : Différentes approches	28
II- 1-3 : Un mouvement biographique	29
II- 1-4 : Identification et identisation	29
II- 1-5 : Socialisation et formes identitaires	30
II - 2 : La reconnaissance	32
II- 2-1 : Les dimensions intra et inter subjectives	32
II- 2-2 : Les transactions de reconnaissance	33
II- 2-3 : Le rôle de l'institution	34
III - Question centrale et hypothèses	35

IV - L'enquête	37
IV - 1 : Le terrain de l'enquête	37
IV - 2 : L'outil de l'enquête	38
IV - 3 : La collecte des données	39
IV - 4 : Le traitement des données	39
IV- 4- 1 : Présentation des données	39
IV- 4-1-1 : Identification des professionnels	40
IV- 4-1-2 : Représentations individuelles	42
IV- 4-1-3 : Reconnaissance et identité professionnelle	43
IV- 4-1-4 : Standardisation : Port Folio, Référentiels	45
IV- 4-1-5 : Souhaits, attentes des professionnels	47
IV - 5 : L'analyse croisée	49
IV -5-1 : Le tutorat : une pratique, une fonction, un outil	49
IV -5-2 : L'infirmier, « référent » tuteur, un confort transitoire	50
IV- 5-3 : Une superposition de fonction	51
IV -5-4 : L'impact de la formation du tuteur	52
IV -5-5 : Le rôle formateur du tuteur	53
IV -5-6 : Un nécessaire changement de pratiques	54
IV -5-7 : La fonction tutorale et les représentations des professionnels	56
IV -5-8 : Une déstabilisation inconfortable	58
IV -5-9 : La Reconnaissance : un difficile ressenti	61
IV -5-10 : Référentiels et Port Folio : à la recherche de sens	62
IV -5-11 : Entreprise et formation	64
V- Vérification des hypothèses	66
V- 1 : Vérification de la première hypothèse	66
V- 2 : Vérification de la deuxième hypothèse	68
VI - Critique de travail	69
VII – Préconisations	70
VIII – Conclusion	71
Index des acronymes	74
Bibliographie	75
Annexes (en dossier joint)	

Introduction

La construction de l'identité professionnelle de l'étudiant infirmier, tel est notre objectif à nous formateur. Mais qu'en est-il de notre identité à nous, professionnels paramédicaux, responsables de la formation des futurs infirmiers ?

Nous sommes au cœur d'une mouvance et de changements profonds dans le champ médico social. La réforme récente des études d'infirmières va inévitablement se répercuter sur la profession et le métier d'infirmier. Peut-on parler de crise identitaire ? Y a t'il rupture d'un équilibre, cassure dans la construction identitaire des professionnels infirmiers ?

« Le changement de normes, de modèle, de terminologie provoque une déstabilisation des repères, des appellations, des systèmes symboliques antérieurs. »¹

Dans quelle mesure sommes-nous au cœur de transformation identitaires de l'infirmier ?

Pour étudier ce sujet, nous avons décidé de cibler notre recherche autour d'une nouvelle terminologie intégrée à cette réforme : le tutorat.

Le tutorat, nouvelle appellation au cœur de l'encadrement des étudiants infirmiers en stage, est un des éléments nouveaux dans les textes réglementant la formation. Apporterait-il une reconnaissance aux professionnels en charge de cette fonction ?

Aller au delà de nos présupposés, de notre avis de notre opinion et de celle de notre entourage pour ne pas être catégorique, radical...voilà l'objet de ce travail.

Nous entrons dans le domaine de la recherche, et plus précisément dans la recherche en sciences sociales. *« Quand il se présente à la culture scientifique, l'esprit n'est jamais jeune. Il est même très vieux, car il a l'âge de ses préjugés. Accéder à la science, c'est, spirituellement rajeunir, c'est accepter une mutation brusque qui doit contredire un passé...La science s'oppose absolument à l'opinion. »²*

¹ DUBAR Claude (2010), *La crise des identités, l'interprétation d'une mutation*, Le lien social, Paris, PUF, 4^{ème} édition, p.11.

² DANTIER B. (juillet 2004) « Gaston Bachelard, les obstacles épistémologiques », (texte présenté par), extrait de : *Gaston Bachelard, La formation de l'esprit scientifique*, Paris, Librairie philosophique Vrin, 1999 (1^{ère} édition :1938) chapitre1^{er}, p.5, http://classiques.uqac.ca/collection_methodologie/index.php, consulté le 15 juillet 2012.

Rajeunir spirituellement est un défi intéressant et se surajoute au processus de formation tout au long de la vie dans lequel nous nous lançons avec ce travail afin de nous adapter à la complexité changeante du monde du travail et de la formation.

Nous verrons dans une première partie le contexte de la recherche, le cadre de notre questionnement. Ensuite une phase exploratoire permettra de cerner le cadre théorique. Une fois posé, celui-ci nous amènera à formuler une question de recherche et des hypothèses. Enfin une enquête de terrain nous permettra de vérifier nos hypothèses et d'ouvrir sur des perspectives avant de conclure.

I - Cadre contextuel

I - 1 : Notre situation personnelle et professionnelle

Cadre de Santé Formateur dans un Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) nous avons la mission de coordination de la formation d'une promotion d'étudiants. Nos missions concernent l'ingénierie pédagogique. Depuis 2009, nous avons la responsabilité de la formation d'une promotion d'étudiants infirmiers. Cette responsabilité a été ressentie d'autant plus importante que ce fut l'année de l'entrée dans une réforme des études.

L'alternance de cette formation impose de fait l'intégration des principes de cette réforme autant par les professionnels infirmiers et cadres des terrains de stage que par les formateurs en IFSI. Ceci pour une logique d'apprentissage et un suivi cohérent du parcours de formation. En effet le temps de formation est de 1200 H en stage et 1200H à l'IFSI. Ainsi, la responsabilité de la formation semble partagée.

I - 2 : Argumentation du choix du thème de recherche

Il nous paraît essentiel d'expliquer le choix du thème de ce mémoire.

Nous voulions être le moins parasité possible par le quotidien. Volontairement nous avons exclu de faire un travail de recherche sur nos problématiques quotidiennes de formateur en IFSI. En effet celles-ci se sont amplifiées avec cette réforme et tout ce qu'elle provoque d'incertitude par rapport à l'avenir professionnel des formateurs et l'immédiateté de la mise en place. Une période de transition s'est ouverte avec des relations conflictuelles profondes.

Nous avons besoin de nous mettre à distance des problématiques d'équipe de formateurs et de prendre du recul par rapport à l'institution où nous vivons des transformations douloureuses en terme de posture de formateur et où l'avenir est instable et questionnant. Le changement fait peur (perte de repères, d'identité...) et questionne nos pratiques, d'autant plus qu'il nous ouvre sur un partenariat avec l'université.

Nous souhaitons être le plus objectif possible dans notre recherche et ne pas être confrontée à des difficultés d'enquête auprès de formateurs.

Néanmoins, l'alternance et le partenariat entre formateur d'IFSI et professionnels des établissements de santé sont de notre responsabilité. C'est pourquoi nous orientons notre recherche sur la problématique de l'encadrement des étudiants sur les terrains de stage et plus précisément sur le tutorat.

Ceci étant posé, nous allons aborder les éléments essentiels qui cadrent le contexte de la recherche.

I - 3 : La réforme des études d'infirmières

L'arrêté ministériel relatif au diplôme d'état d'infirmier du 31 juillet 2009 a été publié au journal officiel le 7 août 2009. Il s'inscrit dans une ré ingénierie de formation pour une harmonisation dans l'espace européen. Il est encadré par le processus de BOLOGNE datant de 1999 avec une entrée dans le système LMD (Licence, Master, Doctorat) en 2002.

Trois référentiels, de formation, de compétences et d'activités posent l'ensemble des principes et règles du changement du parcours de formation.³ Les référentiels d'activité et de compétences ne se substituent pas au cadre réglementaire figurant au Code de la Santé Publique.

Avec les référentiels, nous sommes dans une logique de standardisation⁴ en lien avec une démarche de qualité, de certification qui se veut universelle. Sont construits, par des experts, de nombreux référentiels auxquels tous les acteurs concernés sont sensés se conformer. C'est une base sur laquelle s'appuyer pour la formation et la reconnaissance professionnelle. Il y a une grande homogénéité dans les contenus dans de nombreux secteurs de la formation. Nous sommes dans une logique normative.

³ Formations des professions de santé- Profession Infirmier- Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession, SEDI, réf. 650505.

⁴ JORRO A., De KETELE J.M. (2011), (sous la direction de), *La professionnalité émergente : quelle reconnaissance ?* Bruxelles, édition de bœck, p.34.

L'arrêté du 31 juillet 2009 vient remplacer l'arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au Diplôme d'Etat d'Infirmier (DEI).

I - 3-1 : Les changements dans le programme de formation

Nous sommes dans le cadre d'une formation initiale.

Le code de la santé publique (CSP) définit la profession et la formation des futurs infirmiers.

Il est intéressant de montrer la différence des deux programmes de formations. Les professionnels, qu'ils soient infirmiers, cadres de santé, formateurs ou non, et qui participent à la formation des étudiants infirmiers depuis 2009 ont suivi, eux, un programme de formation élaboré il y a un peu plus de vingt ans. L'écart est significatif. Les principes pédagogiques et la finalité de la formation sont différents. Nous voulons montrer ce que les professionnels impliqués dans la formation des étudiants ont à connaître et à intégrer dans leurs pratiques d'encadrement et d'accompagnement au quotidien.

Nous reprenons des éléments d'un tableau comparatif élaboré par un formateur⁵ en l'enrichissant.

	Programme de 1992	Référentiel de 2009
Principes pédagogiques	Développement de la créativité et d'une faculté d'adaptation de l'étudiant ; Pédagogie active conseillée ; Responsabilisation de l'étudiant dans l'élaboration de son projet professionnel ; Etudes de cas concrets ; Le formateur accompagne et aide au développement personnel de l'étudiant en vue d'une meilleure intégration des connaissances.	Acquisition de compétences ; Approche socio constructiviste ; Pédagogie différenciée ; Construction de savoirs par l'étudiant et travail en groupes ; Trois paliers d'apprentissage : comprendre, agir, transférer ; Etudes de situations de soins ; Le formateur aide l'étudiant à utiliser ses expériences comme outil d'apprentissage.
Finalité de la formation	Infirmier polyvalent ; IFSI responsable de l'acquisition de connaissances et d'aptitudes des étudiants.	Praticien autonome, responsable, réflexif ; Formation centrée sur l'étudiant ; Parcours professionnalisant pour développer des compétences à travers l'acquisition de savoirs.
Alternance	- Alternance juxtapositive	- Alternance intégrative

⁵ DOUCET Anne, « Réforme de la formation infirmière, une nouvelle dynamique », *La revue de l'infirmière*, n°153, septembre 2009, pp.20-21.

Il paraît évident que ces principes pédagogiques et la finalité de la formation soient connus et intégrés par tous les professionnels qui accompagnent les étudiants soit à l'IFSI soit en stage. Si la mission du formateur engage plus celui-ci à être au plus prêt des principes pédagogiques, la mission du professionnel encadrant l'étudiant en stage doit être similaire sur certains points.

Un des premiers changements est le qualificatif donné à l'alternance.

I - 3-2 : L'alternance intégrative

L'alternance intégrative est le résultat d'un processus de transformation d'une forme antérieure : l'alternance juxtapositive.

Cette articulation entre deux lieux de formation doit être repensée au sein d'une réelle démarche de projet et dans un processus de démarche qualité. Le tutorat est un des moyens favorisant cette articulation⁶.

L'alternance intégrative est celle qui « réalise une étroite connexion et interaction entre formation théorique et formation pratique de même qu'un travail réflexif sur l'expérience »⁷ (GIMONET 2008).

Il s'agit de construire des compétences professionnelles et des connaissances dans un contexte.

L'ancrage se fait sur les situations professionnelles observées, vécues.

Sur les trois ans de formation, le temps d'apprentissage en stage est égal au temps de formation à l'IFSI (2100 Heures.).

Sur l'ensemble de leur cursus, les étudiants doivent effectuer au minimum un stage dans chacune des 4 catégories définies dans le référentiel de formation du 31 juillet 2009 :

- Soins de courte durée
- Soins en santé mentale et en psychiatrie
- Soins de longue durée et soins de suite et de réadaptation
- Soins individuels et collectifs sur des lieux de vie

⁶ SCHNEIDER HAAR Irène (2004), « Le tutorat... : à la recherche d'un réel partenariat », mémoire IFCS, AP-HP Paris 69p.

⁷ FOURDRIGNIER Marc « L'alternance dans les formations sociales », *Education permanente* n°190/2012 p. 95.

Il nous semble essentiel de s'attarder sur « *le travail réflexif* » qui doit être fait dans cette alternance intégrative. L'étudiant doit être formé à devenir un « *praticien réflexif* ». L'entraînement réflexif est une exigence de la formation.⁸

I - 3-3 : La réflexivité

La réflexivité professionnelle est « *une capacité d'analyser sa pratique avec un certain recul critique en vue de progresser vers plus d'efficacité, d'efficience, voir d'éthique et d'équité* ». ⁹

« *La conscience réflexive nous permet de nous construire une sorte de monde parallèle à celui de l'expérience, tentative visant à dupliquer l'expérience à partir du langage pour la rendre intelligible* ». ¹⁰

Le praticien réflexif n'est pas seulement celui qui réfléchit avant et pendant l'action mais « *celui qui se prend lui-même pour objet de sa réflexion, capable de faire et de se regarder faire* ». ¹¹ Il arrive à chacun de réfléchir dans l'action et sur l'action, sans devenir pour autant un praticien réflexif. « *Il faut distinguer la posture réflexive du professionnel de la réflexion épisodique de chacun sur ce qu'il fait. Pour aller vers une véritable pratique réflexive, il faut que cette posture devienne quasi permanente.* » ¹²

L'individu doit être capable d'explicitier sa pensée et de faire émerger le savoir inscrit dans son action. Ceci sous entend l'autoévaluation de sa pratique.

Le professionnel qui a une posture réflexive serait-il en partie compétent ? Nous allons voir ce qui est entendu par « compétent ».

⁸ Référentiel de formation / annexe 3 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, (finalités de la formation) -Formations des professions de santé- Profession Infirmier- Recueil des principaux textes- SEDI, p.69 et 70.

⁹JORRO A., De KETELE J.M. (sous la direction de), (2011), *La professionnalité émergente : quelle reconnaissance ?* Bruxelles, Édition de bœck, p.134.

¹⁰ DENOYEL Noël, PINEAU Gaston, ROBIN Jean Yves et Jean Pierre BOUTINET (sous la direction de), *Penser l'accompagnement adulte -ruptures, transitions, rebonds*, PUF, août 2008, p.134.

¹¹ NHAN Marie, « Le formateur dans l'exploitation de stage : un médiateur vers la posture réflexive », Dossier Le tutorat dans *Info CEFIEC* n°25, p.33.

¹² PERRENOUD Philippe (2008), *Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant*, édition ESF- p.14

I - 3-4 : La compétence

Se pose la question de la compétence des professionnels à encadrer les étudiants en stage. En quoi est – elle modifiée avec cette réforme? Les professionnels sont-ils toujours compétents pour encadrer les étudiants ? Se posent-ils la question ? Se sont-ils préparés ? Ont-ils pris le tournant de la réforme ?

Comment ont-ils investi la fonction de tuteur ? Quel est le constat 2 ans ½ après la réforme ?

« *Le professionnel compétent est celui qui non seulement est capable d'agir avec pertinence dans un situation particulière mais qui également comprend pourquoi et comment il agit. Il doit donc posséder une double compréhension : celle de la situation sur laquelle il intervient et celle de sa propre façon de s'y prendre* ». ¹³ Cela suppose une mise à distance, une prise de recul et donc une capacité à la réflexivité.

Le deuxième point à soulever est la formation des étudiants par l'approche par compétences. C'est un grand changement dans le suivi des étudiants.

De nombreux écrits professionnels abordent la question de la compétence et de l'approche par compétences dans la formation des infirmiers.

La compétence n'est pas un concept achevé. Elle suscite des contradictions, de multiples interrogations, débats et écrits.

Nous nous baserons sur la définition de Thierry Ardouin :

« *La compétence est la formalisation d'une dynamique complexe d'un ensemble structuré de savoirs (savoirs, savoir faire, savoir être, savoir agir, savoirs sociaux et culturels, savoirs expérientiels) mobilisé de manière finalisée et opératoire dans un contexte particulier. La compétence est la résultante reconnue de l'interaction entre l'individu et l'environnement.* » (2002) ¹⁴

La compétence s'exerce dans l'action dans un environnement particulier. Chaque situation est singulière. L'évaluation de la construction des compétences va donc se situer notamment au niveau des capacités réflexives de la personne.

¹³LE BOTERF Guy (2010), « *Professionnaliser ; Construire des parcours personnalisés de professionnalisation* », Paris, Eyrolles, Edition d'Organisation, p.103.

¹⁴ARDOUIN Thierry, cours « *Analyse du travail, des emplois et compétences* », formation Master II Pro ICF FOAD Rouen, 2011-2012.

Donc pour être compétent dans l'encadrement des étudiants en stage, le professionnel, en dehors de son expérience, ses valeurs, son jugement clinique, doit être préparé, informé, conscient de tous ces savoirs nouveaux, ces changements dans la formation des étudiants.

Le risque est grand de confrontation et d'incompréhension entre un étudiant formé à l'IFSI avec ces principes pédagogiques et un professionnel de terrain n'ayant pas été préparé à ce changement.

I - 4 : L'encadrement des étudiants en stage

Dans le cadre de la certification, tous les établissements de santé ont une obligation d'encadrement des étudiants en stage. En effet le référentiel de certification de la HAS (Haute Autorité de Santé) intègre l'encadrement des nouveaux arrivants.¹⁵

Une convention de stage signe l'engagement des différentes parties. Une convention tripartite est attendue avec cette réforme (IFSI, lieu de stage et étudiant) ainsi qu'une charte d'encadrement de l'établissement d'accueil. Le cadre de santé est responsable de l'organisation des stages dans son service ce qui implique qu'il connaisse le contenu de la réforme et les nouvelles modalités de la formation et de l'apprentissage.

Cette notion d'encadrement des étudiants en stage, fait partie depuis longtemps des missions de l'infirmier et reste encore aujourd'hui dans les textes qui régissent la profession et donc la formation.

Ce rôle de l'infirmière est clairement défini dans le code de la santé publique. L'article L.4311-1 indique « *L'infirmière participe à différentes actions, notamment en matière de...et de formation ou d'encadrement* ».

L'Article R.4311-15 stipule: « *Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants : formation initiale et formation continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé ; encadrement des stagiaires en formation....* »¹⁶

¹⁵ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_411173/mieux-connaître-la-certification-des-etablissements-de-sante. Consulté le 10 juin 2012.

¹⁶ Formations des professions de santé- Profession Infirmier- Recueil des principaux textes- SEDI. Réf. 650505, pp.186 et 204.

Dans le programme de formation des infirmiers de 1992, on retrouve un des objectifs généraux du contenu des enseignements qui est d'organiser le travail infirmier. Celui-ci indique : « *participer à la formation initiale et continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et des étudiants en soins infirmiers* ».

Dans les modules d'enseignement, on ne retrouve pas de notions de pédagogie ni de tutorat.

De nombreux apports sur la responsabilité, l'éthique, la déontologie, les sciences humaines et sociales, la psychologie, permettent de former à cet encadrement. Le domaine relationnel est développé mais de façon beaucoup plus importante dans le programme de 2009.

Dans le référentiel de formation de 2009, deux unités d'enseignement (UE) ciblent l'encadrement en semestre 4 : Encadrement des professionnels de soins et Soins éducatifs et formation des professionnels et de stagiaires.¹⁷

Ces UE sont en lien avec d'autres UE dites « collaboratives » : Législation, éthique et déontologie ; soins éducatifs et préventifs, soins relationnels.

Dans le référentiel d'activité qui contient neuf familles d'activités, l'une d'entre elles s'intitule : Formation et information de nouveaux personnels et de stagiaires. Dans le référentiel de dix compétences, la dernière s'intitule : Informer, former des professionnels et des personnes en formation. Dans cette réforme, on trouve beaucoup plus d'éléments concernant la pédagogie, l'accompagnement, l'encadrement et l'évaluation des stagiaires.

Les futurs professionnels infirmiers diplômés à partir de juillet 2012 auront plus de notions sur ce sujet là et notamment sur le tutorat.

Tout ceci montre que l'encadrement des étudiants en stage est depuis longtemps mis en place mais les professionnels qui l'assurent, le font en plus de leur activité sur la base souvent du volontariat. Même si cette mission fait partie du rôle infirmier, elle n'a pas de reconnaissance formelle.

Nous avons vu que cet encadrement est balisé par la législation, qu'il y a un contenu de formation qui permet d'avoir des bases pour encadrer. Ce que nous ne maîtrisons pas c'est tout ce qui est du domaine du relationnel, des compétences de chacun à transmettre, à soutenir, à guider, à mettre en confiance, ce qui est du domaine de l'identité propre à chacun, qui fait que chaque situation d'encadrement est une inconnue . La réussite de l'encadrement dépend de beaucoup de facteurs subjectifs qui appartiennent à chacune des deux personnes en présence.

¹⁷ Ibid. p.76

Les professionnels en exercice dans les établissements de soins ont eu à encadrer, en même temps, pendant trois ans des étudiants de deux programmes de formation différents. Les principes pédagogiques, la conception et les outils d'évaluation diffèrent.

Cet aspect là montre à quel point les professionnels ont été déstabilisés dans leurs pratiques d'encadrement au quotidien et dans l'évaluation. Depuis fin 2011, ils n'ont à encadrer que des étudiants issus de la réforme de 2009.

Selon le texte de la réforme, l'encadrement des étudiants en stage est assuré par un maître de stage, un tuteur et un professionnel de proximité.

C'est une des missions de l'encadrement professionnel que de désigner le tuteur sur la base de critères de compétences, d'expérience et de formation.¹⁸

Nous allons aborder plus précisément le tutorat sujet qui nous intéresse particulièrement et par lequel nous entrons dans notre recherche. Nous avons besoin d'avoir une base théorique de référence sur laquelle nous appuyer.¹⁹ Cette théorie de base nous permet de construire du sens.

I - 5 : Le tutorat

I – 5-1 : Cadre théorique et historique

Une première base législative et réglementaire pose le cadre du tutorat dans cette formation d'infirmière. Dans l'arrêté du 31 juillet 2009, le référentiel de formation introduit la notion de tutorat par ces termes. « *Le retour sur la pratique, la réflexion et le questionnement sont accompagnés par un professionnel chargé de la fonction tutorale et un formateur ...pour développer chez l'étudiant la pratique réflexive. Le stage doit permettre d'acquérir une posture réflexive, en questionnant la pratique avec l'aide des professionnels... Le tuteur représente la fonction pédagogique du stage.* »²⁰

¹⁸ ibid. p.79.

¹⁹ DONNADIEU B., GENTHON M., VIAL M. (1998) *Les théories de l'apprentissage, Quel usage pour les cadres de santé ?* Paris, InterEditions Masson, p.33.

²⁰ Formation des professionnels de santé, Op.cit. p. 77-78.

Le professionnel tuteur n'est pas identifié clairement ce qui laisse place à des variantes. Si l'on se réfère aux pratiques d'encadrement antérieures à la réforme, les professionnels les plus près des étudiants en stage sont le cadre de santé et l'infirmier. Donc logiquement cette fonction leur est attribuée à l'un ou à l'autre. « *La fonction tutorale rend compte, plus que le terme de tutorat, de l'enchevêtrement des rôles et des statuts, de la pluralité des acteurs engagés* » souligne Catherine Guillaumin.²¹

« *La fonction désigne ce que fait le professionnel dans le cadre de ses attributions. Chaque professionnel se voit attribué, selon l'institution à laquelle il appartient, un certain nombre de fonctions. Par la fonction, c'est le lien institutionnel qui opère comme cadre structurant la relation.* »²²

Il s'agit bien d'une fonction attribuée par la hiérarchie et notamment par le cadre sur des bases de compétences, d'expérience et de formation comme nous l'avons vu précédemment.

Revenons sur l'approche historique du tutorat et son évolution.

Le tutorat est une notion très ancienne utilisée en entreprise et codifiée dans le Code du travail. Elle peut être rapprochée des notions de mentorat, de compagnonnage et de coach.²³

Le compagnon est au plus prêt des pratiques et du savoir faire à transmettre.

Historiquement, ce fut d'abord une logique de transmissions de savoirs et de valeurs d'un corps de métier et une valorisation du modèle à imiter avant de passer à une fonction de facilitateur.

Le coaching, lui, est défini comme l'accompagnement d'une personne à partir de ses besoins professionnels pour le développement de son potentiel et de ses savoir-faire. Lorsqu'il transmet son savoir- être le coach devient mentor.²⁴

Pour BRUNER, en 1983, « *L'intervention d'un tuteur, comprend une sorte de processus d'étaillage qui rend le novice capable de résoudre un problème, de mener à bien une tâche, ou d'atteindre un but qui auraient été, sans cette assistance, au-delà de ses possibilités.* »²⁵

²¹ GUILLAUMIN Catherine, « *Emergences ingénieuses en formation. La formation initiale et continue des soignants et des cadres hospitaliers* », revue TransFormations n°5 (2011) p.125.

²² PAUL Maela (2011), *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*, Paris, l'Harmattan, p. 153

²³ GAILLARD Nadine et KOZLOWSKI Joëlle, « Vers un partenariat formalisé et efficient autour du tutorat de l'étudiant infirmier en stage », *Soins Cadres*, supplément au n°76, p. 10.

²⁴ DANVERS Francis, « Penser l'accompagnement en contexte de mobilité : orienter ou s'orienter, quel dilemme ? » in Jean Pierre BOUTINET (sous la direction de), *Penser l'accompagnement adulte, ruptures, transitions, rebonds*, Paris, puf, p.69.

²⁵ VIAL Michel, CAPARROS-MENCACCI Nicole (2009), *L'accompagnement professionnel ? Méthode à l'usage des praticiens exerçant une fonction éducative*, Bruxelles, Editions De boeck, p.56

En 1985, SAVARY définit le tutorat comme "*une relation d'aide entre deux personnes pour l'acquisition des savoir-faire et l'intégration dans le travail*" et comme élément d'un dispositif visant à "*rendre le travail formateur et l'organisation intégratrice*".²⁶

On parle de tutorat pour de nouveaux professionnels novices sur un lieu de travail tout comme on parle de tutorat dans les formations par alternance pour les étudiants en stage.

Dans le milieu professionnel psychiatrique, le terme est apparu en 2005 avec le Plan « Psychiatrie et Santé Mentale » avec instauration d'un tutorat de proximité pour les nouveaux professionnels, basé sur la transmission des expériences.²⁷

Dans ce secteur notamment, une formation de 3 jours a permis un apport sur la posture réflexive et a suscité une grande satisfaction de la part des personnes formées.²⁸

Le tutorat s'intègre donc dans un champ de socialisation, professionnalisation pour rendre explicite l'implicite et pour qu'il y ait transmission d'un patrimoine professionnel.²⁹

Aujourd'hui, « *Le tutorat se construit toujours dans la tension entre une logique d'expérimentations et une logique d'échange.... En évoluant d'une logique de transmission à une logique réflexive, d'une formation par l'action et l'imitation à une réflexion dans l'action, la relation s'en trouve déplacée d'un mode hiérarchisé, vertical, à un mode paritaire, horizontal* ». ³⁰

L'apprenant est le centre³¹ et donc pour le tuteur il doit y avoir renoncement au pouvoir et « *centration sur l'expérience vécue par le stagiaire* ». ³²

L'authenticité dans la relation et la réussite de l'accompagnement amène aussi à mettre en avant le concept de congruence, concept forgé par Carl Rogers.

²⁶ PAUL Maëla, « *L'accompagnement : quels enjeux pour la fonction tutorale ?* Colloque, Tutorat et Accompagnement, 23 et 24 Novembre 2006, Conférence du 23 Novembre 2006, p.17.

²⁷ Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008, Axe 2 - Des patients, des familles et des professionnels, <http://www.legislation-psy.com> consulté le 5 décembre 2011.

²⁸ BERBRA Samia, DULHOSTE Florimond, PARISY Laurent, FLAGEOLET Sarah, «Tuteur, une nouvelle fonction sur les lieux de stage », *Soins cadres*, suppl. N° 76 , pp.16-18.

²⁹ GAILLARD Nadine et KOZLOWSKI Joëlle, « Vers un partenariat formalisé et efficient autour du tutorat de l'étudiant infirmier en stage », *Soins cadres*- suppl. N° 76, pp.10-13.

³⁰PAUL Maëla, « *L'accompagnement : quels enjeux pour la fonction tutorale ? - Colloque – Tutorat et Accompagnement-23 et 24 Novembre 2006*, Conférence du 23 Novembre 2006, p.18.

³¹ROHART Jean-Daniel (2008), *Carl Rogers et l'action éducative*, Ed de la Chronique Sociale, p. 76.

³²LACAILLE Sylvain et MAELA Paul, cours « *Conseils aux personnes* » formation Master II Pro ICF –FOAD, Rouen, 2011-2012, p.34.

La difficulté réside dans la connaissance de soi, de ses émotions, car être vrai, en accord avec ses propres ressentis entraîne une adaptation à chaque situation de relation avec autrui. Chacun est particulier et chaque relation est différente et singulière. Cette congruence est cognitive et sociale, pour une efficacité de la fonction tutorale, selon Alain Baudrit.³³

Comme il est stipulé dans le référentiel de formation que « *le tuteur assure un accompagnement des étudiants* »³⁴, le tutorat est donc « *un mode d'accompagnement combinant deux fonctions (socialisation et formation), mobilisant une pluralité de rôles et de compétences (organisationnelles, pédagogiques, relationnelles). Le tuteur appartient aux figures asymétriques d'encadrement ayant pour mission l'adaptation et l'intégration à des normes socioprofessionnelles.* »³⁵

Si l'accompagnement est un processus qui vise la socialisation, l'autonomisation et l'individualisation, Maëla Paul, situe le tutorat comme variation autour de ces 3 concepts clefs.³⁶

« *L'accompagnement est tributaire d'une reconnaissance mutuelle de la part des deux personnes en présence,...de la fonction et du droit d'exercer,...mais surtout une reconnaissance sociale au sens où chacun reconnaît l'autre comme faisant partie d'une même communauté de pratiques* »³⁷

La mise en œuvre et la formation au tutorat est largement débattue depuis 2009 tant elle semble problématique pour ceux qui s'y attellent. Un changement de posture chez les professionnels semble inévitable.

Les professionnels doivent identifier leurs habitudes d'encadrement, les déconstruire afin de les reconstruire à partir de nouveaux standards imposés par la réforme. Il faut la volonté, l'engagement dans la remise en question des pratiques antérieures. « La posture réflexive peut en partie se concevoir comme un moment particulier de déconstruction / reconstruction »³⁸, ici, au bénéfice du professionnel tuteur.

³³ BAUDRIT Alain (2008), *Le Tutorat, Richesse d'une méthode pédagogique, Pratiques pédagogique*, Paris, Ed De Boeck p.23.

³⁴ Formation des professionnels de santé, op.cit. p.79.

³⁵ PAUL M. (2011), *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*, Paris, l'Harmattan, p.40.

³⁶ PAUL M., cours « Conseils aux personnes », formation Master II Pro ICF –FOAD, Rouen, 2011-2012, p.20.

³⁷ BELAIR Louise, « La reconnaissance de la professionnalité émergente... » in JORRO A., De KETELE J.M. (sous la direction de), (2011), *La professionnalité émergente : quelle reconnaissance ?* Bruxelles, Édition de boeck, p. 104.

³⁸ DENOYEL N., PESCE S. (2011), « Stratégies et concepts au service d'une ingénierie de la réflexivité », in GUILLAUMIN C., PESCE S., DENOYEL N., *Pratiques réflexives en formation Ingéniosité et ingénieries émergentes*, Paris, l'Harmattan, p.204.

En « encadrant un étudiant », le professionnel questionne aussi ses propres pratiques, donc il se transforme, il se met en situation de changement.

L' « effet tuteur » dit Alain Baudrit, n'est pas immédiat et apporte un « *bénéfice cognitif personnel, par un travail métacognitif de réflexion* ». ³⁹

Si le tuteur, personne volontaire, représente la fonction pédagogique du stage, il doit avoir une connaissance des référentiels, mais aussi connaître et mettre en place une pédagogie différenciée. Chaque apprenant étant différent, dans son accompagnement, le tuteur doit « *varier le plus possible ses actions, pour que chacun puisse rencontrer, à un moment ou l'autre de son cursus, des situations dans lesquelles il puisse réussir* ». ⁴⁰

Un dernier élément concernant le tutorat est sa reconnaissance indispensable par l'entreprise comme un outil de socialisation professionnelle et de transfert de compétences techniques. Les institutions doivent reconnaître de façon formelle l'exercice de cette pratique.

En synthèse nous retiendrons que la fonction tutorale est attribuée par le responsable hiérarchique et qu'elle entre dans un projet d'encadrement des étudiants. Elle relève de l'étayage et de l'accompagnement. Elle doit répondre aux principes pédagogiques de cette nouvelle approche de la formation des infirmiers. Le tuteur est investi d'une responsabilité. Il doit guider l'étudiant et lui permettre de progresser dans l'acquisition d'une autonomie et d'une posture réflexive sur les situations. Il doit s'adapter à la singularité de l'étudiant pour lui permettre de construire les éléments des compétences professionnelles. La fonction tutorale apporte un bénéfice au professionnel tuteur.

Nous avons centré notre recherche sur ce thème du tutorat et donc sur cette problématique de l'accompagnement des étudiants par les professionnels de terrain, nos partenaires de l'alternance intégrative. Nous restons bien consciente qu'en tant que formateur, nous sommes partie prenante dans cet accompagnement.

L'entrée dans la recherche par le tutorat exercé par les professionnels ouvre sur des questions de compétence mais aussi d'identité et de reconnaissance.

³⁹ BAUDRIT Alain (2008) op.cit. p. 24.

⁴⁰ Fournier M. (1996), La pédagogie différenciée, *Sciences humaines, Hors série n° 12*, p. 26.

Qui sont aujourd'hui ces professionnels qui encadrent les étudiants en stage ? Comment ont-ils intégré cette fonction de tuteur ? Sont-ils reconnus ?

Les étapes de cette recherche ont été réalisées sur notre « chantier Master », lieu de notre activité professionnelle. Nous allons maintenant aborder l'objet de notre mission qui est en lien étroit avec notre thème de recherche et qui contribue à la problématisation. Nous poursuivons donc notre exploration du tutorat.

I - 5-2 : Exploration du tutorat sur notre mission

Nous sommes en auto commande sur notre mission. Celle-ci se déroule sur notre lieu d'exercice professionnel. Nous sommes personnellement cadre de santé, formatrice et coordinatrice de la promotion d'étudiants qui a débuté sa formation en septembre 2009.

Sur notre « chantier Master », notre mission s'est déroulée sur six mois de janvier à juin 2012.

Un des objectifs, que nous nous étions fixé (*cf. annexe n°1*), fut d'explorer les différents profils des tuteurs sur les terrains de stage attribués à l'IFSI.

Pour aborder de manière compréhensive le cœur de notre mission et ses résultats, nous présentons le contexte professionnel : l'institut de formation, les publics concernés.

I - 5-2-1 : L'Institut de Formation

C'est un institut de formation privé « adossé » à un centre hospitalier : l'Hôpital Saint Joseph St Luc de Lyon qui est un Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC).

Les ressources humaines sont gérées par le centre hospitalier. Le budget est géré par le conseil régional Rhône Alpes.

Depuis 2009, une convention tripartite lie l'IFSI, la région, et l'université.

L'institut propose des cursus de formations aux professions d'Aide Soignante et d'Infirmière chacune sanctionnée par un diplôme d'Etat. Le premier se déroule sur un an et le second sur trois ans. Par promotion, le nombre d'étudiants accueillis est de quarante cinq pour la formation d'aide soignant et de soixante cinq pour la formation d'infirmier. Le nombre de formateur est de douze « Equivalent Temps Plein ».

Par rapport à sa capacité d'accueil, cet IFSI est un des plus petits sur les sept IFSI de Lyon.

I - 5-2-2 : Les formateurs

Les formateurs sont infirmiers, cadres de santé pour une grande partie.

Le temps de travail des formateurs est réalisé en grande partie à l'IFSI et dans une partie moindre sur les terrains de stage auprès des professionnels et/ou des étudiants en stage.

En tant que formateur, nos activités sont diverses. Nous les présentons dans le tableau ci-dessous.

Activités du formateur en IFSI

- Formalisation, mise en œuvre et évaluation du projet pédagogique de l'institut au sein de l'équipe pédagogique et avec le directeur ;
- Conception, organisation et planification des séquences d'enseignement théoriques et pratiques,
- Enseignement et animation de travaux dirigés, de travaux pratiques et cours magistraux,
- Evaluation des aptitudes des candidats à la formation (jury d'examen d'entrée à l'IFSI),
- Entretien de suivi pédagogique personnalisé,
- Contrôle des connaissances et des compétences des étudiants,
- Relation avec les prestataires externes et construction de cahier des charges,
- Suivi de l'apprentissage des étudiants sur les stages cliniques et relations avec les professionnels
de terrain (partage d'informations, concertation, évaluation, ...)

Une formatrice assure la coordination des stages, les relations avec les terrains de stage et les autres IFSI, et attribue les stages par promotion.

Les sept IFSI de Lyon se sont regroupés en 2009 pour mutualiser les terrains de stage. L'objectif était d'optimiser l'organisation de la répartition des stages sur Lyon et sa région proche et la rendre équitable. L'attribution des terrains de stage par IFSI est discutée et décidée par les coordinateurs de stage et de l'alternance des sept IFSI de Lyon.

Etant un institut de formation adossé à un centre hospitalier nous disposons d'une priorité sur les terrains de stage de cet hôpital. Malgré notre rattachement et donc notre proximité et nos relations privilégiées, nous constatons que le projet d'encadrement des étudiants en stage et notamment le tutorat n'a pas avancé depuis 2009 date à laquelle un groupe de professionnels (formateurs de l'IFSI, CDS et infirmiers) avait commencé à se réunir et à travailler sur le sujet.

I - 5-2-3 : Les étudiants

Les étudiants sont tous adultes et représentent une population hétérogène majoritairement féminine. La tranche d'âge des étudiants en formation se situe entre 18 et 40 ans.

Trois promotions d'étudiants infirmiers vivent cette nouvelle réforme de la formation.

La promotion 2009/2012 est actuellement en fin de cursus de formation. C'est la première promotion à avoir vécu cette réforme des études. Elle sera diplômée en juillet 2012.

Ces étudiants là sont conscients d'un changement, par les attitudes, les remarques, les questions et l'incompréhension parfois qu'ils perçoivent, entendent, voient autour d'eux, au contact d'autres étudiants, de professionnels ou de formateurs.

Leur parcours de formation à l'IFSI a été axé sur les principes du référentiel : la posture réflexive, l'autonomie dans les apprentissages, la recherche et la construction des savoirs en groupes, l'accompagnement pédagogique avec des valeurs humanistes, l'étude de situations avec un travail sur trois paliers : comprendre, agir, transférer.

I - 5-2-4 : Notre mission

Notre mission a consisté à explorer les différents profils des tuteurs sur les terrains de stage attribués à l'IFSI.

Pour y répondre la décision a été prise d'aller au contact des professionnels qui accueillent des étudiants en stage, qui sont tuteurs ou qui ont mis en place le tutorat dans leur service. Nous avons décidé de mener une enquête exploratoire par des entretiens semi directifs avec comme support un guide d'entretien (*cf. annexe 2*).

L'IFSI étant « adossé » à l'Hôpital Saint Joseph St Luc, l'enquête sur ce lieu a été facilitée par sa proximité, la connaissance des lieux et de certains professionnels. La demande d'autorisation d'enquêter a été simplifiée car le Directeur des soins du centre hospitalier fut directeur, par intérim, de L'IFSI entre Octobre 2011 et Février 2012 dans l'attente de prise de fonction de la nouvelle directrice.

Douze entretiens ont été réalisés. Ces entretiens n'ont pour la plupart pas été enregistrés (car les interviewés ne le souhaitaient pas), toutefois nous avons procédé à une prise de note durant la phase exploratoire de cette recherche.

Un tableau récapitulatif des différentes réponses aux questions a été rempli (cf. annexe 3) afin de faciliter une lecture transversale et une analyse croisée.

Nous avons ici, un recueil de données exploitables et le matériau pour « alimenter » la problématisation et continuer dans la démarche de recherche.

I - 5-2-5 : Les résultats

Tableau synthétique des données recueillies.

Sur 12 entretiens :

- 8 personnes interrogées sont de la même structure hospitalière (établissement de rattachement de l'IFSI). Pas de projet d'encadrement des ESI en stage, Hétérogénéité des pratiques, des visions, Pas de formation ou de projet de formation au compagnonnage ou au tutorat.
- 5 personnes utilisent le terme de « référent » professionnel pour parler du tuteur de stage
- 4 personnes ont choisi d'assurer la fonction de « référent / tuteur »
- 9 personnes sont des cadres de santé qui s'attribuent cette appellation de tuteur de fait, de par leur statut de responsable de l'encadrement. Cette fonction est superposée à la fonction de maître de stage qui revient au CDS organisateur, superviseur du stage.
- 7 personnes disent ne pas avoir changé l'encadrement des étudiants depuis 2009. Par contre la plupart voient bien un changement avec l'outil d'évaluation : Le Port Folio et la grille d'évaluation par compétences.
- 5 professionnels indiquent un changement dans les pratiques d'encadrement
- Le terme de « tuteur » est peu, voir pas utilisé dans le langage courant, pendant le stage, dans le service.
- La plupart ne comprennent pas la question sur la réflexivité ne savent pas définir le terme.
- Les professionnels expriment plus d'insatisfaction que de satisfaction par rapport à la réforme. Ils demandent une information, une formation, une organisation du tutorat.

I - 5-2-6 : Premiers éléments d'analyse des résultats

L'identité du professionnel tuteur est questionnée puisque l'appellation « tuteur » est souvent laissée de côté au profit du terme « référent ». Nous sommes dans une situation de transformation de la représentation du « référent » de stage.

Sur certains terrains aucun professionnel n'a de mission officielle de tutorat mais les étudiants sont accompagnés pendant leur stage selon les pratiques antérieures d'encadrement.

L'appropriation du terme de tuteur se fait sans connaissance précise de cette appellation, sans connaissance des principes caractéristiques de cette fonction, sans mentionner le rôle pédagogique.

Les réponses à la question sur « le praticien réflexif » (cf. *annexe n°2*) renseignent sur la méconnaissance de la signification de ce terme. Le manque d'information et de formation des professionnels qui encadrent au quotidien les étudiants en stage, et donc la méconnaissance de l'objet de cette réforme semblent évidents.

La fonction n'est pas choisie par le professionnel. Elle est souvent partagée entre infirmier et CDS.

Le contenu de cette fonction est flou, sa mise en place dans les services n'est pas organisée.

L'encadrement des ESI se poursuit donc, en partie avec des méthodes identiques à avant 2009, date de la réforme. Mais aussi avec une ébauche de changement et d'adaptation avec un outil imposé : le Port Folio, les référentiels de compétences et d'activités.

Des questionnements et des attentes sont nombreux chez les professionnels. Nous pouvons sous entendre une volonté de comprendre, une demande de considération, de reconnaissance professionnelle.

Une volonté de clarification de la réforme et de ses attendus, de cohésion entre les pratiques d'un même établissement est ressentie dans les propos des professionnels interrogés.

« Supervision, démonstration, pratique, contrôle,...accueil, organise, aide, questionner,...évaluation auto évaluation, progression » autant de termes employés qui sont un amalgame des pratiques antérieures d'encadrement et de nouvelles pratiques d'accompagnement.

Notre constat, à ce stade de la recherche, est que la pratique de l'encadrement des étudiants infirmiers est en période de crise.

A l'issue de cette phase exploratoire, nous avons pu formuler tout un corpus de questions.

Est-ce que ces constats sont identiques dans d'autres structures ? En effet 2/3 des entretiens ont été réalisés sur la même structure ce qui représente une limite à l'analyse.

Cependant ces entretiens exploratoires nous renseignent sur une difficulté à cerner le tutorat chez les professionnels. Quel est-il ? Comment le définir ? Quelle est son importance ?

Qui est effectivement le professionnel qui est référent / tuteur de stage de l'étudiant infirmier ?

Quelle est la reconnaissance du professionnel qui assure cette mission ?

Cette phase exploratoire nous permet de mettre en lumière les concepts d'identité et de reconnaissance.

Au-delà du tutorat, où en est le processus d'intégration de cette réforme par les professionnels de terrain, 2 ans ½ après la réforme de formation? Comment se sont-ils appropriés cette réforme ? Et comment accompagnent-ils les étudiants en stage ?

Quel changement identitaire professionnel provoque cette réforme des études ?

Quelle reconnaissance apporte cette réforme à travers l'introduction du tutorat ?

Pour poursuivre dans cette recherche, il nous semble intéressant de porter un regard sur la construction de l'identité infirmière dans les dernières décennies avec quelques points de repères historiques. Puis nous apporterons des éléments de compréhension de la fonction cadre de santé.

I - 6 : L'identité professionnelle infirmière

La première définition de l'infirmière apparaît en 1946 .L'infirmière est une assistante médicale.

En 1978 elle gagne l'attribution d'un « rôle propre » et par là même une autonomie. Sa responsabilité professionnelle se situe dans deux champs distincts : le rôle sur prescription et le « rôle propre » ou autonome (appellation actuelle). L'IDE n'est plus seulement une « exécutante du médecin ». Elle peut poser un jugement et prendre des initiatives.⁴¹

La recherche d'une reconnaissance et d'une identité professionnelle ne cesse d'être à l'ordre du jour.

L'apparition d'une coordination d'infirmières en 1988 a permis la revendication d'un statut. La grève et la mobilisation dans la rue ont été une forme de recherche de reconnaissance et de construction d'une identité collective.⁴²

En juillet 1991, la création d'un service de soins infirmiers dans l'hôpital vise à apporter une reconnaissance au métier de soignant.

Le programme de formation des infirmiers de mars 1992 insiste sur le concept de polyvalence de l'infirmier. Le savoir doit apporter une reconnaissance sociale et affirmer une réelle professionnalisation.

En 1995, l'action pédagogique du stage est mise en avant. La visée est de façonner un professionnel responsable, compétent, capable de s'adapter dans un environnement pluri professionnel et socio-économique. De la part des pouvoirs publics, il y a une volonté de valoriser les soignants.

⁴¹ DELON Sylvie, *concept du rôle propre infirmier*, extrait du mémoire de l'école de cadre, 1997. <http://papidoc.chic-cm.fr/544rolepropinfirm.html> consulté le 13 juin 2012

⁴² DUBAR Claude (2010), *La crise des identités, l'interprétation d'une mutation*, Le lien social, Paris, PUF, (4^{ème} édition), p.120.

D'autre part il y a une multi représentativité associative et syndicale, des spécialisations diverses, un cloisonnement des secteurs intra et extra hospitaliers, une échelle hiérarchique imposante. « *L'étendue très large des champs d'application professionnels peut donc nuire à la construction identitaire de l'infirmière* ». ⁴³

L'identité professionnelle s'est construite autour du « guérir » puis autour du « prendre soin » à partir des années 2000. Cela permet de dépasser l'identification au savoir médical et d'orienter son identité professionnelle autour du « rôle propre ». ⁴⁴

En 2000, les professionnels doivent être capable d'adaptabilité. On parle d'identités multiples de l'infirmier.

L'ordre national des infirmiers qui voit le jour le 21 décembre 2006 est l'instance qui exerce de nombreuses missions dont celle de promouvoir la profession infirmière. Ces missions visent notamment à défendre la profession et à veiller aux principes éthiques nécessaires à l'exercice de la profession. ⁴⁵ Même si cette instance a connu de nombreuses difficultés de mise en place, d'organisation et de reconnaissance, elle peut être un formidable levier pour l'identité professionnelle.

En 2009, le cadre de référence change. La formation des futurs professionnels est complètement remaniée, avec l'acquisition d'un grade licence et une normalisation au niveau Européen. Des référentiels de formation, de compétences, et d'activités visent à « Former un praticien autonome, responsable et réflexif ». L'approche par compétences modifie radicalement la formation et déstabilise les professionnels.

Les « *coopérations professionnelles* » lancées par la Loi HPST de 2009 impliquant des « *transferts d'activité ou d'actes de soins* » entre médecin et infirmier, ⁴⁶ ainsi que la réflexion sur une mise en place de « *pratiques avancées* » à l'intention des infirmières et de nouveaux métiers, ⁴⁷ sont autant d'éléments transfigurant la profession.

⁴³ BECOUZE O., CHAUCHON C., SALOMON N., « Des représentations du métier à la construction de l'identité professionnelle », *Recherche en soins infirmiers* n°45 juin 1996, p.147.

⁴⁴ LEPOIL D. « *vers un e nouvelle demande de la société envers les soignants comme facteur d'identité professionnelle sep 2009*, www.cadredesanté.com, consulté le 16 juillet 2012.

⁴⁵ <http://www.ordre-infirmiers.fr/lordre-et-les-conseils-ordinaux/role-et-missions.html>, consulté le 22 juin 2012.

⁴⁶ Loi HPST du 21 juillet 2009, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475>, consulté le 17 juillet 2012.

⁴⁷ Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire - Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer (janvier 2011) : <http://www.sante.gouv.fr/rapport-relatif-aux-metiers-en-sante-de-niveau-intermediaire-professionnels-d-aujourd-hui-et-nouveaux-metiers-des-pistes-pour-avancer.html> consulté le 17 juillet 2012.

Les représentations de la profession sont touchées profondément notamment par l'élargissement du droit de prescription des infirmiers.

Ces nouveautés pèsent sur l'identité professionnelle infirmière. Des craintes et des peurs se lisent ici et là. « *Il est nécessaire de promouvoir l'éthique infirmière, et protéger et optimiser les compétences acquises* ». ⁴⁸

Nous voyons que l'identité professionnelle infirmière est interrogée de façon permanente dans une actualité sociale et politique changeante.

Nous avons voulu montrer, par quelques repères historiques (non exhaustifs), le cheminement de l'identité professionnelle infirmière et la nécessaire adaptation des professionnels dans une actualité riche de changements dans un contexte de crise sociale et économique.

Nous allons porter maintenant un éclairage sur la population cadre.

I - 7 : L'identité des cadres infirmiers dans le domaine de la santé

Le cadre de santé est placé au cœur d'une organisation institutionnelle. Il est le pivot de l'équipe pluridisciplinaire et au premier niveau d'encadrement des équipes paramédicales.

Il travaille en étroite collaboration avec la direction de l'établissement, les médecins. Il est intégré en même temps dans chacune des trois logiques : administrative, médicale et soignante. Il est dans une position délicate au sein de l'établissement et auprès de l'équipe qui attend un encadrement fort et sécurisant.

Il est confronté aux contraintes économiques, à la mouvance du système de santé et à l'interdépendance des professions de santé.

Face aux réformes des formations paramédicales, il est un acteur clef dans l'anticipation et l'accompagnement des changements.

⁴⁸ GARRIC CH., *Quelle identité professionnelle pour les infirmières ?* <http://www.infirmiers.com>, consulté le 17 janvier 2012.

Comme nous l'avons vu précédemment, le cadre est le garant de la qualité de l'encadrement du stagiaire. Il est le maître de stage. Il est responsable de l'organisation du stage de l'étudiant. Il peut être tuteur lui-même. Sinon, sa mission est de désigner le tuteur qui reste sous sa responsabilité. Il doit le désigner sur des critères de compétences, d'expérience et de formation.

Il doit être conscient de sa responsabilité par rapport au développement des compétences de ses collaborateurs. Il peut utiliser diverses actions (information, formation) et par exemple créer un climat favorable au développement de nouvelles compétences.

Ici nous parlerons particulièrement de l'apprentissage de compétences à encadrer l'étudiant infirmier différemment. *« Les apprentissages professionnels informels sont définis comme tout phénomène d'acquisition et/ou de modification durable de savoirs (déclaratifs, procéduraux ou comportementaux) produits en dehors des périodes explicitement consacrées par le sujet aux actions de formation institués (par l'établissement) et susceptibles d'être investis dans l'activité professionnelle ».*⁴⁹

« La façon dont le cadre va jouer ou ne pas jouer son rôle d'organisateur de l'espace sera donc déterminante de la qualité du développement des apprentissages informels ». Cela relève de ses compétences managériales, de ses motivations et de sa position vis-à-vis de sa hiérarchie et de l'institution. La réussite peut lui apporter un sentiment de satisfaction et une reconnaissance de la part de ses pairs, des étudiants en stage, des professionnels de l'IFSI, de l'équipe paramédicale et de sa hiérarchie.

Même si de nombreux professionnels nommés cadres ont suivi un cursus de formation universitaire, la majorité ont suivi un cursus de formation en Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS).

Les cadres de santé diplômés d'état, formateurs ou « manager », ont suivi un an de formation en IFCS. Cette formation est régie par le décret du 18 août 1995 relatif au diplôme de CDS.

Six modules d'enseignements rythment la formation sur une année.

Quatre modules intègrent des notions sur l'encadrement, le management, la pédagogie, la formation, et s'inscrivent dans une alternance concrétisée par des stages spécifiques.

Il est important de souligner que cette formation est axée autant sur des approches de problématiques hospitalières que des problématiques de formation.

⁴⁹ THILLIET Pierre, « Le cadre est-il responsable du développement des compétences de ses collaborateurs ? » *Education Permanente*, n°187 juin 2011, p.124.

Les objectifs sont de conduire une équipe de soins dans un contexte socio-économique tendu, de conduire des projets, de comprendre un public en formation, d'identifier leurs besoins, leurs attentes, de mettre en oeuvre des actions de formation visant l'acquisition de compétences professionnelles liées à l'exigence de la fonction du cadre de santé de proximité ou du cadre de santé formateur.

Les CDS diplômés peuvent exercer aussi bien dans un établissement de santé que dans un établissement de formation paramédicale.

L'évolution de l'identité des cadres va passer par un changement du cursus de formation qui est actuellement à l'étude. La ré ingénierie du diplôme cadre de santé a débuté. Les référentiels de compétences et de formation sont en cours d'élaboration pour un projet de mise en place en 2013. Cela augure d'un changement de posture du cadre de santé et des questionnements identitaires.

Le contexte de la recherche étant délimité, nous poursuivons notre travail par l'exploration du cadre théorique. Les deux concepts que nous présentons sont la reconnaissance et l'identité professionnelle.

II - Cadre conceptuel

II - 1 : L'identité

L'Homme est unique, libre et responsable de ce qu'il est et de son existence. Dès sa naissance il est identifié. Il se construit progressivement dans la relation aux autres. L'identité est issue de ce processus de construction, autour de trois dimensions : le moi, le nous, et les autres.

II - 1-1 : Une image

L'individu donne une image changeante au cours des événements de la vie. En parlant d'image, Barbier (1996) « signifie qu'une partie seulement de l'identité est accessible à la conscience du sujet ». Donnay et Charlier (2006) parlent aussi d'images identitaires révélées par l'individu. Celles-ci sont « des lectures conscientes de soi à un moment donné ». ⁵⁰

II - 1-2 : Différentes approches

L'identité est vue par C. Dubar sous quatre approches différentes. ⁵¹

La première, l'approche « essentialiste » est d'origine philosophique. L'identité est là ce qui reste identique, immuable ou permanent dans le temps.

L'approche « psychologique » reconnaît la pluralité des identités en tant que définition de soi. L'identité est vue comme un processus social ; elle est changeante de par les différents rôles joués par le sujet. Elle tend à rechercher l'unité du « Moi ».

L'approche « interactionniste » définit l'identité comme une relation entre assignation par les autres et revendication par soi. Il y a réciprocité. Ce sont d'abord les autres qui définissent le sujet. Celui-ci se définit lui-même en toute autonomie par rapport aux autres.

L'approche « nominaliste » où l'identité est l'interprétation biographique de l'individu. C'est le domaine de la recherche de sens, de cohérence et de continuité de soi dans sa trajectoire de vie.

⁵⁰ DEJEAN Karine, CHARLIER Evelyne (2011), « Parcours d'insertion professionnelle : développement identitaire et sentiments associés », in JORRO A., De KETELE J.M. (sous la direction de), (2011), *La professionnalité émergente : quelle reconnaissance ?* Bruxelles, Édition de bœck, pp. 66 et 67.

⁵¹ DUBAR C., « Polyphonie et métamorphoses de la notion d'identité », *Revue Française des Affaires sociales*, 2007, n°2, p. 9-25.

II - 1-3 : Un mouvement biographique

« *L'identité est le produit d'un processus de représentations de soi à travers un double mouvement biographique et relationnel...Le mouvement biographique correspond à l'histoire que les personnes se racontent sur ce qu'elles ont été (identité héritée) et ce qu'elles projettent d'être (identité visée)* »⁵²

Il existe un lien entre la conscience de soi et la mémoire. La mémoire façonne notre identité. Pour avoir une identité il faut remonter dans le passé.

Aujourd'hui il existe un modèle cognitif de l'identité. Elle serait fondée sur deux types de mémoires autobiographiques : la mémoire épisodique (les événements) et la mémoire sémantique (connaissances générales sur le monde et sur soi).

Le sentiment d'identité est fondé sur nos expériences, et les connaissances acquises tout au long de la vie. « *L'idée que les souvenirs autobiographiques sont des constructions mentales est de plus en plus partagée* »⁵³

Notre identité est nourrie par l'équilibre entre correspondance et cohérence du souvenir. Ces deux principes guident la mémoire autobiographique et leur équilibre permet de nous adapter au monde social.

Une des fonctions de notre mémoire est de nous permettre d'anticiper l'avenir .Notre cerveau utilise les mêmes ressources pour évoquer les souvenirs ou faire des projets.⁵⁴

Nous sommes dans le domaine des représentations individuelles donc de la subjectivité.

Ce mouvement biographique est en étroite connexion avec un mouvement relationnel.

II - 1-4 : Identification et identisation

L'identité est individuelle, sociale et professionnelle. S'identifier c'est se conformer aux normes, aux valeurs d'un groupe socioprofessionnel.

Dans l'identité d'une personne, le travail est central. Il y a le statut, ou la position objective dans la société, lié à une forme de reconnaissance subjective de soi, ou valeur attribuée.

⁵² JORRO (2011), op.cit. p.66.

⁵³ CONWAY M.A. et PIOLINO P., « La construction de l'identité. Les subtils rouages de notre mémoire », *Les dossiers de la recherche*, n° 49, juin 2012, p.36.

⁵⁴ *ibid.*p.42

« *La sphère professionnelle constitue le domaine où l'identification est à la fois la plus sociétaria, voulue et construite, et la plus évolutive. D'où l'importance des trajectoires d'emploi.* »⁵⁵

L'identité professionnelle est bien un processus inséré dans des institutions, des dynamiques de normes, et de modèles qui l'éclairent.⁵⁶

Sainsaulieu définit l'identité professionnelle comme la « *façon dont les différents groupes au travail s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes. L'identité au travail est fondée sur des représentations collectives distinctes* ». ⁵⁷ La reconnaissance du groupe auquel l'individu aspire à appartenir est essentielle dans la construction de l'identité.

« *Aujourd'hui, dit M. Paul, chacun doit se réaliser par lui-même par rapport à ses propres références : à l'identification s'est substitué le devoir de définir son identité.* »⁵⁸

Si, l'identisation, selon Gohier (2003), est un « *processus par lequel l'individu affirme sa singularité par rapport aux communautés de références* », ⁵⁹ l'identité est la résultante de tensions entre l'identification et l'identisation. Cette tension donne lieu à l'expression de sentiments.

II - 1-5 : Socialisation et formes identitaires

Du point de vue du processus de socialisation, Claude DUBAR, indique que l'identité n'est que « *le résultat à la fois stable et provisoire, individuel et collectif, subjectif et objectif, biographique et structurel, des divers processus de socialisation qui conjointement, construisent les individus et définissent les institutions* ». ⁶⁰

⁵⁵ DUBAR Claude (2007), « Polyphonie et métamorphoses de la notion d'identité », *Revue Française des Affaires sociales*, n°2, p.9-25.

⁵⁶ *ibid.* p.8

⁵⁷ RENAUD Thomas, cours Sociologie des Organisations, formation Master II Pro ICF FOAD, Rouen, 20011/2012, p. 32.

⁵⁸ PAUL Maëla (2007), « L'accompagnement ou la traversée des paradoxes », in Jean Pierre BOUTINET (sous la direction de), *Penser l'accompagnement adulte, ruptures, transitions, rebonds*, Paris, puf, p. 263.

⁵⁹ DEJEAN Karine, CHARLIER Evelyne (2011), « Parcours d'insertion professionnelle : développement identitaire et sentiments associés », in De KETELE J.M. (sous la direction de), *La professionnalité émergente : quelle reconnaissance ?* Bruxelles, Édition de bœck, p.67.

⁶⁰ DUBAR Claude (2010), *La socialisation*, Paris, Armand Colin (4ème édition), p.105.

Les modes d'identifications sont variables dans la vie d'une personne et au cours de l'histoire collective : il y a les identifications attribuées par autrui et les identifications revendiquées par soi même.

La relation entre ces deux processus d'identification est le fondement de la notion de « forme identitaire » pour C. DUBAR. Nous présentons la définition de ces quatre formes identitaires.⁶¹

La forme « biographique pour autrui » (lignée générationnelle) de type communautaire est aussi appelée forme culturelle.

La forme « relationnelle pour autrui » se construit sous contraintes d'intégrations aux institutions (école, groupe professionnel). Elle est aussi appelée « identification statutaire ». Les individus sont identifiés à partir de leur rôle.

La forme « relationnelle pour soi » découle d'une conscience réflexive (engagement dans un projet). C'est l'identification à un groupe de proches, de pairs, de semblables partageant le même projet. C'est la face du « Je » (soi même réflexif) que chacun désire faire reconnaître (ex : engagement politique, passion...).

La forme « biographique pour soi » est celle qui implique la mise en question des identités attribuées et un projet de vie qui s'inscrit dans la durée : c'est le « Soi narratif ».

Selon Claude Dubar, « *il n'y a pas de forme identitaire universellement dominante, et pourvue d'une légitimité supérieure* ». ⁶²

Les quatre formes d'identification sont des types d'appellation que chacun gère, combine, agence dans la vie quotidienne. Les identités sont multiples et changeantes.

Nous retiendrons particulièrement pour ce travail la « *forme relationnelle pour autrui* » et la « *forme relationnelle pour soi* ».

Nous sommes dans l'approche « *interactionniste* ». En effet nous sommes dans un contexte de relations professionnelles et d'interactions multiples et dans l'usage des appellations : l'infirmier, le tuteur, l'étudiant, le cadre.

Le professionnel à qui l'on attribue la fonction de « tuteur », est aussi et avant tout un cadre ou un infirmier qui connaît, qui maîtrise une pratique d'encadrement des stagiaires infirmiers.

⁶¹ DUBAR Claude (2010), *La crise des identités, l'interprétation d'une mutation*, Le lien social, Paris, PUF, (4^{ème} édition), p.55.

⁶² Ibid. p. 53.

Nous voyons bien que « *L'identité se situe dans une relation entre assignation par les autres et revendication par soi* ». ⁶³ Les individus sont identifiés à partir de leur rôle, de leur statut. D'un côté, la fonction de tuteur est attribuée par autrui et d'un autre côté, le professionnel revendique son statut de responsable de l'encadrement des stagiaires. Il y a tension, déstabilisation entre ces deux points.

Les individus s'impliquent et s'engagent individuellement. Ils cherchent et construisent du sens à ce qu'ils font, à ce qu'ils sont. La forme relationnelle pour soi découle d'une conscience réflexive. « *Le « Je » ou soi-même réflexif cherche à se faire reconnaître par autrui. C'est l'unité du « je » qui est ici concernée, sa capacité discursive à argumenter une identité revendiquée et unificatrice, une identité réflexive* ». ⁶⁴

« *Les individus développent des stratégies identitaires pour déterminer des modes d'investissement professionnels de nature à minimiser les coûts liés à la rupture de trajectoires ou à l'absence de reconnaissance* ». ⁶⁵

A travers ces propos, nous constatons que le développement identitaire est directement lié à la notion de reconnaissance. Nous abordons maintenant le concept de reconnaissance.

II - 2 : La reconnaissance

II - 2-1 : Les dimensions intra et intersubjectives

Les origines de la reconnaissance sont philosophiques. Paul Ricœur, philosophe, (en 2004) présente deux dimensions de la reconnaissance : la dimension « intra subjective » et la dimension « inter subjective ». ⁶⁶

⁶³ DUBAR Claude, « Polyphonie et métamorphoses de la notion d'identité », *Revue Française des Affaires sociales*, 2007, n°2, p.1.

⁶⁴ DUBAR (2010), op.cit. p.55.

⁶⁵ OSTY Florence (2010), *Le désir de métier, Engagement, identité et reconnaissance au travail*, Rennes, PUR, p.109.

⁶⁶ DEJEAN Karine, CHARLIER Evelyne (2011), « Parcours d'insertion professionnelle : développement identitaire et sentiments associés », in JORRO A., De KETELE J.M. (sous la direction de), *La professionnalité émergente : quelle reconnaissance ?* Bruxelles, Édition de bœck, p.68.

La première, « dimension intra subjective », concerne la reconnaissance par soi. C'est l'attestation de la personne à dire sa capacité de faire, c'est sa croyance en son pouvoir d'agir. C'est le propre espace de signification de l'individu.

La « dimension inter subjective » concerne la reconnaissance par les autres. L'individu se trouve dans un état de demande.

Il y a donc passage de la reconnaissance à l'identification par reconnaissance mutuelle, ou relation de réciprocité.

Ces 2 types de reconnaissance correspondraient à « *une médiation fondée sur l'interaction sociale* » selon Vanhulle (2009).⁶⁷

La reconnaissance par autrui, intersubjective est constitutive du métier. « *C'est la rétribution symbolique et les gratifications qui lui sont associées, venues de la hiérarchie, qui rend utile celui qui travaille et c'est le jugement des pairs qui octroie l'appartenance au métier* ». ⁶⁸

La reconnaissance est un ressort psychologique. La reconnaissance professionnelle est considérée comme un levier de développement professionnel. L'accès à la reconnaissance professionnelle permet le développement d'un sentiment d'appartenance et par là même favorise la construction du sujet au sein d'une identité collective.⁶⁹

II - 2-2 : Les transactions de reconnaissance

Les dynamiques relationnelles au cours desquels les individus établissent des échanges fondés sur l'attribution de valeurs sont, selon BARBIER (2001) des « *transactions de reconnaissance* ». ⁷⁰ Ces transactions jouent un rôle dans les attitudes et les actes des personnes envers elles mêmes et envers les autres avec une attribution de valeur.

⁶⁷ ibid. p. 68.

⁶⁸ CLOT Yves (2008), *Travail et pouvoir d'agir*, Paris, puf, p.253.

⁶⁹ OSTY F. (2010), op.cit.p. 111.

⁷⁰ DEJEAN, CHARLIER (2011), op.cit. p. 68.

La valorisation de soi par soi et par les autres est essentielle pour la personne ou son groupe d'appartenance. On parle ici de reconnaissance sociale.

Pour qu'il y ait renforcement de l'estime de soi et du pouvoir d'agir, « *les systèmes normatifs sur lesquels la reconnaissance prend appui, doivent pouvoir être perçus comme crédibles aux yeux des personnes concernées* (Honneth, 2006) ». ⁷¹ L'auteur attire l'attention sur les manifestations de déficits de reconnaissance qui entraînent des dévalorisations et des doutes.

Transposée au contexte professionnel, la préoccupation de la reconnaissance s'exprime sous l'angle du rapport entre soi et son action. Yves CLOT le précise ainsi : « *se reconnaître dans son activité...dans ses résultats dans le travail accompli, mais aussi et c'est tout différent, se reconnaître dans ce qu'on fait de soi dans sa propre activité* ». ⁷²

Le travail procure une reconnaissance. En effet, le métier d'un homme lui donne de la valeur. Nous sommes bien dans l'identité individuelle et professionnelle puisque « *L'homme donne une importance au travail dans la définition de son moi* ». ⁷³

II - 2-3 : Le rôle de l'institution

Un autre point à aborder est l'importance de la reconnaissance par l'institution et donc par la hiérarchie.

« *La reconnaissance du métier en développement par la hiérarchie managériale jusqu'au plus haut niveau est peut être l'un des problèmes majeurs du travail contemporain* ». ⁷⁴ Donner la possibilité aux personnes de se reconnaître dans ce qu'ils font. Il faut qu'ils puissent se reconnaître dans quelque chose que l'organisation elle-même reconnaît et respecte : le métier. Ils doivent pouvoir trouver des interlocuteurs dans la ligne hiérarchique qui privilégient le réel du travail. Il y a une responsabilité hiérarchique à exercer dans la conception des tâches, des fonctions.

⁷¹ ibid. p. 69.

⁷² CLOT Yves (2008) *Travail et pouvoir d'agir*, Paris, puf, p.266.

⁷³ FRAY Anne Marie et PICOULEAU Sterenn, « Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité du travail », *Management et Avenir* n°38, 2010, pp.72-88.

⁷⁴ CLOT (2008), op.cit. p.267.

Il ne faut pas se priver des ressources produites par le collectif. Les connaisseurs que sont les professionnels doivent avoir les moyens de prendre soin de leur métier.

Dans les processus de reconnaissance professionnelle, plusieurs logiques sont à l'œuvre. La logique personnelle de l'individu, les logiques économiques et sociale et la logique de standardisation (qualités, normes européennes, référentiels). Dans cette dernière logique, les institutions et les acteurs sont sensés se conformer à des standards définis par des experts.⁷⁵

Si l'on rapproche cette notion de la logique économique qui tourne autour de la rentabilité, de l'efficacité où les ressources humaines sont traduites en coût financier, la question de la reconnaissance se pose plus en terme de risque de non reconnaissance de la richesse de l'expérience des professionnels et de déshumanisation.

La logique sociale a une fonction politique. Elle se veut tournée vers l'individualisation, la réflexivité, la flexibilité des acteurs. C'est une logique de prise de position sur des valeurs. Si ces valeurs mettent l'humain au centre, la reconnaissance personnelle et professionnelle peut être source de mise en projet, de motivation et de bien être au travail.

Toutes ces logiques se croisent et font la complexité du champ de la reconnaissance personnelle et professionnelle et de la construction de l'identité.

III - Question centrale et hypothèses

Pour avancer dans notre problématisation voici nos derniers questionnements.

Comment peut-on se conformer à des standards, trouver du sens et défendre son identité professionnelle ?

Comment les professionnels ont-ils ajusté leurs attitudes devant l'attribution, d'une fonction par autrui et notamment par la loi, la hiérarchie, l'institution ?

⁷⁵ DE KETELE Jean Marie, « La reconnaissance professionnelle : ses mondes et ses logiques », in JORRO A., De KETELE J.M. (sous la direction de), *La professionnalité émergente : quelle reconnaissance ?* Bruxelles, Édition de bœck, p.34.

Comment se sont-ils positionnés dans la relation et l'interaction avec l'étudiant en stage ? Comment se sentent-ils dans leur posture ?

Les professionnels qui encadrent les étudiants se sentent-ils dépossédés de leur savoir, de leurs compétences à encadrer ; l'organisation officielle s'étant octroyée le monopole de la définition du tutorat, au nom d'impératifs de qualité, d'uniformité des pratiques au niveau européen ?

Est-ce que le tutorat est la reconnaissance d'une fonction professionnelle ?

Est-ce que le niveau de déstabilisation dans les repères est tel que l'on peut parler de transformation identitaire ?

A ce niveau de questionnement, nous posons notre question de recherche en ces termes :

L'introduction de la fonction de tuteur dans la réforme des études d'infirmiers de juillet 2009 participe-t-elle à des transformations identitaires des professionnels infirmiers et cadres de santé ?

Nous posons deux hypothèses qui visent à éclairer notre question de recherche.

Première hypothèse :

Le tutorat participe à une nouvelle forme de reconnaissance de l'accompagnement préexistant à la réforme de juillet 2009. Cet accompagnement des étudiants infirmiers en stage, est effectué par les professionnels cadres de santé et infirmiers.

Deuxième hypothèse :

L'identité professionnelle des cadres de santé et des infirmiers est transformée par la standardisation de transmission de savoirs et savoirs faire infirmiers.

Nous allons tester notre question de recherche et vérifier ces deux hypothèses.

Nous avons présenté dans une première partie le sujet de notre recherche et son contexte. Le questionnement soulevé nous a amené à l'étape exploratoire comprenant les investigations théoriques et les entretiens exploratoires. Nous avons pu alors construire une question de recherche et formuler deux hypothèses.

Nous allons aborder maintenant l'étape de l'enquête qui permettra de tester ces hypothèses.

IV - L'enquête

*« Elle comprend l'ensemble des opérations par lesquelles le modèle d'analyse (constitué d'hypothèses et de concepts) est soumis à l'épreuve des faits, confronté à des données observables. »*⁷⁶

Confrontée au choix de la méthodologie de la recherche, nous avons opté pour la méthode qualitative. Celle-ci *« peut être pertinente dans une visée d'approfondissement puisqu'elle permet de mettre à l'épreuve des hypothèses »*.⁷⁷

Deux entrées sont possible : l'observation ou l'entretien. La difficulté réside dans l'objectivité de l'interprétation.

IV - 1 : Le terrain de l'enquête

Les données nécessaires, pertinentes et utiles semblaient clairement se trouver chez les professionnels qui encadrent les étudiants infirmiers au quotidien sur les terrains de stage.

Nous avons élargi notre enquête à des terrains de stage variés et représentant les différents lieux sur lesquels les étudiants doivent effectuer un stage sur l'ensemble de leur parcours de formation. Il s'agit des secteurs privé et public d'une part, des structures de soins à domicile ou de lieux de vie et enfin, d'unités d'hospitalisations diverses : médecine, chirurgie, bloc opératoire, soins de longue durée.

Nous n'avons pas comme objectif de cibler des terrains de stage sur lesquels des tuteurs avaient été formés, ni d'interroger uniquement des professionnels formés au tutorat.

⁷⁶ QUIVY Raymond, VAN CAMPENHOUDT Luc (2002), *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 2^{ème} édition, p.155.

⁷⁷ LESCOUARCH Laurent, TRANCART Danièle, cours « Approches méthodologiques », formation Master II Pro ICF, FOAD, université de Rouen, 2011-2012, p.13.

Nous sommes partie du principe que chaque structure accueillant, en stage, des étudiants infirmiers, avait mis en place un tutorat au cours de ces deux dernières années.

IV - 2 : L'outil de l'enquête

L'entretien semi directif nous a semblé l'instrument adéquat. C'est un entretien orienté puisque nous cherchons à recueillir des informations sur des thèmes particuliers qui constituent nos hypothèses.

Cette méthode de recueil d'information nécessite, « *la mise en œuvre des processus fondamentaux de communication et d'interaction humaine... une faible directivité de la part du chercheur* »⁷⁸.

Nous sommes dans un mode de communication verbal et non verbal. Les regards, gestes, mimiques, silences sont plus de l'ordre de l'observation mais complètent et donnent du sens aux propos. Nous aurons accès ainsi, au témoignage, à l'expression des représentations spontanées concernant notre sujet de recherche.

Le support de l'entretien est le guide d'entretien (*cf. annexe n°4*).

Le guide utilisé pour les entretiens exploratoires nous a servi de base. Les notions de reconnaissance et d'identité devant être explorées, le guide a été modifié et enrichi pour cette nouvelle étape afin de répondre aux hypothèses.

Le premier entretien était pour nous un test. Il a été concluant car très riche dans les apports sur les différentes notions. Il a duré quarante cinq minutes.

Notre guide d'entretien n'a donc pas été modifié par la suite.

IV - 3 : La collecte des données

Les professionnels ont été contactés sur leur lieu de travail, par téléphone, pour une prise de RDV pour un entretien. Le sujet de l'entretien a été précisé ainsi que les conditions de l'entretien et plus précisément son enregistrement. Certains professionnels ont refusé cet entretien.

Leur argument portait sur le fait qu'ils n'avaient pas mis en place le tutorat et qu'ils n'auraient donc rien à dire sur le sujet.

Douze entretiens ont été réalisés sur les lieux d'exercice professionnel des interviewés.

⁷⁸ QUIVY, VAN CAMPENHOUDT (2002), op.cit. p. 194.

Les entretiens semi directifs ont été menés sur une durée de trente et quarante cinq minutes. Ils se sont faits dans de bonnes conditions et notamment dans un bureau isolé. Des interruptions par le téléphone ou par une personne venant frapper à la porte n'ont pas engendré de difficultés particulières.

Avant d'être retranscrit, le douzième entretien, a été effacé sur l'enregistreur suite à une fausse manipulation. C'est regrettable car c'était une infirmière, faisant fonction de cadre dans le secteur public, formée au tutorat, ce qui mettait notre population à trois tuteurs formés sur douze personnes interrogées.

Les personnes sont interrogées sur leurs lieux d'exercice. Elles sont toutes infirmières. Six d'entre elles sont cadres et accueillent des étudiants infirmiers en stage.

IV - 4 : Le traitement des données

Le contenu des entretiens va être analysé afin de tester les hypothèses, répondre à la question de recherche et clarifier et interpréter les faits nouveaux, inattendus afin d'aboutir à des préconisations.

IV - 4-1 : Présentation des données

Les entretiens ont été intégralement retranscrits (*cf. annexe n°5*). Pour une lecture plus claire des réponses les données ont été répertoriées dans des tableaux reportés dans les paragraphes ci dessous. Ceci facilitera l'analyse croisée, corrélative, convergente ou divergente.

Dans cette présentation des données, l'anonymat est respecté autant pour les professionnels que pour les structures dans lesquels ils travaillent et où les entretiens ont été réalisés.

Un numéro est attribué à chaque entretien et correspond donc à un professionnel. Les entretiens sont numérotés de un à onze pour faciliter la construction des tableaux et simplifier la lecture. La même numérotation sera retrouvée dans chaque tableau.

IV - 4-1-1 : Identification des professionnels

Cinq professionnels interrogés sont des infirmiers et six sont des cadres ce qui donne un équilibre à l'ensemble des entretiens.

Les Cadres ont une fonction de management. Elles ont le diplôme de Cadre de Santé pour dix d'entre elles. La onzième a un Master en management.

Les Cadres ont, dans leur cursus de formation de cadre, des bases nécessaires à l'encadrement des stagiaires (pédagogie, gestion, encadrement...) ce que n'ont pas ou peu les IDE formés avec le programme de 1992. Tous les cadres ont le diplôme d'infirmier.

Les cadres sont en position hiérarchique par rapport aux IDE. Ils managent une équipe pluri professionnelle et sont responsables de la mise en place de l'encadrement des stagiaires.

Tableau n°1: Présentation des professionnels interrogés

	Age ou tranche d'âge	Secteur d'activité	Formation au tutorat	Exercice de la fonction tutorale	Autre diplôme
1-infirmier (homme)	29ans	psychiatrie intra hospitalier secteur public	oui	oui formalisée reconnue	licence et master en sciences de l'éducation (en cours)
2-infirmière CDS	53ans	chirurgie ambulatoire ESPIC	non	en partenariat avec les ide	non
3-infirmière CDS	54ans	médecine ESPIC	non	en partenariat avec les ide	licence en management
4-infirmière	39ans	Bloc SSPI ESPIC	non	oui	non
5- infirmière CDS	plus de 51 ans	SLD hop. gériatrique ESPIC	non	en partenariat avec les ide	licence AES
6- infirmière	40ans	maison de santé privé libéral	non	oui	DU plaies et cicatrisation. licence de management (en cours)
7- infirmière CDS	plus de 51 ans	EHPAD privé non lucratif	non	en partenariat avec les IDE	IBODE licence de psychologie master 1 en sciences de gestion
8- infirmière CDS	52ans	chirurgie Publique	non	partenariat avec les IDE	non
9- infirmière	plus de 50 ans	Ets gériatrique SLD publique	oui	oui	non
10- infirmière	plus de 50 ans	Ets psychiatrique extra hospitalier ESPIC	non	oui	non
11- infirmière Cadre	30/40ans	chirurgie clinique privée à but lucratif	non	partenariat avec les IDE	Master en management (école privée)

Trois professionnels sur onze exercent dans un même établissement. Ils sont repérés par la couleur rouge dans le tableau ci-dessus.

Les entretiens ont donc eu lieu dans neuf établissements de santé différents.

Il est à préciser qu'un seul homme a été interrogé sur tous les entretiens.

Quatre professionnels ont entre 29 et 40 ans. Les sept autres ont plus de 50 ans.

Nous n'avons donc pas de jeunes professionnels en dessous de 29 ans et pas de professionnels dans la tranche d'âge de 40 à 50 ans. Nous n'avons pas posé de critère d'âge dans la phase préparatoire de l'enquête.

Trois personnes travaillent dans le secteur public. Parmi elles, deux infirmiers, sont formés au tutorat. Dans les entretiens menés dans le secteur privé nous n'avons aucun professionnel formé au tutorat.

Les cinq infirmiers indiquent qu'ils pratiquent le tutorat. Deux d'entre eux ont été formés au tutorat (psychiatrie et Soins de longue durée) deux autres travaillent seuls (extrahospitalier psychiatrique et libéral en maison de santé). La prise en charge des soins en extra hospitalier est apparentée à la prise en charge des soins en secteur libéral.

L'infirmière est souvent seule donc logiquement elle exerce la fonction de tuteur. La cinquième travaille en salle de réveil au bloc opératoire et est référente pour les stagiaires.

Les infirmiers ne précisent pas si ils partagent ou non cette mission avec le Cadre.

Deux Cadres s'identifient comme « tuteur » tout en partageant une partie de cette fonction avec les IDE.

Par contre les quatre autres cadres, indiquent uniquement qu'elles partagent le tutorat avec les IDE.

Le terme de tuteur n'est attribué à personne.

D'une part cela montre une hétérogénéité des pratiques, une liberté de mise en place de cette réforme. Chacun s'est approprié cette réforme à sa façon, s'est adapté aux circonstances institutionnelles.

D'autre part, nous avons donc deux discours différents par des professionnels infirmiers d'une part et Cadre d'autre part.

Est-il question d'une représentation différente de cette fonction de tutorat, du statut différent des professionnels cadre et infirmier, de la dimension hiérarchique qui existe entre ces deux professions?

IV - 4-1-2 : Représentations individuelles

Tableau n°2: Les Représentations du tutorat

Entretien	Représentations, définition du tuteur
1	qui a fait un choix de s'investir auprès des ESI ; appétence pour l'encadrement va de pair avec l'introduction du nouveau diplômé se met dans l'esprit de la réforme référents = IDE de proximité au quotidien, tuteur = IDE formé au tutorat et ayant effectivement cette mission
2	IDE qui sont volontaires pour l'encadrement, l'accueil, le suivi, l'évaluation travail avec le CDS pour l'évaluation ça ne peut pas être un CDS
3	référent qui s'occupe de l'organisation du stage, du suivi de l'ESI, de l'évaluation rôle formateur ; avoir du recul, être objectif
4	personne qui accompagne l'ESI, le laisse évoluer sans le « coccooner », aide, le laisse découvrir terme référent utilisé. c'est l'IDE
5	ce n'est pas clair, c'est difficile, j'ai du mal à le définir; ça se chevauche entre IDE de proximité et CDS maître de stage. Avoir une formation de pédagogie. Organisation de stage et regard sur l'acquisition des compétences, de la progression. Référent. « il faut être auprès des pratiques pour être tuteur »
6	compétence de l'ide, encadrement sur le savoir être, savoirs faire ; guide. c'est une notion qui colle à la fonction IDE terme tuteur non utilisé, on parle d'encadrement
7	personne qui accompagne l'ESI du début à la fin, qui veille sur l'ESI et qui s'assure que le terrain offre ce qui est attendu pour un ESI. Personne qui est disponible, ouvert, à l'écoute. mission du CDS. Evaluation partagée avec l'IDE. Terme référent utilisé pour les IDE
8	responsable de stage, organise, bilans et évaluation avec l'aide des compagnons grosse part pour le CDS, tuteur par défaut. terme non utilisé.
9	personne référente : organisation du suivi, bilan, évaluation c'est l'IDE qui est tuteur terme non utilisé auprès des ESI mais entre IDE et CDS. l'encadrement : c'est des années et des années de formation continue pour y arriver. C'est un peu prétentieux de dire « je sais »
10	accompagner le stagiaire, transmettre les savoirs, prendre le temps. qualités pédagogiques, écoute, patience, tolérance, qualités relationnelles et humaines. Pas de différence entre IDE du quotidien et tuteur.
11	suivre l'ESI du début jusqu'à la fin. évaluation en partenariat CDS et IDE référent = IDE ; CDS = tuteur qualité : prise de recul, diplomate, vision globale, voir les choses de haut

Le terme de « tuteur » est souvent rapproché du terme de « référent » de stage utilisé couramment depuis longtemps pour l'encadrement de proximité des étudiants infirmiers. Le référent de stage est l'infirmier.

En psychiatrie, c'est l'infirmier qui est clairement désigné pour cette fonction de tuteur par les deux personnes interrogées que ce soit en intra ou en extra hospitalier.

Concernant les professionnels qui doivent assurer cette fonction de tuteur, les avis sont « tranchés » et opposés: « ça ne peut pas être un cadre », « il faut être auprès des pratiques pour être tuteur », « c'est une fonction qui colle à la fonction IDE ».

D'un autre coté, c'est « une mission du cadre ». Certains cadres sont « tuteur par défaut » et l'expliquent par le manque de personnel infirmier pour exercer cette fonction.

IV - 4-1-3 : Reconnaissance et identité professionnelle

Le tableau ci-dessous comporte les données concernant les notions d'identité professionnelle et de reconnaissance. Les colonnes grisées correspondent aux professionnels infirmiers. Les colonnes blanches correspondent aux professionnels cadres.

Tableau n°3 : Identité professionnelle et reconnaissance

Numéro des entretiens :	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Le tutorat apporte-t-il une reconnaissance ?											
<i>Réponses des professionnels interrogés :</i>											
OUI	+								+		+
renforce, qualifie notre identité	+										
formalise notre pratique antérieure	+										+
confirme notre activité d'encadrement valorisant, motivant	+								+		
NON		+	+	+	+	+	+	+		+	
Je n'ai pas le sentiment		+			+	+				+	
l'encadrement fait partie intégrante du rôle infirmier		+				+			+		+
pas de reconnaissance salariale			+			+	+				
Y a t il changement d'identité professionnelle ?											
<i>Réponses des professionnels interrogés :</i>											
transformation de l'identité professionnelle	+		+				+			+	
pas de transformation de l'identité professionnelle		+		+		+		+	+		+
c'est un peu trop tôt pour le dire					+						
on est à l'aube d'un changement positif						+					

➤ Le tutorat, indicateur d'une reconnaissance des pratiques d'encadrement :

Les trois-quarts des personnes qui se sont exprimées ne voient pas de reconnaissance professionnelle. Pour quatre d'entre eux, le tutorat n'apporte rien de nouveau puisque cette fonction fait partie du métier d'infirmier. C'est le « rôle propre » de l'IDE.

Quatre personnes expriment leur ressenti : elle n'ont pas « ce sentiment » de reconnaissance. Il s'agit là de perception.

Ce sentiment de non reconnaissance est très fort, excepté chez trois professionnels dont les deux IDE formés au tutorat. Ceux-ci s'expriment en ces termes : « *Ça formalise notre pratique antérieure* », « *c'est valorisant* ». « *On n'est pas que des exécutants* ».

On note des contradictions dans certains discours, notamment dans l'entretien numéro quatre. L'IDE ne trouve ni reconnaissance ni transformation de l'identité professionnelle. Par contre elle souligne : « *on est bousculé, on doit revoir notre façon d'encadrer mais pas notre façon de travailler* ». C'est la même qui dit « *on n'aime pas bien le changement, on a nos habitudes,...c'est difficile, c'est assez violent...ça me prend beaucoup de temps ; ça change mon travail, j'aime ça, c'est génial ; passionnant... je m'interroge : comment faire pour la former ?* » (cf. annexe n°5).

On voit bien l'ambivalence de son positionnement et sa volonté de continuer à encadrer les ESI. On sent le bouleversement dans ses pratiques, l'incompréhension et la recherche de sens.

Elle n'inclut pas l'encadrement des étudiants dans son travail d'infirmière. Elle le différencie, le met à part, alors que quatre autres professionnels soulignent que la formation des étudiants est bien une des missions de l'IDE. Elle fait partie du « rôle propre » infirmier.

➤ Le tutorat, facteur de modification de l'identité professionnelle :

Quatre professionnels répondent « oui » au changement d'identité professionnelle. « *Ça vient qualifier notre identité de référent* » dit l'infirmier.

Par contre, trois d'entre eux, ne font pas de lien avec la reconnaissance puisqu'ils répondent que le tutorat n'apporte pas de reconnaissance.

Six professionnels, trois cadres et trois infirmiers, répondent « non » à la question sur le changement d'identité.

L'entretien numéro cinq (cf. tableau n°2et3) nous apporte des éléments intéressants sur le bouleversement identitaire et la période de turbulence et de transition. En effet la cadre dit « *ce n'est pas clair, c'est difficile* » en parlant de sa représentation du tutorat.

Elle dit aussi « *c'est un peu trop tôt pour le dire* » en parlant de changement d'identité. Elle n'est pas catégorique dans ses propos. Il y a des sous entendus.

L'identité du nouvel infirmier « *on ne la connaît pas encore* », « *Il faut attendre 2 ou 3 ans* », « *On est à l'aube d'un changement positif* », disent d'autres personnes. Elles perçoivent les prémices d'un changement, d'une transformation.

IV - 4-1-4 : Standardisation : Port Folio, Référentiels

Nous avons demandé l'avis des professionnels sur les référentiels. Ces derniers se retrouvent détaillés dans un outil, le Port Folio que l'étudiant doit présenter en début de stage.

Le Port Folio est un outil de traçabilité sous la forme d'un classeur. C'est la propriété de l'étudiant.

C'est un outil consultable par les professionnels de terrain autant que par les formateurs. Il suit l'étudiant sur ses 3 années de formation. Il permet de mesurer la progression de l'étudiant, son niveau d'acquisition théorique et d'analyse des situations de soins et de connaître son parcours de stage.

Il présente les référentiels de compétences et d'activité et sert d'outil d'évaluation. Les référentiels sont constitués de la description de l'ensemble des activités du métier et des compétences. Celles-ci sont rédigées en terme de capacités devant être maîtrisées.

Utilisé de façon optimale, le Port Folio est l'outil sur lequel, le tuteur, le maître de stage et l'infirmier de proximité, peuvent travailler, avec l'étudiant, sur les objectifs de stage et mettre en place les moyens pour les atteindre. Le Port Folio est assez volumineux.

Tableau n° 4. Avis sur les outils : Le Port folio, les référentiels

	Points positifs	Points négatifs
1 IDE	bons outils l'information vient donner le goût remise en question ça vient formaliser des choses je ne sens pas de coté limitant professionnalisant complexifie l'accompagnement, ça vient donner une dimension professionnelle à cet exercice ça n'enlève rien à la spontanéité de l'encad. au quotidien puis articulation ensuite avec le port folio posture réflexive autre manière de formaliser les acquis	c'est déroutant sans formation le Port Folio : c'est la partie immergée de l'iceberg bouleversement pour beaucoup de professionnels : incompréhension, mépris, rejet, tourner en dérision les termes

Suite Tableau n° 4		
	Points positifs	Points négatifs
2 CDS	l'ESI est mieux suivi meilleure évaluation outil construit par le service port folio utilisé à mi stage les compétences sont des repères	aller se former sur le temps personnel revenir sur le repos pour l'évaluation pas de formation en intra hospitalier, pas d'aide
3 CDS	groupe projet en réflexion	les IDE n'ont pas intégré la compétence, elles sont sur l'activité et ne font pas le lien avec la compétence Port F : outil difficile lourd à gérer temps 1H30 difficile de croiser compétences et activités notions « acquis » et « à améliorer » gênant. C'est subjectif ; on a toujours à améliorer...
4 IDE	outil propre au service « je ne vois pas de positif » le bilan se fait avec l'ESI : il n'y a pas de surprise.	port folio trop compliqué on est noyé dedans répétitions ressenties, trop volumineux. ça demande beaucoup de temps. « ce n'est pas facile parce que ça change ! » il n'y a rien de positif pour le moment se remettre dans l'anat-phy. ; ce n'est pas notre rôle. je suis là pour leur apprendre la technique il faut que les ESI soient motivés pour apprendre par eux même ; On n'aime pas bien le changement, c'est difficile, avec nos habitudes, c'est assez violent. On est « irrité » pas de note ! Les ESI sont en attente ; nous sommes « paumés »
5 CDS	pas de changement dans la façon d'encadrer des IDE projet au niveau de l'Ets : livret d'accueil, charte ; (au début) photocopie de la compétence 3 pour avoir un support pour l'évaluation des ESI de 1 ^{ère} année « On est bon sur les compétences 3 et 6 » se reposer des questions, sortir de ce qu'on faisant avant, on réfléchit. réf. D'activités : on l'aime bien, facile. « On a commencé à se mettre autour d'une table »	Port F. très long à remplir, compliqué. La synthèse des compétences : la fiche encore plus compliquée « on a du mal à visualiser chaque item » grille d'activités spécifiques dans le service commencé il y a 1 an 1/2 : ça traîne, ce n'est pas une priorité. le port folio n'est sorti qu'à la fin beaucoup d'inquiétudes, de responsabilités.
6 IDE	le Port folio sert de vision de leur cheminement de leurs parcours, de leurs points fort et faibles	référentiels trop denses, des répétitions. complexe. mécontente, pertinence discutable ; Les IDE n'ont pas envie de s'y mettre car ça se rajoute à leur quotidien.
7 CDS	outil propre à l'Ets réf de compétences : ça va dans la sens de la recherche, de l'université = TB.	le port folio n'est pas utilisé « MESP » formative : j'y tiens ; mettre l'ESI en situation. les professionnels de terrain ne sont pas formés
9 IDE	je l'appréhende un peu mieux ce n'est pas une charge ; j'aime ça. réf. d'activités : pas de problème	terme compliqué : ex : complétude ce n'est pas toujours clair On leur demande des choses qu'elles ne peuvent pas acquérir : ex la relation d'aide. Il faut de l'expérience pour y arriver.

Suite Tableau n° 4		
	Points positifs	Points négatifs
10 IDE	on fait du mieux qu'on peut nous sommes novice on essaye de comprendre « je ne veux pas être à côté des clous ! » réf de compétences : intéressant, c'est développer une compétence sur le terrain même si non vu en théorie.	sentiment d'être à l'abandon chacun à son mode d'emploi du port folio. On est un peu perdu temps énorme consacré au bilan avec le port folio ; réf d'activité pas trop utilisé sauf la technique relationnelle
11 Cadre	progression dans notre outil retravaillé	Port folio= réf. De compétences ? lourd, c'est pas très efficace, si on le remplit dans l'urgence, 3H c'est long.

En synthèse de ce tableau, à part quelques exceptions, le Port folio et les référentiels sont vus comme quelque chose de complexe, de lourd qui prend beaucoup de temps pour comprendre les différents items, pour mettre en lien les compétences et les activités. Le référentiel d'actes et d'activités est concret et pose peu de problème. Certains professionnels ont construit leurs propres outils. Le Port Folio n'est pas toujours utilisé ou très peu durant le stage.

IV - 4-1-5 : Souhaits, attentes des professionnels

Nous présentons ici les souhaits des professionnels, leurs attentes en terme de mesures à mettre en place pour qu'ils aient un sentiment de reconnaissance et qu'ils puissent parler de changement identitaire.

Les professionnels parlent au conditionnel. Ils se projettent. Cela peut être vu comme une vision idéale de la mise en place du tutorat. Au conditionnel, les professionnels proposent plusieurs mesures qui leur permettraient, si elles étaient mises en place, de parler de changement d'identité et de reconnaissance.

Nous présentons ci-dessous leurs expressions significatives (*cf.annexe5*).

- « si un tuteur est concrètement mis en place » → « véritable identité, plus value » cf entretien n° 2.
- « si une IDE est détachée et est tuteur à part entière, si les moyens nous sont donnés » : → « reconnaissance d'une qualité de formation, professionnalisme des IDE » cf. entretien n°3.
- « si les choses étaient faites correctement oui » : → « vrai interlocuteur privilégié avec des compétences spécifiques, ce serait une reconnaissance pour l'ide tuteur » cf. entretien n°5.

- « *au futur, oui, il y a aura une reconnaissance et un changement de l'identité professionnelle ; on sera moins exécutante* » cf. entretien n° 7.
- « *si on détachait quelqu'un sur plusieurs services pourquoi pas ! Si la formation au tutorat était suivi de moyens concret dans les unités, oui on parlerait de reconnaissance* » cf. entretien n° 8.
- « *si ça continue à évoluer avec les générations à venir* » : → reconnaissance. « *Il y aura une autre façon de voir les choses* » cf. entretien n°10.

Le conditionnel prouve les attentes des différents professionnels mais aussi leur mal être (« *sentiment d'être à l'abandon* », « *pas d'aide* »).

Ils ont des idées de propositions basées sur leur expérience, sur leur trajectoire professionnelle et sur des valeurs professionnelles.

Dans leurs propos nous voyons que la reconnaissance est très liée à l'identité professionnelle.

Tableau n° 5 : les souhaits des professionnels

Entretiens	Attentes, souhaits des professionnels
1	<i>apprentissage des outils nécessaire former les professionnels</i>
2	<i>un tuteur dans l'Ets en transversal</i>
3	<i>réunion nécessaire d'information, de formation à la réforme besoin d'un formateur de l'IFSI pour collaborer au projet, informer, expliquer, aider. un ide tuteur sur l'Ets</i>
4	<i>besoin de formation +++ de comprendre la nouveauté</i>
5	<i>du temps pour comprendre une formation</i>
6	<i>simplicité des outils</i>
10	<i>avoir le petit livret sur le texte de la réforme</i>

Les besoins exprimés par les professionnels sont importants.

Ce sont des attentes exprimées vis-à-vis de la formation au tutorat ; de l'information vis-à-vis du programme, de l'évaluation des étudiants, de l'apprentissage par compétences, de l'accompagnement des étudiants au quotidien, de l'utilisation du Port Folio.

Les professionnels expriment un besoin de clarification de la part de leur hiérarchie, une cohérence entre les différents services sur l'organisation du tutorat.

Le besoin renvoie à un manque, un dysfonctionnement, un écart entre la situation actuelle et l'attendu.

IV - 5 : Analyse croisée

Cette analyse qualitative est faite avec des propos tenus par onze personnes. Nous sommes consciente que cet ensemble de professionnels de la santé, échantillon aléatoire, n'est en rien représentatif de la population.

Néanmoins leurs propos sont riches et constitutifs d'une problématique liée à la ré ingénierie de la formation des étudiants infirmiers. Chacune de ces onze personnes fait partie d'un groupe professionnel et chacune à sa manière fait évoluer la profession par les relations et les interactions au sein du groupe. Les identités professionnelles individuelles se construisent constamment au cours des événements. C'est bien au coeur des pratiques professionnelles que se joue cette problématique de changement qu'est le tutorat.

IV - 5-1 : Le tutorat : une pratique, une fonction, un outil

La notion de tutorat est multidimensionnelle d'où une apparence flou et difficile à cadrer.

Le tutorat, nous l'avons vu, est une pratique, une fonction, et un « *outil qui permet l'articulation entre deux lieux de formation, sous des appellations diverses* ». ⁷⁹

Nous rappelons que les acteurs de cette articulation sont les professionnels de l'IFSI et les professionnels des terrains de stage.

Voyons la problématique des appellations soulevée par cette enquête.

⁷⁹ WITORSKI Richard, « Evolution des compétences professionnelles des tuteurs par l'exercice du tutorat », *Recherche et Formation*, n° 22, 1996, p.36.

IV - 5-2 : L' infirmier, « référent » tuteur, un confort transitoire ?

L'appellation tuteur est peu usitée dans les pratiques professionnelles courantes.

La moitié des professionnels interrogés utilisent le terme de « référent » et pas celui de « tuteur ». Le terme de « référent » est l'appellation antérieure de l'infirmier responsable, qui est engagé dans l'encadrement de proximité de l'étudiant pendant son stage. Nous constatons que l'utilisation de ce terme est toujours d'actualité 2 ans ½ après la réforme des études.

Il est clair que puisque les professionnels n'ont pas été préparés, informés, formés, ils continuent à utiliser le vocabulaire qui fait partie de leurs habitudes d'encadrement. De plus, l'identité du référent est reconnue dans le groupe professionnel qu'est l'équipe de soin.

Nous faisons l'hypothèse que c'est aussi par sécurité, par confort que le terme « référent » est toujours employé et peut être par peur ou rejet de certains pour la nouveauté. Le changement de « *terminologie provoque une déstabilisation des repères, des appellations, des systèmes symboliques antérieurs* ». ⁸⁰

La crainte de la perte de maîtrise et du pouvoir peut être une raison qui explique cette conservation du « référent ».

Pour qu'il soit employé par les professionnels (*cf. entretien n°1*), il faut que le terme « tuteur » prenne du sens, qu'il entre dans un projet institutionnel qu'il y ait une dynamique de changement. Au-delà de ce terme, c'est la réforme qui doit prendre tout son sens. Le processus de changement est lent et progressif. Comme le dit un cadre (*cf. tableau n°5*) la notion de temps est essentielle pour comprendre.

Une autre explication vient du fait qu'en 2009, excepté en psychiatrie, il n'y a pas eu de professionnels de référence réellement tuteur qui pouvait jouer le rôle, selon C.Dubar, « *d'autrui significatif* » favorisant le processus d'identification. ⁸¹

D'autre part, si il continue à être utilisé, le terme de « référent » doit être cerné, défini clairement et enrichi des principes du tutorat pour qu'il corresponde à l'attendu.

Peut-être faut-il commencer par reconnaître au professionnel « référent » les compétences qu'il a développées en encadrant des étudiants infirmiers au lieu de vouloir changer de dénomination.

⁸⁰ DUBAR Claude (2010), *La crise des identités, l'interprétation d'une mutation*, Le lien social, Paris, PUF, (4^{ème} édition), p.11.

⁸¹ BECKERS Jacqueline (2007), *Compétences et identités professionnelles, L'enseignement et autres métiers de l'interaction humaine*, Bruxelles, éditions De Boeck, p. 149.

Par contre il y a un risque d'amalgame et de le confondre avec le « formateur référent du stage » qui est un formateur de l'IFSI. Ses missions sont d'assurer la coordination avec l'établissement d'accueil ; d'accompagner les équipes dans l'utilisation du référentiel de compétences et des outils de la formation ; de contribuer à la formation clinique de l'étudiant et à l'analyse de ses pratiques ; de communiquer avec le tuteur et le maître de stage afin de suivre le parcours de l'étudiant ; d'organiser des rencontres avec les étudiants sur les lieux de stage ou à l'IFSI ; de réguler les difficultés éventuelles.⁸²

Il est le plus souvent désigné par le directeur d'IFSI. Il est le lien entre les différents partenaires, qu'ils s'appellent maître de stage, tuteur ou étudiant

IV- 5-3 : Une superposition de fonction

La fonction de tuteur se superpose, pour les cadres, à leur fonction de maître de stage et pour les infirmiers à leur fonction d'infirmier de proximité.

Elle est aussi superposée, en partie, sur les deux professionnels.

Il n'y a pas d'importance semble-t-il à ce qu'elle se superpose en partie ou qu'elle soit attribuée à un des deux professionnels : l'infirmier ou le cadre.

« Ces trois fonctions (maître de stage, tuteur, infirmier de proximité) peuvent être exercées par la même personne pour des raisons d'organisations ou dans le cas d'équipes d'encadrement restreintes. »⁸³

L'importance est ailleurs, dans les principes et les finalités du tutorat.

Comme nous l'avons vu dans le tableau n°1, l'attribution de la fonction de tuteur est variée :

Tous les infirmiers se l'approprient de façon catégorique alors que les cadres sont plus partagés. La fonction de tuteur est donc fortement liée à l'identité professionnelle infirmière.

⁸² BAYLE Isabelle, <http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsil/la-formation-en-ifsil/formation-infirmiere-nouveau-programme.html>, consulté le 20 juillet 2012.

⁸³ Référentiel de formation / annexe 3 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier- Formations des professions de santé- Profession Infirmier- Recueil des principaux textes- SEDI p.78.

IV - 5-4 : L'impact de la formation du tuteur

On peut noter que le terme tuteur est employé sans ambiguïté dans les terrains où tout est formalisé en terme d'organisation de l'encadrement de stagiaire et du tutorat. C'est le cas dans les grandes structures hospitalières et notamment en établissements de santé mentale. Comme nous l'avons vu dans la première partie du travail, c'est depuis 2005 que le tutorat a vu le jour dans le milieu du travail des soins psychiatriques. Il y a une antériorité de sept ans. Le temps est donc un facteur essentiel pour que des pratiques changent.

Quand l'infirmier formé au tutorat est reconnu par sa hiérarchie et donc par l'institution, son identité est claire (*cf. entretien n°1, annexe 5*). Son temps d'accompagnement est défini. Il connaît ses missions. Il est volontaire, motivé. C'est le profil correspondant au référentiel de formation de la réforme de 2009. Il se sent valorisé et prend du pouvoir.

La formation au tutorat, même si elle ne représente que trois jours, apporte satisfaction, valorisation et motivation. C'est le cas dans les structures hospitalières du secteur public, (*voir entretiens n°1 et 9, annexe 5*).

Dans l'entretien n°8, le cadre, travaillant en établissement public, indique que l'infirmier formé au tutorat est parti du service et donc que le tutorat est laissé de côté. Là on peut constater que la formation n'est pas suivie de moyens suffisant dans les unités de soins et que cela peut entraîner démotivation, frustration. Il n'y a plus de logique, une perte de sens et un risque de sentiment de non reconnaissance.

Cet exemple indique aussi l'impuissance du CDS et sa dépendance vis-à-vis de sa hiérarchie et de la politique globale de l'établissement. Son autonomie et son pouvoir sont limités. Il doit changer de stratégie pour s'adapter aux événements et négocier avec les membres de son équipe pour que l'encadrement soit effectif.

IV - 5-5 : Le rôle formateur du tuteur

« Le lieu de stage offre le plus souvent un « maître de stage ou tuteur », dont le stagiaire peut observer les comportements et leurs effets, qu'il peut imiter, avec qui il peut échanger, qui peut diriger ou superviser ses actions ». Le rôle de ce « formateur » de terrain mérite d'être clarifié » dit, en 2007, Jacqueline Beckers.⁸⁴

En 2009, la réforme vient clarifier et formaliser ce rôle de formateur.

Alors se pose la question de l'infirmier/ référent / formateur ou du cadre formateur.

« Avoir du recul, être objectif, être formé à la pédagogie, avoir des qualités pédagogiques...et relationnelles » sont des propos tenus par trois cadres interrogés. Ils ont conscience des notions de distanciation et des notions de pédagogie pour exercer cette fonction. Leur statut et leur formation de cadre expliquent leur vision différente de celles des IDE et donc démontrent une vision plus complète de cette fonction tutorale.

Guy Le Boterf, pointe huit objectifs qui doivent être poursuivis par le tuteur qui dit-il est « *un appui rapproché* » sans lequel l'apprentissage n'est pas évident.⁸⁵

Certains de ces objectifs sont du domaine de la pratique, de la maîtrise des gestes, des savoirs faire, de la coopération, de la culture de l'établissement et du métier. D'autres sont du domaine de la capacité de transférabilité, de réflexivité, de mise en lien des apprentissages pratiques et théoriques. Ce rôle de formateur n'est donc pas inné. Il s'apprend.

Ce rôle nécessite des compétences et de la disponibilité c'est à dire du temps à consacrer à la formation des étudiants. « Une formation, des moyens concrets, le détachement d'une IDE de ses tâches quotidiennes » telles sont les demandes des professionnels interrogés.

⁸⁴ BECKERS Jacqueline (2007), *Compétences et identité professionnelles, L'enseignement et autres métiers de l'interaction humaine*, Bruxelles, éditions De Boeck, , p. 261.

⁸⁵ LE BOTERF Guy (2010), « *Professionnaliser ; Construire des parcours personnalisés de professionnalisation* », Paris, Eyrolles, Edition d'Organisation, pp.106, 107.

Les tuteurs actuels ne se sentent pas assez informés, formés et légitimes pour apprécier les compétences.

« Pour faire fonctionner une alternance intégrative, il est indispensable que les professionnels adoptent une identité de formateur et se positionnent comme tels ». ⁸⁶

IV - 5-6 : Un nécessaire changement de pratiques

Nous constatons dans l'ensemble de nos entretiens une organisation hétérogène du tutorat. Cette organisation est de la responsabilité de l'établissement d'accueil et du CDS.

Les professionnels n'ont pas toujours toutes les données pour agir. Ce fut le cas dans cette mise en place extrêmement rapide de la réforme des études d'infirmières. L'arrêté du 31 juillet 2009 stipulait une mise en place en septembre 2009. Ce fut « assez violent » (cf. entretien n°4 tableau n°4).

Soit le tutorat a été occulté et il n'y eut « pas de changement dans la façon d'encadrer des IDE » (cf. entretien n°5 tableau n°4). Cependant ces pratiques ont été rapidement confrontées à de nouveaux outils d'évaluation. Ces pratiques antérieures sont donc, de fait, discutées. Soit le tutorat a été investi complètement soit partiellement avec un changement lent et progressif.

Les professionnels s'adaptent à la politique d'établissement et font des choix dans leurs décisions en fonction des informations dont ils disposent, et de ce qu'ils ont compris « on fait du mieux qu'on peut » (cf. entretien n°10 tableau n°4). Ils recherchent une solution satisfaisante en fonction des expériences passées pour approcher « la moins mauvaise solution possible ». Nous faisons ici référence au concept de « rationalité limitée » d'Herbert Simon. ⁸⁷

En effet tout acteur a un comportement rationnel mais il est cependant limité par les capacités cognitives dont il dispose.

⁸⁶ FOURDRIGNIER Marc, « L'alternance dans les formations sociales », *Education permanente* n°190/2012, p. 97.

⁸⁷ RENAUD Thomas, cours « Sociologie des Organisations », formation Master II Pro ICF, FOAD, Rouen, 2011-2012, p.25.

L'organisation du tutorat dans un service n'est pas nécessairement la meilleure dans l'absolu mais celle qui convient en l'état de la situation au moment où l'on doit décider, car « *chacun interprète, à sa manière, la partition de son rôle statutaire qui devient rôle personnel en fonction d'un moi idéal impliquant des choix volontaires* ». ⁸⁸

Les professionnels de terrain et surtout les CDS ont donc une liberté relative d'organisation. C'est une capacité d'autonomie de l'acteur qui est aussi, en sociologie, une zone d'incertitude.

Chaque CDS crée le système, les règles du tutorat à l'intérieur de son service ou de son unité. « *Chacun à son mode d'emploi du Port Folio* » dit l'une d'elle en signifiant que chacun à sa propre manière de faire et que tous les cadres ne font pas de la même façon (cf. *entretien n°10 tableau n°4*).

L'organisation et la mise en place du tutorat passe par la mise en projet ; « *Projet au niveau de l'Ets : livret d'accueil, charte, groupe projet en réflexion* » (cf. entretiens n°3 et n°5).

Plusieurs professionnels parlent d' « *outils* » propre aux services travaillés ou retravaillés. Nous constatons que la première étape de tout projet, étape d'analyse du contexte, de la situation, de l'existant n'a pas été réalisée en amont, ce qui crée des réactions brutales, des incompréhensions, des changements incohérents et des pratiques différentes qui ne créent pas de la sécurité et du bien être au travail.

La mise en place du tutorat passe aussi par la formation des infirmiers. Deux infirmiers sur les cinq sont formés au tutorat. Des formations au compagnonnage sont aussi de plus en plus mises en place. Un entretien sur les onze évoque le compagnon (cf. *entretien n°8 tableau n°2*). Le compagnonnage concerne tous les infirmiers de proximité qui encadrent les étudiants quotidiennement dans la pratique des soins à la personne. Une partie de la fonction tutorale concerne le compagnon, ou infirmier de proximité. Il s'agit entre autre de l'explication et de la démonstration d'un soin, de l'encadrement de l'ESI lorsque celui-ci s'exerce à la pratique. C'est le processus d'étayage dont parle Bruner dans sa définition du tutorat. ⁸⁹

⁸⁸ DUBAR Claude (2010), *La crise des identités, l'interprétation d'une mutation*, Le lien social, Paris, PUF, (4^{ème} édition), p.178.

⁸⁹ VIAL Michel, CAPARROS-MENCACCI Nicole (2009), *L'accompagnement professionnel ? Méthode à l'usage des praticiens exerçant une fonction éducative*, Bruxelles, Editions De boeck, p.56.

L'organisation du tutorat soulève d'autres enjeux comme la notion de pouvoir que peut avoir le professionnel tuteur, sa place dans l'équipe ou dans l'institution, la notion de temps attribué à cette fonction. L'infirmier (*cf. entretien n°1, annexe 5*) précise que du temps lui est dévolu quand il est sur sa fonction de tuteur.

L'organisation du tutorat, pour garder une certaine stabilité, repose sur des pratiques existantes c'est-à-dire celles du « référent de stage ». Celui-ci, ne doit-il pas être reconnu dans ses compétences d'accueil, d'encadrement, de suivi de l'étudiant, avant tout ?

Cette reconnaissance pourrait être le levier pour travailler plus en détails la fonction de tuteur et le changement à mener dans l'accompagnement des étudiants. L'appropriation de ce changement d'apprentissage ne peut venir que de la motivation et de la volonté des acteurs eux-mêmes.

IV - 5-7 : La fonction tutorale et les représentations des professionnels

Avec les représentations nous sommes dans la subjectivité propre à l'univers de chacun : « *On ne peut donc comprendre la personne qu'au travers de perceptions et représentations qu'elle a construites sur sa relation à elle-même, aux autres et au monde.*⁹⁰

L'identité personnelle, sociale et professionnelle de chaque personne est constituée de ses représentations. Ces représentations vont être basées notamment sur le vécu, les expériences passées, les pratiques antérieures.

Les propos utilisés par les professionnels pour définir le tuteur montrent une vision claire mais partielle du tutorat et une grande proximité avec les pratiques du référent de stage « *personne volontaire, qui a fait ce choix, qui se charge de l'encadrement, de l'organisation, du suivi de l'ESI, de l'acquisition des compétences, qui accompagne, aide, qui est responsable* » (*cf. tableau n°2*).

« *Guider, veiller* » sont aussi des termes des professionnels qui font référence à l'accompagnement tel que le définit M. Paul. L'accompagnement est une relation duelle privilégiée qui s'« *articule entre escorter, guider et conduire* » avec une idée de « *veille* » commune.⁹¹

⁹⁰ LACAILLE Sylvain et PAUL Maëla, cours « *Conseils aux personnes* », formation Master II Pro ICF –FOAD, 2011-2012, p.60.

⁹¹ PAUL Maëla (2011), *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*, Paris, l'Harmattan, p.152

Ce qui distingue fortement les infirmiers des cadres c'est l'appropriation qu'ils font chacun de cette fonction. Les cadres partagent volontiers cette fonction avec les IDE. Ces derniers s'approprient entièrement cette fonction comme nous l'avons vu précédemment.

« *La réflexion au cœur de l'action, principe sur lequel repose le tutorat aujourd'hui* »⁹² ne semble pas faire partie des représentations actuelles des professionnels interrogés.

La posture réflexive n'est pas abordée alors que l'entraînement réflexif est une exigence de la formation. Peut-être parce qu'elle paraît trop abstraite. Ou bien parce qu'elle est difficilement accessible car « *cachée dans l'agir professionnel* » comme l'indique le titre de l'ouvrage de D. Schön.⁹³

Ou bien parce qu'elle fait référence au questionnement qui semble évident dans l'encadrement quotidien d'un stagiaire. « Qu'est-ce que tu fais ? Comment tu vas faire ? Qu'est-ce qu'il te manque ? Pourquoi as-tu fait cela ? » sont des questions que le « référent » pose habituellement à l'étudiant. Ce questionnement est nécessaire mais pas suffisant.

La posture réflexive consiste à faire « *un retour sur les acquis, les processus et les stratégies utilisées pour en dégager les principes transposables. Ainsi sont nommés et valorisés les principes de l'action, les références scientifiques, les schèmes d'organisation, tout ce qui contribue à fixer les savoirs et les rendre disponibles et mobilisables lors de la réalisation d'autres travaux* ». ⁹⁴

Habituer l'étudiant à une pratique réflexive nécessite de la part du « référent /tuteur » une pratique réflexive personnelle, régulière sur sa propre pratique professionnelle.

Nous avons vu dans la partie exploratoire que le terme « réflexif » ne représentait que quelque chose de vague pour les professionnels. Ils s'étaient très peu exprimés sur ce sujet ou avaient exprimé leur méconnaissance. Ce n'est pas un mot de leur vocabulaire.

⁹² Ibid. p. 38.

⁹³ SCHÖN Donald, *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*, Montréal, Éditions Logiques, 1993.

⁹⁴ Référentiel de formation op.cit. p.70

Réfléchir dans l'action, sur l'action et, réfléchir sur soi sur sa pratique ne sont pas amenés dans les représentations de la fonction tutorale. L'analyse de situation n'est pas abordée non plus par les professionnels.

Nous constatons que les contours du tutorat sont mal délimités.

IV - 5-8 : Une déstabilisation inconfortable

Les pratiques d'encadrement spontanées, habituelles, sont déstabilisées par le changement.

« *C'est pas facile parce que ça change ; c'est déroutant ; difficile de croiser compétences et activités, beaucoup d'inquiétudes, de responsabilités ; La complexité ; Sentiment d'être à l'abandon* » sont tous des indices qui démontrent que le sentiment d'efficacité personnel est perturbé chez ces professionnels confrontés à cette réforme.

C'est notamment la maîtrise personnelle, principale source de ce sentiment qui est fragilisée. Les revers et les difficultés de ce changement d'accompagnement nécessitent un effort pour retrouver la maîtrise.

Albert Bandura est à l'origine de la définition de ce sentiment d'efficacité personnelle. Les trois autres sources de ce sentiment sont l'apprentissage social, la persuasion par autrui et l'état physiologique et émotionnel.⁹⁵ Ces autres sources peuvent être alimentées par les interactions et les relations au sein de l'équipe de travail et du groupe professionnel (infirmier, cadre de terrain et formateur). Les deux ans et demi n'ont pas suffi à effacer les émotions : « *on est irrité ; nous sommes paumé ; sentiment d'être à l'abandon* » (cf. tableau n°4).

Même si les savoirs d'expérience et les savoirs pratiques priment, les professionnels infirmiers et cadre sentent qu'il y a un savoir qui leur échappe : le cœur même de la réforme, l'apprentissage et l'évaluation par les compétences, la posture réflexive.

Ce manque de savoir et de maîtrise les déstabilise, les questionne. On constate qu'ils réfléchissent (« *On a commencé à se mettre autour d'une table* » cf. entretien n°5 tableau n°4) à leur propre manière d'agir de façon à la fois critique et constructive. « *Tout praticien devient réflexif lorsqu'il se trouve en difficulté. Sa visée sera de sortir de cette impasse* ». ⁹⁶ Les professionnels sont donc en posture de changement.

⁹⁵ GUERIN Brigitte, « Albert Bandura et son œuvre », *Recherche en Soins Infirmiers*, n°108 mars 2012, p.110.

⁹⁶ GUILLAUMIN Catherine, « Emergences ingénieuses en formation. La formation initiale et continue des soignants et des cadres hospitaliers », revue *TransFormations* n°5, 2011, p.71.

L'étudiant sent, voit, entend cette déstabilisation ce qui est d'autant plus perturbant pour le professionnel en face à face qui perd momentanément la maîtrise. Son expertise est remise en question. L'étudiant lui renvoie son incompetence.

Faire le deuil de sa toute puissance, de sa maîtrise, et s'ouvrir à quelque chose de nouveau de différent nécessite une motivation, une volonté de se renouveler de la part des professionnels.

Si l'on reprend les formes identitaires définies par C. Dubar, ce sont les formes relationnelles pour soi et pour autrui qui sont atteintes. « *Je ne veux pas être à coté des clous !* » (cf. entretien n°10 tableau n°4). En effet le professionnel est atteint dans son rôle, son statut. Son engagement personnel dans le projet d'encadrement des étudiants est touché. C'est l'unité du « Je » qui est ici concernée. Le professionnel ne peut plus revendiquer son savoir, sa maîtrise de la pratique dans son groupe professionnel et devant l'étudiant.

Le professionnel s'est trouvé devant une tâche prescrite : évaluer l'étudiant avec le Port Folio, utiliser un référentiel de compétences. Ce sont des tâches visibles concrètes : le Port Folio, les grilles d'évaluation des compétences et des activités.

Il y a en plus ce qui n'est pas visible, ce qui est sous entendu, théorique et que le professionnel infirmier ne sait pas ou ne maîtrise pas. Le professionnel a son propre cadre de référence qui lui sert pour réaliser l'accompagnement de l'étudiant. Son cadre de référence est devenu inopérant. Il doit reconstruire un autre cadre.

Il y a une différence entre l'attendu et tout ce qui est supposé de façon idéal, et la réalisation effective de la tâche. « *Le sujet mobilise des connaissances antérieures, des réminiscences, des investissements affectifs, relationnels qui ne sont en rien prévus dans le fonctionnement cognitif utile à la réalisation* ». On parle de représentations symboliques mentales dans l'approche cognitive.⁹⁷

⁹⁷ DONNADIEU Bernard, GENTHON Michèle, VIAL Michel (1998), *Les théories de l'apprentissage, Quel usage pour les cadres de santé ?* Paris, InterEditions, Masson, p.52.

Nous sommes dans une situation où la personne qui encadre l'étudiant doit s'accommoder, résoudre le problème posé et entrer dans la tâche prescrite.

Il y a un écart entre l'objectif visé et la représentation que s'en est construite le sujet. Certains professionnels interrogés disent qu'ils ont besoin de temps pour comprendre, que l'apprentissage des outils est nécessaire (cf. entretiens n°1, 4 et 5 dans le tableau n°5).

On peut comparer le professionnel qui encadre l'étudiant à un sujet en apprentissage puisqu'il est devant une nouveauté un changement. *« Le processus d'apprentissage est progressif, il s'inscrit dans la durée...Toute situation s'inscrit dans une dynamique temporelle de l'apprentissage. La situation comprend des phases préparatoires, des tâches intermédiaires et médiatrices, des tâches de réalisations, l'exploitation des produits réalisés et des procédures mises en œuvre par le sujet ».*⁹⁸

Peut-on parler d'auto formation, par essai, par tâtonnement, par l'erreur? Jusqu'où peut-on aller ?

Comme beaucoup de professionnels interrogés l'ont exprimé, ou sous entendu, le tutorat nouvelle formule provoque une rupture avec leurs schémas d'actions habituels qui les conduit à transformer et à faire évoluer leurs pratiques. Cet accompagnement différent, ne serait-ce que par le suivi et l'évaluation des apprentissages par les compétences, produit des interrogations sur ses pratiques. *« C'est parce qu'il y a remise en cause de la façon habituelle de penser et de voir la situation qu'il peut y avoir production de modèles d'action nouveaux »*⁹⁹

Nous sommes bien dans une déconstruction du cadre de référence, des représentations, dans une période fragile, de transition où les professionnels sont en posture réflexive sur leurs pratiques d'encadrement des étudiants. Il est nécessaire que cette posture réflexive soit amenée à la conscience pour qu'elle soit utilisée ensuite de façon habituelle dans l'accompagnement des étudiants. Cela renvoie aux trois paliers d'apprentissage, comprendre/ agir / transférer.¹⁰⁰

⁹⁸ Ibid p.72

⁹⁹ WITTORSKI Richard, « Evolution des compétences professionnelles des tuteurs par l'exercice du tutorat », *Recherche et Formation* n°22, 1996, p.39.

¹⁰⁰ Formations des professions de santé, op.cit. p.69.

IV - 5-9 : La Reconnaissance : un difficile ressenti

Le sentiment de reconnaissance est présent chez les professionnels infirmiers formés au tutorat : « *Ça me donne un coté plus confortable ; ça vient confirmer, renforcer ma pratique...c'est valorisant* ».

A l'opposé, dans cette enquête les indices de non reconnaissance sont nombreux.

Deux professionnels expriment un ressenti négatif par ces termes « *non, je n'ai pas ce sentiment* ». Ils l'expliquent par le fait que c'est le rôle propre de l'IDE depuis longtemps. Dans les textes leur mission est de participer à la formation des ESI.

Nous sommes ici dans les dimensions intersubjectives de la reconnaissance.

Trois personnes évoquent l'absence de reconnaissance salariale (cf. *tableau n°3*).

En gériatrie, « *si les choses étaient faites correctement, oui* », « *Car (le tutorat) serait une valeur ajoutée à la profession infirmière* ».

La reconnaissance « *je ne suis pas sûre* » car elle passe aussi par les instances qui représentent la profession : syndicats peu représentatifs et l'ordre infirmier qui ne s'entendent pas et qui « *bafouillent* ». « *Nous ne sommes pas crédibles auprès des députés* » (cf. *entretien n°6*).

C'est bien la somme de nombreux indices qui donne ce sentiment de non reconnaissance.

Le sentiment de non reconnaissance n'est pas lié qu'au tutorat ou à la réforme des études. Il est plus global.

Il y a la reconnaissance existentielle (exister aux yeux des autres), la reconnaissance des pratiques de travail (compétences, expertise) et de l'investissement au travail (les efforts, l'énergie) et la reconnaissance des résultats (produit du travail, efficacité, utilité).¹⁰¹

Il y a absence d'information, de formation, de moyens, de logique dans cette réforme auprès des professionnels de terrain. Quelque chose est nié, est omis, semble sans importance. « *Ça traîne, ce n'est pas une priorité* » (*entretien n°5 tableau n°4*) pourtant on touche la profession elle même dans ce changement de formation.

¹⁰¹ LAVAL Christophe, « La reconnaissance, une question de culture ? » revue *Gestion*, volume 36, n°2, 2011, p.94.

« Sommes nous en présence de ce que Ricoeur et Honneth notent en observant que « c'est par des expériences négatives de mépris, que nous découvrons notre propre désir de reconnaissance ? »¹⁰²

Le déficit de reconnaissance des infirmiers ne fait qu'augmenter. Le doute quand à la valorisation sociale de son groupe d'appartenance, ne fait que s'amplifier.

« La reconnaissance professionnelle est conçue dans un double mouvement par rapport à soi et par rapport à son contexte professionnel... Les dénis de reconnaissance peuvent être perçus comme une atteinte à l'identité, à l'estime de soi, à la capacité d'agir et de se sentir membre d'une communauté ». ¹⁰³

Nous constatons un manquement institutionnel, politique ; pourtant les textes législatifs et réglementaires sont là depuis deux ans et demi.

L'agir professionnel est bloqué. Le professionnel est tiraillé entre ce qu'il maîtrisait, ce qu'il croit comprendre de la réforme, ce qu'on lui dit. Il doit, pour développer son style propre d'accompagnement, établir un rapport de conformité en lien avec des façons d'agir considérées comme « justes » dans le milieu professionnel. ¹⁰⁴

L'espérance est bien présente chez plusieurs professionnels: « on est à l'aube d'un changement positif ».

Avec cette réforme, les rôles sont remis en questions, sont précisés, standardisés. Donc nous sommes dans une crise d'identité comme le dit Claude Dubar : « en matière de travail, d'emploi, la notion de crise est omniprésente. » ¹⁰⁵

IV - 5-10 : Référentiels et Port Folio : à la recherche de sens

Les référentiels et le Port Folio ont provoqué de nombreuses réactions négatives.

Le Port Folio, qui contient les référentiels, et la grille d'évaluation des compétences sont vus comme des cases à remplir (cf. entretien n°5 et 11, tableau n°4).

¹⁰²BAUDOUIN Jean Michel, PITA Juan-Carlos, « Récits et formation : reconnaissance et biographie évaluative » in JORRO A., De KETELE J.M. (sous la direction de), *La professionnalité émergente : quelle reconnaissance ?* Bruxelles, Édition de bœck, (2011), p.94.

¹⁰³DEJEAN Karine, CHARLIER Evelyne (2011), op.cit.p.69.

¹⁰⁴Ibid. p. 70.

¹⁰⁵DUBAR Claude (2010), op.cit. p.96.

C'est en corrélation avec ce que dit M. Fourdrignier : « *Le référentiel est vu comme un danger d'enfermement avec une assimilation implicite à la grille et aux cases, par analogie avec ce qui peut se dire sur l'évaluation, qui consisterait à enfermer la personne dans des cases et à rigidifier la situation* ». ¹⁰⁶

Les professionnels qualifient le Port Folio de « *complexe, lourd* » et demandent une simplification. « *Il faut décoder, ce n'est pas clair* » (cf. entretien n°8 tableau n°4). La première étape de l'apprentissage est de comprendre et il faut du temps que les professionnels n'ont pas forcément.

Bien plus qu'un outil, le Port Folio « *partie immergée de l'iceberg* » (cf. entretien n°1 tableau n°4) de l'étudiant représente les principes même de cette formation en alternance : la responsabilité de l'étudiant et son autonomie. Un seul professionnel aborde l'autonomie « *accompagner l'ESI, le laisser évoluer sans le « cocouner », le laisser découvrir* ». L'ESI est un adulte en formation auteur et acteur de sa formation.

Le Port folio est la formalisation de son parcours de formation « *Il sert de vision de leur cheminement* » (cf. entretien n°6 tableau n°4), de sa capacité d'analyse, de ses progressions, ses acquisitions en actes et compétences, le suivi de sa formation théorique. Il doit servir à la posture réflexive et à l'auto évaluation de l'étudiant.

Les professionnels l'utilisent peu dans cette dynamique. Une des raisons c'est que « *Les IDE n'ont pas intégré la compétence, elles sont sur l'activité et ne font pas le lien avec la compétence* » (cf. entretien n° 3, tableau n°4).

Le Port Folio devrait être un support d'aide à la professionnalisation de l'étudiant car « *Le dernier cri du modèle de la compétence suppose un individu rationnel, mobile et autonome qui gère ses formations et ses périodes de travail selon une logique entrepreneuriale de maximisation de soi* » ¹⁰⁷

¹⁰⁶ FOURDRIGNIER Marc, « L'alternance dans les formation sociales », *Education permanente* n°190/2012, p.97.

¹⁰⁷ DUBAR C. (2010), op.cit. p.127.

IV - 5-11 : Entreprise et formation

Nous constatons le peu d'investissement des établissements de santé à s'intéresser et à mettre des moyens à disposition des professionnels pour accompagner ces nouveaux étudiants dans leur formation d'infirmier. Dans l'entretien n°2 la CDS indique qu'il n'y a « *pas de formation en intra hospitalier, pas d'aide* ». « *Ce n'est pas la priorité* » (cf. entretien n°5, tableau n°4), et les professionnels de proximité, infirmiers ou cadre sont découragés dans leurs efforts ou leurs souhaits d'encadrer différemment les étudiants en stage. Les professionnels sont pourtant motivés dans l'encadrement de stagiaires. « *J'aime ça* » dit l'une d'elles.

Les établissements de santé mettent des priorités sur certains projets et la formation est une mission secondaire. Le projet de la modification du suivi des étudiants infirmiers en apprentissage n'était pas à l'ordre du jour en 2009 pour beaucoup d'établissements. Il ne l'est toujours pas pour beaucoup de petites structures début 2012.

De façon générale, le contexte de crise économique n'est pas favorable au développement de l'apprentissage construit, cohérent et du tutorat organisé.

Les enjeux du recours à l'alternance sont divers pour l'entreprise : Un système d'embauche en utilisant l'alternance comme période d'essai et comme moyen de sélection, un moyen d'innovation dans l'entreprise par les interrogations des jeunes et par le questionnement que la formation peut susciter auprès de tuteurs, un système d'emploi d'une main d'œuvre occasionnelle peu payée, un souci de responsabilité dans le système de formation.¹⁰⁸

C'est ce dernier enjeu qui peut aider à une vraie alternance intégrative. « *L'accueil du stagiaire doit se faire dans un site dit « qualifiant », c'est-à-dire une organisation professionnalisante, tant au plan de la pratique professionnelle qu'au plan de l'acquisition des savoirs* ». ¹⁰⁹

Dans les grands établissements de santé, une politique d'accueil et d'encadrement des étudiants est en place. Celle-ci inclut donc la formation de professionnels au compagnonnage et au tutorat. Les infirmiers volontaires peuvent suivre ces formations de quelques jours. Ils acquièrent donc des connaissances.

¹⁰⁸ LE DOUARON Pierre, MAILLARD Dominique, FOURNIER Christine, « Le développement de l'alternance, une quête impossible ? », Education Permanente n° 190, 2012 , p.43.

¹⁰⁹ FOURDRIGNIER M. (2012) op.cit.p.94.

Paradoxalement les moyens dans les unités ne sont pas toujours au rendez-vous comme nous avons pu le voir avec l'entretien n°8 (cf. annexe 5).

On note cependant que dans certains petits établissements, les professionnels ont commencé à travailler sur une charte d'encadrement sur un projet sur des outils personnalisés au service (cf. *entretien n°3 et 5 tableau n°4*).

*« Il n'y aura pas d'avenir pour l'alternance sans transformation de l'entreprise et du travail dans le sens d'une reconnaissance des temps et des espaces consacrés à la transmission et à la diffusion des savoirs dont les tuteurs sont en quelque sorte l'expression ».*¹¹⁰

Dans ces conditions difficiles, l'alternance peut-elle être un modèle d'intégration et de professionnalisation ?

Malgré les propos favorables de l'infirmier (cf. *entretien n°1*), de nombreux obstacles tels que la détérioration des modes de reconnaissances du travail et des compétences des salariés peuvent malmener ce processus de professionnalisation. En effet l'engagement professionnel des salariés et leur attachement à la qualité du travail sont la première condition pour qu'ils s'impliquent dans l'intégration des nouvelles générations.¹¹¹

C'est donc bien à l'établissement de créer ces conditions.

Les tuteurs actuels ne se sentent pas assez informés, formés pour apprécier les compétences. Ils sont peu soutenus par leur hiérarchie et n'ont pas de légitimité à l'exception de l'exemple en psychiatrie. Malgré l'Accord National Interprofessionnel de 2003 incitant les entreprises « à mettre en oeuvre des modalités particulières de valorisation de la fonction tutorale exercée par les salariés »¹¹² et « de nombreux rapports ministériels préconisant les voies et les moyens de développer l'alternance »,¹¹³ le constat est plutôt décevant dans les établissements de santé.

¹¹⁰ SANTELMANN Paul, « L'alternance comme mode de refondation de la formation professionnelle des jeunes », *Education Permanente* n°190, 2012, p.111.

¹¹¹ Ibid.p.109.

¹¹² LE BOTERF Guy (2010), op.cit. p. 106.

¹¹³ LE DOUARON, MAILLARD, FOURNIER, op.cit. p.32.

A part quelques exceptions, à ce jour, les professionnels qui ont « endossé » le titre de tuteur ne répondent pas à l'attendu du législateur qu'ils soient cadre ou infirmier référent. En effet, le référentiel de formation de 2009 indique que « *le tuteur connaît bien les référentiels de compétences, d'activités et de formation des futurs professionnels qu'il encadre* ». ¹¹⁴

Cependant les professionnels sont volontaires et en cheminement dans un changement progressif. Ils sont demandeur, de soutien, d'aide et de formation.

V - Vérification des hypothèses

Nous allons vérifier les hypothèses que nous avons posées pour répondre à notre question centrale :

L'introduction de la fonction de tuteur dans la réforme des études d'infirmiers de juillet 2009 participe-t-elle à des transformations identitaires des professionnels infirmiers et cadres de santé ?

Rappel des deux hypothèses :

Le tutorat participe à une nouvelle forme de reconnaissance de l'accompagnement, préexistant à la réforme de juillet 2009, des étudiants infirmiers, par les cadres de santé et les infirmiers.

L'identité professionnelle des cadres de santé et des infirmiers est transformée par la standardisation de transmission de savoirs et savoirs faire infirmiers.

V - 1 : Vérification de la première hypothèse

La légitimité du professionnel tuteur est réelle uniquement en structure psychiatrique et chez les infirmiers formés au tutorat qui ont des signes de reconnaissance de leur hiérarchie.

Nous avons vu qu'en structure de soins en santé mentale, l'antériorité de sept ans du tutorat jouait sur le sentiment de reconnaissance.

¹¹⁴ Formations des professions de santé, op.cit. p.78.

Nous en déduisons que les deux ans et demi de vécu de cette réforme ne sont pas suffisants pour que des changements profonds soient effectifs.

Le sentiment de reconnaissance ne s'arrête pas à l'utilisation d'un nouveau terme. Encore faut-il qu'il y ait un projet cohérent, valorisant les professionnels et les impliquant dans le changement de pratiques.

Le tutorat a été prescrit, imposé. Les professionnels ont été dépossédés brutalement de leur maîtrise de l'accompagnement des étudiants, de leur pouvoir et de leur image dans le groupe professionnel.

La mission d'encadrement des étudiants en stage a toujours été dévolue à l'IDE depuis de longues décennies. Elle fait partie du « rôle propre » de l'infirmière et se poursuit avec la réforme.

La fonction de tuteur n'est pas investie par les professionnels. Sa mise en place dans les institutions n'a pas été à la hauteur pour qu'une reconnaissance de cette fonction soit réellement présente et ressentie par les professionnels qu'ils soient cadre ou infirmier.

Le terme de « référent » utilisé avant la réforme et avant l'introduction du terme de « tuteur » est encore couramment employé deux ans et demi après la réforme.

La déstabilisation, les incompréhensions, la perte de sens et les frustrations des professionnels dans l'encadrement des étudiants en stage sont des indices qui expliquent que « *Les identités sont en crise de non-reconnaissance* ». ¹¹⁵ Les transactions de reconnaissance ne peuvent pas avoir lieu.

Cette non reconnaissance se cumule ou se superpose à une non reconnaissance déjà bien douloureuse dans la profession infirmière.

Même si le contenu de l'arrêté du 31 juillet 2009 permet de reconnaître cette fonction tutorale en délimitant un cadre, le peu de moyens concrets sur les terrains ne permet pas de relayer cette reconnaissance au niveau des professionnels. Il s'agit bien du rôle des institutions de santé que de créer les conditions favorables au développement du sentiment de reconnaissance professionnel chez les salariés. Les IFSI de leur côté ont un rôle essentiel dans la réalisation d'une alternance intégrative et peuvent jouer sur cette reconnaissance.

L'hypothèse que Le tutorat participe à une nouvelle forme de reconnaissance de l'accompagnement, préexistant à la réforme de juillet 2009, des étudiants infirmiers, par les cadres de santé et les infirmiers, n'est donc pas vérifiée.

¹¹⁵DUBAR Claude (2010), *La crise des identités*, op.cit. p.127.

V - 2 : Vérification de la deuxième hypothèse

D'un côté, plus de la moitié des professionnels interrogés disent ne pas voir de changement identitaire. Mais quelle est leur représentation, leur définition de l'identité professionnelle ? Nous n'avons pas ces informations. Leur prise de recul est quasiment nulle puisque leurs réponses sont en simultané. Ils n'ont pas eu de temps de réflexion.

D'un autre côté, leurs propos amènent des indices qui prouvent qu'un changement est en cours. Le Port Folio, les référentiels leurs ont été imposés brutalement. L'approche par compétences, la posture réflexive sont autant d'inconnu auxquels ils ont du se confronter. Ce qui a démolé leur maîtrise, leur assurance, leur pouvoir, leurs habitudes, leurs compétences. Il y a eu déstabilisation des repères. Leur cadre de référence, leurs représentations de l'étudiant en formation, de l'encadrement sont des sujets qui les mettent en questionnement.

Le nouveau vocabulaire, la formulation des critères et des indicateurs des référentiels sont pour eux une nouveauté qui leur demande de se mettre en posture réflexive.

Leur méconnaissance des principes de la réforme est clairement avouée par leur demande de formation, d'information et de temps pour comprendre.

Ce qui est paradoxal c'est que les étudiants sont sur les terrains de stage. D'une part ils sont les témoins de ce bouleversement et d'autre part ils ne sont pas accompagnés dans leurs apprentissages d'une manière sereine et efficace.

La présence des étudiants est d'autant plus inconfortable pour des professionnels démunis qui « tâtonnent » dans des pratiques nouvelles.

L'identité infirmière est pour un temps ébranlée. Il faudra quelques générations de nouveaux professionnels infirmiers pour connaître l'importance ou non de cette transformation identitaire. Nous sommes dans une crise d'identité de métier.

L'identité professionnelle infirmière est en perpétuel changement et en recherche de stabilisation. Avec cette réforme il y a des prémices d'une transformation favorable à la profession, ressenties chez les professionnels de terrain quand ils se projettent dans l'avenir.

La transformation est à son début : c'est la phase de déconstruction.

L'hypothèse que **L'identité professionnelle des cadres de santé et des infirmiers est transformée par la standardisation de transmission de savoirs et savoirs faire infirmiers**

est en partie vérifiée. Les professionnels sont bousculés dans leurs pratiques d'encadrement des étudiants qui n'est qu'une fonction parmi d'autres. Leur identité au sein du groupe professionnel est donc ébranlée.

VI - Critique de travail

Nous avons conscience des limites de ce travail tant par nos capacités d'analyse, la prise de recul par rapport à notre activité professionnelle, le temps attribué à ce travail de recherche, le volume important d'entretiens effectués qui rend d'autant plus large le travail d'analyse des données.

Une autre limite vient de l'outil choisi pour l'enquête, l'entretien lui-même. Pierre Bourdieu précise que la relation d'enquête reste une relation sociale qui exerce des effets sur les résultats obtenus. « *Malgré notre bonne volonté, toutes sortes de distorsions sont inscrites dans la structure même de la relation d'enquête.* »¹¹⁶

Nous ne sommes pas experte en la matière, et même si nous ne les maîtrisons pas, nous avons conscience que des « distorsions » existent et nous pouvons en repérer certaines.

Nous citerons l'intrusion dans le domaine personnel et professionnel, les censures sur certains sujets, la dissymétrie sociale c'est-à-dire la position hiérarchique lorsque nous interrogeons une IDE ou encore les statuts de cadre, manager et formateur et les représentations que chacun a de l'autre.

Mais l'enquêteur engage le jeu et institue la règle du jeu : il y a donc dissymétrie dès le début.

Notre neutralité de chercheur est toute relative car nous souhaitons avoir des réponses à notre problématique.

Nous faisons partie d'un même groupe professionnel, nous sommes des pairs et nous sommes dans une relation professionnelle particulière qui induit certaines réponses.

¹¹⁶ DANTIER B. (Mai 2004), « Pierre BOURDIEU, La situation d'enquête et ses effets », extrait de : P. BOURDIEU, (sous la direction de), *La misère du Monde*, Paris, Editions du Seuil, collection Points, 1993, p.4.

Nous avons remarqué un biais de notre responsabilité. Pour la retranscription, à l'écoute des entretiens nous avons constaté de nombreuses interruptions des paroles des interviewés. Leur parole a été coupée par des relances ou des demandes de précision de notre part. Peut être est-ce préjudiciable à l'expression des personnes dans le cours de leur pensée.

Nous rappelons que le nombre d'entretiens et le statut des interviewés est non représentatif d'une population.

Les hésitations, les silences, et tous les indices de la communication non verbale n'ont pas été pris en compte dans l'analyse.

Sept personnes interviewées étaient des connaissances professionnelles. Même si nous avons perçu de l'authenticité dans les propos des personnes, nous avons pu aussi être soumis d'une certaine façon à des réponses orientées pour satisfaire notre curiosité mais pas forcément toujours en transparence avec la réalité (propos minimisés ou amplifiés).

La spontanéité de l'interviewé est relative. Certains veulent trouver les réponses qui conviendraient selon eux. Il y a peut être une dérive de réponses du côté « bonnes réponses ».

Au bout de six mois de travail, nous restons humble devant le résultat de notre recherche quand nous lisons les propos de P. Bourdieu : *« l'enquêteur n'a de chance d'être véritablement à la hauteur de son objet que s'il possède à son propos un immense savoir, acquis, parfois tout au long d'une vie de recherche »*.¹¹⁷

VII - Préconisations

Nous allons montrer en quoi la recherche a permis de dégager des éléments permettant d'être réinvestis dans le cadre professionnel et quel lien nous faisons entre cette recherche et le chantier master.

L'écriture de ce travail et les nombreuses relectures nous ont permis de développer notre pratique réflexive par une métacognition.

Sur cette période d'un an, ce travail, tout comme le chantier Master, nous ont permis de nous professionnaliser en tant que formateur, de conforter nos compétences et de nous situer dans les métiers de la formation comme responsable.

¹¹⁷ Ibid. p.6.

Ce travail de recherche nous a montré l'importance de l'analyse d'un contexte de situation, le nécessaire décryptage des pratiques et surtout la nécessité de prendre en compte les acteurs dans la construction d'un projet. Tout projet doit être inscrit dans une temporalité qui permet l'assimilation de nouveautés, le changement des représentations.

En tant qu'ingénieur de formation, notre place sera d'analyser le contexte institutionnel des terrains de stage et de se situer aux niveaux des enjeux politiques, économiques et institutionnels pour concevoir et mettre en place un partenariat constructif. La mise en projet ne peut réussir sans cette étape de clarification du contexte. Ceci, pour qu'ensuite les acteurs, au plus proche de l'accompagnement des étudiants (IFSI et équipe de soins), construisent ensemble un projet cohérent et négocié, qui prenne sens dans le contexte de la réforme.

Puisque la crise identitaire est bien présente ainsi que la crise économique, de nouvelles adaptations doivent être pensées. Notre avis est que les budgets de formation ne seront pas prioritaires pour le tutorat dans les établissements de santé.

L'encadrement des étudiants infirmiers existait avant cette réforme et continuera d'exister. Il s'agira plutôt d'accentuer ce travail commun de co-construction entre formateurs d'IFSI et professionnels de terrain ce que demandent d'ailleurs les cadres et les infirmiers qui accueillent les étudiants.

C'est aux IFSI de proposer un projet cohérent d'accompagnement de l'étudiant tout au long de son parcours de formation en alternance.

VIII - CONCLUSION

Nous avons axé notre problématique autour du tutorat sur les terrains de stage des étudiants infirmiers. Nous nous sommes vite rendue compte que cette problématique du tutorat englobait une approche complète de la réforme avec des principes et une finalité différente de la réforme de 1992. En effet, l'alternance passant de « juxtapositive » à « intégrative », le référent tuteur de stage doit avoir un rôle de formateur. L'approche par compétences, la réflexivité sont autant d'éléments transfigurant l'accompagnement des étudiants en stage.

Les conclusions de la phase exploratoire nous ont permis d'évoquer une problématique autour de l'identité et de la reconnaissance professionnelle. Le cadre théorique nous a amené à présenter les formes identitaires biographique et relationnelle pour soi et pour autrui définies par C.Dubar.

Les dimensions intra et intersubjective de la reconnaissance, et les transactions de reconnaissance sont pour nous une base de référence pour cette recherche.

Nous avons posé notre question de recherche en ces termes : L'introduction de la fonction de tuteur dans la réforme des études d'infirmiers de juillet 2009 participe-t-elle à des transformations identitaires des professionnels infirmiers et cadres de santé ?

L'enquête de terrain sous forme d'entretiens semi directifs nous a amenés à ces conclusions.

Oui elle participe à des transformations, notamment à un bouleversement inattendu des anciennes pratiques d'encadrement, et des anciennes représentations chez les professionnels cadres et infirmiers. La perte de repères, de maîtrise déstabilise les professionnels dans leur identité. En quelque sorte il s'agit d'une phase de déconstruction et d'instabilité qui touche profondément les professionnels.

Deux ans ½ après la réforme des études, nous sommes sans aucun doute dans une phase intermédiaire où les professionnels « tâtonnent », se forment, se confrontent à l'erreur, réajustent, en fonction de leurs motivations, leur intérêts, leurs valeurs, leurs attentes. Nous avons découvert des professionnels en attente de formation et de structuration de la fonction tutorale. Le sentiment de non reconnaissance est très présent chez ces professionnels qui ont manqué d'accompagnement dans ce changement.

Il n'y a plus identification à la loi. La loi ne doit pas être vue comme toute puissante mais comme un repère. Il s'agit de construire du sens, de s'approprier une identité dans laquelle on se reconnaît sans être « hors la loi ». Trouver le juste équilibre entre ce qui est dicté par loi et soi, ses propres références. Traditionnellement on s'identifiait à la loi pour trouver sa place. Cet arrêté doit faire l'objet de discussions, d'échanges, de confrontation de points de vue entre professionnels. Les dimensions, relationnelle et sociale, au travail sont essentielles pour que l'encadrement des étudiants prennent du sens et qu'une transformation ait lieu.

Le contenu du référentiel de formation est en quelque sorte une norme qui va servir aux professionnels pour reconstruire une nouvelle identité. La mission d'encadrement qu'ils exerçaient en tant que référent / tuteur doit être enrichie d'une nouvelle posture d'accompagnement d'un adulte vers la professionnalisation.

Les professionnels de terrain, en augmentant leurs savoirs, leurs compétences vont développer leur professionnalité. Avec cette réforme imposée, ils sont aussi dans un processus de professionnalisation.

L'identité professionnelle qui est indissociable des identités, personnelle et sociale, ne cesse de se modifier. Elle appartient à l'individu qui est unique. Elle aura un caractère particulier pour chacun en fonction des trajectoires de vie sociales, familiales, professionnelles.

L'entrée du professionnel dans un questionnement sur sa pratique d'encadrement l'amène à une posture réflexive sur ses pratiques et le conduit à une praxis favorable au développement de la reconnaissance du métier.

Nous avons vu et entendu la demande des professionnels en terme d'information, de formation et de partenariat avec les formateurs d'IFSI. Cette demande est forte et c'est bien aux IFSI de faire cette démarche pour construire cette alternance intégrative.

Cette crise d'identité est à la fois personnelle puisqu'elle atteint chaque individu dans sa définition de « soi » et à la fois collective puisqu'elle touche l'ensemble d'un corps professionnel.

Un des prolongements possibles de ce travail serait une recherche sur les représentations qu'ont les professionnels de l'identité professionnelle infirmière aujourd'hui.

Ce travail pourrait se poursuivre par une mise en corrélation avec les résultats de l'enquête sur le tutorat faite auprès des étudiants infirmiers de fin de cursus de formation au printemps 2012. Cette enquête a eu lieu sur notre chantier Master et a fait parti des objectifs de notre mission. L'intérêt serait de mettre en avant l'« effet tuteuré » par rapport à « l'effet tuteur ».

Enfin nous proposons aussi une recherche et une enquête sur les terrains de stage lorsque deux ou trois promotions de diplômés formés avec le programme de 2009 seront professionnels c'est-à-dire dans deux ou trois ans, le temps que le processus de transformation ait permis d'entrer dans une phase de construction d'une identité collective.

Index des acronymes

AES : Administration, Economique et Social

CDS : Cadre de Santé

DU : diplôme universitaire

DEI : diplôme d'état d'infirmier

EHPAD : établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante

ESI : étudiant en soins infirmier

ESPIC : établissement de santé privé d'intérêt collectif (nouvelle appellation des Ets privés à but non lucratif)

Ets : établissement

HPST : Loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » de juillet 2009

IADE : infirmier anesthésiste diplômé d'état

IBODE : infirmier de bloc opératoire diplômé d'état

IDE : infirmier diplômé d'état

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmier

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique

MESP : mise en situation professionnelle

SSPI : salle de surveillance post interventionnelle

SLD : soins de longue durée

BIBLIOGRAPHIE

- BAUDOUIN Jean Michel, PITA Juan-Carlos, « Récits et formation : reconnaissance et biographie évaluative » in JORRO A., De KETELE J.M. (sous la direction de), (2011), *La professionnalité émergente : quelle reconnaissance ?* Bruxelles, Édition de bœck, 174p.
- BAUDRIT Alain (2008), *Le Tutorat, Richesse d'une méthode pédagogique, Pratiques pédagogique*, Bruxelles, Editions De bœck.
- BECOUCHE O., CHAUCHON C., SALOMON N., « Des représentations du métier à la construction de l'identité professionnelle », *Recherche en soins infirmiers* n°45 juin 1996, p.147.
- BECKERS Jacqueline (2007), *Compétences et identité professionnelles, L'enseignement et autres métiers de l'interaction humaine*, Bruxelles, éditions De Boeck, 347p.
- BELAIR Louise, « La reconnaissance de la professionnalité émergente par les superviseurs en situation pratique d'enseignement » in JORRO A., De KETELE J.M. (sous la direction de), (2011), *La professionnalité émergente : quelle reconnaissance ?* Bruxelles, Édition de bœck, pp. 101-116.
- BERBRA Samia, DULHOSTE Florimond, PARISY Laurent, FLAGEOLET Sarah, «Tuteur, une nouvelle fonction sur les lieux de stage », *Soins cadres*, suppl. N° 76 pp.16-18.
- CLOT Yves (2008), *Travail et pouvoir d'agir*, Paris, Puf, 296 p.
- CONWAY M.A. et PIOLINO P., « La construction de l'identité. Les subtils rouages de notre mémoire », *Les dossiers de la Recherche*, n° 49, juin 2012, pp.34-44.
- DANVERS Francis (2007), « Penser l'accompagnement en contexte de mobilité : orienter ou s'orienter, quel dilemme ? » in BOUTINET Jean Pierre (sous la direction de), *Penser l'accompagnement adulte, ruptures, transitions, rebonds*, Paris, puf, pp.51-72.
- DEJEAN Karine, CHARLIER Evelyne (2011), « Parcours d'insertion professionnelle : développement identitaire et sentiments associés », in De KETELE J.M. (sous la direction de), *La professionnalité émergente : quelle reconnaissance ?* Bruxelles, Édition de bœck, pp.66-82.
- DE KETELE Jean Marie, « La reconnaissance professionnelle : ses mondes et ses logiques », in JORRO A., De KETELE J.M. (sous la direction de), *La professionnalité émergente : quelle reconnaissance ?* Bruxelles, Édition de bœck, p.31-47.
- DENOYEL Noël, PESCE Sébastien, (2011), « Stratégies et concepts au service d'une ingénierie de la réflexivité », in GUILLAUMIN C. (sous la direction de), *Pratiques réflexives en formation Ingéniosité et ingénieries émergentes*, Paris, l'Harmattan, 223 p.
- DENOYEL Noël, PINEAU Gaston, ROBIN Jean Yves et Jean Pierre BOUTINET (sous la direction de), « *Penser l'accompagnement adulte -ruptures, transitions, rebonds* » - PUF- août 2008- p.134.
- DONNADIEU Bernard, GENTHON Michèle, VIAL Michel (1998), *Les théories de l'apprentissage, Quel usage pour les cadres de santé ?* Paris, InterEditions, Masson, 116 p.
- DOUCET Anne, « Réforme de la formation infirmière, une nouvelle dynamique », *La revue de l'infirmière*, n°153, septembre 2009, p.20, 21.
- DUBAR Claude (2010), *La crise des identités, l'interprétation d'une mutation*, Le lien social, Paris, PUF, (4^{ème} édition), 239 p.
- DUBAR Claude (2010), *La socialisation*, Paris, Armand Colin (4^{ème} édition), 251p.
- DUBAR Claude, « Polyphonie et métamorphoses de la notion d'identité », *Revue Française des Affaires sociales*, 2007, n°2, p.9-25
- FOURDRIGNIER Marc, « L'alternance dans les formation sociales », *Education permanente* n°190/2012 pp. 91-101.

- FOURNIER M. (1996), La pédagogie différenciée, *Sciences humaines, Hors série n° 12*, p. 26.
- FRAY Anne Marie et PICOULEAU Sterenn, « Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité du travail », *Management et Avenir* n°38, 2010, pp.72-88.
- GAILLARD Nadine et KOZLOWSKI Joëlle, « Vers un partenariat formalisé et efficient autour du tutorat de l'étudiant infirmier en stage », *Soins Cadres*, supplément au n°76, P 10.
- GALLE-GAUDIN Caroline, « Un tournant réflexif dans la pratique soignante : La formation au diplôme inter-universitaire de soins palliatifs et d'accompagnement », p.69-87 in GUILLAUMIN C. (sous la direction de), DENOYEL N., PESCE S., *Pratiques réflexives en formation Ingéniosité et ingénieries émergentes*, Paris, l'Harmattan, 223P.
- GUERIN Brigitte, « Albert BANDURA et son œuvre », *Recherche en Soins Infirmiers*, n°108, mars 2012, pp.108 à 116
- GUILLAUMIN Catherine, « Emergences ingénieuses en formation. La formation initiale et continue des soignants et des cadres hospitaliers », revue *TransFormations* n°5, 2011, p.125.
- JORRO Anne, De KETELE Jean Marie (sous la direction de), (2011), *La professionnalité émergente : quelle reconnaissance ?* Bruxelles, Édition de bœck, 174p.
- NHAN Marie, « Le formateur dans l'exploitation de stage : un médiateur vers la posture réflexive », Dossier Le tutorat dans *Info CEFIEC* n°25, p.33.
- LAVAL Christophe, « La reconnaissance, une question de culture ? » revue *Gestion*, volume 36, n°2, 2011, pp. 90-99.
- LE BOTERF Guy (2010), *Professionaliser ; Construire des parcours personnalisés de professionnalisation*, Paris, Eyrolles, Edition d'Organisation, 143 p.
- LE DOUARON Pierre, MAILLARD Dominique, FOURNIER Christine, « Le développement de l'alternance, une quête impossible ? », *Education Permanente* n° 190, 2012 , pp.31-48.
- OSTY Florence (2010), *Le désir de métier, Engagement, identité et reconnaissance au travail*, Rennes, PUR, 238p.
- PAUL Maëla (2011), *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*, Paris, l'Harmattan, 320p.
- PAUL Maëla, « *L'accompagnement : quels enjeux pour la fonction tutorale ?* Colloque, Tutorat et Accompagnement - 23 et 24 Novembre 2006, Conférence du 23 Novembre 2006, p.17.
- PAUL Maëla (2007), « L'accompagnement ou la traversée des paradoxes » in BOUTINET Jean Pierre (sous la direction de), *Penser l'accompagnement adulte, ruptures, transitions, rebonds*, Paris, puf, pp. 251-274.
- PERRENOUD Philippe (2008), *Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant*, édition ESF- p.14
- QUIVY Raymond, VAN CAMPENHOUDT Luc (2002), *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 2^{ème} édition, 287 p.
- ROHART Jean-Daniel (2008), *Carl Rogers et l'action éducative*, Ed de la Chronique Sociale, p. 76.
- SANTELMANN Paul, « L'alternance comme mode de refondation de la formation professionnelle des jeunes », *Education Permanente* n°190, 2012, p.111.
- SCHNEIDER HAAR Irène (2004), « Le tutorat... : à la recherche d'un réel partenariat », mémoire IFCS, AP-HP Paris, 69p.
- SCHÖN Donald, (1993) *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*, Montréal, Éditions Logiques.
- THILLIET Pierre, « Le cadre est-il responsable du développement des compétences de ses collaborateurs ? » *Education Permanente*, n°187, juin 2011, pp121-133.

VIAL Michel, CAPARROS-MENCACCI Nicole (2009), *L'accompagnement professionnel ? Méthode à l'usage des praticiens exerçant une fonction éducative*, Bruxelles, Editions De boeck, 336p.

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

Formations des professions de santé- Profession Infirmier- Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession, SEDI, réf. 650505.

SITOGRAPHIE

BAYLE Isabelle, <http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsil/la-formation-en-ifsil/formation-infirmiere-nouveau-programme.html> , consulté le 20 juillet 2012.

DANTIER B. (juillet 2004), « Gaston Bachelard, les obstacles épistémologiques » (texte présenté par), extrait de : *Gaston Bachelard, La formation de l'esprit scientifique*, Paris, Librairie philosophique Vrin, 1999 (1^{ère} édition :1938) chapitre1^{er}.
http://classiques.uqac.ca/collection_methodologie/index.php, consulté le 15 juillet2012.

DANTIER B. (Mai 2004), « Pierre BOURDIEU, La situation d'enquête et ses effets », extrait de : P. Bourdieu, (sous la direction de), *La misère du Monde*, Paris, Editions du Seuil, collection Points, 1993,
http://classiques.uqac.ca/collection_methodologie/index.php, consulté le 15 juillet2012.

DELON Sylvie, *concept du rôle propre infirmier*, extrait du mémoire de l'école de cadre, 1997. <http://papidoc.chic-cm.fr/544rolepropinfirm.html> consulté le 13 juin 2012

GARRIC CH., *Quelle identité professionnelle pour les infirmières ?* <http://www.infirmiers.com>, consulté Le 17 janvier 2012.

LEPOIL Delphine, « vers une nouvelle demande de la société envers les soignants comme facteur d'identité professionnelle », www.cadredesante.com, sep 2009
<http://www.cadredesante.com/spip/> consulté le 3 juillet 2012.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_411173/mieux-connaître-la-certification-des-etablissements-de-sante, consulté le 10 juin 2012.

Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008, Axe 2 - Des patients, des familles et des professionnels,
<http://www.legislation-psy.com>, consulté le 5 décembre 2011.

<http://www.ordre-infirmiers.fr/lordre-et-les-conseils-ordinaux/role-et-missions.html>, consulté le 22 juin 2012.

Loi HPST du 21 juillet 2009, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475>, consulté le 17juillet 2012.

Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire - Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer (janvier 2011): <http://www.sante.gouv.fr/rapport-relatif-aux-metiers-en-sante-de-niveau-intermediaire-professionnels-d-aujourd-hui-et-nouveaux-metiers-des-pistes-pour-avancer.html> consulté le 17 juillet 2012.