

Centre ressource métiers et compétences en psychiatrie



Quel tutorat d'intégration en psychiatrie ?

M. NICOLAS – CRMC – Juillet 2016

SOMMAIRE

1	DEFINITION ET OBJECTIFS DU TUTORAT	3
2	MODALITES ORGANISATIONNELLES	4
2.1	Tutorat individuel et tutorat collectif	4
2.2	La coordination du dispositif	5
2.3	Les autres modalites organiSationnelles	5
2.3.1	La fréquence.....	5
2.3.2	Le nombre de tutorés par tuteur	6
2.3.3	Le lieu du tutorat.....	6
3	LE PUBLIC CIBLE.....	6
4	LE TUTEUR.....	6
4.1	Sélection du tuteur :	7
4.2	Formation du tuteur :.....	8
4.3	Analyse de la pratique des tuteurs	8
5	EVALUATION DU DISPOSITIF	8
5.1	Evaluation quantitative annuelle :	8
5.2	Evaluation qualitative annuelle :	9
5.2.1	Evaluation de la satisfaction et des acquis par le tutoré :.....	9
5.2.2	Evaluation commune tuteur et tutoré	10
5.2.3	Evaluation par le cadre de proximité de l'évolution professionnelle du tutoré	10
6	D'AUTRES PISTES DE REFLEXION... ..	11
	BIBLIOGRAPHIE	12
	MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL	14

Le tutorat, inscrit dans le plan santé mentale 2005-2008, a été formalisé plus précisément dans le cadre de la circulaire DHOS/P2/O2DGS/6C n° 2006-21 du 16 janvier 2006 relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie.

La pérennité du dispositif constitue à ce jour un enjeu important pour les établissements ayant une activité de soin en psychiatrie dans la recherche de qualité dans la prise en soins en lien avec les compétences des professionnels.

Après dix années de mise en œuvre, de l'évaluation du dispositif en 2009 qui a permis de le reconduire en Rhône-Alpes, les adhérents du CRMC ont souhaité réfléchir à nouveau sur ce dispositif afin de pouvoir en redéfinir les objectifs, le contenu, la place des acteurs et sa pérennisation.

Pour ce faire, une enquête régionale a été lancée en mai 2016 par le CRMC. Les résultats de cette enquête ont permis d'alimenter la réflexion d'un groupe de travail qui s'est réuni deux fois (membres du groupe en annexe).

1 DEFINITION ET OBJECTIFS DU TUTORAT

Le tutorat fait partie intégrante du dispositif de professionnalisation. Il ne peut pas être défini comme une formation à proprement parler. Ce dispositif constitue une passerelle entre formation (initiale et consolidation des savoirs) et pratique professionnelle. Il s'agit d'une pédagogie expérientielle.

Nous pouvons décliner plusieurs objectifs à ce dispositif:

- Construction identitaire professionnelle du nouvel arrivant
- Accompagnement d'une pensée réflexive chez le professionnel tuteuré
- Professionnalisation du nouvel arrivant en psychiatrie
- Espace de dé-contextualisation permettant une conceptualisation du soin

Ce dispositif n'est **pas de l'adaptation à l'emploi** (organisation de l'unité, apprentissage des logiciels). Ce travail d'adaptation à l'emploi doit être réalisé au sein de l'unité par les pairs et l'encadrement dans une démarche que nous qualifierons de **compagnonnage**.

Le tutorat vise une transmission de savoir-faire et savoir-être dans un travail de prise de distance, de compréhension de ce qui se joue dans la relation de soin.



2 MODALITES ORGANISATIONNELLES

2.1 TUTORAT INDIVIDUEL ET TUTORAT COLLECTIF

Deux dispositifs coexistent actuellement: le tutorat individuel et le collectif. Il convient donc de les définir. Dans l'idéal les deux doivent coexister. Pour les deux, il s'agit d'analyse de la pratique professionnelle exercée par un pair.

Le tutorat individuel est le tutorat de référence qui peut être complété et enrichi par un tutorat collectif.

✓ **Le tutorat individuel :**

Il caractérise la **rencontre régulière** du tuteur et du nouvel arrivant autour d'un échange sur des problématiques cliniques, de comportement, mais aussi des enjeux institutionnels. Cet échange s'appuie sur les situations apportées par les professionnels en cours de tutorat, situations l'ayant interpellé, questionné ou au cours desquelles il se serait senti en difficulté.

Le tuteur apporte la possibilité d'une mise à distance, d'une mise en perspective des situations en apportant des repères cliniques, théoriques. L'approche sera personnalisée, singulière en lien avec les besoins du tuteur.

✓ **Le tutorat collectif :**

il s'agit de travailler une situation clinique **en groupe**, ou problématique institutionnelle apportée par un tuteur.

On peut parler ici de co-construction, permettant des regards croisés entre pairs autour de la situation.

Un des aspects travaillés va être la capacité du jeune professionnel à se **positionner au sein du groupe**, à expérimenter la prise de parole en groupe autour de la clinique.

Le tutorat collectif permet l'apprentissage de la **confrontation des points de vue**, il permet aussi un mécanisme identificatoire aux pairs qui en sont au même stade qu'eux.

Enfin, cette situation permet au tuteur d'exercer **sa capacité réflexive** sur d'autres situations cliniques, d'autres contextes institutionnels.

Le groupe est constitué de **6 tuteurs au maximum** accompagnés par un ou deux tuteurs.

→ Autres dispositifs pouvant exister :

○ **Journées ou demi-journées thématiques :**

Il s'agit d'un temps réunissant tous les tuteurs et tuteurs autour d'un thème sur une journée avec interventions et échanges sur thématiques. Ce dispositif favoriserait la notion d'appartenance à l'institution.

○ **Tutorat « d'expertise »**

Il s'agit d'un dispositif spécifique dans certains établissements qui vient se rajouter au tutorat généraliste afin de favoriser une adaptation à une pratique spécifique (réhabilitation) ou tenter de



répondre à une question spécifique qui se poserait à un moment ou un autre : travail autour d'un cas clinique en réunion clinique où sont mises en évidence les spécificités métiers.

2.2 LA COORDINATION DU DISPOSITIF

Le dispositif est intégré à la coordination des soins. Le directeur des soins est responsable de ce dispositif.

Le directeur des soins peut désigner un cadre ou un cadre supérieur pour coordonner le dispositif. Celui-ci devient l'interlocuteur privilégié des tuteurs et tutorés mais aussi de l'ensemble des acteurs institutionnels. Il fait vivre le dispositif et le valorise.

Le cadre institutionnel ainsi posé participe de la reconnaissance de la fonction tutorale au sein de l'établissement.

Le rôle du cadre/cadre supérieur coordonnateur :

- Recrute les tuteurs – la désignation se fera par le directeur des soins.
- Organise le dispositif en lien avec le service des ressources humaines, l'encadrement.
- Communique sur le dispositif au sein de l'établissement.
- Anime l'équipe de tuteurs, en les réunissant (nous pointons ici le rôle important de ce groupe dans une fonction de co-étayage des tuteurs entre eux)
- Veille au respect des modalités du dispositif
- Réalise le rapport annuel du dispositif et évalue le dispositif

2.3 LES AUTRES MODALITES ORGANISATIONNELLES

2.3.1 LA FREQUENCE

En individuel :

La régularité des rencontres est un élément important.

A titre indicatif, une séance mensuelle d'une heure et demie à deux heures paraît être une fréquence satisfaisante.

L'accompagnement pendant un an est la durée de référence (une dizaine de séances). Cette durée pourra être adaptée (réduite) en fonction de l'évolution du tutoré et de l'évaluation du tuteur.

En collectif :

La fréquence du dispositif groupal est de deux à trois séances par an.



2.3.2 LE NOMBRE DE TUTEURS PAR TUTEUR

Pour des tuteurs en activité on estime qu'il ne faut pas dépasser 3 tutorés par tuteur.

→ *D'autres modalités sont envisagées et existent : tuteurs retraités, ou infirmiers détachés sur une mission transversale dont tutorat.*

2.3.3 LE LIEU DU TUTORAT

Le lieu où se déroulent les séances de tutorat doit être différencié des lieux d'exercice professionnels des tuteurs et tutorés. Un espace dédié apparaît comme favorable au bon déroulé de ce travail.

3 LE PUBLIC CIBLE

Le dispositif doit être obligatoirement proposé à tout nouvel arrivant.

Pour cela il faut un véritable accompagnement institutionnel, avec de l'information en direction des nouveaux arrivants et des cadres de santé. L'implication de l'encadrement est primordiale pour que le dispositif puisse se déployer.

Une première présentation du dispositif doit pouvoir être fait par le cadre de proximité. Une première rencontre avec le tuteur peut se révéler intéressante à proposer pour affiner sa représentation du dispositif.

Le tutorat doit **débuter au cours de la première année d'exercice** en observant un délai minimum (3 mois) permettant au nouvel arrivant une confrontation avec la pratique professionnelle et la naissance de questionnements liés à cet exercice.

L'expérience des membres du groupe de travail permet de signaler une meilleure adhésion si le contact initial est opéré par le tuteur.

4 LE TUTEUR

Si l'objectif est de travailler sur la construction identitaire, le tuteur sera forcément **un pair n'ayant aucune fonction hiérarchique**.

Le tuteur **ne doit pas exercer dans la même unité**. L'exercice au sein de la même unité ne permet pas le même travail. La liberté de parole et la confidentialité ne sont pas les mêmes.

A noter cependant qu'il existe des situations d'établissements (de petite taille ou de gestion des effectifs qui ne le permettent pas). La solution des retraités pourrait être une bonne alternative. Difficulté pour les structures privées (contrats de droit privé moins souples). Cette question pourrait ouvrir la réflexion sur une fonction de **tuteur partagé** entre plusieurs établissements.



4.1 SELECTION DU TUTEUR :

Il s'agit d'un recrutement interne à l'établissement (sauf choix de tuteurs partagés entre plusieurs établissements). Ce recrutement prend la forme d'une candidature qui devrait comprendre à minima un **curriculum-vitae et une lettre de motivation**.

→ Certains établissements demandent la rédaction d'un dossier professionnel dans lequel le candidat revient sur son expérience et les acquis liés à cette expérience.

Un **entretien de recrutement** sera ensuite mis en place par le directeur des soins ou le cadre chargé de coordonner le dispositif.

Il convient de recueillir l'évaluation de l'aptitude à la fonction auprès de l'encadrement de proximité du candidat sur la base **des critères et indicateurs** suivants :

- **Expérimenté** : 5 ans minimum d'exercice professionnel en psychiatrie. On tendra à maintenir ce niveau d'expérience minimum.
→ Nous notons cependant une difficulté pour certains établissements à honorer cette exigence minimum.
- **Engagement** : Il est important que le tuteur s'engage pour une durée minimum de trois ans dans la fonction.
- Le candidat doit être **volontaire et motivé** par cette mission.
- **Capacité à transmettre, pédagogiques** : implication dans l'encadrement des stagiaires. Intervention en instituts. Participation aux séances d'analyse clinique en lien avec les IFSI. Accompagnement des nouveaux professionnels.
- **Capacités cliniques** : participations aux réunions cliniques, écrits, transmissions, pertinence des interventions en situation de soin
- **Savoir être / posture professionnelle** : bienveillance, écoute, négociation.
- **Capacité à conceptualisation sa pratique, le soin** : Capacité à prendre de la distance par rapport à sa pratique, intervention en réunion clinique, qualité des transmissions
- **Référencement clinique** : vocabulaire professionnel, maîtrise des concepts de soins
- **Réactualisation de ses connaissances** : lectures professionnelles, formations, congrès, intérêt pour les travaux de recherche.
- **Capacité d'auto-évaluation** : capacité à interroger sa pratique, remise en question, confronter avec un groupe.
- **Connaissance de l'institution ou engagement institutionnel** : investir ou avoir investi la question institutionnelle (groupe de travail, instance)
- **Capacité à rendre compte** : bilan d'activité individuel, auto-évaluation. Retour sur les difficultés, points positifs... Participation à l'évolution du dispositif

→ Le tutorat a aussi un effet pour le tuteur : il lui permet à la fois une réflexion sur sa pratique et nécessite une mise à niveau de ses connaissances. .



4.2 FORMATION DU TUTEUR :

Cette formation **n'est pas une formation clinique** (La compétence clinique et la capacité à faire appel à des modèles théoriques sont des pré-requis à la fonction de tuteur). Ainsi, la formation doit être centrée sur **la fonction pédagogique du tuteur**. Il s'agit donc d'une formation en pédagogie adulte. Elle devra se dérouler sur trois jours minimum en initial et devra être réactualisée (sous la forme d'une journée par an ou tous les deux ans).

Cette formation doit permettre l'acquisition de modèle conceptuel d'analyse des pratiques en individuel ou en groupal (Nous convenons cependant que l'animation de tutorat groupal n'est pas accessible dans un premier temps à tous les tuteurs). De fait, cette formation devra permettre au tuteur de mettre en place une méthodologie, un cadre de travail structuré, permettant l'efficacité de la rencontre avec le tuteur.

4.3 ANALYSE DE LA PRATIQUE DES TUTEURS

Cette possibilité d'accompagnement spécifique des tuteurs se révèle intéressante. Il sera privilégié une analyse des pratiques centrée sur la fonction pédagogique du tuteur. Cependant, la question clinique étant au très présente au cœur de l'apprentissage recherché, il apparaît intéressant de pouvoir s'adresser à un professionnel possédant une double compétence : pédagogique et clinique.

Le volume annuel est évalué à 12 heures.

5 EVALUATION DU DISPOSITIF

5.1 EVALUATION QUANTITATIVE ANNUELLE :

- Nombre de tuteurs
- Nombre de tutorés accompagnés
- Nombre d'heures consacrées/par tuteur/par type de tutorat (collectif/individuel)
- Nombre de séances de tutorat collectif
- Nombre de réunions de tuteurs
- Suivi GRH : nombre de départs infirmiers hors retraite et décès / délai entre fin tutorat et départ/ destination (psychiatrie, médico-social ou autres)



5.2 EVALUATION QUALITATIVE ANNUELLE :

Elle peut reposer sur trois types d'évaluation.

5.2.1 EVALUATION DE LA SATISFACTION ET DES ACQUIS PAR LE TUTEUR :

Réalisée en fin de parcours tutoral, cette évaluation est proposée sous forme de questionnaire que le tuteur devra remplir seul. L'anonymat de cette évaluation peut-être recherchée même si au sein de petits établissements, au vu d'un nombre faible de nouveaux arrivants, un biais peut-être créé. Il paraît intéressant d'interroger de manière distincte les mêmes items pour l'individuel et le collectif.

Les thématiques d'enquête :

- Satisfaction globale
- Satisfaction en lien avec les modalités organisationnelles :
 - Rythme des rencontres
 - Durée des rencontres
 - Lieu des rencontres
 - Durée globale du tutorat
- Satisfaction quand au contenu :
 - Qualité des échanges
 - Qualité des apports cliniques
 - Disponibilité, écoute
- Apport identifié du tutorat dans la relation avec le patient*
- Apport identifié du tutorat dans le positionnement avec l'équipe*
- Apport identifié du tutorat dans la capacité réflexive*

*Ces trois derniers items peuvent faire l'objet de questions ouvertes ou en appui sur certains indicateurs :

Relation avec le patient : Meilleure capacité d'écoute / d'observation, capacité à développer des entretiens infirmiers, meilleure aisance dans la gestion de situations cliniques complexes, meilleure capacité à intervenir sur les situations de crise...

Positionnement avec l'équipe : capacité à partager son point de vue, meilleure aisance dans les échanges professionnels (réunions cliniques), meilleure coordination avec les autres professionnels,

Capacités réflexives : meilleure analyse des situations cliniques, capacité à interroger sa pratique et à la faire évoluer, capacité à se confronter aux points de vue de ses collègues et d'argumenter, capacité à interroger les pratiques de ses collègues ou autres professionnels (médecins), lectures professionnelles

- Autres acquis identifiés par le tuteur (si proposition de questions fermées précédemment)
- Propositions d'améliorations



5.2.2 EVALUATION COMMUNE TUTEUR ET TUTEURÉ

Cette évaluation correspond plus à un bilan partagé du parcours tutoral. Elle se réalise en commun tuteur et tutoré. Il n'est pas dans les attributions du tuteur d'évaluer l'acquisition de compétences du tutoré.

Éléments d'enquête :

- Satisfaction globale
- Satisfaction en lien avec les modalités organisationnelles :
 - Rythme des rencontres
 - Durée des rencontres
 - Lieu des rencontres
 - Durée globale du tutorat
- Thématiques abordées

5.2.3 EVALUATION PAR LE CADRE DE PROXIMITÉ DE L'ÉVOLUTION PROFESSIONNELLE DU TUTEURÉ

Cette évaluation réalisée par le cadre de proximité viendrait en complément de l'évaluation réglementaire. Ajouter une évaluation hors de ce temps, sur la thématique exclusive du tutorat ne paraît pas pertinent. Il s'agirait cependant d'une évaluation réalisée sur un support indépendant permettant un retour au coordonnateur du dispositif. De fait, il est opportun d'anonymiser cette évaluation.

Éléments d'évaluation :

Relation avec le patient : Meilleure capacité d'écoute / d'observation, capacité à développer des entretiens infirmiers, meilleure aisance dans la gestion de situations cliniques complexes, meilleure capacité à intervenir sur les situations de crise...

Positionnement avec l'équipe : capacité à partager son point de vue, meilleure aisance dans les échanges professionnels (réunions cliniques), meilleure coordination avec les autres professionnels,

Capacités réflexives : meilleure analyse des situations cliniques, capacité à interroger sa pratique et à la faire évoluer, capacité à se confronter aux points de vue de ses collègues et d'argumenter, capacité à interroger les pratiques de ses collègues ou autres professionnels (médecins), lectures professionnelles



6 D'AUTRES PISTES DE REFLEXION...

Différentes perspectives sont interrogées au cours du travail de groupe :

- La possibilité d'ouvrir le **tutorat collectif à la question de l'inter-établissement**. En effet, il peut se révéler intéressant de dynamiser le dispositif par des échanges inter-établissements. Par ailleurs, pour certains établissements, la mise en œuvre du tutorat collectif peut-être freiné par un effectif réduit.
- **La « professionnalisation des tuteurs »** : L'expérience de certains établissements avec des tuteurs retraités de leur fonction d'infirmier, vient interroger la possibilité d'une professionnalisation des tuteurs La disponibilité de ces infirmiers retraités permet une plus grande souplesse dans la gestion du dispositif. Ainsi, il est également évoqué la possibilité de partager un tuteur entre plusieurs établissements.
- **La reconnaissance des tuteurs** : cette question reste importante dans les échanges. Il conviendrait de réfléchir à la mise en place de modalités permettant cette reconnaissance.
- **La mutualisation des formations de tuteurs** au niveau régional, devient aujourd'hui nécessaire. En effet, le recrutement de tuteurs « au fil de l'eau » ne permet plus aux établissements de constituer des groupes pour une formation en interne. D'autre part, dans la perspective d'intervention de tuteurs dans plusieurs établissements, cette mutualisation permettrait la définition d'un cahier des charges commun pour cette formation.



BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

- **PERRIN-NIQUET, Annick, PERNOT, Françoise**, « *La construction de la professionnalité en psychiatrie, un outil nécessaire : le tutorat* », dans **MORASZ, Laurent, PERRIN-NIQUET, Annick, BARBOT, Catherine, MORASZ, Clémence**, « *L'infirmier en psychiatrie* », Editions Elsevier-Masson, 2012, p. 291-299.

Revue :

- **BASTIDE, Théophile**, « Le tutorat, une pratique efficiente », *Gestions hospitalières*, août/septembre 2013, n°528, p.588-592
- **BOITEAU, Karine, BARRET, Christophe**, « Gérer la transition générationnelle en hôpital psychiatrique : du diagnostic co-construit au plan d'action », *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, 2016/53, vol.XXII, p. 187-210.
- **MAHIEUX, Pascal**, « Tutorat en psychiatrie : à la recherche des savoirs », *Santé mentale*, août 2015, p. 34-37.
- **PERRIN-NIQUET, Annick**, « Formation et pratique infirmière en psychiatrie : une structuration mutuelle », *Soins psychiatrie*, n° 277, novembre/décembre 2011, p. 14-17
- **VERNOTTE, Chabha**, « Une logique de compétences », *Soins psychiatrie*, n° 260, janvier/février 2009, p. 42-44
- **WITORSKY, Richard**, « Evolution des compétences professionnelles des tuteurs par l'exercice du tutorat », *Recherche et formation*, 1996, n°22, p. 35-46

Sources électroniques :

- **BOITEAU, Karine**, « Parcours d'intégration en psychiatrie », Site de la revue Gestions hospitalières, <http://www.gestions-hospitalieres.fr/en/article/parcours-dintegration-en-psychiatrie>, 6 pages.
- **BUTEAU, Magali**, « la construction identitaire professionnelle de l'infirmier de secteur psychiatrique », site internet [cadredesante.com](http://www.cadredesante.com), <http://www.cadredesante.com/spip/IMG/pdf/ConstructionIdentitairePsy.pdf>, 4 pages
- **FORNE, Mercedes, NIEDERLENDER, Philippe**, « Premiers pas d'une forme de compagnonnage en psychiatrie », Site SERPSY, http://www.serpsy.org/formation_debat/Bilan%20Tutorat%202008.pdf, 18 pages.
- **THIREAU, Fanny, LOUVET, Jérémy**, « Autour d'une rencontre : dialogue sur le tutorat infirmier », site internet [santementale.fr](http://www.santementale.fr), <http://www.santementale.fr/exclusivites/recus-a-la-redaction/autour-d-une-rencontre-dialogue-sur-le-tutorat-infirmier.html>, 2007, 6 pages.
- **VACHER, Frédérique**, « L'écriture, le savoir et les infirmières », Site internet « Le réservoir », <http://www.lereservoir.eu/MALLE%20DU%20PROF/BIBLIOTHEQUE/SOCIOLOGIE%20SANTE/ECRITURE%20SAVOIR%20INFIRMIER.pdf>, 3 pages



Textes règlementaires :

- Circulaire DHOS/O2DGS/6C n° 2006-21 du 16 janvier 2006 relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie.

Autres sources :

- **BARTOLETTI, Martine**, Groupe de travail, « Enquête sur l'impact des actions de formation du plan psychiatrie et santé mentale. Consolidation des savoirs et intégration des savoirs – tutorat », ARH, 2009, 55 pages.
- **BROSSAT, Florence, LECOMTE, Karyn, YNESTA, Sylvie**, Evaluation du « volet régional de formation » en psychiatrie et propositions pour sa pérennisation, ARS, juillet 2013, 18 pages.
- **COMBRET, Michel**, « La transmission des savoirs empiriques et des pratiques informelles en psychiatrie dans la production de sens », Colloque « Le Tutorat infirmier en psychiatrie : quel accompagnement pour donner sens aux pratiques », 31 janvier 2014, 13 pages.
- **LEDEZ, Christophe**, « Regards croisés sur les pratiques tutorales », Actes de la 1^{ère} journée régionale du tutorat d'intégration en psychiatrie, Saint Cyr au Mont d'Or, février 2010, 54 pages
- **LEDEZ, Christophe, NICOLAS, Michel**, « Qu'est-ce qui fait tutorat ? », Actes de la 2^{ème} journée régionale Rhône-Alpes du tutorat d'intégration en psychiatrie, Saint Cyr au Mont d'Or, avril 2012, 39 pages
- **MATHARAN, Judith, MICHEAU, Julie, PENSO Annick**, Rapport d'étude « Etude sur le tutorat/compagnonnage des professionnels infirmiers en psychiatrie », Plein sens, septembre 2010, 108 pages.
- **NICOLAS, Michel**, Enquête sur le tutorat en région Auvergne-Rhône-Alpes, juin 2016, 36 pages



MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

- ALBAN Brigitte, Directrice des soins, Centre Psychothérapique de l'Ain, BOURG EN BRESSE (01)
- BECHET Annick, Directrice des soins, CH Saint Jean de Dieu, LYON (69)
- BELLOURAD Eric, Cadre supérieur de santé, CH Saint Jean de Dieu, LYON (69)
- FLORENTIN Annie, Cadre supérieur de santé, CHU Clermont Ferrand (63)
- FONDRAZ Marie, Cadre de santé, CHS « Le Valmont », MONTELEGER (26)
- GIRAUD Anne Marie, Directrice, Clinique Saint Vincent de Paul, LYON (69)
- IWANOW Thierry, Cadre de santé
- LECLERC Laurent, Cadre de santé, Clinique Notre Dame, VILLEURBANNE (69)
- MAHIEUX Pascal, Cadre supérieur de santé, CHS de Savoie, BASSENS (73)
- MESSIAEN Evelyne, Cadre supérieur de santé, CH « Le Vinatier », BRON (69)
- MIGNOT Martine, Cadre supérieur de santé, Centre Psychothérapique Nord Dauphiné, BOURGOIN-JALLIEU (38)
- NICOLAS Michel, Directeur des soins, CRMC, VOIRON (38)
- RABAHI Hanifa, Coordinatrice des soins, Clinique « Le Clos Montaigne », MONTROND LES BAINS (42)
- RIVALDI Lydie, Cadre supérieur de santé, CH « Henri Mondor », AURILLAC (15)
- SERNA Ludovic, Cadre de santé, CH de Saint Cyr au Mont d'Or, SAINT CYR AU MONT D'OR (69)
- TEPPA Béatrice, Cadre supérieur de santé, CHU Grenoble, GRENOBLE (38)
- VERNIER-LETERRIER Marie Laure, Cadre de santé, CH Annecy-Genevois, ANNECY (74)