



EHESP

Directeur des Soins

Promotion : **2014**

Date du Jury : **Décembre 2014**

**L'intégration des nouveaux diplômés
infirmiers : rôle et enjeux pour le
Directeur des Soins**

Philippe MAURICE

Remerciements

Je tiens à remercier particulièrement :

Les enseignants et intervenants de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique,

Les professionnels de santé qui ont accepté de participer à notre enquête pour leur accueil et leur disponibilité,

Les collègues et amis pour leur attention et leur soutien.

Merci à ma petite famille pour sa patience, sa gentillesse et sa compréhension.

Sommaire

Introduction	1
1 CADRE CONCEPTUEL ET PROBLEMATIQUE.....	5
1.1 Les constats et le contexte	5
1.2 Notre questionnement	8
1.3 Cadre conceptuel.....	10
1.3.1 Le dispositif métier de Directeur des Soins.....	10
1.4 La qualité à l'hôpital.....	13
1.5 Cadre théorique	14
1.5.1 L'intégration	15
1.5.2 Les compétences	16
1.5.3 L'accompagnement.....	18
1.5.4 Le tutorat.....	19
2 METHODOLOGIE	21
2.1 La méthode d'enquête choisie.....	21
2.2 Le choix des personnes enquêtées	21
2.3 La réalisation des entretiens.....	21
2.4 Les limites de l'enquête	22
2.5 Les thèmes abordés.....	22
2.6 Les lieux d'enquête	22
2.6.1 L'établissement A : le CHU.....	22
2.6.2 L'établissement B: le CH	23
3 L'ENQUETE : RESULTATS ET ANALYSE.....	25
3.1 La politique d'intégration	25
3.1.1 L'accueil dans l'établissement.....	27
3.1.2 La journée d'accueil	29
3.1.3 L'accueil dans les unités	30
3.1.4 L'intégration au sein des unités	32
3.1.5 Les enjeux de l'intégration.....	34
3.2 L'organisation de la professionnalisation	35
3.2.1 L'accompagnement.....	35
3.3 L'évaluation des compétences	37
3.4 La collaboration avec l'IFSI	39
3.5 Le rôle du Directeur des Soins dans le processus.....	40
3.5.1 Eléments de réflexion.....	41

4	PROPOSITIONS D' ACTIONS	43
4.1	La mise en œuvre des outils institutionnels.....	44
4.1.1	La charte d'accueil et d'intégration.....	44
4.1.2	La journée d'accueil.....	44
4.1.3	Le livret d'accueil	44
4.2	L'adaptation à l'emploi	45
4.2.1	Le référentiel de compétences.....	46
4.2.2	L'organisation du tutorat	46
4.2.3	L'évaluation des compétences individuelles	47
4.2.4	Le livret de professionnalisation.....	48
4.2.5	Les supports pédagogiques.....	49
4.2.6	Le développement professionnel	49
4.3	La qualité de vie au travail	50
4.3.1	Les hôpitaux attractifs.....	51
4.4	Les pratiques managériales innovantes.....	52
	Conclusion.....	55
	Bibliographie.....	57
	Liste des annexes.....	I
	Annexe 1 : Tableau synthétique du plan d'actions	I

Liste des sigles utilisés

ANAP: Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

CH: Centre Hospitalier

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Réadaptation et Médico-Techniques

CS: Cadre de Santé

CSS: Cadre Supérieur de Santé

DGOS: Direction Générale de l'Offre de Soins

DPC: Développement Professionnel Continu

DRH: Direction des Ressources Humaines

DS: Directeur des Soins

GPEC: Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

HAS: Haute Autorité de Santé

HPST: Hôpital Patients Santé Territoires

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IFSI: Institut de Formation en Soins Infirmiers

IGAS: Inspection Générale des Affaires Sociales

MCO: Médecine Chirurgie Obstétrique

RH: Ressources Humaines

Introduction

L'institution hospitalière est porteuse d'une histoire longue et riche et a dû s'adapter, au fil du temps à de profondes modifications. Les réformes hospitalières successives ont impacté la gestion financière, la qualité et la sécurité des soins, les droits des patients, les organisations de soins. Désormais, cette institution doit concilier une maîtrise de ses dépenses de santé avec des prestations de soins de qualité, en toute sécurité pour la population.

La gestion des risques et la qualité des soins sont au cœur des préoccupations. Les risques à l'hôpital font l'objet d'une attention particulière des pouvoirs publics et sont présents dans de nombreux champs ainsi qu'en témoignent les vigilances désormais en place dans les établissements de santé. Le Directeur des Soins est garant de la qualité et de la sécurité des soins prodigués aux patients par les professionnels non médicaux.

Les métiers de l'hôpital sont également touchés de près par les réformes. Les cadres de santé ont vu en quelques années leur approche managériale se transformer. En fait, les soins à réaliser apparaissent aujourd'hui de plus en plus complexes dans un univers où le consumérisme progresse. Les patients, toujours mieux informés, présentent parallèlement un niveau d'exigence élevé. Les durées de séjours se sont réduites en lien notamment avec l'évolution des techniques. Les infirmier(e)s voient leurs conditions d'exercice rendues difficiles pour les mêmes raisons. Ceux-ci sont formés à des compétences polyvalentes leur permettant d'exercer dans des domaines diversifiés mais sont-ils prêts, à l'obtention du diplôme, à leur première prise de poste dans des unités de soins ?

Il y aurait aujourd'hui une « *exigence croissante de confiance* »¹. Les entreprises, à fortiori l'hôpital, « *doivent pouvoir compter sur les salariés susceptibles de savoir agir et réussir dans des situations complexes et souvent inédites* »². Les employeurs veulent aujourd'hui compter sur des professionnels d'emblée opérationnels.

Cette notion d'adaptation immédiate nous interroge sur les moyens mis à disposition par l'institution pour faciliter l'intégration des nouveaux diplômés, sur leur accompagnement dans les unités de soins et l'évaluation de leurs compétences.

La préoccupation du Directeur des Soins, lors d'un recrutement d'un nouveau diplômé infirmier, ne se limite pas seulement à la possession du diplôme comme gage de

¹ LE BOTERF G., 2010, Professionnaliser, Construire des parcours professionnalisés de professionnalisation, 6e édition Paris, d'Organisation, 139 p, p12.

² Ibid., p.12.

compétences. Elle est également centrée sur les compétences acquises et celles à développer, leur parcours professionnel, les stages réalisés, le projet professionnel.

Le statut particulier du corps de directeur des soins³, nous indique, article 4, que ce dernier « *élabore avec l'ensemble des professionnels concernés, le projet de soins et le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité des soins* ». « *Il participe à l'élaboration du plan de développement professionnel continu dans son champ de compétences et coordonne la réalisation des parcours professionnels qualifiants* ».

Lors de notre dernière expérience professionnelle de faisant fonction de Directeur des Soins, de nombreuses difficultés nous ont été rapportées par les cadres de santé, par les infirmières des unités de soins, concernant l'intégration des nouveaux diplômés infirmiers. Ils ont évoqué la problématique de leur accompagnement, du développement de leurs compétences et de leur évaluation.

La réingénierie des formations paramédicales a modifié considérablement les parcours d'apprentissage des nouveaux professionnels. Les nouveaux diplômés infirmiers nous ont également fait part de leurs difficultés. Ils ont évoqué l'insécurité ressentie face à certaines situations de soins où ils ne se sentaient pas suffisamment préparés.

L'évaluation, lors de l'accompagnement des nouveaux diplômés infirmiers dans les unités de soins, porte souvent un focus particulier sur les soins réalisés. Même si cette dimension de vérification de la technicité est nécessaire, voire primordiale, il n'en demeure pas moins qu'elle apparaît insuffisante. L'engagement institutionnel doit aller au-delà de cet aspect.

« L'arrivée d'un soignant peut être un facteur de risques non par manque de professionnalisme, mais par manque de connaissance de la nouvelle organisation »⁴.

Nous avons choisi de traiter, en lien avec nos constats, le thème de l'intégration des nouveaux diplômés infirmiers lors de la première prise de poste.

« Si la professionnalisation ne peut être imposée et si la construction des compétences est au cœur des subjectivités, il faut piloter et non seulement contrôler. Créer les conditions propices aux parcours et dynamiques de professionnalisation, tel est le

³ Décret n° 2014-7 du 7 janvier 2014 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

⁴ BRIZON H., 2002, L'intégration de nouveaux soignants, guide-suivi-évaluation, Paris : Masson, 108 p, p11.

management qui doit s'inventer et s'expérimenter. Ce sont des outils de pilotage qu'il faut créer et de nouvelles règles du jeu qu'il convient d'expérimenter »⁵.

L'intégration des nouveaux diplômés nous paraît s'inscrire directement dans la politique de gestion des emplois et des compétences et, à ce titre, représenter un enjeu institutionnel important.

Nous nous interrogeons sur la façon dont l'institution et particulièrement le Directeur des Soins (DS), dans le cadre de ses missions, pilote et coordonne l'intégration de ces professionnels et facilite leur adaptation au poste.

Nous avons souhaité vérifier par une enquête exploratoire auprès de divers professionnels, leur approche de l'intégration des nouveaux diplômés infirmiers, le vécu des soignants sur le terrain et comment le pilotage managérial de ce critère était organisé. La question centrale du thème choisi de notre démarche, en lien avec nos constat, seront abordés dans une première partie. La seconde partie, après une brève présentation de la méthodologie retenue, sera consacrée à l'enquête réalisée auprès de professionnels concernés par le thème. Nous terminerons enfin par les propositions d'actions, en lien avec notre futur exercice professionnel.

⁵ LE BOTERF G., 2003, Développer la compétence des professionnels, 4e édition, Paris : Editions d'Organisation, 311 p, p15.

1 CADRE CONCEPTUEL ET PROBLEMATIQUE

1.1 Les constats et le contexte

Le cadre de proximité joue un rôle important dans l'intégration des nouveaux diplômés infirmiers ; Il est amené à intégrer, dans l'équipe de soins qu'il manage, ces nouveaux professionnels. Il organise, en fonction des ressources humaines dont il dispose, un « doublement » les premiers jours. Il évalue le développement des compétences au fil de l'eau sans support institutionnel. Il s'agit souvent de pratiques internes à l'unité, non formalisées donc non transmissibles en cas de changement d'affectation.

Avant d'intégrer la formation de DS à l'EHESP, nous avons assisté à la démission de deux jeunes infirmières récemment diplômées, quelques jours seulement après leur arrivée dans l'établissement, l'une d'elles se demandant si elle allait continuer ce métier. Elle déclara être toujours motivée pour cette profession qu'elle avait choisie mais elle se sentait en insécurité pour assurer ses missions quotidiennes.

Nous avons également échangé avec des cadres de santé, lors d'un staff cadres, à propos de difficultés qu'ils rencontraient concernant l'intégration de nouveaux diplômés infirmiers.

Ils ont évoqué la modification du rapport au travail des nouvelles générations et leur manque de motivation. Ils mettaient en avant des problèmes de disponibilité pour accompagner ces nouveaux professionnels et étaient à la recherche d'explications rationnelles. Ils s'interrogeaient également sur « *le manque de préparation à la prise de fonction de ces nouveaux diplômés* » en lien avec le nouveau programme des études conduisant à la profession infirmière⁶.

Les difficultés des nouvelles diplômées infirmières, les préoccupations de l'encadrement confronté à ces situations et la possible répercussion sur la qualité et la sécurité des soins, nous ont interpellés. Face à cette problématique, nous nous sommes alors questionné sur les sources de difficultés d'intégration des nouveaux diplômés infirmiers.

La formation de Directeur des Soins à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique inclut la réalisation de stages en milieu professionnel.

Lors d'un stage en CHU, la Directrice Coordinatrice des Soins a été alerté par les cadres de réanimation sur des difficultés récurrentes d'intégration des nouvelles diplômées infirmières pour se familiariser aux techniques complexes et se les approprier. Elle a alors demandé qu'un audit interne soit mené dans les cinq services de réanimation pour tenter

⁶ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

de trouver des solutions à cette problématique, d'autant qu'une formation d'adaptation à l'emploi existait dans ces unités⁷.

En fait, il s'est avéré qu'aucun service de réanimation ne proposait de programme d'intégration identique et formalisé. Les durées de formation d'adaptation à l'emploi étaient très disparates. Il a été constaté une absence de tutorat dans 40% des cas. Une évaluation était réalisée par le cadre mais elle n'était jamais formalisée (100% des cas).

A la suite de ce constat, la Directrice Coordinatrice des Soins et la Directrice des Soins de l'école d'infirmières spécialisées en anesthésie-réanimation (IADE), ont convenu de construire ensemble, avec les cadres de réanimation et les cadres formateurs de l'école IADE, un programme de formation modulaire destinée aux infirmières des unités de réanimation du CHU et de le déployer sur l'ensemble des services concernés.

Il nous a semblé que cette expérience pouvait être étendue à d'autres secteurs d'activité dans l'objectif d'harmoniser les pratiques au sein des établissements.

➤ **L'employabilité des nouveaux diplômés infirmiers**

Les étudiants se plaignent de deux difficultés en lien avec la réingénierie de formation, relayées par un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales⁸, paru en juillet 2013.

- La difficulté de « *l'allongement de la durée des stages et la réduction parallèle-et donc la moindre diversification –des lieux de stage* »,
- La difficulté de « *l'utilisation du portfolio et la formation des tuteurs à ce nouveau mode de validation* ».

Le premier constat amené par des étudiants, nous interroge sur leur employabilité en lien avec le parcours de stage pendant la formation et les difficultés qui peuvent en découler lors de leur prise de poste.

➤ **Les conséquences de l'organisation polaire**

La mise en place des pôles, suite à la parution de l'ordonnance du 2 Mai 2005⁹, a introduit la notion de mobilité des professionnels au sein des pôles, dans un souci d'efficience. Ainsi les professionnels doivent aujourd'hui pouvoir s'adapter rapidement à des changements de discipline au sein d'un même pôle, à des réorganisations ou à des

⁷ Circulaire DHOS n°2003/413 du 27 Août 2003 relative aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue.

⁸ Rapport Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale de l'administration, de l'éducation nationale et de la recherche, MARSALA V., ALLAL P., ROUSSEL I., juillet 2013, Les formations paramédicales : Bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD, 93 p, p 4.

⁹ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

regroupements d'unité. Les nouveaux diplômés infirmiers se retrouvent alors confrontés à des situations inconnues, anxiogènes et au turnover des patients.

➤ **La réingénierie de la formation infirmière**

La réingénierie de la formation infirmière a profondément modifié l'approche de l'apprentissage des étudiants en soins infirmiers. Ceux-ci sont formés, au cours de leurs études, à une approche de l'apprentissage par les compétences. Les différents savoirs, en situation de stage, sont évalués en utilisant la méthode de l'analyse réflexive, forme de distanciation par rapport à des situations de soins vécues. Cette approche leur permet d'analyser leurs pratiques sous la supervision et les apports de leur tuteur de stage, et souvent par le cadre de l'unité. L'objectif est d'amener l'étudiant à réagir de façon adaptée face à une situation inconnue et à être ainsi en capacité de mobiliser ses compétences pour y faire face.

Les nouveaux diplômés sont familiarisés avec cette technique. Or cette approche de l'analyse des situations de soins rencontrées est ensuite peu voire plus utilisée avec les nouveaux diplômés ce qui peut être pour eux une source de difficulté. Souvent les cadres et les tuteurs n'ont pas été formés à la pratique réflexive.

Depuis la mise en place du nouveau programme de formation des études infirmier¹⁰ initié en septembre 2009, chaque étudiant dispose d'un portfolio, document personnel qui va lui permettre d'inscrire l'ensemble de ses acquis pendant la formation et au tuteur de vérifier les compétences développées. Il appartient en effet au tuteur de stage de valider les compétences acquises en fin de stage.

Il n'existe pas de support similaire pour les nouveaux diplômés permettant de suivre l'évolution des compétences développées au cours des premières semaines d'intégration dans l'unité de soins.

➤ **Une politique du tutorat à développer**

Le tutorat a été initié en psychiatrie par le Plan Psychiatrie et Santé Mentale présenté en avril 2005. « *Il prévoit l'instauration d'un tutorat permettant au personnel infirmier qui exerce pour la première fois en psychiatrie de bénéficier d'un encadrement de proximité par des pairs expérimentés, dans une démarche de continuum entre les contenus de la formation et la pratique professionnelle* ». La circulaire DHOS du 16 janvier 2006¹¹ vient définir précisément la démarche.

¹⁰ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

¹¹ Direction de l'Hospitalisation. 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.

Aujourd'hui le continuum n'existe pas hormis en santé mentale et la rupture entre la formation et la prise du premier poste veut s'avérer brutale et déstabilisante pour le nouveau diplômé infirmier. De plus, les cadres, et les infirmières qui assurent l'encadrement, n'ont pas nécessairement suivi de formation au tutorat.

➤ **La collaboration avec l'Institut de Formation en Soins Infirmiers : un modèle à construire**

La préparation du nouveau diplômé infirmier à son intégration professionnelle démarre dès la formation initiale. Il est important qu'il puisse disposer de repères à son arrivée dans l'unité et que son apprentissage ne se limite pas au seul temps de formation. La formation initiale, compte tenu de la diversité des possibilités et lieux d'exercice, prépare aux compétences de base et il apparaît nécessaire que le nouveau diplômé bénéficie d'une phase d'adaptation à l'emploi lors de son intégration dans une unité de soins.

Les IFSI ont la maîtrise du socle commun de connaissances et de compétences et les établissements de santé, par l'intermédiaire des cadres, connaissent les compétences attendues. Actuellement la collaboration IFSI-hôpital est souvent limitée à l'organisation des stages et à l'accueil des étudiants. Probablement qu'une collaboration étroite, entre l'IFSI et l'établissement de santé serait une plus-value et permettrait d'inscrire l'intégration dans le prolongement de l'enseignement initial.

1.2 Notre questionnaire

L'accueil et l'intégration des nouveaux professionnels sont souvent mentionnés dans le projet de soins, dans le projet social, mais quelle place l'intégration des nouveaux diplômés occupe-t-elle réellement dans la politique institutionnelle ?

Nous avons vu apparaître ces dernières années dans les établissements de santé des protocoles, des fiches techniques, visant à apporter une aide, entre autres, aux nouveaux professionnels. Ces documents apparaissent seuls insuffisants pour favoriser l'intégration des nouveaux diplômés et permettre le développement des compétences. Dès lors, comment l'institution, par l'intermédiaire du cadre de proximité, s'assure-t-elle de l'accompagnement des professionnels à la prise de poste, de l'évaluation des compétences ? Comment personnalise-t-on cette évaluation aux différentes situations et spécificités ?

Le décret n° 2014-7 du 7 janvier 2014 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière stipule à l'article 4 : le Directeur des Soins *«élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico - techniques, en cohérence avec le projet médical, et le met en*

œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins¹²».

Véritable outil stratégique et de pilotage pour le Directeur des Soins, le projet de soins décline les objectifs prioritaires retenus en matière de gestion des emplois et des compétences.

L'intégration des nouveaux diplômés, la mise en place de parcours personnalisés sont-ils inclus dans ce projet ? Le management des compétences et la professionnalisation sont-ils mis en relief dans ce document institutionnel constitutif du projet d'établissement ? Comment sont-ils ensuite déployés et accompagnés sur le terrain ?

Nous assistons aujourd'hui à une fragilisation de l'accompagnement des nouveaux diplômés; ceci peut s'expliquer de plusieurs manières :

- nombreux départs à la retraite de séniors qui jusqu'alors assuraient un véritable travail de tutorat,
- des réorganisations fréquentes désormais dans les structures qui obligent les soignants à s'adapter à de nouvelles techniques, à s'intégrer dans de nouvelles équipes,
- des équipes de soins recomposées avec la nécessité de trouver de nouveaux repères, voire de nouveaux automatismes organisationnels.

Dans ce contexte, comment les nouveaux professionnels peuvent-ils être opérationnels immédiatement, quel que soit l'unité d'affectation, dès leur arrivée?

La première prise de poste suscite chez les nouveaux diplômés une certaine appréhension. Un accompagnement défaillant risque de générer chez eux un sentiment d'insécurité. Pourtant l'enjeu qu'il sous-tend est de taille : assurer et promouvoir la qualité et la sécurité des soins. Il est en effet indispensable de maintenir le niveau de qualité et de sécurité des soins dans l'unité.

Ceci nous amène à nous interroger sur le pilotage par le DS d'un dispositif l'intégration pour les nouveaux diplômés infirmiers et les ressources proposées afin de les accompagner lors de leur arrivée dans les services.

Nous avons cherché, à partir des constats, à dégager une problématique mettant en lumière notre questionnement sur les enjeux de la mise en œuvre d'une politique de gestion des compétences par le DS facilitant l'intégration des nouveaux professionnels.

¹² Décret n° 2014-7 du 7 janvier 2014 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

Cette problématique nous a amené à formuler la question de recherche suivante :

- En quoi le Directeur des Soins peut-il favoriser l'intégration des nouveaux diplômés et le développement de leurs compétences au sein des unités?

Les sous questions suivantes viennent compléter ma question centrale :

- Quelle est la politique d'intégration des nouveaux diplômés infirmiers mise en œuvre au sein de l'établissement ?
- Comment la professionnalisation est-elle organisée ?
- Quelles sont les difficultés d'intégration rencontrées par les nouveaux diplômés infirmiers?
- Quels sont les freins rencontrés par l'encadrement ?
- Quelle est la collaboration avec l'IFSI ?
- Quel est le rôle du Directeur des Soins dans le dispositif ?

1.3 Cadre conceptuel

1.3.1 Le dispositif métier de Directeur des Soins

A) Un métier en évolution

C'est en avril 1975¹³ sous la dénomination d'infirmier général que la fonction a vu le jour. En avril 2002, le corps Directeur des Soins est créé¹⁴. Le Directeur des Soins voit alors ses compétences élargies. Depuis, les différentes réformes hospitalières, jusqu'à la plus récente en Juillet 2009, ont contribué à renforcer ses missions et notamment sa position au sein de l'établissement.

La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires dite « HPST » du 21 juillet 2009¹⁵ a confirmé cette tendance. Le DS, coordonnateur général des soins, président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico- techniques, est à ce titre, membre de droit du directoire. Sa position dans la stratégie et sa contribution au pilotage de l'établissement sont ainsi confortées.

« Dans le cadre de la nouvelle gouvernance hospitalière, le directeur des soins reste bien le chef d'orchestre de la qualité des soins, l'animateur et le coordonnateur de l'équipe des cadres supérieurs et des cadres de santé et le garant de l'harmonie institutionnelle au niveau des équipes soignantes. C'est lui qui définira les modes opératoires et les

¹³ Décret n°75-245 du 11 avril 1975 relatif au recrutement et à l'avancement des infirmiers et infirmières généraux et des infirmiers et infirmières généraux adjoints des établissements d'hospitalisation publics.

¹⁴ Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

¹⁵ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

conditions de l'évaluation des pratiques professionnelles en soins, qui impulsera les projets de recherche et favorisera l'innovation en soins paramédicaux »¹⁶ .

B) La réglementation

L'article 4 du décret n° 2014-7 du 7 janvier 2014 stipule que sous l'autorité du Directeur d'établissement, le Directeur des Soins :

- *« organise, contrôle et évalue la mise en œuvre par les cadres de santé de la politique des soins de l'établissement » ;*
- *« élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, en cohérence avec le projet médical, et le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ».*
- *« dans le respect des compétences déléguées aux chefs de pôle, il est associé au recrutement et à la gestion des personnels, autres que médicaux, contribuant aux activités de soins. Il propose au directeur l'affectation de ces personnels au niveau des pôles en garantissant une répartition équilibrée des ressources entre les pôles et en tenant compte des compétences et des qualifications ;*
- *« Il contribue à la définition de la politique d'encadrement de l'établissement »*
et enfin
- *« Il participe à l'élaboration du plan de développement professionnel continu dans son champ de compétence et coordonne la réalisation des parcours professionnels qualifiants ».*

C) Le référentiel métier de Directeur des Soins

Le référentiel métier de Directeur des Soins de la DGOS¹⁷ paru en mars 2010 indique que celui-ci *« développe avec le Directeur des Ressources Humaines (DRH), l'accueil des professionnels, la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, la politique de promotion professionnelle et les parcours professionnels qualifiants. Il participe à la définition du plan du Développement Professionnel Continu (DPC) pour les besoins des personnels non médicaux contribuant aux activités de soins ».*

D) Le référentiel de compétences de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Le référentiel de compétences des Directeurs des Soins de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) développe neuf champs de compétences. La compétence 6 est

¹⁶ MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. TOUPILLIER D., YAHIEL M., Janvier 2011, Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé, 133 p, pp 20-21.

¹⁷ Direction Générale de l'Offre de Soins, mars 2010, « Référentiel métier de Directeur des Soins en établissement et en institut de formation », 12 p, p 6.

dédiée à la «*contribution à la gestion du développement des compétences des professionnels paramédicaux*».

Ainsi il est indiqué que le DS, dans le cadre de ses activités transversales «*participe à l'élaboration du plan de développement professionnel continu dans son champ de compétence et coordonne la réalisation des parcours professionnels qualifiants*».

Il lui appartient également de «*définir une politique du tutorat*» et de «*favoriser le partage des expériences et la mise en œuvre d'une politique générale d'accompagnement des futurs et nouveaux professionnels efficace au sein de l'établissement*¹⁸».

E) La modernisation de la politique des ressources humaines

Madame Danielle TOUPILLIER, Directrice Générale du Centre National de Gestion, et Monsieur Michel YAHIEL, Inspecteur Général des Affaires Sociales ont proposé dans un rapport¹⁹, en date du 24 janvier 2011, à la demande de Madame BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la Santé et des Sports, 34 recommandations à partir d'un état des lieux sur les pratiques de gestion des ressources humaines à l'hôpital.

Ils ont identifié trois grands axes d'amélioration qu'ils résument dans une synthèse des recommandations²⁰ :

- «*donner du sens, en réaffirmant la valeur du service public hospitalier, en associant davantage les personnels, en positionnant mieux les cadres*» ;
- «*faire le pari de l'autonomie des différents intervenants à la fonction ressources humaines, pour passer d'une gestion fortement administrative à une gestion plus stratégique*» ;
- «*outiller et appuyer la fonction ressources humaines, en développant une « vision RH » de la performance hospitalière*».

La recommandation n° 8 positionne le Directeur des Soins au cœur du management des cadres de santé. Elle indique en effet la volonté de «*donner au directeur des soins les leviers d'actions nécessaires pour animer et coordonner les cadres supérieurs et les cadres de santé, pour développer la politique de qualité et de sécurité des soins et promouvoir le programme d'actions relatifs au projet de soins et aux innovations dans le domaine paramédical, en lien avec le président de la CME, les chefs de pôle et le directeur des ressources humaines*»²¹.

¹⁸ Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. Rennes Direction des Études, filière de formation des directeurs des soins, «*Référentiel de compétences des Directeurs des Soins*», 2011, mise à jour en décembre 2013, 28 p, pp 21-22.

¹⁹ MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. TOUPILLIER D., YAHIEL M., Janvier 2011, Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé, 133 p.

²⁰ Ibid., pp 57-61.

²¹ Ibid., p 21.

Par ailleurs l'annexe 4 de ce rapport définit le processus de recrutement et nous indique qu'il faut « *assurer l'accueil et favoriser l'intégration du nouvel arrivant : faire recevoir le nouvel arrivant par le cadre ou un responsable de sa structure d'affectation, avec un soutien de type tutorat, autant que possible, remettre un guide destiné aux nouveaux arrivants pour se familiariser avec l'établissement et connaître ses droits et ses obligations, faire une réunion d'information et d'échange avec les nouveaux arrivants au plus tard dans le trimestre qui suit leur intégration dans les structures d'une certaine importance*²² ».

1.4 La qualité à l'hôpital

L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière²³ a introduit les notions « *d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et d'évaluation externe dénommée accréditation* » pour tous les établissements de santé publics et privés. Cette évaluation a marqué la volonté de promouvoir une culture qualité et sécurité à l'hôpital ; elle a également engagé les établissements à s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de leurs pratiques.

Désormais la Haute Autorité de Santé (HAS) procède à la certification des établissements tous les quatre ans. Un manuel de certification support est à disposition des établissements.

A) Le manuel de certification de la Haute Autorité de Santé

Le manuel de certification de la HAS, dans sa version réactualisée en janvier 2014, consacre une référence spécifique à la gestion des ressources humaines. Il est notamment indiqué dans le critère 3.a que « *le développement des compétences représente un enjeu pour les établissements* ²⁴ ».

Un critère spécifique (3b) du manuel est dédié à l'intégration des nouveaux arrivants. Il n'est certes pas spécifique aux soignants, néanmoins sa présence témoigne de l'intérêt de sa mise en œuvre.

B) La qualité de vie au travail

La HAS a introduit dans la version V2014 le compte qualité. Ce compte qualité « *est une innovation de la V2014 : il doit participer à rendre la procédure de certification plus continue et va constituer, pour la Haute Autorité de santé, l'outil de pilotage de la*

²² MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. TOUPILLIER D., YAHIEL M., Janvier 2011, Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé, 133 p, p 72.

²³ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

²⁴ HAUTE AUTORITE DE SANTE. Manuel de certification des établissements de santé V2010, Janvier 2014, 111 p.

*démarche de certification de chaque établissement. Il contribuera à réunir dans un même document les axes prioritaires d'évaluation externe par la certification et le programme d'amélioration de la qualité et sécurité des soins d'un établissement de santé*²⁵».

La qualité de vie au travail a été retenue par la HAS comme étant une thématique prioritaire. Elle a fait l'objet d'une fiche spécifique qualité de vie au travail où est abordé le modèle européen des hôpitaux attractifs. « *Ils établissent des plans de formation individualisés liés aux compétences identifiées dès le recrutement de la personne* »²⁶.

Pour Vincent MOUNIC, chef de service à la HAS : « *de nombreuses études montrent qu'il existe un lien entre les conditions de travail et plusieurs dimensions de la qualité des soins (satisfaction des patients, défaut de communication entre équipes, fréquence des erreurs)* »²⁷.

1.5 Cadre théorique

En préambule de notre enquête, nous avons souhaité clarifier un certain nombre de notions reprises ensuite dans notre étude de terrain.

L'agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) a publié un recueil des pratiques observées en matière d'amélioration de la gestion des ressources humaines²⁸. Les expériences menées par un certain nombre d'hôpitaux concernant leur Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) sont relatées. Pour Michel JUNCAS, auteur de la préface, « *la nouvelle dimension ressources humaines (RH) est au cœur des changements tels que l'accélération du flux démographique des effectifs, le tutorat des jeunes professionnels, la gestion des parcours professionnalisants, le développement des compétences* »²⁹. Pour ce Directeur des Ressources Humaines, il apparaît indispensable d'anticiper : cela « *suppose le déploiement d'un processus pédagogique et plus spécifiquement auprès des cadres* »³⁰.

Le Centre hospitalier de Béziers a mené une action de formation des professionnels à la GPEC : « *le management de proximité est clairement identifié comme relais du*

²⁵ www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1616601/fr/le-compte-qualite-v2014, site visité le 4 septembre 2014.

²⁶ HAUTE AUTORITE DE SANTE. juillet 2014, « *Renseigner le compte qualité sur la thématique qualité de vie au travail* », 6 p.

²⁷ MOUNIC V., 2011, « *La HAS s'engage en faveur de la qualité de vie au travail* », Revue hospitalière de France, n°540, pp.36-40.

²⁸ AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE. Ressources Humaines, Management, 2011, « *Améliorer la gestion des ressources humaines : la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences* », 86 p.

²⁹ Ibid., p 4.

³⁰ Ibid., p 4.

management et des savoirs ». ³¹ A partir de ces expériences, nous mesurons la place des acteurs chargés de la gestion des ressources humaines, depuis celle du Directeur des Ressources Humaines jusqu'aux cadres de proximité en passant par l'implication du Directeur des Soins dans le processus.

1.5.1 L'intégration

Nous proposons de définir l'intégration et les conditions favorisant celle-ci.

Selon le dictionnaire culturel en langue française, l'intégration est une « *opération par laquelle un individu, un groupe s'incorpore à une collectivité, une société, une nation* » ³² ».

Le lexique des sciences sociales définit l'intégration comme « *l'action de faire entrer une partie dans un tout* ». L'auteur complète sa définition dans le champ de la psychologie sociale par le fait que « *l'intégration, à l'intérieur d'un groupe, s'exprime par l'ensemble des interactions entre les membres, provoquant un sentiment d'identification au groupe et à ses valeurs* » ³³ ».

Nous mesurons, à partir de cette définition, que l'intégration est une opération complexe qui ne relève pas simplement de la volonté d'un individu mais qu'elle concerne la mise en relation des acteurs au sein d'un groupe.

Didier ANZIEU et Jean-Yves MARTIN ont développé dans un ouvrage cette dynamique de groupes. Le groupe « *distribue des rôles à ses membres et utilise nécessairement pour cela leurs compétences, c'est-à-dire leurs inégalités. La solution pour tout groupe consiste à inventer une structure qui concilie son élan initial, sa visée et son enthousiasme premier avec les réalités pratiques des actions à préparer et à réaliser. Le chef est alors l'organe d'intégration du groupe* » ³⁴ ».

Hervé BRIZON a identifié un acteur incontournable, vecteur de l'intégration au sein de l'équipe soignante : le cadre de santé.

Pour cet auteur, « *le cadre infirmier est responsable des modalités d'intégration des nouveaux personnels soignants et doit par conséquent les prévoir* » ³⁵ ». Cependant les représentations que le nouvel arrivant peut se faire d'une situation peut être en décalage avec les habitudes de l'unité et à ce titre « *peut poser le problème de la confrontation des logiques* » ³⁶ ».

³¹ AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE. Ressources Humaines, Management, 2011, « *Améliorer la gestion des ressources humaines : la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences* », p18.

³² Le ROBERT, Dictionnaire culturel en langue Française, éd. 2005.

³³ GRAWITZ M, 1994, Lexique des sciences sociales, 6^{ème} édition, Paris : DALLOZ, 402 p, p 225.

³⁴ ANZIEU D., MARTIN JY, La dynamique des groupes restreints, 1^{ère} édition « Quadrige », Paris : PUF 397p, pp.59-60.

³⁵ BRIZON H., 2002, L'intégration de nouveaux soignants, guide-suivi-évaluation, Paris : Masson, 108 p, p 5.

³⁶ Ibid., p 7.

L'infirmière, nouvelle diplômée, qui arrive dans une unité des soins, possède une expérience qu'elle a acquise au cours de sa formation. «*Cette nouvelle recrue doit acquérir rapidement d'autres méthodes de travail, un nouvel esprit d'équipe [...] un autre mode de management*³⁷».

Néanmoins, l'arrivée d'un nouveau diplômé peut représenter, pour le cadre, une opportunité. «*La bonne gestion de cette intégration permettra de détecter de nouvelles compétences susceptibles d'être à l'origine d'améliorations*³⁸».

L'intégration est probablement une activité complexe à mener pour le cadre de santé. Il apparaît dès lors incontournable qu'il puisse utiliser un «*plan d'intégration lui permettant d'avoir une vue exhaustive des contenus qu'il veut aborder avec le nouveau soignant, avant de réfléchir aux méthodes pédagogiques qu'il utilisera*³⁹ ».

Le plan d'intégration cité par Hervé BRIZON va permettre de structurer l'arrivée du nouveau diplômé et inscrire le processus d'intégration dans une pratique managériale. Il nous semble néanmoins que sa modélisation, sa mise en œuvre, son évaluation relèvent d'une responsabilité institutionnelle.

1.5.2 Les compétences

L'approche par les compétences s'est progressivement développée à tel point que le terme compétence est omniprésent dans le langage quotidien. Désormais, à l'hôpital, on gère des compétences, on manage des compétences, on forme par les compétences comme en témoigne le nouveau référentiel de formation préparant au diplôme d'état et à l'exercice de la profession infirmier⁴⁰. Cette approche par les compétences intéresse d'ailleurs tous les acteurs de l'hôpital ayant en charge la gestion de ressources humaines depuis la direction jusqu'à l'encadrement de proximité.

Le Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 aborde la notion de développement de compétences dans une dynamique professionnelle. Il inscrit la formation tout au long de la vie comme une condition pour l'agent «*d'exercer efficacement ses fonctions durant l'ensemble de leur carrière, d'améliorer la qualité du service public hospitalier, de favoriser leur développement professionnel et personnel et leur mobilité*⁴¹ ».

³⁷ BRIZON H., 2002, L'intégration de nouveaux soignants, guide-suivi-évaluation, Paris : Masson, 108 p, p 2.

³⁸ *ibid.* p11.

³⁹ *ibid.* p18.

⁴⁰ Ministère de la Santé et des Sports. Profession Infirmier, Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession, 227 p, p 54.

⁴¹ Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière.

Un certain nombre d'auteurs se sont attachés à décrire la notion de compétences. Cette notion apparaît abstraite et compliquée à définir littéralement ; elle est souvent abordée dans un contexte ou par rapport à l'individu.

La définition donnée par le Dictionnaire culturel en langue Française, est « *la connaissance approfondie, reconnue, qui confère le droit de juger ou de décider en certaines matières*⁴² ».

Sébastien Damart aborde la notion de compétences en l'inscrivant dans un contexte ; pour lui, il ne serait pertinent de parler de compétences que dans un contexte de travail. « *Un individu n'est pas compétent dans l'absolu : il ne l'est qu'en référence à une situation de travail dans laquelle il mobilise ses connaissances, des mécanismes cognitifs, des pratiques, des savoirs faire*⁴³ ».

A) La gestion des compétences

Le cadre de santé est garant de la qualité et de la sécurité des soins dispensés au sein de l'unité dont il a la responsabilité. Il est chargé de décliner, au sein des unités, la politique de soins de l'établissement telle qu'elle est inscrite dans le projet de soins. Sa présence au plus près du terrain, sa connaissance des soins spécifiques à l'unité, des organisations, lui confère de fait une position légitime en regard de sa fonction mais également idéale pour assurer cette mission.

Nous pourrions dire qu'il doit veiller en ce sens à ce que les soins soient réalisés selon les bonnes pratiques ; il doit vérifier que les infirmières qui les réalisent disposent des compétences nécessaires. « *L'identification des compétences qui devraient être requises pour un travail devrait donc s'appuyer sur une analyse des activités et des tâches qui composent ce travail*⁴⁴ ». Cette notion introduit le fait d'établir une cartographie des activités et des compétences nécessaires en regard.

Nous avons choisi de compléter par l'approche de Guy le Boterf qui montre l'intérêt de « *faire la distinction entre l'action compétence et les ressources nécessaires à sa réalisation*⁴⁵ » En effet selon lui « *il y a intérêt à distinguer les ressources et l'action qui mobilise ces ressources dans des situations professionnelles. Cet équipement est double : l'équipement incorporé à la personne (connaissances, savoir-faire, qualités, expériences, capacités cognitives, ressources émotionnelles) et l'équipement de son environnement (banque de données, réseaux d'expertise, réseaux documentaires...)*⁴⁶ ».

⁴² Le ROBERT, Dictionnaire culturel en langue Française, éd. 2005.

⁴³ DAMART S., 2013, *Innovations managériales*, Cormelles-Le-Royal : ems, 164 p, p. 66.

⁴⁴ *ibid.* p 66.

⁴⁵ LE BOTERF G., 2003, *développer la compétence des professionnels*, 4e édition, Paris : Editions d'Organisation, 311p, p 13.

⁴⁶ *ibid.* p 13.

Nous terminerons cette partie consacrée à la notion de compétences en évoquant la compétence collective.

« La performance n'est pas seulement liée au niveau de compétences de chaque individu : elle dépend étroitement de la manière dont les équipes parviennent à se coordonner. Si par définition, la notion de compétences est singulière car attribut de l'individu, on constate l'usage du terme de compétence collective pour rendre compte de l'importance des échanges interindividuels et des capacités collectives d'apprentissage⁴⁷ ».

Sébastien DAMART a introduit la notion de « *portefeuille de compétences*⁴⁸ ».

L'équipe soignante est composée de professionnels aux parcours singuliers, aux expériences diversifiées, ce qui représente le portefeuille de compétences de l'unité.

Le rôle du cadre de santé est primordial dans cette gestion des compétences. Il va se décliner de multiples manières : développer les connaissances et les compétences de chacun, entretenir cette dynamique, évaluer les compétences individuelles et collectives, maintenir l'équilibre au sein du groupe dans le but de favoriser le processus intégratif des nouveaux diplômés.

Au niveau d'un établissement, l'enjeu est important. Au-delà des compétences identifiées au sein des unités, leur utilisation et de leur déploiement au sein de l'institution auront directement un impact sur la performance générale.

1.5.3 L'accompagnement

L'arrivée du nouveau diplômé dans l'unité de soins signifie parfois un bouleversement des habitudes, des pratiques au sein du groupe. Cette période est également souvent anxiogène pour le nouvel arrivant, récemment diplômé et peu expérimenté. Chaque situation est singulière. Elle est fonction de la connaissance des lieux (parfois le nouveau diplômé découvre l'établissement), ou encore du parcours de stage pendant la formation initiale. L'accompagnement est alors probablement un moyen de permettre de sécuriser l'arrivée et nous semble devoir être conduit en proximité.

Selon le dictionnaire le Petit Robert, accompagner signifie « *se joindre à quelqu'un pour aller en même temps que lui, aller de compagnie avec lui* ».

Maela PAUL reprend notamment « *la définition du Dictionnaire de la Formation et du Développement Personnel (1996) : une fonction qui [...] consiste à suivre un stagiaire et à*

⁴⁷ AUBRET J., GILBERT P., PIGEYRE F., 2005, *Management des compétences*, 2^e édition, Paris : Dunod, 200p, p 25.

⁴⁸ DAMART S., 2013, *Innovations managériales*, Cormelles-Le-Royal : ems, 164 p, p.69.

cheminer avec lui pendant une période plus ou moins brève, d'afin d'échanger à propos de son action, d'y réfléchir et de l'évaluer⁴⁹ ».

Cette notion s'inscrit à la fois dans une durée variable en fonction des individus, des situations. Elle est également ponctuée d'évaluations permettant l'évolution.

Guy Le BOTERF complète cette notion par « *l'accompagnement du parcours : accompagner un parcours, c'est accompagner celui qui fait le parcours⁵⁰* ». Il décrit également la fonction de l'accompagnateur comme une aide.

Parmi les pratiques utilisées en termes d'accompagnement, il en est une qui est employée régulièrement aujourd'hui : celle du tutorat.

1.5.4 Le tutorat

La circulaire de la Direction de l'hospitalisation n° 2006-21 du 16 janvier 2006 développe « *l'instauration d'un tutorat permettant au personnel infirmier qui exerce pour la première fois en psychiatrie de bénéficier d'un encadrement de proximité par des pairs expérimentés, dans une démarche de continuum entre les contenus de formation et la pratique professionnelle⁵¹* », reprenant ainsi une des priorités du Plan Psychiatrie Santé Mentale 2005-2008.

Plus récemment cette notion a été introduite dans le recueil des principaux textes de la profession infirmier. Le tuteur est défini comme celui qui « *assure l'accompagnement des étudiants et évalue leur progression lors d'entretiens réguliers [...] dans l'acquisition des compétences. Il formalise cette progression sur le portfolio⁵²* ».

De nombreux établissements hospitaliers ont développé une politique du tutorat en formant spécifiquement des cadres, voire des infirmières au tutorat des étudiants. En fait cette démarche a été initiée à partir de la mise en place du nouveau référentiel de formation des infirmières. L'évaluation des compétences en stage a remplacé les mises en situations professionnelles réalisées auparavant par un cadre formateur et le référent du stage.

⁴⁹ PAUL M., 2004, *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*, Paris : L'harmattan, 352p, p 55.

⁵⁰ LE BOTERF G., 2010, *Professionaliser, Construire des parcours professionnalisés de professionnalisation*, 6^e édition Paris : Eyrolles 139 p., p 110.

⁵¹ Direction de l'hospitalisation. Circulaire n° 2006-21 du 16 janvier 2006 relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers en psychiatrie

⁵² Ministère de la Santé et des Sports. Profession Infirmier, Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession, 227 p, p 79.

2 METHODOLOGIE

2.1 La méthode d'enquête choisie

Nous avons choisi, en regard de notre thème de recherche, de réaliser une étude auprès de professionnels de terrain, sous la forme d'entretiens semi-directifs. Ce type d'entretien a été retenu car nous avons souhaité aborder notre recherche par une approche qualitative. Nous avons choisi d'offrir la possibilité aux personnes interviewées de partager leurs expériences, d'exprimer leur point de vue, de l'illustrer d'exemples nous permettant de mieux cerner et comprendre les différentes représentations. En préalable, des guides d'entretien spécifiques (cf. annexes) aux fonctions occupées et relatifs aux thèmes abordés ont été élaborés à partir de notre thème de recherche.

2.2 Le choix des personnes enquêtées

Nous avons mené nos enquêtes dans deux établissements différents, avec des IFSI rattachés. Dans chaque établissement, nous avons sollicité le Directeur des Ressources Humaines, les Directeurs de Soins, puis poursuivi nos investigations au sein d'un pôle.

Nous avons alors rencontré le cadre supérieur de santé (CSS) du pôle concerné, puis complété au sein de ce pôle par les interviews de trois cadres de santé (CS) en charge d'une unité fonctionnelle (UF) et de trois infirmières (IDE) diplômées récemment.

Nous avons rencontré dix personnes par établissement : le DRH, le DS de l'établissement, le DS de l'IFSI, le CSS d'un pôle, trois CS de ce pôle et trois IDE.

Nous nous sommes fixés comme objectif la confrontation des points de vue des différents acteurs d'une même ligne organisationnelle, directement concernés par le thème choisi. Nous avons également intégré le temps imparti, limitant de fait le périmètre de notre enquête.

Nous n'avons pas essuyé de refus d'entretien. Les personnes enquêtées se sont montrées disponibles et partie prenante dans les réponses apportées.

2.3 La réalisation des entretiens

Les rendez-vous ont été pris par téléphone ; nous avons systématiquement exposé la thématique de recherche et indiqué le temps moyen nécessaire, soit environ une heure à une heure et demie. Nous avons également posé comme exigence que l'entretien puisse se réaliser dans un endroit isolé des passages et du bruit.

L'enregistrement des propos était convenu. L'engagement de l'anonymat des personnes et des propos a été également été pris, constituant pour nous, une condition favorisante.

2.4 Les limites de l'enquête

Nous avons choisi d'aborder notre enquête de façon qualitative, sous la forme d'entretiens semi-directifs. Nos critères d'inclusion comprenaient des acteurs concernés par la gestion des ressources humaines depuis des directeurs (des ressources humaines et des soins) aux cadres, et des professionnels directement concernés par l'intégration : les nouveaux diplômés infirmiers. Compte tenu du temps imparti, du nombre réduit de personnes interviewées, nous avons conscience que notre interprétation des résultats mériterait d'être vérifiée auprès d'un échantillon plus large.

2.5 Les thèmes abordés

Les questions semi-ouvertes posées aux professionnels ont eu pour objectif d'explorer le sujet à partir des thèmes généraux suivants:

- la politique d'intégration mise en œuvre,
- l'organisation de la professionnalisation : accompagnement des nouveaux diplômés, le tutorat, les limites du dispositif existant,
- l'organisation de la collaboration avec l'IFSI,
- le rôle du Directeur des Soins dans le processus.

2.6 Les lieux d'enquête

Nous avons fait le choix de réaliser nos enquêtes dans deux établissements de typologie et taille différente : un premier établissement à rayonnement régional de type universitaire et un second de taille moyenne, établissement pivot du département et du territoire de santé.

Ces établissements appartiennent à deux régions sanitaires différentes. L'argument en faveur de ce choix a été de vérifier, si la taille, la technicité avait une incidence sur la politique d'intégration.

Ces établissements possèdent des IFSI rattachés et sont situés sur des bassins d'emplois fragiles ; néanmoins dans les deux cas ils ne rencontrent pas de difficultés pour recruter. Nous avons donc exclu les critères d'attractivité et de fidélisation de nos enquêtes. Néanmoins, selon les Directeurs de Soins interviewés, l'attractivité et la fidélisation participent de l'image de l'établissement.

Nous proposons une description succincte des deux établissements choisis, afin d'apporter des éléments d'éclairage en faveur du thème traité.

2.6.1 L'établissement A : le CHU

Le CHU emploie actuellement 6800 agents dont 1037 médecins et internes.

Ce centre hospitalier dispose de trois hôpitaux, répartis sur trois sites distincts :

- Le site n° 1 possède une capacité d'accueil de 775 lits en médecine et chirurgie et 24 postes de dialyse adulte .Il est l'établissement le plus important en taille du CHU. Ce premier établissement est organisé en 6 pôles cliniques et 3 médicotecniques. Il dispose d'un plateau technique important en termes de blocs opératoires, d'imagerie et de radiologie interventionnelle. Il a également la particularité de disposer d'un pôle de psychiatrie, adulte et enfant, qui possède une capacité de 189 lits ,100 places en hôpital de jour et 99 places en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel ;
- le second site est de construction récente puisqu'il a ouvert ses portes en 2010.Son activité médicale et chirurgicale s'organise en quatre pôles. Il possède la particularité d'accueillir le pôle de gynécologie obstétrique et de reproduction humaine. Il a une capacité d'accueil de 425 lits en hospitalisation complète et 80 lits d'hospitalisation de jour ;
- le troisième site est situé au nord de l'agglomération et regroupe les unités de gériatrie ; cet établissement comprend 113 lits d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, 111 lits en unité de soins de longue durée, 56 lits et 15 places de jour en soins de suite et réadaptation.

Le CHU emploie actuellement un peu plus de 1300 infirmières. Le turnover reste toutefois limité. En revanche le CHU a vu la moyenne d'âge des infirmières baisser ces dernières années.

En 2014, 47 infirmières nouvellement diplômées ont été recrutées.

La Coordinatrice Générale des Soins du CHU montre un intérêt particulier relatif au management des compétences et à l'intégration des nouveaux diplômés et l'a inscrit comme un axe à part entière du projet de soins.

➤ Les résultats de l'auto-évaluation lors de la certification V2010 :

Le critère 3b concernant l'intégration des nouveaux arrivants a été renseigné selon les indications de l'HAS ; il a mis en évidence que l'intégration du nouvel arrivant était réalisée partiellement et que des actions restaient à conduire.

2.6.2 L'établissement B: le CH

Le Centre Hospitalier B est un établissement public, référence sur le territoire de santé, avec une capacité d'accueil de 960 lits répartis en deux grands secteurs d'activité :

- un secteur d'activité centrée autour de la prise en charge de la personne âgée qui constitue la filière gériatrique de l'établissement,
- un secteur de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) financé à l'activité.

Il est situé dans une zone semi-rurale, en situation économique dégradée. L'offre d'emploi est rare et, comme dans de nombreuses communes, l'hôpital est le premier employeur de la ville et en l'occurrence, dans cette situation, le deuxième du département.

L'activité en lien avec la prise en charge de la personne âgée est répartie sur trois sites dits « annexes ».

L'activité de MCO est concentrée en un lieu unique : l'hôpital B.

Nous allons nous intéresser particulièrement à cet hôpital B. C'est le site principal du CH où est installée la direction. Il comporte 485 lits et places et est doté d'un plateau technique sophistiqué. L'hôpital B. a intégré de nouveaux locaux en 2003. Il s'agit donc d'un établissement à l'architecture récente, dont les unités et les services médico-techniques sont réparties sur quatre niveaux différents :

- le niveau -1 : on trouve le service de brancardage, le transport externe, les blocs opératoires, les urgences et les services d'imagerie et de radiologie interventionnelle,
- le niveau 0 : entrée principale de l'hôpital avec un vaste hall, très lumineux, où l'on va trouver le standard, la Direction Générale, les directions fonctionnelles et de soins, la cafeteria, le laboratoire d'analyses médicales et les salles de conférence,
- les niveaux 1 et 2 : les unités de consultations et d'hospitalisations.

Voici quelques années le CH a été confronté à de graves difficultés de recrutement, notamment des infirmières, ce qui l'a amené à renforcer sa politique d'accueil en faveur des étudiants en soins infirmiers.

Le CH ne peine plus, actuellement, à pourvoir les postes vacants. Il a recruté 28 infirmières nouvellement diplômées cette année, sur un total de 408 professionnelles exerçant ce métier. Il se montre aujourd'hui attractif grâce aux activités médicales et chirurgicales diversifiées qu'il propose à la population du territoire. Cela représente pour les nouveaux professionnels une réelle opportunité de développer des compétences au niveau de l'établissement. Cependant, la situation reste fragile et les Directions des Ressources Humaines et de Soins se montrent vigilantes.

➤ Les résultats de l'auto-évaluation V2010

Comme pour le CHU, le critère 3b concernant l'intégration des nouveaux arrivants a été renseigné selon les indications de l'HAS ; il s'avère, comme précédemment que l'intégration du nouvel arrivant est organisée partiellement.

Nous notons que les résultats de l'auto évaluation sont identiques pour le CHU et le CH.

Dans les deux cas, on constate que les établissements se sont cotés B lors de la procédure d'auto-évaluation concernant le critère 3b. Il en ressort d'ores et déjà qu'un certain nombre d'actions restent à conduire au niveau institutionnel.

3 L'ENQUETE : RESULTATS ET ANALYSE

Nous avons fait le choix de rencontrer différentes catégories de professionnels au sein des établissements. Nous avons débuté notre travail de recherche auprès des infirmières nouvelles diplômées, récemment recrutées, concernées au plus près par le déroulement de leur intégration, jusqu'aux directeurs positionnés dans une dimension managériale stratégique, en passant par les cadres chargés de décliner la politique institutionnelle.

Afin de rendre le plus visible possible les informations recueillies en lien avec notre thème de recherche, nous avons choisi de présenter nos résultats selon cinq thématiques :

- la politique d'intégration des deux établissements,
- l'organisation de la professionnalisation,
- l'évaluation des compétences,
- la collaboration avec l'IFSI,
- le rôle du Directeur des Soins dans le processus

3.1 La politique d'intégration

L'accueil et l'intégration sont affichés dans les deux établissements comme une volonté institutionnelle, inscrits dans le projet social de chacun et seulement dans le projet de soins du CHU. Ainsi dans le projet social du CHU apparaît en filigrane, derrière ces deux notions, celle de la fidélisation. Former et adapter à l'emploi a un coût non négligeable pour les établissements. Même si le marché du travail concernant les infirmières semble aujourd'hui favorable, il n'en demeure pas moins que la fidélisation est un enjeu important pour l'employeur.

Nous avons cherché, dans un premier temps, à évaluer au sein des deux établissements la politique menée en matière d'intégration des nouveaux diplômés infirmiers : sa formalisation, sa déclinaison au sein des pôles, les moyens utilisés. Il nous a également semblé intéressant de nous pencher sur la conception qu'en avaient les professionnels.

Nous avons cherché à savoir ce que signifiait une politique d'intégration pour les DRH et DS du CHU et du CH.

Pour le DRH du CHU : *« il est important de déployer une politique d'intégration qui facilite l'adaptation au travail, nous permette de développer notre attractivité et de réfléchir à notre politique de fidélisation ; le nomadisme croissant des jeunes professionnels est une préoccupation ; le turnover important risque de déstabiliser nos organisations ».*

Questionné également sur le déploiement de la politique d'intégration au CHU, le DRH a évoqué les limites actuelles, notamment celle de l'accompagnement du nouveau diplômé infirmier. *« Il n'y a pas de dispositif formalisé actuellement et on peut le regretter ; les nouveaux diplômés infirmiers doivent se sentir rapidement bien intégrés dans*

l'établissement, à sa culture, à son identité, à ses habitudes. Ils doivent surtout avoir envie de s'y impliquer et d'y rester. Des progrès restent à faire, notamment dans l'organisation du tutorat ».

Le DS du CHU a inscrit comme un axe principal l'intégration des nouveaux professionnels dans le projet de soins. Il a abordé la politique d'intégration, lors de notre rencontre, en ajoutant la dimension d'efficience. Selon lui, conduire une politique d'intégration : *« c'est décliner une organisation qui permette aux professionnels de s'adapter rapidement et sereinement »*. Concernant le rôle du DS dans cette politique il a rajouté la dimension de coordination des actions : *« une intégration bien menée participe de la qualité et la sécurité des soins. Le rôle du DS est de coordonner les actions conduites en ce sens »*.

Pour le DRH du CH, le discours s'avère identique. *« La qualité de l'intégration, du suivi des compétences, sont des enjeux stratégiques et doivent, à ce titre, s'inscrire dans une politique plus globale. Il s'agit d'utiliser de façon optimale les ressources humaines, caractérisées par les compétences »*. Il a d'ailleurs repris la dimension de la coordination des actions : *« il est important de coordonner les actions d'adaptation à l'emploi ; cela confère une cohérence aux différents niveaux de l'établissement ; la politique conduite doit être dynamique et partagée entre la Direction des Ressources Humaines et la Direction des Soins. Elle va nous interroger régulièrement sur les outils partagés entre DRH, DS et l'encadrement pour évaluer l'intégration. Elle doit aussi permettre de croiser les informations et nous amener à évaluer les montées en compétence ; elle doit nous servir d'alerte : elle peut faire naître des besoins en formation si un point défaillant se retrouve auprès de plusieurs nouveaux diplômés »*.

Nous avons vu, dès le début de nos entretiens que la dimension politique de l'intégration représentait un enjeu pour les deux établissements ne se limitant d'ailleurs pas au seul aspect financier. L'aspect qualité de vie au travail, même s'il n'est pas abordé d'emblée, apparaît dans la réponse du DS du CHU.

Cette notion a été évoquée par les jeunes diplômées des deux établissements partageant l'idée que la prise de poste était génératrice d'un stress important (5 sur 6).

La prise de poste est un moment important de la vie professionnelle ; c'est souvent le premier véritable emploi. Les jeunes diplômés ont fondé beaucoup d'espoir dans ce premier poste. *« Maintenant on est diplômé ; pourtant on a bien conscience qu'il va falloir que l'on fasse nos preuves »*. Ces jeunes professionnelles, fraîchement diplômées, ont exprimé leur ressenti par des expressions nous semblant significatives de leur état d'esprit à la prise de fonction : *« c'est dur au début », « j'étais perdue », « j'ai cru que j'allais arrêter », « au début, je venais avec une boule au ventre »*.

Ces propos nous alertent sur l'attention particulière que doit porter notamment le cadre sur la qualité de l'accompagnement.

Nous avons également retenu la définition du DS de l'IFSI du CH qui nous a confirmé le ressenti des jeunes diplômés infirmiers : « *l'intégration est un basculement : c'est devenir membre d'un groupe professionnel ; c'est rechercher la reconnaissance par ses pairs* ».

3.1.1 L'accueil dans l'établissement

Pour le CHU et le CH, dans quatre cas sur six, les nouvelles infirmières ont été affectées sur des postes en lien avec leur projet professionnel. L'une d'entre elle a été affectée en service de médecine avec la possibilité d'intégrer, à moyen terme, un pool de remplacement de pôle médico-chirurgical. Une autre nous a indiqué avoir été affectée en chirurgie alors que « *son parcours de stage ne correspondait pas à un profil de chirurgie* ».

L'enjeu pour le futur employeur est l'employabilité. Cette notion a été évoquée à plusieurs reprises au cours de ces entretiens par les directeurs.

Pour le DRH du CHU, l'employabilité serait pour l'employé « *sa capacité à maintenir voire à développer ses compétences pour être recruté sur un emploi qui lui convient* ». Ce qui est recherché pour le nouveau diplômé infirmier c'est sa capacité à occuper le poste proposé. Le DRH complète son propos par le risque qu'il entrevoit : « *Il faut qu'on soit vigilant et qu'on donne eu jeune l'envie de rester car une fois formé, qu'il a augmenté son capital compétences, il peut avoir envie de partir ; c'est vraiment ce qu'il faut éviter* ». Pour lui, l'employabilité est directement en lien avec l'intégration et doit s'inscrire dans une Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences. Elle requiert une vision prospective.

Nous comprenons ainsi pourquoi la fidélisation doit retenir l'attention selon lui et qu'elle soit mentionnée dans le projet social.

La DS de l'IFSI du CHU a également évoqué la notion d'employabilité. Selon elle : « *travailler dans des secteurs spécifiques à haute technicité nécessite des compétences affirmées. Les services ont parfois des attentes en décalage avec le niveau atteint à l'issue de la formation initiale. C'est au service d'organiser cette adaptation à l'emploi* ».

Les réorganisations d'unités, voire de pôles, s'imposent aujourd'hui dans les hôpitaux pour des raisons économiques, structurelles ou encore parce que les modes de prise en charge évoluent. La préoccupation des employeurs est donc de disposer de professionnels non seulement compétents mais qui seront également capables d'être adaptables.

Pour Guy le Boterf, « *l'employabilité ne se réduit pas à l'adaptabilité au poste de travail* ». S'attacher à la notion d'adaptabilité dès le recrutement apparaît pour cet auteur une dimension à intégrer ; « *en recrutant non pas seulement sur la recherche de compétences requises mais aussi sur la capacité à en créer de nouvelles* »⁵³.

« *Le développement de l'employabilité ne dépend pas seulement des personnes mais également des conditions favorables qui doivent être réunies. Cela suppose de faciliter la capacité d'adaptation, en entraînant les salariés à prendre du recul et une distance critique par rapport à leurs pratiques professionnelles* »⁵⁴. Cette citation nous éclaire également sur les pratiques qui doivent être désormais développées au sein des unités et sur lesquelles nous reviendrons.

Les enjeux lors du recrutement sont également importants pour les nouveaux diplômés. Pour les six nouvelles infirmières la recherche d'un premier emploi était essentielle ; pour quatre sur six le choix était clairement orienté vers l'hôpital. Toutes nous ont indiqué être « *motivées par la profession* » et de façon unanimes « *contentes d'avoir trouvé du travail* ». Cinq sur six avaient un désir assez ancien d'exercer la profession infirmière, remontant parfois au collège. Le métier les a attirées « *pour soigner* », « *s'occuper des autres* », « *se sentir utile* », « *pour la relation avec le malade* ».

La motivation de ces nouveaux diplômés infirmiers a également été évoquée lors de nos entretiens. Elle est également recherchée lors de l'entretien de recrutement ; elle est également intéressante ensuite pour l'employeur. Pour autant il va falloir être attentif pour la maintenir. Le DRH du CHU associe d'ailleurs les notions de motivation et d'engagement dans l'institution.

Pour Philippe BERNOUX⁵⁵ « *parler de motivation revient à s'interroger autant sur l'organisation que sur les individus qui la composent. L'individu va donc déterminer son comportement par rapport à ce que l'entreprise peut lui offrir* ».

Selon Micheline WENNER⁵⁶ « *La motivation incite donc le sujet à s'engager. Elle oriente ses conduites et ses activités cognitives, fixe ses propres valeurs et celles du service rendu. Elle se traduit par un haut niveau de conscience professionnelle* ».

C'est cette conscience professionnelle qui est recherchée et qui sera ensuite valorisée sur le terrain par le cadre.

⁵³ LE BOTERF G., 2010, Professionnaliser, Construire des parcours professionnalisés de professionnalisation, 6e édition Paris, d'Organisation, 139 p, p19.

⁵⁴ Ibid., p19.

⁵⁵ BERNOUX P., 1985, La sociologie des organisations, 5^{ème} édition, Paris : Editions du Seuil, 382p., pp 25-27.

⁵⁶ WENNER M., 2006, *L'expérience infirmière*, Paris : Seli Arslan, 190 p., pp 118-124.

L'ensemble des nouvelles diplômées ont vu leurs motivations pour exercer la profession se confirmer, parfois se renforcer au cours des stages pendant la formation. Une seule envisageait une formation différente en post bac ; pour autant elle a déclaré « *s'être révélée pendant la formation lors d'un stage auprès de personnes âgées* ». Nous avons pu vérifier qu'elles étaient toutes enthousiastes pour exercer leur métier.

3.1.2 La journée d'accueil

Chaque établissement a prévu l'organisation d'une journée d'accueil institutionnelle pour les nouveaux arrivants.

Pour le CHU : ce dispositif n'existe plus actuellement.

De façon unanime le CSS et les trois CS ont déclaré le regretter. Selon eux, cette journée était importante.

Pour le CSS : « *elle concourt à l'attractivité et permet au nouveau de repérer les services généraux, logistiques et prestataires* ».

Un CS indique : « *on pourrait même envisager, lors de cette journée, remettre une base documentaire : livret d'accueil, questionnaire de satisfaction de la journée ; cela pourrait également être intéressant de présenter les vigilances, facteur de stress important pour les nouveaux diplômés IDE* ».

Enfin un autre CS a livré : « *cette journée donne une image positive de l'établissement. En adoptant cette formule, on fait en sorte que le nouveau diplômé se sente bien d'emblée et cela peut représenter un facteur limitant au stress à la prise de poste* ».

Pour le CH : une demi-journée d'intégration a lieu deux fois par an et concerne tous les nouveaux arrivants. Elle consiste essentiellement à présenter le fonctionnement de l'établissement. Les cadres trouvent « *cette approche trop généraliste et regrettent néanmoins qu'elle ne soit pas complétée par un temps spécifique dédié aux soignants en regard de la spécificité des métiers et ce qui les unit* ».

Le DRH et les DS trouvent néanmoins que la demi-journée est importante car « *elle favorise le lien avec l'institution* », permet aux nouveaux arrivants de faire connaissance avec l'équipe de Direction, « *d'être informés des projets institutionnels* ». Pour le DRH, l'accueil est un moment important : « *il participe de l'image de l'établissement, il est source de motivation pour les agents et permet de développer une culture commune. Il s'inscrit dans une politique d'établissement* ».

Dans les deux établissements, les nouvelles diplômées accordent de l'importance à cet accueil institutionnel ; elles ont indiqué « *c'est un bon moyen de connaître l'établissement* », « *cela permet de rencontrer les directeurs et d'autres cadres de pôle qu'on n'a pas l'occasion de voir par ailleurs* » ; également « *de faire connaissance avec d'autres nouvelles diplômées* ».

Toutes les IDE ont déclarées être sensibles à « *la qualité de l'accueil ; c'est différent car là on arrive en tant que professionnelles diplômées* ».

Deux IDE du CH ont déclarés concernant la journée d'intégration : « *la journée d'intégration est importante car j'ai suivi mes études dans une autre région et je ne connaissais pas l'établissement* ».

3.1.3 L'accueil dans les unités

Dans les deux établissements, il n'existe pas de dispositif d'accueil institutionnel formalisé, à disposition des cadres.

L'accueil dans les unités est variable. Cela va de la journée d'accueil avec la présentation de l'unité, des cadres du pôle, des médecins, à un accueil parfois très rapide quand le cadre de l'unité d'accueil est absent et que c'est le cadre d'une autre unité du pôle qui reçoit le nouveau diplômé.

Ces propos d'une nouvelle diplômée témoignent que l'accueil est parfois perfectible : « *je suis arrivée comme prévu à 9 h00 et la cadre était absente ; c'est une cadre du pôle qui m'a reçue mais qui m'a rapidement confiée à l'IDE ; j'ai vraiment eu l'impression de déranger* » ; une autre a vécu une situation différente mais mettant en évidence que la présentation aux membres de l'unité est aussi incontournable : « *un matin , alors que j'étais arrivée depuis quelques jours , un médecin est arrivé et m'a demandé qui j'étais ; nous n'avions pas été présenté* ».

Ces deux situations, même si elles peuvent paraître anecdotiques, nous apparaissent évitables et nous montrent l'intérêt de l'accueil dans les unités.

L'arrivée dans l'unité a été vécue pour cinq d'entre elles comme un moment de stress important. L'une d'elle résume par ses propos: « *on voit le cadre et on reçoit une foule d'informations ; c'est rassurant sur le coup mais c'est vrai qu'on ne sait pas trop pour la suite comment ça va se passer* ».

En fait le rôle du cadre est de donner confiance au nouveau diplômé lors de l'arrivée ; c'est un moment de doute pour ce dernier ; or pour avoir confiance le nouvel arrivant aura besoin de visibilité. Une nouvelle diplômée nous a indiqué « *en fait, malgré les explications du cadre, je ne savais pas où j'allais et quels étaient les objectifs à atteindre* ».

Guy le BOTERF aborde cet aspect sous l'angle métaphorique de la navigation: « *une cible peut être fixée à un horizon temporel plus ou moins éloigné selon la nature du projet et les caractéristiques de celle ou celui qui doit l'atteindre*⁵⁷ ».

⁵⁷ LE BOTERF G., 2010, Professionnaliser, Construire des parcours de professionnalisation, p 101.

La notion de stress a été abordée au cours des entretiens par différents acteurs témoignant probablement d'une préoccupation partagée. Micheline WENNER associe stress et adaptation : « *il semble bien que l'adaptation corresponde à un mode de gestion du stress*⁵⁸ ».

Hervé BRIZON introduit des conditions pour que l'arrivée se déroule bien et rejoint en cela la définition de la politique d'intégration décrite par le DS du CHU.

« *L'arrivée dans un nouveau service est nécessairement source de stress pour le soignant. Une intégration qui se passe dans des conditions optimales de confiance et de soutien aura des répercussions positives sur l'investissement du nouvel agent, notamment sur les motivations et ses capacités à acquérir de nouvelles compétences*⁵⁹ ».

L'accueil et l'intégration des nouveaux arrivants se sont essouffés au CH, au fil du temps de l'aveu des cadres interviewés, faute de politique institutionnelle.

Cette absence de dispositif est regretté par l'ensemble des cadres .Pour un cadre du CHU « *c'est dommage car il n'y a pas de lignes directrices* » ; pour un autre cadre « *un dispositif écrit permettrait une implication à tous les niveaux. La maquette pourrait être commune à des disciplines et cela favoriserait le décroisement. Son adaptation pourrait être discutée avec le DS, les CSS ; cela créerait une dynamique intéressante* » et il rajoute « *chacun fait dans son coin, quelle perte d'énergie !* ».

La notion de cohérence est également abordée ; pour le CSS du CH « *l'intérêt d'un dispositif serait de rendre cohérente la démarche dans les pôles ; pour moi cette approche est essentielle et doit être partagée avec la Direction des Soins* ».

Il nous semble, qu'au-delà de la notion de cohérence, c'est aussi l'intérêt de disposer de ressources communes qui est recherché.

Guy le Boterf nous indique⁶⁰ que les ressources sont autant personnelles que celles issues de l'environnement professionnel. Les ressources professionnelles sont toutes celles qui peuvent être proposées par l'institution depuis les banques de données au manuel de procédures en passant par les compétences des collègues.

⁵⁸ WENNER M., 2006, *L'expérience infirmière*, Paris : Seli Arslan, 190 p., p 139.

⁵⁹ BRIZON H., 2002, *L'intégration de nouveaux soignants, guide-suivi-évaluation*, Paris : Masson, 108 p, p11.

⁶⁰ LE BOTERF G., 2010, *Professionaliser, Construire des parcours professionnalisés de professionnalisation*, 6e édition Paris, d'Organisation, 139 p, p101.

3.1.4 L'intégration au sein des unités

Cette question est centrale dans notre recherche. C'est pourquoi nous avons fait le choix de demander aux professionnels concernés, les conditions à réunir pour l'intégration. L'absence de lignes conductrices est décrite comme une difficulté par les cadres.

➤ L'approche de la notion par les cadres

Dans les deux établissements, les CSS et CS abordent la notion de façon similaire c'est pourquoi nous n'avons pas distingué les lieux. Leur définition met en évidence l'intérêt manifeste de déployer des moyens facilitant l'intégration des nouveaux diplômés, au niveau des unités.

Pour les CSS des deux établissements, l'intégration dans l'unité est une étape qualifiée d'essentielle car souvent déterminante pour la suite. C'est un moyen « *d'adaptation à l'emploi* », « *elle doit être visible et connue de tous* » ou encore un moyen « *de susciter l'intérêt : si les nouveaux diplômés trouvent de l'intérêt, ils vont s'engager* ».

Ils argumentent leur position en introduisant deux notions : la motivation et la notion de parcours.

La notion de motivation, déjà abordée par les Directeurs dans le cadre de la politique d'intégration, est aussi une préoccupation des cadres. Pour l'un d'entre eux « *l'intégration est un moyen de renforcer les motivations pour le métier, l'engagement dans l'institution et l'adhésion à un projet d'unité* ». Pour un autre cadre, « *c'est un moyen de donner du sens à l'action, de rendre visibles nos attentes, pour eux de comprendre ce que l'on attend* ».

Les cadres, confrontés à cette problématique de terrain nous éclairent sur cette notion de donner du sens. Ils évoquent des conditions à l'intégration.

Pour quatre d'entre eux sur les six cadres interviewés dans les deux établissements, la nécessité de préparer l'intégration en amont de l'arrivée est indispensable : « *on dispose rarement des données recueillies au moment du recrutement ; c'est dommage car on pourrait déjà réfléchir un parcours personnalisé avant l'arrivée dans l'unité* ».

Au-delà du sens, c'est également la question du lien qui est en jeu.

L'intérêt de construire un parcours d'intégration personnalisé ne nous apparaît d'ailleurs pas simplement centré sur l'utilisation d'un outil mais également sur l'intérêt qu'il pourrait revêtir pour le nouveau diplômé infirmier comme nous l'indique la réponse d'un cadre : « *il faut avant tout comprendre leurs attentes, se mettre à leur portée, personnaliser le parcours afin de ne pas générer un stress inutile* ».

Ce moyen de répondre à l'attente des nouveaux diplômés infirmiers nous a été réaffirmé par le DS de l'IFSI rattaché au CH : « *les nouveaux diplômés sont demandeurs d'outils car probablement cela les rassure* ».

Pour Guy le Boterf « *on ne peut forcer personne à devenir acteur de son parcours de professionnalisation : ce qui est peut être fait, c'est de réunir un ensemble cohérent de conditions*⁶¹ ». Il cite, tour à tour, les référentiels d'activités, les moments dédiés à l'explicitation, la mise à disposition de ressources. Pour cet auteur, « *il est en effet nécessaire que l'acteur dispose d'une visibilité pour pouvoir s'engager* ».

➤ Le point de vue des infirmières nouvelles diplômées

Comme précédemment, nous avons pu vérifier qu'il n'existait pas de différence, en fonction des établissements, dans les réponses exprimées par les nouvelles diplômées infirmières.

Elles abordent pour quatre sur six l'intégration sous l'angle émotionnel en décrivant ce qui leur apparaît important : « *l'intérêt de se sentir bien dès l'arrivée* », « *l'ambiance dans l'équipe* », « *se sentir entourée dès l'arrivée* », « *être accueillie par le CSS et le CS dès l'arrivée* » ; « *se sentir en sécurité* », « *être intégrée dans le groupe* », « *la compréhension des professionnels* ».

Suite à nos entretiens nous avons pu remarquer que les choses ne se déroulaient pas aussi simplement. Parfois l'intégration se passe mal : « *je me suis retrouvée dans une unité que j'avais choisie pourtant j'ai cru que j'allais arrêter ; en fait il y avait des arrêts de travail et je n'ai pas pu bénéficier de l'encadrement comme prévu ; j'étais stressée ; j'avais peur de faire une bêtise* ».

Pour une autre « *j'étais perdue avec tous les documents à remplir et du coup j'avais l'impression de ne pas avoir assez de temps à consacrer aux malades* ».

Les tâches administratives de l'infirmière sont aujourd'hui souvent décrites comme envahissantes par ces professionnelles. Pendant la formation, les étudiantes sont centrées sur l'apprentissage des soins techniques et auraient tendance à fuir cette fonction administrative. La confrontation avec cette réalité peut être alors assez brutale pour le nouveau diplômé infirmier.

Ces situations illustrent bien le fait qu'il faut favoriser une intégration progressive et permettre au nouveau diplômé infirmier de s'approprier peu à peu le fonctionnement, au risque de voir ses motivations s'éteindre et son enthousiasme s'éteindre. Cependant

⁶¹ LE BOTERF G., 2010, Professionnaliser, Construire des parcours professionnalisés de professionnalisation, 6e édition Paris, d'Organisation, 139 p, p 98.

cette progression nécessite d'être clairement annoncée afin que le nouveau diplômé comprenne ce que l'on attend de lui, au bout de combien de temps, ceci afin qu'il dispose de repères visibles. De plus, il nous semble que cette contractualisation avec le cadre peut favoriser son engagement et surtout le rassurer.

Trois nouvelles diplômées ont évoqué l'intégration en abordant la notion de développement de compétences, sans cependant la citer comme telle : « *pouvoir continuer à apprendre* » ; « *à développer nos connaissances* » ; « *c'est aussi l'occasion de profiter de l'expérience des plus anciennes et de gagner leur confiance* ».

Cette notion de la confiance a été décrite par Dominique le Roux⁶² dans les échanges au travail : « *les mécanismes d'échange du travail réel sont fondés sur des conventions sociales implicites, construites dans la durée et enracinées dans les valeurs et la culture de l'entreprise. Ils reposent également sur des normes symboliques dans lesquelles la confiance joue un rôle central* ».

Ces réponses nous renvoient également qu'il faut savoir accepter que les nouvelles diplômées ne sachent pas gérer une situation. L'intérêt d'évaluer leur niveau de connaissances, de compétences prend alors tout son sens. Le cadre aura alors un rôle essentiel à jouer lors de cette évaluation qui va lui servir de base pour mesurer l'écart avec les compétences requises pour le poste.

La question des ressources disponibles a également été abordée comme essentielle par l'ensemble des IDE : « *pouvoir disposer de documents comme un livret d'accueil et des sources documentaires est vraiment bien* » .

3.1.5 Les enjeux de l'intégration

Nous avons pu mesurer, à partir du recueil de nos entretiens, que les attentes sont importantes de la part de l'ensemble des professionnels en matière d'intégration.

Elles sont certes différentes selon les acteurs. Les DRH ont développé au cours de ces entrevues l'intérêt de disposer d'une politique, déployée et coordonnée.

Le DRH du CHU a insisté sur la notion d'uniformisation : « *le parcours d'intégration devrait être le même sur l'ensemble de l'établissement ; il nous faut sûrement réfléchir comment l'organiser* » ; il évoque « *la mise en place d'un module d'intégration* ».

Le DS, à son tour, a souligné l'intérêt d'une implication collective. Ce sont en effet les cadres de santé qui assurent l'accompagnement au sein des unités et il est important que la

⁶² In SOCIOLOGIES PRATIQUES, 2006, *La face cachée des générations en entreprise*, n°12, Paris : Presses Universitaires de France, pp 23-35.

démarche soit partagée : « *la politique devrait être clairement définie avec un dispositif en place validé ; chacun doit ensuite s'en emparer* ».

Le CSS partage l'idée d'uniformité puisqu'il nous a indiqué « *il est primordial d'avoir une architecture commune* » ; néanmoins selon lui : « *des lignes directrices de la part du DS faciliteraient l'intégration* ».

Un cadre du CHU, enfin, a abordé la notion de ressources utilisables. Selon lui, il serait utile que chaque nouvel infirmier dispose d'un livret de compétences mentionnant les compétences acquises dans l'unité depuis son arrivée.

Reprenant cette idée, nous pensons également qu'en prolongement de son utilité au sein de l'unité, ce support permettrait de donner des informations utiles quand le nouveau diplômé change de pôle et sur son parcours professionnel depuis son arrivée.

De façon unanime, la majorité des nouvelles diplômées (cinq sur six) évoquent que « *ce serait bien d'avoir des supports informatiques* » ; « *une présentation de l'hôpital* » ; « *des outils et des supports permettraient peut-être de se sentir en sécurité rapidement* ».

Un cadre du CH est venu compléter ces arguments : « *en adoptant une méthode institutionnelle, on pourrait échanger par rapport à nos évaluations; les équipes se sentiraient rassurées et le nouveau diplômé se sentirait moins stressé lors de la prise de poste* ».

Nous pouvons en effet avancer, que des outils uniformisés permettraient d'échanger sur les pratiques professionnelles. Un cadre a déclaré « *le partage d'expériences est aussi une condition pour faire évoluer nos pratiques* ».

3.2 L'organisation de la professionnalisation

3.2.1 L'accompagnement

Pour les trois IDE recrutées au CHU, l'accompagnement proposé au sein de l'unité lors de la prise de poste était une préoccupation en regard de la technicité des postes.

Les Directeurs des deux établissements abordent la notion d'accompagnement sous l'angle de la professionnalisation et des compétences ; pour eux il est essentiel de disposer de professionnels compétents assurant des soins de qualité. Ils s'accordent à dire que c'est de la responsabilité de l'établissement de « *piloter cette organisation* ».

Pour le D.S du CHU « *accompagner, c'est garantir un parcours professionnel en vue de développer des compétences* ». « *Le rôle de l'encadrement est primordial* ».

Nous avons pu observer qu'en l'absence de dispositif institutionnel, la façon d'accompagner était très dépendante du cadre de santé et donc non pérenne au sein d'une unité. Ceci pose problème en cas de départ du cadre et en termes de repères pour l'équipe soignante.

L'accompagnement est une forme de garantie pour le nouveau diplômé ; c'est aussi une de ses attentes, voire parfois c'est ce qui l'a motivé pour un établissement plutôt qu'un autre.

Pour le DS du CH « *l'accompagnement doit se manifester de façon concrète pour le nouveau diplômé et lui être présenté dès son arrivée dans l'unité sur la forme : qui ? quand ? comment ? Et sur le fond : ce que l'on attend de lui. C'est une forme de contrat. Accompagner c'est aussi susciter le questionnement du nouveau diplômé mais également de l'équipe avec l'opportunité pour le cadre de réinterroger toutes les pratiques, y compris les plus anciennes* ».

Le CSS du CH nous a indiqué que « *Accompagner, c'est donner du sens ; c'est proposer des objectifs concrets* ». N'est-ce pas aussi donner un sens ?

Les nouvelles diplômées nous ont donné leur propre définition. Pour la plupart c'est « être épaulée », « guidée ». Elles ont toutes émises la même condition : « *disposer d'un tuteur qui nous explique, qui nous guide, qui nous accompagne* ».

En l'absence de tuteur désigné, les cadres ont déclaré « *le fait de ne pas avoir de tuteur formé dans l'unité est une difficulté majeure* » ; « *d'autres IDE répondent alors à la demande du nouveau diplômé mais elles ont tendance à montrer et cela va à l'encontre de la façon dont ces nouveaux diplômés ont été formés* ».

Les nouvelles diplômées soulignent l'importance d'avoir un tuteur désigné, formé : « *pour être tuteur, il faut des compétences relationnelles* » ; « *c'est une personne ressource* » ; « *c'est quelqu'un qui connaît notre programme d'études, on peut lui parler de nos difficultés* » ; « *prend le temps de nous expliquer* » ; « *nous monter n'est pas suffisant si l'on ne prend pas le temps de nous expliquer* ».

Le DRH et le DS du CHU préfèrent utiliser le terme compagnonnage terme de d'emblée. Pour Dominique Le ROUX « *la transmission du savoir-faire aux nouveaux est organisé d'un point de vue formel dans le cadre d'un compagnonnage*⁶³ ». Cet auteur distingue deux aspects sous ce terme : « *un premier matérialisé par un dossier traçant les compétences à acquérir* » qu'il s'articule avec un second « *un tuteur de terrain choisi pour son aptitude* ».

⁶³ In Sociologies pratiques, 2006, La face cachée des générations en entreprise, pp 22-35

Pour les directeurs du CH, engagés dans une démarche de formation de tuteurs, « *cette politique institutionnelle était indispensable* ».

Pour le DRH « *il faut continuer notre démarche* ». En revanche, il avoue une limite au système actuel : « *le tutorat est organisé dans les unités par le cadre de santé, en revanche à ce jour nous ne mesurons pas précisément comment le tutorat est organisé au quotidien* ».

Le DS du CH vient compléter ces propos : « *il faudrait désormais aller plus loin, construire des tableaux de bord à partir d'indicateurs pertinents pour évaluer nos pratiques ; il faudrait que l'on travaille le contenu : quels outils construire, la mise en œuvre, la coordination et que nous entamions une réflexion concernant le partenariat avec les instituts* ».

Le CSS du CH rajoute l'absence de reconnaissance du travail du tuteur par l'institution : « *le tutorat est un vrai engagement de l'IDE dans la professionnalisation, en revanche cet accompagnement est consommateur de temps : il apparaît important que cette mission soit valorisée par la Direction des Soins, reconnue par exemple en désignant officiellement des référents comme pour l'hygiène* ».

Les CS du CH nous livrent une autre limite « *chacun travaille dans son pôle* » ; « *on n'a pas de guide formalisé* » et « *la méthodologie n'est pas définie au niveau institutionnel* ». Ils déclarent tous les trois vivre cette situation comme une difficulté. L'un a déclaré « *ce serait surtout très utile que nous ayons des pratiques harmonisées* ».

L'approfondissement des compétences apparaît comme une nécessité pour apporter une réponse soignante adaptée à toute situation. Le tutorat mis en œuvre vise à atteindre cet objectif, il nous apparaît néanmoins important de mesurer l'efficacité de cet accompagnement

3.3 L'évaluation des compétences

Dans les deux établissements, l'évaluation des compétences s'effectue au fil de l'eau par les cadres sans support spécifique.

L'intérêt de mesurer la progression est pourtant essentiel tant pour le nouveau diplômé que pour le cadre.

Il n'existe pas de support d'évaluation au CHU : l'évaluation est faite par le cadre lors d'entretiens réguliers mais sans calendrier défini, parfois en présence d'un tuteur.

Pour le CSS : « *le cadre évalue les compétences ; le problème c'est qu'on n'a pas nécessairement un tuteur désigné ce qui pose problème en terme de qualité d'accompagnement ; ce serait également intéressant que l'on ait un document adapté pour l'évaluation des compétences attendues du nouveau diplômé* ».

Pour les cadres « *le cadre joue un rôle important car il s'inscrit dans une véritable démarche de professionnalisation ; une évaluation des compétences est faite régulièrement par le cadre et quand c'est possible avec le tuteur* » ; « *il n'y a pas de document officiel, on s'adapte* ».

Les nouvelles diplômées déclarent ne pas s'y retrouver dans l'évaluation ; l'une d'elle nous signifie : « *parfois c'est le tuteur qui m'évalue alors que ce n'est pas lui qui m'encadre sur le terrain* ».

Ou encore : « *il m'est arrivé que l'on me reproche que je n'allais pas assez vite dans mes soins au moment du renouvellement de mon contrat de travail; c'est très stressant car personne ne nous dit rien* ».

Sébastien Damart souligne l'intérêt de l'évaluation ; cela peut être l'occasion pour le cadre de valoriser le nouveau diplômé et de renforcer sa motivation. « *La valorisation des compétences conduit à redonner du sens au travail des soignants et à favoriser un réengagement au travail*⁶⁴ ».

Pour le DRH du CH : « *les évaluations intermédiaires sont très importantes ; il est indispensable de se doter d'outils partagés entre DRH, DCS et l'encadrement, pour évaluer les compétences* ».

Le DS évoque également l'importance d'un calendrier préétabli. « *Le rôle du DS est de coordonner les actions ; le fait de ne pas disposer de support institutionnel est une difficulté supplémentaire car nous n'avons pas de retour écrit ; il pourrait être intéressant d'avoir un bilan des compétences à 1 mois, 3 mois et 6 mois* ».

Pour le CSS « *c'est dommage qu'il n'y ait pas de lien avec le port folio qui pourrait servir de base; au sein d'un même pôle, les pratiques sont souvent différentes ; de plus l'absence d'outils communs est une difficulté en cas de mobilité au sein de l'établissement* ».

Pour les IDE du CH « *l'absence de support est une difficulté car on ne sait pas sur quels critères on va être évaluée* » ; « *j'ai été évalué au début lors d'entretiens avec le cadre* » ; l'une d'elle « *a trouvé l'approche scolaire car on m'a questionné sur des compétences que j'avais validé à l'IFSI* ».

⁶⁴ DAMART S., 2013, *Innovations managériales*, Cormelles-Le-Royal : ems, 164 p., p 87

Deux nouvelles diplômées sur trois ont déclaré avoir vu l'utilisation d'un document, de la DRH, pour la première fois lors de l'évaluation à trois mois pour le renouvellement de contrat.

Il s'agit pourtant dans ce cas d'une évaluation administrative centrée sur la façon de servir.

Quand on analyse les réponses, nous constatons que les modalités d'évaluations ne sont pas uniformisées ni vraiment formalisées.

3.4 La collaboration avec l'IFSI

Nous avons posé cette question de la collaboration avec l'IFSI car dans les deux lieux d'enquête un IFSI est rattaché à l'établissement.

Les DS des IFSI ont évoqué des relations plutôt satisfaisantes avec l'établissement. Une collaboration est déjà en place pour organiser l'accueil des stagiaires IDE et aides-soignants (AS). Les formateurs de l'IFSI et les cadres des unités sont amenés à collaborer régulièrement concernant notamment le suivi des étudiants, à échanger des informations concernant le programme, et parfois sur des situations singulières d'étudiants.

Cette collaboration ne donne pas complètement satisfaction aux deux DS d'IFSI qui la jugent insuffisante.

Pour la DS du CHU, on pourrait aller plus loin dans la collaboration : « *de nombreux cadres expriment encore des difficultés pour utiliser le portfolio* » et au-delà « *à évaluer selon le modèle des compétences* ».

La DS du CH partage cet avis mais avec un bémol : « *désormais nous assurons la formation des tuteurs et c'est plutôt une bonne chose car cela renforce les liens avec l'encadrement* ».

Les cadres formulent de leur côté des attentes. La moitié des cadres du CH et CHU ont déclaré « *ne pas bien connaître le programme d'études* » ; « *certaines infirmières qui ne sont pas tutrices mais qui assurent l'accompagnement des nouveaux diplômés ont tendance à montrer le soin au lieu d'attendre de la nouvelle diplômée qu'elle explique sa démarche ; la nouvelle IDE est perdue* ».

Des livrets d'accueil sont remis aux étudiants lors de chaque stage. Il n'existe pas de livrets spécifiques pour les nouveaux diplômés infirmiers.

Les cadres du CH nous ont également indiqué que les livrets d'accueil des étudiants étaient remis aux nouveaux arrivants reconnaissant que cela n'était pas adapté : « *nous leur donnons le même livret d'accueil que les étudiants car il n'en existe pas de spécifiques* ». Les cadres du CHU n'en remettent parfois pas.

Or pour les nouveaux diplômés, ce serait une aide. Globalement ils nous en indiquent tous l'intérêt. Nous avons retenu les propositions de l'une d'elle : *« ce qui nous intéresserait c'est que le cadre nous donne un livret à l'arrivée avec les pathologies rencontrées le plus souvent, les principaux traitements et les techniques de soins de soins spécifiques »*.

Le CSS du CH reconnaît que les livrets des étudiants ne sont pas adaptés pour les nouveaux professionnels : *« ce serait bien que l'on adapte nos livrets d'accueil pour les nouveaux diplômés et que l'on travaille ensemble sur les compétences à insérer selon une terminologie que les formateurs connaissent bien et pourquoi pas avec leur aide »*.

La DS de l'IFSI rattaché au CH a confirmé : *« il serait intéressant que l'on collabore sur des outils à mettre à place pour l'accueil, l'évaluation ; nous connaissons bien le niveau des jeunes diplômés, leurs attentes »*.

Le CSS du CH a également évoqué l'intérêt de réfléchir en collaboration avec l'IFSI sur un support d'évaluation institutionnel : *« il pourrait être intéressant de prolonger l'utilisation d'un port folio spécifique et de créer un lien à partir de la fin des études ; cela nous servirait de base pour construire notre support d'accompagnement »*.

La DS de l'IFSI rattaché au CHU a surtout évoqué les compétences attendues par les unités. *« Une collaboration efficace permettrait de croiser les compétences attendues en fin de formation et les exigences des unités aujourd'hui »*.

3.5 Le rôle du Directeur des Soins dans le processus

Nous avons abordé avec les directeurs et les cadres de santé, en fin d'entretien, ce que serait pour eux, le rôle du DS dans une politique d'intégration menée au sein de leur établissement. Nous les avons questionnés sur leurs attentes.

Le DRH du CHU souligne l'importance d'une politique d'intégration clairement définie au sein de l'établissement. Selon lui, elle est souvent abordée dans le projet de soins et le projet social comme c'est le cas au CHU mais sa mise en œuvre reste source de difficulté.

« Le DS a toute légitimité pour déployer cette politique, pour la coordonner et valider les outils d'intégration en raison de son expertise ; il est également compétent pour s'assurer de son déploiement et notamment faire en sorte que les cadres s'en emparent ».

Il ajoute que compte tenu des restructurations auxquelles les DS sont aujourd'hui confrontés *« l'employabilité qui doit être une préoccupation majeure »*.

Pour les CS du CHU : l'un déclare *« c'est au DS de conduire la politique d'intégration mais le groupe cadres sup et de proximité doivent s'impliquer et impulser la dynamique ; ce sont les cadres qui ont la connaissance la plus pointue du terrain : c'est donc à eux de*

construire les parcours dans les unités et de les proposer ensuite pour validation au DS ». Pour le second « l'intégration relève d'une politique d'intégration et il s'agit d'un travail institutionnel où le DS a toute sa place ». Pour le troisième « l'intégration est inscrite dans le projet de soins et doit être déclinée dans les pôles ».

Pourtant la politique d'intégration n'apparaît pas nécessairement comme prioritaire, souvent en raison de l'actualité des établissements.

Au CH, les pistes de solutions exprimées rejoignent celles exprimées par les professionnels du CHU.

Le DRH du CH a insisté sur la notion de préoccupation partagée : *« l'intégration est une préoccupation que doivent partager le DRH et le DS ; le croisement d'informations est essentielle ».*

Pour le CSS *« la notion d'intégration doit être pilotée par le DS, puis partagée avec les cadres sup ; c'est aussi de leur responsabilité que de s'impliquer dans le dispositif et le faire vivre » ; « le DS fixe le cap : c'est important qu'il fixe les lignes directrices car c'est son domaine d'action ».*

Pour les CS : pour l'un *« c'est au DS de coordonner les actions et de fixer la conduite à tenir »* ; pour le second *« il est important que le DS définisse une politique et la conduise ; c'est important que les cadres puissent ensuite avoir des repères »* ; le troisième souligne l'importance de la conduite à tenir annoncée par le DS.

3.5.1 Éléments de réflexion

Notre question de recherche portait sur :

En quoi le Directeur des Soins peut-il favoriser l'intégration des nouveaux diplômés et le développement de leurs compétences au sein des unités?

La réponse à l'intégration des nouveaux diplômés ne peut pas reposer sur une seule personne. Il nous apparaît néanmoins que le DS est en mesure de promouvoir cette étape essentielle qu'est l'adaptation à l'emploi et favoriser le développement des compétences au sein des unités. La position qu'il occupe au sein de l'établissement en lien avec sa fonction lui permettent de disposer de moyens d'actions. Les attentes des professionnels sont réelles. Cependant les réponses ne peuvent résulter que d'une volonté commune. Comme pour tout projet, il est important de communiquer sur les objectifs et buts poursuivis.

Les cadres sont demandeurs d'un pilotage et d'une coordination des actions facilitant l'intégration des nouveaux diplômés ainsi qu'il nous l'ont indiqué lors des entretiens. Le

DS a un rôle important à jouer dans l'accompagnement des cadres et la co-construction d'un tel projet.

Le DS dispose de leviers d'actions pour déployer la démarche et mobiliser les acteurs:

- l'inscription de la démarche d'intégration dans le projet de soins,
- l'expertise du groupe de cadres, force de propositions,
- la possibilité de constituer un ou des groupes projets spécifiques,
- la possibilité de solliciter la commission des soins infirmiers, de réadaptation et médico techniques (CSIRMT).

Enfin la collaboration avec l'IFSI a surtout été abordée comme pouvant être un appui technique dans l'aide à la construction d'outils, notamment de référentiels de compétences et d'évaluation.

In fine organiser l'intégration revient à répondre à quatre objectifs :

- améliorer les compétences individuelles et collectives,
- accroître la performance,
- fidéliser le personnel,
- diminuer le risque d'accident.

Nous avons émis l'hypothèse, en préalable de notre enquête que la taille de l'établissement pouvait avoir une incidence sur les actions existantes et les moyens à mettre en œuvre pour favoriser l'intégration, c'est pourquoi nous avons choisi d'enquêter dans deux établissements de taille différente.

En CHU, la communication pourrait apparaître plus difficile en raison de la taille de la structure. En effet pour Nobert ALTER « *plus une entreprise est de taille importante, plus elle formalise, codifie et rationalise son fonctionnement [...]. Elle est logiquement amenée à augmenter ses efforts de coordination pour assurer un développement cohérent de chacune de ses activités par rapport au projet d'ensemble*⁶⁵ ».

Nous avons constaté au cours des entretiens que les préoccupations et les pistes d'amélioration étaient relativement identiques dans les deux établissements où nous avons enquêté, avec la réserve qui s'impose compte tenu de la taille des échantillons interviewés.

⁶⁵ ALTER N., 2012, *Sociologie du monde du travail*, 2^{ème} édition, Paris : Presses Universitaires de France ,362 p, p 16.

4 PROPOSITIONS D' ACTIONS

L'histoire, la culture, le contexte sont autant de facteurs à prendre en compte. Dans tous les cas, il nous semble essentiel que, pour aboutir, les pistes proposées fassent l'objet d'une réflexion concertée.

Les entretiens auprès des directeurs ont confirmé la volonté de faciliter l'intégration comme en témoignent les axes consacrés à cette thématique dans le projet de soins ou dans le projet social. Néanmoins, nous avons pu vérifier, lors de notre recherche, l'absence de déploiement d'une politique coordonnée par le Directeur des Soins concernant l'intégration des nouveaux diplômés infirmiers. Certes des actions en lien avec le projet de soins sont menées au niveau des unités, conduites par les cadres ; elles restent souvent limitées à une unité, et leur contenu est méconnu en dehors de leur périmètre d'utilisation.

Nous avons également constaté que la collaboration entre les établissements et les IFSI rattachés était souvent limitée à l'organisation des stages des étudiants en soins infirmiers. Or, les cadres de santé ont indiqué l'intérêt d'une collaboration avec l'IFSI pour la formalisation de certains supports en lien notamment avec la connaissance approfondie du programme d'études, de l'organisation du tutorat, de l'évaluation par les compétences. L'absence d'harmonisation d'outils institutionnels tels que livret d'accueil, bases de données documentaires ou informatiques, cartographie des compétences attendues, programme d'évaluations, est consommatrice de temps, d'énergie pour les cadres et peut être source de démotivation pour les nouvelles diplômées infirmières.

Les pistes d'actions que nous proposons dans la mise en œuvre d'un dispositif d'intégration sont à adapter à chaque établissement.

Nous avons fait le choix de présenter notre plan d'actions selon quatre axes :

- La mise en œuvre des outils institutionnels,
- l'adaptation à l'emploi,
- la qualité de vie au travail,
- les innovations managériales.

La synthèse du plan d'actions piloté par le DS est présentée sous la forme d'un tableau en annexe.

4.1 La mise en œuvre des outils institutionnels

De nombreux outils existent au niveau des institutions depuis le recrutement jusqu'à l'évaluation des compétences, certains plus aboutis que d'autres. La plupart du temps, ils n'ont pas été formellement évalués. Parfois ils ont été abandonnés.

Il ne s'agit pas de créer des supports complètement nouveaux mais de s'inspirer de ceux existants, en les adaptant. Ils sont à retravailler avec l'encadrement pour une appropriation avant leur mise en œuvre. L'utilisation d'outils communs a été mise en évidence lors de l'enquête ; certains intéressent préférentiellement la Direction des Soins ; d'autres modalités comme l'accueil et l'évaluation vont être partagées avec la Direction des Ressources Humaines. La collaboration avec l'IFSI peut également être une ouverture intéressante en termes de compétences partagées.

4.1.1 La charte d'accueil et d'intégration

La qualité de l'accueil et de l'intégration ne peut pas reposer sur les seuls outils existants. Il convient de définir, dans un document de référence, les modalités d'utilisation de ces outils. Il nous semble important que les contours de l'accueil et l'intégration, l'engagement et les objectifs poursuivis par la Direction des Soins, les supports et moyens utilisés tels le tutorat soient formalisés dans une charte. Ce document socle permettra d'organiser et de structurer les méthodes d'accompagnement utilisées, de contribuer à l'harmonisation des pratiques. Pour le nouveau diplômé infirmier, la charte explicitera les attentes de l'institution en retour en matière d'implication, et rendra visible le dispositif.

4.1.2 La journée d'accueil

Elle revêt un caractère institutionnel. C'est l'occasion pour l'établissement de présenter ses projets, éventuellement les différents sites, les organisations existantes, la diversité des spécialités médicales, les circuits logistiques. Elle permet aux nouveaux arrivants de repérer la localisation de la pharmacie, de comprendre l'organisation de certains circuits : repas, linge.

Fréquemment cette journée est enrichie de visites et s'adresse à un public pluri professionnel.

Il convient qu'elle soit personnalisée en partie pour le personnel soignant ; nous proposons que le DS pilote un groupe de travail permettant son adaptation à cette population.

4.1.3 Le livret d'accueil

Il n'existe pas actuellement de livrets d'accueil spécifiques au sein des unités. La plupart du temps, ce sont les livrets d'accueil des étudiants en soins infirmiers qui sont distribués

lors de l'arrivée dans l'unité. S'il existe bien une partie commune liée à l'identification de l'unité, les attentes des nouveaux diplômés sont très différentes en ce qui concerne notamment la description des pathologies prévalentes et les supports pédagogiques auxquels se référer et les compétences spécifiques attendues en regard. Les modalités d'accompagnement seront précisées dans le livret d'accueil.

Il apparaît opportun que des formateurs l'IFSI, en lien avec leur expertise du référentiel d'activités et le référentiel de compétences⁶⁶, soient associés à la démarche d'élaboration.

4.2 L'adaptation à l'emploi

Les DS des IFSI ont insisté sur la notion d'adaptation à l'emploi en employant le terme d'employabilité. Pour eux, le nouveau diplômé possède à l'issue de la formation initiale des compétences de base, qu'il conviendra de compléter par une formation d'adaptation à l'emploi plus ou moins approfondie en fonction du futur secteur d'activités. Cette formation devra être personnalisée en prenant en compte les compétences à développer chez le nouveau diplômé infirmier et les thématiques repérées par le cadre, en lien avec le projet de soins et le projet d'unité.

Pour Michel FORMEAUX⁶⁷, « *la formation continue permet de pallier les déficits de compétences, d'adapter les qualifications spécifiques des agents à leurs besoins à court terme* ».

Des actions spécifiques concernant une formation d'adaptation à l'emploi sont déjà conduites au CHU en réanimation et en psychiatrie, conformément aux indications de circulaires spécifiques :

- La circulaire DHOS n°2003/413 du 27 Août 2003 relative aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue indique « *compte tenu de la spécificité des patients accueillis en service de réanimation, les infirmières affectées dans ces services doivent bénéficier d'une formation d'adaptation à l'emploi* »,
- La circulaire DHOS n° 2006-21 du 16 janvier 2006 relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie qui précise les objectifs de la formation des nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie :
 - « *adapter les compétences sur la base d'une transmission des savoirs et des pratiques*
 - *améliorer l'accueil des nouveaux infirmiers et leur adaptation*

⁶⁶ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. Journal officiel, n°0181 du 7 août 2009, annexes I et II

⁶⁷ FOURMEAUX M., 2011, « *Comment valoriser les métiers par le prisme de la formation* », Revue hospitalière de France, n°540, pp.14-15

- *renforcer l'attractivité de l'exercice infirmier en psychiatrie et fidéliser professionnels* ».

La démarche d'adaptation à l'emploi doit être institutionnelle. Il est donc nécessaire qu'elle soit pilotée et coordonnée par le DS, puis relayée au sein des pôles et des unités par l'encadrement.

Il est essentiel que la démarche d'adaptation à l'emploi puisse être accompagnée, au sein des unités par un tutorat organisé.

Préalablement, il convient de formaliser pour chaque spécialité concernée un référentiel de compétences, d'établir les modalités d'évaluation.

Il nous apparaît également complémentaire d'intégrer dans le dispositif un livret de professionnalisation afin d'assurer le suivi du développement des compétences.

4.2.1 Le référentiel de compétences

Il nous semble que la première étape de sa construction consiste en l'identification des situations ou activités spécifiques de l'unité qui mobilisent différents champs de connaissance et savoir-faire. Cela constituera la base de travail pour définir les compétences requises et construire ensuite les supports d'évaluation.

L'intérêt d'établir une cartographie des compétences a été souligné par Sébastien DAMART. Pour cet auteur « *l'identification des compétences qui devraient être requises pour un travail devrait donc s'appuyer sur une analyse des activités et des tâches qui composent le travail*⁶⁸ ».

Lors de notre enquête il a souvent été abordé par les professionnels la notion de compétences au travers d'expressions telles « *les compétences de base* », « *l'évaluation des compétences* », « *les compétences à atteindre* ».

Il apparaît indispensable de définir pour chaque unité un référentiel de compétences spécifiques établi à partir des activités et des tâches, en spécifiant les niveaux de maîtrise depuis débutant jusqu'à confirmé. Ce référentiel va d'ailleurs servir lors de la mise en forme du livret d'accueil.

4.2.2 L'organisation du tutorat

Nous avons constaté que le tutorat était organisé de façon très différente d'une unité à l'autre en termes de personne désignée, d'organisation de l'accompagnement.

Les directeurs ont préféré le terme compagnonnage à celui de tuteur.

Pour Dominique le roux « *on distingue plusieurs réalités sous l'appellation compagnonnage : Le premier type est formel, matérialisé par un dossier traçant la formation et définissant les compétences à acquérir ; il s'articule avec un compagnonnage encadré par un tuteur au quotidien, choisi pour son aptitude.*

⁶⁸ DAMART S., 2013, *Innovations managériales*, Cormelles-Le-Royal : ems, 164 p, p 66.

Le second se révèle social : les jeunes soulignent la nécessité d'être pilotés par des anciens pour apprendre à connaître les lieux, les acteurs indispensables pour contourner des difficultés, le jargon propre au métier⁶⁹».

Lors de notre enquête les infirmières nouvelles diplômées nous ont indiqué que la présence des anciennes était importante et « *constituait un repère* ».

Les anciennes vont, en effet, pouvoir les renseigner lorsqu'elles sont perdues face à la foule d'informations communiquées. Cela va leur permettre de prioriser ces informations, d'identifier les plus importantes ; cette présence va les rassurer et elles vont disposer de personnes ressources au sein des unités. Il est important de préserver ces échanges de pratiques professionnelles complémentaires d'un tutorat organisé.

Le choix du tuteur est déterminant ; être tuteur ne peut relever que du volontariat car l'engagement est important.

Le tutorat ne s'improvise pas et nécessite des aptitudes pédagogiques. « *Tout professionnel en relation d'accompagnement est également soumis à une connaissance de lui-même et au risque de son exposition /confrontation⁷⁰* ». Il concerne des IDE expérimentées, reconnues et possédant des aptitudes pédagogiques qui assurent l'accompagnement, sous la responsabilité du cadre de l'unité.

Le suivi d'une formation spécifique est néanmoins indispensable. Le DS va veiller à la qualité de la formation proposée et à son évaluation annuelle. Il apparaît important que le DS rencontre annuellement les tuteurs et les cadres pour établir un bilan ; les modalités seront à établir en fonction de la taille de l'établissement

Le rôle du tuteur et ses missions seront précisés dans la charte d'accueil et d'encadrement. Il a un rôle important dans développement et l'évaluation des compétences chez les nouveaux diplômés infirmiers.

4.2.3 L'évaluation des compétences individuelles

Nous avons pu vérifier la difficulté d'organiser l'évaluation des compétences, lors de l'accompagnement des nouveaux diplômés infirmiers. Celle-ci était fréquemment réalisée sans support, générant chez ces derniers une situation anxiogène.

Lors de l'arrivée dans l'unité, à partir du référentiel de compétences, une évaluation initiale des compétences acquises par le nouveau diplômé infirmier va servir de base pour l'élaboration du parcours professionnalisant. Ce parcours sera établi en regard des compétences attendues et fixera les objectifs à atteindre.

Les modalités et le calendrier d'évaluation seront décrits dans la charte d'intégration.

⁶⁹ In Sociologies pratiques, 2006, La face cachée des générations en entreprise, pp 22-35

⁷⁰ PAUL M., 2004, *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*, Paris : L'harmattan, 352 p, p 316.

L'intérêt de formaliser sur un support institutionnel les évaluations apparaît autant important pour le nouveau diplômé que pour le cadre de l'unité car il permettra à chacun de suivre la progression.

Pour Sébastien DAMART, « *la valorisation des compétences conduit à redonner du sens aux soignants et à favoriser un réengagement au travail*⁷¹ ». Il complète son argumentation en faveur d'une identification des compétences par les avantages concrets pour l'établissement : « *cette cartographie permet à son tour, dans une déclinaison opérationnelle de mettre en place ou d'individualiser les dossiers de compétences des agents*⁷² ».

4.2.4 Le livret de professionnalisation

« *Le premier pas pour une gestion des ressources humaines par les compétences consiste à mettre en place des supports permettant de tracer les parcours professionnels et les acquisitions de compétences*⁷³ ».

Guy le Boterf a décrit l'intérêt de formaliser les objectifs atteints dans « *un livret de professionnalisation*⁷⁴ ». Pour cet auteur, « *il donne une visibilité sur les progressions réalisées* ».

Un CSS nous a indiqué l'avantage que représenterait l'utilisation d'un outil qu'elle a appelé « *un carnet de compétences* » en cas de changement d'unité dans le pôle ou hors du pôle durant les premiers mois. Cela permettrait au cadre de l'unité de visualiser rapidement les compétences développées depuis l'arrivée et ainsi d'évaluer le niveau d'employabilité du nouveau diplômé en regard des compétences attendues.

Un CS a évoqué l'intérêt de disposer d'un outil similaire au portfolio utilisé par l'étudiant pendant ses études.

Nous avons déjà évoqué l'intérêt de distinguer l'espace de formation initiale de l'étudiant et la prise de poste. Néanmoins l'intérêt d'associer des professionnels de l'IFSI lors de la construction d'un livret, transmissible, qui rende visible pour chacun la progression, est à envisager pour les mêmes raisons que pour le livret d'accueil.

Nous proposons de constituer un groupe projet spécifique chargé de définir l'organisation de l'accompagnement en intégrant le rôle et les missions du tuteur, l'évaluation des compétences et la formalisation du livret de professionnalisation.

⁷¹ DAMART S., 2013, *Innovations managériales*, Cormelles-Le-Royal : ems, 164 p, p 87.

⁷² Ibid., p 86

⁷³ Ibid., p 81

⁷⁴ LE BOTERF G., 2010, *Professionaliser, Construire des parcours professionnalisés de professionnalisation*, 6^e édition Paris : Eyrolles 139 p, p 137.

4.2.5 Les supports pédagogiques

Il existe dans les unités de soins des supports pédagogiques informatisés à disposition des infirmières ; ce sont souvent des diaporamas mettant en évidence des pratiques et des techniques médicales. Ils ne sont pas intégrés dans un plan de formation et pourtant participe du développement des connaissances. L'accompagnement du nouveau diplômé infirmier dans la découverte et l'appropriation des nouvelles techniques peut être confié au tuteur. Le recensement de ces bases de données pourrait être effectué au niveau de chaque pôle, porté à la connaissance du DS.

Les soignants ont besoin de compléter leurs connaissances et de s'adapter aux évolutions des techniques de soins.

Des nouvelles approches pédagogiques se sont développées ces dernières années et peuvent être mise à disposition des équipes soignantes. Elles apparaissent intéressantes à développer aujourd'hui pour les nouveaux diplômés infirmiers qui les ont expérimentés lors de la formation initiale ; il s'agit de :

- La formation à distance (e-learning) : l'intérêt de cette formule de formation en ligne est qu'elle est toujours disponible et accessible sur n'importe quel PC du lieu de travail.

La formule du e-learning est intéressante pour l'institution et pour le DS en particulier car elle permet de former un nombre important de professionnels sur une durée relativement réduite. Chacun peut acquérir des connaissances à son rythme.

Elle peut être utilisée pour la formation d'adaptation à l'emploi des nouveaux diplômés infirmiers.

Cette pratique peut éventuellement être complétée par un temps d'analyse des pratiques.

- la simulation :

Elle s'apparente à une formation en laboratoire où va être reproduit un environnement réaliste, comme la chambre d'un patient, avec la présence d'un mannequin, de matériel technique, ou encore une situation de soins.

Cela va permettre de simuler une situation à partir d'un scénario. Elle peut venir compléter une formation e-learning et permettre l'apprentissage face à des situations à risque.

Ce qui apparaît intéressant dans cette formule au-delà de la pratique, c'est l'analyse réflexive qui en découle.

4.2.6 Le développement professionnel

Nous avons évoqué les deux techniques précédentes dans les outils utilisables car elles peuvent éventuellement s'intégrer dans le dispositif Développement Professionnel Continu (DPC) de l'établissement. Il semble donc essentiel que le DS travaille avec l'encadrement supérieur sur les priorités DPC et formule des programmes de formation

conduits au sein des pôles. Le Développement Professionnel Continu (DPC), est désormais obligatoire pour les paramédicaux⁷⁵ et a enrichi le dispositif de formation puisque les apports cognitifs sont complétés d'une analyse des pratiques professionnelles.

Comme nous l'avons déjà mentionné, le Directeur des Soins « *participe à l'élaboration du plan de développement professionnel continu dans son champ de compétence et coordonne la réalisation des parcours professionnels qualifiants*⁷⁶ ». La CSIRMT donne son avis sur le plan de DPC.

Il nous semble intéressant que le nouveau diplômé infirmier soit également inscrit dans des formations institutionnelles retenues comme prioritaires en fonction de l'évaluation de ses compétences (douleur, gestion des risques associés aux soins, identitévigilance...) en complément de la formation d'adaptation à l'emploi.

4.3 La qualité de vie au travail

Nous avons choisi d'aborder cet aspect car nous avons été interpellés par la pression psychologique, décrites par les infirmières nouvelles diplômées, et sur la façon dont elle vivait leur intégration. La qualité de l'intégration participe de la qualité de vie au travail. Les CSS et CS nous ont indiqué qu'il constatait un rajeunissement important des équipes soignantes et un turnover important dans certaines unités de leur pôle.

Cette rotation des personnels doit être analysée et les directeurs nous ont déclaré être très vigilants par rapport à cette problématique.

Outre la définition d'outils et la mise en place de moyens facilitant l'intégration, il nous apparaît essentiel de s'intéresser au vécu de ces nouveaux professionnels.

« Les conditions de travail vont jouer un rôle plus ou moins favorable dans l'acquisition de la compétence. L'impossibilité d'échanger avec des collègues, l'imprévisibilité des situations vont gêner la reconnaissance des régularités et l'apprentissage. Il convient de ne pas considérer les conditions de travail et le processus de construction de la compétence comme des éléments indépendants⁷⁷ ».

La qualité de vie au travail est une préoccupation institutionnelle qui dépasse les métiers soignants. Le DS doit néanmoins porter une attention particulière sur cet aspect et se tenir informé régulièrement par l'encadrement. Des expériences d'appréciation de la qualité de vie au travail existent. Une enquête expérimentale centrée sur la mesure de la satisfaction au travail, a été réalisée dans un pôle du CHU où nous avons mené une

⁷⁵ Décret no 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux

⁷⁶ Décret n° 2014-7 du 7 janvier 2014 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

⁷⁷ CARRE P., CASPAR P., 1999, *Traité des sciences et des techniques de la formation*, Paris : Dunod, p 160

partie de notre recherche. Le DS a contribué à la définition des critères d'évaluation et après l'analyse des résultats à la recherche de pistes d'amélioration avec l'encadrement. Il s'agit d'une démarche au long cours qui doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle. La qualité de vie au travail a d'ailleurs été retenue comme étant une action de formation nationale inscrite au programme DPC 2015⁷⁸.

4.3.1 Les hôpitaux attractifs

Le concept d'hôpital magnétique a été développé aux Etats-Unis dans les années 80. Ils associent qualité des soins et satisfaction professionnelle.

« Les valeurs communes à ces hôpitaux sont d'assurer le bien-être des employés par le biais des pratiques de gestion des ressources humaines et par l'instauration de mécanismes de compensation ; il s'agit donc :

- *de permettre aux employés d'avoir un travail significatif et intéressant,*
- *de cultiver le potentiel de tous les employés,*
- *d'encourager l'équilibre travail/famille ⁷⁹».*

La HAS, dans une fiche thématique Qualité de Vie au Travail⁸⁰, développe en exemple le fonctionnement des hôpitaux attractifs (appellation européenne). En termes de gestion des ressources humaines, *« ils établissent notamment des plans de formation individualisés liés aux compétences identifiées dès le recrutement de la personne. Des formations adaptées et un encadrement par une infirmière plus ancienne lui permettent d'accéder à ces paliers de compétences »*. Un des objectifs poursuivis est de limiter le renouvellement permanent des équipes professionnelles en favorisant la fidélisation.

Pour Vincent MOUNIC⁸¹ *« La force de la notion d'hôpital attractif réside dans la reconnaissance de ce cercle vertueux entre qualité de vie au travail et qualité des soins »*. Nous mesurons à travers les propos de cet auteur l'intérêt d'engager une réflexion institutionnelle dans laquelle le DS a toute sa place.

Désormais le développement d'une politique de gestion des ressources humaines intégrant la qualité de vie au travail est un critère de certification de la HAS.

⁷⁸ INSTRUCTION N° DGOS/RH4/2014/238 du 28 juillet 2014 relative aux orientations en matière de développement des compétences des personnels.

⁷⁹ STORDEUR S, D' HOORE W, 2010, *« Le modèle Ariq inspiré de l'expérience des hôpitaux attractifs belges »*, Soins cadres, n°74, pp.31-33

⁸⁰ HAUTE AUTORITE DE SANTE. Juillet 2014, *« Renseigner le compte qualité sur la thématique, qualité de vie au travail »*, 6 p

⁸¹ MOUNIC V., 2011, *« La HAS s'engage en faveur de la qualité de vie au travail »*, Revue hospitalière de France, n°540, pp.36-40

Cela induit le fait de penser le travail autrement, d'intégrer le développement personnel et professionnel, en cherchant à limiter le turnover des équipes.

4.4 Les pratiques managériales innovantes

Nous avons déjà évoqué les réformes hospitalières successives auxquels les hôpitaux ont dû s'adapter ces dernières années.

Parallèlement la réingénierie des formations paramédicales, toujours en cours, a modifié considérablement les parcours d'apprentissage des nouveaux professionnels et par voie de conséquence leur intégration dans l'institution.

Aujourd'hui, le nouveau référentiel de formation des infirmières intègre dans le programme de formation l'analyse réflexive. Cette capacité à se distancier d'une situation permet le développement des capacités d'analyse et de transposition. Elle permet également de réfléchir à son propre fonctionnement dans une situation donnée.

Guy le boterf relie cette réflexivité à la notion de compétence : « *le professionnel compétent est celui qui est non seulement capable d'agir avec pertinence dans une situation particulière mais qui également comprend pourquoi et comment il agit. Cette intelligence des situations lui fait prendre du recul pour améliorer ses pratiques professionnelles* ».

Sébastien DAMART a développé le concept de management intégratif. Selon lui « *compte tenu des enjeux des établissements de santé, le management gagnerait à s'inscrire dans une posture intégrative⁸²* ». Il développe l'idée qu'il faut utiliser les expériences et les compétences de chacun et notamment le rôle des cadres dans le développement de telles pratiques managériales. « *Les cadres ont tout intérêt à organiser des espaces d'échanges entre soignants sur l'organisation du travail ou sur les pratiques professionnelles⁸³* ».

L'analyse réflexive des pratiques par les soignants n'est pas une pratique développée dans les établissements, probablement parce qu'elle modifie en profondeur les représentations de la majorité des soignants.

Pourtant, l'analyse des pratiques sous la forme de comités de retour d'expériences (CREX) existent déjà au sein des hôpitaux.

Exposer les difficultés que l'on a rencontré pour gérer telle ou telle situation, c'est s'exposer au regard des autres. Pourtant c'est cette technique de la réflexivité qu'utilisent les étudiants en soins infirmiers pour développer leurs compétences.

⁸² DAMART S., 2014, « *Pour un management intégratif* », Soins cadres, n°91, pp.43-45

⁸³ Ibid., pp.43-45

Certes c'est un changement de paradigme : « *il s'agit de concevoir des situations formatives, fondées sur l'analyse du travail effectué. Ces démarches réflexives peuvent et probablement doivent, être intégrées dans des projets de changement⁸⁴* ».

La déclaration des évènements indésirables (EI) est une pratique courante pour les soignants. Le regard de l'institution a changé : il s'agit désormais d'apprendre de ces dysfonctionnements, pour ne pas les reproduire. L'analyse des fiches d'évènements indésirables de l'unité ayant attrait aux soins pourrait faire l'objet d'une réunion mensuelle pour analyser rétrospectivement les événements indésirables (EI) liés aux soins. Commencer par organiser au sein des unités une analyse réflexive de situations complexes, d'évènements non prévisibles peut représenter une piste.

L'intérêt d'une telle pratique serait triple :

- analyser les évènements indésirables,
- étendre la réflexion et l'analyse aux situations à risque,
- contribuer à la formation des nouveaux diplômés.

Pour développer cette pratique, il est important de former en priorité l'encadrement pour conduire les analyses réflexives au-delà du champ de la gestion des événements indésirables.

Le rôle du DS sera d'inscrire cette pratique dans le projet de soins, de proposer une formation à la pratique réflexive pour l'encadrement, d'encourager le développement de cette pratique.

⁸⁴ CARRE P., CASPAR P., 1999, *Traité des sciences et des techniques de la formation*, Paris : Dunod, 512p, p 161.

Conclusion

Les établissements de santé sont parfois amenés à conduire d'importants programmes de restructuration. Les expériences conduites en matière de réorganisation ont montré que les établissements étaient confrontés à des problèmes de mobilité des professionnels en lien avec les transformations d'activité et donc à leur employabilité.

La notion de compétences prend alors toute son importance dans un contexte parfois fragilisé par des réorganisations et par un turnover important. Au-delà de l'affectation, la réussite de l'intégration est essentielle. D'une part parce qu'elle représente un investissement pour l'établissement en termes d'adaptation au poste et d'autre part parce qu'elle constitue un levier intéressant de fidélisation des nouveaux diplômés infirmiers.

La réussite de l'intégration des nouveaux diplômés infirmiers représente dès lors un enjeu important.

La politique d'intégration des nouveaux diplômés infirmiers s'inscrit dans la gestion des emplois et des compétences ; de ce fait elle est partagée avec la Direction des Ressources Humaines. Il est important qu'elle soit le résultat d'une réflexion institutionnelle et qu'elle soit inscrite comme un axe du projet de soins.

Les apports de notre recherche nous ont permis de mettre en lumière les difficultés rencontrées par les nouveaux diplômés infirmiers.

Ils ont exprimé leur ressenti parfois avec émotion, mais toujours avec compréhension. Ils rencontrent certes des difficultés : pour les uns l'accueil dans l'unité ne les a pas libérés de leur stress, pour d'autres l'absence de tuteur désigné était problématique, enfin pour d'autres encore ils n'avaient pas de visibilité sur ce que l'on attendait d'eux. Tous n'ont pas cumulé l'ensemble des difficultés énoncées. Néanmoins ils ont tous ressenti le défaut de formalisation des pratiques managériales d'intégration, comme une difficulté majeure.

Nous avons également pu constater que les attentes des cadres de santé étaient importantes en termes de coordination et de pilotage. Toutefois il nous semble que la réponse par des seuls outils serait incomplète.

Ils nous ont indiqué que l'absence de déclinaison de la politique d'intégration leur posait problème à la fois au niveau des outils utilisés, de l'accompagnement mis en place, et du manque de visibilité au niveau institutionnel. Tous ont évoqué leur volonté de faire évoluer les pratiques utilisées avec le souhait d'être accompagné pour s'inscrire véritablement dans une pratique institutionnelle homogène.

Le Directeur des soins a un rôle déterminant à jouer dans la mise en œuvre du dispositif d'intégration institutionnel par la définition d'un cadre, l'évaluation et le suivi d'indicateurs

visant à l'harmonisation des pratiques. Il ne s'agit pas d'inscrire le DS dans un rôle de prescripteur mais de permettre d'homogénéiser les pratiques d'accompagnement et les supports utilisés en s'appuyant sur des pratiques existantes. La co-construction partagée avec l'encadrement est aussi la garantie de la réussite du projet.

Le déploiement d'un dispositif d'intégration nécessite d'être piloté et accompagné. Le DS a toute légitimité pour le conduire, parce qu'il entre dans le cadre de ses missions et qu'il représente un enjeu important en termes de qualité et de sécurité des soins.

Les outils managériaux doivent être par ailleurs construits dans la concertation si l'on veut qu'ils rencontrent l'adhésion de ceux qui par ailleurs les réclament et être évalués.

En tant que futur DS je souhaite accorder une attention particulière à l'intégration des nouveaux professionnels, sur la façon dont elle s'organise au sein des unités. Il me semble qu'il y a dans cette démarche, un enjeu important au niveau des unités de soins concernant la prise en charge sécurisée des patients.

L'enjeu pour le Directeur des Soins, sera de réussir cet accompagnement et grâce à la stratégie déployée, contribuer à la qualité et à la sécurité des soins.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES :

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE, MINISTERE DE L'ECONOMIE, DE L'INDUSTRIE ET DE L'EMPLOI, MINISTERE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA FONCTION PUBLIQUE. Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière [en ligne]. Journal officiel, n°0196 du 23 août 2008. [visité le 25.08.2014], disponible sur internet.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES, MINISTERE DE LA REFORME DE L'ETAT, DE LA DECENTRALISATION ET DE LA FONCTION PUBLIQUE. Décret n° 2014-7 du 7 janvier 2014 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière [en ligne]. Journal officiel, n°0007 du 9 janvier 2014. [visité le 25.08.2014], disponible sur internet.

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE, LE PREMIER MINISTRE, MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE, MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE, MINISTERE DE LA FONCTION PUBLIQUE ET DE LA REFORME DE L'ETAT. Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé [en ligne]. Journal officiel, n°102 du 3 mai 2005. [visité le 25.08.2014], disponible sur internet.

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE, LE PREMIER MINISTRE, MINISTERE DE L'INTERIEUR, DE L'OUTRE MER ET DES COLLECTIVITES TERRITORIALES, MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITE ET DE LA VILLE, MINISTERE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS, DE LA FONCTION PUBLIQUE ET DE LA REFORME DE L'ETAT, MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE, MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS.

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [en ligne]. Journal officiel, n°0167 du 22 juillet 2009. [visité le 25.08.2014], disponible sur internet.

LE PREMIER MINISTRE. Décret n°75-245 du 11 avril 1975 relatif au recrutement et à l'avancement des infirmiers et infirmières généraux et des infirmiers et infirmières généraux adjoints des établissements d'hospitalisation publics. [en ligne]. Journal officiel, du 15 avril 1975. [visité le 4.09.2014], disponible sur internet.

POUR LE MINISTERE ET PAR DELEGATION, DIRECTION DE L'ORGANISATION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. Journal officiel, n°0181 du 7 août 2009 [visité le 4.09.2014], disponible sur internet.

RAPPORTS :

Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale de l'administration, de l'éducation nationale et de la recherche, MARSALA V., ALLAL P., ROUSSEL I., juillet 2013, *Les formations paramédicales : Bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD*, 93 p.

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. TOUPILLIER D., YAHIEL M., Janvier 2011, Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé, 133 p.

FICHE THEMATIQUE :

HAUTE AUTORITE DE SANTE. Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins, Service Certification des Etablissements de Santé, Juillet 2014, « *Renseigner le compte qualité sur la thématique, qualité de vie au travail* », 6 p.

OUVRAGES :

ALTER N., 2012, *Sociologie du monde du travail*, 2^{ème} édition, Paris : Presses Universitaires de France ,362 p.

ANZIEU D., MARTIN JY., 2008, *La dynamique des groupes restreints*, 1ère édition « Quadrige », 2^{ème} tirage, Paris : Presses Universitaires de France , 397 p.

AUBRET J., GILBERT P., PIGEYRE F., 2005, *Management des compétences*, 2^{ème} édition, Paris : Dunod, 200 p.

BALLE M., CHAMPION-DAVILLER MN., 2004, *Organiser les services de soins : le management par la qualité*, 2e édition, Paris : Masson, 214 p.

BENNER P., 1995, *De novice à expert, excellence en soins infirmiers*, Issy les Moulineaux : Elsevier Masson, 252 p.

BRIZON H., 2002, *L'intégration de nouveaux soignants, guide-suivi-évaluation*, Paris : Masson, 108 p.

CARRE P., CASPAR P., 1999, *Traité des sciences et des techniques de la formation*, Paris : Dunod, 512p.

DEJOURS C., 2008, *Le facteur humain*, 4^e édition, Paris : Presses Universitaires de France ,127 p.

DAMART S., 2013, *Innovations managériales*, Cormelles-Le-Royal : ems, 164 p.

GRAWITZ M., 1994, *lexique des sciences sociales*, 6^{ème} édition, Paris : Dalloz,402 p.

HART J., LUCAS S., 2002, *Management hospitalier, stratégies nouvelles des cadres*, Rueil-Malmaison : Lamarre, 180p.

LAMBERT J., 2009, *Management intergénérationnel*, Rueil-Malmaison : Wolters Kluwer France, 269 p.

LE BOTERF G., 2002, *ingénierie et évaluation des compétences*, 4e édition, Paris : Editions d'Organisation, 563 p.

LE BOTERF G., 2003, *développer la compétence des professionnels*, 4e édition, Paris : Editions d'Organisation, 311p.

LE BOTERF G., 2010, *Professionaliser, Construire des parcours professionnalisés de professionnalisation*, 6^e édition Paris : Eyrolles 139 p.

LE GOFF JP. , 2000, *Les illusions du management, pour le retour du bon sens*, Paris : la découverte, 159 p.

PAUL M., 2004, *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*, Paris : L'harmattan, 352 p.

WENNER M., 2006, *L'expérience infirmière*, Paris : Seli Arslan, 190 p.

REVUE :

SOCIOLOGIES PRATIQUES, 2006, *La face cachée des générations en entreprise*, n°12, Paris : Presses Universitaires de France, 112 p

ARTICLES :

DAMART S., 2014, « *Pour un management intégratif* », Soins cadres, n°91, pp.43-45

STORDEUR S, D' HOORE W, 2010, « *Le modèle Ariq inspiré de l'expérience des hôpitaux attractifs belges* », Soins cadres, n°74, pp.31-33

MOUNIC V., 2011, « *La HAS s'engage en faveur de la qualité de vie au travail* », Revue hospitalière de France, n°540, pp.36-40

FOURMEAUX M., 2011, « *Comment valoriser les métiers par le prisme de la formation* », Revue hospitalière de France, n°540, pp.14-15

Liste des annexes

Annexe 1 : tableau récapitulatif du plan d'actions proposé

Annexe 2 : guide d'entretien Directeurs des Soins et Directeurs des Ressources Humaines

Annexe 3 : guide d'entretien des cadres supérieurs de santé et cadres de santé

Annexe 4 : guide d'entretien infirmières « nouvelles diplômées »

Groupe n°2 référentiel de compétences (suite)	Livret d'accueil	<ul style="list-style-type: none"> ➤ prévoir et organiser un plan de communication, prévoir son évaluation, ➤ anticiper la mise à jour en cas de réorganisation. ➤ Décrire la carte d'identité de l'unité (présentation, organigramme, effectifs médicaux et non médicaux, intervenants, techniques...) de façon précise et concise, ➤ reprendre de façon synthétique les compétences principales infirmières pour chaque lieu d'exercice contenues dans le référentiel de compétences et les insérer, ➤ indiquer de façon synthétique les modalités prévues d'accompagnement (tutorat), ➤ prévoir et organiser un plan de communication, ➤ prévoir son évaluation, ➤ anticiper la mise à jour en cas de réorganisation. 	CSS CS Cadres formateurs IFSI	Directeur des Soins	Echéance à 6 mois
Groupe n°3 Accompagnement et évaluation	Le tutorat L'évaluation des compétences Le livret de professionnalisation	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Définir et décrire les modalités du tutorat, ➤ Définir les conditions d'exercice (formation, ancienneté) ➤ Définir les missions et activités du tuteur ➤ Formaliser un support en s'inspirant du port folio utilisé par les étudiants infirmiers ➤ Définir les modalités de l'évaluation (évaluateurs, échéances) ➤ Formaliser un support transmissible qui recense les compétences acquises, les pratiques réalisées, les formations suivies 	CSS CS Cadres formateurs IFSI IDE référent	Directeur des Soins	Echéance à 6 mois

Groupe n°4 Supports formation	Les supports pédagogiques	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Recenser les bases de données existantes au niveau des unités (supports numériques et papier), ➤ Recenser les pratiques utilisées e-learning et simulation, ➤ Recenser les actions d'analyse des pratiques réalisées au sein des pôles 	CSS CS	Directeur des Soins	Echéances à 3 mois
Groupe n°5 Analyse réflexive	Développer la pratique de l'analyse réflexive	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inscrire la pratique dans le projet de soins, ➤ organiser la formation à cette technique, ➤ encourager la pratique d'analyse des pratiques soignantes dans les unités, ➤ assurer le suivi quantitatif et qualitatif de la pratique réflexive. 	Directeur des Soins CSS CS Personnel soignant	Directeur des soins	Evaluation 6 mois après la première session de formation.
	Le DPC Qualité de vie au travail	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sensibiliser l'encadrement à la démarche DPC ➤ Intégrer les actions réalisées répondant aux critères dans le plan DPC de l'établissement. ➤ Prévoir des rencontres régulières avec l'encadrement supérieur, DRH (ou DG) et DS ➤ Analyser les situations managériales difficiles, ➤ Prévoir une action de formation si nécessaire (axe national DPC 2014) 	Directeur des Ressources Humaines Directeur des Soins		Evaluation à 6 mois, puis 1 an

Annexe 2

Guide d'entretien : Directeur des Soins et Directeur des Ressources Humaines

Questions	Thèmes abordés
<ul style="list-style-type: none"> • Que signifie pour vous une politique d'intégration des nouveaux diplômés? 	Définition
<ul style="list-style-type: none"> • Existe-t-il un dispositif d'accueil et/ou d'intégration institutionnel ? • Comment est organisée l'intégration des nouveaux diplômés infirmiers? 	Dispositif d'accueil et d'intégration Acteurs concernés
<ul style="list-style-type: none"> • Comment s'organise l'affectation des nouveaux diplômés lors du recrutement ? • Comment prenez- vous en compte les compétences développées pendant la formation ? 	Choix de l'affectation
<ul style="list-style-type: none"> • Que met-on en place pour réaliser l'accompagnement ? • Existe-il des tuteurs formés ? Quels sont les critères pour le choix de l'infirmière qui accompagne ? • A partir de quel moment pensez-vous que la nouvelle infirmière est intégrée? 	Accompagnement Tutorat Intégration
<ul style="list-style-type: none"> • Existe-t-il des fiches de poste ? • Existe-t-il des fiches techniques spécifiques au sein des unités? des pratiques de simulation ? du e-learning ? • Comment est organisée l'évaluation des compétences des nouveaux diplômés au niveau institutionnel ? 	Moyens à disposition Evaluation des compétences
<ul style="list-style-type: none"> • L'IFSI peut-il jouer un rôle pour contribuer à l'intégration des nouveaux diplômés infirmiers ? 	Partenariat IFSI
<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les enjeux de l'intégration du nouveau diplômé ? • Quels sont les limites du dispositif existant ? • Comment envisagez-vous votre rôle dans le dispositif? 	Enjeux de l'intégration Limites

Annexe 3

Guide d'entretien : Cadres supérieurs de santé et cadres de santé

Questions	Thèmes abordés
<ul style="list-style-type: none"> • Que signifie pour vous l'intégration des nouveaux diplômés? 	Définition
<ul style="list-style-type: none"> • Existe-t-il un dispositif d'accueil et/ou d'intégration institutionnel ? • Comment est organisée l'intégration des nouveaux diplômés infirmiers dans les unités? 	Dispositif d'accueil et d'intégration Organisation dans les unités Acteurs concernés
<ul style="list-style-type: none"> • Que mettez-vous-on en place pour réaliser l'accompagnement ? • Existe-il des tuteurs formés ? • Quels sont les critères pour le choix de l'infirmière qui accompagne ? • A partir de quel moment pensez-vous que la nouvelle infirmière est intégrée ? 	Accompagnement Tutorat Intégration
<ul style="list-style-type: none"> • Comment évaluez-vous les compétences des nouveaux diplômés? • Existe-t-il des fiches techniques spécifiques au sein des unités? des pratiques de simulation ? du e-learning ? 	Management des compétences Evaluation Moyens utilisés
<ul style="list-style-type: none"> • L'IFSI peut-il jouer un rôle pour contribuer à l'intégration des nouveaux diplômés infirmiers ? 	Partenariat IFSI
<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les enjeux de l'intégration du nouveau diplômé ? • Quels sont les limites du dispositif existant ? • Comment envisagez-vous votre rôle dans le dispositif? • Quel serait le rôle du Directeur des Soins ? 	Enjeux de l'intégration Rôle du cadre Rôle du Directeur des Soins

Annexe 4

Guide d'entretien : infirmières « nouvelles diplômées »

Questions	Thèmes abordés
<ul style="list-style-type: none"> • Quel parcours avez-vous suivi avant la formation infirmière ? • Qu'est qui a motivé votre choix professionnel ? 	<p>Parcours</p> <p>Motivations</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous exprimé votre projet professionnel au moment de l'entretien de recrutement ? • Avez-vous été embauchée dans la discipline de votre choix ? • Avez-vous eu le choix de l'unité ? 	<p>Projet professionnel</p> <p>Choix de l'unité</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Comment s'est déroulé votre accueil dans l'unité ? avez-vous rencontré des difficultés ? • Avez-vous été encadrée ? Combien de temps ? • Avez-vous bénéficié d'un parcours personnalisé ? • Quelles étaient vos attentes vis à vis du cadre ? de vos collègues ? des médecins ? 	<p>Accueil</p> <p>Intégration</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous eu à votre disposition des moyens tels que fiche de poste, fiches techniques spécifiques, e-learning ? • Avez-vous bénéficié d'une évaluation ? au bout de combien de temps ? par quels professionnels ? avec un support formalisé ? 	<p>Moyens</p> <p>Evaluation</p>
<ul style="list-style-type: none"> • La formation vous prépare-t-elle à l'intégration ? • Avez-vous gardé un contact avec l'IFSI ? 	<p>Collaboration IFSI</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Qu'auriez-vous souhaité de plus ? 	<p>Axes d'amélioration</p>

MAURICE

Philippe

Décembre 2014

Directeur des Soins

Promotion 2014

L'intégration des nouveaux diplômés infirmiers : rôle et enjeux pour le Directeur des Soins

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : : Université Paris 7 – Denis DIDEROT

Résumé :

Les soins à réaliser apparaissent aujourd'hui de plus en plus complexes dans un univers où le consumérisme progresse. Les patients, toujours mieux informés, présentent un niveau d'exigence élevé. Les durées de séjours se sont réduites avec l'évolution des techniques. Les infirmier(e)s voient leurs conditions d'exercice rendues aujourd'hui difficiles. Ceux-ci sont formés à des compétences polyvalentes leur permettant d'exercer dans des domaines diversifiés mais sont-ils prêts, à l'obtention du diplôme, à leur première prise de poste ?

La politique d'intégration des nouveaux diplômés nous paraît s'inscrire directement dans la politique de gestion des emplois et des compétences et, à ce titre, représenter un enjeu institutionnel important.

Nous nous interrogeons sur la façon dont l'institution et particulièrement le Directeur des Soins, dans le cadre de ses missions, déploie cette politique et coordonne l'accompagnement de ces professionnels pour faciliter leur adaptation au poste.

Les apports de notre recherche nous ont surtout permis de constater que les attentes étaient importantes tant de la part des nouveaux diplômés infirmiers que de l'encadrement.

L'enjeu pour le Directeur des Soins, sera de réussir cet accompagnement et grâce à la stratégie déployée, contribuer à la qualité et à la sécurité des soins.

Mots clés :

Politique d'intégration, intégration des nouveaux diplômés, accompagnement, tutorat, compétences, évaluation, professionnalisation, analyse réflexive, qualité de vie au travail.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.