



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des Soins

Promotion 2006

**L'accompagnement comme facteur
d'intégration des nouveaux
professionnels infirmiers**

FabienneTESTENIERE

Remerciements

Je tiens à remercier particulièrement :

Les enseignants de l'ENSP qui m'ont orientée dans la préparation de ce mémoire

Les directeurs des soins, les cadres de santé et les infirmières interrogés, ayant accepté d'apporter leur contribution à la réalisation de cette étude

Les directeurs des soins stagiaires promotion 2006 ayant permis d'enrichir ce travail par leurs expériences

Sommaire

<u>INTRODUCTION</u>	<u>1</u>
<u>1 PROBLEMATIQUE ET CADRE THEORIQUE</u>	<u>3</u>
1.1 Constats et contexte	3
1.1.1 Modification des politiques sanitaires et conséquences sur les soins	3
1.1.2 Modification « du statut » du patient	3
1.1.3 Prises en charges complexes.....	3
1.1.4 Mobilité du personnel et conséquences sur les soins	4
1.1.5 Difficultés des soignants	4
1.2 Questions	5
1.2.1 Question de départ.....	5
1.2.2 Sous questions	5
1.2.3 Hypothèse.....	5
1.3 Intérêt du sujet en regard au cadre réglementaire et à la politique qualité	6
1.3.1 Décret n°2002_550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur de soins de la fonction publique hospitalière.	6
1.3.2 S’inscrire dans le cadre de la démarche qualité	6
1.3.3 Evaluation de la qualité managériale	7
1.4 Etats de la question et axes privilégiés	7
1.4.1 Intégration	8
1.4.2 Politique d’accompagnement	9
1.4.3 Accompagnement et développement des compétences.....	10
<u>2 METHODOLOGIE ET PRESENTATION DES SITES</u>	<u>13</u>
2.1 Elaboration des méthodes d’investigation	13
2.1.1 Modalités de l’entretien	13
2.1.2 Site.....	13
2.1.3 Personnes enquêtées.....	13
2.2 Présentation des établissements	15
2.2.1 La structure A.....	15
2.2.2 Les moyens humains A.....	16
2.2.3 Recrutements effectués sur année 2005 (A).....	16
2.2.4 Structure B.....	16
2.2.5 Les moyens humains B	17

2.2.6	Recrutements effectués sur année 2005 (B).....	18
2.2.7	La structure M.....	18
2.2.8	Les moyens humains (M)	19
2.2.9	Recrutements sur année 2005 et perspectives de départ (M).....	20
3	<u>ANALYSE DES RESULTATS</u>	<u>21</u>
3.1	Enjeux majeurs pour les acteurs	21
3.2	Politique non formalisée et pratiques à l'efficacité avérée.....	21
3.3	L'accueil.....	21
3.3.1	Le vécu des professionnels	22
3.3.2	Les outils mis en place en collaboration avec la DRH :.....	22
3.3.3	Autres outils : la fiche de poste et le profil de poste	24
3.3.4	Les entretiens d'accueil et première évaluation	25
3.4	La prise de poste : temps d'observation et tutorat.....	26
3.4.1	Période d'observation.....	26
3.4.2	Tutorat.....	27
3.5	Sentiment d'intégration en premier lieu dans l'unité d'affectation.....	28
3.5.1	Adaptation technique et relationnelle	28
3.5.2	Signe d'investissement.....	29
3.5.3	Influence de la structure	29
3.6	Propositions d'amélioration recueillies lors des entretiens.....	29
3.6.1	Accueil	29
3.6.2	Temps d'adaptation et d'affectation	30
3.6.3	Formations adaptées à l'évaluation.....	31
3.7	Réponse aux questionnements	31
4	<u>PROPOSITIONS D'ACTION POUR LE DIRECTEUR DES SOINS</u>	<u>32</u>
4.1	L'accueil.....	32
4.1.1	Accueil institutionnel.....	32
4.1.2	Accueil spécifique dans le service ou le pôle	32
4.2	Favoriser la transmission des savoirs	33
4.2.1	Elaborer une stratégie de transfert des compétences clés individuelles et collectives nécessaires à une continuité de la qualité des prestations	33
4.2.2	Référentiel de compétences	33
4.2.3	Protocole de soins pour une affirmation des pratiques professionnelles.....	34
4.2.4	Travailler en partenariat avec les IFSI	34
4.2.5	Stage et projet professionnel.....	35

4.3	Uniformité des pratiques pour une gestion individuelle	36
4.3.1	Détermination de principes d'affectation communs	36
4.3.2	Accompagner pour intégrer.....	36
4.3.3	Choisir une forme d'accompagnement	37
4.3.4	Préalable à la mise en place d'un tutorat.....	38
4.3.5	Rôle du directeur des soins dans la mise en place du projet de tutorat.....	38
4.3.6	Le rôle de l'équipe.....	40
4.4	Evaluation et développement des compétences	40
4.4.1	Evaluation	40
4.4.2	La formation et ses différentes finalités.....	41
4.4.3	Formations de familiarisation aux outils	42
4.4.4	Formations dites obligatoires.....	42
4.4.5	Formations adaptation à l'emploi.....	42
4.5	Une évaluation de la politique d'accueil et d'intégration.....	45
4.5.1	Au niveau de l'institution	45
4.5.2	Au niveau de l'unité	45
4.5.3	Au niveau du pôle	45
	<u>CONCLUSION.....</u>	<u>47</u>
	<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	<u>49</u>
	<u>LISTE DES ANNEXES.....</u>	<u>55</u>
	Annexe 1 : grille entretien directeur des soins, cadre de santé.....	56
	Annexe 2 : Grille entretien IDE avec ancienneté supérieure à 2 ans.....	57
	Annexe 3 : Grille entretien IDE « nouvelles recrues ».....	58

Liste des sigles utilisés

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de L'Evaluation et des Statistiques

DRH : Directeur des Ressources Humaines

ENSP : Ecole Nationale de la Santé Publique

GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IFSI : Institut en Soins Infirmiers.

SNR : Stagiaire Non Rémunéré

UPATOU : Unité de Prise en charge, d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences

INTRODUCTION

La gestion des personnels hospitaliers, longtemps assujettie aux exigences du développement des soins et techniques médicales, représente aujourd'hui un enjeu stratégique. En effet, comme l'ont dit M Cremadez et F Gateau «l'hôpital¹ est une organisation dont l'efficacité repose essentiellement sur les compétences des professionnels qui la composent. »

Cette gestion des ressources humaines, dans un système complexe, en évolution constante, « l'hôpital », est un art difficile, qui doit aboutir à la prise en compte des particularités des individus et permettre de les adapter aux objectifs institutionnels.

La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, dans son bilan social 2002 constate que la durée moyenne de carrière²d'une infirmière est passée de 7 ans en 86 à 15 ans aujourd'hui, les dernières études montrent que seulement 8% des Infirmières quittent leur travail avant l'âge de la retraite. Les quotas d'entrée³ en institut de formation en soins infirmiers ont pratiquement doublé en dix ans passant de 16 000 en 1997-1998 à 30 000 en 2003-2004 et devront répondre aux nombreux départs des années à venir.

Ces chiffres, selon une première lecture peuvent ne pas paraître inquiétants, néanmoins les 30 000 places offertes aux étudiants depuis 2003-2004 n'ont pas toutes été pourvues et ils existent un certain nombre d'abandons en cours d'études. Pour l'année 2004 la direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques⁴ (DRESS) les estime à 6,2% pour la première année et 1,8% entre la deuxième et troisième année. En outre il faut tenir compte des départs des jeunes recrutés, pendant leur période de contrat et force est de constater, sur le terrain, que le personnel infirmier reste très volatile peu fidèle à un service ou à un établissement rendant difficile l'organisation des soins et compromettant la qualité du service rendu.

La notion de travail évolue. Dans une société marquée par le consumérisme et l'individualisme, le rapport des jeunes à l'égard du travail n'est plus tout à fait semblable à celui de leurs aînés. Leur attente et attitude face au travail sont tout à fait différentes. Le travail n'est plus le centre de l'existence. Les gens aiment leur travail mais sont plus distanciés, moins investis. Le postulat de base qui consiste à dire qu'une infirmière

¹ CREMADEZ M. GRATEAU F. Le management stratégique hospitalier. Paris. Edition Masson 1997

² DHOS Bilan social 2002

³ DRESS Les étudiants en soins infirmiers en 2004 Etude et résultats n°458. Janvier 2006

⁴ DRESS Les étudiants en soins infirmiers en 2004 Etude et résultats n°458. Janvier 2006

possède un diplôme qui lui permet d'exercer de manière efficace dans n'importe quel service et ceci immédiatement a des limites. Ceci est corroboré par le fait que depuis 1992, les infirmiers sont formés à des modalités de travail diversifiées et à des compétences polyvalentes pour un exercice dans des disciplines médicales diverses.

La fréquence croissante des départs des jeunes professionnelles nouvellement recrutées trouve son origine dans un décalage entre les attentes des infirmières vis-à-vis de l'institution et la réalité du travail, le sentiment d'insécurité qui se développe face à des situations non maîtrisées.

En faisant du processus d'intégration une priorité institutionnelle, le directeur des soins est en mesure de garantir l'attachement des infirmières à l'institution et ainsi la qualité des prestations offertes aux patients et le devenir des hôpitaux. Cette procédure, résultat d'une politique d'accompagnement issue d'une réflexion multiprofessionnelle, nécessite d'être formalisée afin de limiter les incertitudes et les risques de dérives.

Le thème que nous abordons concerne l'accompagnement des nouvelles IDE dans un établissement de santé publique et le rôle stratégique que le directeur de soins est amené à jouer pour faciliter leur intégration. Le sujet évoquera plus particulièrement la phase d'accueil et d'accompagnement qui conditionne souvent la suite de la carrière professionnelle des infirmières et leur investissement institutionnel.

Dans une première partie nous aborderons la problématique qui découle des constats et nous préciserons le cadre législatif et conceptuel. L'enquête proprement dite sera l'objet de la seconde partie et ce travail se terminera par une synthèse et des orientations professionnelles.

1 PROBLEMATIQUE ET CADRE THEORIQUE

Les transformations de notre société ont conduit à une complexification des situations de soins et par voie de conséquence à une modification des pratiques soignantes.

1.1 Constats et contexte

1.1.1 Modification des politiques sanitaires et conséquences sur les soins

L'évolution des politiques hospitalières en relation avec la maîtrise des coûts se traduit par une diminution du temps de séjour des patients bouleversant l'organisation du travail. La demande institutionnelle est autre : la rentabilité est de mise, l'introduction de la tarification à l'activité comme mode de financement implique une efficacité des soins et se traduit concrètement par faire mieux avec moins de dépenses.

Nous observons un développement des tâches d'organisation induites par la protocolisation croissante des procédures de prise en charge des patients, la sécurisation, la traçabilité et une accélération des cadences de travail pour atteindre un niveau optimum de prestation dans un climat de concurrence entre établissements.

D'autre part le décret n°92-264 du 23 mars 1992 et les arrêtés du 23 mars 1992 ont créé le diplôme unique d'infirmier. Si certains se félicitent alors d'une formation axée sur la prise en charge globale du patient, d'autres s'inquiètent aussi bien du manque de technique des nouveaux diplômés que de leur méconnaissance de la psychiatrie.

1.1.2 Modification « du statut » du patient

La demande des malades et de leurs familles est autre : sujets « patients » il y a quelques années, ils deviennent acteurs. Ils ont de plus en plus d'exigences quant à leurs prises en charge et demandent des résultats. Le contribuable paie cher et les hôpitaux doivent répondre avec performance au meilleur et moindre coût.

1.1.3 Prises en charges complexes

Les personnes hospitalisées sont dans des situations physiques et psychosociales en moyenne beaucoup plus complexes qu'il y a quelques années. Cette évolution combinée à une haute technicité de soins favorise une complexification du travail. Le nombre d'interfaces et d'intervenants se multiplient. Aussi le travail infirmier à l'unité de temps s'est-il intensifié, alors que les dotations en personnes sont généralement restées stables, voire ont diminué.

Cette intensification du travail induit une charge mentale plus forte, un travail d'écriture plus important afin d'établir de nombreux documents de traçabilité et de coordination.

1.1.4 Mobilité du personnel et conséquences sur les soins

Parallèlement nous sommes dans un contexte post réduction de temps de travail (35H jour et 32H30 nuit) et où la mobilité du personnel reste élevée, les départs à la retraite s'intensifient, les nouvelles arrivées dans les unités de soins sont importantes. Les jours de récupération de temps de travail, de formation, de maladie, ne sont pas systématiquement remplacés compte tenu des budgets alloués ou, quand ils le sont, c'est par des professionnels qui ne connaissent pas forcément l'unité (pool de remplacement, personnel intérimaire). La charge de travail de l'unité se trouve de ce fait alourdie. Cette rotation importante du personnel entraîne des dysfonctionnements majorés par l'inexpérience. Ces situations contribuent au mal être des équipes en place et à leur démotivation.

L'arrivée d'un nouveau soignant peut être un facteur de risques dans la production de soins et de prise en charge de qualité. C'est un facteur de risques non par manque de professionnalisme mais par méconnaissance de la nouvelle organisation, des lieux, des modes de transmissions de l'information, des relations hiérarchiques, des pathologies, du matériel de soins. Cela peut perturber l'organisation d'une unité et avoir des conséquences sur la performance des soins et donc sur la performance de l'hôpital. Ces nouvelles IDE doivent être rapidement opérationnelles et performantes pour ne pas être un poids pour l'équipe qui doit générer et garantir des soins au minimum de sécurité.

1.1.5 Difficultés des soignants

Quelle que soit la discipline médicale, il est reconnu que le développement des modalités thérapeutiques et la complexité des situations traitées en milieu hospitalier rendent difficile l'intégration à un nouveau poste de travail.

L'acquisition des savoirs spécifiques est une priorité pour les nouveaux arrivants mais ne constitue pas leur seule préoccupation. Pour Hervé Brizon⁵, s'adapter à l'organisation quotidienne du service est la difficulté majeure des nouveaux arrivants. Cela représente la source majeure de stress et entraîne un certain nombre de difficultés pour le nouveau soignant (perte de temps à chercher les lieux, les matériels, les documents etc.) et pour les membres de l'équipes (perturbations dans leur travail quotidien).

⁵ BRIZON H L'intégration des nouveaux soignants. E Masson. 2002

En 1996 Georges ARBUZ et Denis DEBROSSE⁶ dans leur livre « réussir le changement » constataient : « on est frappé par la variété des pratiques dans le domaine comme l'accueil et l'intégration des nouveaux membres. »

« La qualité des procédures en vigueur semble dépendre principalement du médecin responsable et de la capacité d'initiative de la surveillante ; Dans certains cas l'approche est très satisfaisante » (-) « Dans d'autres cas, encore nombreux, c'est à chaque soignant qu'il appartient de faire l'effort de s'intégrer dans le service. »

En 10 ans nous pouvons supposer que les procédures ont évolué et notre expérience le confirme, toutefois elles restent souvent informelles. Ceci est confirmé dans le dossier réalisé sur les jeunes diplômés par la revue infirmière magazine de juin 2006⁷ : « En matière d'intégration des jeunes diplômés, tout se pratique et son contraire. Les dispositifs varient d'un établissement à l'autre, d'un service à l'autre. »

Ces constats multiples ayant des répercussions sur la prise en charge des patients et sur le management du personnel paramédical ont conduit à un questionnaire et à la formulation d'hypothèses.

1.2 Questions

1.2.1 Question de départ

En quoi la mise en place d'une politique d'accompagnement des nouveaux arrivants infirmiers facilite leur intégration au sein de l'institution ?

1.2.2 Sous questions

Que veut dire politique d'accompagnement ?

Que revêt le terme intégration ?

Pourquoi faciliter l'intégration ?

Quels sont les bénéfices attendus pour l'agent, les soignants en poste, l'institution ?

Quels sont les freins à l'intégration ?

Existe t'il une corrélation entre la politique mis en place et les attentes des nouvelles recrues ?

1.2.3 Hypothèse

L'accompagnement favorise la transmission des savoirs.

⁶ ARBUZ G et DEBROSSE D Réussir le changement 1996

⁷ VLAEMYNCK F Bons pour le service. Dossiers jeunes diplômés. Infirmière magazine Juin 2006

L'évaluation en cours d'intégration permet de mettre en place un processus de développement des compétences.

1.3 Intérêt du sujet en regard au cadre réglementaire et à la politique qualité

1.3.1 Décret n°2002_550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur de soins de la fonction publique hospitalière.

Ce décret précise dans son article 4 :

« Le directeur des soins coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico technique, en assure l'animation et l'encadrement.

Il élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins, le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité »

« Il participe à la gestion des personnels des activités de soins dont il propose l'affectation. »

En regard à ce texte il est dans les missions du Directeur des soins de concevoir et de mettre en œuvre une politique de soins qui répondent à la fois à la demande des usagers mais aussi à celle du personnel afin d'assurer la continuité et la qualité des soins.

1.3.2 S'inscrire dans le cadre de la démarche qualité

Il faut noter que l'établissement est évalué sur sa politique de gestion des ressources humaines dans le cadre de la procédure d'accréditation appelée aujourd'hui certification. La justesse de cette politique dépendra de la qualité du partenariat entre Directeur des ressources humaines et Directeur de soins.

En effet dans le manuel d'accréditation⁸ version 2 juin 2005 il est précisé que *« l'objectif du référentiel gestion des ressources humaines est d'investiguer comment l'établissement s'assure de l'adéquation de ses personnels en termes de qualification et de compétence à ses besoins et leur évolution et s'attache à maintenir cette qualification par le biais de la formation et la motivation par une attention portée à leurs conditions de travail. »* (..) *« Les champs investigués reprennent les thématiques clés du projet social qui doit intégrer »* : (..) *«Comment l'établissement valorise et motive le personnel que ce soit en se préoccupant de son intégration (livret d'accueil du personnel, stage d'intégration), en construisant une politique de formation y compris médicale et en améliorant les conditions de travail »*

⁸ ANAES Manuel d'accréditation version 2 juin 2003

1.3.3 Evaluation de la qualité managériale

La mise en place de démarche qualité suppose la mise en place d'évaluation, aussi tout directeur de soins responsable doit être en mesure d'évaluer ses pratiques.

L'évaluation des pratiques de management n'est pas encore obligatoire. Toutefois un guide⁹pratique auto diagnostic des pratiques d'encadrement a été élaboré par la haute autorité de santé et il en explique l'intérêt.

« La recherche d'une juste répartition des ressources nationales d'origine fiscale et sociale, que la société a choisi d'allouer au secteur de la santé, amène à s'interroger sur l'efficacité des différentes prestations et sur l'efficience des prestataires de santé.

Représentant près de la moitié (47,4 %) des dépenses de santé, les établissements hospitaliers publics et privés font légitimement l'objet d'études et d'investigations pour s'assurer que les missions qui leur sont assignées et que la manière dont ils utilisent les moyens alloués permettent d'obtenir le niveau de service médical rendu attendu par la collectivité.

En leur sein, les professionnels de santé sont appelés à conduire des démarches d'évaluation de leurs pratiques notamment dans le cadre de la procédure d'accréditation de l'établissement. Ces démarches ont par ailleurs été rendues obligatoires pour les médecins par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004, relative à l'assurance maladie.

Paradoxalement, le management des établissements de santé et la qualité managériale des responsables (toute personne ayant une fonction d'encadrement) semblent peu ou pas générer de démarches d'évaluation. Or leur impact, sur le fonctionnement des secteurs d'activité et la capacité des établissements à remplir leurs missions auprès des patients, est non négligeable. »

L'évaluation des pratiques professionnelles ne concerne pas exclusivement les médecins. Les coordonnateurs de soins doivent aussi montrer leur efficacité, s'engager dans une démarche d'évaluation et ainsi se positionner au côté de leurs partenaires médicaux et administratifs.

1.4 Etats de la question et axes privilégiés

Avant d'aller plus loin dans le propos, il est utile pour la compréhension du sujet de préciser le sens de certains mots.

⁹ ANAES Problématique guide pour l'auto diagnostic des pratiques de management Paris janvier 05

1.4.1 Intégration

Définition

Le Littré définit le terme intégration comme un processus ethnologique durant lequel une personne initialement étrangère devient membre (s'intègre) dans une communauté.

Selon le Robert ¹⁰ dictionnaire culturel en langue Française, l'intégration est entre autre définition, une opération par laquelle un individu, un groupe s'incorpore à une collectivité, à une société, à une nation.

FX Schweyer¹¹ dans son cours sur la sociologie de l'organisation hospitalière précise que l'intégration consiste à reconnaître les différences et à s'appuyer sur elles pour assurer la convergence des actions vers des objectifs communs.

La pratique de la décision incrémental (compromis) est une logique interne qui prédomine à l'hôpital ainsi que la tendance à se fermer par rapport à l'environnement. L'intégration apparaît alors comme un élément fondamental pour développer un sentiment d'appartenance qui se partage entre l'organisation, le service, le groupe professionnel.

Obstacle à l'intégration

La plupart des infirmières se projettent dans un certain type de service au moment de leur engagement. Le choix du poste, du fait des rotations de personnel, est de moins en moins laissé. Il se crée un décalage entre idéal et réalité

Valeurs professionnelles et normes hospitalière ou idéal professionnel et réalité de terrain¹²

« Avant d'arriver dans une unité de soins, toute infirmière se fait une image de la réalité hospitalière au quotidien. Or, un des aspects de l'intégration est la mise à l'épreuve de cette image.

Les infirmières doivent adapter leur pratique professionnelle aux impératifs institutionnels de l'hôpital. Ces modes d'ajustement supposent de composer avec différents éléments : l'image qu'on se fait du fonctionnement de l'hôpital et de la pratique professionnelle avant son engagement, mise en regard avec ce qui se passe dans la réalité. Il faudra concilier les valeurs professionnelles inculquées par les lieux de formation avec les conditions de travail

¹⁰ Le ROBERT Dictionnaire culturel en langue Française. Edition 2005

¹¹ FX SCHEWEYER sociologue enseignant Ecole Nationale de Santé Publique

¹² LANZA D, PASCHE G, SECHAUD L, BOSSON A, MACH J PACCAUD U Intégration des nouvelles infirmières dans les unités de soins d'un hôpital universitaire. Recherche en soins infirmier N°65. Juin 2001. P 53 à 82.

réellement rencontrées sur le terrain, celles-ci étant de plus en plus marquées par les contraintes budgétaires. »

Dans un premier temps, les IDE se trouvent confrontées à la multiplicité des systèmes de normes qu'il leur faudra apprendre à décoder pour se situer à l'hôpital (différentes cultures professionnelles, différents systèmes de normes à l'intérieur de la profession infirmière elle-même)

Quiconque travaille un certain temps dans un hôpital comprend rapidement que ce dernier est régi par des normes de comportement et d'action qui, pour n'être pas toujours explicitées en mots, n'en sont pas moins prégnantes. Dans un hôpital, il faut que ça aille vite, que les rythmes institutionnels soient respectés. Comme partout, l'accent est actuellement mis sur la productivité et la rentabilité. Du point de vue des soins infirmiers, cela suppose une certaine dextérité manuelle, une rapidité de compréhension des codes de comportement et de langage, une organisation de son travail qui résiste à de multiples pressions venant d'autres professionnels ou des patients. De ce fait, le savoir-faire est une norme dominante.

Les infirmières du terrain sont prises entre différentes exigences et particulièrement entre celles de la productivité optimale et celles de la qualité optimale qui peuvent à certains moments être contradictoires. Par exemple, comment concilier une charge de travail importante et des soins individualisés dont le coût en temps est indéniable par rapport à une taylorisation des tâches ?

Attente différente

On peut se demander si l'infirmière idéale que les hôpitaux souhaitent engager est la même pour les cadres du corps infirmier que pour les médecins et les gestionnaires ? Ces corps professionnels ont probablement des attentes différentes quant aux qualifications de cette infirmière. Les critères d'évaluation et de reconnaissance des autres professions face aux infirmières sont non seulement différents mais restent le plus souvent non explicités, ce qui n'est pas fait pour faciliter l'intégration.

Parallèlement il y a des degrés divers d'attente du professionnel à l'égard de l'établissement qui le recrute en matière d'évolution professionnelle qu'il faut pouvoir repérer.

1.4.2 Politique d'accompagnement

Platon a défini la politique comme « l'art du gouvernement des hommes ». Elle constitue l'ensemble des options prises par ses dirigeants. C'est aussi l'art de d'entrer en relation avec

d'autres états. Par extension dans ce propos, ce terme est utilisé pour saisir la gestion des hommes dans l'organisation et déterminer les stratégies d'actions employées.

Le terme « **accompagnement** » peut être utilisé dans une grande variété de contextes et il s'avère nécessaire d'en préciser le sens dans ce travail.

Le dictionnaire de la Formation et du Développement personnel (1996) indique que le terme accompagnement désigne « *une fonction qui, dans une équipe pédagogique, consiste à suivre un stagiaire et à cheminer avec lui durant une période plus ou moins brève afin d'échanger à propos de son action, d'y réfléchir ensemble et de l'évaluer.* »

Le dictionnaire de Pédagogie¹³ (1996) ne traite que du soutien et du tutorat, tandis que le dictionnaire Encyclopédique de l'Education et de la Formation (1994) s'attache à distinguer le tutorat du préceptorat :

« *Relation de tutelle* » ou « *relation duelle privilégié* » pour le préceptorat.

« *Sorte de relation d'aide* » mais pédagogique et éducative pour le soutien

L'action d' « accompagner » se définit comme se joindre à quelqu'un pour aller où il va. Les synonymes employés sont conduire, escorter.

Le sens final de l'accompagnement est donc de développer l'être et les compétences et ainsi utiliser de façon optimale les qualités intrinsèques de chaque individu :

- Susciter la curiosité,
- Encourager l'esprit d'initiative, la prise de responsabilité
- Entretenir la motivation.

La compétence permet de répondre d'une part aux attentes des individus et d'autre part à celles des organisations en matière d'adaptation aux marchés et de mobilité des personnes

1.4.3 Accompagnement et développement des compétences

Notion de compétences :

Selon DECKEER O, Le BOTEERF G ET TEULIER R La compétence peut être définie comme « *la mise en œuvre d'une combinaison de savoirs en situation.* »

« *La notion de compétence¹⁴ représente aujourd'hui dans de nombreux secteurs un concept central touchant directement à la notion de métier, au contenu des formations initiales et*

¹³ PAUL M, l'accompagnement une posture professionnelle spécifique, L'Harmattan, 2004 ,352 P

¹⁴ LEBOEUF D, MATILLON Y. De l'utilité de l'évaluation des compétences professionnelles en santé. Soins Cadre. N° 50 Mai 2004. P25

continues, aux modalités de gestion des ressources humaines, au développement de l'innovation et à l'amélioration du service rendu »

Pour Chantal Eymard¹⁵ : *« la compétence ne relève pas seulement de la somme des savoirs, savoirs faire et savoir être nécessaires à l'exercice d'un métier. Elle s'appuie non seulement sur un savoir agir, mais aussi sur un savoir combiner et raisonner en situation. Elle se développe dans la multiplicité et la variété des expériences vécues. Combinatoire de ressources, la compétence se communique et s'infère à partir du constat d'une performance. Le sujet est capable de choisir un mode de traitement adapté à la situation. La prise de décision repose sur une intériorisation plus ou moins forte de certaines règles, modèles et savoirs professionnels. »*

Selon S Bellier *« elle permet d'agir ou de résoudre des problèmes professionnels de manière satisfaisante dans un contexte particulier en mobilisant diverses capacités de manière intégrée. »*

Diplôme et compétence

Le diplôme infirmier donne une compétence de base pour exercer le métier, les compétences spécifiques s'acquièrent tout au long du parcours professionnel dans des situations particulières bien définies (spécialité médicale ou chirurgicale, psychiatrie pour situer les grands domaines d'action) souvent au contact de personnes qualifiées et sont complétées par des actions spécifiques dans le cadre de la formation continue.

Les compétences reposent¹⁶ *« Sur l'obtention du diplôme initial, la mise en œuvre d'une formation continue, une activité professionnelle, et un mécanisme de mise en œuvre de revue par les pairs réguliers (évaluation des pratiques professionnelles) » La compétence correspond à un savoir faire opérationnel validé et connu.*

Le diplôme infirmier modifié en 1992 donne plus de polyvalence à l'infirmier mais perd de sa spécificité en particuliers en psychiatrie, alors que les situations de soins gagnent en complexité. Ceci est confirmé dans l'enquête menée par *l'infirmière magazine*¹⁷ où une jeune professionnelle fait la réflexion suivante *« Le DE nous autorise à travailler ; après il nous faut apprendre à travailler »*

¹⁵ EYMARD C. Professionnalisation et transfert de compétences. Soins Cadre N° 50. Mai 2004 P20.

¹⁶ Matillon Y Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé. 2003.

¹⁷ TRONCHOT A Transmission accomplie. Editio. L'infirmière magazine Juin 2006.

Compétences et évaluation

Il y a toujours une combinaison de connaissances et de mises en pratique. L'expérience acquise étant productrice de compétence.

Les compétences se développent dans le temps et avec d'autres. C'est un attribut individuel et non la qualification d'un emploi. Chaque personne a une compétence propre qu'il faut savoir déterminer. Aussi il y a nécessité de réaliser une évaluation des compétences à un moment T pour réaliser le chemin à parcourir vers un endroit donné qui convienne à l'individu et à l'institution et de déterminer les moyens pour y arriver. Le corollaire de la notion de compétence est donc l'évaluation.

Evaluer¹⁸ les capacités et les compétences des professionnels tout au long de leurs parcours de travail devient presque une nécessité due à la rapidité d'évolution des connaissances et des pratiques professionnelles. Se posent alors des questions autour des modalités d'évaluation de ces compétences et de l'obligation ou non d'une formation continue.

La compétence étant contextualisée : elle s'apprécie au cœur des situations professionnelles. De ce fait il est indispensable de définir, au préalable, pour un poste, les activités principales et mettre en regard les compétences attendues pour les réaliser. Puis il faut procéder avec l'agent à une évaluation de ses compétences afin de déterminer les moyens pour les développer.

¹⁸ M-A Coudray Le cadre soignant en éveil la fonction d'encadrement au défi de la quête de sens. Seli Arslan Paris 2004

2 METHODOLOGIE ET PRESENTATION DES SITES

Cette partie aborde les modalités de la recherche et en examine les méthodes d'investigation. Cela nous permettra également de présenter les sites sur lesquels ont été réalisés les entretiens, ainsi que la nature des personnes enquêtées et succinctement les lieux où elles travaillent. Ces points nous semblent importants car ils sont susceptibles d'expliquer le contexte professionnel et donc de nature à donner du sens aux éléments recueillis.

2.1 Elaboration des méthodes d'investigation

Celles-ci consistent en entretiens semi-directifs. Ce type d'entretien a été retenu pour le cadre qu'il offre et la relative latitude laissée aux interlocuteurs.

2.1.1 Modalités de l'entretien

Une prise de rendez-vous a été préalable à chaque entretien.

La durée des entretiens a été fixée à 45 mn maximum. Ils se sont déroulés selon la préférence de l'interviewé soit sur son poste de travail soit dans le bureau de l'interviewer, soit dans un lieu neutre.

L'entretien a été enregistré sur support magnétique. Il a été retranscrit de façon anonyme aux fins d'exploitation. Une fiche d'enquête a été réalisée pour chaque acteur enquêté. Elle se compose d'un guide d'entretien préalablement testé. Ce document n'a pas été communiqué aux personnes interviewées.

2.1.2 Site

Les entretiens se sont déroulés sur trois établissements qui seront brièvement présentés ultérieurement. L'intégration des nouveaux soignants est une préoccupation réelle de ces structures de soins.

2.1.3 Personnes enquêtées

Nous avons centré nos investigations sur les directeurs de soins, les cadres supérieurs de santé ou faisant fonction, les cadres. En effet ils apparaissent comme des acteurs de premier plan dans ce thème. Les médecins, bien que concernés, n'ont pas été interrogés. Il a été recherché de quelle manière ils sont associés à la procédure.

De plus pour compléter et apporter plus de matière à l'enquête un cadre supérieur responsable de formation dans un centre hospitalier et un directeur des soins d'un CHU ont été également rencontrés.

Parallèlement à l'enquête il a été extrait des rapports d'activités 2005 de chaque établissement visité, le nombre d'infirmières recrutées et le nombre de nouvelles arrivées sur chaque service enquêté.

L'objectif de ces entretiens est de déterminer les politiques mises en places :

- accueil institutionnel,
- accueil dans les services,
- les procédures d'accompagnement mises en place,
- les outils utilisés
- les objectifs poursuivis,
- leurs évaluations,
- le lien avec la formation,
- l'implication et la collaboration autour de ce projet.

Parallèlement nous avons recueilli le vécu des IDE ayant moins de deux ans de fonctionnement sur la structure et le ressenti des IDE membres de l'équipe face à l'arrivée d'un nouveau professionnel.

Le tableau suivant présente le nombre de personnes enquêtées et leur fonction.

Tableau 1 : récapitulatif des personnes enquêtées

FONCTIONS et QUALITES	Directeur des soins	Cadre de santé	IDE ancien (+3ans)	IDE nouvelle (2ans)
	1CHA	2	1	2
	1CHB	2	2	3
	1CHM	2 +1 responsable formation	1	3
	1 CHU			
Total : 23	4 DS	7 CS	4 IDE	8 IDE

2.2 Présentation des établissements

2.2.1 La structure A

Ce centre hospitalier général du Sud de la France a la spécificité d'être intégré dans un Pôle Santé définissant pour chacune des entités qui la composent des domaines d'interventions spécifiques.

Le centre hospitalier assure les urgences (UPATOU)¹⁹, la gynécologie, l'obstétrique, la médecine, les soins de longue durée, les soins infirmiers à domicile et l'accueil des personnes âgées dans sa maison de retraite située dans un bâtiment et quartier différent. Il offre également une large gamme de consultations externes.

Les activités chirurgicales sont assurées par des partenaires privés dans une aile du bâtiment contiguë du centre hospitalier.

L'imagerie médicale, l'hémodialyse et la kinésithérapie sont intégrées au fonctionnement du pôle santé tout en restant sous la responsabilité de partenaires privés.

La cohérence de l'ensemble est renforcée par la mise en commun de services comme la restauration faite par l'hôpital, la stérilisation effectuée par la clinique.

A cet établissement est rattaché un hôpital local situé dans une commune distante de 35 kilomètres.

Tableau 2 : capacité de la structure A

Urgences	Gynécologie obstétrique, maternité	médecine 2 unités	SSIAD	Maison de retraite	Hôpital local
6 lits portes	26 lits + 2 ambulatoires	58 lits + 4 places HDJ	97 places	100 lits + 10places accueil de jour.	9 lits moyens séjours 6 lits médecine 30lits maison de retraite

¹⁹ Unité de prise en charge, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences

2.2.2 Les moyens humains A

Tableau 3 : effectifs personnels paramédical en équivalent temps pleins

Directeur des soins	Cadre supérieur	cadres	infirmiers	Aides soignants Auxiliaires- puéricultrices	Médico technique
1	1 faisant fonction	6	65+8 CDD	101 AS + 14,5 CDD 12 AP + 1CDD	7

2.2.3 Recrutements effectués sur année 2005 (A)

Tous les services ont eu un renouvellement de personnel, plus de la moitié des effectifs, et plus particulièrement le service de médecine qui a été concerné par les entretiens cadre et IDE.

Tableau 4 : Recrutement sur année 2005

Nombre total infirmières recrutées sur le centre hospitalier	Nombre d'infirmières affectées au service de médecine
48 sur un total de 73	5 sur 8

2.2.4 Structure B

Le centre hospitalier B regroupe l'ensemble des disciplines hospitalières (exceptées la neurochirurgie et la chirurgie cardiaque), tout en gardant une dimension humaine. Il est le 4^{ème} établissement sanitaire de sa région et couvre un bassin de population de plus de 550.000 personnes.

Tableau 5 : capacité établissement (CHB)

Capacité totale	médecine	chirurgie	Gynéco obstétrique	Urgences adultes réanimations	Soins de suite	Long séjour
876 lits	442 lits	200 lits	45 lits	28 lits	61 lits	100 lits

En terme d'hospitalisation²⁰, le nombre d'entrées par an se chiffre à 37.623 pour les services de médecine, de chirurgie, d'obstétrique de moyens séjour et rééducation.

Le nombre de passages est de 38.871 aux urgences adultes, de 21159 aux urgences enfants et de 6.324 aux urgences obstétricales.

En ce qui concerne la DMS son chiffre est de 5.57 jours en médecine, de 4.78 jours en chirurgie, et de 4.9 jours en obstétrique.

L'hôpital a signé son 3^{ème} projet d'établissement, 2003.2007., qui repose sur l'organisation des prises en charges sur la base de fédérations médico-chirurgicales, et non plus de services, ce qui permet de décloisonner le système, d'optimiser les moyens et de rendre plus cohérente la prise en charge du malade en fonction de sa pathologie. En outre cette conception permet de mener plus facilement la réflexion sur la mise en pôle dans le cadre de la nouvelle gouvernance au sein des hôpitaux.

2.2.5 Les moyens humains B

Le CH emploie 3000 personnes dont 1568 soignants, réparties de la manière suivante.

Tableau 6 : répartition effectifs en équivalent temps pleins (CHB)

Directeurs des soins	Cadres de santé	Infirmières DE et spécialisées	Aides soignantes
2 dont 1 coordonnateur	55+12 cadres supérieurs	630	571

²⁰ Rapport activité de l'établissement 2005

2.2.6 Recrutements effectués sur année 2005 (B)

Tableau 7 : recrutement IDE année 2005 (CHB)

Recrutement IDE 2005 (B)	Unité cardio	Service de réanimation
81 ETP (85p)	2/8	12/30

Le renouvellement IDE est de 12 % sur année 2005. Il s'accroît début 2006 avec de nombreux départs prévus sur le premier trimestre.

Retraite programmée mais en ce début d'année le directeur des soins a constaté une fuite d'infirmières vers le secteur libéral (10 départs en 3mois) et le départ de 4 nouveaux recrutés 3 pour le motif de difficulté d'adaptation à des changements d'unité répétitifs.

Les besoins en recrutement augmentent aussi du fait des changements d'activité autorisés sur le service de réanimation qui va passer progressivement sur l'année de 14 à 20 lits. Le nombre de postes va augmenter de 70% dans ce service.

2.2.7 La structure M

Ce centre hospitalier, établissement de santé public, a une mission de prévention, de soins en santé mentale et de réinsertion sociale auprès de la population d'un département de la région Provence Alpes Côte D'azur. Il a engagé depuis plusieurs années une politique d'adaptation et de modernisation de ses unités de soins, qui lui permet aujourd'hui de répondre avec des modalités de prise en charge efficaces et diversifiées à tous les types de pathologie psychiatrique. Il s'est soumis à la procédure d'accréditation en octobre 2003 auquel il a satisfait. Il doit bénéficier d'une prochaine visite en avril 2007.

L'activité s'articule autour :

- **D'un secteur sanitaire** organisé en huit secteurs de psychiatrie adulte, deux inter secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, un service de malades difficiles, trois fédérations intersectorielles (prise en charge des psychoses infantiles vieilles, activités physiques et sportives, ateliers de psychothérapie à médiation culturelle)
- **D'un secteur social et médico-social** qui regroupe une maison d'accueil spécialisée, un centre d'aide par le travail, un foyer d'hébergement et un foyer occupationnel.

Capacité de la structure :

Sa capacité globale est 1362lits et places (Adultes : 984, Enfants 378) répartis dans le secteur sanitaire, social et médico- social comme suit :

Tableau 8 : répartition lits et places**Secteur Sanitaire**

Hospi complète	Appart thérapeutique	Lits de crise	Hospitalisation de jour	Hospi de nuit	Hospi pour enfant domicile	Accueil familial thérapeutique	Appart communautaire	UCSA En psychiatrie
502 lits	10 lits	4 dans CH autre agglomération	398 places dans 27 unités	24places	188 places réparties en 15 unités.	46 places (adultes et enfants)	45 places adultes	2

Secteur social et médico social

Maison d'accueil spécialisé	Centre d'aide par le travail	Foyer d'hébergement	Foyer occupationnel
56 lits et 3 places	52 places	20 lits	12 lits et 2 places

2.2.8 Les moyens humains (M)

Le CHM emploie 2150 ETP répartis de la manière suivante :

Tableau 9 : Effectifs du CHM

Direction et administratif	Paramédical éducatif	Techniques	Médecins pharmaciens Odontologiste et biologistes	Total
165	1593 dont 14 médico technique	272	120	2150

Tableau 10 : Effectifs para médical

Directeurs des soins	Cadres de santé	IDE	AS
1 coordonnateur et 1 cadre supérieur faisant fonction	13 cadres supérieurs 92 cadres de santé	891	208

Volontairement les autres catégories para médicales ne sont pas recensées n'intéressant pas le propos.

2.2.9 Recrutements sur année 2005 et perspectives de départ (M)

Tableau 11: recrutements année 2005

Recrutement IDE 2005 (M)	Service accueil
98/891	5/10

Sur 2006 114 infirmiers doivent faire valoir leurs droits à la retraite et quitter l'établissement.

Sur ces 114, 107 possèdent un diplôme spécifique en psychiatrie.

Le diplôme infirmier de 1995 a généré une moindre spécialisation et une féminisation des effectifs. Ceci conjugué à des départs massifs à la retraite (pyramide des âges) va nécessiter la réorganisation des services, avec du personnel moins spécifiquement formé et moins expérimenté en soins psychiatriques. L'objectif primordial de ce centre hospitalier est d'éviter un climat d'insécurité dans les services.

La direction consciente de ce problème, apporte une attention particulière aux équilibres masculin/féminin dans les équipes et s'emploie à définir un effectif dit de sécurité de fonctionnement par unité de soins, gage de la prise en compte à la fois de la qualité des soins mais aussi de la sécurité du patient comme du personnel.

3 ANALYSE DES RESULTATS

3.1 Enjeux majeurs pour les acteurs

Chaque directeur des soins, cadre de santé, cadre de proximité des trois établissements, dit être conscient de l'importance de l'accompagnement des nouveaux arrivants pour une meilleure intégration.

Les objectifs poursuivis cités sont :

- Diminuer le stress des premiers jours
- Rendre opérationnel rapidement le nouvel agent
- Fidéliser le personnel
- Eviter l'épuisement des professionnels en place par un turn-over important
- Garantir des conditions de travail acceptables et rivaliser avec la concurrence
- Favoriser la transmission de savoir
- Développer des compétences

Les professionnels estiment que le premier contact avec l'établissement employeur est un temps important qui conditionne la suite de la vie professionnelle.

3.2 Politique non formalisée et pratiques à l'efficacité avérée

Une politique d'accompagnement formalisée et diffusée n'est encore présente dans aucun établissement enquêté. Toutefois de nombreuses actions sont menées pour favoriser l'intégration. Une réflexion institutionnelle est conduite dans deux établissements et les procédures sont en cours de validation. Le manque de moyen humain est souvent évoqué pour justifier l'absence d'homogénéisation des pratiques.

3.3 L'accueil

Sur les trois structures le directeur des soins est présent à l'entretien de recrutement et informe le futur recruté des modalités d'organisation, de la procédure de changement de service, des plannings et mode de prise de congés, du fonctionnement général de l'hôpital.

A la suite du recrutement un rendez vous est prévu pour non seulement remplir les formalités administratives mais aussi pour qu'il soit présenté au cadre supérieur de santé et au cadre d'unité.

Une présentation rapide de l'unité est généralement organisée par le cadre. Les spécificités et les outils utilisés (dossier de soins, planification des soins) sont évoqués. L'équipe médicale et para médicale en poste à ce moment là est présentée. Les

établissements A et B prévoient un temps de présentation de 1H à 2H. Le CHM prévoit une ½ journée sauf si indisponibilité de l'agent.

3.3.1 Le vécu des professionnels

L'accueil est un moment fort dans la vie professionnelle de toute personne. Cette première impression influe sur l'état d'esprit et favorise la prise de poste.

« *Après avoir rencontré l'équipe et les lieux, j'étais moins stressée, tout le monde avait été sympa* » témoigne une infirmière du CHA.

Au CHB l'infirmière regrette de ne pas avoir eu ce premier contact avec le service, le cadre étant absent. « *J'aurais aimé être présentée à mes futures collègues de travail avant mon premier jour de travail pour ne pas avoir l'impression d'être étrangère* »

Au CHM une ancienne de l'équipe précise « *je me rappelle mon premier jour, c'était difficile, alors je fais en sorte d'être attentive au nouveau venu pour qu'il se sente à l'aise* »

Le nouveau venu est présenté à l'équipe médicale qui réagit différemment selon leur personnalité.

Une IDE du CHA a mal vécu le premier contact avec le médecin de l'unité. « *Il m'a serré la main sans me regarder et m'a ignorée pendant plus d'un mois ; il s'adressait toujours à ma collègue ou au cadre pour obtenir des renseignements sur les patients. J'avais l'impression qu'il me testait* »

3.3.2 Les outils mis en place en collaboration avec la DRH :

Livret d'accueil institutionnel

Chaque établissement possède un livret d'accueil. Certains se sont inspirés du livret d'accueil réalisé par la fédération hospitalière de France (CHM), d'autres l'ont personnalisé (CHA,CHB).

Il présente en général :

- L'histoire de l'établissement
- Les instances
- La vie dans l'hôpital. exemples : parking, restauration, service social, crèche, bibliothèque, les syndicats représentés, la communication...
- La vie associative
- Les obligations du salarié tel que le secret professionnel, l'obligation de réserve et de neutralité, l'hygiène et la tenue vestimentaire
- Informations administratives et déroulement de carrière
- Le bulletin de salaire et lexique explicatif

Il peut y avoir inclus un plan des locaux, des numéros de téléphone des différentes directions, des consignes sécurité incendie.

Son objectif est d'apporter des connaissances sur l'établissement, sa culture, ses règles. Ce livret est globalement apprécié par les agents qui s'en servent ponctuellement comme base de référence.

Il est en général donné par la direction des ressources humaines lors du rendez vous administratif ou lors de la journée d'accueil.

Il est plus ou moins complété par des données spécifiques qui caractérisent le service d'affectation.

Livret d'accueil spécifique au service

Dans l'établissement B la réflexion des professionnels et des cadres a conduit à l'élaboration d'un livret d'accueil par unité qui comprend :

- Un plan de l'unité avec indiqués les différents rangements
- Le lieu de rangement ou d'accès aux protocoles spécifiques
- Les numéros de téléphone des contacts les plus fréquents (pharmacie, brancardier, laboratoire)
- Les numéros de téléphone des principaux intervenants et collaborateurs
- L'organigramme du service et rappel de l'organigramme de la direction des soins
- Description des activités et organisation sur 24H
- Pathologies les plus souvent rencontrées et examens réalisés
- Descriptifs des procédures pour commande magasin, laboratoire, pharmacie
- Modalité de prise en charge à l'entrée du patient et organisation de sa sortie

Ce livret est remis et commenté par le cadre lors de la première prise de contact. Il est considéré comme rassurant et est largement utilisé et utile. Le personnel en poste a constaté une diminution des questions du nouveau venu, suite à la mise en place de ce livret.

Une infirmière dit : « *le premier mois je m'en suis fait mon livre de chevet* ». Une autre précise « *cela m'a permis de rapidement repérer l'organisation et de revoir mes cours sur les principales pathologies traitées.* »

Au CHM il existe un livret d'accueil pour les stagiaires non rémunérés qui est en cours de modification pour s'adapter à l'accueil des nouveaux arrivants. Il est néanmoins utilisé tel quel par les cadres et fait partie de support d'accueil.

Journée d'accueil

Une journée d'accueil ou ½ journée est organisée dans chaque établissement pour certains une fois par trimestre (B) pour d'autres deux fois par an (A) et (M). L'animation de cette journée est assurée par différentes personnes. Selon l'établissement nous y retrouvons, en général le directeur ou son représentant, le directeur des ressources humaines, le directeur des soins avec un ou plusieurs cadres de santé, un représentant de la direction qualité et des représentants des services techniques et médico-technique. Cette journée ou ½ journée est proposée et non imposée. Une invitation est faite à chaque nouvel arrivant sur l'établissement quelle que soit sa fonction. Elle est soit écrite et un courrier est alors adressé à l'agent (CHB), soit orale par l'intermédiaire du cadre de service.

Le contenu de ce temps d'accueil institutionnel

Le CHA fait une présentation orale suivit de questions réponses.

Le CHB visionne un film qui présente les différents services et la vie hospitalière, les grandes lignes du projet d'établissement .Suivent ensuite des présentations rapides des différents secteurs stratégiques avec les personnes ressources.

Au CHM assiste l'équipe de direction au complet, chacun exposant les grandes missions de sa direction . Les partenaires sociaux, les représentants des mutuelles, des retraites complémentaires sont aussi invités pour présenter les différentes prestations possibles.

Un pot d'accueil suit ce moment de rencontre, les nouveaux pouvant alors échanger entre eux ou avec les anciens qui essayent de favoriser le dialogue.

Le ressenti des accueillis

Cette journée est vécue différemment par les IDE. Elle est d'autant plus appréciée qu'elle intervient au plus près de la prise de poste. Dans tous les cas elle permet de rencontrer des personnes et de mettre un visage sur un nom ce qui facilitera les relations ultérieurement.

IDE du CHM « *J'étais contente d'être invitée à cette rencontre, j'ai pu connaître le directeur et certaines personnes que je croisais sans savoir qui c'était.* »

IDE du CHA « *Je me suis senti vraiment accueilli dans la maison* »

IDE du CHB « *j'ai eu connaissance de l'histoire de l'établissement et des grands projets à venir* »

Il est à noter l'absence de médecin lors de ces rencontres et ceci dans tous les établissements enquêtés.

3.3.3 Autres outils : la fiche de poste et le profil de poste

La fiche et profil de poste existent sur l'ensemble des services de chaque structure.

Leurs utilisations ne sont pas systématiques au CHA. Certains nouveaux agents n'en ont pas eu connaissance bien qu'existantes dans l'unité d'affectation.

Quand elle est présentée, elle permet aux agents de repérer les activités les plus courantes et de mettre en regard les compétences attendues. Le profil de poste sert de base à une première auto évaluation (au CHB)

Au CHM ont été recensés tous les actes de soins que les infirmiers effectuent dans leurs pratiques en s'aidant des décrets régissant la profession. Ensuite tous les actes de soins ont été traduits en actes d'apprentissage. Les actes d'apprentissage dans ce propos sont définis comme l'ensemble des actes de soins issus des connaissances et des savoirs infirmiers appris aux stagiaires en terme de « transférabilité » ou devant être acquis par les nouveaux arrivés. Ce travail s'est réalisé sur l'ensemble des services à la demande du directeur des soins et s'inscrit dans une démarche plus globale de clarification des activités et d'accueil du stagiaire non rémunéré. Il sert de base à la conception du profil de poste.

Il est largement utilisé par les futurs et nouveaux professionnels.

3.3.4 Les entretiens d'accueil et première évaluation

Au CHB la fiche de poste et le profil sont remis à l'agent lors du premier contact et commentés. Le cadre demande à l'agent de faire une première auto évaluation à partir de ces documents. Il fait part de ses expériences et de ses manques éventuels. Un plan d'aide est mis alors en place par le cadre. Une seconde évaluation est faite au bout d'un mois et trois mois. Parallèlement le cadre recueille les remarques et observations faites par l'équipe et les médecins. Des objectifs sont alors fixés et des formations sont programmées.

« Le plus difficile dit le cadre est la programmation des formations. Nous n'avons pas toujours la possibilité de remplacer le personnel en formation et certaines actions de formation ne sont pas accessibles faute de place »

Les IDE qui bénéficient d'un entretien au début de leur prise de fonction annoncent facilement leurs peurs, leur inexpérience, leurs faiblesses dans certains domaines. Le fait de pouvoir l'exprimer, d'être écoutés et accompagnés, les met en confiance.

« J'étais soulagée de pouvoir dire que je n'avais jamais manipulé de chambre implantable, le cadre en a tenu compte et en a informé l'infirmière pour qu'elle me montre ; le médecin m'a fait un schéma explicatif. »

Au CHA la première évaluation intervient 1 mois après la prise de poste. Elle permet de faire un premier point formalisé sur l'adaptation aux services sur les difficultés rencontrées et sur les mesures à prendre pour améliorer certains points.

Une IDE qui n'a pas eu ce même moment privilégié dit : *« je n'osais pas dire que je n'avais jamais posé de cathéter, j'avais peur que l'on me juge incompétente, aussi je laissais le soin à ma collègue qui n'appréciait pas. »*

« J'étais complètement désespérée devant la mort » dit une infirmière du service du CHB. *« J'ai pu lors de l'entretien mensuel exprimer cette difficulté au cadre, qui m'a inscrite sur la formation « accompagnement des personnes en fin de vie » qui se déroulait en fin d'année. J'ai apprécié cette formation qui m'a permis de me situer par rapport à la mort, je n'avais pas du tout été préparée durant mes études. »*

3.4 La prise de poste : temps d'observation et tutorat

3.4.1 Période d'observation

Dans tous les cas, sauf cas exceptionnel dû à un impondérable de dernière minute, le premier jour l'agent est en plus dans l'équipe avec des horaires qui lui permettent de découvrir l'activité du matin et de l'après midi. La période varie de un jour à quinze jours selon les possibilités de remplacement de la structure, la conjoncture, la spécificité du service.

Au CHB une infirmière s'est retrouvée seule le troisième jour (2 arrêts maladie au dernier moment): *« Cela a été très dur et je ne suis pas sûre d'avoir été efficace, j'avais peur et je ne me sentais pas capable de prendre en charge tout le service. J'ai eu une aide ponctuelle du service voisin. J'ai eu de la chance, il n'y a pas eu de casse »*

Ce temps d'observation, quand il existe, est apprécié par les nouveaux. Cela leur permet une prise de poste en douceur et les sécurise. Toutefois ils souhaitent être reconnus comme professionnels et vivent mal le fait d'être considérés encore comme élèves. Dans ce cas ils se sentent dévalorisés et exclus de l'équipe.

Ils veulent être reconnus mais ont du mal à quitter le statut d'élève : *« Du jour au lendemain avoir la responsabilité de 15 malades a été difficile. Je me disais : ça y est tu es infirmière mais je tremblais comme une feuille. J'avais peur de ne pas m'en sortir »* nous confie une infirmière du CHB.

Les professionnels de terrain déjà en poste se plaignent du manque d'opérationnalité des nouveaux venus. *« Dès le premier jour on sait si la nouvelle va s'adapter rapidement. » »*
« Il est vrai que nous ne facilitons pas toujours les choses, mais nous sommes souvent débordés et nous préférons parfois faire que « faire- faire », d'autant plus que nous ne sommes pas sûres que demain nous aurons la même infirmière. »

La spécificité des spécialités

Unité de prise en charge psychiatrique

Il est à noter que dans les unités à spécialité psychiatrique (CHM) des effectifs minimums ont été définis. De ce fait le nouvel arrivant ne se trouve jamais seul (sauf dans les unités extra hospitalières où un infirmier peut être seul pour gérer, dans ce cas là une expérience en psychiatrie d'au moins trois ans est exigée pour occuper le poste)

Unité bénéficiant d'un cadre réglementaire fixant les effectifs minimums

Au CHB le nombre de professionnel est défini réglementairement par catégorie professionnelle pour certaines spécialités (réanimation, soins intensifs de cardiologie, soins continus, urgences). De ce fait ces unités sont réputées « confortables » ne pouvant descendre en dessous d'un seuil minimum de personnel et sont convoitées par le personnel infirmier nouvellement nommé qui bénéficie d'un accompagnement privilégié par rapport aux autres services.

Dans le service de réanimation, l'arrivée massive de nouveaux personnels a été anticipée. Une réflexion a été menée par un groupe de travail composé du directeur des soins, du chef de service de réanimation, du cadre d'unité et de deux infirmières de l'équipe. Cette réflexion a abouti à la formalisation de l'accueil, à la mise en place d'une formation d'adaptation à l'emploi de 2 jours préalables à l'embauche et d'une période de tutorat d'un mois par une infirmière expérimentée.

3.4.2 Tutorat

La mise en place d'un tutorat est souvent évoquée dans les discours des DS cadre et IDE du CHA et CHB comme une procédure à mettre en place. Le « compagnonnage » est plus ou moins organisé. Chacun s'accorde à dire qu'être tuteur ne s'improvise pas.

Au CHA le cadre repère les IDE ayant plus de trois ans d'ancienneté qui ont des qualités pédagogiques et leur confie les nouveaux au moins pour un temps défini.

Au CHB une formation intitulée « *encadrement des stagiaires et des nouveaux arrivés* » doit être mise en place sous forme de deux sessions de trois jours. Les infirmières volontaires peuvent s'y inscrire après accord du cadre d'unité.

Au CHM la circulaire DHOS N°2006-21 du 16 janvier 2006²¹ relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie 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

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

démarche de continuum entre les contenus de formation et la pratique professionnelle. Cette mesure comporte deux volets : la formation des tuteurs et la compensation du temps consacré au tutorat.

Le CHM avait déjà mis en place un tutorat des stagiaires non rémunérés dans le cadre d'une démarche d'accueil. Fort de cette expérience de tutorat, le CHM a monté un projet concernant le tutorat des nouvelles recrues pour obtenir le financement nécessaire afin de contribuer à augmenter son efficacité dans la transmission des savoirs.

Un infirmier a profité de la procédure d'accueil des stagiaires lors de sa scolarité et dit avoir eu plus de facilité à la prise de poste après l'obtention de son diplôme : *« je connaissais tout le monde et je n'étais pas un inconnu pour l'équipe Je savais où trouver le matériel, j'étais familiarisé aux types de pathologie traités et aux principaux protocoles utilisés »*

Les professionnels en poste confirment ce bénéfice : *« savoir que le stagiaire va postuler et va avoir le poste nous encourage à nous investir dans sa prise en charge. Nous savons que nous aurons un retour sur investissement. »*

3.5 Sentiment d'intégration en premier lieu dans l'unité d'affectation

L'hôpital est un lieu insécurisant pour la personne qui vient se faire soigner mais aussi pour le soignant. Les facteurs d'insécurité sont nombreux : taille, complexité, anxiété liée à la maladie et à la mort .Ils renvoient toujours à une impossibilité d'un acteur à maîtriser la situation. Cette insécurité de fond produit des cloisonnements, des comportements protecteurs.

A l'hôpital, personne ne peut éviter la mort, la maladie, les grandes questions de l'existence.

Le sentiment d'intégration se fait d'abord au niveau d'une unité et d'autant plus facilement que l'agent n'aura pas changé d'unité dans le premier mois de la prise de poste. Cette période varie de quelques semaines à six mois voire un an. Chacun s'accorde à dire que l'agent est intégré quand il le dit lui même.

Deux phases sont distinguées dans l'intégration : une « technique ou opérationnelle » et l'autre indicatrice d'investissement signant l'intégration à l'établissement.

3.5.1 Adaptation technique et relationnelle

Depuis le diplôme d'état infirmier²² de 1995, l'infirmier gagne en polyvalence mais perd sa spécificité d'exercice alors même que les situations de soins gagnent en complexité.

²² Décret n°92-264 du 23 mars 1992 et les arrêtés du 23 mars 1992

Pour les cadres, des indicateurs signent cette première phase :

« L'IDE travaille seule en étant à l'aise, peut faire face à toutes les situations en gérant son stress. » « Prend en charge un patient quelque soit son état » « sait trouver l'information dont elle a besoin » « communique facilement avec toutes les personnes de l'équipe »

Une infirmière (B) s'est dite opérationnelle quand elle s'est sentie à l'aise avec la technique mais aussi avec l'équipe. « Je me suis sentie intégrée à l'unité quand j'ai pu être efficace face à une urgence cardiaque, les anciennes m'ont alors considérée comme des leurs, les relations ont été plus faciles »

3.5.2 Signe d'investissement

Se sentir intégré au niveau de l'établissement demande plus d'investissement de la part de l'agent, souvent une impulsion ou une sollicitation de l'encadrement pour que l'agent s'inscrive dans des groupes de travail institutionnel et un temps en général plus long.

La participation à des groupes de travail, au projet de service est un indice de motivation mais aussi signe le sentiment d'appartenance à l'hôpital.

« Une fois techniquement et relationnellement au point, je me suis ouverte sur l'extérieur, je me suis intéressée à ce qui se passait dans le reste de l'hôpital et j'ai bien voulu participer à un groupe de travail sur la sortie du patient » rapporte une IDE du CHA.

3.5.3 Influence de la structure

Au CHA, établissement de petite taille, les infirmières semblent plus facilement et rapidement se repérer, les relations sont de ce fait facilitées avec les différents services. Par contre dans des établissements de capacité de plus de 800 lits comme le CHB le cloisonnement reste fort et le sentiment d'appartenance est au niveau du service alors qu'au CHM très étendu géographiquement il est au niveau d'un secteur.

3.6 Propositions d'amélioration recueillies lors des entretiens

3.6.1 Accueil

La qualité de l'accueil est à privilégier. Les journées d'accueil sont à bien orchestrer pour ne pas être rapidement ennuyeuses. « Dire ce qu'il faut dire sans trop en dire » dit une participante à la journée d'accueil (A).

Dans les unités, être présenté à toute l'équipe pluriprofessionnelle, médecin compris, à un moment privilégié, dans un espace réservé et non entre deux portes, est demandé.

3.6.2 Temps d'adaptation et d'affectation

La perte de temps à chercher les lieux, les matériels, les documents, la crainte de perturber les autres soignants par des questions multiples, la peur de se dévaloriser, la crainte de faire une erreur professionnelle pouvant mettre en danger le patient, la méconnaissance des processus internes nécessitent une période d'observation et d'action contrôlées.

La nouvelle recrue doit acquérir des méthodes de travail, un esprit d'équipe, des techniques de soins spécialisées apprendre à connaître une autre population de patients, un autre management.

Cet apprentissage est difficile, même pour un soignant expérimenté, en raison du travail quotidien qui laisse peu de temps aux autres membres de l'équipe pour entourer et accompagner convenablement.

Mesures et outils proposés

Un document présentant l'organisation le fonctionnement du service et les caractéristiques de l'unité est réclamé. Il devra comprendre au minimum :

- Fiche de poste
- Population soignée
- Savoir faire spécifique requis
- Savoir cognitif
- Savoir être
- Type d'hospitalisation
- Réseaux et relais de prise en charge
- Gestion du temps de travail (horaire, roulement)
- Mode de communication (réunion dans le service, fréquence, tableaux d'affichage, lien jour nuit)
- Organisation lieu de rangement

« **Un temps de doublage** » d'au moins cinq jours est souhaité par les professionnels où le nouveau est en sureffectif. Ainsi les membres de l'équipe seraient moins perturbés dans leur travail quotidien et auraient moins une attitude de méfiance à le laisser travailler seul.

Un référent ou un tuteur est largement plébiscité. Il serait la personne de confiance du nouveau recruté.

Le temps d'affectation minimal dans une unité de soins est estimé à 1 mois. Les changements réguliers sont mal vécus et déstabilisent tous les membres de l'équipe.

3.6.3 Formations adaptées à l'évaluation

Les formations si elles sont appréciées par certains, le sont moins par d'autres qui souhaitent sortir du monde étudiant et acquérir une expérience de terrain. Les formations adaptées à la spécificité du service sont demandées sous forme d'action ponctuelle sur l'unité.

Les autres doivent être en adéquation avec les besoins propres de chacun estimés lors de l'évaluation de l'agent à son arrivée ou quelques jours après.

3.7 Réponse aux questionnements

Notre objectif était de mettre en corollaire les établissements qui ont une politique effective, applicable et appliquée avec le ressenti des IDE. Nous avons trouvé les prémices de mise en place de politique d'accueil et d'accompagnement.

Seul le CHM à la spécificité psychiatrique s'engage dans une politique d'accueil et d'intégration des stagiaires. Cette politique sera formalisée dans le prochain projet de soins. Le lien IFSI - lieux de stage est renforcé et le stage de professionnalisation est particulièrement soigné. Il se déroule sur le futur lieu d'affectation des recrutés.

Cette politique a des répercussions sur le recrutement qui est facilité et sur la prise de poste qui est vécue comme plus facile par les arrivants et les membres de l'équipe. Les difficultés d'adaptation sont vécues en amont de la prise de poste en tant que stagiaire et non comme professionnel.

Sur les autres établissements des actions sont menées le plus souvent avec plus ou moins de succès, les procédures étant peu évaluées.

Il s'avère confirmé que chaque action qui vise à accompagner les agents est ressentie positivement par celui qui en bénéficie.

Nos deux hypothèses étaient

- L'accompagnement favorise la transmission des savoirs.
- L'évaluation en cours d'intégration permet de mettre en place un processus de développement des compétences.

Elles se trouvent partiellement validées, notre travail n'étant pas assez représentatif pour tirer des conclusions formelles.

La satisfaction et la valorisation des infirmières nous ont semblé maximales lorsque l'accueil et l'intégration leur ont permis de développer des compétences professionnelles pratiques et théoriques en vue de dispenser des soins de qualité, en sécurité grâce à l'accompagnement fourni. Ceci reste pour nous un ressenti et non une affirmation.

4 PROPOSITIONS D' ACTIONS POUR LE DIRECTEUR DES SOINS

Le directeur des soins définit avec le directeur des ressources humaines une approche quantitative incontournable de la gestion des emplois et une approche qualitative autour des compétences des individus.

Ils créent une dynamique interne pour que l'accompagnement ne dépende pas uniquement de la bonne volonté des acteurs d'un service ou unité de l'hôpital mais soit le fruit d'une réflexion institutionnelle. L'objectif étant une homogénéisation des pratiques, la formalisation de règles communes tout en veillant à préserver la spécificité propre à chaque service. L'intégration des nouvelles recrues infirmiers doit constituer un axe du projet de soins et sera consignée et évaluée comme telle.

4.1 L'accueil

L'accueil crée les conditions favorables à une intégration dans la culture hospitalière. Il représente une opportunité pour l'établissement de communiquer sur sa culture, ses valeurs, son organisation et ses projets.

Ce moment est important pour l'accueilli comme l'accueillant et nécessite une particulière attention.

4.1.1 Accueil institutionnel

Si, comme nous l'avons vu, des journées et demi journées sont prévues, il est nécessaire de les évaluer pour les améliorer. Une représentation médicale est souhaitée d'où l'intérêt de sensibiliser ce corps professionnel à l'arrivée de nouveau personnel.

Les documents d'accueil sont adaptés à l'établissement et régulièrement remis à jour. Le livret d'accueil institutionnel est à compléter par la présentation spécifique du service d'affectation.

4.1.2 Accueil spécifique dans le service ou le pôle

Une démarche institutionnelle prévoyant la base de la procédure d'accueil et d'accompagnement au niveau d'une unité ou d'un service ou d'un pôle est à définir. Cela n'empêche pas la créativité mais garantit un minimum d'homogénéité de pratique.

A l'arrivée du nouvel infirmier, un entretien avec le cadre de santé, le tuteur et le médecin sera prévu pour présenter le service :

- Topographie des lieux
- Types de patients reçus

- Pathologies traitées
- Composition de l'équipe
- Temps de regroupement de l'équipe
- Projet de service
- Problèmes particuliers

4.2 Favoriser la transmission des savoirs

4.2.1 Elaborer une stratégie de transfert des compétences clés individuelles et collectives nécessaires à une continuité de la qualité des prestations

« Pendant²³ des années, les écoles d'infirmières ont été reconnues comme faisant évoluer la profession ; aujourd'hui la représentation qu'en ont bien des acteurs de la santé est qu'il faut aller chercher des connaissances « sur le terrain », les écoles n'ayant un rôle que d'ingénierie de formation et non de transmission du savoir. »

La compétence des personnels ne peut plus être immédiate et demande un approfondissement dès la prise de poste qui sera d'ailleurs développée ensuite selon le concept²⁴ de « formation tout au long de la vie »

Travailler la base commune d'une procédure d'adaptation à l'emploi et d'accompagnement des nouvelles recrues et mettre en regard les formations nécessaires. Ce travail doit être mené et réfléchi en équipe pluridisciplinaire et largement diffusé. L'implication des équipes soignantes et notamment de l'encadrement joue un rôle essentiel. Cette procédure sera adaptée à chaque pôle selon la spécialité et sera validée par chef de service ou de pôle. Le garant en sera le cadre du service. Il faut que les acteurs du service se concertent et se mettent d'accord sur les attentes qu'ils ont vis à vis du nouveau professionnel.

4.2.2 Référentiel de compétences

Cela doit aboutir à la construction d'un référentiel de compétences infirmières à chaque unité et à la construction d'une cartographie des compétences collectives sur l'établissement servant de repère pour les nouveaux et pour les anciens.

²³ M-A Coudray Le cadre soignant en éveil la fonction d'encadrement au défi de la quête de sens. Seli Arslan Paris 2004

²⁴ LOI n° 2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social.

4.2.3 Protocole de soins pour une affirmation des pratiques professionnelles

Conjointement sont élaborés des protocoles de soins

La rédaction d'un protocole de soins se définit comme la mise en écrit de pratiques couramment réalisées et validées par les corps professionnels concernés. Elle peut aisément se développer sur des aspects organisationnels infirmiers.

Cet objectif vise une finalité externe qui est la garantie pour les personnels de soins d'une sérénité quant aux responsabilités éventuellement engagées pour les domaines d'activités qui s'y prêtent. Il vise également deux finalités internes : l'amélioration de la qualité des soins par l'affirmation, la lisibilité de certaines pratiques professionnelles et la facilitation des actions à mettre en œuvre par le personnel dans des situations de soins préalablement identifiées.

4.2.4 Travailler en partenariat avec les IFSI

Le directeur des soins dans les structures d'accueil est impliqué dans la formation des étudiants et dans le déroulement des stages. *En effet selon le décret 2002-550²⁵, « il contribue à l'élaboration des programmes de formation et est responsable des étudiants lors de leur stage au sein de l'établissement. » Il est membre de droit des conseils techniques des écoles ou instituts des professionnels de soins de l'établissement. »*

Le renforcement du partenariat entre directeur de soins gestion du Centre hospitalier et du directeur des soins formation de l'institut en soins infirmier doit permettre d'atténuer le décalage entre les deux lieux d'apprentissage.

La collaboration IFSI lieux de stage paraît essentielle pour que les compétences des futurs professionnels soient adaptées à la réalité de terrain et corroborent les notions apprises en institut.

Il apparaît nécessaire de construire et décrire les moyens et outils possibles à mettre en œuvre pour améliorer les compétences des infirmières.

Cette réalisation, initiée conjointement par une volonté affichée des deux directeurs des soins gestion et formation, impliquera les équipes d'encadrement des deux structures pour aboutir à un travail qui définira :

- Une cohérence entre les objectifs de stage des IFSI par année de formation, la fiche d'évaluation de la mise en situation professionnelle et les actes de soins déclinés en acte d'apprentissage qu'il est possible d'acquérir dans l'unité.

²⁵ REPUBLIQUE FRANÇAISE, 2002. Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière.

- Un livret destiné aux stagiaires non rémunérés

Ce livret contient :

- La procédure de l'encadrement des stages non rémunérés sur l'établissement: (l'accueil des stagiaires, le suivi, les modalités d'évaluation mi-stage et fin de stage.)
- L'organigramme du secteur avec les tuteurs référents dans chaque secteur.
- Définitions de certains termes : stages cliniques, actes d'apprentissage, stagiaires, encadrement.
- Le tableau des actes d'apprentissage possibles gradués par année, catégories et lieux.
- Un questionnaire qualitatif remis pour évaluer la procédure.

Ce document est dans chaque unité et un exemplaire est envoyé aux instituts et écoles. Il est en outre inclus dans ce document tous les actes d'apprentissages généraux par année de formation. Ceci conduit à réaliser un engagement contractuel entre les équipes de terrain et les équipes enseignantes engageant chaque acteur dans une pédagogie par alternance.

Parallèlement sera élaboré un carnet de stage clinique disponible dans les instituts et qui suivra l'élève infirmier pendant toute sa scolarité ; Ce carnet comportera l'évaluation de la qualité des stages et sera rempli par le maître de stage et l'étudiant.

4.2.5 Stage et projet professionnel

Depuis 2001 il est mis en place : « *un stage de projet professionnel²⁶ d'une durée de huit semaines au minimum et de douze semaines au maximum (.) en fin de formation. » L'objectif est de mettre l'étudiant en situation de prise de responsabilité, d'entraînement à son exercice futur.*

Le choix peut se faire d'effectuer ce stage dans le lieu d'affectation, en accord avec le futur recruté et en concordance avec une politique de recrutement déterminée avec le DRH.

²⁶ REPUBLIQUE FRANÇAISE, 2001- Arrêté du 28 septembre 2001 modifiant l'arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'état infirmier, journal officiel de la république française du 4 octobre 2001 n°230 pp15641-15642.

« Le stage professionnel, effectué en fin de cursus, constitue souvent le gage d'une intégration réussie²⁷, surtout s'il a été effectué là où se tiendra la première affectation. Dès son arrivée le novice connaît l'organisation du service, les pratiques de soins, les collègues. »

4.3 Uniformité des pratiques pour une gestion individuelle

Un nouveau recruté doit bénéficier de la même base mode d'accueil et d'intégration que ce soit au niveau institutionnel et quelle que soit l'unité où il est affecté.

4.3.1 Détermination de principes d'affectation communs

Il convient d'intégrer à cette orientation des principes clairs relatifs aux choix et à la durée des affectations sur les différents services de soins constitutifs des pôles.

Le choix de l'affectation devra dans la mesure du possible, tenir compte des motivations personnelles à s'investir sur tel ou tel type d'activité, en regard des compétences de chacun (ou des possibilités de les acquérir) et des besoins du service.

Pour autant ce principe devra s'affirmer dans une durée d'affectation limitée commune à chaque service de soins, indépendamment du pôle clinique de rattachement. Cette durée sera bornée à minima comme à maxima, dans le cadre du turn-over infra et intra sectoriel.

4.3.2 Accompagner pour intégrer

« L'accompagnement²⁸ ne renvoie pas à une définition stabilisée. Il oscille entre une procédure sociale organisée en dispositif et un processus de rationalités fondé sur l'intersubjectivité, autrement dit entre deux ordres : socialisation et développement d'une personnalité autonome. »

La socialisation pose la question de la place et des liens.

Le développement consiste aujourd'hui à aider une personne à prendre ses propres repères afin de trouver son chemin. L'autonomie est donc relative à la capacité à être, pour soi-même, la référence de ses choix et de ses décisions.

Le terme accompagnement, en produisant à la fois un effet distinctif (qui conduit à le distinguer de la tutelle, du suivi) et un effet fédérateur (par lequel des pratiques anciennes s'en trouvent requalifiées), désignerait aujourd'hui une manière encore floue de faire autrement.

²⁷ TONCHOT A Edito transmission accomplie. Infirmière magazine Juin 2006;

²⁸ Paul M. L'accompagnement une posture professionnelle spécifique. L'Harmattan Paris 352 p

4.3.3 Choisir une forme d'accompagnement

Le tutorat est le terme le plus couramment employé pour désigner une forme d'accompagnement. Il est souhaitable d'en préciser exactement le sens mais aussi de le différencier des autres modes.

- **Tutorat** : *le tutorat²⁹ évolue d'un mode relationnel hiérarchisé (vertical) vers un mode partenarial (horizontal), d'une logique de transmission à une logique réflexive, d'une formation par l'action et l'imitation à une réflexion dans l'action, d'une centration sur l'action du tuteur à une centration sur l'expérience vécue par le stagiaire. Cette mutation est due à l'évolution de l'articulation formation travail et à une dévaluation du rôle des aînés au profit d'une relation plus collaboratrice. Le tutorat est donc une mode d'accompagnement combinant deux fonctions (socialisation et formation) mobilisant une pluralité de rôles et de compétences (organisationnelles, relationnelles, pédagogiques). Le tuteur appartient aux figures asymétriques d'encadrement ayant pour mission l'adaptation et l'intégration à des normes socio professionnelles ;*

- **Le mentorat et la solidarité transgénérationnelle :**

Le mentorat à la suite du tutorat se définit comme une relation de soutien, de confiance et de formation entre un novice et un guide plus expérimenté (Malet 2000). Il est considéré comme une relation d'aide (Houde 1996), transitionnelle par essence, qui permet aux uns (les mentors) de réaménager leur rapport à eux mêmes et aux autres (les protégés) d'apprendre dans cette phase de transition que constitue l'entrée dans la vie active, les ressorts de cette triple relation (à soi, aux autres et au monde) qui permet d'harmoniser orientation professionnelle et projet de vie.

Le mentorat apparaît comme une relation significative de la vie adulte car il crée un espace légitime et privilégié où les personnes peuvent prendre le risque d'être authentiques face à leur réel vécu professionnel et y trouvent un sens. Doyon 1998

- **Le compagnonnage et l'idée de transmission :**

C'est une forme d'accompagnement qui est caractérisée par une relation entre maître et novice, sur le mode de la solidarité intergénérationnelle et de la filiation spirituelle. L'accompagnement dans ce contexte s'appuyant sur l'exemplarité, consiste à aider chacun à s'élever, à la fois sur le plan de l'autonomie responsable et sur un plan spirituel afin, de pouvoir à son tour transmettre.

²⁹ Paul M. L'accompagnement une posture professionnelle spécifique. L'Harmattan Paris 352 p

4.3.4 Préalable à la mise en place d'un tutorat

La démarche « tutorale » est mise en place au bénéfice de l'individuel et du collectif. Elle resitue la responsabilité des organisations dans l'acquisition et le développement des professionnels qu'elle emploie. Elle met en évidence le rôle fondamental de l'encadrement dans la gestion des compétences (acquisition et transfert). La démarche « tutorale » doit prendre en compte la spécificité liée à la spécialité. Le cadre restant garant de la contractualisation du parcours (négociation tri-partite : cadre, tuteur, tutoré). La démarche « tutorale » devient ainsi un facteur d'intégration sociale.

La mise en place de ce tutorat peut s'inspirer de la stratégie d'action proposée dans le plan de santé mentale. La condition impérative de réussite de ce modèle est l'implication des directeurs d'établissement et de la direction des soins qui en assure le suivi régulier.

4.3.5 Rôle du directeur des soins dans la mise en place du projet de tutorat

- Mettre en place un projet de tutorat dans l'établissement et en évaluer le fonctionnement au travers de critères précis. Une charte de fonctionnement de ce tutorat devra être établie et sera signée par les personnes concernées.
- Veiller à l'affectation des nouveaux personnels, en liaison avec les cadres de santé de manière à ce que le tutorat soit efficace et puisse être évalué sur une année.
- Proposer un accompagnement et/ou une formation pour les cadres de santé qui auront à encadrer dans leurs services des tuteurs.
- Mettre en place une formation des tuteurs au suivi pédagogique, à l'accompagnement et à la transmission des connaissances ;
- Elaborer avec les cadres de santé des outils d'aide à l'encadrement : charte d'encadrement, critères et indicateurs de progression, liste de lieux ou de personne ressources.
- Analyser les bilans de tutorat et en tirer des orientations.

- **Former les « accompagnants »**

L'accompagnant n'est pas épargné par les paradoxes : entre son désir d'aider et de laisser l'autre libre, entre le laisser libre et lui imposer quelques contraintes pour justement l'aider à sortir de sa situation. Il doit lui même s'engager tout en se situant en retrait, s'impliquer tout en s'effaçant, sans cesse s'adapter, s'ajuster, changer de registre.

- **Evaluation de la charge de travail du tuteur**

Le tutorat induit une charge de travail supplémentaire qui pèse sur le tuteur mais aussi sur l'ensemble de l'équipe si aucun moyen supplémentaire n'est attribué. Ce temps est à évaluer finement pour non seulement demander une allocation de ressource si cela est possible mais aussi pour définir l'organisation de travail la plus adaptée.

- **Allocation de ressource**

Le plan de santé mentale 2005-2008, complété par la circulaire³⁰ du 16 janvier 2006 relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie prévoit une allocation de ressource en fonction des projets présentés. En hôpital général ceci reste suspendu à la nécessaire dotation en moyens suffisants pour pallier à la charge de travail supplémentaire induite par la mise en place d'un tutorat.

- **Rôle du tuteur**

Le rôle du tuteur sera à définir par l'encadrement et les professionnels infirmiers déjà en poste. Une fiche de poste sera établie avec comme base :

- Prise en charge du nouvel arrivant dès son arrivée conjointement avec le cadre et le médecin.
- Rencontre formelle infirmier/tuteur au moins une fois par semaine pour des échanges.
- Réalisation de certains soins spécifiques avec le nouvel infirmier

La progression sera envisagée comme une aide et non comme un jugement sur la personne.

- **Modalités de désignation des tuteurs :**

- Volontariat
- Expérience de 3 à 5 ans
- Compétence clinique et pédagogique
- Parcours en formation continue
- Expérience de terrain et parcours d'exercices
- Avis du cadre de proximité

Le directeur des soins ou un comité composé de cadres et infirmiers valide les demandes et sélectionne les candidats.

³⁰ Circulaire DHOS/P2/02DGS/6Cn°2006621 du 16 Janvier 2006 relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie.

4.3.6 Le rôle de l'équipe

La mise en place d'un tutorat ne devant pas aboutir à une individualisation de la transmission des savoirs. Il convient que l'équipe pluridisciplinaire définisse un aménagement du temps de réunion pour permettre aux infirmiers de discuter des pratiques, de participer à une dynamique d'accompagnement individualisé du parcours professionnel de l'infirmier.

4.4 Evaluation et développement des compétences

La professionnalisation vise l'amélioration de l'opérationnalité des travailleurs. « *Devant³¹ la complexité et l'imprévisibilité des situations, qualifier ne suffit plus, il faut professionnaliser les travailleurs en les amenant à investir davantage leurs subjectivité, à mobiliser leur intelligence créative et à prendre des décisions en fonction de la reconfiguration incessante des situations concrètes.* » La professionnalisation croissante touche petit à petit tous les métiers. Elle modifie le système de valeurs fondé jusqu'ici sur la vocation, le dévouement, la polyvalence et l'expérience, pour introduire des références liées à la compétence, au diplôme, à la formation, ainsi qu'une ouverture favorisant la comparaison avec d'autres hôpitaux et des structures extra hospitalières.

Au terme de l'accueil apparaît la nécessité de procéder à une évaluation des compétences afin de personnaliser le processus.

4.4.1 Evaluation

L'évaluation doit intervenir tôt après la prise de poste et reste de la compétence du cadre d'unité. Dans un premier temps sur la base d'une auto évaluation elle implique l'agent dans le développement de ses compétences.

Ensuite elle sera tout au moins mensuelle pendant le premier trimestre et de préférence formative.

Objectifs de l'évaluation formative

- Dialoguer avec évaluateur
- Sécuriser, fournir des repères dans l'acquisition
- Etre assisté
- Etre informé sur les compétences attendues et les étapes à franchir

³¹ JOBERT G La professionnalisation entre compétence et reconnaissance sociale. Soins cadres n°50. mai 2004

- Se connaître et mettre en évidence ses points forts et ses points faibles.
- Identifier des besoins en formation

Evaluation normative

L'évaluation formative sera complétée par une évaluation officielle, réglementaire, en référence au décret³² n°2002--682 du 29 avril 2002 relatif aux conditions générales d'évaluation et de notation. Ce décret prévoit la formalisation d'une dynamique de progression individuelle et fait appel à la mesure de la performance. L'objectif sera de vérifier l'adaptation du jeune professionnel au poste de travail, en règle générale contractuel, afin de valider ou d'invalidier la période d'essai.

La justesse de ces évaluations par l'encadrement de proximité repose sur l'utilisation d'outils de suivi mais aussi sur l'implication des autres membres de l'équipe.

Le Directeur des soins s'appuie sur l'évaluation objective et argumentée pour proposer la mise en stage, période précédant la titularisation ou la poursuite ou fin de contrat.

Parallèlement lors de ces entretiens sera réalisé un bilan de compétence en référence au décret³³ n°2003-759. Ce texte prévoit les étapes nécessaires à la formalisation d'un projet professionnel. Un point sur les souhaits d'évolution des agents sera effectué. Il permettra de déterminer avec le professionnel un projet et identifier ainsi les moyens afférents à sa réalisation.

L'encadrement aura à identifier les moyens relatifs à la mise en œuvre des objectifs de progression repérés, les souhaits de mobilité, de promotion afin de les communiquer aux directeurs de soins. Ce dernier en collaboration avec le directeur des ressources humaines, après avoir hiérarchisé les actions à mener pourra définir la politique de formation tant en matière de formation d'adaptation à l'emploi que de promotion professionnelle qui sera déclinée dans le plan de formation de l'année N+1.

4.4.2 La formation et ses différentes finalités

La formation permanente ou continue mise au service de la mobilisation et de la performance, est certainement le principal moyen dont disposent les hôpitaux pour mettre en adéquation les compétences des forces vives de l'établissement avec les évolutions en matière de soins. Son articulation avec le projet d'établissement est nécessaire.

³² Décret n°2002--682 du 29 avril 2002 relatif aux conditions générales d'évaluation et de notation et d'avancement des fonctionnaires.

³³ Décret n°2003-759 du 1 août 2003 relatif au bilan de compétence des agents de la fonction publique hospitalière et modifiant le décret n°90-319 du 5 avril 1990

Les directeurs des soins ont pour mission, entre autres, de donner du sens à l'action en s'appuyant sur des options clairement définies. Ils définissent ainsi une politique de formation afin d'agir sur les acteurs impliqués dans un travail commun relevant de leur compétence. Ils favorisent la mise en place d'outils à la disposition de l'encadrement afin que ces derniers puissent définir clairement les objectifs de formation négociés avec leur agent. Ce n'est que sur la base d'objectifs clairs et précis que pourra s'évaluer le plan de formation.

4.4.3 Formations de familiarisation aux outils

Les établissements fonctionnent de manière homogène. Néanmoins des différences significatives existent concernant les supports utilisés (dossiers de soins, gestion des mouvements des patients, commandes repas, matériel). Les nouveaux personnels doivent être rapidement sensibilisés à ces nouveaux outils. Des référents par unité sont plus amènes de former les agents dans l'unité de soins et sont personnes ressources en cas de difficultés d'acquisition. Cette familiarisation intervient dans les premiers jours de la prise de poste voire la précède si cela est possible.

4.4.4 Formations dites obligatoires

Certaines formations sont réglementairement obligatoires comme la formation incendie, d'autres sont imposées par les établissements (atelier d'hémovigilance pour les établissements MCO ou module d'approfondissement des différentes formes d'hospitalisation en psychiatrie), d'autres encore sont des préconisations ministérielles dans le domaine de la santé publique (douleur, soins palliatifs, alcoolisme).

Ces formations une fois bien identifiées par le cadre, sont à programmer selon un calendrier prévisionnel établi en concertation avec l'agent.

4.4.5 Formations adaptation à l'emploi

La spécialisation de plus en plus pointue de chaque service demande des connaissances et requiert des pratiques particulières. Le nouvel agent doit pouvoir bénéficier sur le terrain d'un complément de formation adaptée à l'unité sous forme de cours théoriques et d'actions pratiques. Les intervenants à privilégier sont des professionnels médicaux ou paramédicaux ayant une pratique professionnelle dans la spécialité.

Il paraît judicieux de s'inspirer des propositions faites dans le plan psychiatrie et santé mentale et plus particulièrement sur la circulaire³⁴ n°2006-21 pour l'appliquer à d'autres spécialités :

³⁴ 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

- **Mettre en place une formation consolidations des savoirs dans la spécialité d'affectation :**

Objectifs :

- permettre à l'infirmier optant pour un exercice en soins psychiatrique, ou à un exercice en soins spécifiques (réanimation, soins intensifs de cardiologie, onco hématologie, bloc opératoire...), d'être professionnellement opérant au quotidien en favorisant une prise de fonction optimale lorsqu'il intègre le champ de la spécialité.
- Comprendre les interactions et leurs impacts entre les personnes soignées et les soignants
- Favoriser une mobilisation des acquis et des connaissances par l'infirmier lors des situations de soins
- Permettre au soignant la construction d'une alliance thérapeutique avec le patient
- Acquérir une distance relationnelle structurante et « contenante »
- Développer le raisonnement clinique
- S'inscrire dans une équipe pluridisciplinaire au niveau de la réflexion et de la prise en charge des personnes soignées.

Contenu :

- Privilégier une méthode pédagogique d'analyse des pratiques professionnelles, à partir de situations vécues par les participants lors de leur exercice professionnel.
- Prise de connaissance de l'environnement (institutionnel, politique de santé locale, partenariats locaux...)
- Mise en place d'une formation en groupe correspondant à 15 personnes au plus
- Mutualisation de la formation entre établissements de santé, le cas échéant
- Favoriser une logique de transmission des savoirs entre génération de professionnels
- S'appuyer sur des ressources locales pour la participation à la formation

Durée de la formation :

15jours (5fois 3jours) à répartir sur 2ans

Evaluation de la formation

Evaluation pédagogique : en fin de formation évaluation des connaissances acquises

Evaluation de l'effet de la formation à distance.

Les thématiques à aborder seront fixées d'après les attentes des professionnels concernés mais aussi des professionnels déjà en poste et élaborées dans le cadre d'une réflexion multi professionnelles.

Un certain nombre de critères sera mis en place pour évaluer la progression des jeunes recrues.

Support de suivi individuel

- Identité
- Fonction, poste
- Historique formation
- Pré-évaluation
- Compétences à acquérir (base métiers)
- Evaluations intermédiaires
- Planning annuel de formation
- Parcours de progression
- Programmation : rendez vous N+1, tuteur, formateur .

Formations permettant un développement professionnel

Cela correspond aux formations dites relationnelles ou de connaissance de soi. Il est difficile d'apprécier concrètement les retombées de ce type de formation dans les services. Elles ont pour objectifs de développer les qualités relationnelles, d'écoute des agents afin de leur permettre de gérer plus facilement des situations difficiles de travail et de maîtriser leurs stress. Les malades et leurs familles sont sensibles à la qualité des relations interpersonnelles avec le personnel

Formation permettant une promotion professionnelle

Les projets professionnels des nouveaux diplômés, une fois identifiés après les entretiens d'évaluation, seront pris en compte dans le cadre de la gestion prévisionnelle des emplois et compétences.

Il appartient à la direction des soins de favoriser la construction d'un parcours qualifiant et l'accompagnement de ces jeunes professionnelles.

Ensuite le directeur des soins et le directeur des ressources humaines devront valoriser, reconnaître et mobiliser ces compétences complémentaires au service des patients et des autres professionnels. La reconnaissance est le meilleur moyen de développer le sentiment d'appartenance à l'hôpital.

4.5 Une évaluation de la politique d'accueil et d'intégration

Cette évaluation est à mener au niveau institutionnel avec le Directeur des ressources humaines mais aussi en collaboration avec la direction qualité et les services de soins.

4.5.1 Au niveau de l'institution

Elle se fera sur la base des :

- Retour du questionnaire de satisfaction des usagers
- Retour du questionnaire de satisfaction des personnels hospitaliers
- Etudes des mouvements du personnel sur établissement
- Etude des fiches signalements de risques

Toutes ses données seront étudiées sur des critères bien précis. Le directeur des soins recevra systématiquement en entretien les agents souhaitant quitter l'établissement et déterminera les motifs de satisfaction et d'insatisfaction lors de leurs exercices professionnels.

4.5.2 Au niveau de l'unité

L'encadrement de proximité et le médecin intervenant sur la structure seront les personnes évaluatrices du système

- Bilan et rapport d'activité
- Retour des évaluations de satisfaction usagers/personnel
- Evaluation des transferts de formation
- Evaluation des agents

4.5.3 Au niveau du pôle

La gestion par pôle renforce le rôle du directeur des soins dans la mise en place d'une démarche d'accueil et d'accompagnement cohérente du nouveau recruté. Il aura à s'assurer de la mise en place d'une base commune d'actions homogènes sur l'établissement, qui pourra être adaptée ou complétée à la spécialité ou à la spécificité du pôle.

CONCLUSION

Au terme de cette étude, nous pouvons dire que les actions d'accompagnements auprès des jeunes recrues infirmiers entrent dans une politique d'optimisation des ressources humaines et pourraient être adaptées aux autres catégories professionnelles de santé nouvellement recrutées

Il est toutefois souhaitable de rappeler que le processus d'intégration n'est pas un processus unilatéral mais plutôt un processus interactif et itératif. Sans la volonté et la détermination des deux parties, aucun succès n'est possible.

Néanmoins l'accompagnement semble une nécessité pour pallier les conséquences préjudiciables d'une inadaptation des jeunes professionnels en terme de démotivation et de sécurité des soins.

Les directeurs des soins doivent répondre au défi de la sécurité, de la qualité et de la performance dans un contexte de forte contrainte budgétaire et de pénurie annoncée de personnel qualifié. Les identités professionnelles sont de plus en plus changeantes, sujettes à transformation rapide, ce qui provoquent insécurité et recherche de points de repère accentuant encore les différences et les cloisonnements. Il appartient à la direction des soins de rechercher des solutions collectives susceptibles de permettre une prise de conscience, une confrontation personnelle et collective avec ses problèmes, un partage, une réflexion et enfin des aides, des soutiens et des formations adéquates.

Les DS ont une double responsabilité : celle de l'organisation du travail et celle de la formation des soignants paramédicaux nécessaires à la production des soins de qualité.

Il importe de faire en sorte que l'hôpital continue à être un espace d'apprentissage collectif propice à l'émergence de la compétence. La gestion des ressources humaines et, qui plus est, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences sont manifestement des enjeux majeurs aujourd'hui. Ils reposent sur la qualité des relations entre directeurs des ressources humaines et directeur des soins et le respect des zones de compétence de chacun ainsi que sur la participation et la collaboration des acteurs hospitaliers.

Comme le précise M Y Berland « *La société évolue vite, et sans doute plus profondément que nous le voyons*³⁵ : pensons à l'internationalisation des rapports humains, à la diffusion des connaissances ou des informations par Internet, à l'écart qui se creuse entre les individus en terme d'insertion sociale, d'argent et de valeurs ». Pour compléter nous

³⁵ Y Berland, coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences, octobre 2003

citerons C AFRIAT³⁶ qui constate « *Depuis 20 ans les entreprises n'ont cessé de chercher à s'adapter et développer des modes d'organisation toujours plus flexible pour répondre à la compétition mondiale, la rapidité des changements technologiques et la transformation de l'appareil productif. (..) les sorties massives d'actifs vont exacerber la concurrence au recrutement entre entreprises du même secteur pour attirer les salariés* »
Ce propos caractérise aussi les «entreprises hospitalières » qui, par la gestion des emplois et des compétences et la mise en place de démarche pour le développement et la reconnaissance des compétences individuelles, sont à l'origine d'avancées en matière de ressources humaines profitables aussi bien aux personnels qu'à l'entreprise et à l'utilisateur.

³⁶ ARFIAT C. responsable du groupe « prospective des métiers et qualifications » au centre d'Analyse stratégique. Allocution lors du colloque du 29 juin 2006 « les mobilités professionnelles »

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES :

REPUBLIQUE FRANCAISE LOI n° 2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social.

REPUBLIQUE FRANCAISE , 1992-Décret n°92-264 du 23 mars 1992 modifiant le décret du 2 avril 1981 relatifs aux études conduisant au diplôme d'état infirmier, et les arrêtés du 23 mars 1992 relatifs aux programmes et aux conditions d'admission dans les instituts de formation en soins infirmiers conduisant au diplôme d'état infirmier.

REPUBLIQUE FRANCAISE , 2001- Arrêté du 28 septembre 2001 modifiant l'arrêté du 23 mars 1992 modifié relatif au programme des études conduisant au diplôme d'état d'infirmier.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002- décret N°550-2002 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeurs des soins de la fonction publique hospitalière

REPUBLIQUE FRANCAISE, Décret n°2002--682 du 29 avril 2002 relatif aux conditions générales d'évaluation et de notation et d'avancement des fonctionnaires.

REPUBLIQUE FRANCAISE, Décret n°2003-759 du 1 août 2003 relatif au bilan de compétence des agents de la fonction publique hospitalière et modifiant le décret n°90-319 du 5 avril 1990

REPUBLIQUE FRANCAISE , 2006-Circulaire DHOS/P2/02DGS/6C n°2006-21 du 16 Janvier 2006 relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie.

RAPPORTS :

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION et D'EVALUATION en SANTE Manuel d'accréditation des établissements de santé. Manuel d'accréditation des établissements de santé version : deuxième procédure d'accréditation. Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques. Paris, septembre 2004.131 pages.

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION et D'EVALUATION en SANTE Problématique, guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management. Paris janvier 2005

BERLAND Y, coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences, octobre 2003, 57 pages.

OUVRAGES:

ARBUZ G, DEBROSSE D. Réussir le Changement de l'hôpital. Paris : InterEditions 1996. 248p

BRIZON H. L'intégration de nouveaux soignants ; guide-suivi-évaluation Encadrer à l'hôpital. Paris : Masson, 2002. 108p.

COUDRAY M A Le cadre soignant en éveil la fonction d'encadrement au défi de la quête de sens. Sel Arslan Paris 2004

CREMADEZ M, GRATEAU F. Le management stratégique hospitalier. Paris. Edition Masson 1997

CROZIER M, FRIEDBERG E. L'acteur et le système. Paris. Seuil, collection Points Essais, 1977. 500p

DICTIONNAIRE CULTUREL EN LANGUE FRANÇAISE Le Robert. Paris Edition 2005

DERENNE O, LUCAS A, Manuel de gestion des ressources humaines de la fonction publique hospitalière : le développement des ressources humaines. Tome 2, Edition ENSP.

GONNET F. L'hôpital en question .Paris Edition Lamarre. 1992. 359p

GUERTMAN M. Le management stratégique de l'entreprise. Vendôme PUF Que sais je, 1996 126

LE BOTERF G. Ingénierie et évaluation des compétences.4ème édition. Paris : Edition organisation. 2004. 564

PAUL M. L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique, L'harmattan, 2004, 351p

RUANO-BORBALAN JC. L'identité, l'individu, le groupe, la société. Auxaire. Sciences Humaines.1998. 394p

REVUE :

JOBERT G. La professionnalisation entre compétence et reconnaissance sociale. Soins cadres n°50 Mai 2004

LANG V, Professionnalisation, cadres d'interprétation et enjeux. Soins Cadres n°5° Mai 2004.

LANZA D, PASCHE G, SECHAUD L, BOSSON A, MACH J PACCAUD U Intégration des nouvelles infirmières dans les unités de soins d'un hôpital universitaire. Recherche en soins infirmiers N°65. Juin 2001. P 53 à 82.

LE BOUEUF D, MATILLON Y, de l'utilité de l'évaluation des compétences professionnelles en santé, Soins Cadres n° 5 Mai 2004.

EYMARD C. Professionnalisation et transfert de compétences. Soins cadre n°50. Mai 2004

GANTIER M, gestion des compétences et démarche qualité dans les hôpitaux, gestion hospitalière mars 2005.p193_198

TRONCHOT A Transmission accomplie. Edito. L'infirmière Magazine. Juin 2006

VLAEMYNCK F Bons pour le service. Dossiers jeunes diplômés. Infirmière magazine Juin 2006

MEMOIRES :

BERNICOT A. Le recrutement ou l'art de concilier l'offre de l'institution hospitalière et la demande du professionnel infirmier. Mémoire ENSP, filière directeur des soins, 2005. 57P

GLORIAN JP. Stratégie du directeur des soins dans le processus de recrutement des jeunes professionnels infirmiers. Mémoire ENSP, filière directeur des soins, 2005. 65P

RINGELE J. Accueil et intégration des jeunes professionnels infirmiers ; un enjeu pour le directeur des soins. Mémoire ENSP, filière directeur des soins, 2002 57 P

SLIWKA C. Turn-over des infirmières en Ile de France. Quelles stratégies des directeurs des soins pour recruter et fidéliser ? . Mémoire ENSP, filière directeur des soins, 2005 59P

WEBOGRAPHIE

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION et ORGANISATION DES SOINS Bilan social 2002 disponible sur internet, visité le (6mars 2006)

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION et ORGANISATION DES SOINS. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) Les étudiants en soins infirmiers en 2004 Etude et résultats n°458. Janvier 2006, disponible sur internet, www.sante.gouv.fr (visité le 13 juin2006)

ALLOCUTION LORS DU COLLOQUE DU 29 JUIN 2006 « les mobilités professionnelles »

ARFIAT C. responsable du groupe « prospective des métiers et qualifications » au centre d'Analyse stratégique. Courriel Richard Barthès 24 juillet 2006.

SUPPORT DE COURS

BARTHES. R , Chargé de missions module gestion des ressources humaines, Support de cours ; ENSP 2006

COUDRAY M A, module gestion des ressources humaines, Support de cours, ENSP
2006

SCHEWEYER FX , Enseignant Ecole Nationale de Santé Publique module sociologie,
ENSP 2006

Liste des annexes

Annexe 1 : grille d'entretien Directeur des soins, cadre de santé

Annexe 2 : grille d'entretien IDE avec ancienneté supérieure à 2 ans

Annexe 3 : grille d'entretien IDE « nouvelles recrues »

Annexe 1 : grille entretien directeur des soins, cadre de santé

Que faites vous pour favoriser l'intégration des nouvelles recrues ?

Quels objectifs poursuivez vous et quelles sont vos attentes ?

Existe t'il un dispositif formalisé mis en place sur :

L'établissement

Le secteur

L'unité ?

Pouvez vous me le décrire ?

Qui accompagne ?

Y a t'il un tutorat formalisé ou implicite ?

Existe t'il un dispositif d'évaluation de suivi ?

Précisez le rôle joué par le cadre, par l'équipe, par vous.

Quand dites vous qu'une IDE est intégrée ?

Comment pouvez vous dire qu'une IDE est intégrée au niveau de l'unité, de l'établissement ?

Analysez vous les départs des IDE ?

Annexe 2 : Grille entretien IDE avec ancienneté supérieure à 2 ans

Date d'arrivée dans l'établissement :

Le service :

Age :

Que représente pour vous l'arrivée d'une nouvelle IDE ?

Quel est le dispositif mis en place dans l'unité ?

Y a t'il un tutorat formel ou implicite ?

L'évaluation de l'agent est elle prévue ? Qu'est il proposé ensuite ?

Avez vous participez au dispositif et si oui de quelles manières ?

Qu'attendez vous de cet accueil et accompagnement ?

Quand pensez vous qu'une IDE est intégrée ?

A votre avis que pourrait on améliorer dans ce processus d'intégration ?

Annexe 3 : Grille entretien IDE « nouvelles recrues »

Age : Date de diplôme

IFSI : Ancienneté dans l'établissement :

Service d'affectation :

Comment se sont passés vos débuts au centre hospitalier ?

Avez vous eu connaissance du profil de poste de la fiche de poste ?

Avez vous eu une évaluation et quand ?

Quelles ont été vos relations avec vos collègues ? l'encadrement ? les médecins ?

Avez vous pu faire face à toutes les situations de soins ?

Qu'est ce qui vous a mis en difficulté ?

Qu'est ce qui vous a aidé ?

Qu'auriez vous souhaité de plus ?

A quel moment vous êtes-vous senti intégré :

Dans l'unité

Dans l'établissement?