

Ecole Nationale de la Santé Publique

Filière des Infirmiers Généraux

Promotion 1999

La titularisation :
une responsabilité partagée par l'équipe de Direction
Le cadre, pivot d'aide à la décision

HEMART Christine

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

L'hôpital aujourd'hui

PREMIERE PARTIE : APPROCHES DIVERSES

Statutaire, conceptuelle, méthodologique

I - RESPONSABILITÉS CROISÉES – ENJEUX PARTAGÉS 3

I-1 La titularisation de la fonction Publique Hospitalière : un engagement à très long terme 3

I-2 L'accueil et l'intégration du nouveau diplômé : une réponse du service public aux besoins du patient 6

II – CADRE CONCEPTUEL CHOISI 8

I-1 Devenir un professionnel 8

II – 2 Promouvoir la Qualité à l'hôpital 10

II –3 Evaluer les compétences professionnelles 14

III - MÉTHODOLOGIE 17

DEUXIEME PARTIE : L'ENQUETE

Temps d'écoute, d'observation et de réflexion

I – LE TERRAIN D'ENQUÊTE 27

II – LES RESSOURCES INSTITUTIONNELLES 27

II – 1 Réaliser les définitions de fonction 28

II – 2 Etre l'hôpital le plus accueillant de France 29

II – 3 La politique du Service de Soins Infirmiers	30
II – 4 Politique de Qualification	30
II – 5 Politique de recrutement et de titularisation	32
III - LE PROJET D'INTÉGRATION DU NOUVEAU PERSONNEL INFIRMIER	34
III - 1 Le référentiel des capacités professionnelles	35
III – 2 Le plan d'intégration	35
IV - EXPLOITATION ET ANALYSE DES ENTRETIENS	36
IV – 1 Entretien avec l'Infirmière Générale	36
IV – 2 Entretiens avec les cadres supérieurs	39
IV - EVALUATION DE LA MISE EN PLACE DU PROJET D'INTÉGRATION	45

TROISIEME PARTIE: PROPOSITIONS

Stratégie et mise en place d'un projet d'intégration

I - STRATÉGIE D'IMPLANTATION	50
I – 1 - Inscrire le projet dans une logique institutionnelle	50
I - 2 Instaurer une démarche participative des soignants concernés	53
II - PLACE DES CADRES DE PROXIMITÉ AU CŒUR DU PROJET D'INTÉGRATION DES NOUVEAUX DIPLÔMÉS.	59
III – INSCRIRE L'INTÉGRATION DES NOUVEAUX DIPLÔMÉS DANS UN PROCESSUS GLOBAL DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES	61
IV – DE LA RÉFLEXION À LA CONCRÉTISATION: UN NOUVEAU PAS À FRANCHIR	64
CONCLUSION	66
BIBLIOGRAPHIE	68
Annexes	

INTRODUCTION

Pour répondre à sa mission d'accueil, de soin et de traitement des populations, l'hôpital possède une richesse inépuisable : son capital humain.

En effet, "la richesse de notre administration, ce sont, avant tout, les hommes et les femmes qui la composent ; Leur qualification, leurs motivations, leur capacité à exprimer dans leur travail, toutes leurs possibilités sont les meilleurs gages du Service Public"¹

La nécessité d'anticiper les évolutions futures et la capacité des individus à s'y inscrire sont, pour les directions, deux raisons majeures de s'engager dans des démarches prévisionnelles de l'emploi et des compétences.

La gestion des ressources humaines devient stratégique ; la qualité du travail en lien direct avec l'adaptation de la personne à sa fonction et son poste de travail est une des finalités à poursuivre par la mise en place d'une politique de développement des potentiels humains. Dans le cadre d'une gestion dynamique et motivante, la mise en œuvre d'outils fiables et consensuels devient alors fondamentale.

De quel type d'outils peut-il être question ?

L'hôpital s'engage depuis quelques années dans l'évaluation : évaluation des pratiques, évaluation des compétences, évaluation des moyens et des résultats ; il s'agit en effet pour les acteurs de soins de répondre à une exigence d'efficacité et de rationalisation des dépenses d'une part, à un souci de qualité en concordance avec les nécessités de la population, la mise en place des programmes assurance Qualité et l'accréditation d'autre part.

Qu'elle soit considérée comme un axe stratégique ou un outil de gestion et de développement personnel, l'appréciation et la valorisation des personnels s'inscrit donc, selon Philippe CASPAR², dans la politique socio-économique des organisations.

Chaque année, les équipes soignantes accueillent des infirmiers³ nouvellement diplômés qui, après une période contractuelle dont la durée diffère selon les politiques d'établissement,

¹ ROCARD M.- Circulaire du 23 février 1989 relative au renouveau du Service Public.

² CASPAR P., MILLET J.G. – Apprécier et valoriser les hommes –Paris- Editions liaisons 1990

³ Lire dans tout le document infirmiers et infirmières

franchiront l'étape du stage, elle-même sanctionnée par la titularisation, passeport indispensable pour l'exercice à long terme de la profession dans la Fonction Publique Hospitalière.

Pour l'Infirmière Générale, cette période et plus globalement celle qui précède la titularisation représente un enjeu fondamental en terme de développement des compétences et de gestion des professionnels d'une part, de garantie de qualité des soins infirmiers, d'autre part. La décision définitive de titularisation à laquelle elle participe en collaboration avec le Directeur des Ressources Humaines exige la conception d'outils élaborés en équipe, la mise en place d'une véritable politique d'intégration, afin de contribuer au développement des potentiels humains et d'en faire un facteur de réussite pour le professionnel et l'Institution.

L'efficacité de la période d'intégration résulte alors de la rigueur du processus.

Une telle approche met l'accent sur l'effort indispensable des cadres à cette gestion. Ils sont en effet au confluent des besoins identifiés du malade, des besoins exprimés par les personnels, des objectifs médicaux et des impératifs de qualité.

De leurs compétences dépend en partie la qualité des équipes soignantes. Leviers d'évolution et relais privilégiés de l'Infirmière Générale, ils matérialisent les politiques et assurent la mise en œuvre des actions envisagées dans le cadre de la professionnalisation des personnels.

Pourquoi et comment l'Infirmière Générale doit-elle mettre en place, avec les cadres, un processus d'intégration formalisé et structuré qui réponde à la fois aux besoins du nouveau diplômé et aux exigences de professionnalisme que revêt la décision de titularisation ?

Cette recherche vise à intégrer ces questions dans le projet professionnel de l'Infirmière Générale et constitue son origine au cours de laquelle nous aborderons successivement :

- une approche réglementaire et conceptuelle de la gestion des ressources humaines visant l'adéquation des jeunes diplômés à leur nouvelle fonction,
- un constat d'expérience,
- une étude de projet dans un centre hospitalier,
- une réflexion sur la stratégie et la mise en place d'un processus d'intégration dans le cadre de la fonction d'Infirmière Générale.

Approches diverses

I - Responsabilités croisées – Enjeux partagés

I-1 La titularisation de la fonction Publique Hospitalière : un engagement à très long terme

- Aspect réglementaire

L'acte de titularisation fait partie intégrante du Titre IV de la fonction Publique Hospitalière et concerne le développement des ressources humaines.

Relevant de l'autorité du chef d'établissement après avis de la commission administrative, cette décision en forme d'arrêté, confère au professionnel le titre de titulaire à part entière de la fonction Publique, ainsi qu'un grade dans la hiérarchie hospitalière non médicale ; il conservera ce grade durant toute sa carrière sauf en cas d'avancement ou de freins d'évolution de diverses natures (sanctions disciplinaires, cessation périodique ou définitive d'activité).

La décision de titularisation prend effet à la date de fin de stage.

En effet, en fonction dans un établissement public de Santé, les professionnels, comme le précisent les textes, "ont vocation à être titulaires après la période probatoire ou la période de formation qui est exigée par le statut particulier du corps dans lequel ils ont été recrutés".

Les textes rappellent également qu'une nomination en tant que stagiaire ne vaut pas titularisation systématique. "Il appartient aux établissements de faire connaître au stagiaire, au fur et à mesure du déroulement du stage, son appréciation sur la manière de servir, conditionnant par-là son éventuelle titularisation"⁴

Le côté probatoire du stage confirme bien l'opportunité qu'il offre de s'assurer des aptitudes de l'agent à exercer l'emploi correspondant à son grade et la nécessité de consigner les évaluations successives dans son dossier administratif afin d'alimenter l'argumentation de la décision de titularisation.

La durée de stage des infirmiers nouvellement diplômés d'Etat est fixée réglementairement à un an. Le stage peut cependant être suspendu, prématurément interrompu, prolongé ou conduit à son terme. Des causes disciplinaires sont généralement à l'origine de la suspension et de l'interruption de stage.

⁴ Loi 86.33 du 09/01/1986 portant dispositifs réglementaires relative à la fonction publique hospitalière Article 3
Décret n°94.73 du 25/01/1994 portant statuts particuliers des personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière

L'article 37 du Titre IV ⁵précise en effet que "l'agent peut être licencié au cours de la période de stage après avis de la commission administrative paritaire compétente en cas d'insuffisance professionnelle. Dans ce dernier cas, le licenciement ne peut intervenir moins de 6 mois après le début de stage".

Le décret n° 97.487 du 12 mai 1997 confirme deux cas de licenciement possibles pour l'agent stagiaire : il s'agit de l'insuffisance professionnelle et de l'inaptitude professionnelle.

Le licenciement pour insuffisance professionnelle nourrit une jurisprudence abondante, qu'il s'agisse du licenciement d'un titulaire ou d'un stagiaire ; il requiert, dans la plupart des cas, le contrôle du juge sur le bien fondé de cette décision ; son appréciation porte systématiquement sur l'objectivité et la concordance des évaluations, le respect de la réglementation quant à la durée du stage et la justification du licenciement.

Le Conseil d'état, lorsqu'il est saisi, exige également la communication du dossier comportant les motivations du licenciement.

Outre les allongements de stage résultant de mesures législatives ou statutaires particulières, la possibilité de prolonger le stage en cas de doutes sur l'aptitude de l'agent à exercer ses fonctions, reste à l'appréciation des Directeurs des Ressources Humaines et du Service de Soins ; dans ce cas également, des éléments d'argumentation sont indispensables.

Au terme du stage, les Commissions Administratives Paritaires sont consultées sur tous les projets et les refus de titularisation⁶. A ce stade également, un contrôle est exercé sur l'aptitude de l'agent et le caractère probant du stage.

La lecture des différentes étapes qui mènent à la titularisation le prouve : au-delà des recommandations réglementaires, il devient incontournable pour les Directions de Soins en collaboration avec les Directions des Ressources Humaines de s'engager dans un processus très rigoureux d'évaluation des agents durant le stage, phase qui s'inscrit de manière plus globale dans la période d'intégration qui commence le jour où le nouveau diplômé rejoint un service de soins.

En effet, si la durée légale de stage est précise, celle qui la précède est très fluctuante selon les établissements en fonction de leur politique en matière de gestion des carrières.

La réflexion menée ici ne pourra tenir compte de cette variante et s'appuiera très précisément sur la qualité du processus d'intégration.

- Aspect éthique

La responsabilité engagée par les Directions au regard de la titularisation des personnels nécessite une réflexion d'ordre éthique, en tant que réflexion rationnelle possible dans l'ordre des valeurs humaines et professionnelles.⁷

⁵ Loi 86.33 op.cit Article 37tr

⁶ Loi 86.33- op.cit. Article 21

Aujourd'hui, en effet, l'éthique dépasse le cadre traditionnel de la pratique individuelle ou collective des équipes soignantes : l'évolution hospitalière, en matière de qualité des soins et de droit des patients, intègre une dimension éthique en matière de gestion des ressources humaines⁸

En effet, un tel mode de réflexion dépasse l'aspect statutaire, réglementaire et humaniste : tout en plaçant le malade au cœur de notre action, il permet de moduler une gestion affective par une analyse de situations plus fiable et plus objective.

Comme le souligne Jean François MALHERBE⁹, "rare est la décision parfaite, sans inconvénient moral".

Pour l'Infirmière Générale responsable du Service Infirmier et participant à la décision de titularisation, la réflexion éthique doit permettre :

- De s'interroger sur la pertinence, la signification des évaluations réalisées lors de l'intégration,

- D'envisager les conséquences des arguments retenus,

- De mettre en place un processus de décision donnant le plus de chance de prendre la décision la plus juste pour le soignant, l'hôpital et le patient,

- De se donner enfin les moyens d'une évaluation permanente en matière de décision, par la définition d'une politique transparente permettant de justifier et de motiver ses choix.

Envers les patients, les Directions ont devoir de sécurité et de qualité optimale de soins, donc exigence de qualité des professionnels. Aborder la décision de titularisation forte de conséquences, dans sa dimension éthique, permet donc, à l'encontre de l'arbitraire, de prendre des décisions conduites par un plus grand discernement et de repousser les limites de l'interrogation.

Au-delà de l'opportunité économique de la titularisation, une réflexion fondamentale, approfondie et consensuelle à propos de la validité de l'argumentation finale est donc indispensable. Elle suppose d'y associer les cadres soignants du fait de leur mission au sein des services cliniques.

⁷ Rameix S. Fondements philosophiques de l'éthique médicale- Ed.Ellipse- Paris 1996

⁸ Perreau-Saussine M.A ; Le Directeur et l'éthique à l'hôpital Mémoire E.D.H. E.N.S.P.1998

⁹ Malherbe J.F- Pour une éthique de la Médecine Paris Editions du Cerf 1987

I-2 L'accueil et l'intégration du nouveau diplômé : une réponse du service public aux besoins du patient

L'accueil a toujours été au cœur des missions de l'hôpital mais il est généralement orienté essentiellement vers la population hospitalisée. Son importance n'est plus à démontrer : les Ordonnances portant réforme hospitalière du 24 avril 1996 l'ont consacré, un chapitre du référentiel d'Accréditation le déclinant par ailleurs ;

La place prédominante de l'accueil du patient permet désormais d'établir un lien fondamental entre la qualité du service rendu à l'utilisateur, l'organisation des services cliniques et la gestion des ressources humaines ¹⁰.

Aujourd'hui, l'accueil est devenu un des paramètres choisis pour mener à bien une politique de recrutement et de développement des compétences.

Si, en période de croissance, les équipes de Direction avaient pour préoccupation de "combler les postes vacants", elles ont face à la rationalisation des dépenses de santé et à l'évolution rapide de l'hôpital, une politique de qualité des professionnels beaucoup plus rigoureuse. Un accueil réfléchi est la source d'une telle approche. Il ne répond par ailleurs, contrairement à l'accueil du patient, à aucune disposition réglementaire ni texte législatif.

Une question s'impose alors :

Peut-on exiger du soignant un accueil personnalisé et convivial pour le patient s'il n'en a pas bénéficié lui-même à sa prise de fonction ?

L'origine latine du mot accueil renvoie à la définition du Petit Robert : "recevoir quelqu'un d'une certaine manière, recevoir et donner l'hospitalité à quelqu'un". Rosette Poletti¹¹ vient compléter cette définition en précisant qu'il est un acte ou attitude capital qui permet à celui qui vient d'entrer en contact avec celui qui est déjà là

De ces deux définitions, émerge la notion clé de relation, d'entraide, de guidance et de comportement altruiste de celui qui accueille. Ainsi, apparaît la notion de respect qui doit amener les soignants à prendre soin du nouvel arrivant comme ils prennent soin du patient à son arrivée dans le service.

Citer l'expression "prendre soin" sans référence à Walter Hesbeen¹² serait un oubli regrettable car son analyse de l'accueil des stagiaires à l'hôpital nous semble tout à fait transposable à celui des nouveaux diplômés et met l'accent sur la dimension comportementale de la démarche :

Accueillir, c'est recevoir chez soi

Etre accueilli c'est

Etre attendu en vue de réaliser quelque chose, (...).

Bénéficier d'une démarche personnalisée,

Percevoir de la disponibilité en termes de moment, de lieu, de personnes

¹⁰ LAMARQUE D., Politique et Management juin 1992 –Vol. 10 n°2

¹¹ POLETTI R. Valeurs professionnelles et Ethique professionnelle- Les soins infirmiers – Paris – Le Centurion 1983

¹².-Prendre soin à l'hôpital-Paris-Interéditions Masson- 1997

Etre aidé à découvrir et apprendre à connaître l'environnement, à identifier sa place dans le groupe(...)

Avoir recours à une personne référente

Avoir l'occasion d'exprimer ses attentes ainsi que ses éventuelles craintes et difficultés

Prendre connaissance des attentes du service, de ses limites, de ses exigences fortes(...)

Un grand nombre de soignants se souvient avec amertume de l'accueil impersonnel qui lui a été réservé lors de sa première prise de fonction. L'hôpital est un lieu de vie difficile pour les jeunes soignants qui doivent affronter concomitamment une étape essentielle de leur itinéraire professionnel, une culture hospitalière et une identification des équipes soignantes solidement ancrées dans les services de soins et la souffrance des patients.

Il revient donc au personnel en place de concevoir l'accueil des nouveaux soignants dans le cadre d'une action individuelle et collective qui sera renforcée elle-même, selon Pierre Bernoux¹³, par l'intégration de l'individu à une communauté, une place dans un ensemble social et surtout la participation à des convictions et des valeurs communes.

L'accueil est donc l'élément pré requis de l'intégration du jeune soignant, dont le souci de concrétisation nous a fait retenir les propos d'André Montésinos¹⁴ concernant l'intégration : " Intégrer est la dimension relationnelle et émotionnelle du travail. Cela consiste à communiquer, c'est à dire à écouter, comprendre, répondre, mais aussi orienter le dynamisme de chacun dans une direction commune, à instaurer et maintenir un climat relationnel générateur de respect mutuel. Cela signifie également être attentif aux personnes, construire l'équipe en même temps que les projets et le travail concret".

Engager les équipes dans une direction commune, construire conjointement les équipes et les projets confèrent aux cadres un rôle essentiel dans l'intégration des professionnels.

La recherche d'un plus grand professionnalisme qui tend à se traduire par la formalisation des savoirs, visant à une adéquation optimale du professionnel aux besoins du patient, devient un nouvel enjeu pour les cadres. Cet enjeu les amène à repenser leur rôle d'intégrateur. Celui-ci est alors de conseiller et d'assurer la cohérence et l'interface entre le processus d'intégration et la réalité de l'hôpital. Il doit permettre à chacun de dégager ses potentiels par l'écoute, l'apport de compétences pratiques, son expérience et sa connaissance globale de l'Etablissement.

Les cadres sont les interlocuteurs privilégiés de l'Infirmière Générale.

Par leurs actions déclinées du Projet du Service de Soins Infirmiers en matière d'intégration, ils se donnent les moyens d'optimiser l'accompagnement et l'identification des capacités professionnelles des soignants.

¹³ Sociologie des Organisations Ed. du seuil p.8 - 1983

¹⁴ Les relations de pouvoir dans l'équipe soignante -Leaders utiles et leaders nuisibles Objectifs soins n°47Nov.96

II – Cadre conceptuel choisi

I-1 Devenir un professionnel

La profession d'infirmière a connu, au cours des deux dernières décennies, une évolution considérable dans ses pratiques et ses responsabilités. La recherche s'est développée, les métiers se sont transformés, la technique a acquis une place toujours plus importante. Depuis quelques années, l'hôpital et ses partenaires, les usagers et les acteurs de soins, sont engagés dans une dynamique de changement.

Parmi les acteurs permanents, l'infirmière tient une place essentielle : selon le législateur, elle n'est plus un simple agent d'exécution mais un professionnel à part entière.

En effet, les notions d'abnégation et de dévouement ont délibérément laissé la place à celles de spécificité infirmière, d'autonomie et de responsabilité accrue au regard des risques liés à l'exercice de la profession.

Etre responsable implique non seulement des connaissances dans des domaines spécifiques, afin de prodiguer des soins infirmiers mais aussi la connaissance de la personne, de la structure des liens hiérarchiques de la fonction, ainsi que les limites de ses décisions et de ses compétences¹⁵.

C'est donc un environnement exigeant dont les enjeux humains sont prégnants, qui s'offre à l'infirmier nouvellement diplômé.

De la position d'acteur de sa formation, l'étudiant en soins infirmiers devient professionnel, acteur de son développement professionnel mais aussi acteur de l'institution. Que vit-il alors ?

La théorie du changement de Vladimir Jankelevitch¹⁶ nous apporte un éclairage intéressant à ce sujet, et sur ce qui pourrait s'appeler "le pas encore et le déjà plus".

Selon sa théorie, l'individu qui se situe dans un système d'évolution, quel qu'en soit le champ, doit faire face à des changements voulus par lui-même ou imposés par son environnement. Tenant compte des variations de cet environnement, il cherche à s'adapter aux contraintes internes et externes qui en découlent¹⁷.

Le processus permanent de changement fait successivement passer l'individu d'un équilibre homéostatique à une phase de déséquilibre, puis à une phase d'adaptation ; il suppose alors une modification de l'attitude dans laquelle interviennent les agents de changement.

Richard Normann¹⁸ nous renvoie ici à la notion "d'étape de vie". Cette notion met en évidence une phase de transition où la personne est en quête d'identité, à la lumière de son expérience et de ses perspectives d'avenir. Cette situation s'apparente autant d'ailleurs au parcours personnel que professionnel. L'homme développe alors un dynamisme particulièrement élevé, dont

¹⁵ Vetric D. Les responsabilités de l'Infirmière en H.A.D. Mémoire I.E.S.C.H. 1995

¹⁶ Le "je ne sais quoi et le presque rien" Ed. du seuil Paris 1980

¹⁷ Normann R. Le management des services Interéditions 1994

¹⁸ Op.cit.

la caractéristique est d'être orienté vers des efforts de recherche qui ne permettent pas de les canaliser.

En outre, comme le souligne Yves Schwartz¹⁹, tout jeune professionnel voulant exercer des responsabilités dans le milieu complexe du travail, sait qu'il doit acquérir un certain nombre d'outils codifiés et transmissibles. Cette somme de savoirs ne donne cependant pas par elle-même la capacité d'anticiper les actes, de mesurer le poids exact des concepts acquis.

A ce sujet, des études réalisées, entre autres, par la Société Internationale de Recherche Internationale sur la Maladie²⁰, ont permis de mettre en évidence trois nécessités fondamentales en terme de développement du jeune adulte.

Il s'agit d'une part **d'agir efficacement** en satisfaisant ses besoins par des actions qui vont permettre l'adaptation réciproque de l'individu à son milieu. L'action efficace permet de préserver l'intégrité des expériences positives, renouvelables, dont l'intérêt n'est pas négligeable dans le domaine des soins.

Avoir une place sociale, reconnue, méritée, qui permette de consolider des repères professionnels et sociaux représente un gage de réussite professionnelle, source de développement d'efficacité et d'équilibre personnel.

La troisième nécessité pour le jeune adulte est de **trouver un achèvement social** qui dépasse le niveau professionnel : il promeut l'épanouissement de l'individu dans son exercice professionnel et tient compte des motivations personnelles.

Faisant référence à la satisfaction des besoins dans l'action efficace citée précédemment, Joseph Juran²¹ associe les motivations de l'individu au travail, au regard de la hiérarchie des besoins d'Abraham Maslow. Le tableau suivant nous amène à saisir la concordance et à comprendre l'importance que revêt la qualité du travail au regard de l'équilibre de l'individu.

Nous venons de considérer le jeune professionnel dans l'exercice de ses nouvelles fonctions sous différents angles : sociologique, philosophique et managérial. Non exhaustifs, ces éclairages indispensables nous ont permis de dépasser l'aspect purement statutaire afin d'enrichir notre réflexion. C'est au prix d'un cadre structuré et limité que l'infirmier nouvellement diplômé développera ses potentiels tout en contribuant à l'activité. S'il s'avère être un facteur favorisant dans le franchissement de cette étape de vie, ce cadre devra permettre également l'acquisition de stratégies, démarches et réflexions ouvrant l'accès à la maturité individuelle professionnelle.

¹⁹ Le travail réquisitionne les modes d'élaboration des savoirs Revue Education permanente n°129 1996-4

²⁰ Alors survient la maladie La vie quotidienne vue à la lumière du cerveau.- S.I.R.I.M. Ed. Empirika 1983

²¹ La qualité dans les services AFNOR Gestion 1987

Hiérarchie des Besoins	Formes de Motivation pour la Qualité
<i>Besoins physiologiques</i>	Possibilité d'augmenter ses revenus par des primes récompensant la qualité de son travail
<i>Besoins de sécurité</i> Une fois atteint le minimum de subsistance, <i>Besoin de se maintenir à ce niveau</i>	Sécurité emploi/Qualité
<i>Besoins sociaux</i> <i>Besoin d'appartenir à un groupe, d'être accepté</i>	Appel à l'employé en tant que membre de l'équipe ; il ne doit pas faire défaut
<i>Besoins liés au Moi</i> <i>Besoin de se respecter soi-même et d'être respecté par les autres</i>	Appel à la fierté du travail bien fait et au souhait d'obtenir un bon résultat
<i>Besoins d'épanouissement</i> <i>Besoins de créer, d'exprimer sa personnalité</i>	Possibilité de proposer des idées originales, de participer à la planification créative.

Selon A.H. Maslow - Motivation and personality

Et Douglas Mac Gregor –The human side of entreprise²²

II – 2 Promouvoir la Qualité à l'hôpital

Le souci de Qualité est désormais très présent dans de nombreux domaines professionnels et représente une question vitale pour l'hôpital.

Richard Normann²³ en détermine quatre composantes étroitement liées et correspondant plus précisément à l'intégration des nouveaux personnels : la première est la compétence spécialisée, correspondant aux disciplines et à l'évolution de la demande du patient et à l'évolution des technologies ; la seconde est la création de contacts et de relations sociales et se définit par le système de communication. La troisième composante est le transfert du savoir-faire ; la dernière est le concept de service et fait appel à l'émergence des valeurs professionnelles.

Comme le prouvent les textes, la Qualité hospitalière est devenue une exigence légale et réglementaire au même titre que la maîtrise des dépenses de santé. Ses enjeux sont multiples : ils sont d'ordre humain, organisationnel, économique en lien avec une nécessaire réduction des coûts

²² Juran J. Op.cit.

²³ Op.cit.

de non-qualité²⁴ dont les plus importants sont souvent invisibles et mettent en cause l'ensemble du fonctionnement de l'organisation.

Enfin, le dernier enjeu concerne la gestion hospitalière qui a pour avantage de revêtir autour de la qualité du soin, un caractère nettement plus fédérateur que la nécessaire maîtrise des dépenses de santé. La Qualité apparaît donc comme un outil très efficace.

Au regard de ces enjeux, l'hôpital doit s'orienter vers une politique générale et mesurable de la qualité et plus particulièrement celle des soins, ayant pour objectif de fournir les moyens matériels, humains et organisationnels favorisant une approche des soins dans les meilleures conditions avec la mise en place dans les services de ressources humaines et matérielles suffisantes s'accompagnant d'une gestion efficace du Service de Soins permettant de réaliser le soin dans le strict respect des procédures validées, garantissant l'efficacité et la sécurité des soins.²⁵

Confirmant une prise de conscience des professionnels et des pouvoirs publics à ce sujet, la loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991 a permis un premier pas dans la mise en place des politiques de qualité de soins.

Elle a été développée par les ordonnances du 24 avril 1996, précisant : "que le service public doit assurer l'accès de tous les malades à des soins dont la qualité et la sécurité doivent être préservés et améliorés" et "qu'il importe de développer des dispositifs spécifiquement dirigés vers la qualité des soins".

Dans le Titre I relatif aux droits du malade, on retrouve : "la qualité de la prise en charge du patient est un objectif essentiel pour tout établissement de Santé."

C'est donc en termes d'évaluation, d'accréditation, normes et référentiels, efficacité puis efficience que la Qualité hospitalière se dessine pour nous actuellement.

La définition de la Qualité communément admise aujourd'hui a fait l'objet d'une norme ISO qui présente la qualité d'un service ou d'un produit comme : "l'ensemble des caractéristiques qui confèrent au processus de production finale ou de prestation de service finale, l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites du bénéficiaire et qui satisferont effectivement le consommateur (...) Pour un service, ces caractéristiques peuvent comprendre des aspects relationnels, des conditions d'ambiance et de confort, des dispositions propres à faciliter la tâche de l'utilisateur. "

Certes, la concrétisation de la Qualité dépend du point de vue où l'on se place : la Circulaire du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés par exemple, apporte une précision dans ce domaine à travers les principes généraux qu'elle dégage : "(...) garantie de la qualité des soins, de l'accueil, et de la prise en charge de la douleur, accessibilité à l'information, respect de la personne(...)". Les audits internes de qualité sont un autre exemple de concrétisation : nous avons ici une vivante illustration du regard différent des acteurs selon leur position au sein de l'institution.

De quelque point de vue que soit analysée la Qualité, elle engage les équipes de Direction et plus précisément l'Infirmière Générale pour les secteurs de Soins dans la mise en œuvre d'une politique qui tend à la mobilisation permanente du personnel pour améliorer la qualité de ses

²⁴ Charvet-Protat S., Jarlier A., Préaubert N. Le coût de la qualité et de la non qualité à l'hôpital Gestions hospitalières Nov. 1998

services, l'efficacité de son fonctionnement, la pertinence et la cohérence de ses objectifs, en relation avec l'évolution de son environnement. Elle fait apparaître une dimension stratégique en lien avec des objectifs précis, un projet institutionnel structuré dans une perspective déclarée d'évolution humaine.

Eu égard à notre mission fondamentale de fournir un service qui réponde réellement aux besoins de l'utilisateur, il est intéressant d'apporter un complément de recherche à la notion de service. Joseph Juran²⁶ y apporte une dimension utile en précisant que le service est un travail effectué par une tierce personne, qu'il existe parce que le prestataire est capable de répondre aux besoins du client mieux que celui-ci ne pourrait le faire lui-même. Il ajoute par ailleurs que l'entreprise de service qui désigne toute institution créée pour le service est une structure organisée de compétences et de moyens spécifiques. Richard Normann²⁷ précise que trois éléments sont à prendre en compte dans ce système de prestations : le personnel, qui exige la mise en place de moyens optimaux visant à développer et canaliser les ressources humaines, le "client", qui, au-delà de la consommation, a des exigences et une participation active à la production de soins et enfin la technologie.

Qui sont les professionnels non médicaux concernés ?

Des partenaires transversaux sont bien sûr impliqués dans l'optimisation du service rendu au patient. Nous nous limiterons cependant au cours de cette étude aux acteurs composant le service de soins infirmiers engagés dans le processus :

● Les soignants

Ils représentent la densité humaine la plus importante au chevet des patients et sont un actif considérable dont l'efficacité de gestion constitue probablement la clé de voûte de la croissance à long terme de l'hôpital.

Les décrets relatifs aux compétences et à l'exercice professionnel²⁸ infirmier leur confèrent une place primordiale au regard des soins dont la qualité correspond pour les soignants à mettre en évidence leurs aptitudes professionnelles.

Il est sans doute utile, par ailleurs, de considérer que l'évolution technologique rapide et le contexte structurel hospitalier exigent des professionnels non seulement des savoirs fondamentaux mais aussi des capacités d'apprendre à apprendre, une ouverture réelle au travail d'équipe en termes de réseaux, un souci de qualité de l'application des savoirs et des savoir-faire²⁹.

● Les cadres des services cliniques

L'activité des cadres associe plus que jamais les impératifs réglementaires, budgétaires et sociaux à une rationalité humaine de soins de qualité ; Il leur revient la mission d'impulser la réflexion

²⁵ Leteurtre H., Patrelle I. Qualité hospitalière Ed. Berger Levrault 1998

²⁶ Op.cit.

²⁷ Op.cit.

²⁸ Décrets du 15 février et du 15 mars 1993 relatifs aux règles et exercice professionnel des infirmiers diplômés d'Etat

²⁹ Godet M- Manuel de prospective stratégique –Ed. Dunod Paris 1997

et d'aider chacun à comprendre et à donner du sens aux actes dans le cadre d'une responsabilisation au regard de l'exercice professionnel.

Comment intègrent-ils la qualité à leur mission institutionnelle ?

S'il n'existe pas actuellement de textes législatifs ou réglementaires afférents aux missions des cadres hospitaliers, l'étude réalisée par des professionnels au cours du second semestre 1989 et diffusée par la Direction des Hôpitaux nécessite une attention particulière et souligne que : "le **cadre infirmier** est un référent pour le soin spécifique...et est responsable du soin dans le domaine de compétences propre à sa fonction".

On notera par ailleurs que le cadre "est responsable et garant de la qualité des soins et de leur organisation, et de l'utilisation optimale des ressources affectées à l'unité. Il propose une organisation évolutive des soins ; ...il s'assure d'une répartition judicieuse des tâches en fonction des compétences et de la charge de travail de chacun."

En ce qui concerne le cadre infirmier supérieur, l'étude précise qu'il anime et encadre les cadres infirmiers pour assurer la permanence et la qualité des soins. Il peut être chargé plus particulièrement de l'amélioration de la qualité des prestations offertes par l'ensemble de l'établissement dans l'un des domaines de sa technicité ; il veille au respect de la qualité des soins en participant à l'évaluation et en contrôlant l'utilisation des moyens mis en place."

Comme les termes extraits de l'étude précitée le prouvent, seules ont été reprises les missions reprenant spécifiquement le terme "qualité". La lecture intégrale du document met par ailleurs en évidence l'aspect qualitatif de l'ensemble de l'activité des cadres soignants.

● L'infirmière générale

La notion de Qualité dépasse le niveau opérationnel pour revêtir un aspect éminemment stratégique, inhérent aux missions du Service de Soins Infirmiers de prendre soin des malades, gérer les ressources humaines, former et encadrer les professionnels, mener des recherches en soins infirmiers. Certes, le décret du 18 octobre 1994, relatif aux missions de l'Infirmière Générale, annonce sa contribution à la définition d'une politique d'amélioration de la qualité des soins infirmiers(...) au développement de la recherche en soins et leur évaluation ;

Au-delà des textes réglementaires, il est essentiel, pour l'Infirmière Générale, d'appréhender la notion de Qualité dans le contexte politique, socioculturel et économique propre à chaque établissement.

En fonction de projets déjà mis en place, de la demande des patients et des attentes des professionnels, une telle réflexion doit permettre à l'Infirmière Générale de décliner ses missions sous forme de processus participatifs qui concerneront principalement l'organisation des soins, la gestion des ressources humaines, le développement et l'anticipation des compétences : trois axes comportant des enjeux non négligeables au regard de la garantie et le maintien de la qualité des prestations.

Par l'énergie qu'elle déploiera à fédérer l'ensemble des cadres soignants et de leurs équipes autour de cette préoccupation, la Qualité ne sera plus "une bouteille à la mer"³⁰ mais le résultat d'une politique concertée, réfléchie et mobilisatrice de progrès.

II –3 Evaluer les compétences professionnelles

L'importance des enjeux liés à la décision de titularisation d'une part, l'exigence croissante de qualité des soins donc de l'exercice professionnel à l'hôpital d'autre part, nous amène à nous pencher sur le problème de l'évaluation des compétences et à considérer plus particulièrement deux types d'acteurs engagés dans cette dynamique : les nouveaux professionnels et les cadres.

Bien que visant le but commun de répondre de manière optimale à la demande en soins du patient, la démarche individuelle des acteurs doit être abordée sous des angles différents.

Le nouveau diplômé se trouve en situation *d'acquisition de compétences*.

Le modèle Dreyfus³¹ fondé sur l'étude des joueurs d'échecs et des pilotes d'avions est ici fort utile. Il établit en effet que, dans l'acquisition et le développement d'une compétence, un étudiant passe par cinq phases successives : novice, débutant, compétent, performant puis expert. Ces différentes phases sont également le reflet d'une évolution comportementale.

Il en est de même pour les nouveaux diplômés. Quittant un statut d'étudiant en soins infirmiers, riches de connaissances théoriques et de pratiques estudiantines diverses acquises au cours des stages, ils se situent au stade de novice (qui s'applique d'ailleurs aussi à tout nouveau professionnel intégrant un service dont il ne connaît ni les patients, ni le matériel, ni la discipline).

Ils n'ont aucune expérience des situations réelles auxquelles ils risquent d'être confrontés et qu'ils ont des difficultés à mettre en corrélation avec les connaissances acquises antérieurement et au demeurant essentielles ;

Ajoutons que les principes enseignés par simulation ou études de cas dans les instituts de formation en soins infirmiers ne leur permettent pas d'appréhender la complexité des problèmes organisationnels et humains auxquels le soignant doit faire face au quotidien.

Ce dernier point illustre le modèle Dreyfus fondé sur l'expérience en situation qui différencie "les actes compétents et théories acquis en salle de classe et les aptitudes dépendantes du contexte et développées au cours de mise en situations réelles".

L'implication majeure en termes d'éducation et d'accompagnement des professionnels, réside dans le fait que ces soignants ont particulièrement besoin d'être encadrés, guidés afin de développer un savoir-faire, un savoir être et un savoir devenir permettant le développement des compétences techniques et relationnelles.

L'équipe d'encadrement a une place déterminante dans le suivi des jeunes soignants. Elle doit se fixer comme objectif d'aider chacun à développer ces compétences qui conditionneront l'efficacité personnelle et la réussite dans la fonction occupée.

³⁰ Op.cit. Gestions hospitalières Nov.1998

³¹ Benner P. De novice à expert Excellence en soins infirmiers Interéditions Paris 1995

“*Evaluation des compétences*” est le terme communément utilisé pour définir la mission du cadre visant à mesurer la qualité du service rendu au patient et l'écart entre le réel et le souhaité.

Pourquoi évaluer ?

Le terme choisi vise à mesurer le degré de maîtrise de la fonction au regard d'objectifs précédemment fixés et de déterminer les axes d'amélioration du professionnel : il consiste donc à établir un contrat de progrès entre l'évaluateur et l'évalué, à partir d'une définition institutionnelle de la fonction d'infirmière, d'objectifs clairement déterminés en lien avec une amélioration progressive des capacités professionnelles.

La notion de contrat est fondamentale ; elle engage les deux acteurs dans une démarche d'échange et de progression d'une part, elle donne à chacun une place bien identifiée d'autre part ; elle responsabilise enfin chacun d'eux selon sa mission au sein de l'établissement.

Le cadre de l'étude nous amène également à nous interroger sur le terme global de *compétence*, ainsi que sur la maîtrise des situations à laquelle elle fait appel.

Nous choisirons la définition suivante de la compétence : “résultante de capacités professionnelles reconnues et validées, mobilisant et combinant différentes ressources clés telles que connaissances, savoir-faire, savoir être, et comportements professionnels pour répondre de façon pertinente à une situation de travail donnée”.

Tenant compte du stade de “novice” auquel se situe l'infirmier nouvellement diplômé, il nous semblerait judicieux de d'associer au terme *compétence* ceux de *capacités* et de *potentiels*.

Bien que souvent utilisés de manière indifférenciée, ces termes font appel à différents concepts :

La *capacité* se définit comme la puissance de faire quelque chose, une possibilité d'action liée à la fois à l'individu et à la situation dans laquelle il se trouve.

Elle se distingue de la compétence qui se traduit par un niveau d'excellence avec exigence de résultats³².

La capacité valorise en outre le rôle fondamental de l'individu dans son processus personnel et professionnel d'évolution.

Les *potentiels* individuels d'un agent, au-delà du professionnalisme reconnu dans la durée, représente la faculté d'adaptation à des situations nouvelles et d'apprentissage : leur identification et leur évaluation doivent permettre au cadre de les valoriser, au nouveau diplômé de devenir acteur de son devenir professionnel.

Le champ d'action des acteurs engagés dans cette démarche est donc vaste et complexe. Il s'inscrit d'une part dans une gestion prévisionnelle et opérationnelle des emplois mais répond surtout à la préoccupation permanente de la qualité des soins. S'intégrant dans une politique de développement des ressources humaines, il fait appel non seulement à des compétences et à la logique managériale des cadres mais aussi à un désir réel des professionnels à répondre aux exigences de qualité exprimées par les patients par une progression volontaire de leur exercice professionnel.

Les facteurs clés d'une démarche progressiste des différents acteurs apportant des arguments objectifs, fondés et pertinents lors de la titularisation, sont donc réellement une aide à la décision de titularisation. En confirmant ou infirmant les capacités du nouveau diplômé à exercer sa fonction, ils se traduiront :

Pour les professionnels nouvellement diplômés,

- Par le développement de qualités telles que *rigueur* (dans l'application des protocoles de soins existant dans le service, par exemple), *vigilance* et *attention* lors de l'observation des soins réalisés par des professionnels reconnus comme performants, *motivation* pour l'apprentissage de situations nouvelles, *disponibilité* et *écoute* indispensable à l'acquisition de nouveaux savoirs.
- Par la mobilisation de leurs connaissances théoriques acquises au cours de la formation initiale, des stages et de l'étude de la documentation professionnelle.

Pour les cadres soignants,

- Par l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme structuré et consensuel d'intégration des infirmiers nouvellement diplômés fondé sur une réflexion préalable de tous les cadres concernant les valeurs professionnelles nécessaires (réalisation des profils de postes et des définitions de fonction),
- Par l'intégration de ce projet comme objectif d'amélioration de l'organisation et de la qualité des soins au niveau des services cliniques,

Pour l'Infirmière Générale

- Par l'inscription du projet et des valeurs qu'il véhicule, dans le Projet du Service de Soins,
- Par la mobilisation des équipes d'encadrement à formuler les actions qui découlent du projet

- Par la responsabilisation et la valorisation des cadres face à la titularisation des professionnels.

³² Caspar P. Millet J.C. Op.cit.

III - Méthodologie

Choisir de poursuivre une réflexion sur l'optimisation de la décision de titularisation n'est pas un choix inopiné ; cette démarche correspond à une interrogation sur le rôle de l'Infirmière générale, eu égard à des situations vécues précédemment lors de l'exercice d'une fonction transversale au sein d'une Direction du Service de Soins Infirmiers. Cette approche met en évidence des difficultés de différents ordres surgissant durant la période précédant la titularisation :

Une organisation problématique dans les services de soins :

- La planification des périodes d'intégration dans les services au regard de l'absentéisme et des effectifs très tendus, augmentait brusquement la charge de travail.

- Les évaluations successives correspondant au 3e, 6e et 9e mois de stage, subissaient des retards d'envoi qui ne permettaient donc ni un réajustement souhaitable, ni un report de titularisation en cas de problème majeur

- L'encadrement des agents, à l'initiative de chaque service permettait difficilement la mise en évidence d'une situation globale existante et d'une évaluation enrichissante du vécu des nouveaux professionnels, en vue d'évaluer la qualité de l'intégration et favoriser une amélioration concrète

- Seuls, les services de soins hautement spécialisés avaient tenté la mise en place d'un accueil global des nouveaux personnels, stagiaires et professionnels, découlant d'une réflexion collégiale correspondant à la démarche pédagogique d'encadrement des étudiants ;

Ce type de difficultés mettait en évidence :

- ▶ une gestion quotidienne de l'activité soumise à des fluctuations d'effectifs et d'activité ne permettant pas d'assurer avec rigueur l'intégration des nouveaux diplômés,
- ▶ des difficultés des cadres à s'impliquer réellement dans l'évaluation de stage avant la titularisation, et à mesurer ses enjeux
- ▶ un dysfonctionnement du processus de suivi des agents fragilisant l'amélioration du dispositif d'intégration.

Un écueil : l'évaluation des professionnels

- La diversité des termes employés par les cadres soignants ne permettait pas de déterminer des indicateurs de qualité de l'exercice professionnel, encore moins de les pondérer,

- Le contenu des évaluations ne suivait pas de trame pré définie, ne reflétait donc pas systématiquement l'exhaustivité de l'évaluation ni la progression de l'individu,

- Les termes étaient vagues, généralistes et sans signification formelle.

Ce type de difficultés mettait en évidence :

- ▶ un langage commun mal utilisé, obstacle à l'émergence de critères homogènes de qualité,
- ▶ une insuffisance de méthodologie accentuée par une difficulté des cadres à formuler objectivement leur appréciation,
- ▶ un suivi non personnalisé des agents ne favorisant pas le développement de leurs potentiels.

Un cadre conceptuel non intégralement formalisé

- Un projet de soin posant des difficultés de mise en place, en lien avec la mobilité des équipes d'encadrement,

- Un projet d'encadrement des stagiaires mis partiellement en place sur l'établissement, ayant fait l'objet d'une formation spécifique sur le tutorat et qui aurait pu être la base d'une réflexion sur le suivi de l'intégration des nouveaux diplômés,

- Des profils de poste en cours d'élaboration, ne constituant pas encore une aide à la détermination d'un référentiel de compétences.

On notait cependant :

- Une prise de conscience des cadres quant à leurs difficultés à argumenter la qualité des nouveaux agents,

- Un système d'évaluation des compétences utilisé annuellement par les cadres, à l'intention de l'ensemble des agents et déterminé en collaboration avec la Direction des Ressources Humaines,

- Des tentatives de formalisation de l'accueil sur l'initiative des équipes soignantes dont l'activité complexe et le degré d'intensité de soins appelait à une sécurité et une surveillance accrue des patients,

- Des difficultés exprimées par les jeunes soignants, en lien avec un manque de référence et une insécurité professionnelle.

Des exemples précis illustrant les difficultés vécues par les cadres et les nouveaux diplômés, ont jalonné ces dernières années d'activité et confirment la lourdeur des conséquences qu'elles peuvent engendrer.

Une telle expérience retient l'attention et, en tant qu'Infirmière Générale, amène à se poser les questions suivantes :

- *Les jeunes diplômés ont-ils les mêmes chances de mettre en valeur leurs capacités ?*
- *Sont-ils vraiment acteurs de leur développement professionnel initial ?*
- *Les cadres sont-ils crédibles au regard des procédures utilisées ?*
- *Inscrivent-ils l'intégration des professionnels dans leur mission d'accueil et d'encadrement ?*
- *Comment l'Infirmière Générale peut-elle rendre fiables les évaluations sur lesquelles elle devra s'appuyer pour décider, avec le Directeur des Ressources Humaines, la titularisation des agents ?*
- *Comment rendre les cadres pivots du développement des compétences des nouveaux professionnels ?*
- *Quelles propositions faire pour optimiser le processus d'intégration des infirmiers ?*

Lors des deux stages inhérents à la formation des Infirmiers Généraux, des entretiens réalisés auprès de cadres soignants responsable de services de soins ont permis d'enrichir la réflexion préalable à l'étude réalisée dans le cadre du mémoire.

Nous nous proposons de décrire brièvement et successivement leurs similitudes et leurs particularités.

- Dans les deux Etablissements, un projet de soin structuré et vivant, décliné en plans d'actions et suscitant l'intérêt de la majorité des cadres, exprimait le souci d'amélioration de l'exercice professionnel à travers le développement et l'évaluation des compétences, à partir d'une réflexion commune sur les soins au regard des besoins de la population.

- Une volonté de la Direction du Service de Soins Infirmiers à :
 - valoriser les personnels de soins
 - mettre en évidence les potentiels existant au sein du Service de Soins

- Des profils de poste élaborés et réajustés récemment et portés à la connaissance des cadres et des soignants

- L'élaboration détaillée de grilles d'évaluation des compétences signifiant la sensibilisation des cadres à l'évaluation

- Des modalités d'accompagnement des nouveaux personnels soignants, tentées antérieurement de manière informelle dans certains services.

□ Dans l'Etablissement A

Un projet d'encadrement destiné au personnel nouvellement intégré dans les services cliniques a été élaboré. Il correspond à un existant qualitatif et quantitatif considéré comme défectueux au vu d'une répartition non homogène des postes et d'une inexistence de gestion prévisionnelle d'encadrement des infirmières

Il a pour objectif :

- ▶ De positionner l'encadrement au cœur de sa mission d'encadrement des soins
- ▶ De créer un réseau de cadres infirmiers et d'élargir leur champ de compétences
- ▶ De défendre la nécessité d'intégrer la démarche Objectifs – Actions – Résultats

Il est utilisé dans quelques services qui l'ont testé et adapté à leurs spécificités.

Les points positifs sont :

- L'engagement du professionnel et de l'équipe d'encadrement dans une démarche progressiste visant l'atteinte d'objectifs conjointement déterminés
- Son évaluation auprès des soignants confirmant son bénéfice en termes de progression et de sécurisation.

Les points négatifs sont :

- Les difficultés des Infirmières Générales à faire vivre le projet et à le généraliser.
- Les non-déterminations consensuelles de critères d'évaluation

□ Dans l'Etablissement B

Les points positifs sont :

- Une volonté des cadres à développer et évaluer les compétences des professionnels
- Une conception structurée en matière d'encadrement exprimée par la majorité des cadres
- Un positionnement d'acteur conféré au jeune diplômé

Les points négatifs sont :

- Les non-formalisations du projet mettant l'accent sur l'hétérogénéité des procédures d'encadrement
- Un manque d'harmonie des critères d'évaluation
- Un niveau d'exigences inégal à l'encontre du nouveau diplômé selon les cadres

Dans les deux Etablissements, l'ensemble des cadres a exprimé le souhait d'objectiver les capacités des soignants, leur place fondamentale dans le développement des compétences des professionnels. Ils ont exprimé aussi leur engagement en amont de la titularisation qu'ils considèrent comme une étape essentielle du parcours professionnel.

Ces divers entretiens et la mémoire d'expériences complexes dans ce domaine confirment d'une part l'implication majeure des cadres dans les démarches d'évaluation, et le développement des compétences, d'autre part leurs difficultés à harmoniser les pratiques de suivi et d'accompagnement des jeunes diplômés.

Pour l'Infirmière Générale, est mise en évidence la nécessité de fédérer l'ensemble des cadres dans une démarche commune d'intégration des infirmiers nouvellement diplômés, utilisable aux fins d'argumentation de titularisation.

Hypothèses

A partir de la réflexion menée initialement, les hypothèses sont les suivantes :

- ▶ La mise en place d'un projet d'intégration structuré des infirmiers nouvellement diplômés permettrait de fournir des éléments objectifs et pertinents pour la décision de titularisation

- ▶ L'élaboration de ce projet et sa mise en œuvre nécessiterait une démarche participative des cadres

Cadre de l'étude

Au regard de la fonction d'Infirmière Générale, il paraît intéressant de mesurer l'impact et l'adaptation spécifique d'un projet institutionnel aux services cliniques.

Le cadre de l'étude sera donc :

- Un établissement ayant un projet annoncé d'intégration des infirmiers nouvellement diplômés au sein des services de Soins

- 5 services de soins de discipline différente dans lesquels le projet est en cours de mise en œuvre

Méthode utilisée

Une première phase a permis de :

recueillir les documents correspondants au projet d'intégration, existants au niveau de la Direction du Service de Soins Infirmiers et des services cliniques choisis, en vue :

- d'analyser
 - leur structure et leur contenu
 - les valeurs professionnelles qui le sous tendent
 - les textes réglementaires auxquels ils font référence
 - les modalités de mise en application du projet prévues pour les services de soins

- d'établir ou non un lien entre ces éléments et une démarche institutionnelle

■ de mener des entretiens afin de mettre en évidence :

- les procédures utilisées lors de l'intégration de l'agent,
- l'intérêt porté au programme d'intégration et le lien avec la décision de titularisation,
- la place des principaux acteurs concernés par l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du plan d'intégration,
- la personnalisation du processus d'intégration aux besoins de l'agent,
- les difficultés de suivi du projet ainsi que son évaluation au regard des objectifs initiaux.

Les entretiens exploratoires réalisés antérieurement ont d'ores et déjà permis de confirmer l'importance de ces points dans les suivis d'intégration des nouveaux diplômés, en privilégiant leur identité professionnelle.

L'entretien : une méthode sensible et vivante d'investigation

Choisir l'entretien laisse à l'interlocuteur le choix des mots et la libre expression de la concrétisation du projet sur le terrain.

Les questions ouvertes ont permis de circonscrire les préoccupations des professionnels mais aussi de cibler les valeurs qu'ils souhaitent transmettre en matière de développement des compétences.

Population ciblée

Ont été ciblés pour les entretiens :

- Le directeur des Ressources Humaines, pour son implication et sa responsabilité en termes de décision de titularisation des personnels, en privilégiant son approche réglementaire et systémique de l'adéquation des professionnels au poste de travail³³
- L'Infirmière Générale qui, au côté du Directeur du Service de Soins Infirmiers, s'est le plus investie dans la dynamisation des équipes de cadres et dans la mise en œuvre du projet sur l'Établissement³⁴.
- Cinq cadres responsables de services cliniques de natures très diverses. Le choix de ces cadres a été confié à la perspicacité de l'Infirmière Générale qui a retenu comme critères, au-delà de sa connaissance approfondie des cadres, l'avancée du projet dans les unités de soins le nombre de nouveaux diplômés accueillis dans ces unités, les difficultés et l'originalité de mise en

³³ Cf. annexe 1

³⁴ Cf. Annexe 2

place du projet, enfin le ressenti des professionnels et le positionnement des cadres³⁵ (Annexe 3).

Ont été choisis les cadres responsables des services de :

- Gériatrie et Oncologie, ayant accueilli 11 nouvelles infirmières depuis novembre 1998,
- Pédiatrie médicale et chirurgicale ayant accueilli 7 nouvelles infirmières depuis novembre 1998,
- Cardiologie médicale et chirurgicale, ayant accueilli 9 nouvelles infirmières depuis novembre 1998,
- O.R.L. et Stomatologie, ayant accueilli 4 nouvelles infirmières
 - le Bloc Opératoire qui a accueilli 3 nouvelles infirmières.

Nous avons également rencontré un cadre supérieur, en fonction transversale au sein de la Direction du Service de Soins Infirmiers, chargé de l'évaluation du projet auprès des cadres soignants, et participant au recrutement des agents. Son regard différent sur la démarche apportait un enrichissement certain à l'analyse du projet.

Une présentation d'étude selon une orientation Qualité

Nous avons choisi en effet de présenter les résultats de l'étude selon une orientation RESSOURCES – PROCESSUS – RESULTATS,³⁶ majoritairement utilisée dans les méthodes d'évaluation de la Qualité des soins, la réflexion menée dans ce mémoire répondant essentiellement au souci d'amélioration de la qualité des soins par l'optimisation des compétences professionnelles.

L'orientation RESSOURCES permettra d'établir une corrélation entre l'ensemble des "supports" institutionnels existants, le projet et sa mise en œuvre. Ces supports s'inscrivent dans le volet "déterminants primaires"³⁷ qui regroupent l'ensemble des facteurs qui agissent sur l'efficacité des processus d'amélioration de la Qualité.

L'orientation PROCESSUS permettra d'identifier les différentes étapes du processus d'intégration, en privilégiant la place des acteurs dans la démarche.

L'orientation RESULTATS permettra, elle, de mesurer l'impact du projet sur l'intégration des nouveaux diplômés et d'envisager alors le réajustement du projet et son développement.

A partir des résultats obtenus, **la seconde phase** a été consacrée à l'implication et à la stratégie de l'Infirmière Générale, à différents niveaux :

³⁵ Cf. Annexe 3

³⁶ Jacquerye A. Guide de l'évaluation de la qualité des soins infirmiers Le Centurion 1983

³⁷ Deccache et Lavendhomme- Des fondements à la méthode- Savoirs et Santé Ed. D. Boeck Université Bruxelles

- La mise en place d'un processus d'intégration comportant une appréciation des comportements professionnels correspondant à des valeurs et des compétences professionnelles requises, définies de manière consensuelle au sein du Service de Soins Infirmiers, en collaboration avec le Directeur des Ressources Humaines,

- L'implication, en tant que partenaires actifs, des cadres dans la mise en œuvre du projet dans les services,

- L'intégration de l'évaluation dans un processus global de développement des potentiels professionnels et personnels.

Synthèse de la première partie

La décision de titularisation des infirmières récemment diplômées revêt pour les Directions des Ressources Humaines et des Services de Soins Infirmiers, deux aspects : statutaire et éthique.

Elle se situe dans le cadre d'un engagement contractuel à long terme entre les Directions et la personne recrutée.

La réponse de l'Institution aux besoins d'accueil et d'intégration du nouveau diplômé s'inscrit intégralement dans le souci d'amélioration permanente de la qualité hospitalière : qualité de vie des patients, qualité des professionnels, qualité totale.

La recherche de cette qualité guidera l'ensemble de notre réflexion.

La méthode d'enquête par entretiens a été choisie afin de situer les cadres dans cette recherche.

L'enquête : temps d'écoute, d'observation et de réflexion

I – Le terrain d'enquête

L'étude du projet d'intégration des infirmiers nouvellement diplômés a été réalisée au centre hospitalier universitaire de Limoges.

Première entreprise du Limousin, le centre hospitalier, réparti sur quatre Etablissements, totalise 2 218 lits et représente 35% en lits des Etablissements de la région.

Situé dans la région considérée comme la plus âgée de France, l'hôpital accueille dans ses services de Gériatrie 6 % de la population hospitalisée.

Le Service Infirmier de Limoges compte 2 779 agents soit 68 % de l'effectif non médical. Cet effectif est réparti sur les 38 services de soins qui constituent l'Etablissement.

L'enquête réalisée au sein de l'Etablissement sera présentée successivement comme nous l'avons annoncé précédemment, selon l'orientation Ressources – Processus - Résultats.

Pour faciliter la lecture et permettre au lecteur un déroulement plus aisé du fil conducteur de la démarche, les données et l'analyse qui en est faite seront présentées conjointement.

II – Les ressources institutionnelles

Elles sont de deux ordres : humaines qui sont la force vive de l'Etablissement et lui apportent l'énergie de la dynamique d'une part, matérielles qui font référence aux documents et projets écrits qui sont sous tendus par une politique de fonctionnement global et spécifique d'autre part.

Conformément à la démarche adoptée par l'Etablissement, le Service Infirmier composé entre autres de 15 cadres Infirmiers supérieurs, 70 cadres infirmiers, 1046 infirmiers et spécialisés, 1049 aides soignants et 73 auxiliaires de Puériculture, est pleinement partie prenante du projet d'accueil.

La Direction des soins, regroupant un directeur de soins, trois Infirmiers Généraux et un Cadre supérieur, en fonction transversale, s'est fixé deux objectifs :

- ▶ Amener les nouveaux professionnels à se situer au sein de l'Etablissement avec des responsabilités, des missions et des tâches garantissant la Qualité des soins,

▶ Leur permettre d'appréhender leur nouveau métier dans des conditions psychiques, relationnelles et techniques optimales.

II – 1 Réaliser les définitions de fonction

Initiées en 1989 par l'équipe pluridisciplinaire Projet Accueil Soins, les descriptions de fonction ont pour objectif de positionner l'ensemble des acteurs du Service Infirmier au sein de l'Institution, face aux besoins en soins des patients et à l'exigence d'optimisation des ressources humaines.

Dans le cadre de son "activité formation", *le cadre infirmier supérieur* a pour mission de déterminer les compétences professionnelles requises pour l'ensemble du personnel, en fonction ou en formation, (...), construire un projet pédagogique qui tiendra compte des adaptations possibles de chacun, (...), définir des indicateurs de résultat, dont la finalité est d'atteindre une qualité de soins optimale à partir d'une actualisation des connaissances et compétences requises, de l'élargissement des capacités d'interventions en soins infirmiers et l'enrichissement personnel et professionnel de chacun.

Le cadre infirmier est positionné comme référent direct et responsable de la qualité de l'ensemble des soins infirmiers de l'unité de soins.

Son activité de soins l'amène à:

- ▶ prévoir les moyens nécessaires à l'acquisition et au maintien des compétences,
- ▶ Evaluer les capacités de chaque agent à faire face aux différentes situations de soins.

Il est précisé dans l'activité "gestion du Personnel", que le cadre infirmier :

- ▶ introduit des processus de changement et d'évolution
- ▶ développe le sentiment d'appartenance au service et à l'institution
- ▶ apporte au personnel soutien, aide, conseil et écoute,
- ▶ évalue les capacités des agents à s'adapter au service, à évoluer dans sa fonction au regard des descriptions de poste, ainsi que les compétences et comportements professionnels des agents.

Eu égard à l'exigence de soins de qualité, la description de fonction de *l'infirmier diplômé d'Etat* reprend l'article 10 du décret du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles, qui précise que :

(...) L'infirmier a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles avec le souci de réinvestissement au sein du service.

Par ailleurs le groupe de soignants à l'origine de cette description de fonction, a mis en évidence le niveau d'exigence et de responsabilité de l'infirmier quant au développement des

connaissances professionnelles, au souci d'engagement personnel par rapport à la fonction et à la capacité d'adaptation.

Analyse

La description de ces différentes fonctions confirme l'engagement professionnel demandé à ces acteurs face à leur contrat mutuel de qualité de soins et de développement professionnel.

II – 2 Etre l'hôpital le plus accueillant de France

Depuis 1987, le Centre hospitalier se mobilise autour **d'un projet d'établissement** dont l'objectif principal est de développer un accueil de qualité, dans le cadre d'un "pacte Qualité".

Cet objectif, puissamment ancré dans la culture de l'hôpital, s'incarne dans un ambitieux slogan de faire de l'hôpital "l'hôpital le plus accueillant de France".

L'acte fondateur du projet, proposé par le Directeur Général à l'ensemble des quatre sites, avait trois objectifs principaux :

Réfléchir **ensemble** autour de problèmes et d'enjeux communs,

- ▶ introduire un nouveau mode de management fondé sur la participation, l'initiative et l'innovation,
- ▶ créer une dynamique de Qualité totale débouchant sur des actions concrètes dans le détail de la vie quotidienne.

L'élaboration de ce projet par des groupes de travail pluridisciplinaires auxquels a participé l'ensemble des cadres supérieurs, a permis la construction d'une culture d'Etablissement par l'émergence de valeurs communes déclinées en principes d'actions visant, entre autres, à :

- ▶ Placer le malade au cœur des préoccupations,
- ▶ Améliorer les performances par l'évaluation, la progression de l'efficacité, le développement des compétences et la maîtrise des dépenses,
- ▶ Préparer l'hôpital de demain au regard des priorités médicales et des progrès technologiques,
- ▶ Promouvoir la participation principalement par la définition des objectifs de service et la reconnaissance de la réussite individuelle et collective,
- ▶ Communiquer efficacement, en partageant les objectifs et en stimulant les échanges.

Analyse

L'accueil, à travers les valeurs qu'il véhicule et les principes d'action, inspire depuis 10 ans l'activité quotidienne de toutes les catégories professionnelles.

La Qualité totale est devenue, au fil des années, un enjeu commun cible de la coordination des actions.

II – 3 La politique du Service de Soins Infirmiers

Elle est stratégiquement définie à travers le projet du service de soins qui fait référence d'une part aux valeurs institutionnelles que nous venons de souligner, d'autre part à des valeurs spécifiques dont font partie intégrante :

- La compétence professionnelle et individuelle,
- La responsabilité professionnelle et individuelle,
- Le respect et la prise en compte de la dignité de l'être humain soigné et soignant.

La politique du Service de soins s'appuie sur la hiérarchie des niveaux de qualité de soins énoncée par l'école supérieure d'enseignement infirmier de Zurich.

“Atteindre le niveau de qualité optimal pour assurer à la population des prestations adaptées à ses besoins de santé” ; telle est la finalité du projet dont les objectifs, clairement définis sont :

- ▶ Eliminer les soins infirmiers préjudiciables, par l'évaluation rigoureuse des soins dans les services,
- ▶ Dispenser des soins sûrs en lien avec une organisation structurée et la recherche en soins d'une part, le maintien de la qualification et de la compétence du personnel d'autre part.

Ce dernier point est largement détaillé dans le projet de soins et repose sur la description des fonctions, la description et les profils de poste, mais aussi sur un recrutement sélectif, l'évaluation des compétences et la formation continue.

- ▶ Promouvoir des soins infirmiers personnalisés par la réalisation de projets de soins infirmiers.

Analyse

La politique et le Projet du Service de Soins Infirmiers, qui doivent être le reflet d'une réflexion consensuelle des équipes de soins, mettent en évidence l'exigence de qualité de prise en charge du patient et son corollaire : la qualité de l'exercice professionnel

Elle prouve son inscription dans une démarche de Qualité partagée par des professionnels qu'elle souhaite responsables et acteurs de l'Etablissement.

II – 4 Politique de Qualification

Elle correspond à une préoccupation de l'ensemble des membres de l'équipe de Direction, concernant essentiellement le Directeur des Ressources Humaines et le groupe des Infirmières Générales.

De mise en place récente, cette politique s'appuie sur une requalification des postes par la transformation de postes d'aides soignantes en postes d'infirmiers ou de postes d'agents hospitaliers en postes d'aides soignants, dans l'ensemble des disciplines.

Elaborée selon un mode prévisionnel, elle tient compte des départs en retraite des personnels aides soignants et de l'ensemble des paramètres inhérents aux mouvements des personnels sur l'Etablissement.

L'examen du Bilan Social nous permet d'avancer quelques chiffres de comparaison quant à l'évolution des catégories B(soignants et éducatifs) et CD dont font partie les aides soignants.

Le tableau suivant nous donne une vue d'ensemble de ces données, dont il est cependant nécessaire de préciser que :

- les chiffres concernant exclusivement les infirmiers(ères) n'ont pu être extraits de ces données ; ils offrent donc une approximation des résultats,
- la validation de l'évolution de la politique de qualification nécessiterait un recul de quelques années de maturation en termes d'impact sur la répartition des catégories professionnelles.

Analyse

La politique de qualification met l'accent sur la jeunesse de sa mise en œuvre en lien avec la démarche qualité totale se généralisant sur l'Etablissement et avec la prise en compte des priorités sanitaires nationales et des textes réglementaires y afférents en matière de personnels.

Quelques paramètres repris dans le tableau sont plus significatifs au regard de l'étude réalisée ici :

- la diminution de l'écart entre le nombre des agents des deux catégories professionnelles au bénéfice de la catégorie B, les fluctuations des répartitions par ancienneté avec une nette inversion des courbes en 1998 pour les agents dont l'ancienneté est inférieure à deux ans,
- une reprise de croissance de mutations réintégration pour les catégories B, décroissante pour les catégories CD
- une reprise des nominations des catégories B sur emplois permanents.

BILAN SOCIAL

	1995		1996		1997		1998	
	CAT B	Cat CD						
Equivalent temps plein	1122	1354	1184	1352	1176	1370	1206	1340
Nombre d'agents	1191	1381	1252	1388	1249	1407	1286	1386
Répartition/Ancienneté - de 2 ans	14	4	33	25	19	24	31	8
Répartition/Ancienneté de 2 à 4 ans	127	35	118	19	83	41	99	80
Agents ayant quitté l'établissement (toutes catégories confondues)	97		77		86		93	
Recrutements en cours d'année	31		53		24		36	
Mutations - réintégrations	22	7	27	25	13	10	27	9
Nombre de contractuels nommés sur emploi permanent	29	35	53	43	16	49	59	39
Délai moyen(en jours) avant titularisation ou mise en stage	1124	1541	917	1458	911	1302	871	998

- L'engagement d'un Etablissement dans une telle politique confirme son intérêt à développer les compétences, promouvoir les potentiels et répondre de manière optimale aux besoins en soins des patients.

Une analyse complémentaire des résultats obtenus en terme de requalification a permis de mettre en évidence les résultats suivants portant sur les années 1993-1999 :

- ▶ Pour les infirmières et spécialisées : une progression de 14% des effectifs
- ▶ Pour les aides soignants, une progression de 2,14% des effectifs
- ▶ Pour les agents hospitaliers, une diminution de 16,32% des effectifs.

Le Centre hospitalier de Limoges fait partie des hôpitaux où la répartition en grades qualifiés est la plus importante, ce qui a par ailleurs une influence non négligeable sur le budget des personnels.

II – 5 Politique de recrutement et de titularisation

Les éléments de cette politique sont issus de l'entretien mené auprès du Directeur des Ressources Humaines.

L'ensemble des infirmières non titulaires, nouvellement diplômées ou non, est recruté pour des remplacements de personnel, selon un contrat à durée déterminée et renouvelable sur une période minimale de deux ans, comme nous venons de le voir.

Cette période s'achève pour les infirmières nouvellement diplômées par un concours interne sur titre, en vue de l'obtention de statut de stagiaire, en fonction des postes vacants. Ce concours fait référence au décret n° 88/077 du 30/11/1988 relatif au statut particulier des personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière.

Le délai très important et quelquefois problématique lors d'une remise en question de compétence professionnelle, qui sépare le recrutement de la titularisation, engendre donc un transfert de la période de stage, envisagée sous l'angle d'une période probatoire de l'identification des capacités professionnelles de la personne.

En fait, au centre hospitalier de Limoges, cette période se situe en amont de la mise en stage, pendant la période contractuelle très significative de l'adéquation de l'agent à sa fonction.

La titularisation, par ses enjeux économiques (elle représente 25000 francs annuels pour un infirmier) à très long terme (environ 30 ans) et humains (par l'influence des comportements professionnels sur la vie des malades), exige de s'entourer de précautions optimales en matière d'argumentation reflète de vigilance au regard des risques encourus par la décision de titularisation.

Le Directeur des ressources Humaines ajoute le problème de *"faire porter sur une équipe les difficultés professionnelles d'un agent"*.

Les Infirmières Générales, reconnues par le Directeur des Ressources Humaines comme professionnelles de terrain, jouent un rôle essentiel dans la décision de titularisation, à divers niveaux : réception des évaluations de stage, gestion des cas litigieux, suivi des professionnels.

La mise en œuvre d'une telle politique, selon le Directeur des Ressources humaines, se heurte aujourd'hui à des défaillances liées au système d'évaluation des personnels :

- défaillances rédactionnelles par manque de précision des arguments, absence de faits significatifs, difficultés de positionnement des cadres de concrétisation,
- Défaillances organisationnelles par non - respect des délais d'évaluation et de suivi des agents.

Ces défaillances, objets d'interventions syndicales et de rejet en Commission administrative paritaire, nécessitent une amélioration en termes de gestion des personnels.

Analyse

Une telle organisation, en terme de recrutement et de titularisation, suivie par de nombreux hôpitaux, confirme l'intérêt de tenir compte de l'existant et de mettre en œuvre le programme d'intégration du nouveau diplômé dès son recrutement.

Le délai imparti à la mise en stage doit permettre un travail de fond, constructif avec l'agent par un suivi, un réajustement personnalisé et un contrat structurant le développement des compétences.

La mise en stage devient alors une période légale, limitée dans le temps : elle sera l'occasion de la légalisation des aptitudes lors des évaluations des 3eme, 6eme et 9eme mois de stage.

En ce qui concerne l'évaluation des professionnels, il est à noter que l'ensemble des cadres infirmiers a été formé à la "démarche d'évaluation des compétences" visant à développer leurs capacités à rechercher les éléments significatifs des comportements professionnels.

C'est sur l'ensemble des ressources institutionnelles que s'appuie le Projet d'Intégration du nouveau personnel infirmier.

III - Le projet d'intégration du nouveau personnel infirmier

Placer le projet dans le contexte institutionnel du Centre hospitalier de Limoges nous paraît indispensable.

L'activité de recrutement est partagée entre la Direction des Ressources Humaines et la Direction du Service de Soins Infirmiers. Cette dernière détermine les besoins quantitatifs et qualitatifs en postes tandis que la première intervient au niveau budgétaire.

Les candidatures sont sélectionnées par la Direction du Service de Soins. Les entretiens sont réalisés conjointement ensuite par les deux Directions.

La Direction des Ressources Humaines, à qui incombe la décision finale de recrutement, tient largement compte de l'avis de la Direction du service infirmier. Ainsi, en 1998, 46 postes infirmiers ont été pourvus à partir de 236 entretiens de recrutement.

L'intégration du nouveau personnel infirmier représente la dernière étape du processus de recrutement.

En 1997, une étude a été lancée par la Direction Régionale des affaires sanitaires et sociales, engageant les centres hospitaliers dans une réflexion au sujet de leurs attentes vis à vis des nouveaux diplômés, en fonction de leurs acquis.

La Direction du service de Soins du C.H.U. de Limoges, partie prenante dans cette étude, a donc décidé la mise en place du projet d'intégration.

Cette procédure a été mise en œuvre en novembre 1998 ; sa structure reprend celle du projet d'encadrement des étudiants en soins infirmiers ; elle est le résultat de travaux de groupes pilotés par les Infirmières Générales auprès des cadres supérieurs infirmiers et fait principalement référence à la définition de fonction de l'infirmier diplômé d'Etat et aux descriptions de poste des services.

Les premiers outils de cadrage de l'intégration sont les livrets d'accueil du Service Infirmier qui permettent au nouvel agent une première approche du service de soins et de l'Institution.

Le projet d'intégration de l'infirmier nouvellement diplômé est composé de deux supports essentiels :

- Le référentiel des capacités professionnelles d'un infirmier nouvellement diplômé³⁸
- Le plan d'intégration³⁹

III - 1 Le référentiel des capacités professionnelles

Il met en évidence les activités engageant la responsabilité des infirmiers en fonction des décrets réglementant l'exercice professionnel ainsi que la trame de référence des soins généraux à réaliser (annexe).

Sa réalisation repose également sur la description de fonction de l'infirmière diplômée d'Etat.

Son utilisation, fondée sur l'auto évaluation du nouveau professionnel dans les 48 premières heures suivant son arrivée dans le service, validée par le cadre infirmier et le cadre supérieur, engage un travail de collaboration active du cadre infirmier, du référent infirmier et du nouvel arrivant : le référentiel permet la formalisation des capacités professionnelles que la Direction des soins est en droit d'attendre de la nouvelle diplômée et constitue une base d'évaluation indispensable de la progression professionnelle.

III – 2 Le plan d'intégration

Il détermine les modalités d'intégration conçues selon une trame prédéterminée et adaptée secondairement aux spécificités et exigences des services cliniques.

Pour l'infirmière, il se situe à deux niveaux : l'institution et le service de soins.

Il est organisé dans un souci de suivi du professionnel, de clarification de l'information et d'engagement réciproque. Il donne priorité à l'accueil au sein du Service Infirmier. Il permet de structurer, grâce à un document écrit, les étapes successives du développement des compétences.

Le projet d'intégration a été demandé et en cours de généralisation sur l'ensemble des services de soins et le bloc opératoire de l'Etablissement, en donnant la priorité à ceux qui faisaient l'objet de recrutement : il s'agit des services dans lesquels ont été accueillies les 49 infirmières nouvellement diplômées et recrutées entre décembre 1998 et janvier 1999.

³⁸ Cf. Annexe 4

³⁹ Cf. Annexe 5

Analyse

Les activités et les capacités professionnelles auxquelles recourt le référentiel, sont une base de données importante dans le cadre du développement et du perfectionnement des professionnels. La corrélation établie avec la description de fonction permet d'adjoindre à l'encadrement personnalisé, les qualités professionnelles requises pour la fonction occupée.

Comparable au référentiel métier, le référentiel des capacités professionnelles, comme le précise Robert OUAKNINE⁴⁰, favorise les reconnaissances des connaissances maîtrisées et s'inscrit comme finalité dans le cadre d'une gestion anticipative des emplois et des compétences

Le plan d'intégration, tel qu'il est prévu, permet de :

- ▶ Responsabiliser le personnel soignant par son implication dans une démarche d'accompagnement des nouveaux professionnels,
- ▶ D'obtenir une meilleure connaissance de l'activité des soignants, par sa mise en adéquation avec le référentiel à l'activité des services
- ▶ D'améliorer la qualité des soins grâce à une remise en question des pratiques professionnelles.

IV - Exploitation et analyse des entretiens

Les entretiens menés sur l'Etablissement ont permis d'authentifier le projet d'intégration en termes d'engagement et d'impact sur la titularisation.

Nous avons procédé à l'exploitation thématique des entretiens réalisés auprès de chaque professionnel ou groupe de professionnels.

L'analyse permettra de vérifier que la mise en place d'un projet d'intégration permet de s'appuyer sur des éléments concrets et objectifs en vue de la décision de titularisation et privilégie la place des cadres dans la démarche d'intégration.

IV – 1 Entretien avec l'Infirmière Générale

Pourquoi un tel projet a-t-il été mis en place ?

Le projet ne s'inscrit pas de façon prioritaire dans une gestion globale des Ressources Humaines : il répond exclusivement à une réflexion relative à l'amélioration de la qualité des soins et de l'accueil des professionnels.

Il correspond à un engagement mutuel du cadre et du nouveau professionnel à développer une dynamique de progression professionnelle.

L'Infirmière Générale précise les préoccupations de la Direction du service infirmier relatives aux difficultés exprimées par les nouveaux diplômés et observées par les cadres infirmiers depuis la mise en place du nouveau programme de formation qui limite le temps d'apprentissage pratique des soins et augmente le sentiment d'insécurité des professionnels.

Ce projet s'inscrit de façon très complémentaire dans le projet d'accueil de l'Etablissement d'une part, dans le projet d'encadrement des étudiants en soins infirmiers d'autre part.

Enfin, il répond à l'objectif du Projet du Service Infirmier de développer les compétences du personnel et d'évaluer la qualité des soins dispensés dans les services à partir d'un encadrement sélectif.

Selon l'Infirmière Générale, l'intégration renvoie à une conception de travail qui développe le partage des valeurs du milieu dans lequel on vit, l'adhésion à l'organisation, la collaboration des membres de l'équipe soignante et l'application du système d'organisation proposé.

Quelle est la place des différents acteurs dans le projet ?

L'Infirmière Générale estime avoir un rôle :

- ▶ D'animation des groupes de travail avec tous les cadres supérieurs afin de réfléchir aux attentes des secteurs de soins en termes de qualité de soins et de valider le référentiel de capacités professionnelles,
- ▶ De délégation aux cadres supérieurs de l'information au sein de leur service respectif,
- ▶ D'information et de communication

Vis à vis du nouveau diplômé,

Sous forme d'entretiens contenant:

- La présentation de l'Etablissement, remise et explications du référentiel de capacités professionnelles et des documents spécifiques au Service de Soins Infirmier tels que Description de poste, axes prioritaires du Service de Soins, recommandations concernant le respect de la législation.

La place de l'entretien d'affectation trouve ici son importance.

- Le suivi du projet et le suivi des agents. Celui est concrétisé par des entretiens avec l'agent trois mois après son recrutement pour : évaluer l'atteinte de ses capacités professionnelles en fonction du référentiel, confirmer le déroulement idoine du processus et l'utilisation du plan d'intégration du service.

⁴⁰Gérer la compétence dans les services publics⁶ Boyer M., Ropert G.- Ed. d'organisation 1994

Vis à vis des cadres infirmiers

qui ont été informés en réunion plénière de la mise en œuvre du projet et de son déroulement,

Il revient aux *cadres* d'assurer le suivi du projet au sein des services par l'élaboration des plans d'intégration spécifiques.

Ils ont eu la responsabilité de déterminer, avec leur équipe de soins, les critères de qualité inhérents au référentiel et validés secondairement par les cadres supérieurs et l'Infirmière Générale.

Une place privilégiée est donnée au *nouveau diplômé* par le souci de sécurité et d'accompagnement formulé par les objectifs du projet annoncés par l'Infirmière Générale.

Quelles sont les points clés du projet ?

- Le degré d'accueil des nouveaux personnels dans les unités de soins et le climat favorisant une intégration sécurisante

- L'utilisation des outils institutionnels en fonction des besoins de la personne

- Le respect de la procédure initialement déterminée en groupe de travail permettant une harmonie en termes de modalités d'accueil et d'intégration

- Les entretiens successifs qui permettent successivement :
 - ▶ A l'Infirmière Générale d'informer l'agent de son affectation et de lui communiquer les supports d'intégration : axes prioritaires du service infirmier, description de fonction, référentiel de capacités professionnelles.
 - ▶ Aux cadres du service de soins, d'aider l'infirmière à faire sa première auto évaluation qui constituera la base des évaluations suivantes relatives aux acquisitions de l'agent.
 - ▶ Au professionnel de se sentir accueilli, attendu, réellement intégré.

- L'évaluation du projet en termes de satisfaction des soignants et réponse aux objectifs initiaux du projet.

Quelles difficultés rencontrez-vous en termes de mise en place ?

Elles concernent :

- la généralisation du projet sur l'ensemble des services de soins,

- l'adhésion des soignants à une démarche écrite,
- l'absence de définitions des missions des soignants référents

Quel peut être le lien entre le projet d'intégration et la décision de titularisation ?

L'intégration ainsi structurée permet une adaptation plus rapide de l'agent à son poste, induisant une mise en évidence plus rapide de ses capacités, un réajustement plus personnalisé en fonction de ses difficultés et de l'expression de ses besoins.

La formalisation de l'évaluation, en lien avec un suivi progressif, est un support très productif d'argumentation du niveau de la personne au moment de la décision de titularisation, ces évaluations étant répétées selon des délais préétablis, durant la période d'intégration d'une part, renouvelées durant la période de stage d'autre part.

IV – 2 Entretiens avec les cadres supérieurs

Quelle est votre conception de l'intégration ?

- Elle doit faciliter à un professionnel l'accès à des activités différentes de celles déjà connues pour atteindre un bien être au travail, des capacités optimales, une meilleure adaptation à la fonction et donner des repères au jeune soignant.

- Facilitée par une affectation respectant le choix de l'agent(1)⁴¹, l'intégration doit être progressive(3) dans un climat de confiance et, grâce au suivi du plan d'intégration, tenir compte des limites du nouveau diplômé afin de *“ne pas lui demander de savoir tout le premier jour”*

- Tous les cadres interrogés s'accordent à dire que le point fondamental de l'intégration est l'**accueil**.

Il doit être fait par le cadre supérieur(2) ou les cadres infirmiers et permettra de préciser la structure du service, et les valeurs professionnelles souhaitées,

“L'accueil doit être d'autant plus structuré que la charge en soins est lourde et les effectifs restreints”.

L'accueil est d'autant plus important que *“s'il est raté, l'intégration sera de moins bonne qualité”.*

- L'intégration des nouveaux diplômés est un devoir pour les équipes de soins(3) : *“tout le monde doit le faire”(1)*

Elle nécessite plus particulièrement:

⁴¹ Les chiffres notés entre parenthèse précisent la fréquence de réponses identiques sur des points significatifs

pour les cadres supérieurs, de définir leurs exigences en matière d'encadrement des nouveaux diplômés(2),

pour l'ensemble des cadres, de faire preuve de disponibilité et d'écoute pour donner à l'agent une information maximale, la possibilité d'exprimer ses difficultés(3),

■ L'exigence de rigueur dans le suivi de l'intégration est en lien avec la fonction contrôle du cadre infirmier, sa vigilance à l'observation des difficultés et des failles de la personne(1) et une programmation personnalisée des évaluations correspondant à ses besoins.

Comment a été élaboré le plan d'intégration dans les services ?

■ Pour l'ensemble des cadres, le plan d'intégration a été élaboré à la suite du référentiel de capacités professionnelles afin d'être mis concomitamment dans les secteurs de soins.

Il s'inscrit pourtant dans une démarche préexistante, non formalisée, d'encadrement des nouveaux personnels(4).

■ Dans un service, la mise en place du projet d'intégration date de deux ans, son élaboration s'étant avérée alors incontournable du fait de plusieurs éléments :

- une mobilité très importante du personnel infirmier,
- une adaptation problématique du nouveau personnel au poste et aux activités,
- une charge physique et psychique très lourde,
- une intégration très courte.
- un climat conflictuel entre anciennes et nouvelles infirmières d'une part, vis à vis des exigences des cadres en matière de qualité de soins d'autre part.

L'aboutissement d'une réflexion :

Le plan d'intégration correspond, pour tous les cadres supérieurs, à une réflexion commune de l'ensemble des soignants sur :

- les connaissances exigées des différentes disciplines
- les besoins des patients en matière de soins,
- les souhaits des équipes de soins au regard de l'intégration.

Cette réflexion a engendré des temps de recherche individuels et des temps d'échanges afin de construire un document qui réponde aux besoins de la personne et à la qualité d'encadrement

"Deux partis sont ainsi gagnants : l'équipe et le nouveau diplômé"

Un service a fait intervenir dans l'élaboration du document, les formateurs de l'école spécialisée correspondant à la discipline

Le cadre : pivot d'élaboration

Dans l'ensemble des services, le cadre a joué un rôle fondamental en termes d'animation et de coordination des groupes de travail conclu par un document final consensuel.

Des intérêts différents :

L'élaboration du projet renvoie certaines jeunes infirmières au ressenti de leur propre intégration, souhaitant voir évoluer celle des autres(1)

Les anciennes infirmières y trouvent une valorisation de leur expérience(1)

“Les cadres ont souhaité voir apparaître de prime abord leurs exigences professionnelles”(2)

Quelle est la place des acteurs dans la mise en place du projet dans le service ?

■ Place des cadres supérieurs

Ils ont eu un rôle d'information du projet auprès des cadres infirmiers et des équipes de soins(3)

Ils sont les premières personnes rencontrées par le nouveau diplômé dans le service à travers le premier entretien d'accueil(2) et sa présentation à l'ensemble de l'équipe(1)

Ils annoncent leurs exigences en matière de progression professionnelle(2) et travaillent en complémentarité du cadre infirmier notamment lors des évaluations professionnelles.

■ Place des cadres infirmiers

“Il est primordial dans le projet. S'il n'est pas moteur, les résultats de l'intégration ne seront pas les mêmes”. Cette place privilégiée est fonction de son expérience et du suivi quotidien des soins : *“ la qualité du cadre infirmier dépend de sa présence au sein de l'unité à l'écoute du nouveau diplômé et de l'équipe soignante ; c'est un travail de construction d'équipe ”.*

Ils assurent la communication et l'information des soignants en ce qui concerne l'ensemble du projet(4) avec la mise en place d'un circuit de lecteur pour les agents absents(1). Ils sollicitent la participation active de l'équipe d'infirmières.

L'analyse des capacités de la personne à faire face aux nouvelles situations relève de leur responsabilité des soins délivrés au patient et de leur souci de contrôle de l'exécution des soins en respect des normes(2). Il définit les repères de l'agent(1), et détermine avec lui ses objectifs de travail.

Ils programment et réalisent les entretiens d'accueil(3) et de suivi personnalisé de l'agent au regard de ses besoins : de l'évaluation des difficultés de la personne, dépendra le nombre d'entretiens prévus en présence (2) ou non de l'infirmière référente et le réajustement de ses acquisitions.

■ Place du nouveau diplômé

Il est l'acteur principal du projet ; sa place est confirmée par l'importance donnée à l'auto évaluation et aux entretiens successifs auxquels il participe et qui lui donne une place d'acteur de soins(3).

En réponse à un besoin de sécurité(2), le processus d'intégration lui donne la possibilité d'être écouté, aidé et guidé tout en ayant une participation active dans le service. Il est, en quelque sorte, en position de "dernier *stage avant la position professionnelle*"(1).

■ Place des soignants

La place des soignants dans l'intégration des nouveaux diplômés est citée par trois des personnes interrogées qui insistent sur l'importance du rôle de référent qui incombe aux infirmières en poste dans les unités. La responsabilité qu'implique ce rôle est en lien avec le renvoi d'une image professionnelle, la remise en question de leurs pratiques mais aussi la nécessité de faire évoluer l'encadrement vers un mode plus professionnel qu'affectif.

Qu'attendez-vous du projet d'intégration ?

■ Pour le nouveau diplômé

- Une efficacité, une activité rapidement opérationnelle et un développement optimal des compétences,
- Un épanouissement professionnel et de bonnes conditions de travail pour qu'il puisse donner le meilleur de lui-même
"Lui donner un maximum de chances pour qu'il ne soit pas un producteur d'actes mais vraiment un professionnel qui défende sa profession"
- la possibilité, après la phase de maîtrise initiale, d'évoluer vers la professionnalisation des soins : "*Combattre l'exécution du soin vers sa réelle dimension*"
- la mise en place, grâce à une qualité professionnelle, une réelle collaboration entre infirmière et médecin, mais également entre soignants : "*faire en sorte que le nouveau diplômé ait envie d'intégrer les autres*"

la possibilité d'affiner son projet professionnel

Le projet n'est qu'une étape au regard de la décision de titularisation qui exigerait un enrichissement de l'évaluation initiale du nouveau diplômé.

■ Pour l'équipe de soin

- une meilleure prise en considération de l'agent
- la possibilité de mener des travaux sur les valeurs professionnelles
- une remise en question des pratiques

Quelles difficultés rencontrez - vous dans la mise en œuvre du projet ?

En termes de personnel :

■ Le positionnement des infirmières comme référentes et leur adhésion au projet apparaît problématique(3) :

- Il n'y a pas de réponse à la demande de volontariat(2) en lien avec la perception de la responsabilité et l'exigence de remise en question des pratiques au regard du transfert de connaissances et de compétences : cette remise en question n'est pas sans conflit.
- Toutes les infirmières ne sont pas capables d'assurer le rôle de référente qui exige l'acquisition de compétences approfondies et une ancienneté dans la discipline.
- Certaines considèrent que l'encadrement ne fait pas partie de leur fonction, d'où la nécessité pour les cadres, de rappeler aux soignants la réglementation.
- D'autres semblent vivre leur positionnement d'évaluateur avec crainte ; elles demandent à être doublées auprès du soignant nouvellement affecté.

■ Différencier l'intégration des nouveaux diplômés et l'encadrement des étudiants en soins infirmiers est une nécessité qui n'est pas toujours intégrée dans la démarche,

■ Une mobilité importante des cadres et des diplômés dans les services enfreint le suivi du projet (2)

■ La culture du service joue un rôle important dans l'intégration : le corps médical peut exprimer une méfiance vis à vis du jeune diplômé, méfiance pouvant quelquefois se traduire par un rejet de la personne.

En termes d'organisation :

■ Le facteur temps est soulevé en lien avec une augmentation de la charge de travail, dans le cadre d'un investissement important des équipes soignantes dont les effectifs ne sont pas limités,

En termes de suivi du plan d'intégration

■ La difficulté essentielle réside dans le non-respect actuel de la trame initiale d'intégration.

Quelquefois les nouveaux diplômés ne bénéficient pas de la procédure d'intégration

■ Une remise en question de la procédure nécessite de s'interroger sur la qualité de l'encadrement, de prévoir un réajustement et une évaluation de l'accueil.

■ La mise en adéquation de l'auto évaluation et de la détermination des objectifs n'est pas encore intégralement réalisée

Quelle est votre conception de la titularisation ?

Pour l'agent

- C'est une sécurité de l'emploi(2) : *" C'est un billet signé "*
- Elle permet un déroulement de carrière assuré avec la possibilité de mutation
- Elle améliore les conditions de vie
- Elle assure la stabilité dans un service
- Elle exige l'engagement du professionnel : *" On est vraiment professionnel ; on doit se comporter en tant que tel"*, mais aussi une progression professionnelle : *"On n'est plus le petit nouveau", et "c'est une reconnaissance des compétences"*

Cet engagement est exprimé ainsi : *"Si je suis titulaire, je suis capable d'exercer une telle fonction, je suis apte à l'exerce"*

Pour les cadres

La titularisation constitue une étape fondamentale qui ne donne pas le droit de se tromper. *"On doit se donner les moyens de connaître la personne"*

- Elle nécessite la mise en place de critères réels d'évaluation : *" L'agent ne doit pas être titularisé sans mesurer auparavant ses aptitudes à sa future fonction"*
- Les cadres ont une place importante dans la décision de titularisation de par leur position au sein des services ; cette place doit leur être reconnue
- Avoir un Personnel infirmier titulaire permet de mener des travaux d'équipe avec une équipe qui va plus loin

Pour les services de soins

- Travailler avec des titulaires permet de construire une équipe(2)

Pour l'hôpital

- La titularisation revêt un aspect budgétaire important(1)

Quel est l'impact du projet d'intégration sur la décision de titularisation ?

Malgré le peu de recul pour évaluer l'impact du projet sur la titularisation, on peut dire que :

- L'évaluation des compétences réalisée pendant la période d'intégration constitue une base d'argumentation enrichie par des faits précis,

- Elle met en évidence le professionnalisme et le comportement professionnel réel de l'agent : on a tendance à évaluer les erreurs plutôt que les choses bien faites,

- Le suivi de l'agent permet une action sur un report de titularisation grâce à des faits précis mettant en évidence le manque d'adéquation des actes professionnels de l'agent à sa fonction ou la non-intégration des conseils ou des réflexions apportés au cours des évaluations,

- On s'interroge souvent sur les comportements professionnels de l'agent dans l'équipe de soins ; le projet d'intégration permet des écrits beaucoup plus précis et plus objectifs, significatifs à partir de situations concrètes,

- L'écriture du projet a permis d'acquérir une plus grande rigueur dans la mesure où la décision de titularisation se heurte souvent à un manque évident de faits écrits.

IV - Evaluation de la mise en place du projet d'intégration

□ Selon les cadres supérieurs :

En termes d'apport pour le nouveau diplômé

- les entretiens successifs permettent de mettre en évidence la progression du professionnel ainsi que ses difficultés

- la qualité de l'information donnée à l'agent est nettement améliorée : structurée et dense, elle favorise le développement des connaissances de la personne

- le cadrage établi par le référentiel des capacités professionnelles permet de faciliter les relations interpersonnelles grâce à une remise en question des exigences des cadres et des soignants en poste vis à vis des capacités de l'agent nouvellement intégré.

En termes d'organisation

Malgré les contraintes d'investissement, le projet s'avère positif en

- rigueur dans la démarche d'intégration utilisée

- réflexion collective sur la situation préexistante et la situation souhaitée pour une intégration optimale : *"On perd du temps au départ, on le gagne après, par le suivi de l'intégration"*.

Il a permis

- ▶ une remise en question des pratiques professionnelles vers une amélioration de la qualité des soins

- ▶ la concrétisation des comportements professionnels

- ▶ l'utilisation du projet lors des entretiens d'évaluations annuelles

□ Première évaluation du projet

Cette première évaluation réalisée au cours du sixième mois qui a suivi la mise en œuvre du projet, concerne l'utilisation du référentiel d'intégration et s'appuie sur une grille de critères (annexe n°) préétablie. Elle a été utilisée auprès de 28 infirmières recrutées en janvier 1999 sur l'Etablissement, dont la majorité a été affectée dans les services dont nous avons rencontré les cadres supérieurs.

L'exploitation de cette évaluation permet de mettre en évidence :

- ▶ le suivi et le respect du plan d'intégration,
- ▶ la place des professionnels dans le processus d'intégration,
- ▶ la place du nouveau diplômé, acteur de son développement professionnel,

■ En ce qui concerne le suivi et le respect du plan d'intégration, on note :

Utilisation totale ou partielle du référentiel d'intégration	19/28
Mise en place du programme spécifique d'intégration	24/28
Présentation du programme d'intégration	21/28
Respect du programme d'intégration total ou partiel	19/28
Mise en place d'une infirmière référente	20/28

■ En ce qui concerne la place des professionnels dans le processus d'intégration, on note :

Entretien avec le cadre supérieur	21/28
Entretien avec le cadre infirmier	27/28
Entretiens d'évaluation	26/28
1 entretien	6/28
2 entretiens	8/28
3 entretiens	12/28
Présentation des différents partenaires	25/28
par le cadre infirmier	14/28
par l'infirmière référente	5/28
par C.I. et I.D.E. référente	2/28
par C.S.I. et C.I.	3/28
par l'équipe	1/28
Présentation des structures	25/28
par le cadre infirmier	16/28
par l'infirmière référente	4/28

■ En ce qui concerne la place du nouveau diplômé, acteur de son développement professionnel, on note :

Entretien avec le C.S.I.	21/28
Entretien avec le cadre infirmier	27/28
Entretiens d'évaluation sur demande de l'infirmière	1/28
Auto évaluation réalisée	19/28
Objectifs fixés entre chaque évaluation	6/28
Oralement et par écrit	4/28
Par l'agent lui-même	1/28
Prise en charge autonome d'un secteur	
Entre 1ere et 2eme semaine	12/28
Entre 3eme et 4eme semaine	11/28

Cette évaluation a permis par ailleurs de mettre en évidence :

- ▶ Une plus grande facilité dans l'expression de leurs interrogations et de leurs difficultés pour 21 agents
- ▶ Un sentiment de sécurité pour 14 agents et d'écoute pour 16 agents
- ▶ Une disponibilité très importante des équipes de soins
- ▶ L'importance du "couple" référentiel de capacités professionnelles et plan d'intégration.

Analyse de l'étude

En fonction des hypothèses énoncées précédemment, les entretiens mettent en évidence :

- *au regard de l'objectivité du projet d'intégration sur la décision de titularisation,*
 - ▶ Un engagement de la Direction du service de soins à respecter une logique d'évolution des projets,
 - ▶ Une structure très rationnelle du plan d'intégration qui permet à chacun de trouver ses repères de progression au sein de l'équipe de soins,
 - ▶ Une dynamique d'évolution des soins commune, articulée avec une réflexion concernant l'exercice professionnel,
 - ▶ Le passage souhaité d'une démarche énoncée oralement vers une démarche formalisée par écrit permettant un recueil enrichi lors des évaluations successives par des faits concrets, des situations probantes, avérant des comportements professionnels détaillés,

- ▶ L'impact prouvé de la rationalité d'un projet d'intégration sur les conditions de travail des soignants et sur l'acquisition des compétences dans le cas d'une charge physique et psychique augmentée,

- ▶ Une corrélation entre exigences des professionnels d'une part, besoins et attentes des nouveaux professionnels d'autre part,

- *Au regard de la participation active des cadres dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet,*

- ▶ La place essentielle des cadres comme pivot de la mise en œuvre globale du projet, au regard de leur mission d'encadrement,

- ▶ Leur autonomie dans l'élaboration du plan d'intégration, mais aussi en termes d'information des équipes et d'organisation du travail autour de l'intégration des personnels,

- ▶ Un désir confirmé par l'évaluation de suivre scrupuleusement les étapes du plan d'intégration,

- ▶ Leur position d'interlocuteurs privilégiés vis à vis des équipes soignantes,

- ▶ L'impact de leur engagement et de leur adhésion sur la continuité du projet et sur sa pérennité,

- ▶ La richesse de la relation qui s'installe entre cadre et nouveau soignant lors des entretiens successifs et qui permettent de conduire la progression de l'agent qui peut alors exprimer ses difficultés et évaluer ses capacités.

- ▶ L'exigence de repenser l'organisation de travail des cadres en fonction de la disponibilité que nécessite l'arrivée de nouveaux agents,

- ▶ La confirmation de la responsabilité engagée par le service de soins infirmiers vis à vis de la titularisation des agents, les cadres supérieurs mettant très peu en évidence l'aspect économique de cet engagement.

Il est important de noter par ailleurs :

- L'accroissement de la charge de travail engendrée par la mise en œuvre du projet au regard des effectifs soignants existants,

- La difficulté actuelle à généraliser le projet dans l'ensemble de services de soins, en lien avec la jeunesse de son élaboration,

- La difficulté pour les soignants à officialiser leur engagement dans l'intégration des nouveaux diplômés par le positionnement de référent, en lien avec le ressenti d'une lourde responsabilité,

- La non-participation de la Direction des Ressources Humaines à l'élaboration du projet qui reflète exclusivement une préoccupation du Service de Soins Infirmiers,

■ L'impact de la culture du service et de la collaboration médecin – infirmières dans l'accueil et l'intégration des nouveaux personnels.

mais aussi :

- Une constatation globale d'amélioration de la qualité de l'intégration des nouveaux professionnels,
- Un confort exprimé par les cadres au regard de l'évaluation de l'acquisition des compétences de ces agents,
- La satisfaction exprimée par les nouveaux professionnels vis à vis de leur intégration face à leur besoin de sécurité, mais aussi de la disponibilité des équipes soignantes à leur égard.

Synthèse de la seconde partie

Le projet d'intégration mis en œuvre au Centre Hospitalier Universitaire de Limoges répond à deux orientations étroitement liées : la qualité de l'exercice professionnel face aux défis économiques et humains qu'elle engendre d'une part, la qualité d'accueil et d'intégration des nouveaux diplômés d'autre part.

Malgré la jeunesse du projet dans sa structure actuelle, sa teneur innovante et responsabilisante est une source de valorisation des professionnels.

Conduire un tel projet relève de la mission de l'Infirmière Générale en termes de développement des compétences au sein du Service de Soins Infirmiers et s'inscrit dans une démarche participative des cadres infirmiers.

Propositions

Les problèmes rencontrés dans notre expérience professionnelle, au sujet de l'intégration puis de la décision de titularisation des agents d'une part, l'étude réalisée au centre hospitalier Universitaire de Limoges d'autre part, nous amène à la constatation suivante : l'organisation actuelle des soins rencontre le défi de mettre en place des structures bien cadrées et formalisées par les équipes soignantes, qui permettent de maîtriser le quotidien et répondre à la l'exigence de qualité professionnelle.

L'objectif de cette dernière partie est de tenter d'apporter des propositions quant à l'intégration du nouveau diplômé dans le cadre futur de sa titularisation, à partir d'une stratégie de mise en place du projet visant à impliquer les acteurs institutionnels concernés, en privilégiant la place des cadres de proximité, afin de résoudre des problèmes insolubles par une procédure routinière.

La synthèse de cette partie sera fondée sur l'inscription du projet dans un processus global d'évaluation des personnels.

I - Stratégie d'implantation

I – 1 - Inscrire le projet dans une logique institutionnelle

- Des politiques institutionnelles structurantes

Comme nous l'avons vu au C.H.U. de Limoges, l'intégration du projet dans une logique d'ensemble institutionnelle permet d'assurer la cohérence globale des politiques et d'établir un lien entre politiques, objectifs et gestion des ressources humaines.

Dans le cadre du projet d'Etablissement qui définit les grandes orientations en matière d'évolution et auquel doit correspondre l'ensemble des projets initiés par les Directions fonctionnelles, seront donc pris en compte :

- La politique de recrutement et de qualification qui permet de situer les professionnels au cœur de l'Etablissement, en tenant compte de son contexte économique et des ouvertures prévues au regard de ses orientations et de ses objectifs. La définition d'une telle politique permet de répondre à des questions d'ordre qualitatif afférentes au mode de recrutement, à l'évaluation des compétences, au temps d'apprentissage ou à l'accompagnement des cadres, par exemple.

- La Politique de Soins concrétisée par le Projet du Service de Soins Infirmiers dont l'exercice professionnel est un volet essentiel, face à l'exigence de qualité des soins. L'intégration des nouveaux soignants doit en être un des objectifs opérationnels prioritaires.

Le Projet de Soins véhicule des valeurs fondamentales pour les soignants ; il est une référence en matière de suivi et de développement des projets. Y intégrer l'accompagnement des nouveaux professionnels constitue donc un facteur de solidité et d'implication de l'ensemble des soignants.

- La démarche Qualité : elle est une préoccupation pour tous les dirigeants aujourd'hui, qui doit fédérer aujourd'hui l'ensemble des professionnels. Elle guide les acteurs vers une volonté constante d'améliorer les processus en s'appuyant sur des éléments pertinents qui permettent de déterminer des objectifs d'amélioration et d'évaluer les progrès réalisés.

Vouloir mettre en place une démarche qualité, c'est affirmer et prouver que l'enjeu essentiel est la qualité des hommes et des femmes au travail.

Inscrire le projet dans une démarche Qualité va permettre sa dynamisation et donne aux professionnels le gage d'une reconnaissance institutionnelle du projet grâce à un sentiment réel de participation

Comme le confirme la place privilégiée conférée à l'accueil au C.H.U. de Limoges, l'intérêt de ces diverses politiques est d'affirmer un contexte culturel associé à une réflexion consensuelle durable et qui suscite un langage professionnel commun.

- Une réflexion collective

L'élaboration du projet de Soins aura déjà permis de définir l'assise fondamentale des soins dont le patient, ses attentes et ses besoins auront été au cœur des réflexions. Il permet de donner du sens à l'ensemble des actions réalisées⁴².

Un consensus de réflexion interprofessionnelle sur des axes concrets de développement des compétences nous paraît être la base de l'efficacité du projet d'intégration des nouveaux diplômés et la source de son efficacité.

Elle nécessitera :

- De clarifier
 - ▶ le positionnement des acteurs de soins :
 - ▶ les droits des patients en matière de sécurité et de qualité de soins,
 - ▶ les devoirs des professionnels dans le cadre de la mission de service public et de l'exercice professionnel,
 - ▶ le statut des infirmiers et la titularisation,
 - ▶ le contexte économique du recrutement sur l'Etablissement.

Cette clarification aura pour support les références législatives et réglementaires afférentes à ces domaines telles que : la charte du patient hospitalisé du 5 mai 1995, le décret du 15

mars 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers, le décret du 16 février 1993 relatif à l'exercice professionnel, les ordonnances du 24 avril 1996, le titre IV régissant la fonction Publique hospitalière.

- De définir l'accueil et l'intégration des nouveaux professionnels au sein de l'institution, des services cliniques au regard des difficultés inhérentes au passage de la position d'étudiant en soins infirmiers à la position de professionnel

- De s'interroger sur le développement du professionnalisme face aux besoins du patient, en termes de
 - ▶ Savoirs et compétences,
 - ▶ Missions des soignants,
 - ▶ Potentiels humains et valeurs des expériences,
 - ▶ Engagement personnel et professionnel des équipes soignantes,
 - ▶ Evaluation des compétences :

Qui seront les professionnels associés au Service Infirmier dans cette réflexion ?

- Le Directeur des Ressources Humaines

Il est l'intervenant privilégié en ce qui concerne les statuts, la titularisation et le rappel des textes législatifs et le contexte économique du recrutement des agents.

Par ailleurs l'association Direction des Ressources Humaines et Direction des Soins Infirmiers nous semble tout à fait souhaitable dans l'élaboration d'un tel projet.

En effet, si la participation de l'Infirmière Générale est sollicitée dans la décision de titularisation, la décision finale revient au Directeur des Ressources Humaines ; par ailleurs le partage de la réflexion permet une approche différente du projet, en particulier de donner son importance à l'aspect économique de la titularisation et celui de l'engagement institutionnel qu'elle joint à l'aspect qualitatif des soins.

Associer la Direction des Ressources humaines au projet confirme le partage des responsabilités en matière de gestion des ressources humaines, précisément de suivi d'intégration et d'évaluation professionnelle. Ce partage des responsabilités, fondé sur la mise en évidence des difficultés respectives en matière de titularisation valorise le projet, assure son efficacité et favorise une plus grande cohérence entre le discours et les actions. Il permet également de placer le projet dans une vision stratégique.

Enfin, ce travail en commun permet d'enrichir le projet afin qu'il puisse être présenté au chef d'Etablissement comme le fruit d'une réflexion consensuelle, plus large et plus dynamique.

⁴² Cremadez M. La maîtrise du service rendu- La satisfaction des besoins : une réussite collective- Management stratégique

- **Le corps médical**

Si nous estimons que l'exercice professionnel infirmier ne peut se concevoir en termes de qualité de soins sans une étroite collaboration entre infirmières et médecins au sein des services de soins, il est difficile alors de concevoir un tel projet sans la participation des médecins à son élaboration. Les raisons en sont plurielles:

- Recueillir l'approche médicale de la qualité professionnelle collective permet d'enrichir la réflexion initiale,
- Favoriser la participation des médecins au projet permet de répondre à leurs inquiétudes et leurs attentes en matière de compétences professionnelles et d'assurer la maîtrise du projet,

Comme nous l'avons constaté au C.H.U. de Limoges, la prise en compte parcellaire de la culture interne des services de soins peut, dans certains cas, enfreindre la qualité de l'intégration. L'aspect consensuel de la démarche associant le corps médical est donc primordial.

- La responsabilité incombant aux chefs de service au regard des soins prodigués au patient, leur confère toute légitimité à donner un avis sur le rôle et l'exercice des professionnels.

- **Les formateurs des Instituts de Formation en Soins Infirmiers**

La collaboration entre les professionnels de terrain et ceux de la formation nous semble très utile lors de la réflexion initiale concernant le projet.

Pour les professionnels de terrain, elle permettra d'approfondir leurs connaissances concernant l'apprentissage, les caractéristiques du passage complexe de la position d'étudiant à celle de professionnel et la perception des étudiants face à leur futur métier : enrichi d'expériences vécues, un tel apport permettra au projet de répondre plus concrètement aux attentes des jeunes diplômés.

Pour les formateurs, cette collaboration sera l'occasion de découvrir le souci de qualité d'intégration des professionnels exprimé par le Service de soins infirmiers, mais aussi d'appréhender les exigences de l'Etablissement en matière de compétences professionnelles et qui pourront faire l'objet d'une réflexion secondaire en matière de formation initiale.

On peut enfin espérer que cet échange facilitera la différenciation entre le tutorat des étudiants et celui des nouveaux diplômés.

1 - 2 Instaurer une démarche participative des soignants concernés

Qui sont les professionnels concernés ?

- **Le personnel d'encadrement**

Responsable hiérarchique de l'organisation et du contrôle interne des services permettant d'évaluer l'atteinte de leurs objectifs, ils sont les relais directs de la Direction du Service Infirmier,

mobilisateurs des équipes soignantes. Indispensables démultiplicateurs de l'information, ils assurent le suivi du projet dans le cadre de la gestion des ressources humaines, en accord avec la réglementation, l'environnement économique et humain et les normes de qualité exigibles.

Nous aborderons dans le chapitre suivant la place spécifique des cadres de proximité.

● Les infirmières

Ils seront les acteurs permanents de l'intégration des nouveaux professionnels au quotidien dans les services cliniques, qu'elles devront programmer dans leur charge quotidienne de travail selon les besoins du service.

Le positionnement des infirmières comme référentes auprès des nouveaux diplômés se heurte, comme nous l'avons vu, à des problèmes d'origines différentes. Pourtant, la place des référents occupe une place essentielle dans l'accompagnement des professionnels : démonstration des pratiques, transfert de compétences, transmission du savoir professionnel et du sentiment d'appartenance à l'équipe soignante, approche de la relation soignant/soigné ; elles sont au plus près de leur progression et de leurs difficultés.

Le rôle de l'Infirmière Générale repose sur la **motivation** des agents.

Pour le sens commun⁴³, la motivation représente l'ensemble des motifs qui explique un acte et pousse à l'action. Elle est en accord avec les théories des motivations développées par des auteurs comme A.Maslow⁴⁴ et F. Herzberg⁴⁵ que nous avons cités en première partie Elle répond à plusieurs sortes de besoins : la réussite, la reconnaissance, la participation, la satisfaction et l'engagement.

La satisfaction de ces besoins est un principe sur lequel l'Infirmière Générale devra s'appuyer : en effet, elle confère à l'individu sa capacité de contribution à l'ensemble des projets.

Son rôle se situe à différents niveaux :

■ Informer les professionnels

Au sens étymologique, l'information est l'action qui donne une forme aux représentations. A partir de la réflexion collégiale menée sur les divers thèmes précités, il est donc indispensable que l'Infirmière Générale mette en place une information initiale et continue large, descendante et ascendante, orientée vers la transparence et permettant l'expression de chacun à propos des difficultés perçues, des dysfonctionnements et de points positifs inhérents au projet. Cette information doit être à l'origine d'une action positive.

Une information de qualité doit être structurée afin d'assurer sa complémentarité à tous niveaux,

L'Infirmière Générale la concrétisera donc, par :

⁴³ Dictionnaire Larousse- Paris 1996

⁴⁴ JURAN J. Op.cit..

⁴⁵ Herzberg F. Le travail et la nature de l'homme- Entreprise moderne d'organisation 1971

- Des comptes rendus nominatifs pour les cadres, généraux pour les équipes soignantes qui permettront à chacun de repérer l'avancée du projet et de solliciter, si besoin, un complément d'information,
 - Une information suivie et précise du projet au Directeur, au Directeur des Ressources Humaines ainsi qu'une information en réunion d'équipe de Direction
 - L'implication de tout l'encadrement dans la diffusion de l'information auprès des soignants
 - La présentation du projet en Commission de Soins Infirmiers et une information en conseil technique d'Etablissement,
 - La diffusion secondaire des résultats obtenus par les équipes volontairement engagées dans la mise en place du projet.

■ Déterminer le rôle de chacun des acteurs.

Rappeler le rôle de chacun ou de chaque groupe professionnel, au sein du projet, à partir des définitions de fonctions préétablies au niveau institutionnel par les professionnels et validées par la Direction du Service de Soins, engendre une synergie dans l'action des acteurs

Il sera par ailleurs indispensable de définir avec l'ensemble du personnel d'encadrement, le rôle et les missions des infirmières référentes à partir du décret de compétence du 16 mars 1993. A cette définition participeront des infirmières de disciplines différentes sollicitées sur des critères précis d'expérience professionnelle, établis par le personnel d'encadrement.

Ces deux premières étapes, dont l'utilité réside dans la rigueur d'élaboration et la participation consensuelle des professionnels, permettront donc de :

- ▶ Reconnaître chacun à travers son identité, son activité, ses capacités d'initiative,
- ▶ responsabiliser les professionnels au regard de leur fonction,
- ▶ clarifier des obligations respectives,
- ▶ positionner le nouveau diplômé au cœur de l'organisation,
- ▶ développer le passage de l'action individuelle à l'action collective

■ Engager les équipes dans un projet réalisable,

Il tiendra compte des contraintes des services cliniques, qui, lorsqu'elles sont trop lourdes, risquent d'alourdir la démarche, limiter la participation des professionnels et retentir sur sa réussite. Les objectifs de ce projet devront être accessibles et ne pas appartenir au domaine de l'impossible. Leur atteinte confortera les équipes volontaires et stimulera les équipes plus réticentes à sa mise en œuvre.

■ Fédérer les soignants autour du projet, en favorisant les échanges interprofessionnels, dès la réflexion initiale, parce qu'ils permettent à chacun de prouver ses capacités et ses

connaissances, de partager ses difficultés, ses attentes et son niveau de réflexion. Ils sont aussi l'occasion pour les professionnels de dégager les points forts du Service Infirmier et de décloisonner les relations entre les services, afin de créer un climat professionnel propice au partage d'expériences.

■ Cadrer le projet pour affirmer sa crédibilité

La rigueur de méthodologie appliquée au projet sera le gage de sa réussite. Sa construction doit correspondre à la concrétisation de l'ensemble des réflexions et des travaux menés antérieurement et qui va définir l'enchaînement des actions et leur donner du sens.

La mise en place d'un groupe de pilotage, en relation directe avec l'Infirmière Générale, et composé de cadres supérieurs et de cadres de proximité, chargés chacun d'assurer la coordination du projet dans l'ensemble des services cliniques, permettra le suivi scrupuleux des étapes supervisées par l'Infirmière générale. Il aura également pour fonction de faire remonter les difficultés afin d'en discuter de façon plus approfondie et sans oubli, en groupe pluridisciplinaire.

Sa mise en place favorisera en outre, un développement harmonieux du projet, en accord avec les orientations institutionnelles et les exigences de l'encadrement directement impliqué dans la mise en œuvre du processus d'intégration.

La construction du projet retiendra l'attention de l'Infirmière Générale au cours des étapes clés suivantes :

• Analyse de la situation existante et de l'environnement

Cette première étape permettra, à partir d'une démarche de concertation avec les cadres et les soignants, de cibler et délibérer sur :

- ▶ les difficultés perçues dans l'intégration des nouveaux diplômés et le suivi du développement de leurs compétences
- ▶ une réflexion préexistante concernant la résolution de ce problème,
- ▶ les démarches habituellement suivies pour l'encadrement des nouveaux diplômés,
- ▶ les projets déjà réalisés dans ce domaine, les difficultés de leur mise en place ainsi que les points positifs qui en découlent,
- ▶ les souhaits des équipes soignantes et leur implication.

■ Formulation des objectifs du projet qui :

- ▶ Sont le garant des résultats et le reflet du contrat passé entre les différents acteurs du projet engagés dans sa réussite
- ▶ Doivent être précis et réalisables, dans leur définition et dans la mise en place des moyens qui permettront de les atteindre.
- ▶ Facilitent la compréhension du projet,
- ▶ Sont indispensables à son évaluation,

‣ Renforcent l'engagement et la responsabilité des acteurs vis à vis de sa réussite.

‣ Seront déterminés en fonction des orientations institutionnelles et de la politique du Service infirmier, en termes de développement des compétences et d'encadrement des professionnels.

■ Choix des moyens

Il consolide l'appropriation du projet par les acteurs de soins.

L'Infirmière Générale recherchera donc la participation la plus large possible des soignants et un travail collectif et consensuel.

Le choix des méthodes de travail qui seront abordées, dans un effort de rationalisation selon deux approches complémentaires⁴⁶ :

- *Pratique professionnelle* : elle s'appuie sur le référentiel de compétences tel que celui utilisé au C.H.U. de Limoges qui fait partie intégrante de la démarche qualité, qui témoigne des exigences des professionnels et s'inscrit dans leur champ de compétences. Il constitue par ailleurs un outil de mesure de la progression indispensable à l'évaluation des professionnels. Il permet enfin de décrire avec précision l'activité quotidienne des infirmières et de valoriser leurs compétences.

Le référentiel de compétence sera l'outil concret de suivi des agents durant toute la période d'intégration. Il contiendra tous les éléments d'évaluation de l'agent en vue de la décision de titularisation grâce aux écrits contenus dans le référentiel.

Il sera accompagné de la mise en place de fiche de progression du nouveau diplômé : créée à partir du référentiel commun à tous les services, la fiche de progression sera personnalisée à chaque service et permettra à l'agent d'acquérir les compétences spécifiques au service d'affectation, de bien repérer ses difficultés et de situer son niveau de progression.

- *Gestion du projet* : elle doit permettre l'insertion du projet dans l'organisation globale des soins et répondre au souci d'harmonie de sa mise en œuvre dans l'ensemble des unités en respectant leurs spécificités respectives, à partir d'une trame consensuelle. Celle ci reprendra les étapes majeures et incontournables de la démarche d'intégration des nouveaux diplômés, à savoir :

‣ *L'accueil réalisé par les cadres supérieurs et de proximité, en tenant compte de l'importance de l'accueil en tant que premier contact marquant avec le service*

‣ *La présentation réciproque des soignants*

‣ *Le contrat de progression passé entre le cadre et le nouveau diplômé en tant qu'acteur de son développement professionnel, à partir d'objectifs précis et des moyens nécessaires à leur atteinte, ces moyens engageant le cadre à les mettre à disposition et l'agent à les utiliser au mieux*

Les entretiens successifs d'évaluation qui permettent de mesurer précisément la progression de l'agent et cerner ses difficultés.

Les cadres et leurs équipes soignantes réaliseront le programme d'intégration des nouveaux diplômés dans leur propre unité, en tenant compte des spécificités du service.

Le référentiel de compétences et le programme d'intégration seront conjointement mis en place afin d'assurer leur complémentarité et l'efficacité globale du projet, parce qu'ils donnent du sens au projet du Service de Soins Infirmiers, qu'ils contractualisent une démarche et concrétisent des exigences professionnelles.

■ l'évaluation du projet

Elle permettra de :

- ▶ Mesurer son efficacité par rapport aux objectifs définis en début de construction de projet.
- ▶ Analyser la faisabilité de l'atteinte des objectifs
- ▶ Estimer la réalisation effective du projet au bénéfice des équipes engagées volontairement dans la mise en place,
- ▶ Réajuster si nécessaire les objectifs et les étapes de la démarche en fonction des résultats obtenus,
- ▶ Permettre l'auto évaluation de la démarche par les professionnels.
- ▶ Apporter des résultats significatifs de l'avancée du projet au chef d'Etablissement et à l'équipe de Direction.

■ La mise en place

L'Infirmière Générale s'assurera que sont pris en compte de façon impérative :

- Les délais impartis à la mise en test du projet et son réajustement avant mise en place définitive dans les services volontaires et en fonction de l'affectation des nouveaux diplômés,
- L'harmonie des plans d'action vis à vis du temps d'intégration prévu pour les nouveaux diplômés dans les services de soins,
- La cohérence de mise en application, en fonction des difficultés de fonctionnement des services,
- La coordination des équipes en termes d'information et de communication sur le projet, la place du nouveau diplômé au sein de l'équipe, les étapes à respecter et la place de chacun dans le suivi de l'agent,
- Les difficultés ponctuelles ou récurrentes des équipes lors de la mise en place du projet, source d'évaluation positive,
- Le temps de généralisation sur l'ensemble des services cliniques.

⁴⁶ Destreim H. Approche systématique de la formation et motivation du personnel Gestions hospitalières mai 1999

Elle proposera le volontariat de mise en place initiale du projet : il permet de prouver l'engagement individuel et collectif des équipes, l'autodétermination, donne la priorité au choix et peut agir également sur les résistances au changement des autres professionnels,

II - Place des cadres de proximité au cœur du projet d'intégration des nouveaux diplômés.

● Le rôle des cadres de proximité

L'étude réalisée au Centre hospitalier Universitaire de Limoges nous permet de confirmer la place fondamentale qu'occupe le cadre de proximité auprès des soignants dans la mise en place d'un projet.

Responsables de leurs actes et de ceux des agents placés sous leur responsabilité, leur activité principale est la gestion des soins qui comme la définit S. Kerouac⁴⁷, est le processus heuristique visant à mobiliser les ressources humaines et celles de l'environnement en vue de soutenir et de favoriser le soin à la personne (...).

De cette responsabilité qui assure sa place dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet, en lien direct avec le développement des ressources humaines, son rôle spécifique revêt alors trois aspects :

- le **rôle relationnel ou interpersonnel** qui le positionne en leader du groupe et correspond au rôle de coordination,
- le **rôle informationnel** (diffusion d'information et de valeurs) auprès des soignants et qui le positionne en tant que promoteur de son unité,
- le **rôle décisionnel** qui souligne son engagement dans des actions volontaires, pour induire des changements dans son unité, réguler les imprévus, répartir les moyens et les ressources humaines et négocier avec l'environnement⁴⁸.

Ces rôles, étroitement liés, dépendent du pouvoir détenu par les cadres eux-mêmes et relèvent de leur positionnement hiérarchique d'une part, de leur légitimité au sein de leur unité d'autre part

- **Le positionnement dans un environnement hiérarchique complexe⁴⁹** : la définition de fonction dont nous avons ciblé l'intérêt dans le chapitre précédent le confirme ; elle a l'avantage d'une remise en question individuelle et collective de l'encadrement face à ses missions et au respect des limites de ses fonctions. Cette définition fera l'objet d'une information à l'ensemble des soignants.
- **La légitimité** : elle est liée à l'expertise technique du cadre, à sa capacité relationnelle, à ses compétences, dans le souci de développer son équipe.

Elle fait appel à la maîtrise de la fonction de cadre mais aussi à ses connaissances, à ses capacités d'organisation des soins et d'amélioration des conditions de travail.

⁴⁷ Kerouac S., Pepin J., La pensée infirmière- Conceptions et stratégies Maloine 1994, P 17

⁴⁸ Mintzberg H. Le management au quotidien Ed. d'organisation 1984

⁴⁹ Mucchielli A. Nouveau point de vue sur les défaillances permanentes de management des cadres infirmiers Gestions hospitalières juin juillet 1997

- Le rôle de l'Infirmière Générale

Il fait appel aux capacités d'écoute et de discernement de l'Infirmière Générale, qui vont permettre au cadre de maîtriser son rôle selon ses différents aspects, à travers la mise en place du projet.

Maîtrise du rôle relationnel, de leader d'équipe

- Favoriser l'autonomie du cadre dans la mise en place du projet dans l'unité lui offrira la possibilité de mettre en valeur ses connaissances, ses capacités à gérer le temps et à prendre des initiatives quant à l'application spécifique du projet à l'unité de soins. L'autonomie laissée au cadre est de fait indissociable de ses compétences et de sa prise de responsabilité du projet. Elle est une composante de la fonction de cadre et devient une nécessité pour piloter un service.
- Il sera donc, dans un premier temps, indispensable d'évaluer les compétences du cadre à assurer la coordination globale du projet : cette évaluation aura pu être réalisée lors de l'entretien annuel d'évaluation, en fonction de situations professionnelles concrètes antérieures ; elle peut aussi se faire à travers des difficultés relationnelles exprimées par le cadre, dans son activité quotidienne.

Il s'agira alors, avec le cadre de proximité puis avec le cadre supérieur du service, d'évaluer le besoin de formation correspondant aux difficultés du cadre et de proposer au cadre supérieur, de lui apporter un soutien personnalisé.

- La responsabilité du projet renvoie à **la conviction** des cadres face à l'utilité du projet, de son efficacité mais aussi de sa faisabilité et de son impact sur la gestion quotidienne des soins. De leur perception du projet, les cadres feront surgir leur implication à le faire vivre, selon la satisfaction qu'il engendre. La conviction des cadres est fondamentale : en effet, le cadre qui n'est pas convaincu, ne pourra pas mobiliser l'équipe autour du projet ; il ne pourra pas non plus en transmettre les valeurs.
- En fait, la conviction est incontournable, quel que soit l'aspect choisi du rôle du cadre.

L'intégration des cadres de proximité dans l'intégralité du projet, l'écoute de leur positionnement et la valorisation de leurs connaissances des services seront sources de conviction qui s'ajouteront à la teneur du projet.

Maîtrise du rôle informationnel

L'Infirmière Générale aura le souci d'une information de même structure pour l'ensemble des soignants, c'est à dire de contenu identique, apportée dans tous les services selon la même procédure et touchant l'intégralité des infirmières.

Afin d'assurer la rigueur du discours et de la démarche, elle amènera donc les cadres de proximité à présenter un message clair et précis travaillé par l'ensemble du groupe, selon un plan d'information commun et des moyens de transmission choisis en fonction de leur efficacité.

Maîtrise du rôle décisionnel

Elle est en lien avec une réflexion approfondie entre cadres de proximité, cadres supérieurs et Infirmière Générale, sur :

- leurs exigences professionnelles
- leur responsabilité dans la décision de titularisation au regard de l'information donnée par le Directeur des Ressources humaines et des difficultés rencontrées
- la mesure des risques encourus par une gestion défectueuse des ressources humaines
- l'évaluation des professionnels et son impact sur le moyen et long terme : ce dernier point revêt un caractère fondamental pour l'Infirmière Générale.

Elle fait appel à leurs capacités à assurer une fonction de relais avec la Direction des soins infirmiers, dans la décision de mise en place du projet ;

Pour l'Infirmière Générale, la maîtrise du rôle décisionnel des cadres fait appel à une collaboration étroite avec la Direction du Service de Soins, une valorisation de leurs expériences, l'apport de moyens matériels et techniques et une concertation avec les cadres supérieurs.

Dans le cadre du projet en matière décisionnelle, les cadres de proximité seront amenés à travailler avec les cadres supérieurs et en collaboration avec la Direction des Ressources Humaines et du Service de Soins Infirmiers sur un document d'évaluation permettant de regrouper tous les éléments significatifs de l'intégration des nouveaux diplômés en vue de leur titularisation future.

L'Infirmière Générale assurera la crédibilité du document par un retour aux cadres des décisions prises quant à la titularisation de l'agent.

La maîtrise du rôle décisionnel n'abolit en aucun cas la hiérarchie et nécessite une concertation avec les cadres supérieurs. L'Infirmière Générale pourra cependant être amenée à réorienter les actions en réaffirmant les orientations institutionnelles.

III – Inscrire l'intégration des nouveaux diplômés dans un processus global de développement des compétences

Accompagner les jeunes diplômés dans leur prise de poste signifie, comme nous l'avons précisé et observé, la prise en compte de l'environnement, la clarification des politiques y afférentes et l'engagement à long terme des professionnels concernés : la rareté de réalisation de ce type de projet lui confère toute son utilité.

Cependant, si l'intégration est un élément essentiel du premier contact avec le monde du travail, elle n'en reste pas moins le point de départ d'un parcours professionnel prévu sur de nombreuses années.

Pour l'Infirmière Générale, cette première période d'encadrement doit s'inscrire dans une démarche globale de développement des compétences individuelles et collectives qui relève de sa

responsabilité et fait référence à trois logiques⁵⁰ : une logique d'anticipation et d'adaptation des ressources, une logique d'optimisation des moyens et une logique de valorisation des compétences.

En effet, la responsabilité de l'Infirmière Générale est engagée.

Vis à vis du chef d'Etablissement

“ L'Infirmière Générale, a pour mission de mettre en œuvre une organisation qui permette une production optimale du Service Infirmier ;

Elle est responsable, vis à vis du Directeur, de l'utilisation des ressources humaines du Service Infirmier, de son organisation et de sa production.

L'engagement des Etablissements dans l'accréditation implique par ailleurs l'Infirmière Générale dans la mise en place de dispositifs probants de gestion des soins face à la qualité des prestations qui sont proposées au patient.

Vis à vis du corps médical

“ En liaison avec le corps médical, l'Infirmière générale ... veille à la qualité des soins infirmiers et participe à la conception et à l'élaboration des services médicaux”⁵¹.

Au-delà des textes réglementaires qui fixent ses missions en termes de développement professionnel, l'Infirmière Générale occupe une place privilégiée au sein de l'équipe de Direction puisque, grâce à son expérience, elle participe en collaboration étroite avec les médecins à l'évolution des services médicaux, indissociables de l'évolution professionnelle à travers l'organisation du travail, l'amélioration de la qualité des soins et le suivi des agents.

Vis à vis des patients

Les Ordonnances d'avril 1996 ont confirmé la place du patient au cœur des soins ; l'Infirmière Générale doit donc inscrire la réalisation des soins dans un processus dynamique et formalisé qui permette d'évaluer l'adéquation entre la qualité des professionnels et la qualité des soins.

Vis à vis du Service Infirmier

“ L'Infirmière Générale ...organise, coordonne et contrôle les activités du personnel en fonction dans les services de soins”⁵².

Cette responsabilité s'inscrit dans les missions du service infirmier de soigner, gérer les ressources, former et mener des recherches en soins d'une part, doit avoir pour finalité la fiabilité de l'organisation et la satisfaction des personnels au travail d'autre part.

La responsabilité de l'Infirmière Générale se traduira sur deux plans : collectif et individuel

⁵⁰ Boye M., Ropert G. Gérer les compétences dans les services publics- Ed. d'organisation 1994

⁵¹ Décret du 18 octobre 1989 portant statut particulier des Infirmiers Généraux de la fonction publique hospitalière

■ Sur un plan collectif

Elle se traduira par :

- ▶ La définition d'une politique de développement des compétences qui soutiendra le concept de qualité totale dont l'Infirmière Générale sera porteur avec l'ensemble de l'équipe de Direction ; cette politique sera fondée sur des exigences de qualité clairement exprimées et qui feront effet de fil conducteur concret d'amélioration des pratiques.
- ▶ La sensibilisation des professionnels à "l'esprit Qualité", facteur clé de la démarche qualité, par l'information et la formation.
- ▶ La mise en place d'outils d'amélioration de la qualité des soins visant la rigueur et l'organisation : constitution de groupes de travail pluridisciplinaires ayant pour objectifs la réalisation et la mise en place de protocoles et de fiches techniques de soins, d'indicateurs de suivi de la charge en soins, ainsi que l'amélioration permanente du dossier du patient.
- ▶ L'implication de l'encadrement dans l'évaluation des professionnels en tant qu'acte de management, replacé dans un système de valorisation des compétences : une telle conception qui engendre une prise d'autonomie des cadres, nécessitera de les accompagner dans le développement des supports d'entretiens : l'Infirmière Générale se fixera comme objectifs d'inscrire l'évaluation des professionnels dans le cadre naturel de la progression des agents, d'une part, de convaincre l'encadrement que les entretiens d'évaluation constituent un outil de suivi permanent et sont la base d'un contrat de progression avec l'agent.
- ▶ L'anticipation des compétences attendues par l'évolution des techniques, la participation à l'élaboration des programmes de formation et l'analyse des besoins collectifs de formation.

■ Sur un plan individuel

Face aux contraintes économiques ayant engendré une diminution des effectifs soignants, l'Infirmière Générale doit relever le défi du développement de la qualité des soins indissociable de la qualité des professionnels. Face au sentiment d'insécurité engendré par les difficultés de gestion des personnels, elle devra porter une attention plus grande encore aux professionnels, afin de déceler leurs attentes, leurs difficultés et leurs compétences, afin d'assurer leur professionnalisme.

L'Infirmière Générale aura le souci de rendre les professionnels acteurs de leur développement professionnel.

Son action portera sur :

- ▶ l'optimisation de l'entretien de recrutement qui doit permettre à l'agent de mettre en évidence ses potentiels et à l'Infirmière Générale de bien situer la personne sur un plan personnel et professionnel.

Savoir recruter ne "s'invente" pas et peut être améliorée par une formation adaptée que pourra solliciter l'Infirmière Générale en cas de nécessité personnelle.

⁵² Décret de juillet 1975 qui précise le champ d'intervention de l'Infirmière Générale dans la gestion des ressources humaines

▶ la mise en évidence des potentiels humains individuels existant au sein des équipes, leur valorisation dans la construction de projet de recherche en soins et la réalisation de formations internes visant la valorisation des compétences,

▶ l'accompagnement des projets professionnels : il devra retenir une attention particulière de l'Infirmière générale parce qu'il est source de motivation des agents et qu'il peut être l'occasion d'approfondir la connaissance des personnes et de dévoiler des compétences mal utilisées.

Les actions proposées pour l'inscription de l'intégration des professionnels dans un système global de développement des compétences, par l'Infirmière Générale, ne sont bien sûr pas exhaustives.

L'ensemble de ces actions exige de la part de l'Infirmière Générale :

▶ La clarification personnelle de ses exigences en matière de qualité des soins,

▶ L'inscription du développement des compétences dans une logique institutionnelle

▶ Une collaboration étroite avec le corps médical afin d'envisager les besoins en formation,

▶ Le souci permanent de la sécurité des soins partagé avec le directeur des Ressources humaines pour l'aspect quantitatif des soins

▶ Une disponibilité et une écoute visant à optimiser la mise en valeur des potentiels humains selon les besoins de la population soignée,

▶ Le soutien des cadres dans les démarches d'amélioration des pratiques et de suivi des professionnels

▶ La mise en place d'un système d'information le plus performant possible. Comme le souligne Michel Crozier⁵³, " il n'y a pas de communication de haut en bas efficace qui soit fondée sur une communication plus riche en bas qu'en haut ".

La responsabilité plus personnelle de l'Infirmière Générale réside enfin dans une remise en question permanente de l'adéquation de la gestion des ressources humaines au contexte hospitalier d'une part, de l'évaluation de ses propres forces et faiblesses en vue de les améliorer d'autre part.

IV – De la réflexion à la concrétisation : un nouveau pas à franchir

Le centre hospitalier qui m'accueillera demain présente les caractéristiques suivantes :

- La structure actuelle de l'Etablissement est le fruit de la fusion de deux hôpitaux appartenant au service public. Cette fusion initiée en janvier 1998 a engendré la mise

en place d'un nouveau Projet Médical suivi du Projet d'Etablissement : leur mise en place implique actuellement l'ensemble des professionnels de l'Etablissement,

- Le bouleversement vécu par les équipes soignantes au cours de la fusion fait l'objet d'un accompagnement continu des professionnels et d'attention prioritaire de la part de la Direction des soins infirmiers, visant à structurer leur sentiment d'appartenance,
- Les équipes sont aujourd'hui en cours de renouvellement qui nécessite de la part des soignants un effort d'intégration personnelle et collective ; certains d'entre eux vivant leur propre intégration dans un nouveau service d'affectation, comprenant l'acquisition de la connaissance de l'Etablissement et celles des compétences liées à la discipline d'affectation.
- Les cadres des deux Etablissements d'origine ne se connaissaient pas avant la fusion ; ils vivent donc une phase transitoire de rencontre et d'échanges qui leur permette de créer une équipe structurée ; la Direction des Soins Infirmiers joue un rôle très important dans ce regroupement : elle anime ces rencontres, suscite les échanges et permet progressivement l'émergence de valeurs communes,
- L'engagement de l'Etablissement dans la démarche d'accréditation a favorisé l'émergence de l'esprit qualité et l'évaluation des projets y afférents,
- Au sein de l'Equipe de la Direction des Soins Infirmiers, se sont inscrites des modifications d'affectation,
- Une réflexion est déjà en cours concernant la formalisation de l'encadrement des nouveaux diplômés et a fait l'objet de démarches écrites dans quelques unités : les soignants sont donc sensibilisés à la nécessité de l'intégration des nouveaux diplômés, même s'ils rencontrent comme de nombreuses équipes soignantes des difficultés dans le passage de l'existant à la formulation écrite.
- L'ensemble des professionnels soignants a été impliqué dans l'élaboration et la validation récente de la totalité des définitions des fonctions de soin.

Certes l'intégration des nouveaux diplômés dans le cadre du développement global du développement des compétences constitue un des axes de mon projet professionnel.

⁵³ Crozier M. "l'entreprise à l'écoute " in Gérer les compétences dans les services publics Ed ; d'organisation 1994

Pourtant, il me semble évident que l'élaboration d'un projet la concernant ne peut s'envisager qu'à moyen ou long terme.

En effet, en tenant compte des pré requis indispensables au projet et de notre environnement hospitalier futur, il s'avère tout d'abord que, même si l'intégration des nouveaux personnels a déjà fait l'objet d'une réflexion des cadres, elle ne peut constituer une priorité face au besoin d'accompagnement global des équipes soignantes dans le contexte de fusion. Par ailleurs, il est prudent d'appréhender la responsabilité des cadres dans la mise en œuvre d'une nouvelle organisation engendrée par le projet médical qui les implique largement dans la gestion quotidienne des soins.

Alors que certaines infirmières vivent, elles-mêmes, une phase d'intégration, on peut penser qu'elles rencontreraient des difficultés à encadrer à leur tour de nouveaux personnels et à prendre rapidement le recul suffisant pour un accueil et un encadrement de qualité.

Pour la Direction des soins Infirmiers, il ne semblerait pas judicieux de prévoir la mise en place rapide d'un projet d'intégration, avant d'avoir réellement stabiliser l'organisation globale des soins.

Il me manque enfin la connaissance approfondie des structures et des professionnels sans laquelle aucun projet n'est d'emblée envisageable.

Il me sera donc indispensable dans un premier temps de tenir compte de l'existant, de rencontrer les professionnels, de m'associer au Directeur de Soins Infirmiers dans l'accompagnement des équipes soignantes et de poursuivre avec les soignants la recherche d'une identité collective et l'amélioration globale des soins. Ce n'est que dans un second temps, dans le cadre du Projet du Service de Soins que le projet spécifique d'intégration des nouveaux diplômés ne pourra être envisagé.

Synthèse la troisième partie

De l'étude réalisée au Centre Hospitalier de Limoges, ont découlé la stratégie et la concrétisation possible d'un projet d'intégration des nouveaux diplômés et son inscription dans le cadre plus global du développement des potentiels personnels et professionnels des soignants.

Ce dernier chapitre, qui fait appel à l'implication réel de l'Infirmière générale, a bénéficié des points forts retenus lors de l'étude, mais aussi des difficultés rencontrées par les cadres dans la mise en œuvre du projet, difficultés qui ont induit une réflexion plus approfondie sur le plan stratégique.

Le passage à la concrétisation reste sans doute, en tant qu'Infirmière générale, l'étape la plus sensible à franchir, en lien avec une nécessaire remise en question de l'encadrement des personnels.

Conclusion

La **titularisation** constitue une étape statutaire fondamentale dans le parcours professionnel des agents de la fonction publique hospitalière : fondamentale pour l'agent qui s'engage pour de longues années à répondre à la mission de service public auprès de la population ; fondamentale également pour les Directions hospitalières pour qui l'enjeu économique et qualitatif des professionnels s'associe à une réflexion éthique en matière de gestion des ressources humaines.

Pour les cadres des services de soins, la gestion des ressources humaines a pour objectif de s'assurer que les ressources humaines sont adaptées quantitativement et qualitativement à l'activité ; elle doit permettre par ailleurs la reconnaissance de la place de chacun et de sa contribution à l'amélioration de la qualité hospitalière : souci permanent des équipes de Direction qui associent délibérément aujourd'hui qualité de vie des patients, qualité des soins et des professionnels dans une démarche de qualité totale.

Les déficiences de gestion des ressources humaines peuvent avoir des conséquences néfastes sur la personne en termes d'inadaptation et de démotivation. Si le risque est augmenté chez les nouveaux professionnels lors d'une première prise de fonction, il revient aux Directions la responsabilité de maîtriser ce risque par un encadrement personnalisé et structuré des professionnels ayant deux finalités : permettre à l'agent de développer ses potentiels et acquérir des compétences d'une part, permettre aux cadres de situer la personne sur un plan professionnel et d'évaluer sa capacité d'adaptation à sa nouvelle fonction, d'autre part : nous entrons dans le cadre de la gestion des compétences.

Donner à cette réalité toute sa dimension afin qu'elle favorise qualité professionnelle et satisfaction au travail, exige de la part de l'Infirmière Générale qu'elle s'investisse dans la mise en place d'un management participatif qui responsabilise les cadres de proximité au regard de la titularisation et de l'évolution du parcours professionnel des personnes, et les engage dans l'élaboration d'un projet d'intégration des infirmières nouvellement diplômées.

L'étude réalisée auprès de cadres supérieurs ayant expérimenté un tel projet a prouvé sa faisabilité, son utilité et ses suites positives en termes d'évaluation des compétences, mais également de satisfaction des personnels nouvellement affectés.

Les cadres jouent en effet un rôle fondamental dans le développement et l'évaluation des compétences des agents : au plus près des soins et des besoins des personnels dont ils sont les interlocuteurs directs.

Par leurs capacités à mobiliser les ressources humaines et leurs compétences à rationaliser les démarches d'évaluation des compétences, ils sont les moteurs principaux de changement et requièrent une grande attention.

Depuis l'observation originale réalisée dans une fonction transversale et qui a constitué les hypothèses de ce travail jusqu'à la réflexion actuelle, un cheminement impliquant s'est opéré qui nous a permis de mesurer la complexité et la dimension stratégique d'un tel projet, ainsi que la responsabilité de l'Infirmière Générale face au positionnement managérial des cadres au sein de leurs équipes.

Par une écoute attentive à leur rencontre, par le soutien des démarches initiées dans ce domaine, la valorisation de leur autonomie et la mise en évidence de leurs difficultés en termes de gestion des équipes, l'Infirmière Générale doit aider les cadres de proximité à assurer leurs fonctions d'animateur d'équipe, de coordonnateur et de décideur.

Comme le souligne Michel Crozier⁵⁴ "s'il faut s'occuper sérieusement de tous ceux qui coopèrent à la marche de l'organisation, ce n'est pas par idéal humanitaire, par paternalisme social ou par souci de justice, c'est parce qu'il n'y a pas d'autre moyen de mobiliser les ressources humaines qu'ils constituent et que sans cette mobilisation, aucun progrès n'est plus désormais possible".

C'est à ce prix que les stratégies mises en place atteindront leurs objectifs de qualité et permettront de répondre réellement aux besoins de la population soignée.

⁵⁴ Crozier M. Pour une autre approche des problèmes humains- Informations hospitalières Oct.nov.1987 p.7

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

BENNER Patricia – De novice à Expert . Excellence et soins– Paris – Interéditions – 1995

BERNOUX Philippe – Sociologie des organisations – Paris – Editions du Seuil – p.8 - 1983

BOYE Michel, ROPERT G. – Gérer les compétences dans les services publics – Paris – Editions d'organisation – Collection Service Public – 1994

CASPAR Pierre, MILLET Jean-Guy. – Apprécier et valoriser les hommes – Réflexions pratiques - Paris – Editions Liaisons – 1990

CREMADEZ Michel – La maîtrise du service rendu – La satisfaction des besoins : une réussite collective – Management stratégique hospitalier – 2^E édition - 1997

CROZIER Michel – L'entreprise à l'écoute – Paris – Interéditions 1989

DECCACHE A., LAVENDHOMME E.- Des fondements à la méthode - Bruxelles – Editions D. Boeck - 1989–

DREYFUS S.E., DREYFUS H.L. – The scope limits and training implications of three models and aircraft pilote emergency behaviour – in BENNER Patricia,- De novice à Expert-Op ; cit.

GODET Michel – Manuel de prospective stratégique – Paris – Editions Dunod – 1997

HERTZBERG Frédéric – Le travail et la nature de l'homme – Paris – Entreprise moderne d'éditions – 1971

HESBEEN Walter – Prendre soin à l'hôpital – Inscrire le soin dans une perspective soignante – Paris Interéditions Masson – p.130-131 – 1997

JACQUERYE Agnès – Guide de l'évaluation de la qualité des soins – Paris – Editions le Centurion – Collection Infirmières d'aujourd'hui – 1983

JANKELEVITCH Vladimir. – Le Je ne sais pas et le presque rien – Paris – Editions du seuil – 1980

JURAN Joseph – La qualité dans les services – AFNOR GESTION – 1987

KEROUAC S., PEPIN Jean.- La pensée infirmière – Paris Editions Maloine – Collection Conceptions et stratégies – p.17 – 1994

LETEURTRE Henri, PATRELLE Irène, QUARANTA J.F., RONZIERE N. – Qualité hospitalière – 2^e édition - Paris – Editions Berger-Levreaux – Collection Audit Hôpital – 1998

MALHERBE Jean-François.- Pour une éthique de la médecine - Paris - Editions du Cerf – 1987

NORMANN Richard – Le management des services – Paris – Interéditions – 1994

POLETTI Rosette – Valeurs professionnelles et éthique professionnelle – Les soins infirmiers – Théories et concepts – Paris – Editions le Centurion - 1983

RAMEIX Suzanne – Fondements philosophiques de l'éthique Médicale – Paris – Editions Ellipses – 1996

Robert Pierre – Dictionnaire Le Petit Robert – 1991

S.I.R.I.M. - Alors survient la maladie – La vie quotidienne vue à la lumière du cerveau – Editions Empirika – 1983 -Tome1 – p.127

Mémoires et Périodiques

Mémoires

PERREAU-SAUSSINE Marie-Agnès. - Le Directeur et l'éthique à l'hôpital - Mémoire E.D.H.- E N.S.P – 1998

LOIZIC Marie-Pierre. – Le passage de l'apprentissage des soins à la réalité professionnelle – Université catholique de l'ouest – Genève – 1989

VETRIAK Danielle – La responsabilité de l'infirmière en hospitalisation à domicile – Mémoire I.E.S.C.H. – Paris 1995

Périodiques

CHARVET-PROTAT Suzanne, JARLIER Agnès, PREAUBERT Nathalie – Le coût de la qualité et de la non-qualité – PARIS – Gestions hospitalières Cahier n0149 – Novembre1998

CROZIER Michel – Pour une autre approche des problèmes humains – Paris – Revue Informations hospitalières – Octobre –Novembre 1987 p.7

DESTREIM Hugues – Approche systématique de la formation et motivation du personnel – Paris - Revue Gestions Hospitalières – Mai 1999

LAMARQUE Dominique – Apport de l'aménagement du temps de travail à l'amélioration de l'accueil dans les services publics – Revue Politique et Management – Volume 10 n°2 – Juin 1992

MONTESINOS André. - Les relations de pouvoir dans l'équipe soignante – Leaders nuisibles et leaders utiles – Le cahier du Management – Objectifs Soins n°47 - Nov.1996

MUCCHIELLI Alex – Nouveau point de vue sur les défaillances de management des cadres infirmiers Paris – Revue Gestions Hospitalières – Juin- Juillet 1997

Textes réglementaires

Décret n094 ;73 du 25 janvier 1994 modifiant le décret n088 .77 du 30 novembre 1988 portant statuts particuliers des personnels infirmiers de la Fonction Publique hospitalière

Décret du 15Février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers diplômés d'Etat

Décret du 15Mars 1993 relatif à l'exercice professionnel des infirmiers diplômés d'Etat

Loi 86.33 du 9 janvier 1986 portant dispositifs réglementaires relatifs à la Fonction Publique Hospitalière

Décret du 18 Octobre 1989 portant statut particulier des Infirmiers Généraux de la Fonction Publique Hospitalière

ROCARD Michel – Circulaire du 23 Février 1989 relative au renouveau du Service Public

Lectures associées

BOURBOUSSON Annick– Développer l'implication des cadres infirmiers supérieurs dans l'amélioration des performances du Service de Soins Infirmiers- - Mémoire Infirmiers Généraux – Rennes - E.N.S.P. – 1994

CADET Danielle – Valoriser le travail individuel et collectif à l'hôpital par l'évaluation des performances des personnels – Mémoire Infirmiers Généraux – Rennes – E.N.S.P. – 1995

CHOVE Jacques – Concepts généraux de la qualité et normes internationales ISO 9000 – Revue Enjeux – AFNOR n°131 – Février 1993

DE SAVIGNY Jean – Réflexion sur le management de proximité dans les hôpitaux de l'Assistance Publique de Paris – Avril 1996

Guide de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris – La maîtrise de la fonction cadre de Santé – Paris Editions Lamarre – 1998

MARTIN François – L'accueil ; un pas vers l'intégration – Mémoire Infirmiers Généraux – Rennes E.N.S.P. – 1997

Derenne Odile, LAMY Yves, LUCAS André – Gestion des Ressources Humaines – La Fonction Publique Hospitalière - Cours E.N.S.P - Novembre1998

SHWARTZ Yves – Le travail réquisitionne les modes d'élaboration des savoirs – Revue Education permanente – n°129 – 1996 – 4

ANNEXES

Christine Hemart

Annexe 1

Infirmière Générale 2^o Classe
Ecole Nationale de la Santé Publique
Année 1999

Guide d'entretien du Directeur des Ressources Humaines

Le projet d'intégration des nouveaux diplômés a été mis en place au sein
du Service de Soins Infirmiers.

Quelle votre politique de recrutement ?

Quelle est votre conception de la titularisation

Qu'attendez vous du Service infirmier au regard de la
titularisation des personnels ?

Rencontrez -vous des problèmes lors de la décision de
titularisation ? Lesquels ?

Christine Hemart

Annexe 2

Infirmière Générale 2^oClasse

Ecole Nationale de la Santé Publique

Année 1999

Guide d'entretien des Infirmières Générales

Vous avez mis en place un Projet d'intégration des nouveaux diplômés ;

Quels étaient ses objectifs initiaux ?

Pourquoi un tel projet a-t-il été mis en place ?

Comment s'inscrit-il dans l'ensemble des projets existants ?

Quelle est la place des différents acteurs dans le projet ?

Quels sont les points clés du projet ?

Quelles difficultés rencontrez-vous dans sa mise en place ?

La mise en place de ce projet vous aide t- elle dans votre participation à la décision de titularisation ? Répond t- elle a vos attentes dans ce domaine ?

Si oui, comment ?

Si non, pourquoi ?

Christine Hemart
Annexe 3

Infirmière Générale 2^o Classe

Ecole Nationale de la Santé Publique
Année 1999

Guide d'entretien des Cadres Supérieurs

Un projet d'intégration des nouveaux diplômés a été mis en place au niveau du Service de Soins Infirmiers.

Comment concevez vous l'intégration des nouveaux diplômés ?

- Pour le service
- Pour le personnel concerné
- Pour les cadres

Comment a été élaboré le plan d'intégration dans les services ?

Quelle est la place des acteurs dans la mise en place du projet dans les services ?

Qu'attendez vous de ce projet ?

Quelles difficultés rencontrez-vous dans sa mise en œuvre ?

La mise en place du projet a-t-elle été évaluée ?

Que représente pour vous la titularisation ?

Comment situez vous le projet au regard de la titularisation ?