



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des soins

Promotion 2002

**L'ACCUEIL ET L'INTEGRATION DES
JEUNES PROFESSIONNELS INFIRMIERS
UN ENJEU POUR LE DIRECTEUR DES SOINS**

Jocelyne RINGELE

Sommaire

INTRODUCTION	1
1. PREMIERE PARTIE : LA PROBLEMATIQUE PROFESSIONNELLE ET LE CADRE THEORIQUE.....	4
1.1 LA PROBLEMATIQUE PROFESSIONNELLE	4
1.1.1 LE CONTEXTE	4
1.1.2 LE QUESTIONNEMENT	5
1.1.3 LA PROBLEMATIQUE	6
1.2 LE CADRE THEORIQUE	8
1.2.1 LE CADRE LEGISLATIF	8
1.2.1.1 L'accréditation.....	8
1.2.1.2 Les références.....	9
1.2.1.3 Lois et décrets	10
1.2.2 LE CADRE CONCEPTUEL	11
1.2.2.1 Evolution de l'accueil à l'hôpital.....	11
1.2.2.2 Définition de l'accueil.....	12
1.2.2.3 L'accueil, un concept.....	13
1.2.2.4 L'accueil des jeunes professionnels infirmiers	15
1.2.2.5 L'intégration	15
1.2.2.6 L'intégration des compétences	16
1.2.2.7 Des besoins à identifier	17
1.2.2.8 L'intégration dans l'équipe.....	18
1.2.2.9 L'évaluation.....	19
1.2.2.10Le concept d'évaluation	20
1.2.2.11L'évaluation formative	20
2 - DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE	22
2.1 LA DEMARCHE DE RECHERCHE.....	22
2.2 LE CHAMP DE L'OBSERVATION.....	22
2.3 LES OUTILS	23
2.4 L'ENTRETIEN	24
2.5 LES LIMITES DE L'ENQUETE.....	24
3 - TROISIEME PARTIE : RESULTATS ET ANALYSE DES DOCUMENTS ET DES ENTRETIENS	26
3.1 Analyse de l'établissement A.....	26

3.1.1	Le projet social	26
3.1.2	La procédure institutionnelle.....	26
3.1.3	La procédure de recrutement	26
3.1.4	Le dossier d'accueil	27
3.1.5	Les journées d'accueil	27
3.1.6	Le protocole d'intégration.....	28
3.1.7	Les entretiens avec les cadres infirmiers supérieurs et les cadres de santé	28
3.1.7.1	Place, leur rôle et engagement des C.I.S. et C.S. dans le processus.....	28
3.1.7.2	Les pratiques de l'accueil et de l'intégration.....	28
3.1.7.3	Le livret d'encadrement.....	29
3.1.7.4	Les limites.....	29
3.1.7.5	Les enjeux.....	30
3.1.8	Les entretiens avec les infirmières	30
3.1.8.1	L'accueil institutionnel.....	30
3.1.8.2	L'intégration	30
3.1.8.3	L'infirmière référente.....	31
3.1.8.4	L'évaluation.....	31
3.1.8.5	Validation des hypothèses	32
3.2	Analyse de l'établissement B.....	32
3.2.1	Le projet social	32
3.2.2	L'accueil	33
3.2.3	Entretiens avec le cadre infirmier supérieur et les cadres de santé.....	33
3.2.3.1	Place, rôle et engagement dans l'accueil et l'intégration.....	33
3.2.3.2	L'infirmière référente.....	34
3.2.3.3	L'accueil au niveau des services	34
3.2.3.4	L'intégration	35
3.2.3.5	Les attentes des Cadres de Santé.....	36
3.2.4	Les entretiens avec les infirmières	36
3.2.4.1	L'accueil.....	36
3.2.4.2	L'intégration	37
3.2.4.3	L'évaluation.....	38
3.2.4.4	Les attentes des jeunes professionnels.....	39
3.3	La plus-value institutionnelle d'une procédure d'accueil et d'intégration... 40	
3.3.1	Directeurs des ressources humaines	41
3.3.2	Directeurs des soins	41
3.3.3	Validation de l'hypothèse 2.....	44

4 - QUATRIEME PARTIE : PROPOSITIONS D' ACTIONS ET ROLE DU DIRECTEUR DES SOINS45

4.1	Stratégie d'implantation.....	45
4.1.1	Inscrire le projet dans la logique institutionnelle.....	45
4.1.2	Conduire une réflexion collective.....	46
4.1.3	Les acteurs de la démarche	47
4.1.3.1	Le Directeur des Ressources Humaines	47
4.1.3.2	Le corps médical	47
4.1.3.3	Les formateurs des Instituts de Formation en Soins Infirmiers.....	47
4.1.3.4	Le personnel d'encadrement.....	48
4.1.3.5	Les infirmières	49
4.2	Le rôle du Directeur des Soins	49
4.2.1	Les principes qui guident la démarche :.....	49
4.2.2	Le projet.....	50
4.2.3	La procédure d'accueil et d'intégration.....	51
4.2.4	FICHE ACTION n°1	54
4.2.5	FICHE ACTION n°2	55
4.2.6	FICHE ACTION n° 3	56
	CONCLUSION	57

Liste des sigles utilisés

A.E.S.	Accident d'Exposition au Sang
A.S.H.	Agent de Service Hospitalier
C.G.O.S.	Comité de Gestion des Œuvres Sociales
C.I.S.	Cadre Infirmier Supérieur
C.S.	Cadre de Santé
D.R.H.	Directeur des Ressources Humaines
D.S.	Directeur des Soins
E.N.S.P.	Ecole Nationale de Santé Publique
E.P.S.	Etablissement Public de Santé
G.R.H.	Gestion des Ressources Humaines
I.D.E.	Infirmier(e) Diplômée d'Etat
I.F.S.I.	Institut de Formation en Soins Infirmiers
I.F.C.S	Institut de Formation des Cadres de Santé
R.H.	Ressources Humaines

INTRODUCTION

Parler de l'accueil à l'hôpital peut surprendre car ce qui est hospitalier devrait nécessairement être accueillant. En effet si l'accueil des usagers est une préoccupation majeure de tout établissement de santé, son corollaire l'accueil du personnel ne bénéficie pas du même engouement.

L'évolution intervenue chez le patient devenu client, consommateur de prestations a amené les établissements de santé à porter leur efforts sur la qualité de vie, sur les conditions de prises en charge et l'information des malades.

L'engagement des établissements dans le mise en place de Programme Assurance Qualité et l'Accréditation a développé l'évaluation des procédures et des pratiques dans un souci d'efficience et de qualité en concordance avec les attentes des patients, cette démarche intéresse tous les secteurs d'activités, nous nous intéresserons plus particulièrement au management et à la gestion des ressources humaines.

En effet, pour répondre à sa mission d'accueil, de soin et de prise en charge des populations, l'hôpital doit également être attentif aux besoins de son propre personnel, selon Walter Hesbeen « *Ce n'est pas uniquement le patient qui doit se situer au centre du système de santé mais la personne en général, c'est-à-dire également les professionnels* »¹

Nous avons choisi d'étudier le contexte spécifique de l'accueil et de l'intégration du jeune professionnel infirmier : futur directeur des soins, il nous semble important d'interroger les pratiques dans le domaine de l'accueil et de l'intégration, cette période d'adaptation présente de nombreux enjeux pour le professionnel mais également pour le patient et l'institution

L'accueil est un enjeu essentiel pour les agents en termes de bien-être personnel et professionnel, de motivation et d'implication dans le travail. Il représente un moment privilégié dans la vie du jeune professionnel où ses compétences et son existence sont reconnues.

¹ HESBEEN W., BONNET H. *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin dans une perspective soignante*, Paris, Masson, 1997.(195 p.)

Afin d'assurer son niveau de développement et de compétence, l'hôpital doit développer l'accueil de ses personnels et leur intégration dans l'institution. En effet 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 une politique d'optimisation des ressources humaines.

Le choix de ce thème est également motivé par l'impact que représente cette période d'accueil et d'intégration en termes de mobilisation des ressources et des compétences des jeunes professionnels, de la qualité et de la sécurité des soins qui en découlent ainsi que de la performance globale de l'établissement. dans un contexte de ressources limitées au niveau des recrutements.

L'accueil du jeune professionnel dans l'institution hospitalière n'est pas toujours une priorité, et confronté à la complexité du système hospitalier dont il ne maîtrise pas le fonctionnement, dans l'immersion du quotidien, seul face aux situations de soins complexes ne va-t-il pas s'exposer aux risques d'erreur, d'oubli et mettre en danger la sécurité du patient ?

Dans le cadre de notre activité professionnelle nous avons rencontré de jeunes professionnels qui nous ont fait part des difficultés qu'ils ont connues dans l'accès à l'information et à la connaissance du fonctionnement de l'établissement. L'organisation de leur arrivée et notamment la programmation d'un temps d'adaptation et d'intégration des compétences requises représentent pour eux une priorité, mais nombre d'entre eux nous ont signalé un stress important lié à une période d'encadrement très courte, au manque de supports d'information sur les compétences attendues et à l'absence d'un programme d'acquisition et de suivi des compétences requises. Ces difficultés sont majorées dans les services présentant des activités spécifiques dont certaines sont peu ou pas enseignées lors de leur cursus de formation, telles les spécificités du travail au bloc opératoire. Pour les cadres soignants, l'absence de support d'encadrement et d'évaluation de cette période d'intégration rend difficile le repérage des problèmes rencontrés et l'absence d'évaluation progressive des compétences acquises ne permet pas d'objectiver la réalité.

Si l'accueil et l'intégration des professionnels relèvent d'une mission partagée avec le Directeur des ressources humaines, ils s'inscrivent à l'évidence dans le champ de compétence du Directeur des soins.

Dans ses missions, le Directeur des soins « *coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et en assure l'animation et l'encadrement. Il élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le*

projet de soins, le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité. Il participe à la gestion des personnels des activités de soins dont il propose l'affectation ».

Aussi dans le cadre du projet social, notre établissement souhaite développer un projet visant à améliorer l'accueil des nouveaux arrivants.

Afin d'être en mesure de répondre à cette mission après notre formation, nous souhaitons par cette recherche analyser comment est réalisé l'accueil et l'intégration du jeune professionnel et tenter de mettre en évidence la plus-value institutionnelle d'une procédure d'accueil et d'intégration.

Directeur des soins, nous poursuivons trois objectifs dans cette recherche :

- apprendre à mieux connaître la réalité sur un sujet qui nous tient particulièrement à cœur,
- modifier le regard que nous portons sur notre pratique grâce à cette meilleure connaissance,
- montrer qu'au-delà de l'accueil il y a l'organisation.

Nous limiterons cette étude à l'accueil et l'intégration des jeunes professionnels infirmiers en raison de l'aspect spécifique et du temps qui nous est imparti pour mener cette recherche.

Nous présenterons dans une première partie le cheminement de notre réflexion issue de nos pratiques professionnelles jusqu'à l'élaboration de la problématique et des hypothèses de travail. Nous développerons le cadre théorique et législatif sur lequel vient s'appuyer la thématique. Les concepts nécessaires à l'approfondissement de notre recherche seront abordés.

Dans les deuxième et troisième parties nous présenterons le cadre méthodologique et confronterons nos hypothèses au terrain à partir d'entretiens réalisés dans deux Etablissements Publics de Santé ayant ou non une procédure d'accueil et d'intégration des professionnels.

Après avoir vérifié nos hypothèses, nous déclinerons dans la quatrième partie le projet sous forme de propositions visant à structurer l'organisation de l'accueil et de l'intégration des jeunes professionnels dans la perspective d'en faire bénéficier l'ensemble du personnel des services de soins.

1. PREMIERE PARTIE : LA PROBLEMATIQUE PROFESSIONNELLE ET LE CADRE THEORIQUE

1.1 LA PROBLEMATIQUE PROFESSIONNELLE

1.1.1 LE CONTEXTE

Lors de notre parcours professionnel nous avons pu nous investir dans différentes formes d'accueil et mesurer ainsi l'importance de l'événement pour « l'accueilli » et « l'accueillant ».

Enseignante nous nous sommes particulièrement investie dans l'accueil de l'étudiant en stage et la mise en place d'une procédure d'accueil réalisée en collaboration avec les cadres de santé des services afin d'optimiser la formation en stage.

Cadre de santé, notre regard s'est porté sur l'accueil du patient dans les services de traumatologie puis en réanimation. Une réflexion portant sur l'écoute et la qualité de l'information du patient a permis aux équipes de prendre conscience de l'importance de l'entretien d'accueil et de son impact sur la qualité de la prise en charge.

Cadre de santé supérieur, nous avons été chargée de missions transversales portant sur l'accueil et l'encadrement des jeunes professionnels infirmiers dans les services de réanimation. Le constat d'un turn-over important malgré un encadrement par des infirmières expérimentées a été à l'origine de l'étude. Une réflexion menée avec les équipes, l'encadrement et les jeunes professionnels, a permis de cerner les points critiques et les zones à risques puis d'élaborer un guide d'encadrement et d'acquisition des techniques.

L'organisation et la participation aux journées d'accueil des nouveaux agents dans nos précédentes fonctions a été l'occasion de mesurer la satisfaction et les limites de la procédure en place.

A partir de ces expériences, nous pouvons provisoirement affirmer que l'accueil ne peut dépendre de la seule bonne volonté des acteurs d'un service de l'hôpital mais qu'il est le résultat d'une organisation et d'un management globaux.

1.1.2 LE QUESTIONNEMENT

Notre récente mutation dans un autre établissement nous a fait prendre conscience de la diversité des pratiques et des moyens mis en œuvre au niveau de l'accueil et de l'intégration des personnels entre les établissements. Nous avons constaté que l'accueil n'avait pas fait l'objet d'une attention particulière, nous l'avons vérifié lors de l'évaluation des procédures en vue de la préparation de l'établissement à l'accréditation.

Cet établissement comporte deux sites et le personnel ne connaît souvent que le site sur lequel il travaille. Des difficultés importantes surgissent lors de changement d'affectation et la mobilité entre les sites est quasi impossible.

Un accueil institutionnel permettrait-il de développer un sentiment d'appartenance ?

Ni l'accueil, ni l'intégration dans les services de soins ne relèvent d'une procédure écrite mais de l'initiative ponctuelle des équipes et du cadre de santé. La limite actuelle se situe dans la pénurie des cadres qui se voient confier deux secteurs d'activité. Or l'accueil d'un nouvel agent semble dépendre souvent de la bonne volonté et du désir d'implication des équipes soignantes. C'est ce que confirme Georges ARBUZ et Denis DEBROSSE dans « Réussir le changement à l'hôpital », « *lors des sessions de formation intra hospitalières qui regroupent des soignants venant de différents services, on est frappé par la variété des pratiques dans des domaines comme l'accueil et l'intégration des nouveaux membres* » (...) «*La qualité des procédures en vigueur semble dépendre principalement de la pratique du médecin responsable et de la capacité d'initiative de la surveillante. Dans certains cas, l'approche est très satisfaisante : il règne dans le service un climat exemplaire dont bénéficie chacun. Dans d'autres, encore nombreux, c'est à chaque soignant qu'il appartient de faire l'effort de s'intégrer dans le service. Il n'existe pas dans ce cas de réflexion sur l'accueil* ».²

Même si chaque acteur s'implique dans l'accueil n'est-il pas nécessaire de développer un projet d'équipe en aval de la procédure ?

La réduction du temps de travail et la rareté des ressources ne nous permettent pas d'avoir une équipe de suppléance. Nous sommes confrontés à des situations « d'urgence » où il est demandé aux jeunes professionnels de prendre les fonctions avec un temps d'information et d'encadrement restreint qui les empêchent de faire connaissance des différents secteurs en interface avec l'activité de soins. Cette situation dépasse largement la problématique de notre établissement car lors d'une conférence sur le thème des compétences à l'ENSP (juin

² ARBUZ G. DEBROSSE D., *Réussir le changement à l'hôpital*, Paris : Inter Editions, 1996.(249 p.)

2002) des directeurs de soins ont soulevé ce problème et leurs propos étaient très clairs, l'intégration et l'encadrement des jeunes professionnels sont réalisés sur un temps très court au mieux une semaine, au pire 24 heures. Cet état de fait accentue les tensions et les difficultés de l'infirmière. Le retentissement au niveau de l'usager et de la famille est perceptible en termes de capacité du professionnel à apporter les informations attendues et à s'inscrire dans l'organisation dans laquelle il exerce. « *Il n'en demeure pas moins que les attentes des « patients clients » se portent de plus en plus vers le personnel de contact. Ils attendent de lui un apport de valeur en termes d'information et de communication* »³

La mise en place d'une procédure d'accueil et d'intégration comportant des évaluations formatives favoriserait-elle un développement de la qualité des soins et optimiserait elle la gestion des ressources humaines ?

Selon B GRESYK, « *...rien ne permet de mieux acquérir les connaissances et les pratiques professionnelles que le lieu de travail, à condition que cet apprentissage soit encadré, que des procédures de tutorat existent, que les exigences professionnelles soient précisées afin de pouvoir accomplir avec des risques limités une mission donnée dans un service spécifique* »⁴

Cette situation nous interroge en regard de la prépondérance des missions de l'hôpital en ce qui concerne l'accueil, l'information, la qualité des soins et le rôle attendu des soignants dans ce domaine.

1.1.3 LA PROBLEMATIQUE

On le voit, le Directeur des Soins se doit de concevoir et de mettre en œuvre une politique de soins qui prenne en compte les évolutions des droits des usagers, mais également les attentes du personnel afin d'assurer la continuité et la qualité des soins.

Cette phase exploratoire nous a amenée à poser la problématique.

L'établissement attend des nouveaux infirmiers qu'ils assurent des soins de qualité, qu'ils s'intègrent dans les équipes et dans l'institution dans des délais très brefs, mais

³ PHANUEL D., Utilisation de la chaîne relationnelle. *Gestions Hospitalières* mars 2000.

⁴ GRESYK B., et alii., Gestion des risques et encadrement des nouveaux agents. *Revue Soins Cadres*, n° 38 mai 2000.

le manque de préparation, d'organisation de l'accueil et du suivi de l'intégration rend l'adaptation au poste, à l'équipe, voire à l'institution difficile et peut être source, de démotivation et de non qualité.

Comment faire pour que l'accueil des jeunes professionnels infirmiers favorise leur intégration, optimise le développement de leurs compétences et leur engagement dans l'institution ?

Pour répondre à cette question nous allons essayer de comprendre comment se met en place une politique d'accueil, qui en sont les acteurs, quel est leur rôle, quelles sont les attentes des jeunes professionnels et de l'encadrement.

Nous rechercherons également auprès des Directeurs de soins et des Directeurs des ressources humaines s'il existe une plus-value institutionnelle dans la mise en œuvre d'une procédure d'accueil et de d'intégration.

Pour cela nous avons exploré la littérature existante et écouté lors d'entretiens ce que nous disent les «accueillis et les accueillants » des différentes pratiques de l'accueil et de l'intégration dans deux Etablissements Publics de Santé.

Ces observations nous amènent à formuler les hypothèses suivantes :

- **L'accueil des jeunes professionnels résultant d'une organisation institutionnelle et d'un projet social ou d'un projet de soins favorise l'intégration et le développement des compétences professionnelles.**
- **L'accueil institutionnel est le résultat d'un management qui développe l'information, la communication, le professionnalisme et représente une plus-value institutionnelle.**
- **Une démarche projet qui mobilise l'ensemble des acteurs de l'accueil sur la base de valeurs communes et de concepts partagés participe à l'amélioration de la qualité.**

1.2 LE CADRE THEORIQUE

Après avoir situé le contexte de l'accueil et d'intégration des jeunes professionnels nous développerons le cadre législatif sur lequel nous appuyons notre thématique, puis le cadre conceptuel de l'accueil, l'intégration et l'évaluation.

1.2.1 LE CADRE LEGISLATIF

1.2.1.1 L'accréditation

Les ordonnances n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière et le décret n° 97-311 du 7 avril 1997 marquent la volonté de l'Etat de légiférer dans le domaine de l'évaluation de la qualité et de contraindre les établissements à s'engager dans des démarches qualité débouchant sur l'accréditation qu'elles définissent comme « *une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé effectué par des professionnels, indépendante de l'établissement et des organisations de tutelle* ».

Elle a pour champ d'intérêt l'ensemble du fonctionnement et des pratiques de l'établissement et pour objectif de s'assurer que les conditions de sécurité, de qualité des soins et de prise en charge optimale du patient sont bien réunies.

Il est ainsi stipulé :

« *...les établissements de santé, publics ou privés, développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin d'en garantir l'efficacité et l'efficience ...* »

L'article L 710-5 précise : « *afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation....* ».

Cette évaluation est réalisée par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé à la demande du Chef d'Etablissement, sur la base des référentiels rédigés avec les professionnels.

L'accréditation vise le développement d'un processus d'amélioration continue de la qualité qui se fonde sur plusieurs éléments :

- assurer la sécurité optimale, par la réduction des risques et l'accroissement du niveau de vigilance des personnels dans leur pratique quotidienne, les objectifs étant de les protéger, de protéger l'établissement et aussi et surtout de protéger les patients.
- La montée du consumérisme, l'insatisfaction croissante des patients et le développement des actions en contentieux.
- Des raisons financières, car la non qualité a un coût, tandis que le développement de la qualité permettra de réduire les dépenses de santé
- Des raisons de positionnement stratégique de l'établissement face à la concurrence.

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 et mettre en œuvre les moyens matériels, humains et organisationnel favorisant la réalisation des soins dans les meilleures conditions avec la mise en place dans les services de ressources humaines et matérielles adaptées à l'activité permettant de réaliser le soin dans le strict respect des procédures validées, garantissant l'efficacité et la sécurité.

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, de normes et référentiels, efficacité puis efficience que la qualité hospitalière se dessine.

1.2.1.2 Les références

Les références concernées par notre thème de recherche se situent au niveau du patient dans le volet qualité des soins, qualité de l'information, qualité et compétences des professionnels notamment lors de l'accueil et l'intégration des nouveaux agents dans la structure hospitalière.

Le patient et sa prise en charge : droit et information du patient, dossier du patient, organisation de la prise en charge.

Management et gestion au service du patient : management de l'établissement et des secteurs d'activité, gestion des ressources humaines, gestion des fonctions logistiques,

gestion du système d'information. Les références 6 et 11 de la gestion des ressources humaines précisent :

« Des procédures d'accueil et d'intégration des professionnels et des stagiaires sont en place ».⁵

GRH.6.a « La mission, le plan stratégique, les secteurs d'activité, l'organisation, le fonctionnement et la gestion de l'information de l'établissement sont présentés à tout professionnels ou stagiaire ».

GRH.6.b. « Dans chaque secteur d'activité, une information d'adaptation au poste est fournie à tout professionnel ou stagiaire, concernant les exigences en matière de sécurité, le contrôle et la présentation du risque infectieux et les stratégies d'amélioration de la qualité des soins en place » .

GRH. Référence 11

« Des processus sont en place afin d'examiner et d'améliorer la qualité et la gestion des ressources humaines »

GRH. 11a « Des enquêtes de satisfaction du personnel sont menées »

GRH.11b « La politique de gestion des ressources humaines est évaluée sur la base d'indicateurs suivis à périodicité définie ».

GRH 11.c. « Des mesures sont mises en œuvre afin d'améliorer les processus en place ».

Le projet d'établissement dans sa composante sociale souligne l'engagement de la direction en matière d'accueil.

« Comme lors de toute démarche d'amélioration de la qualité, l'engagement de la direction est indispensable. La direction impulse, en collaboration avec les différentes instances, la politique d'accueil de l'établissement, définit les moyens et les conditions de sa mise en œuvre, s'assure de son application et évalue ses effets »⁶.

⁵ ANAES manuel d'accréditation

⁶ PHANUEL D., Utilisation de la chaîne relationnelle, *Gestions Hospitalières*, mars 2000.

1.2.1.3 Lois et décrets

Droits des patients

- Loi n° 2002-303 du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière précise dans son article 4 :

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

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

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

- . Décret n° 2002-194 du 11 Février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

Ce décret leur confère une place primordiale au regard des soins dont la qualité correspond pour les soignants à une exigence d'aptitudes professionnelles.

1.2.2 LE CADRE CONCEPTUEL

1.2.2.1 Evolution de l'accueil à l'hôpital

C'est à travers l'histoire de l'hôpital que l'on observe le mieux l'évolution du concept d'accueil : le monde change, la science progresse, le concept évolue. L'hôpital, depuis sa fondation a traversé 3 grandes périodes :

- l'accueil charité du Vème siècle au début du XXème siècle
- l'accueil oublié derrière l'apparition de la technologie de 1940 à 1980
- la ré-émergence de l'accueil avec le renforcement des droits du malade.

L'évolution intervenue chez le patient devenu client, consommateur de prestations a amené les établissements de santé à porter leur efforts sur la qualité de vie, sur les conditions de

prises en charge et l'information des malades et non plus sur les seuls équipements technologiques.

*« Mais l'accueil n'est plus aujourd'hui limité aux malades et à leurs familles. L'institution hôpital, pour préserver son niveau de développement et de compétence, doit également réfléchir à l'accueil de ses personnels, à leur intégration dans les rouages parfois complexes de l'établissement (...) C'est pourquoi, il convient de rappeler que **l'accueil constitue une des valeurs fondamentales de la gestion des ressources humaines** »⁷*

Une étude réalisée à la demande de la Direction des Aéroports de Paris portant sur l'évaluation de la satisfaction de l'accueil des usagers a révélé que l'insatisfaction des clients en matière d'accueil pouvait être mise en parallèle avec l'insuffisance d'accueil et de considération portée au personnel. *« La compréhension de cette conduite miroir nous a permis d'agir avec davantage d'efficacité sur la question de l'accueil »⁸*

Tout préalable à un bon accueil du malade passe impérativement par un bon accueil du personnel.

1.2.2.2 Définition de l'accueil

Aborder le sujet de l'accueil, c'est tout d'abord chercher à définir celui-ci comme objet d'une action et résultante de celle-ci.

L'accueil est un mot polysémique, cette seule approche ne nous permet pas d'objectiver ce concept pour agir sur lui. Si l'on fait de l'accueil le résultat du management, il faut instrumenter ce concept afin de le rendre opérationnel. Nous est ainsi apparue la nécessité, à partir de nos pratiques mais aussi de nos lectures, d'appréhender l'organisation comme interface entre la perception de l'accueil par le jeune professionnel et l'équipe soignante et les soignants eux-mêmes quitte à mettre en évidence des dysfonctionnements dans l'organisation. L'organisation devient alors la condition nécessaire mais pas suffisante pour que le soignant puisse s'investir dans le sens souhaité ou attendu.

Comme le dit P. VALÉRY (1920)

« L'organisation, la chose organisée, le produit de cette organisation et l'organisant sont inséparables »

⁷ MARTIN D., Accueil, Insertion pour quoi faire ? *Gestions Hospitalières*, mai 1995

⁸ WEIL E., L'accueil, Psychologue psychanalyste, *Informations Hospitalières*, 1995

S'interroger sur l'organisation, c'est essayer d'élaborer un mode de raisonnement permettant d'analyser et de comprendre la nature et les difficultés de l'action collective.

Qu'est-ce qu'accueillir ?

Pour le Petit Larousse, l'accueil c'est :

- la réception que l'on fait à quelqu'un, accueil chaleureux, accueil glacial,
- le lieu où l'on accueille les visiteurs dans une entreprise

Ces définitions indiquent toute l'ambiguïté du mot accueil envisagé à la fois comme objet, lieu et mode d'être.

Pour Rosette POLETTI accueillir est « *un acte ou une attitude capitale qui permet à celui qui vient, d'entrer en contact avec celui qui est déjà là* ».

Pour le Littré, « *l'accueil est la réception que l'on fait à quelqu'un. Tout l'accueil qu'il lui fit, ce fut de lui tendre la main* ».

Walter HESBEEN définit ainsi l'accueil de l'étudiant :

« Etre accueilli c'est être attendu en vue de réaliser quelque chose, bénéficier d'un sourire, capter de la chaleur, bénéficier d'une démarche personnalisée dans laquelle le nom des personnes accueillies est utilisé, être présenté aux autres membres de l'équipe, percevoir de la disponibilité en termes de moment, de lieu, de personnes (..), être aidé pour découvrir et apprendre à connaître l'environnement notamment en termes de locaux, d'organisation, de fonction des autres services (...), être aidé pour identifier sa place dans le groupe et percevoir que chacun connaît cette place, son étendue et ses limites, avoir recours à une personne référente, avoir l'occasion d'exprimer ses attentes, ainsi que ses éventuelles craintes ou difficultés, prendre conscience des attentes du service, de ses limites de ses exigences fortes »⁹

1.2.2.3 L'accueil, un concept

A l'hôpital, le concept d'accueil peut se décomposer selon trois dimensions :

- organisationnelle
- matérielle
- comportementale

⁹ HESBEEN W., BONNET H., *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin dans une perspective soignante*. PARIS : Inter Editions, Masson, 1997. (195 p.)

La dimension **organisationnelle** de l'accueil sous-entend la prise en charge du jeune professionnel dans la dimension personnelle, professionnelle et administrative. On peut décrire l'accueil comme un processus.

La dimension **matérielle** se situe autour de la réception que l'on réserve à la personne tant sur le plan des équipements, de l'hôtellerie que de l'environnement au travail.

La dimension **comportementale** est la réponse que nous apportons à chacune des attentes, des demandes de la personne et le climat dans lequel nous communiquons. La condition première d'une bonne ambiance est la satisfaction du besoin, chez l'individu ou le groupe, de participer à la réalisation d'un objectif collectif.

Afin de pouvoir évaluer la dimension organisationnelle du processus d'accueil, il nous faut préciser ses composantes :

- l'anticipation pour avoir une vue de l'avenir qui se caractérise par la définition d'un plan d'action ou l'élaboration d'un projet qui va indiquer le cadre pour les actions à entreprendre. Il s'agit de communiquer clairement sur ce que l'on veut faire et de créer les conditions pour le faire.
- l'action : mieux accueillir pour favoriser l'intégration du jeune professionnel dans l'œuvre collective qu'est l'activité de soins, l'équipe et l'établissement.

La connaissance du système va nous permettre d'agir sur lui en tenant compte :

- des connaissances et des compétences des équipes, d'où le rôle important du management qui devra faire en sorte que chacun trouve sa place dans l'institution, que chacun puisse exprimer ses potentiels et développer ses compétences,
- de l'organisation du travail : lorsque le professionnel arrive dans l'équipe, il doit se sentir attendu, ses fonctions et celles des autres membres de l'équipe doivent être définies ainsi que les modalités d'évaluation des pratiques.
- de l'information nécessaire à la connaissance de l'organisation du service, à la communication et à la coordination avec l'ensemble des intervenants autour de la prise en charge du patient.

Mieux accueillir suppose la prise en compte de l'interaction permanente de ces trois dimensions (organisationnelle, matérielle et humaine) qui composent l'accueil.

1.2.2.4 L'accueil des jeunes professionnels infirmiers

Notre recherche porte sur les jeunes professionnels infirmiers, il est intéressant de s'interroger sur le contexte spécifique lié à la sortie du système de formation et à l'entrée dans la vie professionnelle.

En effet le passage du statut d'étudiant à celui de professionnel présente un fort enjeu identitaire comme le décrit Claude DUBAR :

« Parmi les évènements les plus importants pour l'identité sociale, la sortie du système scolaire et la confrontation du marché du travail constituent désormais un moment essentiel de la construction d'une identité autonome (..) »

Il ajoute aussi *« Mais c'est de son issue que dépend à la fois l'identification par autrui de ses compétences, de son statut et de sa carrière possible et la construction par soi de son projet, de ses aspirations et de son identité possible (...) C'est de l'issue de cette première confrontation que vont dépendre les modalités de construction d'une identité « professionnelle » de base qui constitue non seulement une identité au travail mais aussi et surtout une projection de soi dans l'avenir, l'anticipation d'une trajectoire d'emploi et la mise en œuvre d'une logique d'apprentissage ou mieux de formation ».*¹⁰

C'est sous cet angle qu'il faut analyser le problème de l'intégration de la personne dans et par le travail : quelles sont les conditions qui pour chacun vont permettre le passage des « savoirs » aux « savoir-agir » et « savoir-être » ?

S'interroger sur le processus d'intégration nous conduit dans un premier temps à définir l'intégration, puis à décliner le processus en trois étapes, l'intégration des compétences, l'intégration dans l'équipe, l'intégration dans l'établissement.

1.2.2.5 L'intégration

Pour définir l'intégration nous nous référons au lexique des sciences sociales, selon Madeleine GRAWITZ l'intégration peut être appréhendé sous plusieurs angles de lecture :

¹⁰ DUBAR C., *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*, Paris : Armand Colin 1998. (276p.)

L'approche sociologique garde une certaine ambiguïté : « *partie ou groupe s'insérant dans un tout (collectivité sociale plus vaste), mais à des degrés divers et de façon différente suivant les domaines* ». ¹¹

L'approche psychosociologique nous semble plus précise par rapport au champ étudié « *à l'intérieur d'un groupe, l'intégration s'exprime par l'ensemble des interactions entre les membres, provoque un sentiment d'identification au groupe et à ses valeurs. La difficulté consiste à concilier ces intégrations, chaque citoyen pouvant appartenir à plusieurs groupes. Ici encore, c'est le degré de cohésion de l'ensemble qu'il s'agit de mesurer.* » ¹²

Le jeune professionnel reçoit de l'environnement un certain nombre de modèles, de stimulations auxquels il réagit avec sa personnalité, il se structure à la fois par identification au groupe mais aussi par opposition aux membres du groupe.

L'accueil et l'intégration sont donc des enjeux essentiels pour les agents en termes de bien-être personnel et professionnel, de motivation et d'implication dans le travail.

1.2.2.6 L'intégration des compétences

La compétence est un processus dynamique continu « *Elle n'est pas un état ou une connaissance possédée. Elle n'est pas assimilable à un acquis de formation. C'est un processus à valeur ajoutée (...) Elle est finalisée et contextualisée. C'est un savoir agir en situation* ». ¹³

Les soins infirmiers nécessitent un « *ensemble de connaissances, de compétences et de techniques relatives à la conception et à la mise en œuvre d'actes infirmiers. Ils ont pour but de répondre aux besoins de santé d'une personne et /ou d'une collectivité et font l'objet de la discipline enseignée au personnel infirmier.* ¹⁴ »

Les caractéristiques de processus de soins concernent l'ensemble des interventions infirmières auprès de la personne soignée et /ou de ses proches. Il s'agit du diagnostic, de l'analyse et des actions relevant de la compétence et de la responsabilité infirmière

¹¹ GRAWITZ M., *Lexique des sciences sociales*. Dalloz, 1994, p. 225.

¹² GRAWITZ M., *ibidem*

¹³ Le BOTERF G., *De la compétence à la Navigation*. Les Editions d'Organisation, Paris.1998, p.25 (208p).

¹⁴ MAGNON R. , G. DECHANOZ, *Dictionnaire des soins infirmiers*, AMIEC, p.193.

Selon LE BOTERF, « *La compétence est une combinaison de ressources : savoirs, savoir-faire, aptitudes et expériences* »¹⁵.

Une autre définition est proposée par Guy GILBERT et Monique PARLIER «*La compétence est l'ensemble des connaissances, des capacités d'actions et de comportements structurés en fonction d'un but, dans une situation donnée* »¹⁶

1.2.2.7 Des besoins à identifier

La conception du courant humaniste, qui enseigne notamment à redonner à la personne toute sa place dans l'organisation, préconise que le bien-être au travail des individus est favorable à l'efficacité de l'entreprise ; aussi nous paraît-il important de nous questionner sur les attentes et les besoins de ces professionnels lors de leur arrivée dans le monde du travail.

Le modèle d'Abraham MASLOW peut être utilisé de façon intégrative en se plaçant au niveau du management individuel. La théorie des besoins qu'il développe nous permet de comprendre les possibilités d'engagement de l'individu selon un processus partant des besoins primaires et des besoins de sécurité pour évoluer vers des besoins sociaux et notamment d'appartenance à un groupe, puis la possibilité d'accéder à l'autonomie et à la réalisation de soi dans une dynamique de pouvoir et de délégation dont les fondements sont la motivation.

Selon Robert BOSQUET « *Ce sont ces besoins qui vont créer l'épanouissement personnel et pousser vers la recherche de l'efficacité personnelle (responsabilité, autonomie, perfectionnement et progression)* »¹⁷ et il ajoute « *C'est peut-être dans ce sens que le développement de la personne est le plus important, il met l'accent sur la relation fondamentale qui existe entre le développement des hommes et l'efficacité des entreprises* »¹⁸.

La motivation et le développement des compétences représente un réel enjeu pour l'hôpital en termes de management et de gestion de ses ressources humaines

¹⁵ LE BOTERF G., op cit.p. 27

¹⁶ GILBERT G., PARLIER M., La Gestion des Compétences, *Personnel*, Paris 1989, n° 330, p. 42

¹⁷ BOSQUET R., *Fondement de la performance humaine dans l'entreprise*, Paris, Les Editions d'Organisation, 1989.

¹⁸ BOSQUET R., ibidem

1.2.2.8 L'intégration dans l'équipe

L'intégration dans l'équipe constitue une étape importante car l'identité de l'individu est en partie construite par son groupe d'appartenance. Selon SAINSAULIEU l'espace de reconnaissance des identités est inséparable des espaces de légitimation des savoirs et compétences associés aux identités.

Les attitudes, l'ambiance, le climat qui règne dans l'équipe vont avoir une incidence sur la qualité relationnelle, la capacité du jeune à être en confiance et à s'exprimer sur le plan professionnel car selon SEYRIEX, « *le développement de la personne dépend essentiellement de la capacité d'échange avec le milieu, du volume des échanges, mais aussi de la qualité et de la cohérence de ces échanges entre la personnalité et les différents milieux* ». ¹⁹

Tout changement de collaborateur génère de l'incertitude au sein de l'équipe, le jeune professionnel apporte une vision et des logiques différentes qu'il faut prendre en considération, ce regard neuf peut interpeller les modes d'organisation en place.

Pour PARSONS (1966) dans une théorie de la socialisation élaborée avec BALES (1955) la socialisation repose sur une conception fonctionnelle du système social structuré autour de quatre impératifs :

- « *la fonction de stabilité normative signifie que le système social doit assurer le maintien et la stabilité **des valeurs et des normes** et faire en sorte que celles-ci soient **connues des acteurs et intériorisées** par eux* ». Elle assure le lien entre les valeurs culturelles et les normes régulant l'action.
- « *la fonction d'intégration signifie que le système social doit assurer la **coordination** nécessaires **entre les acteurs**, membres du système* ».
- « *la fonction de « **poursuite des buts** » signifie que le système social doit permettre la définition et la mise en œuvre des objectifs de l'action* ».
- « *la fonction d'adaptation doit assurer l'adéquation des moyens aux buts poursuivis et donc une adaptation efficace au milieu environnant* ». ²⁰

L'intégration assure la cohésion interne du système social dans le respect des normes et une recherche d'efficacité.

¹⁹ H. SEYRIEX, *Zéro mépris*, Paris, Inter Editions.

²⁰ DUBAR C., *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*, Paris : Editions Armand Colin, 1998. (208p).

Selon Philippe d'IRIBARNE, « *le besoin d'intégrer des actions individuelles dans une marche collective est un impératif universel de gestion (...) il faut coordonner, mais sans étouffer pour autant, sans casser l'enthousiasme de chacun, ses désirs d'aller de l'avant, d'innover, de créer, sans le "démotiver".*²¹ »

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

Gérer l'hôpital demande de faire coopérer des hommes et des femmes à une œuvre commune, dans un champ de contraintes, internes et externes très divers. Mais chacune de ces personnes a sa vie propre, ses propres désirs, ses objectifs, sa stratégie, qu'aucune magie ne met spontanément en harmonie avec la capacité de l'ensemble à travailler efficacement.

La manière dont l'action collective est à la fois pensée et mise en pratique requiert un ensemble de représentations partagées par les membres d'une organisation qui leur permet d'échanger et de communiquer.

Cette communication doit pouvoir suffisamment entrer en résonance avec le système de valeurs de chacun des acteurs pour que ceux-ci souhaitent et puissent agir pour organiser leurs pratiques collectives et ce, en conformité avec les buts et la dynamique de l'organisation.

L'intégration du personnel passe par la communication afin de lui permettre de s'inscrire dans un système de valeurs, de projets, de donner du sens et construire des finalités partagées. « *Les hommes et les femmes de l'entreprise doivent être associés au maximum à cet effort prospectif, car ce qui importe dans l'univers complexe de l'entreprise, c'est que chacun soit porteur du tout, à l'image d'un hologramme.* »²²

1.2.2.9 L'évaluation

Selon M. GRAWITZ « *l'évaluation est une démarche qui vise à mesurer les résultats d'une action* »²³

²¹ D'IRIBARNE P., *La logique de l'honneur: gestion des entreprises et traditions nationales*. Paris : Editions du Seuil, 1989 (283p.)

²² GENELOT D., *Manager dans la complexité*, Paris :INSEP Editions, 1992

²³ GRAWITZ M., *Lexique des Sciences Sociales* , Paris : Dalloz, 1994 p.158

L'étymologie du mot évaluer signifie « *porter un jugement sur la valeur de* » selon le Petit Robert, ou « *déterminer la valeur* » dans le Petit Larousse.

Il s'agit d'un ensemble d'activités qui vont de la relation entre plusieurs individus, à l'observation, à la détermination de normes, à la recherche de critères, à un exercice de comparaison, à une mesure de la valeur de l'action.

1.2.2.10 Le concept d'évaluation





Comme l'indique Charles HADJI, « *L'évaluation se déploie dans l'espace ouvert entre doute et certitude par la volonté d'exercer une influence sur le cours des choses, de « gérer » des systèmes en évolution, l'homme constituant le premier de ces systèmes. Elle est l'outil de l'ambition proprement humaine de « peser » le présent pour « peser » sur l'avenir* ». ²⁴

1.2.2.11 L'évaluation formative

Nous nous intéresserons plus particulièrement à l'évaluation formative des jeunes professionnels.

Selon Philippe MEIRIEU, « *Pour être formative une évaluation doit permettre à la fois un renforcement, une correction et une régulation. C'est pourquoi nous la situons très précisément à l'articulation entre le diagnostic sur les procédures de travail et le diagnostic sur les acquisitions effectuées ; elle représente cette opération qui met en relation la méthode et le résultat, fournit des indications sur l'efficacité de la première par rapport au second, permet de prendre conscience de l'inadaptation éventuelle de la démarche utilisée* » ²⁵

L'évaluation formative permet de :

-  sécuriser, c'est-à-dire d'avoir une plus grande confiance en soi.
-  d'être assisté, elle fournit des repères.
-  d'être informé sur les compétences attendues et les étapes d'acquisition.
-  dialoguer avec l'évaluateur.

²⁴ HADJI C., *L'évaluation règles du jeu*, Paris : ESF Editeur, 1995, p.16 (190p.)

²⁵ MEIRIEU P., *L'évaluation en questions*, Collection Pédagogies, Paris : E.S.F. Editeur, p. 149

↳ renforcer un comportement positif face à l'objectif.

↳ connaître ses points forts et corriger ses points faibles.

Appliquer la philosophie de l'évaluation formative à l'évaluation des jeunes professionnels infirmiers c'est leur permettre d'évoluer, de mobiliser leurs compétences. Mais pour mettre en place une démarche d'évaluation formative, il faut posséder un modèle de la progression cognitive et un tableau de correspondance des performances et des compétences attendues.

CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE

Au termes de cette recherche conceptuelle, nous avons des éléments théoriques qui vont nous permettre de comprendre, d'étayer et d'analyser les pratiques de l'accueil et de l'intégration et d'appréhender la plus-value institutionnelle.

2 - DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE

2.1 LA DEMARCHE DE RECHERCHE

L'objectif est de répondre à notre questionnement sur les enjeux des pratiques de l'accueil et de l'intégration des jeunes professionnels, d'identifier la plus-value institutionnelle à « soigner » l'accueil du personnel.

Nous ne souhaitons pas évaluer les pratiques décrites par les individus mais les comprendre en considérant que tous les phénomènes observés ont un sens et correspondent à une rationalité à partir du moment où ils existent.

Les concepts composant le modèle d'analyse, les hypothèses et les critères du référentiel GRH du manuel d'accréditation serviront de grille de lecture de la réalité observée.

2.2 LE CHAMP DE L'OBSERVATION

Cette observation s'est déroulée de février à mai 2002. Elle a concerné deux établissements publics de santé, un centre hospitalier universitaire et un centre hospitalier.

Cela nous a donc conduit à écouter lors d'entretiens ce que disent les « accueillis » et les « accueillants » des différentes pratiques et vécus de l'accueil et de l'intégration dans ces deux établissements.

Ces interviews nous permettent de constater que l'accueil et l'intégration s'inscrivent pour le premier établissement dans une volonté et une procédure formalisée dans le projet social, la démarche a été pilotée par le Directeur des soins et est suivie d'évaluation.

Dans le deuxième établissement, il n'existe pas de procédure d'accueil, la préparation de l'établissement à la démarche d'accréditation a été un élément déclenchant et le projet social 2002-2007 comporte un objectif de développement d'un projet d'accueil et d'intégration du personnel.

Il nous a paru intéressant de rencontrer des individus bénéficiant d'un dispositif d'accueil et d'autres n'en ayant pas bénéficié alors qu'ils sont dans la même situation et de mesurer en quelque sorte l'impact d'une politique d'accueil sur l'intégration et au-delà le développement professionnel du nouvel agent.

Nous dégageons la valeur et les limites des pratiques observées afin de déterminer les meilleurs modalités possibles.

Nous avons retenu pour nos entretiens des infirmières ayant moins d'une année d'ancienneté dans leur métier.

Nous avons recherché auprès des Directeurs de Soins et des Directeurs des Ressources Humaines de trois Centres Hospitaliers Universitaires, quelle est la plus-value institutionnelle d'une procédure déclinant l'organisation de l'accueil et de l'intégration.

Nous avons réalisé vingt-cinq entretiens :

- trois auprès de Directeurs de soins
- trois auprès de Directeurs des Ressources Humaines
- cinq auprès de Cadres Infirmiers Supérieurs
- six auprès de Cadre de Santé
- huit auprès d'infirmières jeunes diplômées dont 2 infirmières de bloc opératoire, 2 infirmières de réanimation adultes, 1 infirmière en réanimation néonatale, 1 infirmière en chirurgie Urologique, 1 infirmière en médecine et 1 infirmière en gérontologie.

Il nous paraît nécessaire de rencontrer les jeunes professionnels, mais également de pouvoir confronter les besoins, les demandes à ce que propose l'encadrement (cadre de santé et cadre infirmier supérieur) en termes d'objectifs et de moyens.

2.3 LES OUTILS

L'entretien semi-directif a été retenu comme méthode d'investigation car il permet de collecter de manière vivante les différentes situations professionnelles. Nous avons élaboré un guide d'entretien et nous nous sommes intéressée aux projets ou documents utilisés dans le service de soins lors de l'accueil.

Les objectifs de la grille d'entretien des infirmières sont les suivants :

- ◆ Décliner les éléments du processus de l'accueil c'est-à-dire relever ce qui crée les conditions favorables à une intégration.
- ◆ Repérer ce qui constitue les événements d'intégration de l'individu dans le groupe, les difficultés et les besoins d'accompagnement (annexe 1).

◆ **Les objectifs de la grille d'entretien des cadres infirmiers supérieurs et des cadres de santé sont les suivants :**

- connaître l'organisation de l'accueil dans leur secteur ou leur service.
- repérer les objectifs et les moyens en place pour favoriser l'accueil et l'intégration, les difficultés rencontrées et les besoins d'accompagnement (annexe 2).

Les objectifs de la grille d'entretien destinée aux Directeurs des Soins et aux Directeurs des Ressources Humaines sont les suivants :

- relever ce qui constitue l'organisation de l'accueil dans sa dimension institutionnelle
- poser la question de savoir en quoi une procédure d'accueil et d'intégration représente une plus-value.(annexe 3)

2.4 L'ENTRETIEN

Le première étape étant celle des autorisations nécessaires à pouvoir réaliser les entretiens, elles ont été demandées auprès du Directeur et du Directeur des Soins. Le Directeur des Soins a informé les Infirmières Générales qui m'ont orientée vers les cadres supérieurs afin de planifier les entretiens.

J'ai tenu à ce que les entretiens se passent dans un endroit calme, favorable à l'expression et respectant les règles de confidentialité.

Avant chaque entretien, je précise le cadre de la recherche, j'indique la durée approximative de l'entretien, environ 30 minutes, je vérifie leur accord.

Pour faciliter l'écoute et le traitement de l'information nous avons enregistré les entretiens tout en garantissant l'anonymat.

Nous ne dévoilerons donc pas les établissements dans lesquels les entretiens ont été conduits, pour des raisons de commodité de l'analyse nous leur attribuerons un ordre alphabétique (A, B).

2.5 LES LIMITES DE L'ENQUETE

Il nous paraît important de situer les limites de cette recherche :

- les entretiens n'ont pas été réalisés à partir d'un échantillon représentatif des populations concernées, l'objectif visé étant une démarche qualitative.

- La population enquêtée est restreinte et ne permet pas de généraliser les résultats.

Bien que l'entretien soit considéré comme l'outil qualitatif majeur pour le repérage des représentations, son utilisation pose plusieurs questions.

C'est avant tout une technique qui repose sur la production d'un discours : activité complexe rendant l'analyse difficile.

D'autre part la situation d'entretien favorise l'utilisation par le sujet interviewé de mécanismes psychologiques, cognitifs et sociaux qui rendent problématique la fiabilité et la validité des résultats (rationalisation, contrôle, obligation de cohérence, filtrage). L'interviewer n'est pas neutre dans l'analyse des résultats.

Ces limites posées ne remettent pas en cause l'utilisation de l'entretien qui permet d'avoir accès au contenu d'une représentation et aux attitudes développées par l'individu.

Il eût certes été intéressant de faire une enquête plus exhaustive comportant une mesure quantitative des faits observés, mais le temps imparti pour réaliser ce travail et les exigences du processus de formation ne nous permettaient pas une telle étude.

Ce travail a cependant été l'occasion d'approfondir nos connaissances et de concevoir un dispositif opérationnel d'accueil et d'intégration transférable dans l'exercice de nos futures fonctions.

3 - TROISIEME PARTIE : RESULTATS ET ANALYSE DES DOCUMENTS ET DES ENTRETIENS

3.1 ANALYSE DE L'ETABLISSEMENT A

3.1.1 Le projet social

L'établissement (A) présente dans son projet social de 1997 et en 2002 un axe visant l'amélioration de l'accueil et l'intégration du personnel intitulé « Mieux accueillir et dialoguer avec les personnels ».

Une première procédure d'accueil dont l'antériorité remonte à 1986 fut l'occasion d'éditer un guide d'accueil et d'organiser une journée d'accueil obligatoire.

3.1.2 La procédure institutionnelle

Les responsables de l'organisation de l'accueil sont nommés et la procédure d'accueil institutionnelle est définie ce qui offre l'opportunité à chaque agent nouvellement recruté de bénéficier de **deux journées d'accueil dans les trois mois qui suivent leur entrée dans l'établissement.**

L'intégration du nouvel agent fait l'objet **d'un protocole** définissant les rôle et fonction du cadre et du personnel dans l'accueil et l'intégration

Le Directeur des soins a piloté le projet au niveau institutionnel, à ce jour le relais est assuré par un C.I.S., chef de projet qui assure le suivi, l'évaluation et les réajustements en collaboration étroite avec le D.R.H. et le D.S..

3.1.3 La procédure de recrutement

Le recrutement est centralisé afin de simplifier et d'optimiser les démarches, un service unique a été créé pour l'ensemble des sites concernés. Au sein de cette cellule 2 personnes assurent les recrutements :

- un cadre infirmier supérieur pour le personnel soignant
- un adjoint des cadres hospitaliers, pour les personnels administratifs, médico-techniques, techniques et A.S.H.

- A la demande du D.R.H. et du D.S., le C.I.S. reçoit l'agent en entretien, il s'informe sur les expériences antérieures, les souhaits, demande les attestations et les diplômes obtenus afin de les transmettre au dossier, fait des propositions de postes vacants sur la base de profil de poste, dans la mesure du possible et vu la rareté des candidatures, il tient compte des souhaits de l'agent. Il transmet ses propositions et la synthèse de l'entretien à l'aide d'une fiche de liaison aux D.R.H. et D.S..

3.1.4 Le dossier d'accueil

Il est remis à l'agent lors du recrutement et se compose :

- d'un plan des différents sites de l'établissement
- d'une explication sur l'organisation des différents secteurs d'activité
- du statut, des droits et devoirs du fonctionnaire
- des textes en vigueur concernant le secret professionnel et l'information nominative
- des recommandations de prévention (incendie, A.E.S.. lombalgies).
- les informations sur le centre de documentation et sur la vie sociale, mutuelle, C.G.O.S.,
- les horaires d'ouverture du restaurant du personnel.

Le dossier indique bien sûr les dates de convocation aux journées d'accueil.

Un rendez-vous est pris avec le cadre infirmier supérieur du secteur.

3.1.5 Les journées d'accueil

Les informations données lors de ces journées concernent :

- ↳ l'établissement : l'historique, les activités et les projets réalisés, les perspectives et les évolutions,
- ↳ la communication et la vie sociale de l'établissement,
- ↳ la prévention des risques (hygiène hospitalière, lutte contre les infections nosocomiales, prévention des A.E.S, prévention des lombalgies, sécurité incendie),
- ↳ le statut du personnel
- ↳ le secret professionnel, la confidentialité.

3.1.6 Le protocole d'intégration

Un guide « **un nouvel agent dans le service nous sommes tous concernés** » a été réalisé. Il décrit les différentes étapes de l'intégration, le rôle des cadres, des référents, des équipes et des nouveaux agents.

La satisfaction des nouveaux agents concernant l'intégration dans l'équipe fait l'objet d'une auto-évaluation adressée au Directeur des Soins, elle peut être anonyme.

Les journées d'accueil sont évaluées.

3.1.7 Les entretiens avec les cadres infirmiers supérieurs et les cadres de santé

Ces entretiens permettent d'appréhender la déclinaison de la politique d'accueil et d'intégration institutionnelle dans les services de soins.

3.1.7.1 Place, leur rôle et engagement des C.I.S. et C.S. dans le processus.

Les entretiens réalisés auprès des cadres infirmiers supérieurs et des cadres de santé nous ont permis de préciser leur place, leur rôle et leur engagement dans le processus.

L'impulsion du développement du projet d'accueil a été donnée par le Directeur des soins, chef de projet du volet social concernant l'accueil et l'intégration des nouveaux agents.

Sur les secteurs étudiés, le projet d'accueil et d'intégration des nouveaux agents a été initié par le C.I.S., il est le résultat d'un travail d'équipe dont les cadres de santé et les infirmières expérimentées ont été la cheville ouvrière.

Un C.I.S. précise que les documents et l'organisation de l'encadrement sont mis à jour tous les deux ans par les référents, les C.S. et le C.I.S..

3.1.7.2 Les pratiques de l'accueil et de l'intégration

↳ l'accueil est réalisé par le C.I.S. pour le versant présentation générale du secteur, de l'organisation (organigramme, activités, références éthiques de l'équipe, référentiel d'activités, livret d'accueil spécifique). Le C.I.S. fait visiter les services, explique les différents circuits (matériel, linge, déchets) et présente les consignes de sécurité. Elle décrit les missions des personnels de soins, du technicien de maintenance pour les secteurs spécifiques (réanimation, rein artificiel)..

- ↳ Le cadre de santé du service et l'infirmière référente prennent le relais et présentent le dossier du patient, les différents documents utilisés dans l'unité, répondent aux questions des agents et leur expliquent l'organisation d'une journée de travail.

3.1.7.3 Le livret d'encadrement

Il précise le déroulement de la formation prévue sur 30 jours (dont deux journées de formation).

- ↳ l'organisation du travail sur la base d'une journée type,
- ↳ les attendus en matière d'acquisition des compétences, des grilles d'évaluation des acquis (soins directs, indirects et informatique)
- ↳ le rythme des bilans est variable selon les secteurs d'activité : bilan à 3 jours, 5 jours avec le cadre infirmier, bilan à 10 jours avec l'infirmière référente et le cadre de santé, rédaction d'une synthèse de l'évaluation, proche de l'évaluation institutionnelle.
- ↳ A partir de J 11, prise en charge d'un patient, doublée par une infirmière référente, J 30, évaluation de l'agent par le cadre infirmier et l'infirmière référente. Cette évaluation est transmise à la D.R.H. en vue d'une prolongation du contrat. A partir de ce bilan, le cadre et le nouvel agent fixent les objectifs de développement des compétences pour trois mois.

Ce document permet la traçabilité du processus d'encadrement et d'acquisition des compétences. Il est en place dans les trois secteurs que nous avons enquêtés, ce ne sont pas des standards mais des documents construits en équipe et adaptés à la spécificité des soins par secteur d'activité.

Un secteur nous a présenté une charte de l'encadré et de l'encadrant, c'est dans ces unités que les soignants et les médecins ont défini le cadre éthique de leurs pratiques.

La personne référente, dans les trois secteurs, est volontaire.

3.1.7.4 Les limites

« L'investissement est lourd pour le cadre infirmier, le référent et l'agent mais il est très bénéfique et le temps consacré est récupéré après ».

3.1.7.5 Les enjeux

Cette procédure permet au cadre d'avoir un regard sur la qualité de la prise en charge du malade. De bien connaître les agents accueillis et de leur accorder la confiance. Elle représente un outil d'aide à la décision de titularisation.

*« Un agent bien accueilli et bien encadré **s'adapte mieux**, on a **moins de soucis** au niveau de **la sécurité et de la qualité des soins** » « un **accueil réussi** va permettre **qu'elles se sentent bien dans l'équipe et crée des repères, savoir où chercher l'information** »
« l'encadrement et le travail en binôme permettent **une remise en question des pratiques pour les anciennes** »*

*« On **repère rapidement** s'il y a **une mauvaise orientation professionnelle** », pour le cadre
« **l'intégration dans l'équipe se fait en général au bout de 2 voire 3 mois** », « elle **dépose sa valise au bout de six mois et l'ouvre au bout d'un an** ». « Une **intégration est réussie quand les soins dispensés sont de qualité, lorsque l'agent vient travailler avec plaisir, se sent en confiance et est reconnu pour ses compétences** », « Un agent bien intégré comprend mieux les besoins du service et remplace plus volontiers »*

3.1.8 Les entretiens avec les infirmières

Ils confirment le déroulement du processus d'accueil décrit par l'encadrement, les jeunes professionnels reconnaissent dans cette démarche une volonté de professionnalisme.

3.1.8.1 L'accueil institutionnel

*« **L'accueil institutionnel de 2 jours apporte des informations administratives que l'on a du mal à avoir : titularisation, salaire, évolution de carrière** » et « **une vue globale de l'établissement** »*

Pour un infirmier, le contenu des journées était trop généraliste, il estimait qu'il s'agissait de connaissances qu'il avait déjà acquises, par contre il reconnaissait « **avoir apprécié l'historique et la visite de l'hôpital** »

3.1.8.2 L'intégration

Les entretiens confirment l'approche théorique et établissent le lien entre l'intégration dans l'équipe et l'intégration des compétences qui résulte d'une bonne communication au sein du groupe fondée sur la confiance.

« La notion d'intégration est induite par la **capacité à être reconnu compétent par les autres professionnels** », « on a le **sentiment d'être intégré** quand on nous fait **confiance**, médecins et collègues », « **une intégration réussie c'est être reconnue par ses collègues, avoir leur confiance, pouvoir s'entraider mutuellement** », « on est intégré quand on n'a plus peur de dire ses difficultés, lorsqu'il y a un **bon contact** avec l'équipe ». « il y a eu d'emblée **une bonne communication** », « l'intégration se fait plus vite avec les jeunes, il y a un **esprit d'entraide** » par contre « **s'intégrer dans un bloc opératoire est beaucoup plus dur** que dans un autre service, **certaines collègues tiennent à garder le monopole des connaissances de ce fait l'intégration est plus difficile** »
« l'IFSI ne nous forme pas pour le bloc opératoire, **elles ne prennent pas en compte notre peu d'expérience, leur jugement est dur, on craint tellement de rater cette intégration** » Elle signale une première expérience dans un bloc opératoire comme « **une expérience douloureuse, un échec qui paralyse** »

3.1.8.3 L'infirmière référente

L'infirmière référente, volontaire, est un élément d'intégration dans l'équipe, « elle nous présente à l'équipe, nous **encadre et valide nos compétences** », « elle assure une **formation intégrée** », « on a besoin d'être soutenu ».

3.1.8.4 L'évaluation

« **la grille d'évaluation des acquis permet de connaître les soins qui doivent être acquis en termes de compétences et de dextérité** » « elle nous sert de **guide** et nous permet de **savoir ce que l'on attend de nous** » « elle **fixe le cadre des apprentissages pour l'infirmière référente** »

« le C.I.S. et / ou le **C.S. nous évaluent sur la base de la feuille de suivi des activités opératoires auxquelles nous avons participé et les compétences que nous avons acquises** et celles qui sont à développer, **l'encadrement nous fixe les objectifs à atteindre dans le mois** », « **la validation des acquis est réalisée avec les professionnels qui encadrent y compris les chirurgiens du bloc opératoire** ».

Synthèse et vérification de nos hypothèses

Objectif du projet social de l'établissement, la procédure d'accueil et d'intégration mis en œuvre répond à la qualité de l'exercice professionnel face aux enjeux économiques et humains d'une part et à la qualité d'accueil et d'intégration attendues des nouveaux diplômés. La démarche implique l'ensemble des équipes et l'encadrement ce qui conduit à l'évolution des compétences collectives et à une meilleure qualité des soins.

L'autonomie laissée aux cadres pour la mise en œuvre de la démarche au sein de leur unité est source de créativité et de dynamisme, elle responsabilise et valorise les professionnels

L'évaluation de la satisfaction des nouveaux agents témoigne de son efficacité.

Conduire un tel projet relève de la mission du Directeur des Soins en termes d'optimisation des ressources humaines et de développement de la qualité des soins.

3.1.8.5 Validation des hypothèses

Cette analyse nous permet de valider nos hypothèses 1 et 3 :

- **L'accueil des jeunes professionnels résultant d'une organisation institutionnelle et d'un projet social ou d'un projet de soins favorise l'intégration et le développement des compétences professionnelles.**
- **Une démarche projet qui mobilise l'ensemble des acteurs de l'accueil sur la base de valeurs communes et de concepts partagés participe à l'amélioration de la qualité.**

3.2 ANALYSE DE L'ETABLISSEMENT B

3.2.1 Le projet social

Le projet social 2002 –2007 prévoit un axe concernant l'accueil et l'intégration des nouveaux agents, l'objectif visé est « *d'accélérer l'adaptation des nouveaux agents* ».

Cet établissement n'a ni procédure d'accueil ni démarche d'intégration formalisée au niveau institutionnel, il n'y a pas de document spécifique à l'accueil du personnel mais un dossier

administratif est remis à l'agent au moment du recrutement. Il existe cependant une tradition et un déroulement de l'accueil que nous allons décrire.

3.2.2 L'accueil

La première étape de l'accueil se situe au niveau du Directeur des soins qui s'entretient avec la personne, se renseigne sur ses expériences, il lui présente le poste vacant, explique les activités de soins du service concerné par le recrutement, si la personne correspond au profil du poste et est intéressée, une rencontre avec le cadre de santé est programmée.

3.2.3 Entretiens avec le cadre infirmier supérieur et les cadres de santé

Ces entretiens ont pour objectif de connaître l'organisation de l'accueil et de l'intégration en l'absence d'une procédure institutionnelle.

3.2.3.1 Place, rôle et engagement dans l'accueil et l'intégration.

L'accueil donne lieu à une première rencontre avec le cadre de santé, il permet à l'agent de mieux connaître les activités et la spécificité du poste. .

Le contenu des informations est donné oralement, les modalités sont variables et nous en indiquerons la fréquence :

Le nouvel agent est accueilli par le cadre dans son bureau pour un entretien, mais ce n'est pas systématique, : « *j'essaie de me rendre disponible, **l'accueil c'est important, mais ce n'est pas toujours possible*** » Dans ce cas le jeune professionnel se présente le jour de la prise de poste.

Tous les cadres leur présentent le service, l'équipe soignante, les médecins, l'organisation du travail, ainsi que le guide et le dossier de soins, les plannings, les modalités de répartition des congés annuels.

Lors des entretiens, la présentation des modalités de mobilité au sein des services sont cités une fois.

La présentation de l'hôpital, du laboratoire, de la radiologie, du service d'hospitalisation de jour a été signalé une seule fois lors des entretiens.

Des informations sont fournies sur le déroulement d'une journée de travail.

Les cadres s'informent sur le parcours et les expériences professionnelles de l'agent.

Un temps de questionnement, d'écoute des besoins et des craintes du nouvel agent est cité deux fois.

Il n'existe pas de document en lien avec l'accueil ou/et l'intégration, le livret d'accueil du patient est remis une fois au nouvel embauché.

3.2.3.2 L'infirmière référente

Pour deux agents, les cadres ont pu organiser un encadrement par une infirmière de l'équipe sur une durée de 15 jours à 3 semaines, il n'y a pas de formalisation du contenu des acquisitions ni d'évaluation écrite durant cette période.

3.2.3.3 L'accueil au niveau des services

Deux agents sur quatre arrivent dans une situation que le cadre qualifie « *d'urgence* » c'est-à-dire que le service se trouve confronté à un manque de personnel infirmier et qu'il faut le palier dans les plus bref délais.

Dans ce contexte la prise de poste s'est avéré difficile, les attentes de l'équipe envers le nouvel agent sont importantes, on lui demande d'être rapidement autonome. Le cadre relate que « **la nouvelle I.D.E. perd pied dans la réalité du travail** » et fait le constat que ces problèmes sont amplifiés par un temps d'encadrement très court « *dans le cas de situation difficile au niveau des effectifs la jeune I.D.E. est doublée de 1 à 3 jours sinon de 1 à 3 semaines* » par ailleurs, « **le renouvellement d'une grande partie de l'équipe, rend difficile l'intégration des « nouveaux ».** « **Il existe peu d'écrits sur les activités de soins, nous utilisons le guide des acquisitions destiné aux étudiants et je demande à la nouvelle I.D.E. d'apporter les documents sur lesquels elle travaillait à l'IFSI** ».

Le besoin de formation est ressenti et exprimé par le cadre « **il y a une nécessité de formation d'adaptation à l'emploi, le chef de service dispense des cours pour les nouvelles infirmières;** »

Le personnel « accueillant » étant lui-même confronté à une perte de repères, à la réorganisation du travail, au renouvellement des équipes, il n'a pas de disponibilité pour celui qui arrive.

Un support d'information tel un guide des activités de soins, permettrait de suivre et d'évaluer les compétences, diminuerait les zones d'incertitudes lors de l'arrivée du nouvel agent et favoriserait le développement d'une communication plus sereine entre les membres de l'équipe.

Dans le deuxième cas, le cadre fait le constat que le manque de connaissance du milieu et de compétences rend l'adaptation difficile :

« *L'IFSI ne forme pas les infirmières à exercer dans un bloc opératoire* »,

« **au niveau de l'accueil les équipes sont assez rudes, elles n'admettent pas un certain manque de connaissances.** Sans référents nommés, les équipes se sentent moins responsables ».

« Il y a **peu de chose écrite**, les questions fusent... ». L'I.D.E. nous dira, « *les infirmières ne nous répondent pas, il aura fallu 5 mois pour être considéré et avoir des réponses* ».

Consciente des difficultés le cadre est en quête d'une démarche d'amélioration « *nous avons en projet de rédiger des fiches de déroulements des interventions* ». Il déplore le départ de quatre nouvelles I.D.E. « *Nous avons eu quatre échecs dans la prise de fonction infirmière ces derniers mois dont deux qui n'étaient pas « faites » pour le bloc* ».

3.2.3.4 L'intégration

Dans le premier cas, elle a été difficile, « *le renouvellement d'une grande partie de l'équipe, a nécessité la réorganisation du travail et notamment le travail en binôme, une ancienne I.D.E. avec une nouvelle I.D.E.* ».

Alors que cette situation devrait résoudre le problème de l'adaptation et de l'acquisition des compétences, le contexte spécifique de « *remplacement des aide-soignantes par des jeunes infirmières a créé un nouveau rapport de compétences avec les anciennes qui ont eu le sentiment d'être jugées par "les jeunes".* »

Cette situation très mal vécue par les « anciennes » s'est répercutée sur la qualité des relations et de la communication avec le jeune I.D.E. et donc sur sa capacité à être en confiance « *on lui reprochait d'être lente, de ne pas se situer comme infirmière mais d'être en position d'élève* ».

Dans le 2^{ème} cas, le cadre remarque que « *la jeune I.D.E. a beaucoup de difficultés à se situer dans un bloc opératoire et avoir une vision de l'activité, les professionnels sont très exigeants envers les jeunes, il y a un réel rapport de force, un conflit de génération, l'équipe est très dure. La durée d'intégration est plus ou moins longue, cela dépend de la manière dont l'équipe l'a reçue. Pour s'intégrer, il faut être déterminé, savoir affronter les difficultés, cela nécessite un certain niveau de connaissances, le programme des études d'infirmières ne permet pas d'avoir une maîtrise des techniques. Comme on n'avait pas mis en place de référents, on ne savait pas quoi*

évaluer, cela manquait d'objectivité, il n'y a pas de critères d'évaluation écrits, tout est oral. »

Selon le cadre, les échecs seraient en partie liés à l'absence de critères d'évaluation dans un contexte de subjectivité ou domine le rapport de force et un conflit générationnel.

3.2.3.5 Les attentes des Cadres de Santé

Les **attentes** se situent en termes **d'élaboration d'outils** « *ce serait intéressant d'avoir des supports d'évaluation. Dans le contexte du bloc opératoire cela permettrait de mesurer la progression, responsabiliserait l'équipe et pondérerait les propos* » « **pour évaluer, il nous faut des éléments objectifs, actuellement il n'y a pas de support d'évaluation des acquis, de ce fait il existe une part importante de subjectivité. Ce processus d'évaluation aiderait l'I.D.E. dans l'acquisition des compétences** ».

Nous constatons que l'évaluation est souvent associée à des problèmes « **l'évaluation est faite quand le cadre note des difficultés** », « l'habitude est de **dire ce qui ne va pas en groupe ou individuellement, des réajustement sont alors proposés** », « **un problème important donne lieu à un rapport adressé au Directeur des soins** » ou alors elle est décalée « **l'évaluation se fait lors de la notation annuelle de ce fait le suivi ne peut être que partiel et ponctuel, cela est une source d'inquiétude pour le nouvel agent** ».

L'absence de support d'encadrement et d'évaluation de cette période d'intégration rend difficile le repérage des problèmes rencontrés et l'absence d'évaluation progressive des compétences acquises ne permet pas d'objectiver la réalité.

3.2.4 Les entretiens avec les infirmières

Ils confirment le déroulement de la phase d'accueil décrit par l'encadrement. Ils nous permettent d'analyser leur vécu de cette période d'adaptation.

3.2.4.1 L'accueil

Elles ont été accueillies par le cadre de santé, une avait pris contact un mois auparavant. Trois ont eu la possibilité de choisir le service d'affectation, celle qui n'a pas eu le choix se dit satisfaite, le service lui convient.

Les informations données par les cadres concernent :

- le fonctionnement du service et l'organisation du travail,
- les patients accueillis dans le service,
- la présentation aux collègues et la visite des lieux,
- les modalités pour obtenir des blouses et le fonctionnement du restaurant du personnel.

L'organisation de l'accueil a permis une bonne adaptation et intégration pour deux I.D.E., une a été doublée durant un mois en attendant les résultats du diplôme d'État, l'autre a été encadrée 15 jours et déclare « *je me suis sentie à l'aise lors de la prise de fonction* ». Il s'agit de services de médecine et de gériatrie.

Deux infirmières interviewées ont eu de réelles difficultés lors de l'accueil,

« j'ai été **accueillie devant la porte du bloc opératoire**, à ce moment-là j'ai découvert qu'on était quatre nouveaux, que des jeunes I.D.E., l'équipe n'était visiblement pas au courant, **nous n'étions pas attendues**, il n'y a pas eu de manifestation de sympathie, **l'accueil a été froid**, la suite n'a pas été terrible, c'était une journée où le programme opératoire était chargé, personne n'était disponible pour nous ! Nous avons été réparties une I.D.E. par salle, nous avons regardé, on n'a pas eu le temps de visiter. Le cadre de santé était débordé », « Le temps d'observation a duré 15 jours **en essayant de donner un coup de main** » « **le passage à la prise de fonction s'est mal passé** parce que **nous étions trois, rien n'était prévu**, le personnel est lassé de voir passer des infirmières qui s'en vont. Peut être que s'il n'y avait eu qu'une seule à accueillir elles auraient été accueillantes, mais à trois, **c'était très dur, elles ne nous répondaient pas** », « On est arrivé dans le service à la mi-novembre, la première est partie en janvier, la deuxième en juin.. ».

Une infirmière affectée en réanimation relate : « nous étions trois jeunes I.D.E. j'ai été d'emblée **sur un poste dès le premier jour et doublée pendant trois jours**, la charge de travail était très importante ».

3.2.4.2 L'intégration

Dans deux secteurs de réanimation et de bloc opératoire nous constatons que les difficultés lors de l'accueil ont une répercussion sur l'intégration et notamment sur la capacité de communiquer et de transmettre les connaissances nécessaires à l'exercice des fonctions. Les infirmières rapportent « *dans cette équipe, **les anciennes ne veulent pas transmettre leurs connaissances. Le travail n'a rien à voir avec ce qui est enseigné à l'IFSI, je n'ai appris les bases qu'au bout d'un mois et demi. L'activité est importante, il me manque*** ».

des repères, de l'information, il y a peu de choses écrites » « Je ne sais pas si je vais tenir longtemps.. » « Au bout de 5 mois, on s'intéresse à moi, j'ai plus facilement des réponses, dans cette équipe on est intégré quand on sait un minimum se débrouiller seul et si on a prouvé que l'on veut rester »

En l'absence d'une politique institutionnelle, l'anticipation et l'organisation de l'arrivée des nouveaux agents peuvent être placées au second plan, le fonctionnement dans l'urgence marque le pas sur l'organisation. Cette situation est d'autant plus préjudiciable au nouvel arrivant qu'il y a peu de procédures écrites et que les attentes et les d'objectifs ne sont pas explicités.

Le manque d'intérêt pour les jeunes diplômés témoigné par certains professionnels se manifeste par une insensibilité à leurs attentes, une ambiance peu favorable à l'expression des besoins et cela conduit à des situations de travail qui mettent en difficulté les nouveaux arrivants. Elles génèrent une profonde insatisfaction, des relations émotionnelles très fortes fondées sur des expériences négatives, une infirmière nous fait part de ses sentiments « *à la moindre erreur elles nous jugent* » et de son inquiétude « *il y a tellement de choses à apprendre, tous les jours je me rends compte des risques auxquels je m'expose, je me sens nulle* ». Frustrée dans ses besoins, ses droits, ses souhaits, elle conclut « ***j'ai une aversion pour mon métier, j'attendais plus d'humanité, j'ai en projet de reprendre des études mais pour faire autre chose*** ».

Les soins hospitaliers dont l'efficacité et la complexité ont augmenté au cours des dernières années se sont accompagnés en contrepartie de l'augmentation des risques pour les personnes (usagers et professionnels). Les programmes de formation initiale dans les IFSI permettent l'apport de connaissances théoriques et pratiques pour une prise en charge globale de la personne, mais nous constatons que dans les services très techniques, rien ne permet de mieux acquérir ces connaissances et ces pratiques professionnelles que le lieu de travail, à condition que cet apprentissage soit encadré, que des procédures de tutorat existent, que des exigences professionnelles soient précisées, afin de pouvoir accomplir, avec des risques limités, une mission donnée dans un service spécifique. L'absence de soutien et d'accompagnement par des professionnels chevronnés, engagés dans une dynamique de transmission des savoirs expose le nouvel agent au risque d'erreur et est source de démotivation voire d'abandon de la profession.

3.2.4.3 L'évaluation

Elle est réalisée dès lors que des problèmes sont identifiés soit au niveau des pratiques de soins, soit en équipe. Elle est orale, où donne lieu à un rapport pour des faits graves, sinon

c'est l'évaluation annuelle qui valide les capacités de l'agent et participe à la décision de titularisation.

3.2.4.4 Les attentes des jeunes professionnels

Une connaissance plus globale de l'établissement est souhaitée notamment une visite de l'établissement, la rencontre avec les Directeurs pour les identifier et être informé des projets, avoir des informations sur la titularisation, le déroulement de carrière.

Un guide d'acquisition des compétences afin de bien identifier « *ce que l'on attend de nous* » et « *ce que nous devons développer en termes de compétence* ». Pour le bloc opératoire, le souhait d'approfondir les connaissances par spécialité « *bien connaître une activité opératoire avant de passer à une autre* ».

Une personne référente qui « *guide, aide et transmet son savoir, qui nous écoute et nous respecte* ».

Une évaluation reposant sur des objectifs écrits et connus de tous « *je sais que l'évaluation a une incidence sur la titularisation, mais je ne connais pas les critères retenus* ».

Nous faisons le constat qu'en l'absence de procédure institutionnelle, l'accueil et l'intégration dépendent de la bonne volonté des agents et présentent de ce fait un caractère aléatoire, qui peut être source de non qualité, de faible communication entre les acteurs, de carence dans le pilotage, de manque d'objectifs et insuffisance d'analyse qui se traduisent par des conflits, la prise de risque, la démotivation et l'allongement des délais d'adaptation.

Selon Josette HART, le déficit d'accueil des nouveaux agents est une des causes de dysfonctionnement du service « *l'absence d'organisation de cet accueil révèle des défaillances en communication du responsable*²⁶ »

Ce déficit de communication limite les acteurs (personnels et nouveaux recrutés) dans leur capacité à se situer dans l'organisation et à pouvoir partager le système de valeurs qui guide les pratiques collectives. Les attitudes, l'ambiance, le climat qui règnent dans l'équipe ont une incidence sur la qualité relationnelle, sur la capacité du jeune à être en confiance et à s'exprimer sur le plan professionnel. Cette confiance est rendue possible s'il existe, un référentiel d'activités, une évaluation progressive des compétences et un accompagnement du jeune professionnel par une infirmière expérimentée dans un espace d'autonomie et d'apprentissage intégré dans l'organisation et la culture du service.

²⁶ HART J., MUCCHIELLI A., *Soigner l'hôpital*. Paris : Lamarre, 1994 (189p.)

La préparation de l'accueil des nouveaux agents et la mise en place d'un référent au sein d'une équipe favorise la réflexion, développe la capacité de l'équipe à anticiper les difficultés du nouvel agent et permet de mettre en place les moyens nécessaires à une acquisition optimale des compétences. Il a un effet dynamique sur l'évolution des performances de l'équipe.

3.3 LA PLUS-VALUE INSTITUTIONNELLE D'UNE PROCEDURE D'ACCUEIL ET D'INTEGRATION

La plus-value institutionnelle s'entend comme un apport qualitatif et une meilleure performance en termes de gestion des ressources humaines et de qualité des soins. Elle intègre les notions d'anticipation des besoins en compétences et le professionnalisme des personnes.

Les entretiens réalisés auprès des Directeurs des ressources humaines et des Directeurs de soins de trois Centres Hospitaliers Universitaires sont présentés sous forme de tableaux. Cela nous permet de mieux cerner la complémentarité d'approche qui se dégage de la notion de plus-value institutionnelle d'une procédure d'accueil et d'intégration. (pages suivantes).

De la procédure d'accueil à la plus-value institutionnelle

Entretiens	3.3.1 Directeurs des ressources humaines	3.3.2 Directeurs des soins
1	<p>La procédure s'inscrit dans la politique institutionnelle d'accueil et d'intégration. Elle décline ce qui est fait par la D.R.H. et la D.S., recrutement, journées d'accueil, livret d'accueil et ce qui est fait au niveau opérationnel au sein du service par les cadres. C'est un dispositif institutionnel relayé par les cadres Formaliser une démarche développe de la rigueur, décline les rôles et obligations de chacun, sur la base de support écrits. L'évaluation répond à un besoin de l'agent et à une nécessité pour l'institution : c'est un élément du dossier de l'agent qui permet de construire dans la durée. Elle facilite la prévention des situations potentiellement délicates surtout dans les modes de recrutement avec mise en stage rapide.</p> <p>Etre accueilli, c'est être attendu, c'est porter de l'intérêt à la personne, l'objectif poursuivi c'est de faire en sorte que la personne se sente bien, qu'elle ait envie de venir au travail.</p> <p>Les journées d'accueil apportent une plus-value dans le domaine de la communication sur la culture de l'établissement, ses projets, elles favorisent le décroisement, et font entrevoir les possibilités de mobilité aux agents. L'évaluation est un élément qui permet de construire dans la durée.</p>	<p>S'inscrit dans la politique institutionnelle de gestion des ressources humaines. Elle répond aux exigences de l'accréditation des E.P.S..</p> <p>Porteur de sens (culture d'entreprise)</p> <p>La stratégie et sa mise en oeuvre relèvent du champ de compétence du D.S. Travail en collaboration avec la D.R.H. et les C.S.. Elle vise une démarche plus globale : accompagner les projets professionnels, anticiper les évolutions des besoins en RH par une réflexion et des écrits sur les concepts (compétence, évaluation, mobilité) déclinée dans le Projet de soins et le guide pour le nouvel agent. L'attention portée à l'accueil et à l'intégration du personnel se reporte sur la pratique des soins (attention portée au malade).</p> <p>La plus-value se situe dans la logique de professionnalisation et d'adaptation des R.H. aux évolutions des E.P.S.. L'intégration est la première étape pour être efficace dans la réalisation des soins, et constitue un paramètre de sécurité au travail. Le processus contribue au développement de l'efficacité collective et permet au D.S. de disposer d'un portefeuille de compétences</p>

Entretiens	Directeurs des ressources humaines	Directeurs des soins
2	<p>C'est un objectif du projet social qui nous permet d'avancer.</p> <p>La procédure d'accueil et d'intégration est une démarche structurante pour l'E.P.S. et participe d'une logique plus générale de client fournisseur, le personnel accueilli est le client. Elle structure car elle oblige les accueillants à formaliser les pratiques sur la base de supports écrits qui serviront à l'ensemble du personnel. Elle développe un travail en collaboration D.R.H., D.S., C.I.S., C.S. afin de formaliser les pratiques de l'accueil et de l'intégration et vise une politique de communication commune. Elle oblige les services à un travail documentaire et sa gestion au sein des services. Cette attention portée au personnel engage le respect.</p> <p>La plus-value porte sur le développement des compétences collectives, source de satisfaction et de dynamisme.</p> <p>La mesure se fait sur la satisfaction des personnes.</p>	<p>La procédure se décline en deux points : l'accueil institutionnel et l'accueil dans les services, sur la base d'un programme formalisé, un contenu ciblé et programmé dans le temps.</p> <p>Chaque service est engagé dans le processus, il élabore des documents, met en place un programme de formation et d'évaluation adapté. Le C.I.S. et le C.S. en assure le suivi et les réajustements. Ce dispositif est complété par une politique de recrutement (le dispositif apporte une aide à la décision de titularisation, projet professionnel) et une formation d'adaptation à l'emploi. La plus-value a été la fidélisation et un regain d'intérêt pour les services à fort turn-over initialement boudés par les professionnels, Les services très engagés dans le processus ont fait « école ». Il y a une meilleure prise en charge du malade. Impact dans l'évolution des compétences des professionnels, de l'ambiance, du respect.</p> <p>La mesure pourrait être le taux d'absentéisme.</p>

Entretiens	Directeurs des ressources humaines	Directeurs des soins
3	<p>L'accueil institutionnel s'inscrit dans la politique sociale et la politique de recrutement sur la base du postulat « un agent bien accueilli est un agent qui accueille bien ». La procédure s'inscrit dans le processus d'accréditation.</p> <p>Démarche de communication qui développe une appartenance institutionnelle, respect, contraintes, professionnalisme et capacité à rendre compte. Les journées d'accueil donnent le « coup d'envoi » du processus qui se déroule dans les services par une formation d'adaptation à l'emploi sur la base d'un programme commun.</p> <p>La plus-value se situe au niveau de la qualité de l'accueil du patient, dans la capacité à faire travailler tout le monde ensemble, dans le développement des compétences individuelles et collectives</p>	<p>L'accueil et l'intégration des nouveaux agents représentent un pari sur l'avenir. S'il est réussi il est facteur de stabilité et de motivation.</p> <p>La politique d'accueil et d'intégration est précisée dans le projet de soins, (concepts et valeurs humaines), le D.S. se charge de la diffuser au niveau des étudiants (IFSI et I.F.C.S.) pour donner envie de venir travailler dans l'établissement.</p> <p>L'intégration se construit dans la durée avec les équipes sur la base d'objectifs clairement définis, écrits et évalués.</p> <p>Les services peu demandés doivent développer une attention particulière autour de l'accueil et de l'intégration du personnel.</p> <p>La plus-value institutionnelle c'est un pari sur l'avenir notamment dans la qualité des recrutements, la capacité à fidéliser le personnel, à détecter ses potentialités, à accompagner les projets professionnels en fonction des besoins de l'institution.</p> <p>La qualité de la communication au sein des équipes améliore la qualité des soins.</p>

3.3.3 Validation de l'hypothèse 2

La synthèse des entretiens valide notre hypothèse 2 :

L'accueil institutionnel est le résultat d'un management qui développe l'information, la communication, le professionnalisme et représente une plus-value institutionnelle.

Les directeurs des soins et les directeurs des ressources humaines ont une approche très complémentaire de l'utilité de la procédure, une unanimité se dégage quand aux enjeux et à la plus-value institutionnelle qu'elle représente.

On peut affirmer que la procédure engage l'établissement et les professionnels dans **une démarche de communication**, elle **structure l'organisation**, **développe la responsabilité des personnels** dans l'accueil et l'intégration des nouveaux agents. Elle s'inscrit dans une **recherche de bien-être et de développement de l'homme au travail**. Elle participe à la **démarche qualité** condition nécessaire à l'**accréditation** de l'E.P.S.

Elle **génère des ressources**, parce qu'elle contribue au **développement des compétences individuelles et collectives**, elle favorise l'adaptation à l'emploi, **diminue les risques** inhérents à la phase d'apprentissage ce qui est source **de qualité** et de **sécurité dans les soins**.

L'**évaluation** inclut dans la procédure est **une aide à la décision de titularisation** elle participe à la qualité du recrutement.

Ces potentialités générées sont une richesse en ressources humaines et représentent pour les E.P.S. une réelle plus-value pour l'avenir.

CONCLUSION DE LA TROISIEME PARTIE

Nous faisons le constat qu'en l'absence de procédure institutionnelle, l'accueil et l'intégration dépendent de la bonne volonté des agents et présentent de ce fait un caractère aléatoire, source de non qualité.

La procédure initie une démarche qualité bénéficiant au personnel, mais également au malade et à l'institution. Au-delà de la procédure s'enclenche **un processus** plus **global** de développement et de réflexion, **sur les valeurs humaines** (respect, écoute, convivialité, tolérance, confiance) et sur les **normes de qualité des soins**, qui génère des potentialités et représente une réelle plus-value pour l'institution.

4 - QUATRIEME PARTIE : PROPOSITIONS D' ACTIONS ET ROLE DU DIRECTEUR DES SOINS

Notre étude a été l'occasion d'élargir nos connaissances théoriques et de préciser les attentes des nouveaux professionnels infirmiers et des cadres de santé. Les entretiens menés auprès des Directeurs des ressources humaines et les Directeurs de soins nous ont permis de constater qu'il existe une plus-value institutionnelle à développer une politique d'accueil et d'intégration au niveau des E.P.S..

L'objectif de cette dernière partie est de faire des propositions quant à l'accueil et à l'intégration du personnel, à partir d'une stratégie de mise en place du projet visant à impliquer les acteurs institutionnels concernés, sur la base d'un management participatif où le cadre occupe une place privilégiée.

4.1 STRATEGIE D'IMPLANTATION

Comme dans toute démarche d'amélioration de la qualité l'engagement de la direction dans le projet est essentielle. Le directeur des soins, responsable des soins, doit contribuer, en collaboration avec le directeur général et le directeur des ressources humaines de l'établissement à la définition de la politique d'accueil et du dispositif d'intégration qui se décline dans une procédure mais s'inscrit dans un processus plus global de formation et de communication.

Elaborer et mettre en œuvre un dispositif d'accompagnement constitue un projet d'application de cette politique dont le directeur des soins doit être le pilote

4.1.1 Inscrire le projet dans la logique institutionnelle

L'intégration du projet dans une logique d'ensemble au sein de l'institution garantit sa faisabilité dans une cohérence globale des politiques.

Le **Projet d'Etablissement** définit les grandes orientations de développement et les projets initiés par les Directions fonctionnelles ont pour objectifs d'accompagner ces évolutions.

La politique de gestion des ressources humaines conduite dans le **Projet Social** place les professionnels au cœur des évolutions. La définition d'une telle politique permet de répondre

à des questions d'ordre qualitatif afférent au mode de recrutement, à l'évaluation des compétences, au temps et au mode d'accompagnement des nouveaux agents.

Le **Projet de Soins** décrit la politique de Soins, l'exercice professionnel étant un des volets prioritaire face à l'exigence de qualité et de sécurité des soins. L'accueil et l'intégration des nouveaux agents doit en être un des éléments dominants. Le projet est une référence pour les soignants par le sens et les valeurs qu'il développe, y intégrer l'accompagnement des nouveaux agents constitue un ancrage fort et permet d'impliquer l'ensemble des soignants.

L'**Accréditation** à laquelle sont soumis les établissements représente une contrainte mais également comme nous l'avons constaté lors des entretiens une opportunité pour les E.P.S. d'analyser les pratiques et de s'engager dans une **démarche d'amélioration continue de la qualité**. Elle nécessite de fédérer l'ensemble des professionnels au sein de projets d'amélioration. L'élaboration, la mise en oeuvre et l'évaluation d'une procédure avec les professionnels visant l'ensemble des étapes de l'accueil et de l'intégration facilitera son appropriation.

4.1.2 Conduire une réflexion collective

L'élaboration du projet de soins a permis de définir la politique de soins fondée sur des valeurs professionnelles et humaines qui place l'utilisateur au centre des préoccupations et précise l'intérêt porté à la qualité de vie au travail du personnel.

Néanmoins elle nécessitera de clarifier :

- le positionnement des acteurs de soins,
- les droits des patients en matière d'information et de sécurité dans les soins
- les devoirs des professionnels dans le cadre des missions de service public et de l'exercice professionnel

Il est également indispensable de

- définir l'accueil et l'intégration des nouveaux professionnels au sein de l'institution et des services
- formaliser des référentiels d'activités et de compétences qui serviront de base à l'évaluation des compétences requises et permettront d'anticiper les évolutions et d'organiser les formations d'adaptation à l'emploi.

4.1.3 Les acteurs de la démarche

4.1.3.1 Le Directeur des Ressources Humaines

Cette démarche doit être menée conjointement avec le Directeur des ressources humaines. La mise en place d'une politique d'accueil et d'intégration vise l'ensemble des personnels recrutés et concerne tous les secteurs d'activités. Elle permet de placer le projet dans une démarche qualitative mais aussi stratégique.

4.1.3.2 Le corps médical

Si nous estimons que l'exercice professionnel infirmier au sein des E.P.S. ne peut se concevoir en termes de qualité des soins sans une bonne collaboration de l'encadrement et du personnel soignant avec les médecins, il est difficile alors de concevoir un tel projet sans leur participation à son élaboration notamment dans le champ du développement des compétences liées aux évolutions des techniques médicales.

Les raisons en sont multiples :

- 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 et favorise leur implication dans la démarche institutionnelle et au sein des services (participation aux journées d'accueil, participation aux formations d'adaptation à l'emploi).
- la responsabilité du chef de service étant engagée au regard des soins prodigués aux usagers, elle leur confère la légitimité à donner un avis sur le rôle et l'exercice des professionnels.

4.1.3.3 Les formateurs des Instituts de Formation en Soins Infirmiers

La collaboration entre les professionnels de terrain et ceux de la formation est d'une importance capitale.

Pour les professionnels, elle permettra d'approfondir leurs connaissances concernant l'apprentissage, plus particulièrement la période de passage du statut d'étudiant à celui du

professionnel, d'en mesurer les enjeux et de connaître les attentes et la perception des étudiants face à leur futur métier.

Pour les formateurs, cette collaboration sera l'occasion de partager le souci de qualité d'intégration des professionnels exprimé par la Direction du Service de Soins, mais aussi d'appréhender les exigences de l'E.P.S. en matière de compétences professionnelles, qui pourront faire l'objet d'une autre réflexion en matière de formation initiale.

Les documents élaborés dans le cadre de cette démarche pourront servir à l'accueil des étudiants (guide d'accueil, organisation du travail, référentiel d'activités et de compétences en soins, personnes ressources).

4.1.3.4 Le personnel d'encadrement

La place des cadres se situe au cœur du projet d'accueil et d'intégration des nouveaux diplômés. Responsable de la qualité des soins réalisés par les agents de leur unité, leur activité principale est la gestion des soins qui, comme la définit S. Kerouac²⁷, « *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 (...)* »

Cette responsabilité qui assure leur place dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet leur rôle revêt trois aspects :

- rôle relationnel ou interpersonnel qui positionne le cadre en leader du groupe et le positionne comme coordonnateur.
- rôle informationnel (diffusion d'information et de valeurs) auprès des soignants, le cadre est le relais indispensable pour le Directeur des soins en terme de communication ascendante et descendante.
- rôle décisionnel qui souligne l'engagement du cadre dans des actions d'évolution professionnelle et organisationnelle pour induire et accompagner les changements au sein de son unité, répartir les moyens et négocier avec l'environnement.

L'exercice de ses fonctions dépend étroitement du pouvoir et de la zone d'autonomie dont dispose le cadre.

²⁷ KEROUAC S., PEPIN J., *La pensée infirmière*. Conceptions et stratégies, Paris, Maloine, 1994.

4.1.3.5 Les infirmières

Les infirmières sont les acteurs permanents de l'accueil et de l'intégration des nouveaux professionnels dans les services, leur réflexion autour d'un tel projet au sein des services permettra de construire un référentiel des activités de soins, une grille d'acquisition progressive des compétences et valoriser ainsi les talents de formateur et l'expertise développée par les professionnels. Le positionnement d'infirmières référentes volontaires sera l'occasion, pour le cadre, d'intégrer cette activité dans la planification et l'organisation du travail.

4.2 LE ROLE DU DIRECTEUR DES SOINS

Le management du projet se fera sur un mode participatif, favorable au développement des motivations et à l'initiative. Il fait appel à ses capacités de communication, d'écoute et de délégation qui vont permettre à l'ensemble des acteurs et notamment aux cadres de bien maîtriser les différentes étapes de sa réalisation.

4.2.1 Les principes qui guident la démarche :

Il s'agit de mettre en place un **groupe projet pluri-professionnel** intégrant la Direction des Ressources Humaines, des représentants de la Commission de Soins, des représentants du personnel, des cadres soignants et médico-techniques, administratifs et techniques, un représentant de l'IFSI, un représentant des médecins.

Les cadres et les équipes seront largement associés et sollicités dans les phases de recueil et d'analyse d'informations, de propositions d'actions, d'élaboration du guide d'accueil et d'intégration.

Le cadre disposera d'une grande autonomie dans la mise en place du projet au sein de son unité.

Une politique de communication favorisera la diffusion des compte-rendus des groupes de travail.

Le directeur et l'équipe de direction seront régulièrement informés de l'avancée des travaux.

Le guide d'accueil et d'intégration des nouveaux agents élaboré au sein du groupe de travail sera soumis pour validation à la Commission de Soins et au Conseil Technique d'Etablissement.

Il sera remis à l'ensemble des agents et remis systématiquement aux nouveaux recrutés.

4.2.2 Le projet

Le dispositif d'accueil et d'accompagnement des jeunes professionnels a pour objectif d'informer, de former, de favoriser le développement des compétences et leur intégration notamment en les accompagnant dans leur construction identitaire et minimiser ainsi autant que faire se peut le risque d'échec. Il s'inscrit dans une politique de valorisation et de développement des compétences individuelles et collectives et participe à la gestion des risques.

Le projet comporte la mise en place d'une procédure d'accueil et d'intégration. Celle-ci se décline en fiches actions, chacune d'elles précisant :

- les objectifs
- les personnes susceptibles de piloter le projet
- les participants
- les actions à mettre en place
- les modalités de validation
- les modalités d'évaluation

Etant entendu que l'élaboration et la mise en place de ce dispositif sont très liées à l'environnement que constituent un établissement hospitalier, la politique de gestion des ressources humaines et surtout la personnalité des acteurs, nous évoquerons des principes, qui selon nous sont transférables et adaptables à la spécificité des situations.

Il s'agit donc davantage d'un avant-projet, construit sur les bases de l'analyse effectuée dans le cadre de cette recherche.

4.2.3 La procédure d'accueil et d'intégration

Cadre réglementaire : la référence 6 GRH, précise la nécessité de mettre en place des procédures d'accueil et d'intégration des professionnels et des stagiaires.

Objectif :

- ✓ identifier les différents acteurs et leurs missions au sein du dispositif ;
- ✓ décrire l'ensemble du dispositif ;

Modalité d'application

Personnes responsables du projet :

Directeur, Directeur des Ressources humaines, Directeur des Soins.

Groupe de travail.

Dispositif d'évaluation

Audit de la procédure,

Satisfaction des nouveaux agents.

La procédure d'accueil des nouveaux agents

L'entretien de recrutement permet de faire le point sur l'expérience, les compétences, le projet de l'agent et les besoins de l'établissement. Il constitue la première étape de l'accueil institutionnel, il s'agit de mettre la personne en confiance et de lui donner les informations attendues notamment sur la description du poste, des activités du service, si nécessaire, les compétences à développer et les formations proposées dans le cadre de la formation continue ainsi que les responsables hiérarchiques du poste. Lors de cet échange, lui seront présentés les axes du projet de soins, les travaux en cours au sein de la commission de soins.

Le directeur des soins ou la personne qui réalise l'entretien reportera les informations sur **une fiche d'accueil du personnel**, qui suivra l'agent dans son cursus de présentation et évitera ainsi les répétitions.

Le livret d'accueil du personnel est remis lors du recrutement ainsi que le livret d'accueil des malades.

La date de la journée d'accueil sera communiquée à l'agent dès son recrutement et transmise au cadre du service.

Une politique de communication par journal interne permettra de diffuser les événements, notamment les noms des nouveaux arrivants.

Mise en œuvre d'un accueil spécifique pour chaque secteur d'activité :

Dans chaque secteur d'activité, un cadre volontaire prend en charge l'organisation de l'accueil et accompagne le nouvel arrivant

- secteur administratif
- secteur technique
- secteur des soins
- secteur médical

Le nom des personnes responsables de cet accueil sera connu au sein de chaque secteur, d'activité, une personne suppléante pouvant également être désignée.

La D.R.H. les informera de l'arrivée du nouvel agent dès la confirmation du recrutement.

Modalités d'accueil

Visite des différents sites en lien direct avec l'activité de la personne.

Pharmacie, laboratoire, radiologie, bloc opératoire, unité de soins, admission, service social, services techniques (réparation, gestion des déchets).

Information sur les modalités pratiques de la vie professionnelle

- Présentation du service, présentation à l'équipe
- Un document d'accueil sera disponible dans chaque service, il précisera les missions, les activités (de soins) du service, les responsables (médicaux et soignants), le rôle, les missions et l'organisation du travail des agents (C.S., I.D.E., A.S., A.S.H.).
- Une information détaillée sera fournie et les ressources documentaires (textes législatifs concernant l'exercice professionnel et les droits des patients, protocoles et procédures) seront disponibles pour le nouvel arrivant et leur application évaluée dans un délai fixé avec le cadre, il concernent entre autres :
 - la procédure d'appel d'urgence, (bip, autre) ;
 - l'hygiène et prévention des risques infectieux ;
 - les protocoles de soins ;

- la sécurité transfusionnelle ;
- la matério-vigilance ;
- la pharmaco-vigilance.

Information sur les droits des patients :

- gestion de l'information : des explications concernant les modalités de tenue du dossier de soins seront fournies au nouvel agent. L'environnement réglementaire concernant l'information du patient et de sa famille de même que les modalités définies au niveau institutionnel concernant l'accès au dossier du patient lui seront communiqués.

Informations pratiques :

- sur le fonctionnement du restaurant du personnel, gestion des vêtements de travail, vestiaires.

Informations sur la vie sociale de l'établissement

Contenues dans le livret d'accueil elles sont complétées par un échange sur le thème durant la journée d'accueil.

FICHE ACTION n°1

GUIDE D'ACCUEIL DU PERSONNEL

Objectifs :

- fournir des informations pratiques sur les conditions dans lesquelles se réalise l'exercice des fonctions
- apporter des informations générales sur le statut du personnel hospitalier
- faciliter l'intégration dans l'établissement

Modalités pratiques

Il sera rédigé par la direction des ressources humaines, le directeur des soins et les personnes compétentes sur les thèmes développés. Il sera soumis aux instances consultatives et délibératives.

Diffusion

Il sera remis à l'agent lors du recrutement.

Le contenu

Présentation et plan de l'établissement, projet d'établissement, organigramme de la direction, organigramme de la D.R.H. et de la D.S. présentation du service de soins, du projet de soins, de l'organisation des secteurs d'activités.

- Les missions du service public hospitalier
- Les droits des usagers et la charte du patient hospitalisé
- Le statut du personnel hospitalier : recrutement, rémunération, évaluation, formation continue, discipline, explications pour la lecture d'un bulletin de paie
- Protection de la personne, couverture sociale, médecine préventive.
- Protection et défense des professionnels.
- La représentation du personnel dans les instances.
- Les devoirs des professionnels : exécution du travail, non cumul des fonctions, présence à l'hôpital, tenue en service, secret professionnel, discrétion.
- Information sur la vie sociale :
- C.G.O.S., mutuelle, amicale du personnel, service social
- Les partenaires sociaux.
- La prévention des accidents et les conseils en manutention, A.E.S., recommandations en matière de prévention de l'incendie
- L'hygiène hospitalière et la prévention des infections nosocomiales

FICHE ACTION n°2

JOURNEE D'ACCUEIL

Objectifs :

- ↳ donner les éléments de culture hospitalière,
- ↳ favoriser la connaissance de l'établissement, et les échanges interprofessionnels,
- ↳ développer un sentiment d'appartenance.

Modalités pratiques

Responsable du projet le directeur des ressources humaines, le directeur des soins, groupe de travail institutionnel.

Organisation générale

Prise en charge par le service de formation continue,
Convocation par le service de recrutement.

Organisation pratique de la journée

Les animateurs, le service de recrutement, la formation continue. Un cadre de santé peut être animateur dans le cadre du volontariat.

Le programme

- ❑ Présentation des personnes, de la journée et rencontre avec un directeur.
- ❑ Présentation de l'établissement, de ses projets, de son organisation (organigramme)
- ❑ Présentation de la politique de soins, du projet de soins.
- ❑ Le secret professionnel et la confidentialité
- ❑ Informations sur la prévention des risques (incendie, manutention, A.E.S.)
- ❑ Eléments d'hygiène hospitalière (lavage des mains, tri des déchets, linge) présentés par le référent en hygiène.
- ❑ Information sur le statut du personnel, lecture d'une fiche de paie.
- ❑ La vie sociale : C.G.O.S., assistante sociale du personnel, Mutuelle, Amicale du personnel
- ❑ La formation continue.

Evaluation

Un questionnaire de satisfaction sera élaboré sur la base des items ci-dessus, il aura pour objectif de mesurer la satisfaction des agents, de mieux connaître leurs attentes, une synthèse et un réajustement annuel permettront d'améliorer la qualité de l'accueil.

4.2.4 FICHE ACTION n° 3

PROTOCOLE D'INTEGRATION DES AGENTS DANS LES SERVICES

Objectif

Promouvoir la qualité des soins et les compétences des professionnels par la mise en place de modalités d'accompagnement des nouveaux agents.

↳ Élaboration d'un guide d'intégration du nouvel agent

Modalités pratiques

Chef de projet : le directeur des soins

Groupe de travail pluridisciplinaire.

Méthodologie

Recueil et analyse d'informations auprès des services

- recenser les procédures ou documents d'accueil et d'intégration existants par l'intermédiaire d'un questionnaire adressé aux responsables des services
- recenser les besoins des agents en matière d'accueil et d'intégration dans un nouveau service à partir d'une trame d'entretien qui permettra de mieux appréhender les attentes des équipes qui accueillent le nouvel agent et les attentes du nouvel agent.

Analyse des informations

Elaboration d'un guide de recommandations portant sur la place et le rôle

- du cadre qui accueille et organise l'intégration
- du nouvel agent qui arrive
- du référent qui encadre
- de l'équipe qui accueille

Il sera accompagné **d'une fiche d'évaluation à remplir par le nouvel agent.**

Plan de communication

Présentation du guide (spécimen) au Directeur et D.R.H.

Estimation des moyens nécessaires (impression, diffusion).

Présentation du guide aux équipes d'encadrement.

Validation par la CSSI et le CTE.

Diffusion à tous les responsables de service.

Le guide sera remis à l'agent par la D.R.H. en même temps que le livret d'accueil du patient.

Évaluation

Elle portera sur l'analyse des évaluations faites et renvoyés par les agents à la D.R.H..

CONCLUSION

Les institutions hospitalières vivent de profondes mutations organisationnelles et structurelles en lien avec l'environnement. La place de l'hôpital dépend certes de l'environnement et de sa capacité à s'adapter mais également de sa stratégie interne visant à mobiliser les ressources dont les hommes sont la principale richesse.

La motivation et la capacité des individus à s'inscrire dans ces projets d'évolution sont, pour les directions, deux raisons majeures de s'engager dans une politique d'optimisation des ressources humaines.

L'accueil et l'intégration du personnel s'inscrivent dans une politique de recrutement, et participent à la gestion stratégique des ressources humaines. Si l'accueil et l'intégration constitue une étape importante pour le jeune professionnel qui engage son avenir, ils s'inscrivent pour le Directeur des Soins dans une logique de professionnalisation et d'adaptation des ressources humaines aux évolutions. Mettre en place une démarche structurante qui consiste à donner aux professionnels toutes les chances d'un développement propice à l'acquisition de compétences, souligne la volonté des dirigeants d'optimiser les ressources humaines mais témoigne également des valeurs qui guident cette politique. Elle dépasse naturellement le cadre du jeune professionnel et engage l'ensemble des acteurs dans une dynamique d'évolution.

S'interroger sur l'intégration permet de mieux comprendre comment se construit l'action collective, de mesurer l'importance de la cohésion et de la qualité de communication dans le groupe sur la qualité de la dispensation des soins.

Les déficits dans ce domaine peuvent avoir des conséquences préjudiciables pour le jeune professionnel en termes d'inadaptation, de démotivation, ils représentent une moins-value au niveau de la qualité des soins et conduisent à une démission de l'agent. Si les risques sont augmentés chez les jeunes professionnels lors d'une première prise de fonction, il revient aux Directions la responsabilité de maîtriser ces risques par le développement d'une politique en cohérence avec son projet et donner aux cadres les moyens nécessaires à un accompagnement personnalisé et structuré des professionnels afin de permettre à l'agent de développer ses potentiels et acquérir les compétences nécessaires.

Elaborer et mettre en œuvre un dispositif d'accompagnement constitue un projet d'application de cette politique dont le directeur des soins doit être le pilote.

Le directeur des soins se doit de gérer de front trois éléments.

Tout d'abord le développement des compétences individuelles et collectives pour répondre à la question : de quelles compétences aurai-je besoin d'ici à cinq ans ?

Ensuite, faire le choix de l'organisation qui favorise au mieux l'émergence de ces compétences. L'engagement de l'établissement dans la procédure d'accréditation est l'occasion de structurer un dispositif d'accueil et d'intégration ainsi qu'une organisation fondée sur le développement des qualités humaines en harmonie avec le projet d'établissement.

Et enfin, s'investir dans la mise en place d'un management participatif qui responsabilise les cadres dans la gestion des ressources humaines notamment en les engageant dans une réflexion sur les processus d'accueil et d'intégration des jeunes professionnels se concluant par la mise en place d'une démarche structurée au sein de leur unité.

La combinaison de ces trois éléments compétences, organisation et management induit une plus-value car elle conduit à ce que nous appelons « l'entreprise apprenante », celle qui transmet à l'ensemble de son personnel l'envie d'apprendre et de se perfectionner. Par l'engagement et la créativité qu'elle développe, elle génère de la flexibilité et permet ainsi de répondre aux évolutions dans lesquelles sont engagés les Etablissements Publics de Santé.

Bibliographie

ANAES *manuel d'accréditation*

ARBUZ G. DEBROSSE D. *Réussir le changement à l'hôpital*. Inter Editions Paris : 1996. (249p.)

BAUBEAU D. , NAIDITCH M., CASES C. Culture des organisations hospitalières, modes de relations de travail et qualité des soins. *Solidarité et santé*, 2001 n°2.

BOSQUET R., *Fondement de la performance humaine dans l'entreprise*. Paris : Les Editions d'Organisation, 1989. (130 p.)

DE FOURNAS S. Le tutorat infirmier à la Fondation Hôpital Saint-Joseph. *Objectif soins*, juin juillet 2000 n° 87.

D'IRIBARNE P. *La logique de l'honneur : gestion des entreprises et traditions nationales*. Paris : Editions du Seuil, 1989. (283p.)

DONIUS Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, *document pédagogique ENSP 2002*.

DUBAR C. *La socialisation - Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Editions Armand Colin, 1998. (276p.)

GENELOT D., *Manager dans la complexité*. Paris : INSEP, Editions, 2001 (357p.)

GILBERT G. PARLIER M., La Gestion des Compétences. *Personnel*, 1989, n° 330, p. 42.

GRAWITZ M. *Lexique des sciences sociales*. Paris : Dalloz, 1994, p. 225.(402p.)

GRESYK B. et Alii. Gestion des risques et encadrement des nouveaux agents. *Revue Soins Cadres*, mai 2000, n° 38.

GUEZ P. Management de la qualité. Document pédagogique, Département Matiss ENSP 2002.

H. SEYRIEX. Zéro mépris. Paris : Inter Editions,(280 p.)

HADJI Ch., MEIRIEU P., *L'évaluation règles du jeu*. Paris : ESF Editeur, 2000, p.16 (190p.)

HART J., MUCCHIELLI A. *Soigner l'hôpital* . Paris : Lamarre, 1994. (189p.).

HESBEEN W. BONNET H., *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin dans une perspective soignante*. Paris, Masson, 2000. (195p.)

KEROUAC S., PEPIN J. *La pensée infirmière . Conceptions et stratégies* Paris : Maloine 1994. (325p.)

Le BOTERF G. *De la compétence à la Navigation*, Paris : Les Editions de l'Organisation 1998 p.25 (208p.)

MAGNON R. G. DECHANOZ, Dictionnaire des soins infirmiers AMIEC p.193.

MARTIN D. Accueil, Insertion pour quoi faire ? *Gestions Hospitalières*, Mai 1995.

MEIRIEU P. *L'évaluation en questions*, Collection Pédagogie, Paris : E.S.F. Editeur, p. 149.

MONTESINOS A. Motivation, indifférence et démotivation des infirmières. *Objectif soins*, juillet - août 2000 n° 77.

PHANUEL D., Utilisation de la chaîne relationnelle *Gestions Hospitalières* Mars 2000.

POCHELU B. Motivation : réservoir d'énergie. *Objectif soins*, juin juillet 2000 n° 88.

VASSEUR R. Conditions de travail, organisation et qualité des soins. *Objectif soins*, décembre 2001 n° 101.

WEIL E. L'accueil. Psychologue Psychanalyste, *Informations Hospitalières*, 1995.

WENNER M. L'accueil ou le parcours initiatique. *Infirmière enseignante* 1989 n° 6.

Liste des annexes

1. GRILLE D'ENTRETIEN A DESTINATION DES INFIRMIERES
2. GRILLE D'ENTRETIEN A DESTINATION DES CADRES INFIRMIERS SUPERIEURS ET DES CADRES DE SANTE
3. GRILLE D'ENTRETIEN A DESTINATION DES DIRECTEURS DES SOINS ET DES DIRECTEURS DES RESSOURCES HUMAINES

Annexe 1

GRILLE D'ENTRETIEN A DESTINATION DES INFIRMIERES

Comment s'est déroulé votre accueil à l'hôpital ?

Par qui avez-vous été accueillie ?

Quelles sont les informations qui vous ont été données ?

A quel moment s'est situé cet accueil ?

Où l'accueil s'est-il effectué ?

Existait-il un profil de poste et vous a-t-il été communiqué ?

Existe t-il une procédure écrite concernant l'accueil ?

Précisez s'il existe :

- un livret d'accueil
- un guide des activités et des procédures de soins spécifiques au service
- une fiche de suivi des acquisitions
- une grille d'évaluation des compétences
- autres

Avez-vous bénéficié d'un entretien avec le cadre de santé du service ?

Avez-vous pu faire le point sur vos attentes, vos craintes, vos difficultés ?

Avez-vous bénéficié d'un accompagnement par une infirmière lors de votre prise de poste ?
sur quelle durée ?

Cet encadrement vous a-t-il permis de vous approprier les spécificités du service ?

Comment s'est passé l'intégration dans l'équipe ?

A partir de quel moment vous êtes-vous sentie intégrée ?

Avez-vous bénéficié d'une évaluation progressive ? sinon quand l'évaluation a-t-elle eu lieu ?

Annexe 2

GRILLE D'ENTRETIEN A DESTINATION DES CADRES SUPERIEURS DE SANTE ET DES CADRES DE SANTE

L'ACCUEIL

Qui accueille ?

Quelles sont les informations donnée ?

A quel moment ?

Comment se passe l'accueil et sous quelle forme ?

Où se fait l'accueil ?

Existe-t-il une procédure écrite concernant l'accueil ? Guide, grille d'évaluation de compétences spécifique ?

- au niveau de l'établissement
- au niveau du service de soins

Est-elle utilisée systématiquement et par qui ?

La satisfaction de l'agent est-elle évaluée ?

Existe-t-il d'autres outils spécifiques à l'accueil ?

Le livret d'accueil est-il remis systématiquement à l'agent et par qui ?

L'INTEGRATION

Comment l'intégration se fait-elle ?

Qui assure le suivi de l'intégration de la nouvelle infirmière ?

Quelle est l'organisation en place ?

Sur quelle durée ?

Des bilans sont-ils organisés ?

Donnent-ils lieu à des évaluations et à quel rythme ?

Des réajustements sont-ils proposés ?

Quels sont pour vous les critères d'une intégration réussie ?

Quels sont pour vous les enjeux de l'accueil et de l'intégration du jeune professionnel

Annexe 3

GRILLE DES ENTRETIENS A DESTINATION DES DIRECTEURS DES SOINS ET DES DIRECTEURS DES RESSOURCES HUMAINES

Pensez-vous qu'une procédure d'accueil et d'intégration des personnels au niveau de l'hôpital soit nécessaire ?

Existe t-il une organisation de l'accueil des nouveaux agents ?

Quels sont les acteurs ?

Existe t-il un accompagnement du nouvel agent favorisant son intégration dans l'établissement ?

Une procédure d'accueil et d'intégration des nouveaux agents apporte t-elle une plus-value institutionnelle ?

Dans quels domaines ?

Quels en sont les enjeux ?