

Diplôme de Cadre de Santé



ESM

Formation & Recherche en Soins

Université Paris-Est Créteil Val de Marne

L'intégration des nouveaux professionnels en EHPAD :

Un enjeu managérial avant tout !

Lisbeth GENCEY

DCS@15-16

Note aux lecteurs

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFCS de l'Ecole Supérieure Montsouris.

Remerciements

À Monique, ma directrice mémoire pour son aide et son soutien,

À mon mari, mes filles et mes amis qui m'ont soutenu toute l'année,

À tous les professionnels qui ont accepté de participer à mes enquêtes,

À mes collègues de promotion et aux formateurs pour leur soutien et leur bonne humeur.

Sommaire

Introduction.....	5
1 De mon expérience professionnelle à mon questionnement.....	6
2 La découverte et l'enrichissement autour de ma problématique	9
2.1 Le travail en milieu gériatrique.....	9
2.1.1 Qu'est-ce que la gériatrie ?	9
2.1.2 La gériatrie et ses spécificités	10
2.2 L'intégration : Que nous disent la littérature et la réglementation ?	12
2.2.1 Le concept de socialisation	12
2.2.2 Le concept d'intégration	13
2.2.3 Le concept d'accueil	17
2.2.4 La construction identitaire	18
2.3 Les acteurs de l'intégration.....	19
2.3.1 Le directeur des ressources humaines	19
2.3.2 Le cadre supérieur de santé.....	19
2.3.3 Le cadre de santé	20
2.3.4 La notion d'équipe.....	21
2.4 Les aides à l'intégration.....	23
2.4.1 L'anticipation	23
2.4.2 Le tutorat	24
2.4.3 Le livret d'accueil.....	26
2.4.4 La journée dite « d'intégration ».....	26
2.4.5 La fiche de poste.....	27
2.4.6 Le rapport d'étonnement.....	28
2.5 Les enjeux de l'intégration	28
3 L'enquête.....	31
3.1 Méthodologie	31

3.2	Choix de la population retenue	31
3.3	Les questionnaires	32
3.3.1	Questionnaire élèves aides-soignants.....	32
3.3.2	Questionnaires professionnels soignants.....	32
3.4	Les entretiens.....	32
3.5	Le déroulement.....	33
3.5.1	Les questionnaires à destination des élèves aides-soignants	33
3.5.2	Les questionnaires à destination des IDE, AS, ASH.....	33
3.5.3	Les entretiens avec les cadres de santé	33
3.6	Les limites et atouts de ces enquêtes.....	34
3.7	Exploitation des résultats.....	34
3.7.1	Les questionnaires à destination des élèves aides-soignants	34
3.7.2	Les questionnaires à destination des IDE, AS, AMP, ASH	36
3.7.3	Les entretiens avec les cadres de santé	47
4	L'analyse des enquêtes	53
4.1	L'enquête auprès des élèves aides-soignants	53
4.2	L'enquête auprès des professionnels IDE, AS et ASH aux soins.....	54
4.2.1	L'attractivité de la gériatrie.....	54
4.2.2	L'accueil.....	55
4.2.3	L'intégration.....	56
4.3	L'enquête auprès des cadres de santé	57
4.4	L'analyse croisée des 3 enquêtes	60
5	La confrontation des enquêtes à mes hypothèses	61
	CONCLUSION	62
	BIBLIOGRAPHIE	63
	Table des annexes	

Liste des abréviations utilisées

AS : Aide-soignant

ASH : Agent de Service Hospitalier

CDS : Cadre de Santé

CSS : Cadre Supérieur de Santé

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'État

IFAS : Institut de Formation des Aides-Soignants

RPS : Risques Psycho-Sociaux

TMS : Troubles Musculo-Squelettiques

USRR : Unité de Soins de Suite et de Réadaptation

Avertissements pratiques

Infirmière : lire partout infirmier /infirmière

Aide-soignante : lire partout aide-soignant/aide-soignante

Introduction

Depuis 15 ans que je suis infirmière, j'ai eu l'occasion d'accueillir de nombreux collègues et étudiants dans l'établissement où j'exerce en plus des patients et familles. Chaque accueil est différent par la singularité de chacun, mais certains éléments restent identiques. Il y a quelques années, une journée d'intégration a été instaurée par la direction, mais celle-ci a bien souvent lieu tardivement après le recrutement. Quand j'ai choisi de travailler sur ce thème, ce n'était pas une commande institutionnelle de la part de mon employeur, mais celle-ci l'est devenue lorsque j'ai fait part de mon sujet de recherche à ma directrice.

La littérature est très riche en ce qui concerne l'accueil des patients en institutions, mais il existe très peu de choses sur l'accueil du professionnel. Nous retrouvons par contre énormément de travaux réalisés sur l'intégration des nouveaux professionnels dans les entreprises depuis de nombreuses années mais malgré cela, elle reste une préoccupation importante des entreprises. En ce qui concerne les établissements de santé, l'accueil et l'intégration font partie des critères à évaluer lors de la certification, nous la retrouvons dans le manuel de certification de la Haute Autorité de Santé. Il me semble donc important qu'une procédure d'accueil et d'intégration soit formalisée afin d'harmoniser les pratiques dans les établissements de santé. Ne dit-on pas que la première impression, est celle que nous conservons ! Si un patient se souvient de la façon dont il a été accueilli par le soignant, pourquoi le soignant ne garderait-il pas en mémoire, la manière dont son cadre, son directeur ou l'équipe l'a accueilli ?

Pour moi, l'intégration est un facteur important dans la cohésion d'une équipe et donc dans la qualité des soins prodigués aux patients d'autant plus lorsque nous travaillons auprès des personnes âgées en EHPAD. En effet, si l'hôpital peut être attractif par la diversité des soins : médecine, chirurgie, réanimation ou encore pédiatrie, quand est-il en EHPAD ? Quels sont les arguments de ces établissements pour attirer les professionnels ?

Je reprendrai donc dans une première partie le contexte d'émergence via mon expérience professionnelle, qui m'a mené à me questionner sur ce thème de l'intégration plus particulièrement en milieu gériatrique. Je poursuivrai par des définitions de certains termes comme la gériatrie, l'accueil, l'intégration, car je pense que nous ne pouvons les aborder sans en connaître le sens réel. Je me baserai sur les différents auteurs qui ont abordé ces sujets. Cette recherche m'amènera à poser certaines hypothèses. La troisième partie sera consacrée à mes enquêtes afin de confronter la littérature à la réalité du terrain, viendra ensuite l'analyse de ces enquêtes puis je terminerai par la confrontation de mes enquêtes à mes hypothèses de départ.

1 De mon expérience professionnelle à mon questionnement

Je travaille en EHPAD depuis l'obtention de mon diplôme en décembre 2000. Cet établissement possède 510 lits, dont 400 consacrés aux personnes âgées et 110 au handicap (18 à 60 ans). Il se divise en 3 pôles : EHPAD, Alzheimer et handicap. Ces lits sont répartis sur 5 résidences.

Dès le début de mon exercice en EHPAD, un soin particulier est apporté à l'accueil d'un nouveau résident ainsi qu'à son entourage. Un livret d'accueil lui est remis à son entrée, c'est une obligation réglementaire. Effectivement, le code de la santé publique nous dit « *chaque établissement remet aux patients, lors de son admission, un livret d'accueil auquel est annexée la charte de la personne hospitalisée¹ (...)* ». Chaque établissement se doit d'évaluer ses conditions d'accueil et de séjour². Une procédure d'accueil est donc définie dans l'établissement avec des étapes à ne pas manquer et fait partie de la démarche qualité.

L'accueil des étudiants a aussi toujours été une préoccupation des personnels, quel que soit le type de formation suivie et sans qu'il n'existe de procédure formalisée. Un travail sur la création d'un livret d'accueil avait été initié, mais n'a jamais abouti faute de temps.

En ce qui concerne l'accueil du nouveau professionnel recruté, il n'existe aucune procédure hormis une journée d'accueil qui a lieu en moyenne une fois par an et donc souvent bien longtemps après l'arrivée de celui-ci. L'accueil et l'intégration restent donc à l'initiative de chaque cadre de santé de chaque unité et de leur équipe respective. Ayant travaillé sur 2 résidences différentes, j'ai pu constater des différences de pratique. J'ai moi-même accueilli à plusieurs reprises de nouveaux collègues, le contexte était chaque fois différent. Je n'étais pas toujours informé de cette arrivée, n'avais donc pas pu l'anticiper. Dans ces conditions, je pense que même si nous essayons de masquer une certaine gêne, elle reste visible. Lors de mon stage en entreprise, en octobre dernier, j'ai pu remarquer, le soin particulier qui était mis lors de l'arrivée d'un nouvel employé. Systématiquement, l'ensemble du personnel était informé et une personne était chargée de l'accueil et du tutorat de celle-ci. Ensuite, un bilan était réalisé au bout d'une semaine... ***Cela m'amène à me questionner sur l'importance de l'accueil et l'intégration des nouveaux professionnels ? Comment arriver à uniformiser les pratiques dans mon établissement ?*** »

J'ai bénéficié pendant quelques années d'un temps syndical. Une de mes missions consistées à rencontrer chaque nouveau professionnel pour présenter la section et les représentants des différentes instances et le fonctionnement de celles-ci. Ensuite, je leur remettais un livret d'accueil. Cette initiative était très appréciée des professionnels et nous avions souvent un retour avec une visite

¹ Code de la santé publique, 1^{ère} partie, titre 1^{er}, chapitre II, art L1112-2 www.legifrance.fr consulté le 12/12/2015 à 18h

² Ibid 1

au local de la section pour un complément d'information. Cette rencontre permettait au nouveau professionnel de se repérer dans l'institution en termes de fonctionnement et d'organisation.

Le recrutement de nouveaux agents se fait souvent dans un contexte de pénurie, surtout pour les infirmières, ce qui engendre un temps d'encadrement restreint. Ceci met le nouvel agent en difficulté dans la réalisation de ses différentes tâches. Cela peut se manifester par une perte de temps pour la recherche de matériel ou d'informations. Le professionnel se retrouve donc mis en difficulté et cela peut lui renvoyer une image négative de lui-même. Ceci peut engendrer une perte de confiance en lui alors que s'il avait eu les informations nécessaires ou un tutorat suffisant, la situation aurait pu être évitée. Une question s'impose : « ***Quel est le rôle du cadre de santé à l'arrivée d'un nouveau professionnel ? Quel est le rôle de l'équipe ?*** »

Aujourd'hui, l'Homme ne place plus le travail en priorité comme auparavant. D'autres valeurs, comme la famille et les loisirs sont ses priorités, nous travaillons pour vivre, par nécessité. Comme le dit Philippe BERNOUX : « *Finalemnt, le travail apparait comme une nécessité malheureusement pénible et déplaisante que l'homme cherche à fuir. La crainte de la famine est l'incitation au travail la plus répandue, le reste, en particulier l'intérêt au travail, est tout à fait secondaire.* »³ C'est pourquoi, à la vue de ce constat, il est impératif que l'intégration ne soit pas seulement une préoccupation des institutions, mais bien une réelle démarche managériale du cadre de santé. D'autre part, si nous ne nous plaisons pas dans notre travail, nous n'hésitons plus à en changer. Rares sont les personnes qui réalisent l'ensemble de leur carrière dans une seule et unique entreprise comme le faisaient nos aînés !

Dernièrement, une fuite importante du personnel infirmier, sur une des résidences de l'établissement, a engendré une modification de l'organisation du travail en attendant l'arrivée de nouvelles infirmières (17 départs infirmiers sur l'année 2015 sur une équipe d'un peu moins de 40). Les équipes soignantes (AS, ASH) se sont senties délaissées et perdues par manque de repères. Les infirmières nouvellement recrutées quant à elles ont eu beaucoup de mal à prendre leur place dans ces équipes. Ces situations m'interrogent sur : « ***Pourquoi sont-elles parties ?*** », « ***Qu'est-ce qui aurait pu les aider ?*** », « ***Quels leviers le cadre peut-il utilisé pour fidéliser son personnel ?*** ». D'après leurs dires, ce qui les a mis en difficultés, ce serait le manque d'encadrement, un manque d'informations. Par encadrement, elles entendaient l'instauration d'un tutorat qui ne s'est fait que sur 1 jour ou 2 par manque de personnel, aucun livret d'accueil ne leur a été remis lors de leur entretien de recrutement et l'ensemble du personnel n'était pas informé de leur arrivée, elles ne se sont donc pas senties attendues. Cette fuite importante du personnel infirmier ne se constate que sur une résidence, cela me renvoie à la question suivante : « ***Le type de management du cadre joue-t-il un rôle dans cette situation ?*** »

³ Philippe BERNOUX, La sociologie des organisations, éditions du Seuil, Paris 1995, p 47

Mon établissement à la chance de pouvoir proposer différentes prises en charge par sa diversité de prise en soin. J'ai moi-même été amenée à changer de service suite une inadéquation entre mes valeurs et celle du service dans lequel je me trouvais. Ces changements m'ont permis de me construire professionnellement, mais aussi individuellement. La fuite d'un établissement n'est pas forcément la solution, un simple changement de service peut suffire.

J'exerce depuis maintenant 15 ans dans le milieu spécifique qu'est la gériatrie. Le travail en EHPAD présente une plus-value qui n'existe pas dans certains services, c'est pour cette raison que je suis restée fidèle à mon établissement. « *Cette plus-value a-t-elle été mise à la connaissance des nouvelles recrues ?* » Je développerai ce point dans mon cadre conceptuel.

D'autre part, la commande de l'institution est d'avoir un personnel opérationnel dans des délais de plus en plus courts tout en le fidélisant. Pour cause, le taux de rotation du personnel a un coût pour l'organisation. « *Comment y parvenir dans le contexte socioéconomique actuel ?* » Un autre facteur entre en compte, certaines catégories de personnel sont encore difficiles à recruter comme les infirmières et les aides-soignantes.

Beaucoup d'entreprises du secteur privé mettent un soin particulier à l'accueil et l'intégration de leurs salariés et dans certains domaines d'activité, ça marche ! *Alors pourquoi le milieu de la santé et plus spécifiquement la gériatrie n'y arriverait-elle pas ?*

Un facteur est à prendre en compte aussi, c'est le fait que la génération qui entre sur le marché du travail actuellement est la génération Y, cette dernière à quelques exigences. Elle aime que nous prenions soin d'elle et cela se fait tout d'abord par un accueil personnalisé. C'est une génération qui ne restera pas comme la génération X ou celle des baby-boomers 15 ou 20 ans dans la même entreprise, car elle est nomade, mais l'objectif d'une bonne intégration est de les garder dans la structure entre 3 à 5 ans et plus si possible et non de les voir partir au bout de 6 mois ! Cette génération attend beaucoup du cadre de santé, ce dernier doit mettre en place un management participatif et de proximité pour répondre à leur demande.

Certains travaux ont été menés pour connaître ce qui rendait attractifs les établissements et fidélisait le personnel, voici les critères qui en ressortent : « *le recrutement et l'accueil des professionnels, la valorisation des compétences, l'évolution professionnelle, les conditions de travail, le management, la dynamique d'établissement*⁴. »

Ce sont tous ces constats qui m'ont amené à vouloir travailler sur ce sujet. Ensuite, est venue se greffer une commande institutionnelle pour comprendre les raisons de cette fuite et trouver comment y remédier.

⁴Attractivité et fidélisation des professionnels paramédicaux dans les structures sanitaires et médico-sociales, Rapport de l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile de France, juin 2008, p 15

Toutes ces observations m'ont amené à me poser la question de la nécessité de la formalisation d'un processus d'accueil pour les nouveaux professionnels d'autant plus dans un milieu spécifique comme la gériatrie et surtout en EHPAD. Mon interrogation est donc la suivante :

« Comment un processus d'intégration formalisé peut-il faciliter l'intégration du nouveau professionnel embauché au sein d'une unité en EHPAD ? Où se situe le cadre de santé dans cette démarche d'intégration ? »

Afin d'essayer de répondre à ce questionnement, je poursuivrai dans une première partie par le cadre théorique avec l'abord des différents concepts qu'il me semble indispensable de définir que sont : la socialisation organisationnelle, l'intégration, l'accueil puis la construction identitaire. Ensuite, je vous parlerai des différents acteurs de l'intégration et des outils existants pour arriver à mes hypothèses de départ. Dans une deuxième partie, j'aborderai les enquêtes et la méthodologie utilisée. Je terminerai dans une troisième partie par l'analyse des résultats et la confrontation avec mes hypothèses de départ.

2 La découverte et l'enrichissement autour de ma problématique

Il faut savoir que, quel que soit l'organisation, l'établissement ou l'entreprise, un nouveau professionnel embauché va éprouver un sentiment de déstabilisation, il va avoir des besoins d'informations, de sécurité et d'appartenance. Tous ces éléments sont à prendre en compte lors de la prise de poste.

Avant d'aborder les différents concepts, je voudrais commencer par vous présenter ce qu'est la gériatrie et ces spécificités puisque ma problématique aborde l'intégration en EHPAD.

2.1 Le travail en milieu gériatrique

2.1.1 Qu'est-ce que la gériatrie ?

Selon le dictionnaire médical Larousse⁵, la gériatrie est : « la discipline médicale consacrée aux maladies dues au vieillissement (...) Les sujets âgés sont souvent atteints par plusieurs affections concomitantes (...). Aussi la prise en charge de tels patients nécessite-t-elle des connaissances spécifiques (...) ».

Cette discipline se consacre à la prise en charge de la personne contrairement à la gérontologie qui elle étudie le vieillissement humain.

La gériatrie est la prise en charge de patients de plus de 60 ans qui présentent plusieurs pathologies. Son entrée en institution fait suite à une dégradation de son état de santé.

⁵ Larousse médical éditions Larousse version 2004 p 430

La gériatrie est donc une approche globale du patient, le prenant en compte dans son entièreté. L'objectif de la prise en soin, hormis ses diverses pathologies, est de trouver la meilleure solution adaptée à son nouvel état clinique.

Elle est aussi une approche pluridisciplinaire. Il s'agit donc d'un travail d'équipe pour lequel intervient une équipe complète (médecin gériatre, infirmières, aides-soignantes, auxiliaires de vie...), mais aussi son entourage (famille et amis).

Je résumerai la gériatrie comme la spécialité prenant en soin le sujet âgé dans sa globalité (famille, environnement, histoire... et ses diverses pathologies). Cette spécialité possède donc des spécificités, mais quelles sont-elles ?

2.1.2 *La gériatrie et ses spécificités*

Si le milieu gériatrique n'est guère attractif, ce n'est que par l'image qui en ait donné. L'image de la personne âgée nous renvoie à notre propre vieillesse et cela n'est pas toujours très flatteur, des rides apparaissent, nos cheveux blanchissent, nos articulations se déforment... mais n'existe-t-il pas une certaine beauté dans cette vieillesse ? Être « vieux » c'est aussi devenir grands-parents, transmettre notre histoire, être « Sage » ... Le nombre de personnes âgées ne cesse d'augmenter depuis des années et les progrès de la médecine en sont une des raisons. Mais il existe toujours cette image péjorative de la gériatrie par méconnaissance du travail qui y est réalisé, et ce par l'ensemble des professionnels. Nous pouvons encore entendre aujourd'hui : « *les infirmières qui travaillent en EHPAD n'ont rien à faire* » ou encore « *il n'y a pas de soin technique en EHPAD* ». Eh bien, je peux vous affirmer que cela est faux, le travail est différent, mais il existe aussi des soins techniques et les journées de travail sont très chargées.

La première spécificité du travail en gériatrie est la diversité des pathologies rencontrées. La personne âgée qui arrive en institution est souvent porteuse non pas d'une, mais de plusieurs pathologies ce qui complexifie sa prise en soin et la rend de ce fait intéressante et enrichissante. Chaque résident reste singulier. Certains protocoles qui sont mis en place sur un hôpital, par exemple l'insuline pour un patient diabétique, ne pourront être utilisés chez un autre en milieu gériatrique. Les poly pathologies de la personne âgée peuvent amener de la technicité dans les soins comme des trachéotomies, des gastrostomies endoscopiques percutanées, des respirateurs artificiels, des dialyses péritonéales... Tous ces soins rendent le travail en EHPAD riche et diversifié.

Une autre spécificité est la richesse des contacts intergénérationnels. C'est un échange permanent, pour certains résidents, nous devenons comme leur deuxième famille. Des liens se tissent avec eux, mais aussi avec leur entourage, cette connaissance de l'ensemble de leur environnement permet d'optimiser la prise en soin. Cela ne nécessite qu'un simple geste « une main posée sur une épaule » ou encore juste un mot « *bonsoir* » avant de partir pour illuminer leur journée.

Dans mon établissement, un autre point peut être mis en avant : l'animation. L'IDE ne fait pas seulement des injections ou des pansements et l'AS ne réalise pas seulement des toilettes ou des changes. Nous participons à l'organisation de séjours chaque année, nous programmons des activités (sortie au marché, après-midi à thème...) et de façon plus quotidienne, nous échangeons avec les résidents autour d'une partie de domino, de carte...

Le travail en équipe pluridisciplinaire y est riche. En EHPAD, il n'y a pas que des professionnels diplômés. Le travail des AS est effectué aussi par des ASH. Cela permet aux IDE, AS ainsi qu'au cadre de santé de guider, former les ASH. Le cadre ainsi que l'IDE peuvent ainsi repérer des compétences et ensuite accompagner ces professionnels vers la professionnalisation en reprenant le chemin de l'école ou de la validation des acquis de l'expérience. Une des grandes récompenses pour le cadre comme pour l'IDE est de les voir revenir avec leur diplôme.

Le travail en gériatrie permet de développer ces compétences, mais aussi de s'investir dans différents projets : le projet d'établissement qui est renouvelé tous les 5 ans, les projets de soins individualisés des patients, les projets de service. Cet investissement permet de maintenir la motivation. Le cadre joue un rôle important à ce niveau.

En ce qui concerne les IDE, un autre élément reste important : la responsabilité. Si à l'hôpital, un médecin est constamment présent, ce n'est pas le cas en EHPAD. Ils doivent donc être capables de prendre certaines décisions comme hospitaliser, appeler les pompiers ou le SAMU. Cette responsabilité est accentuée lorsqu'ils partent en séjour avec des résidents et des soignants (AS, ASH, animateur), il peut être amené à prendre des décisions qu'il n'aurait pas à prendre dans un environnement hospitalier. L'IDE est beaucoup plus autonome dans son organisation journalière.

La dernière chose qui est pour moi aussi très importante en EHPAD, c'est l'esprit convivial et familial que l'on y retrouve. Dans toutes les situations difficiles, qu'elles soient professionnelles ou personnelles, il y a un esprit de soutien, d'entraide qui se met en place sans qu'aucune demande particulière soit formulée. Les exemples qui me viennent sont : suite à l'annonce d'une grossesse, l'ensemble de l'équipe veillera à ce que la femme enceinte ait le minimum de manipulation de charge à faire ou encore en cas de décès d'un proche, une carte sera achetée et chacun y inscrira un petit mot de soutien à la personne... ce sont tous ces petits gestes et tout ce que j'ai énoncé précédemment qui me donnent envie de retourner chaque jour travailler. La collaboration médecin/IDE est aussi beaucoup plus évidente qu'à l'hôpital, le rapport hiérarchique est beaucoup moins marqué.

J'ai retrouvé certaines de ces spécificités dans un article « Quelle stratégie pour recruter et fidéliser en gériatrie ? ⁶ » ce qui me conforte dans mon impression que le milieu gériatrique a un fort pouvoir attractif, mais que celui-ci n'est peut-être pas mis suffisamment en valeur.

⁶ Quelle stratégie pour recruter et fidéliser en gériatrie ? Soins cadre n°74, mai 2010 p28 à 30

Dès la petite enfance, nous sommes confrontés à différents processus d'intégration, le premier étant celui de la famille, ensuite vient celui des collectivités avec la crèche, l'école, les clubs de sport... pour finir par le milieu professionnel. Cette intégration est dépendante de soi, mais aussi des autres ainsi que d'autres facteurs contingents. Ces différentes étapes que nous vivons font partie d'un processus plus large appelé la socialisation. Je commencerai donc par vous définir ce concept.

2.2 L'intégration : Que nous disent la littérature et la réglementation ?

Cette partie de mon mémoire va reprendre les différents concepts qui intéressent l'intégration ainsi que la réglementation qui en fait référence dans le milieu de la santé.

2.2.1 La socialisation : de quoi parle-t-on ?

La socialisation peut être définie comme un processus qui vise à transmettre les valeurs et les normes d'un groupe, d'une société dans l'objectif de créer une identité sociale et d'intégrer l'individu dans la société.

Dans la littérature actuelle, nous retrouvons deux stades de socialisation :

- *La socialisation primaire* : cette phase de socialisation est réalisée en grande partie par la famille. Elle se déroule durant l'enfance. Elle consiste en la transmission de la langue, des valeurs, des codes de bonnes conduites...
- *La socialisation secondaire* : elle intervient au moment où l'individu change de statut, pour passer souvent d'enfant à parent ou encore d'un statut d'étudiant à celui de professionnel. Ce processus dure tout au long de la vie.

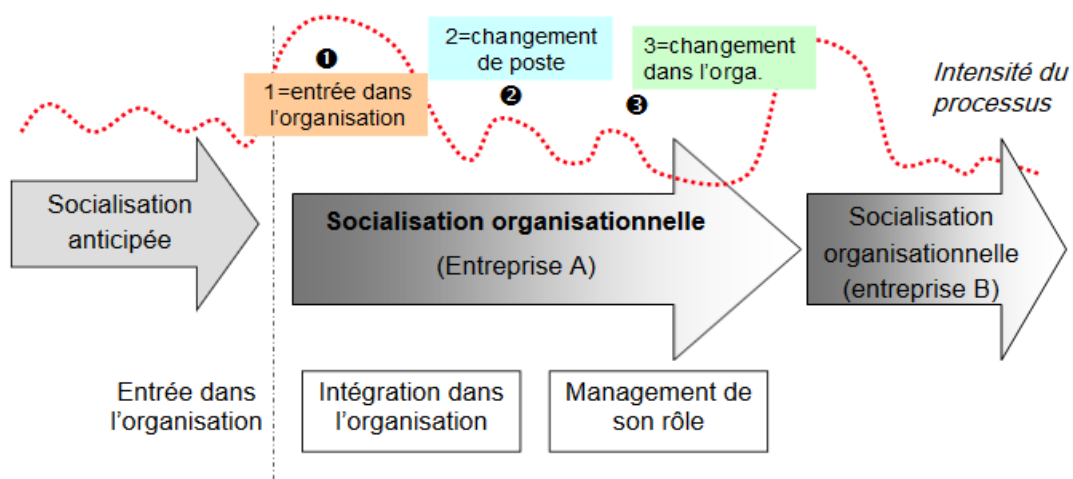
C'est donc cette socialisation secondaire qui m'intéresse. Effectivement, cette dernière va se réaliser au sein des différentes structures, entreprises ou encore organisation que l'individu rencontrera donc le milieu professionnel. Elle est appelée aussi socialisation organisationnelle.

Pour Dominique BOLLIET et Jean Pierre SCHMITT, le concept de socialisation « *s'attache à comprendre les mécanismes de transmissions de la culture, comment les individus incorporent les valeurs, les normes, les rôles.*⁷ » Pour eux, cela fait intervenir 4 dimensions : la transmissions et l'intériorisation de la culture, la construction identitaire, l'intégration des individus au groupe et les capacités du groupe à intégrer, à créer des liens.

Ce concept de socialisation organisationnelle vient des pays anglo-saxons. Il est apparu dans les années 1960 et ne cesse de se développer et d'intéresser les chercheurs. De fait, le recrutement engendre des coûts pour les entreprises, que ce soit en termes de compétences comme d'argent. Ce

⁷ D.BOLLIET et JP. SCHMITT, La socialisation, éditions Bréal, 2008

concept permettrait d'optimiser l'intégration des nouvelles recrues dans une entreprise, de gérer les différents changements qui ont lieu au cours de la carrière et de faciliter les transferts de compétences entre générations. C'est un processus encore plus large que celui d'intégration. Ce dernier en est un sous-processus. Delphine LACAZE, Maître de conférences à l'IAE d'Aix-en-Provence, a beaucoup étudié ce sujet et nous dit que la socialisation organisationnelle est « *un processus double, de transmission et d'acquisition, entre les membres expérimentés de l'organisation et les nouvelles recrues*⁸ » et elle la représente par le schéma⁹ ci-dessous. À travers cette approche, nous percevons bien que l'individu est en partie acteur de sa socialisation et donc de son intégration, mais aussi que cela se fait par le biais d'échanges.



Cette représentation illustre bien le fait que la socialisation ne s'arrête jamais. Celle-ci se compose de 3 étapes :

- La socialisation anticipatrice qui consiste pour le professionnel à se construire une représentation de son futur environnement de travail,
- L'accommodation qui correspond à l'appropriation de son nouveau rôle,
- Le management rôle à partir du moment où il connaît les connaissances et compétences à mobiliser pour remplir son rôle.

Comme je vous l'ai dit, la socialisation organisationnelle comprend l'intégration, c'est donc ce concept que je vais maintenant tenter de définir.

2.2.2 L'intégration : un concept polysémique

Lorsque nous abordons le concept d'intégration, la première notion à laquelle il fait référence, en littérature ou bien dans l'actualité, est l'immigration. L'intégration ne se retrouve donc pas

⁸ D.LACAZE et S. PERROT, L'intégration des nouveaux collaborateurs, éditions Dunod Paris 2010

⁹ D.LACAZE : la gestion de l'intégration en entreprise de service : l'apport du concept de socialisation organisationnelle. Revue management et avenir n° 14 2007/4 p9 à 24

seulement dans le milieu professionnel. Effectivement dès la plus jeune enfance nous sommes confrontés à ce processus : lors de l'entrée en crèche, à l'école... Elle est parfois facile et d'autre fois moins, elle est dépendante de la nature de chaque personne.

L'intégration est un concept polysémique. Différents auteurs ont tenté de le définir dont Émile DURKHEIM¹⁰ en est le précurseur. Pour lui, l'intégration se définit comme « le vivre ensemble », elle constitue une propriété de la société, il n'y a pas de « Moi » sans un « Nous », c'est le rattachement d'un individu au système social global. Cette définition nous montre que l'individu ne peut être intégré sans interaction avec autrui.

En sociologie, le terme d'intégration à deux sens : d'une part elle désigne un état du système social et d'autre part la situation d'un individu ou d'un groupe interagissant et partageant des valeurs, des normes de la société à laquelle ils appartiennent.

Mais prenons maintenant la définition du dictionnaire de la langue française. Selon le Petit Larousse, intégration se définit comme « *le fait d'intégrer* ¹¹», ce qui nous amène à définir intégrer. Intégrer c'est selon le dictionnaire Larousse « *Insérer quelque chose dans quelque chose, l'y incorporer, le faire entrer dans un ensemble* » ou « *Placer quelque chose dans un ensemble de telle sorte qu'il semble lui appartenir, qu'il soit en harmonie avec les autres éléments* » ou encore « *Faire que quelqu'un, un groupe ne soit plus étranger à une collectivité, qu'il s'y assimile* »¹². Ce sont ces deux dernières définitions qui m'intéressent dans le cadre de ma recherche, mon travail portant sur l'intégration du nouveau professionnel dans une unité. Qu'est-ce qui va faire que le professionnel va s'intégrer ou pas ?

Delphine LACAZE nous donne une définition intéressante de l'intégration qui est « *le processus par lequel on enseigne à un individu et par lequel cet individu apprend les ficelles d'un rôle organisationnel* »¹³. Toutes ces définitions nous parlent d'individus en interaction, mais la dernière ajoute une nouvelle notion, celle de tutorat, concept important dans l'intégration, j'y reviendrai un peu plus tard.

Plus récemment, Delphine LACAZE la définit comme l'action managériale : « *L'intégration consiste à accompagner un nouveau salarié dans la maîtrise des aspects techniques de son emploi et dans la compréhension de son rôle s'inscrivant dans l'environnement culturel et social propre à l'organisation. L'intégration finalise la procédure de recrutement dans une perspective de fidélisation du salarié à long terme, ou d'efficacité à court terme pour les emplois et les missions de*

¹⁰ Sociologue français, il enseigne le droit et la philosophie avant d'entreprendre la rédaction d'ouvrages de sociologie, puis d'enseigner cette matière nouvelle à Bordeaux, puis à la Sorbonne à partir de 1902. Il est l'un des fondateurs de la sociologie moderne.

¹¹ Dictionnaire Larousse édition 1986 p 552

¹²<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/int%C3%A9grer/43537>, consulté le 31/10/2015 à 19h

¹³ D.LACAZE, Vers une meilleure compréhension des processus d'intégration : validation d'un modèle d'intégration proactive des nouveaux salariés, revues gestion des ressources humaines. Avril,-mai-juin 2005 p20

courte durée »¹⁴. La notion de tutorat peut se retrouver aussi dans cette définition sous le mot accompagnement. Une notion nouvelle apparaît ici, c'est la fidélisation, mais pas seulement. Nous retrouvons un cadre à l'intégration qui commencerait au moment du recrutement. Effectivement, le nouvel embauché commence son processus d'intégration dès ses premiers pas dans l'organisation c'est-à-dire au moment de son entretien d'embauche. Plusieurs acteurs peuvent donc être impliqués : le directeur des ressources humaines, le cadre de pôle, le cadre de santé, mais aussi l'équipe soignante.

Walter HESBEEN quant à lui définit l'intégration de la manière suivante : « *Intégrer est la dimension relationnelle et émotionnelle du travail. Cela consiste à communiquer, c'est-à-dire écouter, comprendre, répondre ; mais aussi orienter le dynamisme de chacun dans une direction commune, à instaurer et maintenir un climat relationnel générateur de respect mutuel. Cela signifie également être attentif aux personnes, construire l'équipe en même temps que les projets de travail concret* »¹⁵. Il ajoute une dimension que nous ne retrouvons pas dans les autres, le climat social et un objectif commun.

Pour moi, l'intégration d'un nouveau professionnel n'est pas à prendre à la légère et doit être anticipée et réfléchie. Le cadre que je serai, mais aussi l'ensemble des membres de l'équipe doit y être associé et impliqué. Effectivement, les premiers pas dans l'institution vont être décisifs, car c'est souvent cette première image qui sera gardée en mémoire et elle peut avoir un impact sur la suite des événements. Il faut tenir compte de plusieurs facteurs qui entrent en compte comme le stress éprouvé par le nouvel arrivant, même s'il n'est pas toujours visible, il est bel et bien présent. Tout changement engendre une prise de risque et donc un certain stress que ce soit pour le jeune diplômé comme le professionnel aguerri. Il ne faut pas oublier aussi l'équipe qui va accueillir, car cette arrivée va remettre en cause leur mode de fonctionnement, leurs habitudes et peut être la routine qui avait pu s'installer.

Il existe différents degrés d'intégration, Serge PAUGAM¹⁶ en détermine 4 :

- L'intégration assurée qu'il définit ainsi : « *type idéal d'intégration professionnelle comme la double assurance de la reconnaissance matérielle symbolique du lorsque le salarié éprouve de la satisfaction travail et de la protection sociale qui découle de l'emploi.* »
- L'intégration incertaine,
- L'intégration laborieuse,
- L'intégration disqualifiante.

¹⁴Ibid 7

¹⁵Walter HESBEEN : les relations de pouvoir : les leaders utiles et les leaders nuisibles. Objectifs Soins n°47 novembre 1996

¹⁶ Serge PAUGAM, Quand l'intégration professionnelle devient disqualifiante, Revue Economie & Humanisme, n° 381, juin 2007

Sa définition de l'intégration assurée s'appuie donc sur deux conditions. La première étant que le professionnel éprouve une satisfaction dans la réalisation de son travail et la seconde qu'il y trouve une sécurité de l'emploi. Regardons maintenant ce que cela signifie pour les 3 autres types d'intégration à l'aide du tableau¹⁷ suivant.

	Satisfaction dans le travail	Stabilité de l'emploi
Type idéal :		
• L'intégration assurée	+	+
Déviations :		
• L'intégration incertaine	+	-
• L'intégration laborieuse	-	+
• L'intégration disqualifiante	-	-

Au regard de ce tableau, je retiendrai seulement deux types d'intégration pour ma recherche, l'intégration assurée et l'intégration incertaine. Je m'explique, un professionnel qui est satisfait dans son travail peut apporter une valeur ajoutée à l'entreprise, car il pourra s'investir et acquérir de nouvelles compétences. Le cadre que je serai aura un rôle à jouer à ce niveau même si je ne pourrai pas garantir la stabilité de l'emploi dans le cas où l'agent est contractuel. Le cadre se doit de valoriser les professionnels investis même si ces derniers ne sont pas amenés à rester, ils auront ainsi une image positive de l'établissement et la diffuseront dans leur environnement. En tant que cadre, je pourrai mettre en avant les compétences de l'agent et les utiliser pour l'établissement même si ce n'est que pour une période prédéfinie, cela permet à l'agent d'être valorisé et reconnu pour ses compétences dans son poste.

Les résultats d'une étude sur l'intégration des collaborateurs dans les entreprises, menés par Mercuri Urval (cabinet-conseil en sélection et management des talents) auprès de 445 personnes, ont été publiés dans un article le 22/05/2012. Les résultats sont les suivants :

- « 65 % des entreprises n'ont pas de processus d'intégration.
- Près d'un salarié sur deux a envisagé de quitter son entreprise pendant la période d'essai,
- 50 % d'entre eux ont envisagé de quitter l'entreprise à cause de divergences de vues »¹⁸.

Nous pouvons donc nous poser la question de la nécessité d'un processus d'accueil. Une autre enquête¹⁹ publiée sur le site www.cerclerh.com sur les événements facilitant l'intégration professionnelle nous démontre qu'une intégration institutionnalisée est reconnue comme facilitant la

¹⁷ Ibid 15

¹⁸<http://www.myrhline.com/actualite-rh/etude-sur-integration-des-collaborateurs-dans-les-entreprises.html#> consulté le 11/01/2016 à 18h10

¹⁹http://www.cerclerh.com/editorial/integration_collabo3.asp consulté le 11/01/2016 à 19h01

socialisation organisationnelle pour presque 30% des personnes interrogées et qu'un bon accueil est aussi cité pour 15%. Un des facteurs favorisant la fidélisation du personnel dans les Magnet Hospitals²⁰ est l'existence d'un programme d'intégration.

La circulaire du 3 juillet 2001 relative au projet social demande aux établissements financés par dotation globale d'avoir des modalités de recrutement et d'intégration des nouveaux personnels. Le manuel de certification de la Haute Autorité de Santé reprend cette notion d'intégration dans son critère 3b et nous dit « *l'intégration de tout nouvel arrivant est organisée*²¹ ».

Au regard de ces différents apports, je définirais donc l'intégration comme un processus permettant à un individu de s'insérer dans un ensemble, un groupe, une institution ou encore dans une unité et d'acquérir des compétences pour développer son employabilité. Pour que ce processus d'intégration se mette en place, un tutorat semble indispensable au sein de l'unité. Mais avant d'être accompagné, il faut tout d'abord être accueilli, c'est donc ce concept que je vais maintenant aborder.

2.2.3 *Quelle signification donne-t-on à l'accueil ?*

Les équipes soignantes par définition sont habituées à accueillir, elles accueillent le patient et sa famille, c'est la première phase de prise en soins et elle peut être décisive pour la suite. Pourtant, l'accueil d'un nouveau collègue est souvent difficile et vécu comme une menace et cela peut leur demander un effort important. Cette phase de l'accueil va rarement au-delà de la première semaine de prise de poste et est déterminante.

Selon le Larousse, l'accueil est une « *Action et manière d'accueillir, de recevoir quelqu'un, quelque chose : hôtesse chargée de l'accueil des visiteurs* »²².

Une autre définition un peu plus complète existe : « *Cérémonie ou prestation réservée à un nouvel arrivant, consistant généralement à lui souhaiter la bienvenue et à l'aider dans son intégration ou ses démarches ; lieu où sont accueillies les personnes. Fait d'accueillir ou d'héberger* »²³. Elle aborde les notions d'aide et d'intégration donc d'accompagnement. Dans chacune de ces définitions revient le verbe d'action lié à l'accueil : accueillir.

Pour Walter HESBEEN « *être accueilli c'est être attendu en vue de réaliser quelque chose, bénéficier d'un sourire, capter 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 la disponibilité en terme de moment, de lieu, de personne (...), être aidé pour découvrir et apprendre à connaître l'environnement notamment en terme de locaux, de fonction des autres services (...), être aidé pour identifier sa place dans le groupe et percevoir que chacun connaît cette place, son étendue*

²⁰S. STORDEUR et W. D'HOORE : attractivité, fidélisation et qualité des soins : 3 défis, une réponse

²¹http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf p 24 consulté le 5 novembre 2015 à 17h18

²²www.larousse.fr/français/accueil/569 consulté le 13/09/2015 à 18h44

²³<http://fr.wiktionary.org/wiki/accueil> consulté le 13/09/2015 à 18h51

et ses limites, avoir recours à une personne référente, avoir l'occasion d'exprimer ses attentes ainsi que ses éventuelles craintes ou difficultés, prendre consciences des attentes du service, de ses limites et de ses exigences fortes »²⁴. Cette définition nous montre que l'accueil d'un nouveau professionnel ne doit pas être négligé, mais doit être préparé et anticipé, car cette première étape de l'intégration va être déterminante sur la suite des relations au sein de l'équipe de travail. Si la personne se sent attendue, qu'elle est accompagnée et que tout ce dont elle a besoin est mis à sa disposition (vestiaire, clefs...), le ressenti sera différent. C'est la même chose que lorsque nous accueillons un nouveau résident et sa famille, lorsque nous sommes informés de l'arrivée, nous pouvons l'anticiper et la préparer. Je distinguerai toutefois deux types d'accueil : l'accueil administratif qui se déroule au moment du recrutement et l'accueil professionnel qui s'effectue au moment de la prise de poste. Les informations qui y seront données ne sont pas les mêmes.

Côté réglementation, l'accueil est repris par la grille ANGÉLIQUE²⁵, utilisée par les établissements médico-sociaux pour leur certification, dans le thème personnel. Mais aussi dans les différents textes comme le décret de compétences des infirmières du 31 juillet 2009 ainsi que dans le référentiel de compétences des cadres de santé qui est encore un document de travail. Le rôle du cadre est bien d'accueillir le nouveau professionnel.

Toutes ces définitions nous montrent bien que l'accueil va permettre de créer des liens et ainsi contribuer à la construction identitaire.

2.2.4 *La construction identitaire*

Juridiquement, l'identité correspond au nom, sexe, lieu de naissance et de résidence de l'individu et est liée à l'appartenance familiale. En sociologie, l'identité peut être perçue différemment en fonction de l'individu et de ce que les autres lui renvoient, il existe donc l'identité pour « soi » et pour « autrui » appelée identité personnelle et identité sociale. La première est souvent liée à la socialisation primaire que j'ai abordée précédemment. L'identité se construit donc dès l'enfance et continue tout au long de la vie au travers des différentes organisations, entreprises que nous intégrons. Claude DUBAR illustre bien ces propos, il écrit « *l'identité humaine n'est pas donnée une fois pour toutes, à la naissance : elle se construit dans l'enfance et doit se reconstruire tout au long de la vie. L'individu ne la construit jamais seul : elle dépend autant des jugements d'autrui que de ses propres orientations et définitions de soi*²⁶. » Le concept d'identité au travail a été introduit

²⁴ Walter HESBEEN : Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin dans une perspective soignante. Paris inter éditions, Masson 1997 p 195

²⁵<http://www.soignantenehpad.fr/medias/files/grille-angelique.pdf> consulté le 5 novembre 2015 à 17h15

²⁶ Claude DUBAR, La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles, éditions ARMAND COLIN, Paris 1991, p 123

par SAINSAULIEU en 1977, c'est pour lui, les « façons de se situer dans le système social d'entreprise ».

Une prise de poste amène beaucoup de changement pour l'individu, il doit se familiariser avec de nouveaux collègues, un nouvel environnement, de nouvelles pratiques et intégrer les valeurs de l'entreprise, tout ceci va obliger l'individu à faire le deuil d'une partie de son ancienne identité professionnelle pour en construire une nouvelle. Cela va demander à l'individu de se projeter dans le futur et d'imaginer les avantages de sa nouvelle identité, du rôle qu'il va avoir à tenir tout en conservant bien sûr son individualité profonde.

Cette construction identitaire va pouvoir se faire grâce à tous les acteurs que rencontrera le nouveau collaborateur : ses pairs, sa hiérarchie par le biais de partage des savoirs, savoirs faire, savoirs être à travers un accompagnement ou tutorat et la transmission des valeurs de l'entreprise. Les différentes formations dont pourra bénéficier le nouvel arrivant contribueront aussi à forger son identité professionnelle.

2.3 Les acteurs de l'intégration

2.3.1 Le directeur des ressources humaines

Bien que responsable de la gestion des ressources humaines, il a de moins en moins de responsabilités dans le recrutement du personnel. Sa mission se centre au niveau administratif c'est-à-dire la rédaction des contrats de travail, l'enregistrement administratif... J'ai pu constater lors de mes stages que chaque pôle effectuait ses recrutements, les ressources humaines réceptionnaient et redistribuaient les candidatures reçues. Effectivement, ce sont les cadres de pôles ou cadres supérieurs de santé qui reçoivent directement les nouveaux professionnels.

2.3.2 Le cadre supérieur de santé

L'entretien de recrutement revient souvent au cadre de pôle ou au cadre supérieur de santé en fonction des établissements. Il va juger à la vue du curriculum vitae et de son entretien des capacités et motivations du professionnel, mais pas seulement. De par ses questions et sa façon de mener l'entretien, il va devoir se faire une image du postulant pour savoir si ce dernier est en accord avec les valeurs de l'institution qu'il souhaite intégrer, le cadre supérieur pourra aussi prendre connaissance des attentes du candidat et des éventuels besoins en formation pour l'adaptation au poste proposé. Mais aussi cette rencontre va permettre de savoir si le candidat correspond au profil du poste. Lors de cet échange, la fiche de poste peut être remise au futur embauché. De fait, un recrutement demande du temps d'encadrement pour l'équipe qui va l'accueillir et si celui-ci n'est pas validé par la suite, cela engendre un coût. Cet entretien est donc primordial. Une visite du service d'affectation peut être envisagée, souvent elle sera réalisée par le cadre du service de soins.

2.3.3 Le cadre de santé

Le cadre de santé exerce sa fonction en regard du décret du 18 août 1995 relatif à la formation de cadre de santé, effectivement, il n'existe aucun référentiel de compétence pour cette profession. Nous pouvons toutefois nous appuyer sur un document de travail de la DGOS concernant la réingénierie du diplôme-cadre de santé²⁷. Il est précisé dans son activité 3 : « *Management, encadrement et animation des équipes pluri professionnelles (...) Fixation d'objectifs individuels et collectifs, mise en place et conduite de plans d'action, de délégations (...). Conduite d'entretiens de recrutements. Organisation de l'intégration et du suivi des nouveaux membres de l'équipe, des stagiaires et étudiants (...) Soutien des membres de l'équipe dans les situations difficiles.* » et dans la compétence 3 : « *Manager des équipes pluri professionnelles dans un secteur d'activités de soin :*

- *Définir et fixer des objectifs individuels et collectifs en prenant en compte les objectifs et prévisions d'activités et les compétences et attentes des professionnels,*
- *Fédérer un collectif de travail autour d'objectifs, mobiliser des expertises,*
- *Communiquer et faciliter les échanges entre les membres de l'équipe,*
- *Animer le travail en équipe et développer la coopération,*
- *Développer et maintenir une dynamique d'équipe positive,*
- *Identifier, prendre en compte et développer les éléments qui contribuent à la qualité de vie au travail,*
- *Conduire et accompagner le changement,*
- *Expliquer les consignes, procédures et règles de fonctionnement aux membres de l'équipe et vérifier leur compréhension et leur application,*
- *Déléguer des activités et encourager la prise d'initiatives dans le respect de la réglementation,*
- *Conduire et animer des réunions d'équipe,*
- *Conduire des entretiens professionnels,*
- *Organiser l'intégration et le suivi des nouveaux membres de l'équipe, des stagiaires et étudiants,*
- *Organiser et mettre en œuvre une médiation en cas de désaccords,*
- *Gérer les conflits. »*

Nous nous apercevons d'après ce référentiel que le cadre est un acteur indispensable et primordial de l'intégration de nouveau professionnel. Il est le garant de la vie de l'équipe.

L'ambiance au sein d'une équipe soignante est souvent liée au type de management mis en place. Elle doit se sentir soutenue et écoutée, mais aussi accompagnée. Le cadre ne doit pas être là que pour user de son pouvoir hiérarchique. Pour pouvoir accompagner son équipe, le cadre doit

²⁷ Ministère des Affaires sociales et de la santé, Direction Générale de l'Offre de Soins, Diplôme de Cadre de santé, Référentiels d'activités et de compétences, disponible www.smpsante.fr consulté le 2/03/2016 à 20h03

l'impliquer, la consulter, mais aussi la tenir informée des évolutions et changements afin qu'elle adhère aux divers projets.

Le cadre de santé par la définition de ses fonctions doit accompagner, guider les différents professionnels de son équipe. Le texte régissant sa formation est le décret du 18 août 1995.

Henry MINTZBERG²⁸, le définit comme un chef d'orchestre, il est le responsable, l'animateur, et doit gérer les rapports humains entre les différents membres de l'équipe. Il doit coordonner l'ensemble des membres de son équipe s'il ne veut pas que ce soit une cacophonie.

Le leadership du cadre va être déterminant dans cet accompagnement. Si je reprends les différents types de leadership explicités par Sabine STORDEUR et William D'HOORE²⁹, je dirai que le leadership transformationnel est le plus approprié.

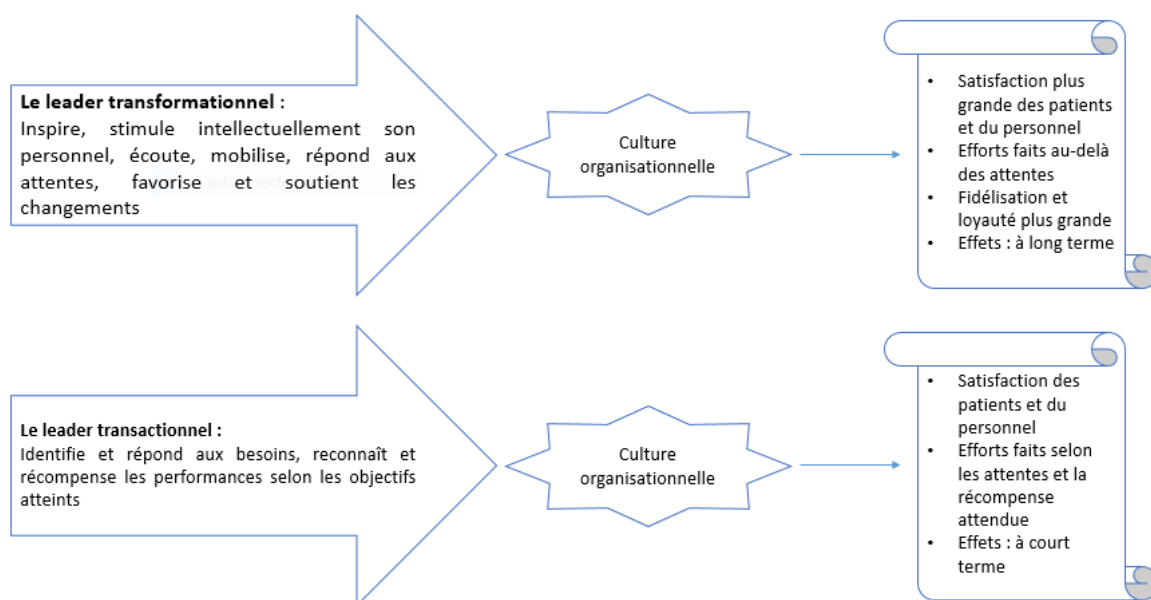


Fig. 2 : Le leadership transformationnel et transactionnel

À la suite de ces différents apports, je peux dire qu'en tant que futur cadre, je serai un des acteurs primordiaux dans l'intégration des nouveaux arrivants. Je devrais faciliter son intégration en veillant sur mon équipe. Par ma position à la fois membre de l'équipe, mais aussi à l'extérieur de celle-ci, je devrai pouvoir identifier les difficultés que peuvent rencontrer les différents professionnels.

2.3.4 La notion d'équipe

Avant de définir l'équipe en tant que telle, plusieurs auteurs, comme Didier ANZIEU, l'ont intégré dans les groupes. Ils nous disent qu'elle est un groupe restreint c'est-à-dire qu'elle se compose

²⁸ H. MINTZBERG, Le management, Voyage au centre des organisations, éditions d'organisation, 1999

²⁹ S. STORDEUR, W. D'HOORE, Attractivité, fidélisation et qualité des soins, 3 défis, une réponse, éditions Lamarre, 2009 p 22

de 2 à 12 membres, mais que son niveau d'équilibre se situe à 5/6. Ce groupe possède aussi certaines particularités, il est orienté vers la tâche et vers la vie du groupe. L'équipe est donc un groupe.

Le terme équipe est polysémique. La variabilité des regards de chacun et les représentations que nous en avons ne nous permettent pas de donner une définition définitive. Effectivement, le terme d'équipe est défini différemment en fonction de l'environnement dans lequel elle se situe.

2.3.4.1 L'équipe

Étymologiquement, d'après le Grand Robert, le mot équipe vient du mot « esquif » qui signifiait équipage et remonte au moyen âge, sa définition en était : « *Série de petits bateaux amarrés les uns aux autres, allant à la voile ou traînés par des hommes.* »

Selon Olivier DEVILLARD, « *elle se définit comme un groupe d'individus, organisés ensemble, conduit par un leader et œuvrant pour un même objectif* »³⁰. Ces attributs en sont les suivants : « *la présence d'un responsable, d'équipiers, d'un objectif et de pratiques qui visent la concertation d'action*³¹ ». Pour Olivier DEVILLARD, si un seul de ces éléments manque, alors l'équipe n'existe pas. Ces 2 définitions ne sont pas si éloignées l'une de l'autre. Si nous reprenons la première définition avec les bateaux, il semble y avoir plusieurs hommes dont un est forcément devant pour guider comme le leader, l'objectif étant commun, faire avancer les embarcations puis il y a forcément une concertation, sinon les bateaux iraient dans tous les sens. Ces 2 définitions reprennent donc les mêmes éléments, mais illustrés différemment.

Pierre CAUVIN, quant à lui la définit ainsi, « *l'équipe est un lieu où se développe les solidarités, où se renforcent les actions de chacun par le jeu des échanges, où s'unifie l'activité, où se crée un esprit commun*³². »

2.3.4.2 L'équipe soignante

Lors de mes recherches, j'ai trouvé deux définitions qui ciblent plus particulièrement l'équipe soignante, les voici : la première, c'est un « *groupe de professionnels ayant des qualifications différentes dans le domaine de la santé et qui collaborent à la réalisation d'un projet de soins individualisé commun. Notes : il s'agit de l'ensemble des soignants, notamment les médecins, les personnels issus des filières infirmières, de rééducation et médico-technique.* »³³ La deuxième, « *l'équipe de soins est un espace de rencontres où les logiques et injonctions parfois contradictoires et paradoxales (médicales, administratives, équipe soignante, usagers) se côtoient, s'affrontent,*

³⁰ O. DEVILLARD, Dynamiques d'équipes, éditions d'organisation, 2005 p 3

³¹ Ibid 30

³² Pierre CAUVIN, la cohésion des équipes, pratiques du team building, édition ESF Paris 1997, p 9

³³ AMIEC RECHERCHE, dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière, édition Masson 2005, 3^{ème} édition, p 95

*s'additionnent, s'enrichissent*³⁴. » Ces définitions nous montrent toute la complexité d'une équipe par les rencontres qu'elle génère et de ce fait par la singularité de chacun, tout ceci pouvant engendrer des conflits ; d'où la difficulté que peut rencontrer un nouveau professionnel pour s'intégrer. Le rôle du cadre est de ce donc très important, sa façon de manager, son leadership auront forcément une influence sur l'intégration et l'adhésion de l'équipe à ce processus.

2.3.4.3 Ma définition

Si je veux la définir dans le milieu de la santé, je dirai que l'équipe rassemble des individus de professions différentes qui interagissent et collaborent en vue d'un objectif commun (la prise en soin du patient) sur un territoire (le service) avec une répartition des tâches, le tout coordonné par un responsable (le cadre de santé).

La survie d'une équipe dépend de la cohésion qui existe entre les différents membres, de l'implication et la motivation de chacun ainsi que du type de management.

La première rencontre avec l'équipe a souvent lieu lors de la phase d'accueil. Si l'équipe a bien été informée et préparée à la venue du nouveau par l'encadrement, cette phase d'accueil devrait être positive pour tout le monde. Chaque membre de l'équipe aura un rôle à jouer pour aider l'arrivant à faire partie du groupe. Lorsqu'un tuteur ou référent est nommé, ce dernier aura un rôle particulier, mais cela ne signifie aucunement qu'il sera le seul à encadrer, bien au contraire. Le nouveau professionnel devra travailler avec tout le reste de l'équipe, son tuteur sera la personne ressource, mais nous savons bien qu'il est difficile de réaliser un planning identique pour 2 personnes. Il est donc primordial de bien préparer l'équipe à ce changement et de l'accompagner, le cadre de santé est un des acteurs essentiels par sa fonction. S'il règne au sein de l'équipe un climat serein et une forte cohésion, l'intégration sera d'autant plus facile que si l'équipe se trouve en difficulté. Toutefois, quelques aides existent qui peuvent faciliter l'intégration et l'accueil et peuvent aider le nouveau professionnel, l'équipe et le cadre de santé.

2.4 Les aides à l'intégration

2.4.1 L'anticipation

Le fait de préparer la venue d'un nouveau professionnel permet de ne rien oublier. Il faut prévoir tout ce dont le nouveau aura besoin : un vestiaire, des clefs, du matériel spécifique, et bien sûr, informer l'ensemble de l'équipe afin qu'elle ne soit pas surprise, mais aussi et surtout que le nouvel arrivant se sent attendu. Cette mission relève du rôle du cadre de santé en premier lieu. Le fait d'anticiper va permettre de préparer cet accueil qui pourra se faire autour d'un café, ce qui est

³⁴ Pour une praxis du management de proximité, Pierre MOREAU, Objectifs soins n°181, décembre 2009

plus convivial et chaleureux, mais aussi permettra au cadre d'être présent et ainsi de montrer l'intérêt que celui-ci porte à son équipe.

2.4.2 *La mise en place d'un tutorat*

Le terme de tutorat est assez récent, nous ne le retrouvons pas dans les dictionnaires un peu trop anciens, seul le terme de tuteur y figure.

Selon le Larousse³⁵, le mot tuteur est défini comme « *tige, armature permettant de soutenir certaine plante* » ou « *personne chargée d'une tutelle juridique* ».

Effectivement, autrefois le nom masculin « tuteur » désigné un objet pour soutenir une plante ou encore était utilisé dans le domaine judiciaire pour protéger un individu.

Depuis les années 1990, ce terme se développe dans les milieux professionnels et de formation. En France, le seul tuteur reconnu en formation était le maître d'apprentissage défini dans le Code du travail³⁶ en 1972. Dans notre pays, aucune formation au tutorat n'est actuellement validée par l'obtention d'un diplôme contrairement à d'autres pays comme l'Allemagne ou l'Autriche.

Selon le dictionnaire de l'éducation de Legendre³⁷ « *le tuteur est un guide, un instructeur qui enseigne à une seule personne ou à un petit groupe d'élèves à la fois ; c'est un conseiller d'élèves* ».

Nous retrouvons dans le rapport Masingue³⁸ une autre définition : « *activité de personne à personne permettant à un « tuteur » d'acquiescer ou de développer des compétences grâce à la contribution d'un salarié expérimenté appelé tuteur.* »

Le Référentiel de formation annexe 3 de l'arrêté du 31/07/2009 relatif au Diplôme d'État d'Infirmier nous dit que : « Le tuteur représente la fonction pédagogique du stage. Il est volontaire pour exercer cette fonction, il peut le faire temporairement et sur une zone à délimiter (pôle, service). Professionnel expérimenté, il a développé des capacités et des compétences spécifiques et de l'intérêt pour l'encadrement d'étudiant (...) Le tuteur assure un accompagnement des étudiants et évalue leur progression lors d'entretien régulier (...)»³⁹.

La fonction tutorale peut se définir comme un « *ensemble de moyens humains et organisationnels qu'une entreprise et certains de ces salariés, les tuteurs, mettent en œuvre pour intégrer, former en situation de travail un ou plusieurs apprenants*»⁴⁰.

Le tutorat aide les nouveaux entrants à comprendre et à décrypter les codes sociaux.

³⁵ Dictionnaire Larousse aux éditions Larousse 1986 p1017

³⁶https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=64B9CCEB036B646DA2557532F2E3F77C.tpdil_a20v_1?cidTexte=LEGITEXT000006072050&dateTexte=20001016 consulté le 22/01/2016 à 10h12

³⁷ Dictionnaire de l'éducation de Legendre édition 1993 p 1378

³⁸<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/094000125.pdf> consulté le 10/12/2015 à 18h15

³⁹<http://www.infirmiers.com/pdf/4annexe3formation.pdf>

⁴⁰ Fonction tutorale ; situation de changement pour l'accompagnant professionnalisant, disponible sur www.cadrede sante.com, consulté le 3/03/2015 à 19h20

Il existe différentes formes de tutorat, celui qui nous intéresse dans le contexte de l'intégration d'un nouveau professionnel est le tutorat d'insertion ou d'intégration. Son objectif est d'intégrer l'individu dans l'établissement, puis dans l'équipe et plus particulièrement de permettre son adaptation au poste de travail. Cet accompagnement doit permettre l'acquisition de savoirs et savoirs faire dans le but de l'autonomisation et de l'adaptation. Voici comment nous pourrions le représenter schématiquement :



Pour être efficace, quelques règles sont indispensables : le tuteur doit être volontaire et non désigné, le tutoré donc le nouveau embauché doit être informé. Il doit y avoir un consensus entre les deux et il faut qu'une relation de confiance s'instaure. Des objectifs doivent être fixés en concertation. Un suivi et des évaluations doivent être faits régulièrement pour valider ou réajuster les apprentissages. Le cadre doit être tenu informé de l'évolution et en cas de problème. Le tuteur reste la personne ressource pour le nouveau professionnel même s'il ne sera pas le seul à encadrer. La fonction de tuteur devra être clairement définie auprès de l'ensemble de l'équipe.

Il a été démontré que ce mode de fonctionnement permettait une meilleure intégration des professionnels. Plusieurs établissements de santé comme l'Hôpital de l'institut Curie à Paris, l'hôpital Necker... l'ont mis en place et les témoignages de retour sur ces expériences sont très positives⁴¹, ils y ont associé en plus de la formation.

Toute mise en place d'un tutorat doit obligatoirement donner lieu à un suivi et une évaluation afin de permettre de valider les acquis du nouveau embauché, mais aussi de réajuster si besoin. Ce suivi doit être formalisé dès l'arrivée, lors de la formalisation des objectifs et doit se faire avec le

⁴¹ Aux petits soins pour les nouvelles recrues, L'infirmière magazine, n°267, novembre 2000

tuteur et le cadre de santé. Cette démarche pourra même déboucher sur des demandes de formation. Le plus souvent, ce suivi et ces évaluations sont réalisés à 15 jours, 1 mois, 3 mois et 6 mois avec à l'appui les objectifs qui avaient été définis et un tableau de bord rempli par le tuteur et le tuteuré de façon régulière.

2.4.3 Le livret d'accueil

Il n'existe pas dans toutes les entreprises, mais est pourtant un outil précieux pour le nouveau embauché. Nous pourrions aussi l'appeler l'aide-mémoire. Il reprend normalement l'histoire de l'entreprise, sa réglementation, ses différentes instances, le plan de l'établissement. Il est une source d'information riche et diversifiée qui permet au nouveau salarié de se repérer dans ce nouveau milieu. Il peut être remis au moment du recrutement ou le premier jour de la prise de poste. S'il est remis en aval de la prise de poste, cela laisse du temps pour le lire et pouvoir préparer des questions à poser si besoin. Ce document doit reprendre l'histoire de l'établissement, son organisation hiérarchique et fonctionnelle (différentes instances), ses grandes missions, le plan de la structure, les droits et devoirs du salarié.... Ce qui permettra au nouvel embauché d'avoir des informations lui permettant de se projeter et de se repérer dans l'institution qu'il va intégrer. Si ce document a un caractère obligatoire en ce qui concerne l'admission d'un nouveau patient, il n'en est rien pour le nouveau professionnel. Certains établissements le mettent en place de plus en plus dans l'objectif de faciliter l'intégration. Il peut avoir différentes formes, ce peut être un livret ou encore différentes fiches successives dans une pochette à rabats... Ce qui est important c'est qu'il soit facilement accessible et utilisable pour celui qui le reçoit. Cet outil peut être expliqué lors de sa remise ou pendant une journée d'intégration si elle est mise en place au sein de la structure d'accueil. Il est une source d'informations importante, mais ne suffit pas à lui seul.

2.4.4 La journée dite « d'intégration »

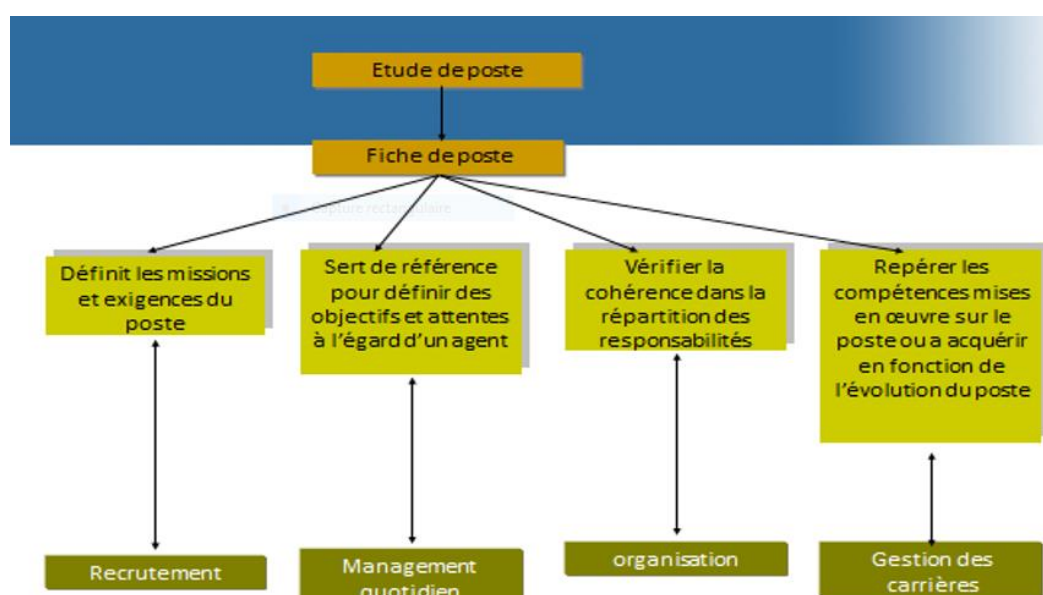
Beaucoup d'établissements mettent en place ces journées dites d'intégration. Elles consistent à réunir tous les derniers professionnels recrutés pour leur présenter l'organisation dans laquelle ils viennent d'entrer. Cette journée est souvent menée par le service des ressources humaines ou un cadre de santé. Une visite de l'ensemble de l'établissement est réalisée afin que le nouveau professionnel ait une vision globale de la structure et aperçoive l'ensemble des professionnels qui y travaillent et arrivent ainsi à faire le lien entre les différents services (administratifs, services restauration, techniques, unités de soins...). L'inconvénient majeur de cette démarche est qu'elle ne peut être réalisée que lorsqu'il y a un recrutement en personnel important. C'est donc pour cette raison que bien souvent dans mon établissement, elle a lieu une fois par an et donc à distance du recrutement. Elle n'a donc pas un impact direct sur l'intégration. Elle est utile dans les grandes

entreprises ou le mouvement en personnel est plus important en termes d'effectifs. Des hôpitaux parisiens l'utilisent avec un retour des salariés très positif⁴².

2.4.5 La fiche de poste

C'est l'outil de référence du professionnel, elle reprend la présentation de l'institution, l'organigramme, les compétences et pré requis exigés pour le poste et les différentes missions du professionnel ainsi que l'organisation du temps de travail.

Le poste de travail correspond à une situation individuelle de travail. Il regroupe l'ensemble des tâches, des activités, des missions effectuées par un professionnel dans un service donné. La fiche de poste est un document normalisé pour l'ensemble de la collectivité, dont les rubriques décrivent les activités et les compétences d'un agent et précisent sa situation de travail : son lieu de travail, ses horaires, son rattachement hiérarchique, les rapports transversaux éventuels. Elle est nominative et doit être signée par le professionnel. Elle décrit la fonction exercée par le professionnel dans l'établissement, en prenant en compte son environnement de travail notamment le service et l'encadrement en place. Elle découle du profil de poste. Des missions particulières peuvent y être rajoutées. Elle doit refléter le poste tel qu'il est et non un idéal, c'est comme une photographie. Voici un schéma qui reprend les grands points que permet la fiche de poste⁴³. Elle est un outil de management pour le cadre.



La fiche de poste est modifiable à tout moment, elle doit refléter la réalité de ce que réalise le professionnel. Certains ont des missions particulières : référent hygiène, pharmacie, tutorat des

⁴² Ibid 41

⁴³ Cours théorique du 26/02/2016 de Morgane LE GAL, Formatrice consultante à l'ESM

stagiaires ou des nouveaux professionnels. Toutes ces spécificités doivent apparaître sur celle-ci, la fiche de poste est un document vivant qui permet au cadre de reconnaître certaines compétences spécifiques à certains agents, cela valorise les professionnels dans leur activité et ainsi accroît leur motivation.

2.4.6 *Le rapport d'étonnement*

Cet outil est de plus en plus utilisé dans les entreprises privées lors du recrutement, il permet de faciliter l'intégration des nouveaux professionnels et d'utiliser les compétences nouvelles, mais aussi le regard neuf de celui-ci. Cela lui permet de construire son réseau interne et de mettre en avant sa créativité. L'objectif de cette démarche étant de pointer ce que nous ne voyons plus avec la routine. C'est avoir un regard critique tout en permettant à l'entreprise d'évoluer. Bien sûr, cette démarche doit être expliquée au nouveau salarié, le cadre doit lui ouvrir des pistes de réflexion pour que la démarche n'aboutisse pas à des dérives. Le rapport d'étonnement consiste à interroger le nouveau salarié source qui l'a étonné, surpris, interloqué, déconcerté, dérouté, sidéré, stupéfié... positivement ou non. Cela se passe entre le cadre et le nouveau collaborateur.

Tous ces aides sont complémentaires les unes des autres et elles ont toutes comme objectif de faciliter l'intégration de la nouvelle recrue, toutefois, le rôle du cadre dans ce processus d'intégration reste primordial. Il est le garant de la qualité des soins et celle-ci passe avant tout par l'ambiance qui règne au sein d'une équipe. Si la cohésion est présente alors les soins ne pourront qu'être meilleurs.

2.5 Les enjeux de l'intégration

D'après la littérature et mon expérience professionnelle, je peux dire qu'une bonne intégration a un impact sur la qualité des soins, l'investissement et la fidélisation du personnel, mais aussi que celle-ci permet de réduire le taux de rotation des professionnels et favorise la montée en compétences.

Comme nous le dit Hervé BRISSON : « *Une intégration qui se passe dans des conditions optimales de confiance et de soutien aura des répercussions positives sur l'investissement du nouvel agent, notamment sur ses motivations et ses capacités à acquérir de nouvelles compétences*⁴⁴. » Le rôle du cadre comme de l'équipe est indispensable pour cela.

Avant d'aborder la montée en compétences, redéfinissons ce que ce terme signifie. Pour R. WITORSKI « *la compétence correspond à la mobilisation dans l'action d'un certain nombre de savoirs combinés de façon spécifique en fonction du cadre de perception que se construit l'auteur de*

⁴⁴ Hervé BRIZON, L'intégration des nouveaux soignants, éditions Masson, Paris 2002, p 11

la situation »⁴⁵. Guy LE BOTERF ne définit pas la compétence a proprement parlé, mais ce que veut dire « être compétent » et « avoir des compétences ». « Être compétent, c'est-à-dire être capable d'agir et réussir dans les diverses situations professionnelles qui peuvent se présenter dans un métier ou un emploi. Cela suppose que le professionnel concerné sache choisir et mettre en œuvre des pratiques professionnelles pertinentes et efficaces ». « Avoir des compétences est une condition nécessaire, mais non suffisante pour pouvoir être reconnu comme étant compétent. Une personne peut très bien avoir beaucoup de compétence, mais ne pas savoir les combiner et les activer en situation de travail »⁴⁶. Effectivement, la compétence s'évalue désormais dans l'action et non plus seulement sur les connaissances. Même si ce terme est à la mode depuis quelques années, il n'est pourtant pas nouveau puisque nous parlons de compétences depuis les années 70. En tant que future cadre de santé, mon rôle sera important dans la montée en compétences des professionnels que j'aurai en face de moi. Il sera d'autant plus important au moment d'une embauche. En effet, il me faudra évaluer les acquis du nouveau professionnel et mettre en place un suivi et une évaluation de celles-ci après avoir fixé des objectifs à atteindre. Il me faudra repérer les forces et faiblesses de l'agent pour pouvoir l'orienter vers des formations afin de lui permettre de monter en compétences. Les nouvelles formations par la simulation sont de bonnes techniques d'apprentissage, car elles permettent d'évaluer l'agent en situation.

Le fait d'avoir des professionnels compétents a un impact direct sur la qualité des soins au même titre qu'un minimum de turnover. Le futur cadre que je serai a un rôle important à ce niveau. En effet, je devrais réaliser un bilan des acquis du nouveau professionnel au moment de la prise de poste pour pouvoir lui fixer des objectifs en accord avec son tuteur et devrais mettre en place de façon formalisée des entretiens de suivi et d'évaluation. Le rôle du cadre est d'accompagner et de guider l'agent pour qu'il acquière les compétences nécessaires pour le poste occupé.

Hervé BRISSON définit 4 enjeux de l'intégration : maintenir un management de la qualité des soins, savoir profiter des nouvelles compétences, maintenir le management du personnel et réaliser une prise en charge respectueuse de l'arrivant. La formalisation d'une procédure d'intégration semble donc nécessaire pour les cadres comme pour l'institution.

⁴⁵<http://www.cadredesante.com/spip/profession/pedagogie/Une-definition-de-la-competece> consulté le 5/03/2016 à 18h09

⁴⁶ Ingénierie et évaluation des compétences, Guy Le BOTERF, éditions Eyrolles, 2011, 605 pages

Si je résume de façon schématique ce qu'un processus d'intégration formalisé peut apporter, voici ce que cela représenterait :



À la lumière des différents apports théoriques et de mon expérience, je fais les hypothèses suivantes :

- Hypothèse 1 : Un processus d'intégration formalisé favorise l'intégration du nouveau professionnel et ainsi sa fidélisation et son investissement.
- Hypothèse 2 : L'accueil est une phase importante de ce processus.
- Hypothèse 3 : Le cadre de santé est un acteur primordial dans ce processus et il doit mettre en avant les spécificités de la gériatrie pour fidéliser son personnel en EHPAD.

Je vais donc maintenant au travers de mes enquêtes sur le terrain essayer de confirmer celles-ci en toute ou partie.

3 L'enquête

Dans le cadre de ma recherche, il me semblait indispensable de recueillir les informations auprès des professionnels concernés par l'intégration. Je vais donc vous expliquer la méthodologie que j'ai utilisée et le choix de la population puis je poursuivrai par l'exploration des données recueillies.

3.1 Méthodologie

J'ai choisi pour ma recherche d'utiliser 2 outils d'enquête, le premier est le questionnaire semi-ouvert, le deuxième est l'entretien semi-directif. Le premier questionnaire que j'ai réalisé n'était pas prévu dans ma recherche de départ, mais ayant l'opportunité de réaliser un stage auprès d'élèves aides-soignants cela pourrait être intéressant de connaître leur point de vue en matière d'intégration en tant que futur professionnel. Effectivement, si nous ne gardons pas un bon souvenir d'un lieu de stage, cela ne nous incite pas à y postuler une fois diplômé ! Le deuxième questionnaire sera à destination des professionnels de santé : IDE, AS, AMP, ASH aux soins. J'ai choisi cet outil afin de recueillir l'avis d'un nombre conséquent de professionnels, le choix de questions ouvertes me permettait d'avoir des réponses qualitatives et ainsi de leur laisser la parole et surtout de ne pas orienter leurs réponses sur certains thèmes. Le questionnaire a aussi l'avantage d'obtenir des données chiffrées.

Pour moi, le cadre de santé est un des acteurs essentiels de l'intégration, c'est pour cette raison que j'ai choisi de réaliser auprès de cette catégorie des entretiens semi-directifs. Les entretiens me permettent d'obtenir des réponses qualitatives. J'ai pour ce faire pris contact avec plusieurs établissements, mais n'est obtenue qu'une réponse positive à mes demandes.

3.2 Choix de la population retenue

Que ce soit pour les questionnaires ou les entretiens, j'ai fait le choix de les réaliser sur 2 établissements : l'établissement dans lequel je travaille (puis que je vais devoir travailler le parcours

d'intégration dès mon retour) qui est une EHPAD publique et un centre gériatrique qui se trouve dans le même département qui est aussi un établissement public. Ces 2 établissements possèdent des caractéristiques similaires puisqu'ils ont chacun des lits d'EHPAD avec des résidents dépendants à très dépendants, un service d'accueil pour personnes atteintes de démences type Alzheimer et assimilées.

3.3 Les questionnaires

3.3.1 Questionnaire élèves aides-soignants

Le questionnaire (annexe 1) réalisé comporte 20 questions fermées, sauf la dernière. Je n'ai pas testé ce questionnaire avant sa diffusion, je l'ai juste soumis à ma tutrice de stage. Ce choix a été fait afin de faciliter le remplissage aux élèves et de faciliter le traitement des données. Son objectif est de démontrer l'impact que peut avoir l'accueil sur le déroulement et l'intégration de l'élève aide-soignant en stage.

3.3.2 Questionnaires professionnels soignants

Le questionnaire (annexe 2) à destination des IDE, AS, AMP, ASH aux soins comporte 30 questions dont 6 ouvertes. J'ai fait volontairement le choix de laisser certaines questions ouvertes afin de ne pas orienter les réponses et de laisser les professionnels s'exprimer tout en sachant que je prenais le risque qu'ils n'y répondent pas. Le premier que j'avais réalisé en comporter un peu plus, mais après l'avoir soumis à deux infirmières, elles m'ont dit qu'il était un peu long et que peu de personnes prendraient le temps de le remplir dans son intégralité. J'ai donc revu ma copie et est retirée des questions qui ne me semblaient pas pertinentes, la formulation de certaines questions a aussi été revue dans l'objectif que toutes soient comprises et que j'obtienne un maximum de questionnaires remplis exploitables.

3.4 Les entretiens

Les entretiens ne concernaient que les cadres de santé. J'ai donc établi une grille d'entretien (annexe 3) de 8 questions. Le choix de l'entretien me permet d'avoir un échange direct avec les cadres de santé et ainsi d'approfondir leur point de vue par la reformulation ou la pose de question supplémentaire pour expliciter leurs dires. L'entretien permet à la personne interrogée de s'exprimer librement et sans contrainte. Je devais rencontrer 6 cadres de proximité afin d'évaluer leur niveau d'implication dans l'intégration des nouveaux professionnels. Les rendez-vous étaient tous programmés entre le 14 et le 18 mars dernier, mais un cadre n'a pu participer du fait d'un problème de santé, j'ai donc rencontré la cadre supérieure de santé en remplacement.

3.5 Le déroulement

3.5.1 Les questionnaires à destination des élèves aides-soignants

Les questionnaires pour les élèves aides-soignants ont été diffusés pendant ma période de stage en IFAS en février. Les élèves aides-soignants revenaient d'une période de stage ce qui était donc bénéfique pour ma recherche puisqu'ils venaient de vivre un temps d'accueil et d'intégration en service. J'ai distribué 30 questionnaires et en ai récupéré 28.

3.5.2 Les questionnaires à destination des IDE, AS, ASH

Concernant les questionnaires à destination des IDE, AS, ASH, j'ai fait le choix de les diffuser sur 2 établissements comme sus-cités. La diffusion de ces questionnaires s'est faite différemment sur les 2 sites. Sur mon établissement, afin de ne pas avoir de biais lié à ma position, j'ai fait le choix de le distribuer après avoir obtenu l'accord de ma direction, par le biais des cadres de santé en poste. La consigne étant donnée de ne pas dire que cela venait de moi afin d'avoir des réponses qui ne soient pas influencées. Les questionnaires ont donc été diffusés la semaine du 14 au 20 mars, soit 70 et j'en ai récupéré 42.

Sur le 2^{ème} site, après avoir obtenu l'accord de la direction des soins, je me suis mise en relation avec la cadre supérieure du pôle gériatrique et je suis allée visiter le site et ai rencontré les différents cadres des services ainsi que leur personnel. La cadre supérieure de santé a réparti les 50 questionnaires que je lui ai donnés sur les différents services et m'a retourné par courrier les 38 qui ont été remplis. Cette diffusion s'est faite sur la deuxième quinzaine du mois de mars. Voici ci-dessous un tableau récapitulatif de la population interrogée.

	IDE	AS	ASH	AMP	TOTAL
Établissement A	11	22	7	2	42
Établissement B	12	10	9	4	35
TOTAL	23	32	16	6	77

J'ai appris lors de mon stage en IFAS que le 2^{ème} site que j'ai choisi pour réaliser mon enquête a mis en place un protocole d'accueil et d'intégration du nouvel arrivant. J'ai donc fait le choix lors de la présentation des résultats de séparer les 2 établissements pour pouvoir les comparer.

3.5.3 Les entretiens avec les cadres de santé

Les entretiens se sont déroulés sur la semaine du 14 au 18 mars, je devais rencontrer 6 cadres de santé, 3 sur chaque établissement. Malheureusement un des cadres étant absent, j'ai rencontré 5 cadres de santé et un cadre supérieur de santé. Pour chaque entretien, j'avais défini une plage horaire de 1 heure, sachant que la littérature nous dit qu'au-delà de 45 minutes, il ne ressort plus rien de constructif. Deux entretiens sont retranscrits intégralement (annexe 4 et 5).

3.6 Les limites et atouts de ces enquêtes

Ce qui pour moi a été bénéfique lors de mes enquêtes est la rencontre de tous ces professionnels et les échanges que nous avons pu avoir. Pour ma première enquête, la difficulté vient du fait que je n'avais pas fini mon cadre conceptuel et de ce fait je n'ai pas posé certaines questions qui auraient pu me permettre d'approfondir sur le rôle du cadre par exemple. Pour ma 2^{ème} enquête, je voulais recueillir l'avis d'un maximum de professionnels, le questionnaire est l'outil idéal pour cela, mais il reste limité dans le sens où il ne permet pas d'approfondir les réponses données. La troisième enquête a été pour moi la plus difficile à mener du fait de mon inexpérience. L'entretien permet d'avoir des informations qualitatives et d'approfondir et d'obtenir un éclaircissement sur des points précis. Cependant, il m'a été difficile de recentrer mes entretiens sur mes questions lorsque le cadre partait dans de longues explications en citant des exemples. Certaines questions de ma grille d'entretiens se recoupaient, ce qui met en avant la difficulté de réaliser une grille claire et pertinente. Il en est de même pour les questionnaires.

3.7 Exploitation des résultats

Après vous avoir présenté la méthodologie utilisée, je vais vous délivrer les résultats de ces différentes enquêtes par questionnaires et entretiens.

3.7.1 Les questionnaires à destination des élèves aides-soignants

Voici les réponses que j'ai obtenues pour ce questionnaire sur les 28 réponses :

- Tableau 1 : Qui vous a accueilli votre premier jour ?

	Nombre	Pourcentage
Cadre de santé	9	32%
Infirmier	22	79%
Aide-soignant	6	21%
Autres	1	4%

Nous pouvons constater avec ces résultats que les élèves sont accueillis par les membres de l'équipe soignante et seulement 1/3 par le cadre de santé.

- Tableau 2 : Vous a-t-on donné un livret d'accueil ? Si oui, vous l'a-t-on commenté ?

	Nombre	Pourcentage
Oui	14	50%
Non	14	50%
Commentaire ?		
Oui	9	64%
Non	5	36%

Le livret d'accueil même s'il est de plus en plus utilisé n'est pas encore adopté par tous les établissements apparemment.

- Tableau 3 : Avez-vous été satisfait de votre entretien d'accueil ?

	Nombre	Pourcentage
Très satisfait	15	54%
Satisfait	7	25%
Moyennement satisfait	2	7%
Non satisfait	2	7%

- Tableau 4 : Lors de cet entretien, vos acquis ont-ils été évalués ?

	Nombre	Pourcentage
Oui	12	43%
Non	16	57%

L'évaluation des acquis des élèves ne semble pas être réalisée par tous les professionnels de terrain.

- Tableau 5 : Avez-vous été satisfait de l'accueil de l'équipe le jour de votre arrivée ?

	Nombre	Pourcentage
Très satisfait	12	43%
Satisfait	13	46%
Moyennement satisfait	2	7%
Non satisfait	1	4%

Une minorité n'est pas satisfaite de l'accueil en stage.

- Tableau 6 : Avez-vous été présenté à l'ensemble du personnel de l'unité ?

	Nombre	Pourcentage
Oui	17	61%
Non	9	32%
Non-réponse	2	7%

- Tableau 7 : Avez-vous été satisfait de votre intégration dans l'équipe comme futur professionnel ?

	Nombre	Pourcentage
Oui	17	61%
Non	9	32%
Non-réponse	2	7%

- Tableau 8 : Avez-vous été satisfait de l'encadrement dont vous avez bénéficié ?

	Nombre	Pourcentage
Très satisfait	16	57%
Satisfait	6	21%
Moyennement satisfait	4	14%
Non satisfait	2	7%

- Tableau 9 : Un bilan de mi-stage a-t-il été réalisé ?

	Nombre	Pourcentage
Oui	25	89%
Non	3	11%

Le suivi en milieu de stage est réalisé pour presque 90% des élèves.

- Tableau 10 : Avez-vous rencontré des difficultés lors de votre stage ?

	Nombre	Pourcentage
Oui	20	71%
Non	8	29%

- Tableau 11 : À quel niveau ?

	Nombre	Pourcentage
Accueil	3	38%
Encadrement	6	75%
Personnel	3	38%
Autre motif	2	25%

Les autres motifs cités sont : « tuteur de stage pas très agréable » et « non mise à disposition du matériel nécessaire ».

Voilà les résultats de ce premier questionnaire, l'analyse de ceux-ci sera faite dans la quatrième partie.

3.7.2 Les questionnaires à destination des IDE, AS, AMP, ASH

Voici maintenant les résultats de ma deuxième enquête par questionnaire auprès des équipes soignantes : IDE, AS/AMP, ASH par question :

- Question 1 : Est-ce votre première prise de poste ?

	ÉTABLISSEMENT A		ÉTABLISSEMENT B	
	Total	Pourcentage	Total	Pourcentage
Oui	16	38%	17	49%
Non	26	62%	18	51%

La majorité des professionnels qui travaillent en gériatrie ont déjà travaillé dans d'autres services.

- Question 2 : Qu'est-ce qui vous a fait choisir la gériatrie (en quelques mots) ?

À cette question, les réponses les plus redondantes sont les suivantes pour l'établissement A :

- ✓ Le relationnel avec les personnes âgées a été cité 22 fois,
- ✓ L'amour ou la passion de la personne âgée a été cité 15 fois,
- ✓ Le travail en équipe a été évoqué 10 fois,

- ✓ La disponibilité des postes pour 9 personnes,
- ✓ Les poly pathologies pour 7 personnes,
- ✓ La prise en charge sur le long terme a été nommée 4 fois.

Seules 7 personnes n'ont pas répondu à cette question.

Voici maintenant, les réponses qui ont été données pour l'établissement B :

- ✓ Le relationnel avec les personnes âgées a été cité 15 fois,
- ✓ L'amour de cette population pour 6 personnes,
- ✓ La prise en charge sur le long terme a été nommée 5 fois
- ✓ La disponibilité des postes pour 4 personnes,
- ✓ Décision des supérieurs hiérarchiques pour 4 personnes,
- ✓ La possibilité d'évoluer professionnellement pour 5 personnes,
- ✓ Autres : problème de santé, réorganisation de service, rapprochement familial.

Seules 5 personnes n'ont pas répondu à cette question.

- Question 3 : Qui avez-vous rencontré lors de votre entretien de recrutement ?

	ÉTABLISSEMENT A		ÉTABLISSEMENT B		ÉTABLISSEMENT A+B	
	Total	Pourcentage	Total	Pourcentage	Total	Pourcentage
Directeur de l'établissement	0	0%	1	3%	1	1%
Directeur des soins	0	0%	8	23%	8	10%
Directeur des ressources humaines	7	17%	1	3%	8	10%
Cadre supérieur de santé/cadre de pôle	35	83%	21	60%	56	73%
Cadre de santé de proximité	2	5%	10	29%	12	16%

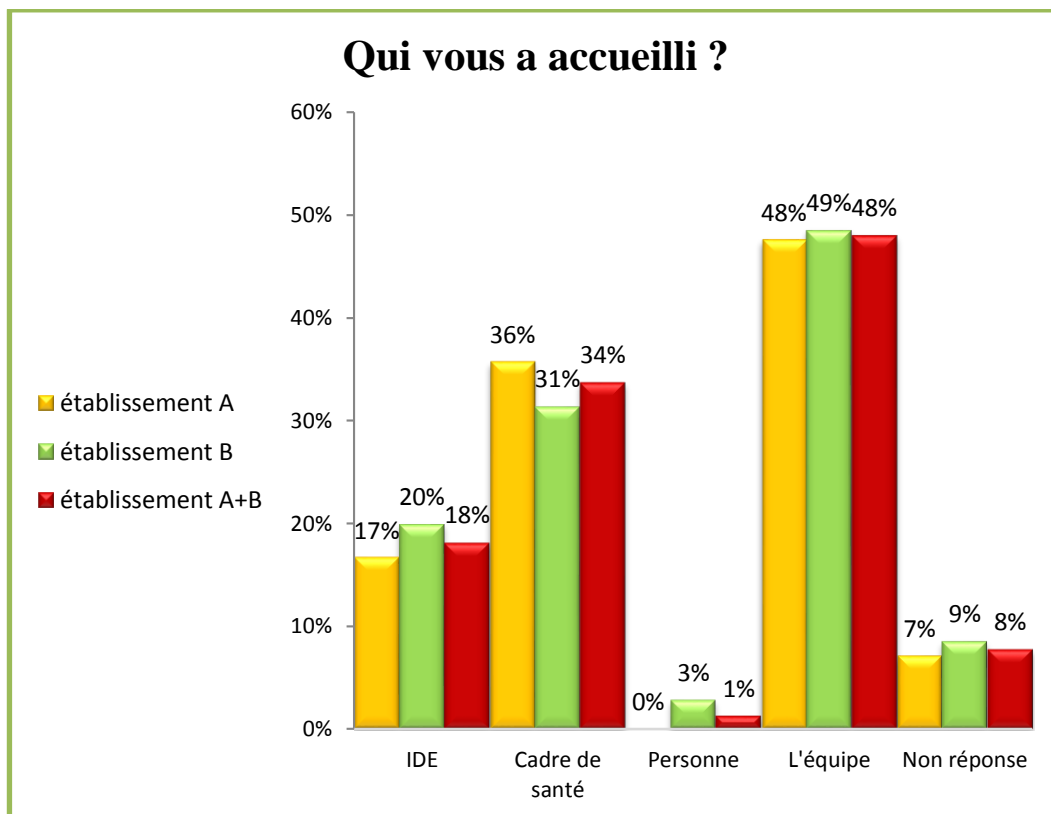
Il apparaît clairement que le cadre supérieur ou de pôle s'occupe du recrutement.

- Question 4 : Vous a-t-on présenté votre fiche de poste ?

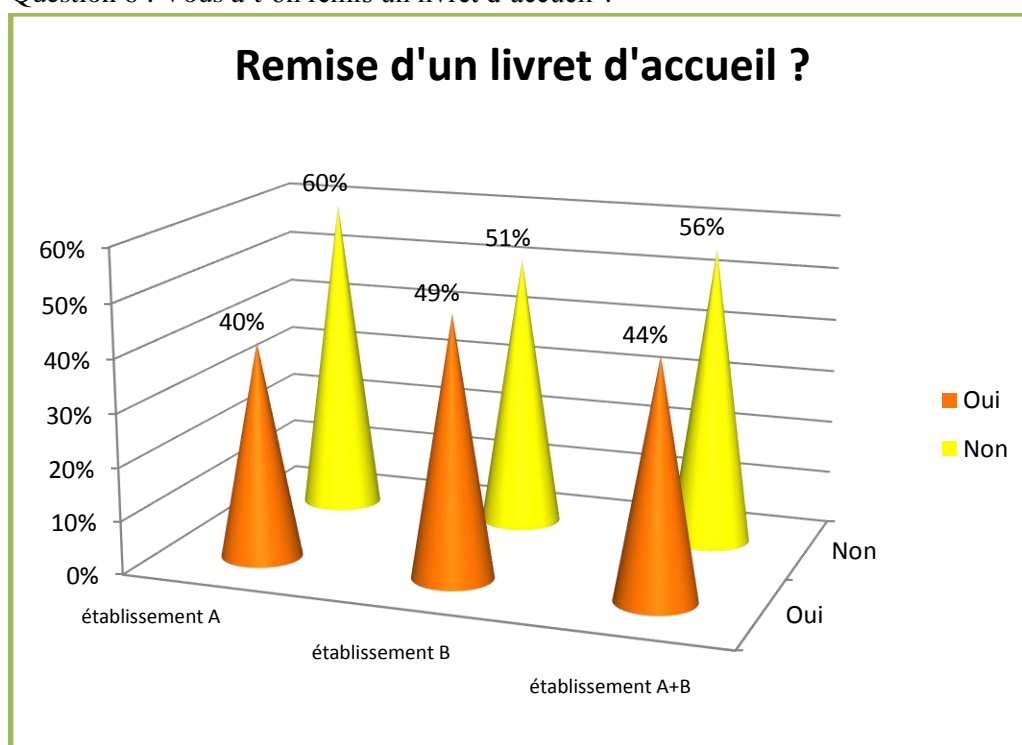
	ÉTABLISSEMENT A		ÉTABLISSEMENT B		ÉTABLISSEMENT A+B	
	Total	Pourcentage	Total	Pourcentage	Total	Pourcentage
Oui	10	24%	20	57%	30	39%
Non	29	69%	11	31%	40	52%
Non-réponse	3	7%	4	11%	7	9%

- Question 5 : Qui vous a accueilli lors de votre prise de poste ?

Il apparaît que dans presque 50% des cas, ce sont les équipes qui accueillent les nouveaux professionnels, ensuite arrive le cadre de santé pour 34% et pour finir les IDE.



- Question 6 : Vous a-t-on remis un livret d'accueil ?



En ce qui concerne le livret d'accueil, environ la moitié des professionnels déclarent en avoir reçu un ce qui rejoint le résultat des élèves AS.

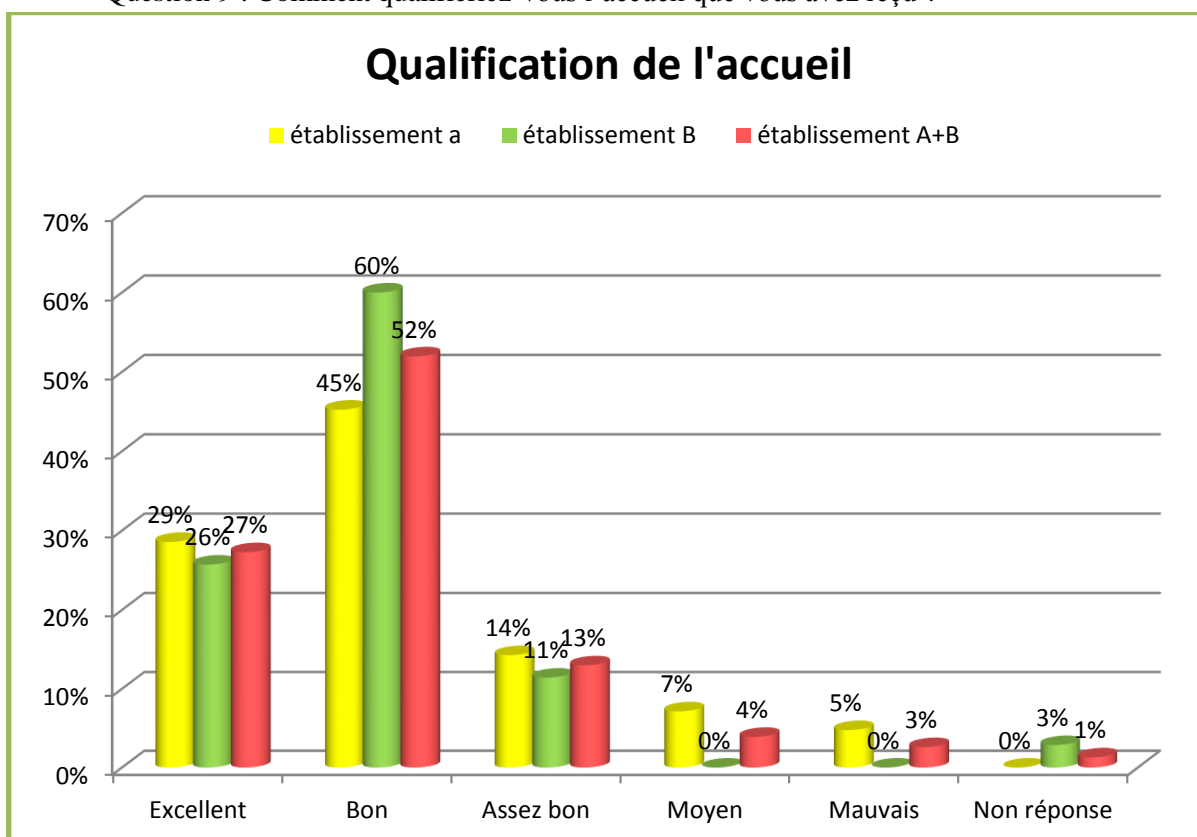
- Question 7 : Si oui, les informations y figurant,

	Établissement A		Établissement B		Établissement A+B	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Total
Vous ont-elles été utiles ?						
Oui	8	47%	10	59%	18	53%
Non	3	18%	1	6%	4	12%
En partie	7	41%	6	35%	13	38%
Vous ont-elles été suffisantes ?						
Oui	14	82%	13	76%	27	79%
Non	4	24%	4	24%	8	24%

- Question 8 : Si non, précisez ce que vous auriez aimé y trouver en plus ?

- ✓ Explication sur les fiches de paye
- ✓ Un manuel pour se défendre contre les soignants « bêtes et méchants »
- ✓ Le déroulement d'une journée de travail
- ✓ Fiche de poste
- ✓ Organigramme

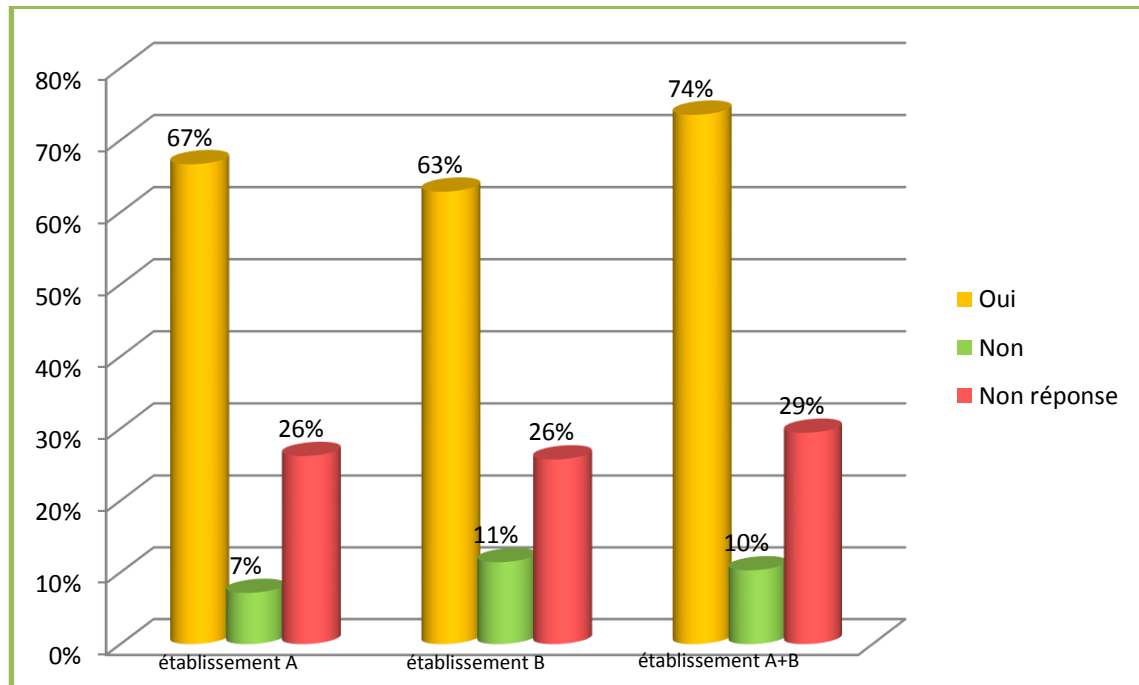
- Question 9 : Comment qualifieriez-vous l'accueil que vous avez reçu ?



- Question 10 : Les professionnels étaient-ils informés de votre arrivée ?

	Établissement A		Établissement B		Établissement A+B	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Oui	37	88%	31	89%	68	88%
Non	0	0%	0	0%	0	0%
En partie	5	12%	4	11%	9	12%

- Question 11 : Cela a-t-il eu un impact sur votre première journée de travail ? Expliquer pourquoi ?



Les professionnels qui ont répondu que cela avait eu un impact sur leur première journée de travail l'expliquent par les arguments suivants (pour ceux qui avaient répondu à la question 10 par oui) :

- ✓ Moins de stress du fait d'être attendu,
- ✓ Un meilleur encadrement,
- ✓ On se sent attendu,
- ✓ Une bonne organisation de la journée,
- ✓ Facilite l'intégration dans l'équipe,
- ✓ Non comptabilisé dans l'effectif,
- ✓ Travail en binôme,
- ✓ Une mise en confiance.

Pour ceux qui avaient répondu en partie, leurs arguments sont :

- ✓ Une impression d'être de trop,

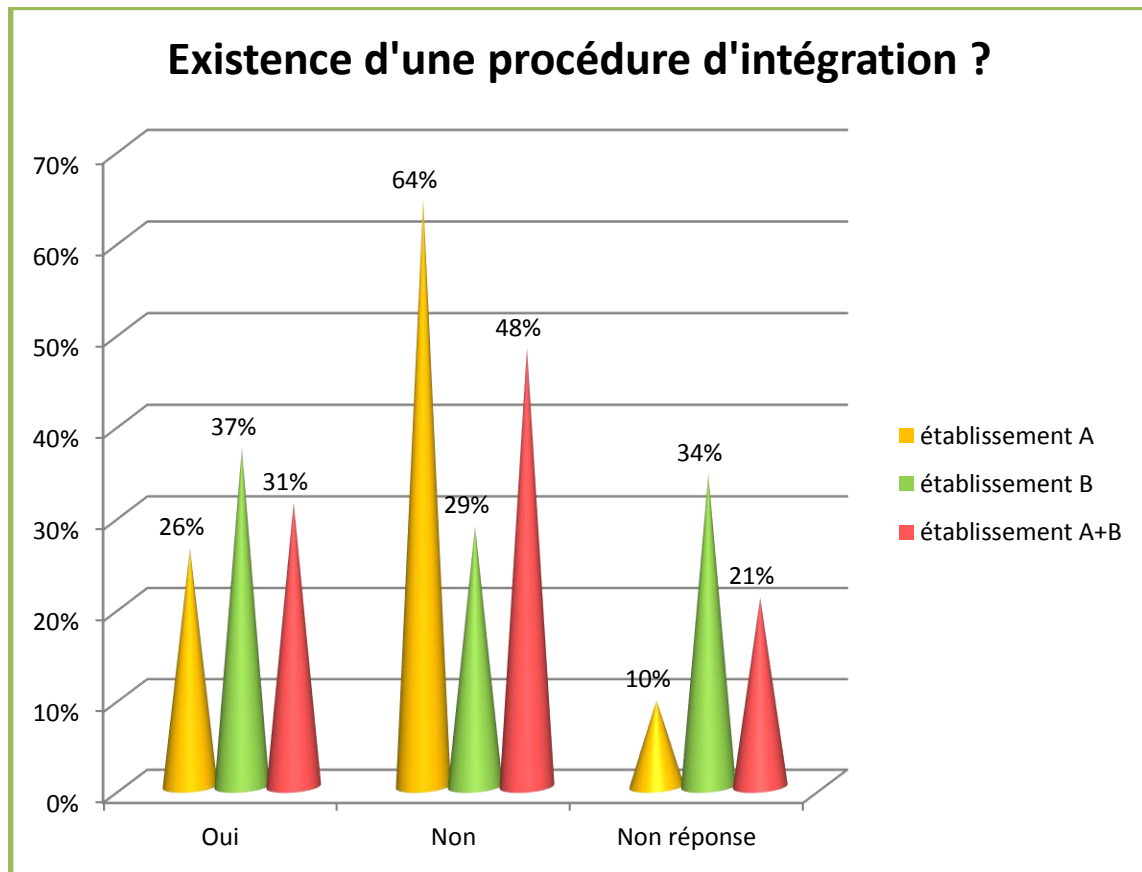
- ✓ Personnel très méfiant,
- ✓ Absence d'aide et d'explication,
- ✓ Ne savait pas ce qu'il devait faire.

- Question 12 : En termes de logistique (tenue, vestiaire, clé...), a-t-on mis tout ce dont vous aviez besoin à disposition ?

	Établissement A		Établissement B		Établissement A+B	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Oui	37	88%	30	86%	66	87%
Non	5	12%	5	14%	10	13%

- Question 13 : Si non, que manquait-il ?
 - ✓ Pour 2 personnes les clés,
 - ✓ Pour 2 personnes les tenues,
 - ✓ Pour 1 personne des chaussures.

- Question 14 : Existe-t-il une procédure d'intégration formalisée dans votre établissement ?



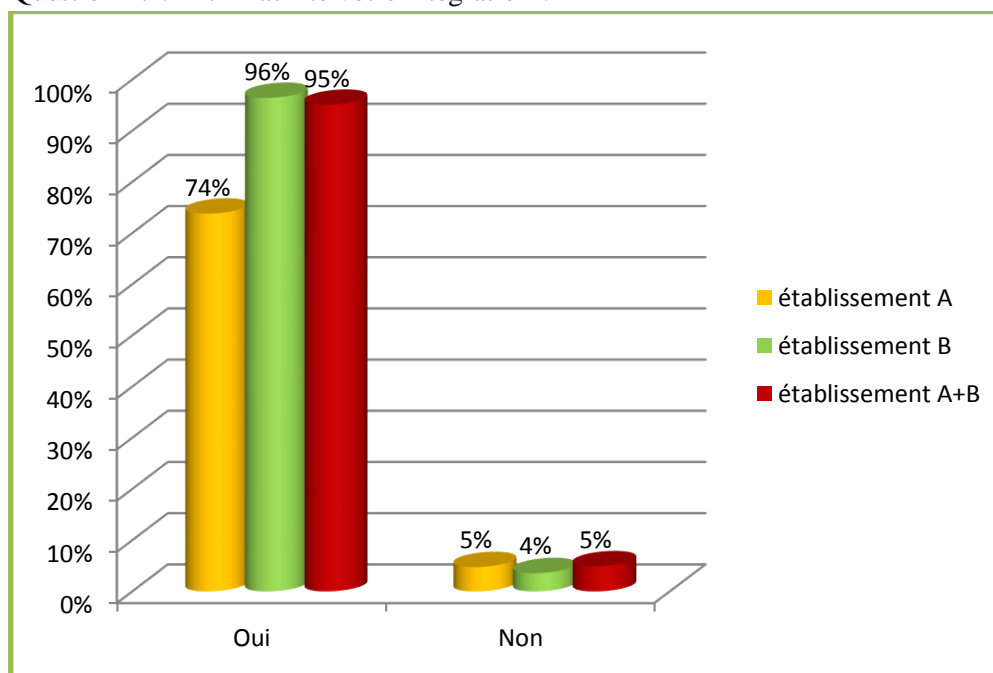
- Question 15 : Avez-vous bénéficié d'un encadrement ?

	Établissement A		Établissement B		Établissement A+B	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Oui	33	79%	28	80%	61	79%
Non	7	17%	5	14%	12	16%
Non-réponse	2	5%	2	6%	4	5%

- Question 16 : Si oui, combien de temps a-t-il duré ?

	Établissement A		Établissement B		Établissement A+B	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Quelques jours	15	36%	12	43%	27	44%
1 semaine	9	21%	2	7%	11	7%
2 semaines	5	12%	6	21%	11	18%
3 semaines	3	7%	1	4%	4	13%
1 mois	1	2%	7	25%	8	18%

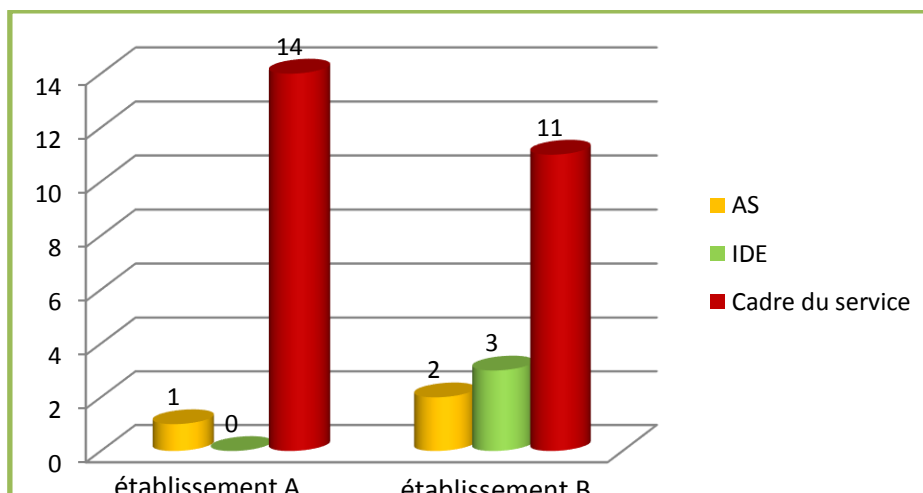
- Question 17 : A-t-il facilité votre intégration ?



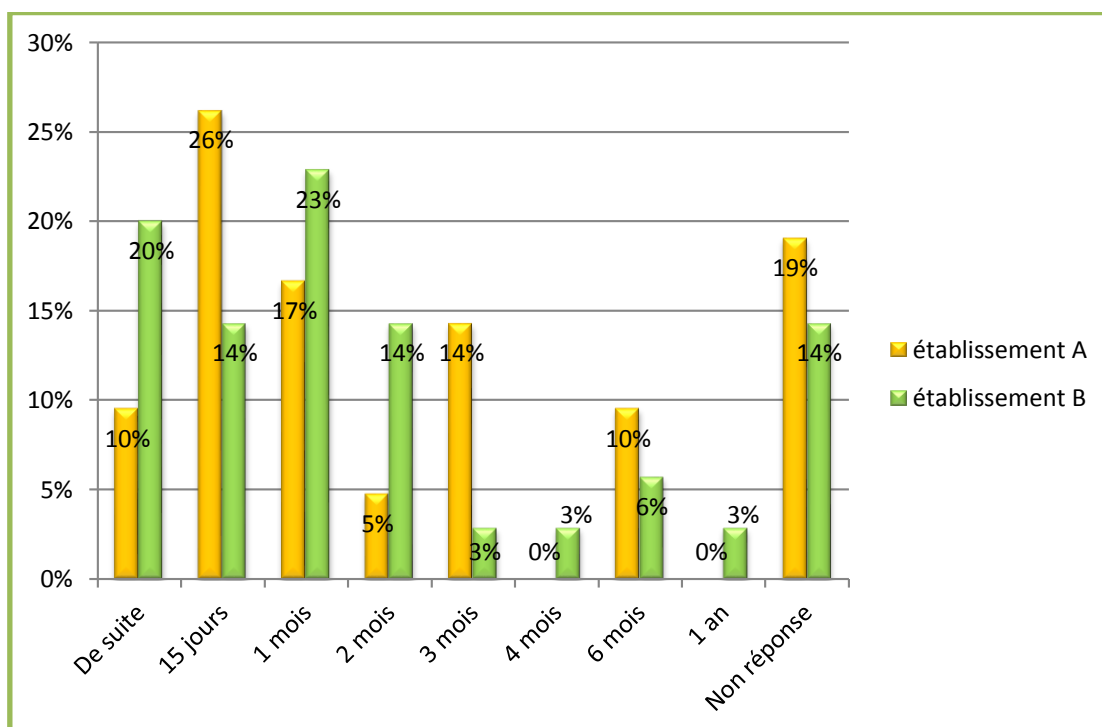
- Question 18 : Un suivi et une évaluation (de l'encadrement) ont-ils été faits ?

	Établissement A		Établissement B		Établissement A+B	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Oui	14	33%	14	50%	28	46%
Non	19	45%	14	50%	33	54%

- Question 19 : Si oui, par qui ?

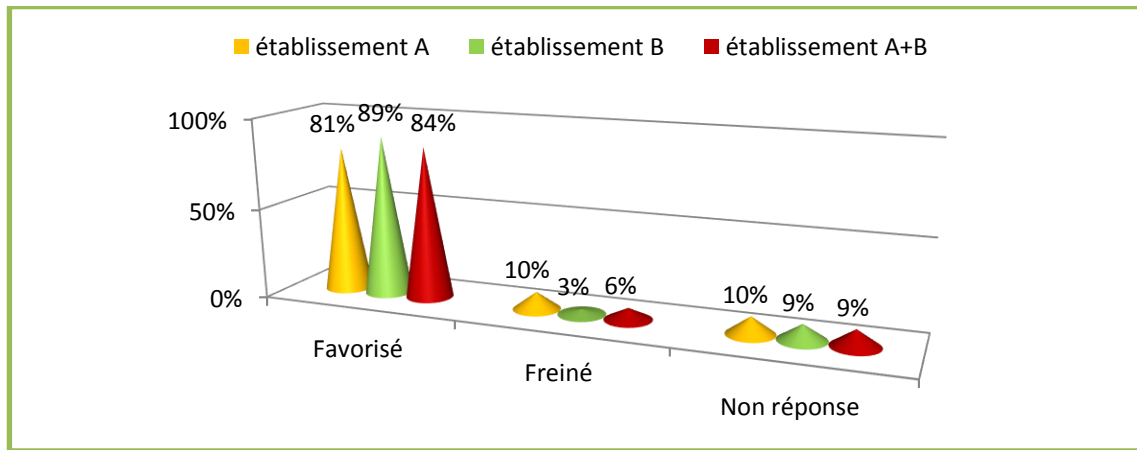


- Question 20 : Au bout de combien de temps avez-vous eu le sentiment d'être intégré à votre équipe de travail ?



Les réponses à cette question sont très variables, elles s'étalent entre de suite et 1 an. Les non-réponses peuvent s'expliquer par l'ancienneté dans l'établissement si je croise les données.

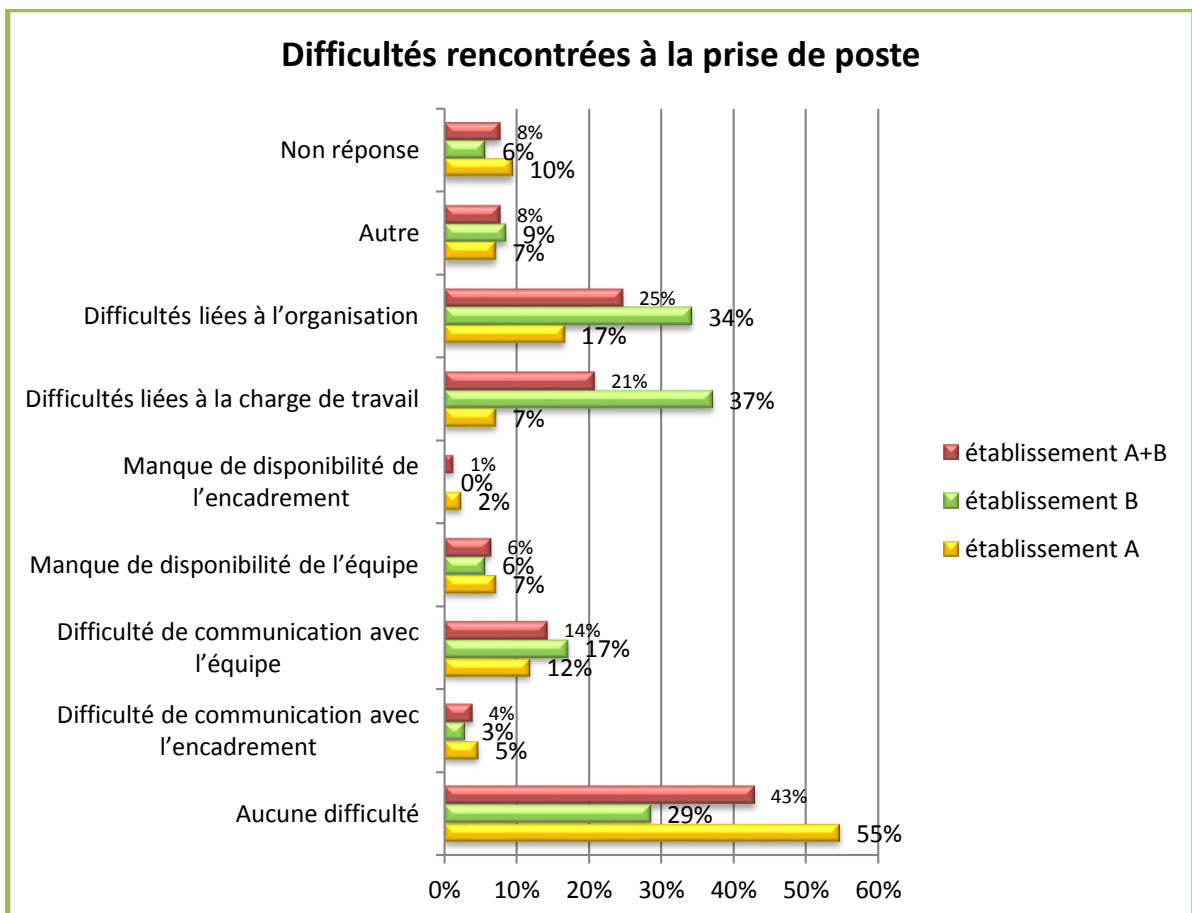
- Question 21 : L'accueil que vous avez reçu a-t-il favorisé ou freiné votre intégration ?



- Question 22 : Avez-vous bénéficié d'une journée d'intégration ?

	Établissement A		Établissement B	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Oui	20	48%	10	29%
Non	20	48%	22	63%
Non-réponse	1	2%	3	9%

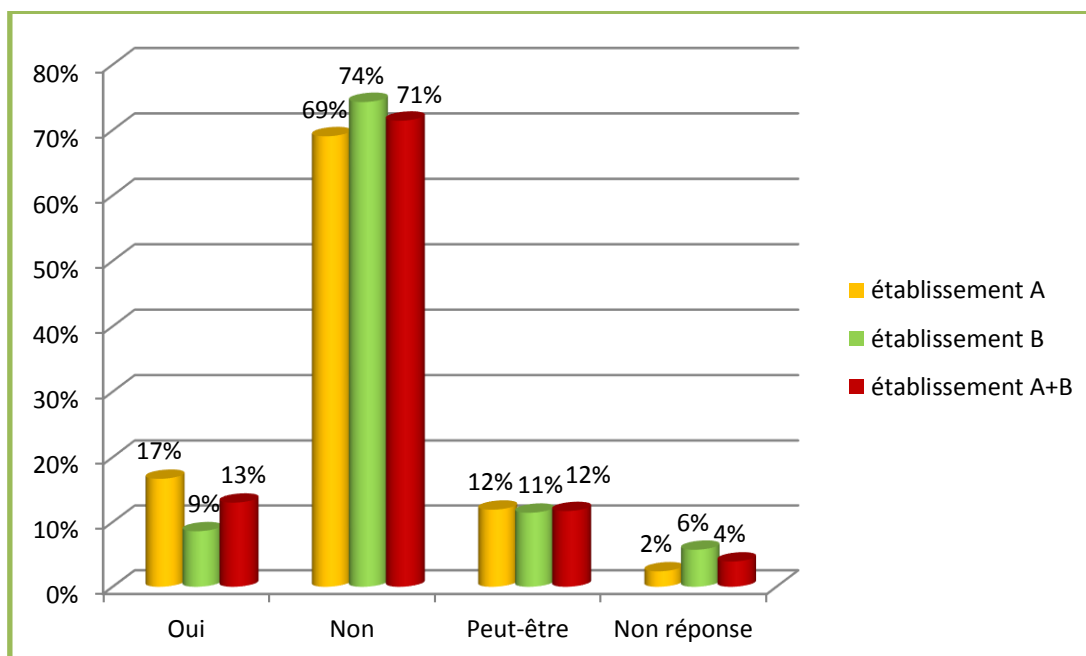
- Question 23 : Avez-vous rencontré des difficultés depuis votre prise de poste ?



- Question 24 : Avez-vous bénéficié de formations pour l'adaptation à votre poste de travail ?

	Établissement A		Établissement B		Établissement A+B	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Oui	25	60%	14	40%	39	51%
Non	16	38%	19	54%	35	45%
Non-réponse	1	2%	2	6%	3	4%

- Question 25 : Envisagez-vous de quitter l'établissement prochainement ?



- Question 26 : Expliquez-en les raisons ? Pourquoi voulez-vous quitter la gériatrie ou au contraire y rester ?

Voici présenter dans le tableau ci-dessous les raisons de rester en milieu gériatrique :

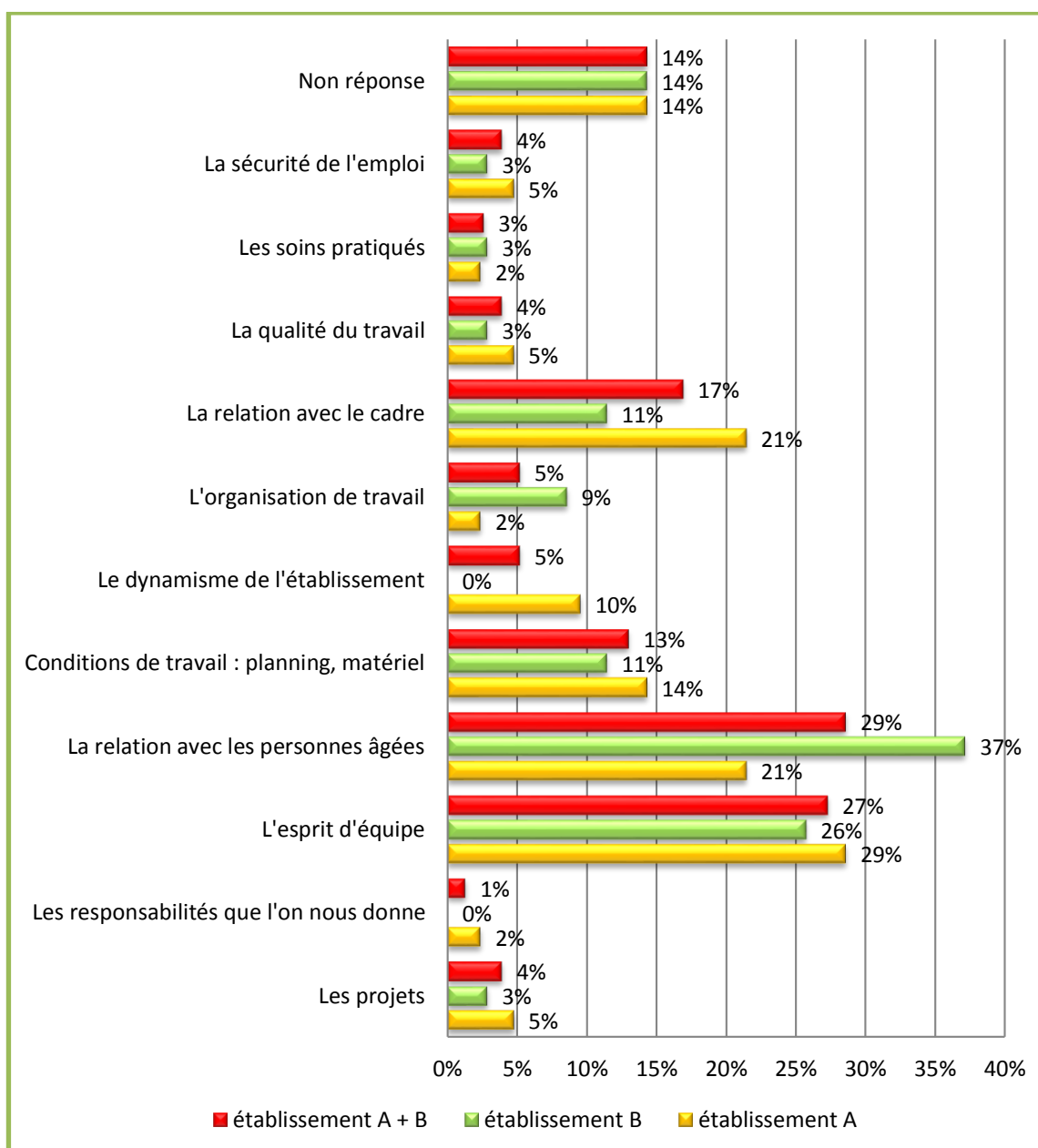
	Établissement A		Établissement B	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
L'esprit d'équipe	2	5%	3	9%
Les conditions de travail : planning	4	10%	1	3%
Pour évoluer et avoir + de responsabilités	7	17%	3	9%
J'ai trouvé ma place	5	12%	5	14%
Relation avec la personne âgée	5	12%	6	17%
Non-réponse	6	14%	8	23%

Voici maintenant les raisons de la quitter :

	Établissement A		Établissement B	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Pour évoluer professionnellement	0	0%	2	29%
Mauvaises conditions de travail	0	0%	1	14%
Mauvaise ambiance	1	8%	1	14%
Charge de travail	3	25%	0	0%
Le type de management	2	17%	0	0%

- Question 27 : Qu'est-ce qui pour vous favorise la fidélisation du personnel en EPHAD ?

Pour cette question j'ai regroupé les items qui se recoupaient, voici ce que cela nous donne :



En ce qui concerne les questions sur la situation du professionnel, le type de contrat et l'âge n'ont rien montré de pertinent vis-à-vis des autres questions. Effectivement, les contractuels bénéficient des mêmes actions mises en place. Le seul point qui ressort est l'encadrement qui reste à quelques jours pour les ASH. L'ancienneté, elle a un impact sur la réponse à la question 3 sur le recrutement. Les agents ayant plus de 5 ans d'ancienneté étaient accueillis par le directeur des ressources humaines.

3.7.3 Les entretiens avec les cadres de santé

Comme je vous l'ai présenté auparavant, ma grille d'entretien comporte 8 questions. Je vais donc reprendre chaque question pour vous donner la réponse des 6 cadres que j'ai rencontrés. Mais je vais tout d'abord vous présenter les cadres interrogés.

	Établissement A			Établissement B		
Service	Service 1 Patients semi-autonomes	Service 2 Patients très dépendants	Service 3 Patients Alzheimer	Service 4 Patients semi-autonomes	Service 5 Patients en soins de suite et réadaptation	Service 6 Pôle gériatrique
Fonction	Cadre de santé	Cadre de santé	Cadre de santé	Cadre de santé	Cadre de santé	Cadre supérieur de santé
Diplôme	2007	2009	2012	1996	2004	2003
Durée de l'entretien	32 min	26 min	41 min	38 min	20 min	42 min

Pour des questions de facilité, j'appellerai le cadre du service 1, cadre 1 etc.

Question 1 : Comment décririez-vous votre rôle de cadre dans le recrutement ? L'intégration du nouveau professionnel ?

Les cadres 1, 3, 4, 5 et 6 ont défini leur rôle comme important dans le recrutement, car cela permet de rencontrer le professionnel avant l'arrivée dans l'unité d'accueil. Le cadre 2 a juste dit qu'il participait à l'entretien de recrutement depuis peu.

La cadre 4 me précise : « *mais en tout cas l'avantage de recruter à 2, ça nous permet de croiser nos observations, de dire bon ce n'est peut-être pas tout à fait adapté, à la vue de son cursus, on oriente la personne vers le secteur qui lui correspondra le mieux, je veux dire, notre objectif n'est pas de mettre en difficulté les gens* ».

Les cadres 1, 2, 3, 4 et 5 ont dit qu'il réalisait cet entretien avec le cadre supérieur de santé et que cela permettait d'avoir deux avis sur l'agent recruté. Le cadre 5 a précisé toutefois que l'entretien se faisait parfois sans lui. Le cadre 6 m'a informé qu'auparavant, seul le directeur des soins réalisé les entretiens de recrutement et que cela posait problème, car en tant que cadre supérieure, elle ne rencontrait jamais les agents avant la prise de poste. Il m'a précisé aussi que « *la gériatrie est une vraie spécialité* » et que de ce fait si un agent qui se présente ne souhaite pas travailler en gériatrie, elle ne le recrute pas. Pour tous les cadres interrogés, l'entretien de recrutement a pour objectif de présenter l'établissement puis l'unité d'accueil ainsi que l'équipe que c'est le premier pas de l'intégration. Tous ont employé le terme de « *transparence* » vis-à-vis du poste à pourvoir afin d'éviter les mauvaises surprises.

En ce qui concerne le rôle du cadre dans l'intégration et le recrutement, le cadre 1 m'a aussi répondu : « *Son rôle est primordial, de son accueil dépendra l'intégration du nouveau soignant, le recrutement est important pour savoir déceler les possibilités du futur soignant dans le travail en équipe. Comment va-t-il se comporter dans l'équipe en place ?* » Mais que son rôle était aussi important lors de la mobilité entre 2 services du même établissement surtout quand un agent arrive avec pour reprendre ces termes « *des gamelles* », il entendait par là, une mauvaise image liée ou pas à son travail. De ce fait, le rôle du cadre est important, car il devra faire en sorte que cette mauvaise image ne soit pas diffusée et amplifiée et ne mette pas le soignant en difficulté.

Les cadres 1, 2 et 3 ont dit mettre en place l'encadrement de l'agent c'est-à-dire un soignant-référent ou tuteur pendant les premiers jours de la prise de poste et préparer le vestiaire, les clés et les tenues... La cadre 5 m'a précisé choisir le tuteur par rapport à ces compétences d'encadrement.

En ce qui concerne les cadres 3, 4 et 5, ils possèdent au sein de leur établissement un kit de bienvenue qui est remis au nouveau salarié. Pour l'intégration, ils mettent en place un système de tutorat sur un minimum de 15 jours ainsi qu'un suivi à différentes périodes.

Question 2 : Avez-vous un processus d'intégration formalisé ou est-il à l'initiative de chaque cadre ? Vous retrouvez-vous entre cadres pour en parler ?

Le cadre 1 m'a répondu « *je ne pense pas, rien d'écrit, chaque cadre accueille le nouveau professionnel d'une manière différente* », mais qu'il avait lui-même créé des outils. Les cadres ne se retrouvent pas pour en parler.

Le cadre 2 me dit « *rien de formalisé, chacun fait à sa sauce* » et ils ne se retrouvent pas pour en parler.

Le cadre 3 m'a parlé d'une journée d'accueil des nouveaux, mais qui a lieu souvent trop tard, mais qu'il existait un livret d'accueil qui avait été réalisé lors du regroupement de coopération sanitaire avec d'autres établissements, mais qu'il n'était pas donné systématiquement, car trop onéreux. « *Il y a un pseudo-protocole, mais rien d'écrit, on fait tous pareil* ». Les cadres 1, 2 et 3 m'ont informé qu'un travail sur ce thème avait commencé.

Les cadres 4, 5 et 6 m'ont répondu avoir un processus d'intégration formalisé et porté à la connaissance de tous les agents dans le classeur des procédures.

Question 3 : En quoi consiste-t-il ?

Pour les cadres 1, 2 et 3 malgré le fait qu'il n'existe pas de procédure formalisée, voilà ce que met en place chacun :

Le cadre 1 instaure un tutorat sur 3 à 4 jours en général et met à disposition tout ce dont le professionnel va avoir besoin (vestiaires, clés, codes d'accès, tenues). Il prépare la liste des résidents sur un format poche et un document qui reprend les différentes tâches à réaliser en fonction des jours de la semaine (commande pharmacie, repas...). Dès son arrivée, le jour de la prise de poste, il va à la rencontre du nouvel agent et prend connaissance de son ressenti. Dans les jours qui suivent, il reçoit l'agent pour connaître les éventuelles difficultés qu'il rencontre et savoir comment se passe sa prise de poste par rapport à l'équipe et aux patients. Ces rencontres se font de façon informelle et sont fonction de la personnalité du professionnel et de ces besoins. Le cadre essaye de lui attribuer des responsabilités en le nommant référent d'une activité du service, dès la prise de poste.

Le cadre 2 met en place un encadrement sur 15 jours, mais les aléas peuvent faire diminuer ce temps.

Le cadre 3 instaure un tutorat sur la base du volontariat, mais sans temps prédéfini, généralement 3 jours. Me dit que « *le rôle du cadre est important en termes d'accompagnement* » et que pour une bonne intégration, il faut « *un bon entretien d'accueil avec beaucoup d'informations* ».

Le cadre 4 me présente le processus d'intégration mis en place au sein de l'établissement qui consiste par la mise en place d'un tutorat sur minimum 15 jours, le nouvel agent reçoit un livret d'accueil avec la charte du tutorat et un kit de bienvenue. Un suivi à 15 jours, 1 mois, 3 mois et 6 mois est mis en place et formalisé. Ce suivi est réalisé avec le tuteur, le cadre et le nouvel embauché, des objectifs sont posés et réajustés à chaque rencontre. Voici les propos du cadre 4 : « *Le tuteur c'est la personne, parce que nous on n'est pas là tout le temps, le tuteur encadre, on lui confie de vraies responsabilités c'est-à-dire que le tuteur encadre sa collègue sur tout ce qu'elle doit savoir au sein du service, tout ce qu'elle doit connaître et dans notre livret d'accueil des nouveaux arrivants, ça fait partie du parcours d'intégration* ». Tout ce procédé est expliqué à l'agent lors de son recrutement. Ce cadre m'a informé que le suivi était dans la majorité des cas positif et apprécié des agents, mais que parfois le fait de remettre en causes certaines compétences n'était pas du tout bien pris même expliqué avec diplomatie : « *j'ai valorisé ses compétences, mais j'ai aussi pointé certaines choses en termes d'organisation, il m'a fait 2 fautes graves en identitovigilance dont une aurait pu coûter la vie au patient donc effectivement c'est à double tranchant c'est-à-dire que d'un côté on accompagne l'intégration et on fait des évaluations régulières, d'un autre côté je pense que ça ne lui a pas plus qu'on puisse lui dire qu'il y a certaines choses que... c'est quelqu'un qui avait fait 2*

années de médecine. Il a pris la fuite devant les difficultés qu'il rencontré⁴⁷ ». Certaines formations sont obligatoires dès le recrutement : formation en e-Learning du nouvel embauché, la transfusion sanguine pour les IDE...

Le cadre 5 me renvoie à ce même processus en me précisant qu'il ajoute au kit de bienvenue une tasse avec à l'intérieur une citation à méditer. Me précise qu'après les entretiens de suivi, certains agents tiennent compte des remarques faites et réajuste et d'autres non, mais que généralement les professionnels sont satisfaits, car connaissent les attentes du service. « *Ces entretiens de suivi permettent la construction identitaire* ».

Le cadre 6 me précise que le processus d'intégration est formalisé depuis 2014 et que c'est elles qui l'ont travaillé pour répondre à un objectif qualité et aux recommandations de l'HAS, qu'il existe une charte en gérontologie, du tutorat et une fiche de mission du tuteur...

Question 4 : Avez-vous des outils d'aide (tutorat, fiche de poste, livret d'accueil...)?

Pour le cadre 1, les outils d'aide sont le livret d'accueil, la journée des nouveaux, mais qui est souvent loin après le recrutement et la fiche de poste, mais qu'il n'utilise que très rarement.

Pour le cadre 2, il n'existe aucun outil d'aide à sa connaissance, au fil de l'entretien, elle me dit qu'il existe des fiches de postes, mais qu'elles ne sont jamais utilisées.

Pour le cadre 3, les outils d'aide dont il dispose sont le classeur qualité dans lequel se trouve les procédures et modes opératoires, mais ne sont pas tous à jour, les fiches de postes même si elles ne sont pas toutes à jour et l'encadrement. Il me précise que la personne qui encadre est volontaire.

Pour les cadres 4, 5 et 6⁴⁸, ce sont tous ce qui fait partie du processus d'intégration (annexe 6) : le kit de bienvenue (annexe 7 et 8), les fiches de compétences par catégorie professionnelle et les fiches d'entretien de suivi (annexe 9), le livret d'accueil, la charte du tutorat (annexe 10), la fiche mission du tuteur (annexe 11), la charte en gérontologie (annexe 12), la formation (certaines étant obligatoires à la prise de poste). Certains me précisent que le tuteur a un vrai rôle.

Question 5 : Rencontrez-vous des difficultés pour fidéliser votre personnel ? Quels sont vos arguments pour fidéliser en gériatrie ? Que mettez-vous en place ?

Le cadre 1 m'a répondu ne pas avoir de difficulté pour fidéliser son personnel. Voilà la suite de sa réponse en ce qui concerne ses arguments : « *Accueil ! Écoute, ambiance d'équipe, valoriser le travail d'équipe, valoriser le soignant, lui attribuer un travail de référent et l'encourager. Ma priorité est le résident et de suite après le soignant. Un soignant qui est bien, travaille bien, et prend bien en soins le résident. Valoriser le travail est important d'autant que la gériatrie peut paraître ingrate aux yeux des autres...* »

⁴⁷ Propos recueillis lors de l'entretien avec le cadre 4

⁴⁸ Les documents en annexe 6 à 13 m'ont été donnés par ces cadres, pour des raisons de confidentialité, j'ai retiré le logo de l'établissement.

Le cadre 2 me dit ne pas avoir de problème pour fidéliser son personnel même si elle avoue que « *beaucoup disent vouloir partir, mais ne le font pas* ». Ces arguments sont un effectif supérieur à certaines autres structures du département, l'existence d'un pool IDE et AS, la diversité des soins et la stabilité des plannings.

Le cadre 3 me confie aussi ne pas avoir de problème pour fidéliser son personnel. Il me donne des arguments qui peuvent faire fuir les professionnels comme l'image de la personne âgée qui peut faire peur, l'organisation mise en place dans l'institution, l'absence d'esprit d'équipe et les dépassements de tâches. Ce qui peut le fidéliser au contraire, c'est l'implication dans les différents projets, la prise en charge sur du long terme, le fait que la personne âgée soit « *le symbole de la connaissance et du respect* », la possibilité de se former et d'évoluer professionnellement et la sécurité au travail. Il valorise les compétences des agents même si elles n'ont aucun rapport avec la prise en soins et me donne l'exemple du dessin et de la couture qui permettent de participer à la décoration du service... et cela même pour les agents qui ne sont pas amenés à rester du fait de leur contrat de travail.

Pour le cadre 4, le travail en 12h est un moyen de fidéliser ainsi que la formation, la procédure d'intégration avec la mise en place du tutorat a aussi cet objectif, la relation médecin/équipe est un facteur d'intégration. Il me dit que « *des agents qui se forment sont des agents qui s'usent moins vite. C'est un levier très intéressant à utiliser* ».

Pour le cadre 5, la fidélisation est difficile par période. Ces arguments pour fidéliser sont : le travail en 12 heures, l'ambiance de l'équipe, les projets, les conditions de travail (effectifs, matériels...), la reconnaissance des compétences, le style de management utilisé : participatif et délégatif pour responsabiliser puis la transmission des valeurs de l'institution.

Pour le cadre 6, voici sa réponse : « *Je dirai oui et non, la fidélisation elle tient à beaucoup de choses* », « *Mieux est l'accueil et on a plus d'assurance d'avoir quelqu'un qui reste* ». Ces arguments pour fidéliser sont aussi l'ambiance d'équipe, la communication, un sentiment d'appartenance et de fédérer autour des projets. Mais aussi « *il faut déjà mettre en avant ce qu'on développe, il faut de la transparence vis-à-vis de l'information. Il faut développer la communication, être cohérent, expliquer où on va, pourquoi on y va ? À partir du moment où les gens savent, il adhère, il reste, il faut un projet solide, des agents qui participent, qui donnent leurs idées, qu'on valorise ce qu'ils font que l'on soit dans une véritable mission auprès du résident, c'est la reconnaissance du travail* ».

Ce qui ressort donc comme arguments pour tous ces cadres, c'est l'ambiance d'équipe, l'accueil, la communication, les projets, la transparence et la reconnaissance, mais aussi les horaires de travail.

Question 6 : Avez-vous un taux de turnover élevé ?

Pour les cadres 1, 2 et 3, le taux de turnover est bas. Le cadre 1 me précise que les seuls départs qu'il a, sont liés à des départs pour études donc promotions professionnelles. Le cadre 2 me dit avoir

eu beaucoup de départs IDE, mais qu'ils étaient liés à des mutations de conjoint ou des changements de région.

Le cadre 3 me dit que les mouvements de personnel sont liés à des promotions professionnelles ou alors liées à une stagiairisation ou titularisation.

Le cadre 4 me donne des chiffres surtout pour les IDE : « *en 2012 j'ai eu 5 IDE qui sont partis, 5 qui sont arrivées ; en 2013, 8 qui sont arrivées, 7 départs...* », mais il me précise que ces départs sont liés principalement au médecin.

Le cadre 5 me dit avoir un taux de rotation de son personnel normal, lié au mouvement régulier des professionnels tous les 4/5 ans et me précise que « *le rôle du cadre est important dans l'accompagnement des nouveaux* ».

Le cadre 6 me répond avoir dans un service un taux de turnover à 100% et que certains départs sont liés aux départs en retraite.

Question 7 : Quelle est la profession la plus concernée par le turnover ? Pouvez-vous l'expliquer ?

Les professions les plus concernées pour le cadre 1, 2 et 3 sont les AS/ASH alors que pour les cadres 4, 5 et 6 ce sont les IDE. Pour les AS/ASH, les trois cadres m'ont donné le même argument qui est la charge de travail importante en EHPAD. En ce qui concerne les IDE, l'argument qui revient est l'envie de voir d'autres choses, de développer les compétences dans d'autres domaines. Le cadre 1 m'a dit que le peu de départ qu'il a se fait pour des promotions professionnelles.

Question 8 : Quel impact peut avoir une bonne intégration ? Une mauvaise intégration ?

Le cadre 1 me dit que « *le fait de bien accueillir est important, que c'est l'accueil qui va conditionner le reste* », puis que « *d'une bonne intégration dépendra une bonne prise en soins du résident ! Ainsi qu'une fidélisation du soignant et inversement* ». Il a ajouté que l'ambiance de l'équipe est aussi importante.

Le cadre 2 me répond que l'impact d'une bonne intégration son : la motivation et l'investissement du professionnel et une bonne ambiance puis l'esprit d'équipe. « *Une mauvaise intégration entraine une baisse au niveau de la qualité des soins et une mauvaise ambiance dans l'équipe* ».

Pour la cadre 3, la bonne intégration signifie : « *une cohésion au sein de l'équipe, un travail réalisé dans le même sens, être bien au travail et une qualité des soins* ». À l'inverse, une mauvaise intégration revient à créer des tensions, divise l'équipe, les agents se renferment, sont tristes et en difficulté. Pour ce cadre, c'est « *une erreur dans l'accueil qui peut mettre l'agent en difficulté volontairement ou involontairement* ».

Le cadre 4 me donne la réponse suivante : « *Une bonne intégration, ça joue sur plusieurs facteurs, moins d'absentéisme, moins de RPS, moins de TMS, il y a une bonne cohésion, un bon*

travail d'équipe et du coup quand on vient travailler on vient travailler sereinement. C'est ce qu'on véhicule aussi dans le verbal et le non verbal. Un agent qui n'est pas bien au travail ne sera pas serein avec le patient. (...). Pour moi l'intégration c'est hyper important. Savoir que l'agent est bien dans sa tête et ses baskets, je trouve que ça joue. La mauvaise intégration ça fait que l'agent n'aura pas forcément un bon ressenti et du coup ira voir ailleurs, ça c'est clair, ça précipite le départ de l'agent, ça augmente le turnover, ça peut jouer aussi au niveau de la prise en soin des patients. L'intégration et l'accompagnement c'est hyper important après on a des agents qui sont opérationnels qui se sentent bien. Après on est sur la qualité et la sécurité des soins, on est aussi sur tout ce qui est management, les RPS ». Il verbalise aussi que la bonne intégration limite le burnout.

Pour le cadre 5, l'impact d'une bonne intégration c'est : une bonne ambiance dans l'équipe, la qualité des soins, le travail en collaboration, rendre pérenne ce qui est mis en place, la valorisation du service sur l'extérieur et entre services. La mauvaise intégration entraîne « *une destruction de l'équipe, des leaders négatifs, augmente les difficultés du service et un départ précipité des agents* ».

Le cadre 6 verbalise la bonne intégration comme un taux d'absentéisme qui diminue, plus d'investissement de la part des agents, des personnels force de proposition, une dynamique d'équipe, un sentiment d'appartenance et l'inscription du soin dans une dimension relationnelle.

Après vous avoir retranscrit les données brutes des résultats de mes enquêtes par questionnaires et entretiens, je vais maintenant les confronter à mes recherches théoriques pour confirmer ou infirmer mes hypothèses de départs. Vous retrouverez l'analyse de ma première enquête auprès des élèves AS, ensuite celle auprès des professionnels IDE, AS et ASH aux soins, et puis je poursuivrai par l'analyse des entretiens-cadres. La dernière partie sera consacrée à l'analyse croisée des 3 enquêtes.

4 L'analyse des enquêtes

4.1 L'enquête auprès des élèves aides-soignants

Cette première enquête me permet d'avoir le ressenti des futurs professionnels en ce qui concerne l'accueil et l'intégration, aucune question n'est posée sur la gériatrie. Son objectif était de mettre en avant le fait que l'accueil est une phase importante de l'intégration et que celui-ci peut avoir des répercussions sur le reste du parcours. Effectivement, 79% des élèves ont été très satisfait ou satisfait de leur entretien d'accueil et 89% de l'accueil le jour de leur arrivée dans le service. Ces chiffres nous démontrent, comme je vous le disais dans ma première partie sur le concept d'accueil, que les professionnels de santé sont habitués à accueillir et comme le dit Walter HESBEEN « *c'est*

être attendu (...) être présenté aux autres⁴⁹». Les élèves ont répondu pour 61% avoir été présentés à l'équipe.

Les acquisitions de l'élève sont évaluées que pour 43% d'entre eux, mais 89% ont bénéficié d'un suivi puisqu'un bilan mi-stage a été réalisé. Ce point permet d'amener l'élève à acquérir de nouvelles compétences.

En ce qui concerne l'encadrement mis en place, 78% sont satisfaits.

Les élèves qui ne sont pas satisfaits de l'accueil qu'ils ont reçu sont les mêmes qui ont répondu ne pas être satisfaits de leur intégration, de leur encadrement et qui n'ont pas eu de suivi pendant le stage. Nous pouvons donc dire que l'accueil, l'encadrement et le suivi mis en place peuvent avoir un impact significatif sur l'intégration. L'accueil ne semble pas avoir eu les impacts attendus comme je l'ai défini précédemment : « *Cérémonie ou prestation réservée à un nouvel arrivant, consistant généralement à lui souhaiter la bienvenue et à l'aider dans son intégration ou ses démarches*⁵⁰ ».

Les difficultés rencontrées par les élèves AS se situent principalement au niveau de l'encadrement, vient ensuite l'accueil et le personnel.

Les professionnels chargés de l'accueil sont principalement les IDE suivis par le cadre de santé. Le rôle du cadre n'est donc dans ce cas pas mis en avant, il est donc primordial que l'équipe soit informée de l'arrivée des élèves AS. Cette information doit être donnée par le cadre de santé, elle dépend de son rôle lié à l'information.

Ce que je retiendrai de cette enquête est l'impact de la phase d'accueil et la mise en place d'un encadrement sur l'intégration.

Maintenant, voyons ce que disent les professionnels IDE, AS et ASH aux soins sur ce thème de l'intégration.

4.2 L'enquête auprès des professionnels IDE, AS et ASH aux soins

4.2.1 L'attractivité de la gériatrie

Cette enquête auprès des différents professionnels qui interviennent auprès des personnes âgées met en avant des spécificités du travail auprès de cette population. Trois questions reprennent les atouts de la gériatrie et ce qui pouvait favoriser la fuite de ce milieu (questions 2, 26 et 27). En effet, je développerai dans la 2^{ème} partie de mon travail ce qui pour moi peut rendre attractive la gériatrie et que j'ai en partie retrouvé dans un article « quelle stratégie pour recruter et fidéliser en gériatrie ?⁵¹ ». Le relationnel reste le premier argument qui fait choisir le milieu gériatrique pour 37 personnes sur 65 ayant répondu. Vient ensuite l'amour de cette population pour 21 personnes. Le choix du travail en gériatrie ne se fait donc pas par hasard.

⁴⁹ Ibid 24

⁵⁰ Ibid 23

⁵¹ Ibid 6

Les professionnels travaillant en gériatrie ne souhaitent pas quitter ce milieu pour 70% d'entre eux. Les arguments qu'ils mettent en avant sont la relation avec la personne âgée, les possibilités d'évolution et le fait d'avoir trouvé sa place, les 2 derniers sont l'esprit d'équipe et les conditions de travail. Les raisons qui font quitter la gériatrie ne sont pas liées à la population, mais à la charge de travail, aux conditions de travail, à l'ambiance et au style de management.

Ma question 27 interrogeait les professionnels sur les arguments favorisant la fidélisation en gériatrie. Ce qui ressort des réponses à cette question sont le relationnel avec la personne âgée pour 37% suivi à 26% par l'esprit d'équipe puis à égalité pour 11% la relation avec le cadre et les conditions de travail. Les 2 premiers arguments rejoignent les spécificités explicitées dans mon cadre conceptuel. Nous pouvons voir que ces 3 questions retrouvent toujours en premier lieu le relationnel avec la personne âgée, cet argument doit pouvoir servir de levier au cadre de santé lors des recrutements de personnel et donc qu'un agent qui n'apprécierait pas cette population ne pourrait s'épanouir professionnellement. La gériatrie est donc une vraie spécialité au même titre que la pédiatrie.

4.2.2 *L'accueil*

L'accueil commence lors du recrutement, cette enquête auprès des professionnels révèle l'implication importante du cadre supérieur de santé dans le recrutement, le cadre de santé y participe de plus en plus. Effectivement, si je croise les réponses de la question 3 sur le recrutement à celle de l'ancienneté, je peux m'apercevoir que les professionnels nouvellement recrutés ont été reçus par le cadre supérieur de santé et le cadre de santé et ce phénomène se retrouve sur les 2 établissements. Le rôle du cadre dans le recrutement prend donc de plus en plus de sens et rend son rôle primordial dans l'intégration du nouvel embauché. Lors de l'entretien de recrutement, la fiche de poste est présentée que dans seulement 24% des cas dans l'établissement A contre 57% pour l'établissement B qui possède un protocole d'intégration formalisé. La fiche de poste comme je l'ai déjà défini auparavant peut être un outil de management intéressant pour le cadre de santé, il permet de situer l'agent sur les attentes vis-à-vis de son poste.

La deuxième phase d'accueil se situe le jour de la prise de fonction, il existe plusieurs acteurs comme je l'ai déjà défini. Les 2 principaux acteurs qui interviennent sont l'équipe pour près de 50% des réponses et le cadre pour 31%. Il est donc primordial que le cadre informe l'équipe et remplisse son rôle lié à l'information et à la communication. De sa façon de manager, va découler la façon d'accueillir le nouveau professionnel par l'équipe. Les professionnels interrogés ont qualifié l'accueil reçu comme excellent ou bon pour près de 80%. 88% ont répondu que l'équipe était informée de la venue du nouveau professionnel et 75% disent que cela eu un impact sur le déroulé de leur première journée. Ils disent se sentir attendus, être mis en confiance, travailler en binôme. Cela me renvoie à la définition de l'accueil de Walter HESBEEN : « *être accueilli c'est être attendu en vue de réaliser*

*quelque chose, bénéficier d'un sourire, capter 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 la disponibilité en terme de moment, de lieu, de personne*⁵² ». L'accompagnement du cadre par la communication est donc indispensable. En effet les impacts qui ressortent le plus sont une diminution du stress, une mise en confiance et une meilleure organisation de la journée du fait d'être attendu. Le cadre doit « *communiquer et faciliter les échanges entre les membres de l'équipe*⁵³ ». L'équipe a donc un rôle important dans l'accueil et l'intégration au même titre que le cadre de santé par les actions anticipatrices qu'il met en place en termes d'information et de communication.

Le livret d'accueil ne semble pas être utilisé de façon optimale puisque moins de 50% disent l'avoir reçu, les informations qui le constituent sont utiles et suffisantes pour la majorité des agents. Il peut donc être un outil d'aide important pour le nouveau professionnel.

L'accueil est donc important puisque presque 90% des agents interrogés disent qu'il a favorisé leur intégration.

4.2.3 *L'intégration*

Comme je le disais au début de ma recherche, l'intégration est un sous processus de la socialisation organisationnelle et il participe à la construction identitaire des professionnels. Mon enquête révèle que seulement 26% des agents de l'établissement A déclarent l'existence d'une procédure et l'établissement B seulement 37%. Ces résultats se rapprochent de l'enquête menée par Mercuri Urval⁵⁴ en 2012 puisque celle-ci nous informait que 65% des entreprises n'avaient pas de procédure d'intégration. Ce résultat reste tout de même surprenant sachant que l'HAS recommande que l'accueil et l'intégration des nouveaux salariés soient organisés. L'établissement B possède pourtant un protocole d'accueil et d'intégration qui apparaît comme méconnu même pour les agents recrutés depuis peu. Parallèlement à cela, près de 80% des personnes interrogées déclarent avoir bénéficié d'un encadrement celui-ci variant de quelques jours à un mois ; pour 95%, celui-ci a facilité l'intégration. Le tutorat semble donc être un outil facilitant même si le temps d'encadrement ne dépasse pas dans la majorité des cas une semaine. Une évaluation de cet accompagnement est mise en place pour 50% dans l'établissement B et 33% dans l'établissement A, est-ce lié à la mise en place d'un protocole formalisé sur l'établissement B ? Une chose est sûre, elle est majoritairement réalisée par le cadre de santé ce qui en fait encore un acteur privilégié de l'intégration. Ces éléments de réponse nous renvoient à la définition de l'intégration que nous donne Delphine LACAZE : « *L'intégration consiste à accompagner un nouveau salarié dans la maîtrise des aspects techniques de*

⁵² Ibid 24

⁵³ Ibid 27

⁵⁴ Ibid 18

son emploi et dans la compréhension de son rôle s'inscrivant dans l'environnement culturel et social propre à l'organisation. L'intégration finalise la procédure de recrutement dans une perspective de fidélisation du salarié à long terme, ou d'efficacité à court terme pour les emplois et les missions de courte durée⁵⁵ ».

Les difficultés rencontrées lors de la prise de poste sont liées à la charge de travail et à l'organisation. Les agents déclarent avoir bénéficié de formation pour l'adaptation au poste pour 50% d'entre eux les 2 établissements confondus sachant que les agents de l'établissement A le déclarent à 60%. La formation semble être un axe important mis en avant dans le milieu gériatrique. Pour finir, 70% des agents n'envisagent pas de quitter leur établissement, l'existence d'un protocole d'intégration ne semble pas avoir d'impact sur l'envie de rester ou quitter l'établissement puisque les 2 établissements obtiennent un résultat similaire malgré le fait que l'un d'eux possède un protocole d'accueil et d'intégration formalisé.

Il ressort de cette enquête que l'équipe a un rôle important dans l'accueil et l'intégration du nouveau professionnel, mais ce rôle ne peut se mettre en place sans l'implication du cadre de santé dans cette démarche. Un des leviers pour le cadre dans le recrutement est l'importance du relationnel qui existe auprès de la population âgée et l'esprit d'équipe.

Après avoir recueilli l'opinion des professionnels IDE, AS et ASH, passons aux cadres de santé.

4.3 L'enquête auprès des cadres de santé

Ces entretiens auprès des cadres de santé des 2 structures ont été très enrichissants. Pour rappel, l'établissement A ne possède pas de procédure d'intégration formalisée contrairement à l'établissement B. Il ressort de cette enquête, que le cadre a un rôle important tant dans le recrutement que dans l'intégration puisque 5 cadres sur 6 me l'ont défini ainsi. Pour reprendre les propos du cadre 1 : *« Son rôle est primordial de son accueil dépendra l'intégration du nouveau soignant, le recrutement est important savoir déceler les possibilités du futur soignant d'un travail en équipe »*. Ce constat me renvoie encore à la définition de Delphine LACAZE : *« (...) L'intégration finalise la procédure de recrutement dans une perspective de fidélisation du salarié à long terme, ou d'efficacité à court terme pour les emplois et les missions de courte durée⁵⁶ »*. Toute cette démarche s'inscrivant dans le processus de socialisation organisationnelle qui ne s'arrête jamais. Le recrutement se fait avec le cadre supérieur de santé et le cadre de proximité depuis peu sur l'établissement A, ce qui permet de croiser les observations et le ressenti par rapport à l'agent reçu en entretien. Sur l'établissement B, c'est la même démarche depuis 2013 pour les mêmes raisons. Ceci nous montre

⁵⁵ Ibid 15

⁵⁶ Ibid 15

l'importance du rôle du cadre comme il est défini dans le document de travail de la DGOS qui présente le référentiel de compétences du cadre de santé en lien avec la réingénierie du diplôme-cadre : « *Conduite d'entretiens de recrutements. Organisation de l'intégration et du suivi des nouveaux membres de l'équipe, des stagiaires et étudiants (...)*⁵⁷ ». Les cadres 1 et 3 me précisent tout de même que « *le rôle du cadre est important aussi lors de la mobilité interservices* ». Le schéma sur la socialisation organisationnelle, en page 9 de mon travail, illustre bien cela. Les cadres 4 et 6 me précisent qu'ils ne recrutent pas les agents qui ne souhaitent pas travailler en gériatrie, car pour eux, c'est une vraie spécialité.

L'accueil reste un moment important dans l'intégration pour 3 des cadres interrogés comme je vous l'ai indiqué par la définition de Walter HESBEEN dans mon cadre conceptuel : « *être accueilli c'est être attendu en vue de réaliser quelque chose, bénéficier d'un sourire, capter 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 la disponibilité en terme de moment, de lieu, de personne*⁵⁸(...) ».

Tous m'ont dit mettre en place ou un encadrement ou un tutorat, la durée est variable en fonction du poste (IDE, AS ou ASH), il va de quelques jours à 1 mois. Un suivi de cet encadrement est mis en place de façon formalisée ainsi qu'une évaluation sur l'établissement B. pour l'établissement A, seul le cadre 1 me dit faire un suivi, mais de façon informelle. Les cadres 4, 5 et 6 me disent que la mise en place d'un tutorat, du suivi et de l'évaluation permet de fixer des objectifs à atteindre et de savoir où se situe l'agent. Les cadres 2 et 3 m'informent qu'un travail est en cours sur l'établissement pour la mise en place d'un tutorat auprès des étudiants et des nouveaux professionnels. L'intégration des nouveaux professionnels semble être une préoccupation dans ces 2 structures. Les missions du tuteur sont clairement définies pour l'établissement B, elles consistent à :

- Faciliter l'accueil et l'intégration du professionnel,
- Former l'agent à son poste de travail,
- Suivre et évaluer le nouveau professionnel.

Ces missions reprennent les différentes définitions que j'ai énoncées précédemment dont celle du rapport Masingue : « *activité de personne à personne permettant à un tuteur d'acquérir ou de développer des compétences grâce à la contribution d'un salarié expérimenté appelé tuteur*⁵⁹ » puis se retrouvent dans le schéma représentatif du rôle du tuteur que j'ai réalisé en page 25.

Sur l'établissement B, le suivi et l'évaluation sont réalisés par le cadre et le tuteur en présence du nouveau recruté ce qui confirme l'importance du rôle du cadre dans cette procédure d'intégration. Cette évaluation facilite l'intégration, mais peut aussi faire peur aux agents par la confrontation à leurs propres difficultés me disent les cadres de l'établissement B. D'autres outils existent, mais sont

⁵⁷ Ibid 27

⁵⁸ Ibid 24

⁵⁹ Ibid 38

peu utilisés tels que la fiche de poste. Cette dernière pouvant être un réel outil de management, les cadres interrogés m'avouent ne pas l'utiliser ou très rarement.

Tous préparent le matériel nécessaire (clés, tenue, vestiaire...) au nouveau professionnel et informent les équipes avant son arrivée dans le service, ils font donc preuve d'anticipation comme je le précisais en page 24 de mon travail. Le nouveau professionnel est donc attendu.

Les réponses en ce qui concerne la fidélisation du personnel sont mitigées même s'il apparaît que seul un cadre me dit avoir de réelles difficultés, mais celles-ci ne sont pas liées au travail en gériatrie, mais principalement au comportement du médecin vis-à-vis de l'équipe. Effectivement, les cadres 3, 4 et 6 me parlent de turnover normal, ce qui signifie que les agents quittent le service après 4/5 ans, c'est pour ces cadres une évolution normale. Ils l'expliquent par le fait que désormais les agents ne restent plus et aiment changer pour développer leurs compétences. Le taux de turnover est semblable dans les 2 établissements.

Les arguments que mettent en avant les cadres de santé pour fidéliser le personnel sont :

- L'existence de projets et l'implication dans ces derniers,
- Venir travailler en gériatrie ne doit pas être une punition,
- Le type de management participatif et délégué,
- Les conditions de travail : effectifs, régularité du planning, matériel, travail en 12 heures,
- Les formations,
- L'esprit d'équipe, l'ambiance du service,
- La valorisation et la reconnaissance du travail réalisé.

Tous découlent de la façon de manager du cadre de service, mais aussi de l'équipe en place d'où l'importance de l'anticipation et de la communication. Ce qui au contraire peut faire fuir les agents est pour reprendre les termes du cadre 1, « *la gériatrie peut paraître ingrate aux yeux des autres* ».

Cette intégration peut avoir des répercussions. Pour un agent bien intégré, elles ont, pour l'ensemble des cadres, un impact sur la qualité de soins, l'ambiance et l'esprit d'équipe et donc un absentéisme en baisse et des RPS moindre. Une mauvaise intégration provoque l'effet inverse et peut précipiter le départ des agents. L'intégration est donc importante puisque celle-ci peut avoir des impacts sur la qualité et la sécurité des soins dont le cadre est le garant et peut entraîner de l'absentéisme et du turnover.

En conclusion de cette enquête, je peux dire que la formalisation d'un processus d'intégration peut faciliter celle-ci, mais ne va pas jusqu'à la fidélisation puisque les taux de turnover sont similaires entre les 2 établissements.

Après avoir repris les différentes enquêtes, je fais maintenant les croiser pour confronter les différents points de vue des différents acteurs.

4.4 L'analyse croisée des 3 enquêtes

Lors de mes différentes enquêtes qui interrogées les professionnels IDE, AS, ASH aux soins, les élèves AS et les cadres de santé, nous pouvons nous apercevoir qu'il existe certaines divergences. Effectivement si je reprends par exemple les arguments des professionnels qui se rapportent à la fidélisation en gériatrie, nous retrouvons en majorité le côté relationnel avec la personne âgée alors que pour les cadres de santé c'est l'ambiance d'équipe, aucun ne m'a cité le relationnel. Ce premier constat peut être un frein pour le cadre, car sa perception est différente de celle du soignant. Certes, certains arguments se recoupent comme l'esprit d'équipe, mais il reste intéressant de connaître ce qui influence les professionnels, en première intention, à venir travailler en gériatrie. Cet argument peut servir de levier pour le cadre pour fédérer son équipe au même titre que la formation puisque 50% des agents en ont bénéficié et que certains cadres l'ont mis en avant lors des entretiens.

Par contre, une phase importante pour les cadres, les professionnels IDE, AS et ASH comme pour les élèves AS est l'accueil. Nous pouvons nous apercevoir que celle-ci a un impact direct sur l'intégration que ce soit pour les élèves AS ou les professionnels puisqu'il conditionne le déroulement de la journée pour les uns et la suite du stage pour les autres. Il reste la première impression que mémorise l'agent. Les élèves AS qui ont eu un accueil qualifié comme mauvais n'ont pas réussi à s'intégrer et les pour les professionnels, ils ne se sont pas sentis attendus et ont ressentis une certaine méfiance. L'accueil le jour de la prise de poste est principalement réalisé par l'équipe, le cadre arrive en deuxième position, d'où l'importance de la communication entre le cadre et son équipe. Un accueil réussi va favoriser l'intégration et l'investissement du professionnel.

Un deuxième élément important est la mise en place d'un tutorat ou encadrement qui a pour objectif de faciliter l'intégration et l'adaptation au poste de travail. Les cadres ont précisé pour ceux qui le mettaient en place qu'il se faisait sur la base du volontariat principalement. Le temps d'encadrement est très variable d'un établissement à l'autre et c'est ce qui ressort dans les réponses des IDE, AS et ASH. Comme le disent les cadres 4 et 6, il doit être adapté à la personne. Ce constat vient confirmer les études menées sur les établissements parisiens qui ont mis en place un encadrement, celui-ci est donc bénéfique dans l'intégration.

Les professionnels qui souhaitent quitter le milieu gériatrique le font principalement pour pouvoir évoluer professionnellement comme me l'a dit le cadre 1. Très peu d'agents souhaitent partir ce qui rejoint la réponse des cadres qui disent avoir un taux de turnover très bas, mais expliquent tout de même que des départs tous les 4/5 ans sont à prévoir : ils l'appellent le turnover normal lié aux nouvelles générations.

Les cadres ont donc un rôle important dans l'intégration puisque les professionnels donnent comme 3^{ème} argument de fidélisation en gériatrie : la relation avec le cadre de santé. Celui-ci ayant un rôle important déjà dans le recrutement et dans le suivi et l'évaluation du nouvel agent. Toutes ces personnes interrogées sont donc d'accord sur ce point.

Après avoir confronté mes enquêtes, je vais, maintenant, en faire de même avec mes hypothèses.

5 La confrontation des enquêtes à mes hypothèses

Pour rappel mes hypothèses étaient les suivantes :

- 1/ Un processus d'intégration formalisé favorise l'intégration du nouveau professionnel et ainsi sa fidélisation et son investissement.
- 2/ L'accueil est une phase importante de ce processus.
- 3/ Le cadre de santé est un acteur primordial dans ce processus et il doit mettre en avant les spécificités de la gériatrie pour fidéliser son personnel en EHPAD.

Mes enquêtes ne me permettent pas de valider l'ensemble de mes hypothèses complètement. Effectivement, je ne peux valider la première entièrement. La formalisation d'un processus d'intégration formalisé facilite et favorise l'intégration, mais celui-ci ne va pas jusqu'à la fidélisation. Si auparavant, les processus d'intégration mis en place avaient cet objectif, il est difficile de dire que cela est toujours d'actualité. Les générations actuelles ne se contentent plus d'un travail, elles ont besoin de liberté et n'hésitent plus à quitter leur emploi pour changer d'entreprise. L'enjeu actuel d'un processus d'intégration outre de faciliter l'intégration est de rendre opérationnel l'agent rapidement tout en sachant qu'il ne restera que quelques années. Je peux donc valider seulement la première partie de mon hypothèse 1.

Les hypothèses 2 et 3 peuvent être validées intégralement puisque les élèves, les professionnels et les cadres ont tous défini l'accueil comme important. D'autre part, nous avons pu observer que le cadre avait un rôle important dans l'intégration à plusieurs niveaux : le recrutement, l'accueil, le suivi et l'évaluation et surtout en terme de communication. Il fait le lien entre l'équipe et le nouveau professionnel. Il est aussi important que le cadre connaisse ce qui rend attractif la gériatrie afin de le mettre en avant et ainsi permettre la fidélisation de son personnel même si ce n'est que pour quelques années.

Il est donc important que le cadre joue son rôle dans ce processus, car la qualité et la sécurité des soins sont en jeu. De la qualité de son management dépendra, l'investissement de son personnel. L'intégration devient donc un enjeu managérial, mais aussi institutionnel !

CONCLUSION

L'intégration des nouveaux professionnels est une préoccupation de beaucoup d'entreprises en France comme à l'étranger. La littérature est riche et diversifiée, pourtant seulement 35% des entreprises ont un processus d'intégration formalisé. En effet, un professionnel qui ne reste pas coute de l'argent à l'institution qui l'a recruté. Divers constats sur mon lieu d'exercice m'ont donné envie de travailler sur ce thème puis est venue se greffer la demande institutionnelle qui fait suite à la signature du dernier projet d'établissement pour répondre aux recommandations de l'HAS. Je me suis toujours investie dans l'accueil et l'encadrement de nouveaux collègues comme des étudiants. L'intégration reprend toutes ces phases d'accompagnement que sont l'accueil, l'encadrement, le partage de connaissances pour l'adaptation au poste de travail, mais un acteur est indispensable pour que cela se déroule pour le mieux : c'est le cadre de santé. Son rôle est important en termes de communication et d'accompagnement de l'équipe au changement.

Après avoir fait un tour d'horizon de la littérature, j'ai émis 3 hypothèses. Afin de poursuivre mon travail de recherche, j'ai souhaité recueillir l'opinion de l'ensemble des acteurs et pour cela j'ai mené 3 enquêtes. Ces 3 enquêtes ont été très riches et m'ont permis de m'apercevoir de l'importance du rôle du cadre de santé, mais aussi de l'équipe dans ce processus d'intégration du nouveau professionnel. Elles m'ont permis de me rendre compte aussi que l'intégration ne devait pas seulement se faire au moment du recrutement, mais aussi lors de tout changement d'unité d'affectation. Elles ont mis en évidence l'importance de l'accueil. Les soignants savent accueillir puisqu'ils le font au quotidien pour les patients, mais lorsque cela remet en cause les relations sociales au sein de l'équipe, ils peuvent être en difficulté.

L'arrivée d'un nouveau peut mettre en péril l'équilibre qui existe au sein d'une équipe. De fait même si ce n'est pas un changement d'organisation, cette arrivée est un changement tout de même. Le changement est générateur de stress et d'insécurité d'où l'importance de l'accompagnement par le cadre de santé de par sa communication, son écoute et sa présence.

Un processus d'intégration comme nous l'avons constaté peut faciliter l'intégration, mais ne va pas jusqu'à la fidélisation. Dans un contexte économique de plus en plus difficile, je me pose la question suivante : Comment le cadre peut-il fidéliser son personnel sur du long terme afin de maintenir une qualité de soins optimale pour le résident en gériatrie ? Est-ce seulement un phénomène générationnel ?

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- Philippe BERNOUX, La sociologie des organisations, éditions du Seuil, Paris 1995, 480 pages
- Larousse médical éditions Larousse, version 2004
- Dominique BOLLINET et Jean Pierre SCHMITT, La socialisation, éditions Bréal, 2008, 128 pages
- D.LACAZE et S. PERROT, L'intégration des nouveaux collaborateurs, éditions Dunod, Paris 2010, 199 pages
- Dictionnaire Larousse édition 1986
- Sabine STORDEUR et William D'HOORE : Attractivité, fidélisation et qualité des soins : 3 défis, une réponse, éditions Lamarre, 243 pages
- Walter HESBEEN : Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin dans une perspective soignante. Paris inter éditions, Masson 1997, 195 pages
- Claude DUBAR, La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles, éditions ARMAND COLIN, Paris 1991, 276 pages
- H. MINTZBERG, Le management, Voyage au centre des organisations, éditions d'organisation, 1999, 703 pages
- Olivier DEVILLARD, Dynamiques d'équipes, éditions d'organisation, 2005, 304 pages
- Pierre CAUVIN, la cohésion des équipes, pratiques du team building, édition ESF Paris 1997, 224 pages
- AMIEC RECHERCHE, dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière, édition Masson 2005, 3^{ème} édition, 333 pages
- Dictionnaire de l'éducation de Legendre édition 1993
- Hervé BRIZON, L'intégration des nouveaux soignants, éditions Masson, Paris 2002, 108 pages
- Ingénierie et évaluation des compétences, Guy Le BOTERF, éditions Eyrolles, 2011, 605 pages

Articles

- Valérie BLIEZ, Quelle stratégie pour recruter et fidéliser en gériatrie ? Soins cadre n°74, p 28 à 30, mai 2010
- Delphine LACAZE, la gestion de l'intégration en entreprise de service : l'apport du concept de socialisation organisationnelle. Revue management et avenir n° 14, p 9 à 24, avril 2007

- Delphine LACAZE, Vers une meilleure compréhension des processus d'intégration : validation d'un modèle d'intégration proactive des nouveaux salariés, revues gestion des ressources humaines. Avril-mai-juin 2005 p20
- Walter HESBEEN, Les relations de pouvoir : les leaders utiles et les leaders nuisibles. Le cahier du management, Objectifs Soins n°47, p 6 à 12 novembre 1996
- Serge PAUGAM, Quand l'intégration professionnelle devient disqualifiante, Revue Economie & Humanisme, n° 381, p 24 à 28, juin 2007
- Pierre MOREAU, Pour une praxis du management de proximité, Objectifs soins n°181, décembre 2009, p 29 à 31
- Géraldine LANGLOIS, Aux petits soins pour les nouvelles recrues, L'infirmière magazine, n°267, p 20 à 23, novembre 2000
- Agnès FREDY-PLANCHOT, Reconnaître le tutorat en entreprise, revue française de gestion n°175, p 23 à 32, juin 2007

Mémoire

- Jacky MOULEC, Un parcours d'intégration des nouveaux soignants : un moyen de les fidéliser, promotion cadre 2014/2015, Ecole Supérieur Montsouris

Législation

- Code de la santé publique, 1^{ère} partie, titre 1^{er}, chapitre II, art L1112-2 www.legifrance.fr consulté le 12/12/2015 à 18h
- https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=64B9CCEB036B646DA2557532F2E3F77C.tpdila20v_1?cidTexte=LEGITEXT000006072050&dateTexte=20001016 consulté le 22/01/2016 à 10h12

Sites internet

- Définition d'intégrer, disponible sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/int%C3%A9grer/43537>, consulté le 31/10/2015 à 19h
- Étude sur l'intégration des collaborateurs, disponible sur <http://www.myrhline.com/actualite-rh/etude-sur-integration-des-collaborateurs-dans-les-entreprises.html#> consulté le 11/01/2016 à 18h10
- http://www.cerclerh.com/editorial/integration_collabo3.asp, consulté le 11/01/2016 à 19h01

- Manuel de certification V2010, disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf p 24 consulté le 5 novembre 2015 à 17h18
- Définition de l'accueil, disponible sur www.larousse.fr/français/accueil/569 consulté le 13/09/2015 à 18h44
- Définition de l'accueil, disponible sur <http://fr.wiktionary.org/wiki/accueil> consulté le 13/09/2015 à 18h51
- La grille ANGÉLIQUE, disponible sur <http://www.soignantenehpad.fr/medias/files/grille-angelique.pdf> consulté le 5 novembre 2015 à 17h15
- Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Direction Générale de l'Offre de Soins, Diplôme de Cadre de santé, Référentiels d'activités et de compétences, disponible www.smepsante.fr consulté le 2/03/2016 à 20h03
- Le référentiel de formation IDE, disponible sur <http://www.infirmiers.com/pdf/4annexe3formation.pdf>, consulté le 21/01/2016 à 17h30
- Fonction tutorale ; situation de changement pour l'accompagnant professionnalisant, disponible sur www.cadrede-sante.com, consulté le 3/03/2015 à 19h20
- Une définition de la compétence disponible sur <http://www.cadredesante.com/spip/profession/pedagogie/Une-definition-de-la-competece> consulté le 5/03/2016 à 18h09

Cours

- Cours théorique du 26/02/2016 de Morgane LE GAL, Formatrice consultante à l'ESM

Rapports

- Attractivité et fidélisation des professionnels paramédicaux dans les structures sanitaires et médico-sociales, Rapport de l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile de France, juin 2008, disponible sur www.fhf.fr
- Rapport MAZINGUE : « Séniors tuteurs : comment faire mieux ? » disponible sur www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/094000125.pdf

TABLES DES ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire à destination des élèves aides-soignants

Annexe 2 : Questionnaire à destination des professionnels de santé

Annexe 3 : Grille d'entretien des cadres de santé

Annexe 4 : Retranscription de l'entretien du cadre 4

Annexe 5 : Retranscription de l'entretien du cadre 6

Annexe 6 : Protocole d'accueil et d'intégration du nouvel agent en gériatrie

Annexe 7 : Kit bienvenue du nouvel arrivant

Annexe 8 : Mot de bienvenue

Annexe 9 : Livret d'acquisition des capacités IDE

Annexe 10 : Charte du tutorat du nouvel agent

Annexe 11 : Fiche mission du tuteur

Annexe 12 : Charte des valeurs professionnelles en gérontologie

Annexe 13 : Questionnaire de satisfaction de l'accueil et de l'intégration du nouvel arrivant

ANNEXE 1

Questionnaire à destination des élèves Aides-soignants

L'accueil

1/ Qui vous a accueilli votre premier jour ?

Cadre de santé

AS/AMP

IDE

Autre

2/ Vous a-t-on donné un livret d'accueil ?

Oui

Non

Si oui, vous l'a-t-on commenté ?

Oui

Non

3/ Avez-vous été satisfait de votre entretien d'accueil ?

Très satisfait

Satisfait

Moyennement satisfait

Non satisfait

4/ Lors de cet entretien, vos acquis ont-ils été évalués ?

Oui

Non

5/ Avez-vous été satisfait de l'accueil de l'équipe le jour de votre arrivée ?

Très satisfait

Satisfait

Moyennement satisfait

Non satisfait

L'intégration

6/ Avez-vous été présenté à l'ensemble du personnel de l'unité ?

Oui

Non

7/ Avez-vous été satisfait de votre intégration dans l'équipe comme futur professionnel ?

Très satisfait

Satisfait

Moyennement satisfait

Non satisfait

8/ Avez-vous été satisfait de l'encadrement dont vous avez bénéficié ?

Très satisfait

Satisfait

Moyennement satisfait

Non satisfait

9/ Un bilan de mi-stage a-t-il été réalisé ?

Oui

Non

10/ Avez-vous rencontré des difficultés lors de votre stage ?

Oui

Non

11/ A quel niveau ?

Accueil

Encadrement

Personnel

Autre motif, précisez lesquels ?

.....
.....
.....
.....

ANNEXE 2



ESM

Formation & Recherche en Soins

Université Paris-Est Créteil Val de Marne

Bonjour,

Je me présente, Lisbeth GENCEY, j'ai 36 ans et suis infirmière depuis 15 ans en EHPAD à Auxerre. Depuis septembre, je suis étudiante-cadre de santé à l'école Montsouris de Créteil.

Dans le cadre de mes études, je dois réaliser un travail de recherche et j'ai choisi de le faire sur le thème de l'intégration des professionnels en milieu gériatrique.

Pourquoi ce thème, car pour moi, il est primordial pour un cadre d'être au plus proche de son équipe, mais aussi de comprendre pourquoi certains professionnels font le choix de travailler en gériatrie ou au contraire, la fuit.

Afin d'approfondir mes recherches, je vous serai reconnaissante de prendre quelques minutes pour remplir le questionnaire joint. Ce dernier est anonyme et n'a pour seul objectif d'éclairer ma recherche. Merci pour le temps que vous y consacrerez.

VOTRE RECRUTEMENT

1/ Est-ce votre première prise de poste ?

- Oui Non

2/ Qu'est-ce qui vous a fait choisir la gériatrie (en quelques mots) ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3/ Qui avez-vous rencontré lors de votre entretien de recrutement ?

- Directeur de l'établissement
 Directeur des soins
 Directeur des ressources humaines
 Cadre supérieur de santé/cadre de pôle
 Cadre de santé de proximité

4/ Vous a-t-on présenté votre fiche de poste ?

- Oui Non

VOTRE ACCUEIL

5/ Qui vous a accueilli lors de votre prise de poste ?

.....

6/ Vous a-t-on remis un livret d'accueil ?

- Oui Non

7/ Si oui, les informations y figurant,

➤ Vous ont-elles été utiles ?

- Oui Non En partie

➤ Vous ont-elles été suffisantes ?

- Oui Non

8/ Si non, précisez ce que vous auriez aimé y trouver en plus ?

.....
.....
.....

9/ Comment qualifieriez-vous l'accueil que vous avez reçu ?

- Excellent Bon
 Assez bon Moyen
 Mauvais

10/ Les professionnels étaient-ils informés de votre arrivée ?

- Oui Non En partie

11/ Cela a-t-il eu un impact sur votre première journée de travail ? Expliquer pourquoi ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

12/ En termes de logistique (tenue, vestiaire, clé...), a-t-on mis tout ce dont vous aviez besoin à disposition ?

- Oui Non

13/ Si non, que manquait-il ?

.....
.....
.....

VOTRE INTÉGRATION

14/ Existe-il une procédure d'intégration formalisée dans votre établissement ?

- Oui Non

15/ Avez-vous bénéficié d'un encadrement ?

- Oui Non

16/ Si oui, combien de temps a-t-il duré ?

.....

17/ A-t-il facilité votre intégration ?

- Oui Non

18/ Un suivi et une évaluation (de l'encadrement) a-t-il été fait ?

- Oui Non

19/ Si oui, par qui ?

.....

20/ Au bout de combien de temps avez-vous eu le sentiment d'être intégré à votre équipe de travail ?

.....

21/ L'accueil que vous avez reçu a-t-il favorisé ou freiné votre intégration ?

- Favorisé Freiné

22/ Avez-vous bénéficié d'une journée d'intégration ?

- Oui Non

23/ Avez-vous rencontré des difficultés depuis votre prise de poste ?

- Aucune difficulté
 Difficulté de communication avec l'encadrement
 Difficulté de communication avec l'équipe
 Manque de disponibilité de l'équipe
 Manque de disponibilité de l'encadrement
 Difficultés liées à la charge de travail
 Difficultés liées à l'organisation
 Autre, précisez

.....

.....

24/ Avez-vous bénéficié de formations pour l'adaptation à votre poste de travail ?

- Oui Non

25/ Envisagez-vous de quitter l'établissement prochainement ?

- Oui Non Peut-être

26/ Expliquez en les raisons ? Pourquoi voulez-vous quitter la gériatrie ou au contraire y rester ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

27/ Qu'est-ce qui pour vous favorise la fidélisation du personnel en EPHAD ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VOTRE SITUATION

Âge : Ancienneté :

Sexe : Féminin Masculin

Profession :

- IDE AS ASH
 AMP Autre, précisez

.....

Type de contrat :

- Titulaire Stagiaire
 CDI CDD
 Autre

Service :

ANNEXE 3

Grille d'entretien pour les cadres de santé

1/ Comment décririez-vous votre rôle de cadre dans le recrutement ? L'intégration du nouveau professionnel ?

2/ Avez-vous un processus d'intégration formalisé ou est-il à l'initiative de chaque cadre ? Vous retrouvez-vous entre cadres pour en parler ?

3/ En quoi consiste-t-il ?

4/ Avez-vous des outils d'aide (tutorat, fiche de poste, livret d'accueil...) ?

5/ Rencontrez-vous des difficultés pour fidéliser votre personnel ? Quels sont vos arguments pour fidéliser en gériatrie ? Que mettez-vous en place ?

6/ Avez-vous un taux de turnover élevé ?

7/ Quelle est la profession la plus concernée par le turnover ? Pouvez-vous l'expliquer ?

8/ Quel impact peut avoir une bonne intégration ? Une mauvaise intégration ?

ANNEXE 4 : Retranscription entretien cadre 4

Avant chaque entretien, je rappelle en quelques mots le thème et le contexte de mon travail de recherche. Ensuite, j'explique sur quoi vont porter mes questions.

En gras sont retranscrits mes propos.

Service USRR gériatrique

Pouvez-vous vous présenter ?

Je suis diplômée depuis 2004, cela fait 12 ans que je suis cadre. J'ai été cadre aux urgences en réanimation puis je suis arrivée en USRR gériatrique en 2013. Je gère du sanitaire et du médico-social puisque je remplace une collègue en arrêt sur un service de l'EHPAD.

Comment décririez-vous votre rôle de cadre dans le recrutement ? L'intégration du nouveau professionnel ?

Le recrutement on le fait avec Mme R, on présente la charte du professionnel en gérontologie, on a mis en place différents outils. Aussi un outil qui permet d'évaluer l'agent c'est-à-dire que l'agent s'autoévalue au niveau de ses compétences, ensuite on fait un bilan à 1 mois et à 3 mois avec des axes de progression, on fait le point avec le tuteur et lors du recrutement, on explique tout ça à la personne qui postule. On lui demande si c'est un choix de venir travailler en gériatrie, car je pense que venir travailler en gériatrie par défaut, voilà. Nous présentons chacune une partie de l'établissement. Moi je présente plutôt l'unité ou l'agent va être accueilli, soit l'USRR, soit S..., voilà et Mme R présente tout ce qui est l'organisation en pôle, on fait visiter le site pour que la personne puisse se rendre compte. On a quand même 241 lits et places organisés en différentes activités donc on explique. En fonction du profil de la personne, on détermine un temps d'encadrement, on répond aux questions, souvent il y a aussi des questions autour des plannings, alors nous on établit des cycles de planning à l'année et qu'on réajuste en fonction des arrêts, des congés annuels, mais on déroule des cycles du 1^{er} janvier au 31 décembre dans le logiciel équitime. On valorise aussi le fait qu'en gériatrie nous avons accès à un certain nombre de formations et que l'on ne vient pas travailler en gériatrie par défaut sinon c'est très difficile. Sur certains secteurs d'activités, je pense notamment à l'unité fermée V..., on ne peut pas mettre des agents qui ne souhaitent pas travailler avec des patients Alzheimer, ce n'est pas possible, il y a une charge physique et psychique qui est importante. Hormis sur les pavillons, on a quand même des unités qui sont neuves avec du matériel, des équipements, moi je respecte les désirs et quand même lors du recrutement ça se divise en deux parties, on fait une présentation du pôle, on explique l'organisation du pôle, mes différents secteurs d'activités. Parfois, ils nous arrivent d'avoir plusieurs postes vacants sur plusieurs unités et la personne peut dire moi je préférerais travailler sur l'EHPAD plutôt qu'en long séjour, je veux dire, on n'a aucune raison de refuser, euh ou la personne dit je préfère travailler en USRR

plutôt qu'en long séjour, je voudrais travailler en long séjour, car j'aimerais avoir plus de technicité. On présente aussi les spécificités de chaque activité et puis on explique un peu le mode de fonctionnement, l'organisation, l'intégration. On a un livret, Mme R vous le remettra, on a tout un ensemble de documents que l'on remet à la personne qu'on recrute. Le recrutement, on en a bien pour une heure et on dit toujours à ces personnes que l'on est à leur disposition s'ils ont d'autres questions.

Après on est très honnête, c'est-à-dire que la dernière fois, j'ai eu une dame, moi sur l'USRR pour des questions d'équité je ne peux pas prendre un agent qui ne peut pas faire de nuits, j'ai 7 infirmières et si j'en ai une qui ne fait pas les nuits, les nuits se reportent sur les autres et j'ai qu'un fixe donc j'explique que non, impérativement, la personne fasse des nuits et donc on a eu le souci la dernière fois, la dame à dit... je lui ai dit ça vous pose un souci, elle m'a dit ben oui, elle n'osait pas nous le dire, mais je voyais bien que dans le non verbal... elle a un mari gendarme, ça ne lui convient pas, elle a rappelé Mme R en disant est-ce qu'il n'y a pas moyen de s'arranger pour les nuits et on a dit non parce que sinon ce n'est pas équitable pour l'équipe, voilà. On est aussi très claire dans les contraintes du poste.

Cela peut créer des tensions au sein de l'équipe ?

Tout à fait, l'équité c'est important, je veux dire tout le monde doit faire des nuits donc tout le monde fait des nuits. Alors après moi sur les nuits je suis assez souple, je dis aux agents du 1^{er} janvier au 31 décembre, vous vous répartissez les nuits et elles font ça et je n'ai pas de soucis. Voilà je pense que c'est plus dans un management participatif dans la mesure où toutes les nuits sont couvertes, je n'ai aucune raison de changer le système. Chacun en fonction, par exemple, j'avais une infirmière qui n'avait pas de nourrice en juillet/ôût donc elle me demandait à faire des nuits en juillet /ôût, ça ne posait pas de soucis à l'équipe, ça ne créait pas de tension donc il n'y avait aucune raison que je dise non. Dans le recrutement, on présente le pôle, on présente les organigrammes, on remet un certain nombre de documents et on explique bien, moi par exemple sur l'USRR, le médecin est un peu compliqué, on a l'honnêteté de dire qu'on a un médecin compliqué sur l'USRR, son comportement... Je pense que voilà, on est assez honnête dans l'échange, si les personnes font le choix de venir travailler en gériatrie c'est un choix, c'est fini, je vais employer une image qui n'est pas très jolie, mais c'est fini euh, t'es pas compétent tu vas travailler en gériatrie, la punition, vous voyez ?

Oui je vois.

Voilà donc, car pour moi-même en tant que cadre, euh, la gériatrie doit rester une spécialité, tout le monde ne peut pas travailler en gériatrie, tout cela prémuni d'avoir des agents en burn-out, ça prémuni aussi de voilà, j'ai eu aussi un échange avec une infirmière d'EHPAD qui a fait sa formation infirmière sur le tard on va dire et elle dit qu'effectivement dans la promotion d'infirmières, mais c'est une dame qui a bien une quarantaine d'années, c'est pas une jeune de 22 ans qui sort du bac ou qu'à 18 ans qui enclenche des études d'infirmière, c'est quelqu'un qu'à une quarantaine d'années, elle dit que dans sa promo y a des gens qui ne comprenait pas qu'elle souhaite travailler en gériatrie. Mais en fait Mme R a mis ça en place de dire on ne recrute pas par défaut. Si par exemple dans le CV c'est noté que la personne veut aller travailler en médecine, aux urgences et bien on ne recrute pas. On est de la gériatrie, on a une

charte, on a une éthique, des valeurs qui ont été travaillées sur l'ensemble du site et c'est ce qu'on présente à l'entretien de recrutement. C'est assez complet en général. Assez complet, assez organisé.

Le recrutement vous le faites toujours en binôme ?

Oui, on le fait en binôme avec Mme R ou exceptionnellement c'est arrivé en l'absence de Mme R que je fasse un entretien de recrutement avec Mme M (cadre du long séjour), mais en tout cas l'avantage de recruter à 2, ça nous permet de croiser nos observations, de dire bon ce n'est peut être pas tout à fait adapté, au vu de son cursus, on oriente la personne vers le secteur qui lui correspondra le mieux, je vais dire, notre objectif n'est pas de mettre en difficulté les gens. Selon le cursus de l'agent on peut aussi proposer certaine chose en disant eh ben voilà est-ce qu'on se trompe ? On parle aussi d'humanité, alors il y a des gens qui cherchent, je vois là, je viens de recruter une AMP sur Souviller. Humanitude, elle n'en avait jamais entendu parler, avant de venir travailler chez nous elle est allée rechercher sur internet puis quand elle a eu pris ces fonctions pendant une semaine, elle m'a dit j'ai oublié de vous demander combien je vais gagner en salaire, alors elle on est sur qu'elle vient travailler en gériatrie par choix, il y a une motivation quand même professionnelle. C'est quand même... la j'ai une collègue qui est en arrêt de travail donc on a redispaché les unités, mais sur l'unité que j'ai récupérée S..., qui est une unité pour patient très dépendant, j'ai un gir moyen pondéré à 960 ce qui veut dire que c'est lourd, très lourd pour 3 agents en 12h et un agent du matin en sachant que c'est 29 résidents qui nécessitent du nursing, à faire manger, à habiller, à déshabiller et à recoucher. Pour moi le 12h en gériatrie est une hérésie, il ne devrait pas exister. Il faut savoir que moi en USRR, j'ai les moyens de repasser en 7h30 sans embaucher du personnel en plus, mais que j'ai une levée de boucliers, les agents ne veulent pas. Sous des prétextes qu'ils sont moins au travail, que ça leur fait plus de repos et j'ai largement documenté, car je suis assez pédagogique, j'ai largement documenté l'impact des 12h sur la santé des agents. Il faut savoir que ça a été prouvé statistiquement qu'un agent qui travaille en 12h donne 1 mois gratuit à l'établissement. Parce qu'en fait, en plus moi je ne suis pas dans les clous, car mes agents travaillent en 12h15 et j'ai beau expliquer, la médecine du travail dit je ne comprends pas pourquoi vous n'imposez pas le 7h50 parce que j'ai dit à Mme D la directrice des soins que du coup on est moins attractif que d'autres établissements, il y a une concurrence qui se fait à ce niveau-là. Déjà la gériatrie ça n'attire pas sur les jeunes générations et en plus si vous leurs dites que c'est du 7h50, ils ne viendront pas travailler chez vous, ça ne les intéresse pas. J'ai documenté sur ce fait là et j'ai documenté sur l'impact sur la santé, mais je n'ai point eu de succès donc on va faire une solution intermédiaire, on va passer en 10h parce que sinon je vais perdre de mon attractivité.

Pour vous les 12h sont attractives en gériatrie ?

Oui, les 12h c'est attractif, il y a une concurrence qui se fait entre les établissements par rapport à ça.

Vous m'avez parlé du temps d'encadrement, est-il prédéterminé ou prédéfini ? Dépend-il de la catégorie que vous recrutez ?

Si, non, enfin, le temps d'encadrement, il faut savoir qu'en gériatrie, les agents sont susceptibles de remplacer sur d'autres secteurs. Par exemple, l'infirmière d'USRR la nuit, elle gère sur les pavillons, l'unité S... grande dépendance et sur l'unité V... fermée Alzheimer, ce qui veut dire que concrètement

il faut un minimum d'encadrement, on ne peut pas lâcher les agents au bout d'une semaine, voilà. En sachant que par exemple souvent on met 3 semaines et comme on fait des bilans réguliers ça nous permet de réajuster c'est-à-dire que l'AMP que j'ai embauchée sur S..., au bout de 15 jours elle était opérationnelle donc je lâche par contre j'ai un infirmier sur l'USRR, il a fait des nuits après sa collègue parce qu'il n'était pas opérationnel et en fonction des compétences qu'ils ont chacun, de leurs facultés d'adaptation, de leurs difficultés, on s'adapte. Là, j'ai J... qui vient de l'extérieur qui ne connaissait pas du tout l'établissement, elle a été encadrée un peu plus de 3 semaines et la nuit elle sera encadrée sur 4/5 nuits quand même parce que je ne veux pas mettre en difficulté l'agent et je ne veux pas mettre en danger les patients donc il faut que ce soit bien cadré, bien calé, si l'agent me dit j'ai des trucs que j'ai pas compris et elles savent, là ma porte est fermée parce là on est en entretien, mais sinon ma porte est ouverte et elles savent que si elles sont en difficultés, je préfère qu'elles m'appellent. Donc effectivement le temps d'encadrement est prédéterminé, la directrice des soins voudrait que l'on diminue, mais je pense qu'on ne peut pas faire du standard, car on a des étudiants d'horizon différents. Une étudiante qui a fait l'école à Paris est souvent pour des raisons bien simples plus performantes qu'une étudiante qui a fait ses études dans l'Yonne parce qu'elle a accès par des lieux de stages divers et variés, elle va avoir fait... moi je sais que ces temps-ci, je suis overbookée d'élèves, c'est géré par les ressources humaines, j'ai 2 élèves AS qui finissent la semaine prochaine, j'ai une étudiante en soins infirmiers de 3^{ème} année et une étudiante en soins infirmiers de 1^{ère} année, parfois j'ai même un élève ambulancier sur 5 jours, je n'ai que 20 lits en SRR donc je vous raconte pas donc je sais que dans l'Yonne elles peuvent être en difficulté puisqu'il y a 2 IFSI, un à Auxerre et 1 à Sens, en IFAS, on en a 1 à Auxerre, 1 à Joigny, je sais qu'elles peuvent être en difficulté pour trouver des lieux de stage, du coup il arrive qu'elles aient un parcours moins étoffé que quelqu'un qui a fait ces études sur Paris ou sur Dijon où elles ont accès à la neurochir, à de la réa, à de la pédiatrie ou dans l'Yonne, elles font un stage comme infirmière scolaire puis un stage en crèche et les stages sont plus long, mais elles font moins de stages donc il faut aussi mesurer que la réforme des études d'infirmières ça leur a donné, ça été plus compliqué, vous voyez.

J'entends bien votre difficulté.

Alors que moi je sais avoir été très peu encadré dans les unités où j'ai travaillé. Là on est sur des encadrements plus longs et parfois avec des personnes qui restent en difficultés.

En quoi consiste le rôle du tuteur ?

Le tuteur c'est la personne, parce que nous on n'est pas là tout le temps, le tuteur encadre, on lui confie de vraies responsabilités c'est-à-dire que le tuteur encadre sa collègue sur tout ce qu'elle doit savoir au sein du service, tout ce qu'elle doit connaître et dans notre livret d'accueil des nouveaux arrivants, ça fait parti du parcours d'intégration, dans ce livret-là on a aussi toutes les procédures que doit connaître l'agent quand il prend ses fonctions ici et on a aussi toutes les compétences qu'elle doit avoir, c'est très structuré. Le tuteur a un rôle important et quand on fait le point, on fait le point avec le tuteur, l'agent et le cadre et on le formalise par écrit et on donne, moi je commence toujours comme ça parce que je trouve que c'est plus porteur, on valorise les compétences de la personne en disant bon ben voilà, vous avez le sens du travail en équipe, vous avez montré des qualités relationnelles envers le patient et sa famille,

par contre vous avez fait 2 erreurs en identitovigilance, attention, l'identitovigilance c'est important. Il y a des axes de progression, c'est objectif et factuel, ce n'est pas du ressenti. Je l'aime alors je lui fais une bonne évaluation, elle m'a rendu service et je l'aime moins alors du coup, voilà. Quand un agent me dit ça va pas, ça ne me suffit pas, c'est-à-dire concrètement qu'elle est le problème.

Tout est écrit ?

Oui, formalisé et suivi, on a une réelle procédure d'intégration et il faudra demander à Mme R qu'elle vous donne tous les documents.

On a le souhait effectivement de fidéliser nos équipes, mais voilà maintenant c'est une génération qui est complètement différente.

Qu'entendez-vous par différente ?

Ils n'ont plus les mêmes attentes et peuvent partir du jour au lendemain, mais ce n'est pas spécifique à l'établissement. Là j'ai une infirmière qui est partie à Cahors, l'infirmière-Co l'a appelé pour lui dire si vous pouvez commencer plus tôt, car elle avait une infirmière qui devait partir au 1^{er} mars, alors comme elle était contractuelle, elle a donné ces 6 jours et elle est partie.

Vous donnent-ils une explication quand vous avez des départs ?

Pas forcément et puis la moi j'ai un infirmier, ça ne m'était jamais arrivé de toute ma carrière de cadre que quelqu'un s'en aille comme ça du jour au lendemain et donne ces 6 jours. Là j'ai eu le souci récemment avec un infirmier, donc je pense que c'est quelqu'un où il devait y avoir problème dans le poste précédent. Les agents m'ont quand même fait remarqué qu'il n'en était pas à son premier poste alors qu'il avait 2 ans de diplôme et je pense que cet infirmier-là quand je l'ai reçu j'ai valorisé ses compétences, mais j'ai aussi pointé certaines choses en termes d'organisation, il m'a fait 2 fautes graves en identitovigilance dont une aurait pu coûter la vie au patient donc effectivement c'est à double tranchant c'est-à-dire que d'un côté on accompagne l'intégration et on fait des évaluations régulières, d'un autre côté je pense que ça ne lui a pas plus qu'on puisse lui dire qu'il y a certaines choses que... c'est quelqu'un qui avait fait 2 années de médecine. Il a pris la fuite devant les difficultés qu'il rencontrées. C'est un monsieur qui venait de Sens, je pense qu'il a fait la même chose là-bas.

Pensez-vous que ce soit l'accompagnement qui ait eu un impact sur son comportement ?

Probablement, cela dépend de l'individu, mais je ne peux pas ne pas lui dire les fautes qu'il a faites en identitovigilance dont une aurait pu coûter la vie du patient. Donc la première j'étais en congés annuels c'est donc Mme R qui l'avait reçu pour lui expliquer et il avait l'air d'en avoir gardé un mauvais souvenir, je pense que Mme R est très pédagogue, elle a enseigné donc elle a voilà et je pense que c'est quelqu'un qui a fait 2 années de médecine et qui pouvait valoriser le fait qu'il avait de sacrées compétences et connaissances et il n'appréciait pas que l'on puisse dire que là il y a un problème. D'autant plus que la 1^{ère} erreur d'identitovigilance il l'a complètement nié, le biologiste c'est déplacé et mis devant le fait accompli effectivement il a reconnu, mais initialement il a nié les faits.

L'accompagnement est fait effectivement pour évaluer les compétences de la personne qu'on a pour lui permettre de s'améliorer, progresser et s'intégrer, après si la personne n'entend pas ça lui appartient, enfin je veux dire on ne peut pas non plus... c'est fait aussi de façon très pédagogue, on n'est pas non

plus, on ne secoue pas les agents, on le dit sur des faits objectifs, on part jamais d'un ressenti, vous voyez ?

Vous ne partez pas de subjectif ?

Tout à fait, et ce monsieur avait fait 2 erreurs d'identitovigilance. Un matin j'arrive un petit peu avant 8h, il y avait une situation d'urgence, il était à l'autre bout du service en train de finir son tour vers les chambres 317/318, je lui dis que j'ai besoin de lui, car devant la patiente je ne vais pas dire ce qui se passe, il vient, il a mis plus d'une heure à gérer une situation d'urgence, il avait quand même 2 ans de diplôme, pour faire un électro pour lequel j'ai donné un coup de main et il lui resté la perfusion et un bilan, il a mis plus d'une heure donc c'est un vrai problème, c'était une urgence simple. J'ai été infirmière de SMUR, je sais reconnaître une urgence simple d'une urgence complexe...

On a une éthique et des valeurs. Il y a aussi des formations obligatoires pour les nouveaux arrivants sur la transfusion (faite par notre biologiste), sur l'hygiène et on a une formation accueil des nouveaux arrivants en e-Learning aussi dont j'ai fait le compte tenu.

On est là pour les accompagner, en général, les collègues sont bienveillantes. Sur les nouvelles générations, il faut que vous sachiez qu'elles peuvent partir du jour au lendemain sans nous donner de raison.

Avez-vous un taux de turnover élevé ?

Malgré cette démarche d'intégration, on a un turnover élevé, il peut y avoir d'autres facteurs notamment en SRR, il y a eu 9 cadres en 12 ans, en 2012 j'ai eu 5 IDE qui sont partis, 5 qui sont arrivées ; en 2013, 8 qui sont arrivées, 7 départs, je sais qu'il y a un problème avec le médecin qui peut se montrer très virulent envers le personnel soignant et qui n'est pas facile à gérer et les agents partent du principe qu'ils ne sont pas là pour se faire rabrouer donc effectivement le personnel part pour cette raison. J'ai recadré le médecin en me mettant autour d'une table avec le directeur pour faire le point notamment concernant la correction et la politesse.

Ce médecin a été absent quelques mois et c'est une doctoresse qui l'a remplacé durant son absence. Cette dame était plus dans l'écoute et le dialogue, dans l'échange, qui expliquait le pourquoi du comment et même vis-à-vis des médecins libéraux, c'est une autre dynamique, elle avait réussi en quelques mois à se créer un réseau, mais elle n'était qu'en remplacement et mon médecin est titulaire de son poste donc c'est compliqué.

Pensez-vous que la relation médecin/soignant peut être un facteur d'intégration et de fidélisation ?

Oui, je pense, si je reprends la situation dont je viens de vous parler, on peut voir que le fait d'avoir un médecin qui travaille en collaboration avec l'équipe ça facilite.

Le turnover peut être lié à ça, mais aussi sur l'unité S..., c'est la charge de travail, j'ai d'ailleurs un agent qui vient de demander une disponibilité. Un autre m'a interpellé, car il ne se retrouve pas dans ces valeurs de soignant, « je trouve que 3 minutes pour donner à manger à une personne âgée c'est de la maltraitance ». J'ai eu un échange mardi matin d'une heure avec un agent pour ces raisons-là. L'écoute que le cadre peut amener est importante, car là l'agent m'a dit que ça lui avait fait du bien d'en parler. Après je n'ai pas forcément de solution miracle, sur cette unité-là j'ai essayé de renforcer l'effectif dans

le respect de la légalité et le nombre d'heures que les agents doivent faire mensuellement, j'essaie quand je peux de mettre un 12h en plus, un matin en plus en accord et concertation avec Mme R qui gère les effectifs, mais je n'aurai pas de moyen financier supplémentaire en sachant qu'on a fait le projet d'établissement spécifique à l'EHPAD, il est bouclé, on est dans une démarche participative, on a fait des groupes et chaque cadre a piloté une thématique sur le management, la gestion des risques, sur la structure, sur l'accueil du résident, enfin, il y a tout un travail qui a été fait et là-dedans il y a aussi toute la présentation de l'établissement avec les GIR, les pathos et qu'il faut maintenant négocier avec les tutelles.

Effectivement on a du turnover important malgré cette procédure parce que les attentes ont changé, la charge de travail peut être importante sur certains secteurs physique et psychique. En long séjour, on a une DMS de 40 jours, on tourne plus vite qu'un service de médecine avec des patients jeunes en fin de vie. Psychologiquement c'est difficile, il ya beaucoup de soins techniques, on fait de la dialyse péritonéale, on a des PAC, on des patients qui ont eu de la chimio, ce sont des suivis très lourds et sur S...C'est différent, c'est une charge physique avec des patients qui ne sont plus du tout mobiles. L'unité Alzheimer, c'est la deuxième unité qui est lourde avec un GMP à 700 et des poussières.

La force de notre établissement, c'est que les agents vont facilement en formation, de plus Mme R a souhaité que les agents puissent réinjecter ce qu'ils ont appris et donc la il y a des agents qui font du toucher massage et de la réflexologie plantaire et de l'humanité à destination des patients ce qui valorise les agents et apporte une plus-value dans la prise en soin du patient. Ayant exercé dans d'autres établissements, je n'ai jamais fait autant de formation que depuis que je suis ici. Des agents qui se forment sont des agents qui s'usent moins vite. C'est un levier très intéressant à utiliser et qui permet une prise en soin beaucoup plus de qualité. On a des agents qu'on état formé en asg, humanitude, moi j'ai des agents qui ont été formés en interdisciplinarité avec Walter Hesbeen qui est une pointure dans le domaine ce qui m'a permis de mettre en place le projet de vie individualisé en SRR, le P3I. la formation est un des points forts que l'on valorise.

Actuellement, il y a un gros mal-être à S..., alors il faut que je voie rapidement avec Mme R et la doctoresse pour que l'on organise une réunion de super vision pour percer l'abcès, les agents ont besoin de déposer quelque chose. Moi qui ai exercé en psychiatrie je trouve que ce qui nous manque c'est cette super vision d'équipe. C'est quelque chose d'assez génial.

Quelle est la profession la plus concernée et que mettez-vous en place ?

La profession la plus touchée au niveau du turnover est les IDE car elles arrivent à trouver facilement du travail ailleurs, les kinés et ergothérapeutes. Les psychomot ne bougent pas beaucoup, par contre les ergo, on en est à la 3^{ème} et j'ai commencé ici au 1^{er} avril 2013

Pourquoi partent-ils ?

La 1^{ère}, avait beaucoup de compétence et elle a pris un poste à responsabilité au sein de la MAYA.

La 2^{ème} avait beaucoup de difficultés à travailler en équipe et donc à s'intégrer.

Et la 3^{ème} semble bien s'adapter et va rester.

Quel impact peut avoir une bonne intégration ? Une mauvaise intégration ?

Je pense que ça permet de limiter le burnout, les RPS, d'avoir du coup quand les agents sont bien dans leur travail, cela se ressent au niveau des patients, les patients me le disent. J'ai beaucoup de plaintes au niveau du médecin et quasiment zéro au niveau des soignants. J'ai une plainte tous les 36 du mois et encore. Les patients me le restituent en disant l'équipe est chaleureuse, elle est à l'écoute, il y a une dynamique d'équipe. En SRR ce qui est fort c'est le travail en binôme AS/IDE. Une bonne intégration, ça joue sur plusieurs facteurs, moins d'absentéisme, moins de RPS, moins de TMS, il y a une bonne cohésion, un bon travail d'équipe et du coup quand on vient travailler on vient travailler sereinement. C'est ce qu'on véhicule aussi dans le verbal et le non verbal. Un agent qui n'est pas bien au travail ne sera pas serein avec le patient. Quand j'ai pris S..., il y avait quelques tensions, j'avais été interpellé par quelques familles. Pour moi l'intégration c'est hyper important. Savoir que l'agent est bien dans sa tête et ses baskets, je trouve que ça joue.

La mauvaise intégration ça fait que l'agent n'aura pas forcément un bon ressenti et du coup ira voir ailleurs, ça c'est clair, ça précipite le départ de l'agent, ça augmente le turnover, ça peut jouer aussi au niveau de la prise en soin des patients. L'intégration et l'accompagnement c'est hyper important après on a des agents qui sont opérationnels qui se sentent bien. Après on est sur la qualité et la sécurité des soins, on est aussi sur tout ce qui est management et les RPS.

ANNEXE 5 : Retranscription entretien cadre 6

Avant chaque entretien, je rappelle en quelques mots le thème et le contexte de mon travail de recherche. Ensuite, j'explique sur quoi vont porter mes questions.

En gras sont retranscrits mes propos.

Pouvez-vous vous présenter ?

Je suis cadre depuis 2003, diplômé de juillet 2003 et suis sur le pôle gériatrique depuis 2010. Il regroupe un service d'USSR, une unité Alzheimer, une EHPAD pavillonnaire et un USLD.

Comment décririez-vous votre rôle de cadre dans le recrutement ? L'intégration du nouveau professionnel ?

Comment je décrirai mon rôle de cadre dans le recrutement, je dirai que c'est important que je sois le premier maillon parce que quand je suis arrivée ici, ce n'était pas le cas, les recrutements se faisaient via la direction des soins et les agents arrivaient sur le site de gériatrie et je ne les connaissais pas, ils ne me connaissaient pas et concrètement ils ne savaient même pas qu'il y avait un cadre de pôle et ils arrivaient dans les services les mains dans les poches sans avoir forcément demandé à travailler en gériatrie alors que moi je considère que c'est une vraie spécialité et que l'on y vient pas par hasard qu'il faut être volontaire et motivé pour venir. Quand on a mis en place les pôles, je me suis battue effectivement pour participer au recrutement, je n'évinçais par la direction des soins, mais au bout d'un moment j'ai eu gain de cause. Il me semblait important de rencontrer l'agent pour revenir sur son parcours, ces motivations pour lui présenter après l'ensemble de l'établissement, le pôle, les activités, les fonctionnements, ça me permettait aussi d'évoquer les projets en cours, ceux à venir et les valeurs diffuser dans le pôle. Ça me permettait aussi de parler du positionnement du poste, c'est quand même sécurisant de savoir s'il part sur un CDI ou un CDD, si c'est un poste vacant permanent ou si c'est du temporaire, d'évoquer aussi le salaire, d'insister sur de la réglementation ciblée au niveau gériatrie, les droits et les devoirs de tout à chacun, j'insiste également sur les absences, le respect de la hiérarchie, j'insiste sur le droit au congé, droit au congé formation ce qui permet à l'agent d'avoir une vision globale de ce qui se passe ici. De donner une image positive de l'établissement. L'idée que je sois le premier maillon, le cadre le 2^{ème} ensuite l'équipe c'est de rendre attractif le pôle, de fidéliser le personnel, en fait c'est tout un raisonnement. Mon rôle dans le recrutement c'est ça.

L'intégration du nouveau professionnel, elle commence effectivement là dans cette phase de pré accueil et elle n'est pas limitée dans le temps. Cette intégration pour moi, faut pas que ça dure 6 mois, mais chaque individu a droit d'avoir une période plus longue ou moins longue selon ces besoins. On ne va pas tous à la même vitesse, on n'intègre pas tous les mêmes choses au même moment donc c'était important que l'on intègre suivant un parcours défini avec des entretiens réguliers entre le cadre et le tuteur pour pouvoir où en est l'agent dans son parcours d'intégration. Qu'est-ce qui lui manque ? Qu'est-ce qu'il a bien assimilé ? Faire le point et que lui aussi nous renvoie des choses, car c'est un échange mutuel. Stratégiquement, il faut que l'agent soit opérationnel le plus rapidement possible.

En fait, on s'est rendu compte, avant qu'on mette en place tout ça, qu'au bout de 6 mois des fois, il y avait des choses sur l'organisation et le fonctionnement de service qui n'étaient pas acquises. C'est vraiment la définition d'un parcours avec des choses à acquérir, ça permet de suivre l'agent, il doit avoir la base de savoir généraux savoir-faire. Ça facilite son intégration.

Ma deuxième question était : avez-vous un processus d'intégration formalisé ?

Oui, il est formalisé. On l'a mis en place fin 2014, on a travaillé en groupe de travail pluridisciplinaire même avec les syndicats pour préparer l'évaluation externe de 2014 et on voulait répondre aux objectifs qui avaient été fixés dans la démarche qualité dont un objectif qui était d'améliorer l'accueil et l'intégration du nouveau recruté selon les recommandations de la HAS. La première chose qu'on a faite c'est de faire de la Charte des valeurs en gérontologie à la demande des agents et après on a commencé à travailler sur le parcours d'accueil et d'intégration. Il en a abouti un certain nombre d'outils qui sont notamment la procédure et puis le protocole accueil intégration et les outils qui vont avec. On a travaillé sur trois grades IDE, AS et ASH, mais c'était la masse la plus importante dans les équipes. Il faudrait maintenant qu'on élargit à d'autres professionnels on a élaboré ce qu'on appelle à livret des capacités en gériatrie au niveau IDE, AS et ASH puis d'autres outils dont un kit de bienvenue il y a aussi un temps d'évaluation à 3, 6 mois après la prise de poste, mais pour l'instant je n'ai pas encore de retour a priori le retour oral des personnels c'est qu'ils apprécient l'accueil et la mise en place du suivi ainsi que le temps de doublement.

Le temps d'encadrement est-il différent entre l'AS, ASH et l'infirmière ?

Pour l'infirmière c'est un maximum de 1 mois l'AS 15 jours. Ce qui me contrarie aujourd'hui c'est que c'est quelque chose qui a été validé par l'ancien directeur des soins et que la nouvelle directrice veut le descendre à 7 jours. Sans ce temps d'encadrement, l'infirmière n'est pas opérationnelle, on a eu de grosses difficultés des grosses erreurs médicamenteuses et que depuis le nouveau diplôme nous avons de gros manquement, les nouvelles diplômées ont besoin d'être cadrées, de poser les choses. L'encadrement permet de connaître le service, les soins, le fonctionnement et au bout d'un mois ce n'est pas forcément totalement acquis.

Vous retrouvez-vous entre cadres pour en parler ?

Oui bien sûr j'ai instauré une dynamique de communication entre les cadres et l'on se voit souvent pour en discuter, ce fonctionnement est spécifique à notre Pôle. Cette communication est nécessaire, car les cadres se remplacent entre eux.

En quoi consiste-t-il ?

Nous l'avons déjà abordé, ça reprend le référentiel de compétences, je vous donnerai les trois référentiels. Il est prévu un bilan à 3 mois 6 mois-1 an et voir plus, car certains personnels ont besoin de bilans supplémentaires. Ce n'est pas parce que la personne n'est pas dans la maîtrise au bout d'un mois qu'on ne va pas la garder, d'un point de vue humain, je ne devrais pas arrêter un contrat par exemple sur

quelqu'un qui est lent, c'est pouvoir donner la chance aux gens. Certaines personnes ont besoin de plus de temps, chaque être humain est unique.

Avez-vous des outils d'aide ?

Le tutorat, on a une fiche mission du tuteur, nous avons le livret d'accueil qui est donné par les ressources humaines. Si les ressources humaines ne le donnent pas, je leur précise de le réclamer. Moi ce que je leur donne c'est la charte de confidentialité, le coupon transfusion sanguine et ils sont informés que toute prise de poste nécessite une formation sur la transfusion, c'est une formation obligatoire et ils ont aussi une carte qui leur donne accès à une plate-forme des RPS. Cette plate-forme reste à la disponibilité des agents, elle est anonyme et ils peuvent y avoir recours à chaque fois qu'ils en ont besoin. Nous avons juste un bilan chaque année nous informant du nombre d'agents qui y ont eu recours.

Le livret d'acquisition, le kit de bienvenue, le livret humanité, mais en principe mon rôle s'arrête à la présentation du Pôle à la prévisite et le préaccueil et le reste c'est le rôle du cadre.

Rencontrez-vous des difficultés pour fidéliser votre personnel ? Quels sont vos arguments pour fidéliser ?

Je dirai oui et non, la fidélisation elle tient à beaucoup de choses. Effectivement l'accueil et l'intégration en font partie. Mieux est l'accueil et on a plus d'assurance d'avoir quelqu'un qui reste, mais il y a d'autres paramètres qui rentrent en ligne de compte souvent qui sont liés à l'ambiance d'équipe, à la communication dans le collectif de travail et en l'occurrence actuellement j'ai un souci dans un secteur où j'ai eu un turnover à 100 % lié au médecin et dans ce service il n'y a plus du tout de collectif de travail puisque tous les professionnels sont ici depuis peu. Le sentiment d'appartenance à un collectif de travail prend du temps, on ne peut pas espérer une vraie appartenance de travail si la base n'est pas solide. On essaie de fidéliser en fédérant autour de projets communs donc oui j'ai des difficultés pour fidéliser le personnel. Mais ma foi, quand je recrute et que je sais que la personne a choisi la gériatrie. Le turnover qu'on a est lié à des conflits d'équipe. J'ai aussi du turnover lié au départ en retraite.

Il faut déjà mettre en avant ce qu'on développe, il faut de la transparence vis-à-vis de l'information. Il faut développer la communication, être cohérent, expliquer où on va, pourquoi on y va ? À partir du moment où les gens savent, il adhère, il reste, il faut un projet solide, des agents qui participent, qui donnent leurs idées, qu'on valorise ce qu'ils font que l'on soit dans une véritable mission auprès du résident, c'est la reconnaissance du travail.

Le taux de turnover ? Quelle est la profession la plus concernée ?

Je dirai quand même les infirmiers, mais c'est lié au médecin du service. Il existe aussi une rotation du personnel lié à l'ancienneté dans le service, mais celui-ci est normal. Au niveau des aides-soignantes, c'est un turnover normal.

Qu'est-ce que vous entendez par normal ?

Je veux dire lié à l'ancienneté, il est normal de vouloir changer au bout de 4/5 ans dans un service.

Quel impact peut avoir une bonne intégration ? Une mauvaise intégration ?

Impact de la bonne intégration c'est d'avoir des projets se sentir bien, moins d'absentéisme ponctuel, va diminuer d'absentéisme, plus d'investissement dans les groupes de travail. Les gens vont être force de proposition, il va y avoir une dynamique l'équipe et une appartenance. Il faut une organisation spécifique à la gériatrie que le soin soit inscrit dans une dimension relationnelle.

Une mauvaise intégration aura pour conséquence un départ de l'agent et une baisse de la qualité des soins, le cadre doit réagir rapidement dans ce cas et trouver une solution pour l'agent, cela peut être un changement de service, il faut comprendre le pourquoi. Un agent qui ne se sent pas bien ne pourra pas s'investir.

ANNEXE 6

PROTOCOLE D'ACCUEIL ET D'INTEGRATION DU NOUVEL AGENT EN GERIATRIE	Index : FT/GAE/48 Date : 28/11/2014 Version : 02 Page : 2/2
--	--

QUAND	QUI	QUOI	COMMENT
Intégration A 15 jours de prise de poste	Le tuteur et l'agent	<ul style="list-style-type: none"> - Travail en binôme avec l'agent - Réaffirmer le rôle et missions du professionnel : organisation des soins en tenant compte de l'équipe pluridisciplinaire et en priorisant les activités, positionnement au sein de l'équipe - Evaluation de l'intégration des savoirs généraux et la maîtrise des actes techniques - Evaluer le degré d'autonomie et prise d'initiatives de l'agent pour une gestion indépendante d'un secteur de patients ou résidents - Initiation aux transmissions écrites et orales 	En binôme
	Cadre de l'unité	<ul style="list-style-type: none"> - Point avec le tuteur et l'agent en fin de première semaine - Réajustements des objectifs éventuellement - Remise à jour de la check liste - Planification d'un week-end de travail 	Entretien individuel
	L'agent	<ul style="list-style-type: none"> - Travail en autonomie avec supervision de l'équipe - Utilisation des logiciels - Transmissions écrites et orales - Gestion de son temps de travail et organisation - Adaptation du travail en fonction du bilan effectué 	En sureffectif pour les IDE et AS et en poste pour les ASH
	Equipe, tuteur et agent	<ul style="list-style-type: none"> - Supervision de l'agent et validations des acquis - Soutien et conseils - Contrôle de la bonne utilisation des logiciels - Evaluation du travail en autonomie - Poursuite de la supervision par l'équipe 	
Evaluation de l'intégration fin du 1 ^{er} mois de prise de poste	Cadre, tuteur et agent	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation de l'atteinte des objectifs - Evaluation des compétences, rôle autonome (anticipation de certaines situations), coordination de l'équipe, initiatives - Evaluation de la connaissance des savoirs généraux - Evaluation de l'acquisition des procédures et protocoles d'utilisation courante - Positionnement dans l'équipe 	Entretien programmé

A l'issue du premier mois de prise de poste, l'intégration et son évaluation sont poursuivies et adaptées en fonction de la progression de l'agent : se référer au livret d'acquisition des capacités.

PROTOCOLE D'ACCUEIL ET D'INTEGRATION DU NOUVEL AGENT EN GERIATRIE	Index : FT/GAE/48 Date : 28/11/2014 Version : 02 Page : 1/2
--	--

QUAND	QUI	QUOI	COMMENT
PRE ACCUEIL Minimum 15 jours avant prise de poste	Cadre de pôle	<ul style="list-style-type: none"> - Retour sur expérience professionnelle, projet professionnel et motivations de l'agent - Présentation de l'établissement - Présentation du pôle gériatrie : organigramme, secteurs d'activité, organisation médicale et paramédicale, projets en cours, qualité, valeurs (charte du professionnel) - Présentation du secteur d'activité - Positionnement du poste - Réglementation, obligations - Remise du livret d'accueil du nouveau recruté si non donné par les RH - Remise du livret d'acquisition des capacités spécifiques à la fonction, à consulter et/ou compléter pour le premier jour 	Entretien en vue du recrutement Remise de documents Visite du site
	Cadre de santé de l'unité	<ul style="list-style-type: none"> - Visite du site : service et présentation au personnel présent, parking, vestiaires - Identification du vestiaire - Remise fiches d'activités de toutes les fonctions pour prise de connaissance avant l'arrivée dans le service, plan du service - Explications sur organisation du travail, notion d'équipe, projets - Commande du badge provisoire pour tenue professionnelle - Commande carte Pass - Prévoir codes PHARMA, LABO, YES, annuaire de poche, prévoir KIT nouveau recruté avec mot de bienvenue - Prévoir planning de l'agent sur les 15 premiers jours en fonction du tuteur choisi - Prévoir les formations nécessaires à la prise de poste (dialyse péritonéale, contrôle ultime, YES, PHARMA, LABO) 	
Le jour de l'arrivée Horaire à adapter selon service et grade	Le tuteur	<ul style="list-style-type: none"> - Accueil physique de la personne et accompagnement au vestiaire - Présentation des collègues présents - Visite rapide des lieux après les transmissions (commodités, indispensables à connaître) - Récapitulatif du déroulement du poste - Présentation de l'équipe pluridisciplinaire - Vérification des codes informatiques - Remise de la check list - Prise de connaissances des différents logiciels de travail - Présentation de la salle de soins : Localisation des documents indispensables à l'exercice et du chariot d'urgence, présentation du dossier de soins, planification murale 	Tuteur non déchargé des soins ce jour, encadre le nouvel agent en sureffectif et en observation
	L'agent	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi et observation du tuteur sur son poste - Questionnement positif professionnel 	
	Le cadre	<ul style="list-style-type: none"> - Accueil de l'agent avec le tuteur - Remise du kit de bienvenue - Retour sur documents remis en pré-accueil - Info planning et recueil des desiderata de planning et modalités de fonctionnement - Premier bilan en fin de journée pour évaluer le ressenti de l'agent avec le tuteur et l'agent afin d'adapter le tutorat (objectifs) 	Entretien (suite)

ANNEXE 7

KIT BIENVENUE DU NOUVEL ARRIVANT

Le cadre de santé remet ce kit à l'agent le jour de sa prise de fonction.

- Mot de bienvenue,
- Livret humanitude,
- Plaquettes de présentation,
- Plan du service,
- Liste des résidents de l'unité,
- Annuaire de poche,
- Carte PASS,
- Carte PRO-CONSULT,
- Badge d'identification pour la tenue professionnelle,
- Codes PHARMA,
- Codes LABO,
- Codes HARTMAN,
- Cadeaux : stylo 4 couleurs, critérium, un carnet de poche, feutre marqueur, feutre VELEDA

ANNEXE 8 : Mot de bienvenue



Madame, Monsieur,

Bienvenue à vous qui avez choisi d'exercer votre activité, au sein du pôle de Gériatrie

Nous nous engageons à mettre tout en œuvre afin de faciliter votre parcours d'intégration au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

Cependant, votre investissement est une condition primordiale à la réussite de celui-ci.

Ainsi, nous pourrions partager les valeurs inscrites dans la charte du professionnel en gérontologie

Votre tuteur sera :

L'ensemble du personnel du Pôle de Gériatrie

ANNEXE 9 : Livret d'acquisition des capacités IDE

ACCUEIL ET INTEGRATION D'UN IDE EN GERIATRIE

LIVRET D'ACQUISITION DES CAPACITES

Service :

Nom et prénom de l'infirmier(e) :

Nom et prénom du tuteur :

Date de prise de fonction :

Nom et prénom du Cadre de Santé :

Année du diplôme :

Expérience professionnelle :

Ce document vous est transmis par le cadre de pôle. Il comporte 10 capacités considérées comme requises pour les IDE.

Ces capacités sont en rapport avec le décret 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du CSP et avec les spécificités du pôle de Gériatrie. Un bilan d'intégration est réalisé régulièrement après la prise de fonction, au cours d'un entretien avec le cadre et le tuteur.

En regard de chaque critère, le niveau de maîtrise de l'IDE sera situé sur une échelle de 0 à 4 (0 = non pratiqué, 1 = à développer, 2 = pratique courante, 3 = maîtrise, 4 = expertise, NA = non adapté au service)

Cet outil d'évaluation doit permettre au cadre de santé de fixer des objectifs précis au nouveau professionnel afin qu'il puisse progresser.

LES 10 CAPACITES IDE REQUISES

CAPACITES TECHNIQUES	A 15 jours	A 1 mois	A 3 mois	A 6 mois	Bilan sup
Les soins d'hygiène et de confort sont maîtrisés					
Les actes techniques courants sont maîtrisés (annexe 1)					
Les actes techniques spécifiques sont maîtrisés (annexe 1)					
Les actes techniques en situation d'urgence sont maîtrisés (annexe 1)					
CAPACITES ORGANISATIONNELLES					
Organise son travail en tenant compte de l'ensemble de l'activité du service					
Organise son travail en tenant compte des priorités					
Réactualise son organisation en fonction des imprévus et / ou des urgences					
Planifie les soins de façon adéquate					
CAPACITES RELATIONNELLES					
A le sens de l'accueil					
Adapte son mode de communication aux déficits et aux changements de comportement de la personne âgée et/ou fragile					
Communique de façon adaptée avec les familles					
Communique de façon adaptée avec l'équipe pluridisciplinaire					
Communique de façon adaptée avec la hiérarchie					
Sait être à l'écoute du patient ou du résident					
Gère les situations particulières : refus de soin, agressivité, phases de deuil ...					
CAPACITES A PREVENIR LES RISQUES					
Connait la procédure en cas d'urgence vitale (AFGSU 2)					
Connait et applique les règles d'hygiène hospitalière					
Connait les règles d'Identito-vigilance :					
Applique les règles d'Identito-vigilance					
Connait les règles d'hémovigilance					

CAPACITES A PREVENIR LES RISQUES (suite)	A 15 jours	A 1 mois	A 3 mois	A 6 mois	Bilan sup
Applique les règles d'hémovigilance					
Connait les règles de pharmacovigilance					
Applique les règles de pharmacovigilance					
Connait les règles de matériovigilance					
Applique les règles de matériovigilance					
Sait se protéger : troubles musculo-squelettiques, matériel de manutention, contamination...					
Connait la procédure conduite à tenir en cas d'accident avec exposition au sang ou autres liquides biologiques : FT/GDR/08					
Connait les protocoles et procédure en lien avec la prise en soin du patient ou du résident : voir liste en annexe 2					
Applique les protocoles et procédures en lien avec la prise en soin du patient ou du résident					
A pris connaissance et a intégré les consignes en cas d'incendie					
A pris connaissance du guide de prévention contre la maltraitance et en applique les principes : GUIDE/SOINS/03					
Conduit en toute sécurité en respectant le code de la route					
CAPACITES A EXECUTER LES PRESCRIPTIONS MEDICALES					
Fait des liens entre pathologies et prescriptions médicales					
Applique avec rigueur les prescriptions médicales					
Surveille la tolérance et l'efficacité des thérapeutiques prescrites					
Assure des transmissions significatives et complètes au médecin					
Assure la continuité de la prescription médicale aux différents acteurs de soins					
Utilise avec rigueur le logiciel de prescription pharmaceutique					
Collabore avec les médecins libéraux ou intervenants sur la structure					
Ne dépasse pas le champ de ses compétences					
CAPACITES A ACCOMPAGNER ET PRENDRE EN SOIN LE PATIENT OU LE RESIDENT EN INTEGRANT LES PRINCIPES GENERAUX DE L'HUMANITUDE					
Assure un accueil personnalisé de la personne âgée et de sa famille					
Recueille toutes les informations utilisables concernant le patient ou le résident (recueil de données, habitudes et histoire de vie, projet de soins, fiche de liaison...)					
Observe cliniquement le résident ou le patient en tenant compte des paramètres liés à l'âge					

0 = non pratiqué, 1 = à développer, 2 = pratique courante, 3 = maîtrise, 4 = expertise, NA = non adapté au service

CAPACITES A ACCOMPAGNER ET PRENDRE EN SOIN LE PATIENT OU LE RESIDENT EN INTEGRANT LES PRINCIPES GENERAUX DE L'HUMANITUDE	A 15 jours	A 1 mois	A 3 mois	A 6 mois	Bilan sup
Accompagne la personne dans la réalisation de ses soins quotidiens en tenant compte de ses besoins et de ses ressources					
Adapte et sécurise l'environnement du résident ou du patient en tenant compte de ses désirs					
Elabore un projet de soins infirmier dans un contexte de polyopathologies (Identifie les problèmes de soins et pose les diagnostics infirmiers associés)					
Reconnait les priorités					
Réalise des actions adaptées dans les différentes dimensions du soin : préventifs, curatifs, palliatifs, éducatifs, de réhabilitation					
Mesure les résultats obtenus et réajuste si besoin					
Effectue des transmissions pertinentes écrites et orales					
Utilise correctement les outils : transmissions ciblées, dossier de soins, planification murale, informatique...					
Intègre dans sa démarche les différents partenaires de l'équipe pluridisciplinaire (kinésithérapeute, psychomotricienne, ergothérapeute, orthophoniste, diététicienne, psychologue, assistante sociale, IDE plaies et cicatrisation, IDE PSY, auxiliaires de vie, animatrices...)					
Intègre la famille et l'entourage dans la prise en soin					
Donne des conseils adaptés au résident ou au patient et/ou à son entourage					
Intègre dans sa démarche les partenaires extérieurs (JALMAV, VMEH, association, coiffeurs, pédicure, culte...)					
CAPACITES A TRAVAILLER EN EQUIPE					
Respecte les limites de sa fonction et connaît ses responsabilités					
Coordonne l'intervention gériatologique en favorisant un travail en interdisciplinarité					
Apporte spontanément son aide au sein de l'équipe					
Assure la coordination des équipes AS et ASH, en créant une dynamique d'équipe					
En situation difficile de soin, sait demander de l'aide et passer le relais					
Est capable de demander de l'aide ou des conseils à ses collègues					
Respecte le travail de chaque membre de l'équipe					
Négocie avec ses collègues les changements de plannings en tenant compte du temps hebdomadaire de travail					
Participe à des groupes de travail et contribue à l'élaboration de projets					
Sait prendre position au sein du groupe					

0 = non pratiqué, 1 = à développer, 2 = pratique courante, 3 = maîtrise, 4 = expertise, NA = non adapté au service

Bilan à 3 mois :
Auto-bilan du nouvel arrivant : - - - - - -
Retour du cadre et tuteur : - - - - - -
Objectifs pour fin du 6^{ème} mois : - - - - -
Date du prochain rendez-vous : -

Bilan à 6 mois :
Auto-bilan du nouvel arrivant : - - - - - -
Retour du cadre et tuteur : - - - - - -
Objectifs pour fin du _____ : - - - - -
Date du prochain rendez-vous : -

Bilan supplémentaire :
Auto-bilan du nouvel arrivant : - - - - - -
Retour du cadre et tuteur : - - - - - -
Objectifs pour fin du _____ : - - - - -
Date du prochain rendez-vous : -

ANNEXE 1

ACTES TECHNIQUES COURANTS

- Mesure manuelle des paramètres vitaux,
- Prélèvement veineux,
- Prélèvement capillaire,
- Injection parentérale avec calcul de dosage (SC, IM, IVD, TC),
- Préparation, installation et surveillance d'une seringue électrique,
- Mise en place d'un cathéter par voie veineuse périphérique ou sous-cutanée,
- Mise en place de perfusion périphérique avec calcul de dosage et débit,
- Surveillance d'une perfusion,
- Réfection d'un pansement simple, ablation de fils, agrafes,
- Mise en place de l'oxygénothérapie par sonde, lunette, masque,
- Manipulation de l'obus d'O₂, manomètres muraux, extracteur d'O₂,
- Administration de thérapeutiques médicamenteuses per os et injectables,
- Surveillance d'une résine,
- Surveillance de l'installation d'une orthèse,
- Mise en place et surveillance d'une alimentation entérale par gastrostomie (GEP),
- Mise en place et surveillance d'une sonde à demeure,
- Réalisation d'un ECBU standard ou sur collecteur (système clos ou collecteur),
- Réalisation d'un sondage évacuateur (micro-sondage),
- Surveillance d'une stomie, changement de support (colostomie, utéro stomie)
- Aspiration endotrachéale,
- Réalisation d'un ECG +/- avec aimant ,
- Mise en place d'une contention veineuse,

ACTES TECHNIQUES SPECIFIQUES

- Prélèvement artériel pour gazométrie,
- Réfection de pansements complexes +/- avec drainage,
- Utilisation du MEOPA ou KALINOX,
- Mise en place et surveillance d'une transfusion programmée,
- Injection, perfusion et surveillance d'une chambre implantable ou voie veineuse centrale,
- Assurer la continuité de la dialyse péritonéale,
- Soins de trachéotomie et changement de canule,
- Sondage urinaire chez un homme,
- Surveillance post-opératoire (chirurgie orthopédique, dialyse péritonéale, chambre implantable...),
- Mesure du résidu post mictionnel par bladderscan,
- Mise en place et surveillance d'un holter cardiaque,
- Mise en place et surveillance d'une sonde naso-gastrique,
- Surveillance d'une fistule artério-veineuse
- Mise en place et surveillance des PCA

ACTES TECHNIQUES EN SITUATION D'URGENCE

Sait gérer l'urgence en cas :

- de traumatisme crânien post chute,
- de fausse route,
- de crise d'épilepsie,
- d'état de choc,
- d'hémorragie,
- d'hypoglycémie
- de chute

ANNEXE 3 : PROCEDURES ADMINISTRATIVES ET LOGISTIQUES

- Procédure d'entrée : nouveau résident, retour hospitalisation, mutation en interne
- Procédure de sortie
- Départ en permission
- Procédure décès
- Modalités de transport : FT/GAP/18
- Modalités de prise de RDV prestataires extérieurs : pédicure, coiffure, opticien, audioprothésiste, diététicienne, orthophoniste (FT/SOINS/79)
- Commande d'un support à air
- Dépôt de valeurs : PROT/GAP/02
- Bascule du standard
- Recherche d'imprimés informatiques

ANNEXE 2 : PROTOCOLES DE SOINS

- Détresse vitale en Gériatrie : FT/SOINS/49,
- Classeur hémovigilance,
- Classeur pharmacie,
- Bilans biologiques en USLD et EHPAD : entrée, hépatique, enzymes cardiaques,
- Hygiène des mains : PROT/HYG/01,
- Pose et surveillance du cathéter IV, SC : PROT/SOINS/08, PROT/SOINS/07
- Prévention de l'infection sur cathéter central : FT/HYG/121,
- Chambre implantable : PROT/HYG/02
- Nutrition entérale par sonde : FT/HYG/64,
- Aspiration buccale et trachéobronchique : FT/HYG/36,
- Prise en charge de la douleur : FT/SOINS/32,
- Utilisation du MEOPA : FT/SOINS/01, E/SOINS/02, E/SOINS/01,
- Pose et surveillance sonde urinaire : P/HYG/12,
- Soins de bouche : FT/SOINS/05,
- Prévention et traitement de l'escarre : classeur YES,

ANNEXE 10

CHARTRE DU TUTORAT DU NOUVEL AGENT

Préambule

Ce document s'adresse aux différents acteurs impliqués dans l'accompagnement des nouveaux professionnels du pôle de Gériatrie.

Le tutorat répond à un certain nombre d'enjeux tels que la transmission de savoirs et de savoirs faire et de développement des compétences des professionnels. Il est un levier au service de l'accompagnement des parcours professionnels des agents et permet de transmettre et partager les valeurs du pôle de Gériatrie.

Engagements des différents acteurs

Engagement de la direction

La direction s'engage à :

- Reconnaître et intégrer la nécessité d'une politique d'accueil et d'intégration des nouveaux agents : le tutorat est inscrit dans la politique RH de l'établissement (projet social)
- Valoriser et promouvoir le tutorat dans l'établissement : la formation au tutorat est intégrée au plan de formation de l'établissement

Engagement de l'encadrement

Les cadres s'engagent à :

- Recenser les tuteurs potentiels sur la base du volontariat en fonction du professionnalisme, de l'expertise, des capacités à transmettre les savoirs et savoirs faire et de la motivation
- Formaliser les missions du tuteur : objectifs, organisation et évaluation du parcours d'intégration
- Accompagner le tuteur dans ses missions, le soutenir et faciliter son travail
- Faire des points réguliers avec le tuteur sur ses missions et la progression du tuteur
- Evaluer le dispositif d'accueil et d'intégration et le réajuster si besoin
- Valoriser et reconnaître la mission tutorale dans les activités et compétences du tuteur en l'intégrant lors de l'entretien annuel d'évaluation

Engagement du tuteur

Il s'agit de contribuer à construire un accueil et une intégration humaine favorisant le mieux être au travail.

Essentielle, cette fonction de tuteur doit permettre au nouvel agent de devenir opérationnel dans les meilleurs délais.

Le tuteur s'engage à :

- Accompagner le nouvel agent sur le terrain et de façon régulière, dans le cadre d'une relation individualisée et formalisée, avec un objectif de développement des compétences
- Accueillir et intégrer le professionnel
- Préparer et organiser la transmissions des connaissances et de ses savoir-faire, rendre les situations de travail formatrices
- Evaluer les progrès et acquis du tuteur et lui rendre compte
- Mobiliser les personnes ressources et créer les situations nécessaires à la progression de l'agent
- Faire le point avec le cadre sur les acquis professionnels et les besoins de l'agent
- Participer activement à l'évaluation des progrès et des acquis du tuteur avec le cadre

Engagement du tutoré

Le tutoré s'engage à :

- S'impliquer dans la mise en œuvre du dispositif
- Solliciter son tuteur autant que de besoin et l'alerter en cas de difficultés
- Rendre compte de sa progression à son tuteur
- Tenir compte des recommandations et informations de son tuteur

Son investissement dans le dispositif est une condition primordiale de réussite du tutorat.

Qui est tuteur sur le pôle de Gériatrie de Joigny ?

Un référent privilégié pour le nouveau professionnel, dans un environnement de travail encore inconnu pour lui. Par son accompagnement de proximité, le tuteur va faciliter l'intégration du professionnel au sein d'une équipe pluridisciplinaire. C'est un acteur et un pair bienveillant, à l'écoute, ayant l'esprit constructif et positif, volontaire, motivé, disponible. Il est formé au tutorat et participe aux réunions mises en place dans ce cadre.

Le tuteur sur le pôle de Gériatrie n'est pas....

- Un formateur
- Un supérieur hiérarchique
- Tuteur « à vie »
- Tuteur à temps plein

Le tuteur sur le pôle de Gériatrie est plutôt.....

- Un référent privilégié pour le nouveau professionnel
- Un soutien dans la mise en œuvre du parcours d'intégration

Quelles sont les missions du tuteur ?

Le tuteur est investi de trois missions principales (cf. fiche de missions du tuteur)

- Mission 1 : faciliter l'accueil et l'intégration du nouvel arrivant
- Mission 2 : former le professionnel à son poste de travail
- Mission 3 : suivre et évaluer le travail du nouveau professionnel

ANNEXE 11

	FICHE DE MISSION	Index : FT/GAE/49
	TUTEUR DU NOUVEAU PROFESSIONNEL EN GERIATRIE	Date : 30/01/2015
		Version : 01
		Page : 1/2

OBJECTIF

Accueillir et intégrer le nouveau professionnel dans un collectif de travail et le professionnaliser pour qu'il soit rapidement opérationnel.

PREREQUIS

- Compétences dans les capacités à transmettre les savoirs et savoirs faire, repérées par l'encadrement
- Connaissance de l'environnement
- Expertise dans le domaine d'activités
- Volontariat et motivation
- Adhésion à la charte du tutorat
- Formation au tutorat

MISSIONS SPECIFIQUES

Le tuteur est investi de trois missions principales.

Mission 1 : faciliter l'accueil et l'intégration du professionnel

L'objectif est de créer les conditions favorables pour une bonne intégration du nouveau professionnel. Cette mission repose sur la transmission d'informations utiles sur l'établissement et un accueil de qualité.

Avant l'arrivée du nouveau professionnel

- Avoir été désigné TUTEUR par le cadre de l'unité
- S'informer du parcours professionnel du nouvel arrivant
- Anticiper le planning pour planifier l'encadrement et bilans
- Préparer la check-list et le kit de bienvenue
- Informer l'équipe par le biais du cahier de transmissions
- Planifier la visite de toutes les autres unités du pôle et présentation aux professionnels présents

Durant toute la période d'intégration

- Se présenter et expliquer le rôle du tuteur
- Présenter le nouveau aux professionnels de l'unité présents
- Présenter le parcours d'intégration et recueillir le ressenti du nouvel agent
- Accompagner le professionnel avec bienveillance, dans une posture de soutien et d'écoute, être attentif à ses difficultés éventuelles (travail en binôme)
- Réaliser un point d'étape à la fin de la journée

FICHE DE MISSION

TUTEUR DU NOUVEAU PROFESSIONNEL EN GERIATRIE

Index : FT/GAE/49
Date : 30/01/2015
Version : 01
Page : 2/2

Mission 2 : former l'agent à son poste de travail

Selon le métier et le profil de l'agent, il s'agit de réfléchir à une démarche pédagogique pour transmettre les connaissances indispensables liées au poste de travail et à son intégration dans l'unité

Avant l'arrivée du nouveau professionnel

- Noter les méthodes de travail ou les astuces lui permettant de gagner du temps
- S'interroger sur le meilleur moyen de le former : travail en binôme, sessions de formation, documents spécifiques, rencontre personne ressource...
- Répertorier les informations et les savoir-faire indispensables liés au poste
- Évaluer le temps nécessaire pour maîtriser l'activité

Durant toute la période d'intégration

- L'interroger sur ce qu'il sait déjà faire
- Travailler en binôme durant la période d'encadrement
- Développer rapidement l'autonomie du professionnel
- Identifier, au sein de l'équipe pluridisciplinaire, les autres acteurs de soins et favoriser leur mise en relation avec ceux-ci

Mission 3 : suivre et évaluer le travail du nouveau professionnel

Cette mission suppose la formalisation et l'adoption d'une attitude de soutien pour encourager la progression du nouvel agent.

Avant l'arrivée du nouveau professionnel

- Fournir le livret d'acquisitions au nouveau professionnel
- Fournir le questionnaire de satisfaction en indiquant les modalités d'utilisation

Durant toute la période d'intégration

- Inviter le professionnel à réaliser son auto-évaluation et exprimer les difficultés rencontrées
- Adopter une attitude positive lors des entretiens
- Planifier les objectifs pour l'aider à progresser
- Apprécier sa capacité d'intégration dans l'équipe en tant que groupe social
- Encourager ses efforts. En cas de démotivation, en rechercher la cause.
- Remettre le questionnaire de satisfaction de l'accueil et de l'intégration au nouvel arrivant

ANNEXE 12

CHARTRE DES VALEURS DU PROFESSIONNEL EN GERONTOLOGIE

Index : CHARTE/GAE/08
Date : 08/08/2014
Version : 01
Page : 1/2

La gérontologie s'adresse à des professionnels responsables, conscients de la portée de ce qu'ils font et pour qui ils le font.

En référence à la Charte des droits et des libertés des personnes âgées dépendantes et à la Charte de la personne accueillie, chaque professionnel doit être garant de la qualité exigée par ses missions auprès de personnes vulnérables. Cette qualité implique la mise à jour des connaissances par le biais du développement professionnel continu afin de faire évoluer ses pratiques professionnelles.

Le professionnel est garant de l'image positive de la structure d'accueil.

Un effort de valorisation se justifie de la part de tous. La promotion des métiers de la gérontologie doit être la préoccupation de chacun. Elle passe par la diffusion des projets en interne mais également auprès du grand public.

Le professionnel fait preuve de discrétion et respecte la vie privée de ses collègues.

L'organisation du service et la qualité de prestations au résident et/ou son entourage ne doivent en aucun cas être perturbés par des sujets en lien avec la vie privée des agents. De même, les rumeurs ou calomnies envers un collègue ne sont pas tolérables.

Dans sa pratique, le professionnel fait preuve d'humilité.

Le professionnel est avant tout un être humain qui a ses limites. Il les identifie et se donne les moyens de les compenser. Par exemple, face à des situations émotionnelles difficiles, le professionnel doit s'autoriser à passer le relais sans peur du jugement de l'autre et prendre la distance nécessaire pour garder une posture professionnelle.

Chaque professionnel respecte le travail de l'autre quel que soit son grade et son domaine de compétences.

Le travail en équipe prévaut sur la notion d'équipe de travail : la qualité des soins est optimisée par la complémentarité des différents professionnels. Chaque professionnel a sa place au sein de l'organisation et son travail est reconnu et respecté de tous. Chaque professionnel a le droit de s'exprimer au sein du groupe, d'être entendu, dans l'objectif d'améliorer la qualité des soins.

Quelle que soit la situation, le professionnel doit développer des comportements, attitudes et pratiques de Bienveillance.

La Bienveillance des personnes aidées est entendue comme la considération au quotidien de leurs besoins physiologiques, psychologiques (sécurité, appartenance, estime de soi, réalisation...) et spirituels. La structure d'accueil est le lieu de vie privé de la personne âgée, substitut du domicile, impliquant une adaptation des pratiques professionnelles. A ce titre, le professionnel applique les enseignements de la formation « Humanitude » selon la méthodologie de soins Gineste et Marescotti. L'histoire de vie de la personne est systématiquement recueillie (libre expression de la personne et/ou de son entourage), de même que ses besoins et attentes. Ces derniers sont régulièrement réévalués permettant l'élaboration du projet individuel de vie et du projet de soins. Une attention particulière est portée au maintien du lien social et à l'accompagnement des familles.

Le professionnel doit rester neutre et ne pas émettre de jugement de valeur envers le résident et/ou son entourage : chaque personne âgée doit être respectée dans son unicité.

La connaissance de l'histoire de vie amène le professionnel à entrer dans l'intimité de la personne, parfois chargée de secrets et d'évènements heureux ou douloureux. Le professionnel se montre disponible, à l'écoute mais reste neutre et ne juge pas.

ANNEXE 13

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DE L'ACCUEIL ET DE L'INTEGRATION DU NOUVEL ARRIVANT

Ce questionnaire est anonyme et sera exploité par la Cellule Qualité.

Merci de le remplir dans un délai de 3 à 6 mois suivant votre prise de poste et de le renvoyer directement à la Cellule Qualité.

Votre participation est précieuse car elle permettra d'améliorer la qualité de l'accueil et de l'intégration des nouveaux professionnels.

Lors de votre entretien, en vue de votre recrutement, avez-vous été reçu par :

- | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| - Le cadre supérieur du pôle | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| - Le cadre du service | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |

Lors de cet entretien, vous a-t-on présenté :

- | | | | | |
|-------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| - Le centre hospitalier | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| - Le pôle de Gériatrie | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| - Le service | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| - L'équipe | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |

Vous a-t-on remis les supports suivants :

- | | | | | |
|--|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| - Livret d'accueil du personnel | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| - Documents relatifs au CGOS | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| - Documents relatifs à la complémentaire santé | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| - Documents relatifs à la garantie obsèques | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| - Charte des valeurs du professionnel en Gériatrie | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| - Organigramme du pôle Gériatrie | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| - Organigramme du secteur d'activité | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| - Fiche de poste | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| - Fiche d'activités | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| - Livret d'acquisition des capacités | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| - Kit de bienvenue | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |

Vous a-t-on fait visiter :

- | | | | | |
|------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| - Le site de Gériatrie | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| - Le service | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |

Le jour de votre prise de poste, par qui avez-vous été accueilli ?

- | | | | | |
|----------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| - Le cadre | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| - Le tuteur | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| - Autre membre de l'équipe | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |

A votre prise de poste, avez-vous bénéficié :

- | | | | | |
|---|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| - D'une période d'encadrement | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| - Cette période a-t-elle été suffisante | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| - Si non, pourquoi ? : _____ | | | | |

Sur une échelle de 0 à 3 (0 = pas du tout satisfait, 1 = peu satisfait, 2 = plutôt satisfait, 3 = très satisfait), quel est votre degré de satisfaction concernant :

- Premier contact avec l'établissement
- Premier contact avec le service
- Entretien avec le cadre supérieur du pôle
(Retour sur parcours et motivations, présentation établissement, pôles, unités, démarche qualité, DPC, positionnement du poste, droits et devoirs, tenue vestimentaire...)
- Entretiens avec le cadre du service
(Apports d'informations concernant l'organisation et fonctionnement du service, organisation du tutorat, commodités et indispensables à connaître, réponses aux questions...)
- Entretiens avec le tuteur
(Apports d'informations concernant l'organisation et fonctionnement du service, organisation du tutorat, prise en soins du résident, commodités et indispensables à connaître, réponses aux questions...)
- Accueil par l'équipe
- Parcours d'intégration
(Disponibilité du cadre, du tuteur, de l'équipe, bilans d'intégration...)

Globalement, êtes-vous satisfait :

- De votre accueil oui non
- De votre parcours d'intégration oui non

Quelles sont les informations qui vous ont manquées ?

.....
.....
.....

Que souhaiteriez-vous voir améliorer dans cette procédure d'accueil et d'intégration ?

.....
.....
.....

Merci d'avoir pris le temps de remplir ce questionnaire

Diplôme de Cadre de Santé

DCS@15-16

TYPE DE DOCUMENT

Mémoire

TITRE DU DOCUMENT

L'intégration du nouveau professionnel en EHPAD : un enjeu managérial avant tout

Lisbeth GENCEY

MOTS CLÉS

Accueil, processus d'intégration, fidélisation, gériatrie, cadre de santé

KEY WORDS

Reception, integration process, loyalty, geriatrics, nurse manager

RÉSUMÉ

La notion d'intégration est aujourd'hui chargée de sens si différents qu'il est difficile de la définir. Mais ce concept est de plus en plus structuré dans les entreprises. Effectivement, le recrutement coûte à ces dernières, il est un investissement. De ce fait de plus en plus d'entreprises comme les hôpitaux mettent en place des procédures d'intégration des nouveaux salariés.

L'accueil et l'intégration des nouveaux professionnels en milieu gériatrique sont aussi un véritable challenge pour les établissements de santé. Beaucoup d'auteurs se sont interrogés sur cette question de l'intégration. Je me pose moi-même la question : Un processus d'intégration formalisé peut-il favoriser l'intégration et la fidélisation en gériatrie ? Quels sont les leviers dont le cadre dispose et quel est son rôle dans ce processus ? Quelle importance donner à l'accueil ?

Afin de répondre à ces questions, j'ai réalisé 3 enquêtes : une auprès d'élèves aides-soignants, une auprès de professionnels infirmiers, aides-soignants et agents de services hospitaliers aux soins et une auprès de cadres de santé.

ABSTRACT

The concept of integration is charged with so many different that it is difficult define. But this concept is more and more structure in the companies. Indeed, recruitment costs these last, it's a investment. This fact more and more of companies as the hospitals set up process integration of the new employees. The reception and the integration of the new employees in geriatric a real soatrue challenge for the health care institutions. Many authors wondered about this question of integration. I'm posed myself the question : Can a process integration formalized support integration and the development of consumer loyalty in geriatrics ? Which are the levers whose nurse manager lays out and which is its role in this process ? Which importance to give to the reception ? In order to answer these questions, I conducted 3 surveys: first near student nursing aids, second, near nurses, nursing aids and near nurses manager.