

*Ecole Supérieure Montsouris*  
*Université Paris Est Créteil/Val de Marne*

# *Diplôme de Cadre de Santé*



## **Le tutorat : un outil de management**

Laetitia MULLIER

**DCS@12\_13**

42, bd Jourdan 75014 PARIS- Tel 01.56.61.68.60 Fax 01.56.61.68.59

### **Note aux lecteurs**

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de L'Ecole Supérieure Montsouris 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.

**« Si je veux réussir à accompagner un être vers un but précis, je  
dois le chercher là où il est, et commencer là, justement là ».**

**Kierkegaard**

## Remerciements

Mes premiers remerciements s'adressent à Fanny MALE, directrice de mon mémoire, qui par sa patience, ses encouragements et ses remarques constructives m'a permis de mener à bien ce travail.

Merci aux cadres de santé et aux infirmiers qui m'ont donné l'opportunité de construire un travail riche de leurs expériences et compétences professionnelles.

Une pensée toute particulière à mes compagnons de route, « les potaches » pour leur convivialité, leur soutien et leur encouragement tout au long de cette année remplie de doutes et de fatigue.

Enfin, un grand et profond merci pour mes amis et ma famille et tout particulièrement à Jérôme et mes enfants qui m'ont accompagné à tous les instants avec beaucoup de patience et de compréhension. Sans eux, ce travail n'aurait jamais pu aboutir.

# Sommaire

Liste d'abréviations.....	3
Introduction.....	4
1 De mon expérience à la question de départ.....	5
2 Cadre conceptuel .....	9
2.1 De la notion de groupe à une équipe.....	9
2.1.1 La définition du groupe .....	9
2.1.2 La dynamique des groupes .....	11
2.1.3 L'équipe.....	12
2.1.4 L'équipe de soins.....	13
2.1.5 La cohésion d'équipe.....	14
2.1.6 Le conformisme .....	17
2.2 Le tutorat .....	20
2.2.1 Du compagnonnage au tutorat .....	20
2.2.2 Le tutorat en formation initiale .....	22
2.2.3 Le tutorat en formation continue .....	26
2.2.4 Les compétences individuelles et collectives .....	30
2.3 Le management .....	32
2.3.1 L'histoire de la fonction cadre de santé.....	32
2.3.2 Le cadre de santé : un leader.....	33
2.3.3 Le cadre de santé et le management .....	35
2.3.4 Les différentes approches du management.....	37
3 La question de recherche et les hypothèses.....	39
4 La méthodologie de la recherche.....	40
4.1 Les entretiens semi-directifs .....	40
4.1.1 Les acteurs concernés .....	41
4.1.2 L'élaboration des guides d'entretien .....	41
4.2 Phase d'exploration des données .....	42
5 L'Analyse des données.....	44
5.1 L'Analyse des entretiens des cadres .....	45
5.1.1 La présentation des cadres de santé.....	45
5.1.2 La présentation des unités de soins.....	46
5.1.3 La politique institutionnelle d'intégration des nouveaux arrivants .....	47
5.1.4 Les outils d'encadrement des nouveaux arrivants .....	48
5.1.5 Le tutorat des nouveaux arrivants et des étudiants infirmiers .....	53

5.1.6	Le tutorat et l'intégration du nouvel arrivant dans l'équipe .....	55
5.1.7	Le compagnonnage .....	56
5.2	L'Analyse des entretiens des infirmiers .....	58
5.2.1	La présentation des infirmiers .....	58
5.2.2	Le vécu de la prise de poste .....	59
5.2.3	L'accompagnement .....	60
5.2.4	Les représentations du tutorat des nouveaux arrivants et les ESI .....	65
5.2.5	Le tutorat et l'intégration dans l'équipe .....	66
5.2.6	Le compagnonnage .....	67
6	La Synthèse des résultats .....	69
6.1	Le parcours d'intégration du nouvel arrivant .....	69
6.2	La politique institutionnelle .....	71
6.3	Les modalités du tutorat .....	72
6.3.1	L'accueil et l'accompagnement .....	72
6.3.2	Le choix des tuteurs .....	72
6.3.3	Les outils du tutorat .....	73
6.4	Les représentations du tutorat .....	73
6.5	L'intégration sociale .....	74
7	L'analyse critique .....	75
7.1	La revue des hypothèses .....	75
7.2	Les perspectives professionnelles .....	77
	Conclusion .....	80
	Bibliographie .....	82
	Annexes .....	86

## Liste d'abréviations

AP : Auxiliaire de Puériculture

AS : Aide-Soignant(e)

ASH : Agent de Service Hospitalier

CDS : Cadre De Santé

CEDIP : Centre d'Evaluation, de Documentation et d'Innovations Pédagogiques

CSS : Cadre Supérieur de Santé

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DRH : Direction des Ressources Humaines

ESI : Etudiant en Soins Infirmiers

GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

IFCS : Institut de Formation de Cadre de Santé

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

PPSM : Plan Psychiatrie et Santé Mentale

RH : Ressources Humaines

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

## Introduction

Dans le contexte d'une évolution des organisations hospitalières, les professionnels de santé vivent des restructurations institutionnelles induisant des modifications organisationnelles de travail et de nouvelles orientations de la prise en charge des patients.

Cette mouvance contextuelle s'associe à une évolution de la représentation du travail auprès des acteurs de santé. Ces éléments de changement s'inscrivent au travers des missions du cadre de santé mais également par l'adaptabilité qui en convient pour répondre aux attentes de l'Institution et aux besoins des équipes soignantes.

Au travers de mon expérience de faisant fonction de cadre de santé, j'ai été confrontée aux problématiques de la qualité d'encadrement des nouveaux arrivants dans l'unité de soin. L'insatisfaction des tuteurs et des nouveaux arrivants m'a conduit à me questionner sur des pistes d'amélioration dans le but de maintenir la qualité et la sécurité des soins dispensés aux patients au travers du tutorat et de préserver une cohésion d'équipe.

Cette année de formation a favorisé une prise de recul face à la réalité de ce métier et aux différents rôles du cadre de santé auprès des équipes.

Ma réflexion s'est donc tournée vers :

Comment le cadre peut-il utiliser le tutorat comme outil de management ?

Quel est l'impact du tutorat dans le parcours d'intégration des nouveaux arrivants au sein de l'équipe paramédicale?

Le tutorat peut-il favoriser la cohésion d'équipe ?

La formation se finalise par l'élaboration et la présentation d'un mémoire de recherche.

Dans le cadre de ce travail, je présenterai, dans un premier temps, le cheminement vers mon axe de réflexion. Dans un second temps, j'aborderai les concepts mis en avant à travers l'étude bibliographique. Enfin, j'exposerai la méthode de recherche, les résultats de l'enquête suivis des conclusions, de l'analyse et réflexions qu'elle mettra en évidence.



## 1 De mon expérience à la question de départ

Mon choix d'exercer une profession paramédicale s'est toujours nourri de l'approche de la prise en charge globale du patient en prenant en compte son individualité. Cette prise en soin ne peut s'effectuer en mon sens que par l'action collective de plusieurs acteurs s'associant autour de valeurs communes. Le collectif d'équipe correspond à la base d'un travail efficace au service des patients. Quels que soient le lieu de travail, l'esprit d'équipe, la collaboration, la cohésion et les valeurs soignantes restent des mots d'ordre à l'accomplissement d'un soin de qualité dispensé aux patients.

Néanmoins, la cohésion d'équipe semble un élément difficile à maintenir dans l'ensemble des situations de travail et notamment de par mes observations, dès lors qu'un nouvel arrivant se profile.

En effet, lors de ma prise de poste en tant qu'infirmière dans le service des urgences, j'ai pu très vite remarquer une réticence de l'équipe existante. Mes propositions de changement d'organisation du travail semblaient décontenancer les professionnels. J'étais une nouvelle qui venait d'arriver et qui souhaitait tout révolutionner !!!

Cette situation générait des tensions et du stress auprès de l'équipe notamment dans l'hypothétique perturbation de la vie de cette équipe. De plus, cet inconfort impactait ma motivation de travailler dans cette unité en regrettant fortement mon changement de poste.

Après quelques mois, j'ai pu trouver mes repères dans mon organisation de travail et dans la vie de cette équipe. L'ambiance s'est progressivement apaisée et nous avons appris à « travailler ensemble ».

La phase d'intégration d'un nouvel arrivant semble faire intervenir l'importance de la connaissance de chacun des membres du groupe afin de faciliter la collaboration entre tous et d'encourager la cohésion dans l'équipe.

Cette période déstabilisante pour l'ensemble des acteurs m'a fait réfléchir sur l'existence de facteurs favorisant l'intégration dans le but que celle-ci soit vécue « au mieux » par tous. On peut envisager que cette phase soit inévitable dans le fonctionnement d'un groupe mais existe-t-il alors des moyens de l'atténuer.

Cette étape d'intégration assortie du sentiment de stress et de « mal-être » a resurgi lors de ma prise de poste de faisant fonction de cadre de santé dans le service de cardiologie. En effet, je ne connaissais pas du tout l'équipe soignante, les médecins et la spécificité des pathologies cardiologiques. Je partais dans l'inconnu avec une non maîtrise stressante.

Cette période pendant laquelle chacun apprenait à se connaître dans l'équipe s'est traduite, dans un premier temps, par de nombreuses demandes des agents concernant

l'organisation des soins, la gestion des plannings et l'achat de matériels divers et variés. Ils ont passé un certain temps à tester mes compétences techniques infirmières en me sollicitant dans les soins auprès des patients, mais également dans ma capacité de prise de décision auprès des membres de l'équipe se rapportant essentiellement aux demandes individuelles de modification de planning. Puis, dans un second temps, les soignants m'ont fait part de l'existence d'une tension au sein de l'équipe qui perdurait depuis quelques mois. Chacun n'hésitait pas à s'inviter dans mon bureau pour exprimer son ressenti face à l'ambiance et l'esprit de cette équipe en n'oubliant pas d'évoquer l'idée qu'il comptait sur ma présence pour les aider à retrouver une certaine sérénité.

En analysant l'ensemble de leurs points de vue et par une période d'observation, je pouvais envisager que cette tension était en lien avec un turn over des soignants depuis quelques mois. En effet, un tiers de l'équipe avait été remplacé avant mon arrivée et pendant mes fonctions, cette situation a perduré.

Ce turn over avait des conséquences sur l'organisation de travail et la vie de l'équipe. Cela entraînait notamment une multiplicité des temps d'encadrement des nouveaux arrivants demandant une implication plus intense des professionnels ayant de l'expérience dans l'unité. A cela, s'ajoute une pertinence dans la gestion des plannings pour ne pas compromettre la garantie de la qualité des soins aux patients en étant vigilant à la présence simultanée des « anciens de l'équipe » et des « nouveaux personnels ».

En effet, le contexte socio économique s'articulant dans une logique soignante et gestionnaire des organisations semble donner des réponses face à la difficulté d'encadrer les nouveaux arrivants au sein de l'équipe. Le turn over ne facilite pas la qualité de l'encadrement de par un manque de temps des agents selon eux. Ils ont le sentiment de ne pas pouvoir être « partout » et de ne pas retrouver le bénéfice de leurs efforts dans les compétences des nouveaux arrivants que ce soit dans l'organisation des soins comme dans l'implication de la vie d'équipe. Dans ce contexte, le turn over entraîne des difficultés dans la transmission des savoirs et un encadrement de courte durée qui se doit d'être efficient et fréquent. Cette situation peut être vécue comme une difficulté quotidienne pour les membres de l'équipe.

De plus, le constat de cette problématique entre la tension présente dans l'équipe et l'encadrement des nouveaux arrivants était renforcé par le ressenti des nouveaux personnels.

En effet, au décours de mes fonctions, deux infirmières ont intégré l'unité sur la même période. La première infirmière, âgée de 36 ans, était diplômée depuis 14 ans. Elle avait fait le choix de changer de poste dans le but d'une évolution de son projet professionnel. Elle avait exercé dans plusieurs services de médecine à orientation oncologique. Son expertise et ses compétences techniques n'étaient pas un obstacle à la prise en charge globale des patients, néanmoins, la spécificité des pathologies cardiaques lui été inconnue et nécessitait un temps d'encadrement orienté vers la connaissance des pathologies et l'intégration de l'organisation de travail de l'équipe.

La deuxième infirmière, quant à elle, était une jeune diplômée qui n'avait pas été en stage pendant son cursus d'étudiant dans un service de cardiologie. Son encadrement nécessitait une attention toute particulière concernant son appréhension très forte aux soins techniques qu'elle estimait ne pas maîtriser et sur la façon de s'organiser et de prendre conscience des responsabilités engagées auprès des patients. Elle formulait très clairement ses inquiétudes et son stress face à ce nouveau statut.

Cependant, après un temps d'encadrement avec un tuteur au sein de l'équipe, l'infirmière « jeune diplômée » ressentait un manque d'intégration avec le groupe et un stress continu dès le début de sa prise de poste quotidienne. Ce sentiment était également confirmé par la première infirmière en appuyant plus particulièrement sur le manque d'accueil dans l'équipe au travers de leurs comportements distants ne favorisant pas son intégration.

Au travers de mes missions de cadre, il était donc nécessaire d'envisager des pistes d'amélioration pour réduire cette tension et cette insatisfaction concernant la qualité d'encadrement afin de maintenir une cohésion dans le groupe et garantir une qualité de prise en soin du patient.

D'une part, il était souhaitable de travailler sur la réduction des tensions existantes au sein de l'équipe en favorisant la coopération de chacun de ses membres dans le respect et les valeurs communes du groupe afin d'encourager la cohésion d'équipe.

D'autre part, il me semblait intéressant de s'investir dans le parcours d'intégration des nouveaux arrivants par l'intermédiaire du tutorat déjà présent pour les étudiants infirmiers dans l'unité.

En effet, selon moi, le tutorat est un élément favorable à la transmission des savoirs, des valeurs communes, l'histoire de l'unité et de son équipe. La relation entre le tuteur et le nouvel arrivant permet de faire connaissance réciproquement et d'apporter des éléments de réponses face aux compétences attendues de chacun dans cette unité. De plus, n'est-il pas un élément à l'intégration d'un nouvel agent grâce à cette relation avec le tuteur l'intronisant progressivement dans le groupe. Il est peut être envisageable que ce mode d'accompagnement favorise la cohésion d'équipe. Cette idée serait une éventuelle aide à la cohésion d'équipe qui permettrait de résoudre les problématiques d'une équipe à travers un parcours d'intégration formalisé du nouvel arrivant et une réponse concrète aux tensions rencontrées par le groupe.

Cependant, la difficulté de mise en œuvre de ce type d'accompagnement reste majeure étant donné le contexte socio économique hospitalier et les conditions de travail de plus en plus difficiles pour les professionnels se retrouvant dans le paradigme du soin et l'efficacité.

L'investissement dans le parcours d'intégration des nouveaux personnels à travers le tutorat doit s'inscrire dans une démarche de projet institutionnel et de service constituant un socle commun auprès de l'équipe. Le cadre de santé a donc un rôle majeur dans le sens à donner à ce projet par une communication pertinente auprès de l'équipe. L'impulsion, la coordination et

l'organisation du tutorat sont des mots clés à la réussite d'un projet sans oublier l'adhésion indispensable des professionnels. Cette adhésion inclut une compréhension claire et précise du but de ce tutorat. Elle se décline également par l'intérêt individuel de chacun des membres dans l'instauration de ce projet. L'idée du gagnant-gagnant est primordiale car si le professionnel lui-même et le collectif d'équipe ne trouve pas d'intérêt lui apportant un gain dans leur quotidien, il sera difficile de mener à bien ce projet car celui-ci implique une dépense d'énergie et de temps pour chacun.

L'adhésion à un projet peut-elle favoriser la cohésion d'équipe par la construction de choix communs ?

En tant qu'étudiante cadre, je souhaitais donc profiter de ce travail de fin d'étude pour approfondir l'idée d'instaurer l'accompagnement tutoral des nouveaux arrivants pour faciliter leurs intégrations et par la même occasion, favoriser et améliorer la cohésion d'une équipe. Ce thème de recherche m'amène à de nombreuses interrogations concernant la faisabilité et la pertinence de cette problématique face au contexte socio économique hospitalier mais également sur l'investissement des professionnels au travers de l'intérêt qu'ils ont face à un projet et enfin, la place et les missions du cadre de santé.

Si on considère que l'idée d'un projet tutoral peut faciliter d'une part la transmission des savoirs mais également peut améliorer la cohésion d'équipe, comment le cadre peut jouer un rôle dans cette démarche pour répondre aux problématiques d'une équipe sur deux thèmes différents ?

Ces deux axes ne peuvent-ils pas être réunis à travers un outil comme le tutorat ?

Comment le cadre de santé peut-il utiliser le tutorat comme facteur de cohésion d'équipe dans le cadre d'un parcours d'intégration d'un nouveau arrivant au sein d'une unité ?

En reprenant le cheminement de ma problématique, ce questionnement peut se traduire par une question de départ citée ci dessous :

Comment le cadre, de par son management, peut-il porter le tutorat comme un élément majeur à l'intégration d'un nouvel arrivant afin de maintenir une cohésion d'équipe et de ce fait garantir une qualité de prise en soin des patients ?

## 2 Cadre conceptuel

Ce cadre conceptuel ne sera pas exhaustif compte tenu de la richesse de la littérature et des nombreuses théories des auteurs, je ferai donc des choix dans mon approche bibliographique en les argumentant.

J'ai débuté mes recherches autour de trois axes. Il m'a semblé important d'étudier, dans un premier temps, la notion d'équipe et de tutorat afin de mettre en exergue le management du cadre de santé au travers ces deux concepts.

### 2.1 De la notion de groupe à une équipe

Avant d'aborder mes recherches sur la notion d'équipe, je souhaite définir la notion de groupe pour considérer l'existence et le fonctionnement d'une équipe professionnelle.

#### 2.1.1 La définition du groupe

Le dictionnaire LAROUSSE explique que le nom masculin « *groupe* : vient de l'italien *grosso* signifiant *nœud* et de l'allemand *kruppa* se définissant comme *masse arrondie* »<sup>1</sup>.

Le DIXEL ajoute « *ensemble de personnes ayant quelque chose en commun* ».<sup>2</sup>

En 1909, Horton COOLEY, psychologue américain, distingue deux types de groupes. Il définit le groupe primaire comme « *une unité sociale restreinte dans laquelle les individus ont des relations directes, adhèrent aux valeurs qui leur sont proposées et expriment un fort sentiment de cohésion* » et le groupe secondaire comme « *structuré à l'intérieur d'une organisation sociale (...) où les relations sont davantage déterminées par des codes* »<sup>3</sup>. Il associe la famille, les amis au groupe primaire et identifie les entreprises ou partis politiques au second.

Selon Didier ANZIEU, psychanalyste et Jacques Yves MARTIN, neuropsychiatre et psychosociologue, le groupe est « *un ensemble d'individus liés par un objet, ou un projet commun et ayant entre eux des relations sociales de dépendance explicites et réciproques* »<sup>4</sup>.

Cette définition apporte une notion supplémentaire correspondant à la présence d'un projet commun au sein du groupe. On peut donc envisager que le groupe rassemble au moins

<sup>1</sup> <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/groupe/38423/locution> (consulté le 23/12/12).

<sup>2</sup> DIXEL le Robert, éditions millésime 2011, pp 863 sur 2097.

<sup>3</sup> FISCHER Gustave Nicolas. *Les concepts fondamentaux de la Psychologie Sociale*. 4<sup>ième</sup> édition, p 222 disponible sur <http://books.google.fr/books?id=rYtd0mrkGXIC&pg=PA222&dq=un+groupe+est+une+unité+sociale+caractérisée+par+ses+membres&hl=fr&sa=X&ei=Wib3ULSgMcyThgfc4CACQ&ved=0CEMQ6AEwAw#v=onepage&q=un%20groupe%20est%20une%20unité%20sociale%20caractérisée%20par%20ses%20membres&f=false> (consulté le 15/01/13).

<sup>4</sup> ANZIEU Didier, MARTIN JY. *La dynamique des groupes restreints*, éditions Puf, 2007, p 81 sur 171.

deux individus qui ont des interactions individuelles sur un projet commun se réunissant autour de valeurs.

Ces mêmes auteurs identifient la déclinaison du groupe en 5 catégories fondamentales :

- La foule : un très grand nombre de personnes se réunissant de façon involontaire mais cherchant à satisfaire la même motivation individuelle qu'elle soit positive ou négative.
- La bande : elle réunit un ensemble d'individus de leur plein gré dans un sentiment de plaisir de se retrouver afin de se sentir soi-même sans nécessité de s'adapter aux autres. Le nombre d'individus est moins conséquent que celui de la foule.
- Le groupement : présence d'un nombre variable (petit, moyen ou grand) de personnes se rassemblant pour un intérêt et des objectifs communs. Il se dénomme de façon particulière en fonction des domaines d'activités tels que l'art, la religion, la politique ...
- Le groupe primaire ou le groupe restreint : intègre un nombre réduit de personnes dans le but que chacun puisse avoir une perception individualisée de l'autre en incluant une présence d'échanges interindividuels. Le groupe trouve activement des buts similaires répondant aux intérêts de chaque membre. Il existe des relations affectives entre les individus pouvant créer des sous-groupes en fonction des affinités. Il apparaît une interdépendance des membres et une solidarité en dehors même des actions communes menées. Chacun a son rôle dans le groupe s'attachant à élaborer des normes, des croyances et des rites propres à celui-ci. L'équipe pluridisciplinaire dans le monde hospitalier est un exemple type de cette catégorie de groupe. Nous reviendrons sur cette idée ultérieurement afin de décrire la dynamique qui s'y instaure.
- Le groupe secondaire : correspond à une organisation, un système social fonctionnant selon des institutions juridiques, économiques, politiques ...  
Les liens entre les individus sont plus impersonnels que dans le groupe primaire.  
Les relations sont d'ordres formelles, officielles ou dictées par un organigramme.

Après avoir recensé les différentes catégories de groupe, il me semble intéressant de définir les mécanismes de fonctionnement et les conditions nécessaires à la vie de celui-ci à travers la dynamique des groupes.

Dans le cadre de ce travail, je vais plus précisément m'attacher au groupe restreint correspondant à une équipe soignante dans le monde hospitalier.

### 2.1.2 La dynamique des groupes

La dynamique des groupes s'intéresse au sens large « à l'ensemble des composantes et des processus qui interviennent dans la vie des groupes (...), ceux dont les membres existent psychologiquement les uns pour les autres et se trouvent en situation d'interdépendance et d'interaction potentielle ». <sup>5</sup>

En 1944, Kurt LEWIN, psychologue allemand émigré aux Etats-Unis invente le terme de « dynamique de groupe » après avoir étudié parmi diverses expériences, la modification des habitudes alimentaires dans la consommation des ménagères américaines pendant la seconde guerre mondiale. Cette notion s'attache à analyser les interactions qui existent entre les différents membres composant un groupe et les lois qui les régissent.

Sa théorie repose sur un principe gestaltiste ou psychologie de la forme: un tout est autre chose que la somme de ses éléments. Cela correspond plus à la façon dont ces éléments s'articulent et se structurent entre eux. En effet, LEWIN évoque que « le groupe a une réalité propre, non réductible à la somme des individus qui le composent, il forme un système d'interdépendance » <sup>6</sup>.

Cette conception met en avant un double système d'interdépendance entre les individus d'une part, et d'autre part les éléments constitutifs de la structure des groupes (but, normes, réseaux de communication, hiérarchie des rôles et des statuts).

Ce système d'interdépendance d'un groupe à un instant donné contribue à l'explication de ses conduites. Si l'équilibre de ce système est fragilisé, les membres du groupe auront des comportements différents afin de rétablir cet équilibre car il est facteur de tension. Cette tension peut s'exprimer sous trois formes correspondant essentiellement à la frustration et à l'agressivité.

Jacob-Lévi MORENO, (1889-1974), fondateur de la sociométrie, invente en 1923 le psychodrame c'est-à-dire la psychothérapie des conflits interpersonnels au sein du couple et de la famille. Il s'est intéressé aux relations socio-affectives dans les groupes primaires. Il s'interrogeait sur les individus qui avaient des difficultés à se faire accepter par un groupe

---

<sup>5</sup> MAISONNEUVE Jean. *La Dynamique des groupes*. Edition PUF, 2011, p 21 sur 127.

<sup>6</sup> OBERLE Dominique. Article Le groupe en psychologie sociale in Sciences Humaines, mensuel n° 94, mai 1999 consultable disponible sur [http://www.scienceshumaines.com/le\\_groupe-en-psychologie-sociale\\_fr\\_10\\_805.html](http://www.scienceshumaines.com/le_groupe-en-psychologie-sociale_fr_10_805.html) (consulté le 17/01/13).

notamment « *les noirs face aux blancs, les juifs face aux allemands, les isolés dans une classe. Le jeu des attractions et de répulsions interindividuelles le passionne de façon primordiale* »<sup>7</sup>.

De par son test sociométrique, il distingue le psycho groupe et le socio groupe. Le premier se constitue par les relations affectives interpersonnelles (sympathie et antipathie) et le deuxième se réfère plus particulièrement au travail du groupe en fonction de la confiance accordée à l'autre (compétence, aide efficace attendue), de la sympathie et de l'antipathie (prévision de non coopération). L'équipe de travail correspond à un sociogroupe dans le cadre de la théorie de la sociométrie de MORENO. Celle-ci n'a pas été étudiée dans son fonctionnement mais plus particulièrement dans la répartition de l'affectivité groupale latente (« le télé »).

Dans le cadre de ce travail, on peut notifier l'importance des éléments extérieurs affectant le groupe et la mise en place d'éléments pour maintenir le climat du groupe ainsi que son fonctionnement efficace. En considérant que l'équipe soignante se réfère à un groupe restreint, on peut envisager que celle-ci se rattachant à un objectif fixé, aura également des dispositions à prendre pour maintenir une cohésion en adaptant un système de communication et une répartition des rôles pertinents.

Néanmoins, l'approche de la dynamique de groupes selon les auteurs évoqués dans ce cadre conceptuel, n'étudie pas spécifiquement les particularités et le fonctionnement de l'équipe de travail. Nous nous attacherons dans la suite de ce travail à préciser la notion d'équipe.

### 2.1.3 L'équipe

Le mot équipe vient de l'ancien nom nordique skip (bateau), se référant à « *un groupe de bateaux, petite flottille appartenant à un même batelier* »<sup>8</sup>. Les mots dérivés de l'ancien français d'équipe correspondent à équiper, équipier, équipage, équipement.

Selon le dictionnaire LE ROBERT, l'équipe se définit comme « *un groupe de personnes devant accomplir une tâche commune* »<sup>9</sup> et le Larousse ajoute une notion complémentaire « *unissant leurs efforts dans le même dessein* ».

ABRAMI, quant à lui, exprime l'équipe comme « *un groupe de personnes interagissant afin de se donner ou d'accomplir une cible commune, laquelle implique une répartition des tâches et la convergence des efforts des membres de l'équipe* »<sup>10</sup>.

Cette définition s'appuie sur deux caractéristiques de l'équipe. D'une part, l'existence d'une tâche à atteindre en se confortant à des moyens et ressources pour contribuer à celle-ci et

---

<sup>7</sup> ANZIEU Didier, MARTIN JY, op.cit., p 78.

<sup>8</sup> MOREAU Christian, *les mots du management*, article in Soins Cadres, n°83, août 2012, p 54.

<sup>9</sup> <http://dixel.bvdep.com/login> .asp. (Consulté le 19/01/13).

<sup>10</sup> Cours sur le travail en équipe réalisé par ALAOUI Aïcha, LAFERRIERE Thérèse et MELOCHE Danièle, université de Laval, 1996, disponible sur <http://www.tact.fse.ulaval.ca/fr/html/sites/guide2.html> (consulté le 19/01/13).



d'autre part, à l'ensemble des efforts de tous correspondant à une collaboration de l'exécution de cette tâche dans un climat de solidarité.

Dans le monde soignant, on pourrait considérer l'équipe comme un ensemble d'acteurs agissant dans leur travail à une tâche commune en appliquant une répartition des rôles par l'intermédiaire d'un leader. Cette tâche se substitue à la notion de prise en soin globale du patient à l'hôpital.

Ce leader pourrait être le cadre de santé dans une unité. Cela implique de prendre en compte que le cadre fait partie intégrante de l'équipe soignante. Paule BOURRET, cadre de santé et Docteur en sociologie, en fait référence dans son livre « *les cadres de santé à l'hôpital* » en considérant que « *l'institution donne à voir le cadre comme faisant partie de l'équipe soignante* »<sup>11</sup>.

Après avoir établi une définition générale de l'équipe, nous allons nous intéresser à l'équipe de soins à travers la notion de travail dans une institution hospitalière.

#### 2.1.4 L'équipe de soins

Selon R. MUCCHIELLI, l'équipe de soins se définit par « *un groupe de personnes pouvant avoir des qualifications différentes et qui collaborent ensemble pour réaliser un projet de soin commun* ».

Cette approche nous amène à la notion que cette équipe est pluridisciplinaire accueillant des acteurs de métiers différents mais l'existence de leur travail se résume par l'objectif d'un projet commun.

L'auteur décrit plusieurs niveaux « d'existence groupale » selon leur formation dans le temps. Elle s'identifie dans un premier temps par la méconnaissance des membres du groupe, s'ensuit la confiance interpersonnelle jusqu'à l'état de maturité du groupe. Ce dernier niveau semble idéal au travail d'équipe dénommé par l'auteur comme « groupe unitaire ». Le groupe s'accepte comme « *composition de personnalités différentes pouvant chacune apporter sa contribution à la solution des problèmes du groupe ou à la réalisation des tâches* »<sup>12</sup>.

Cette approche nous informe sur l'idéal constitutif d'une équipe dans un service de soins. Ce fonctionnement aurait l'avantage d'une auto régulation des acteurs dans la réalisation de la prise en charge du patient. Néanmoins, cette équipe peut retrouver des difficultés de fonctionnement dans la seule idée que les membres n'ont pas choisi de travailler ensemble mais

---

<sup>11</sup> BOURRET Paule, *les cadres de santé à l'Hôpital*, un travail de lien invisible. 3<sup>ème</sup> édition. Paris : Seli Arslan, 2009, p 76.

<sup>12</sup> MUCCHIELLI Roger. *Le travail en équipe, clés pour une meilleure efficacité collective*. ESF éditeur, 2007, p26-29 sur 208.

l'organisation de l'institution hospitalière leur a imposé en quelque sorte la construction de celle-ci.

Selon M.V SEA-GOE, il considère que le travail en groupe trouve son efficacité si « *chacun de ses membres doit être conscient des motivations sous-jacentes des autres et vouloir que les autres atteignent leurs buts tout autant que lui. (...) Si le groupe n'est qu'un agrégat d'individus sans interactions, il n'y aura que peu d'efforts* »<sup>13</sup>.

L'approche de cet auteur montre la complexité de construire une équipe de travail efficace. De ce fait, les conséquences peuvent parasiter voire détériorer le travail c'est à dire la tâche commune que les agents doivent contenir pour répondre aux soins des patients.

De cette façon, on pourrait considérer que cette construction soit progressive et des éléments tels que le sentiment d'appartenance, la cohésion d'équipe, la communication soient indispensables au maintien de vie de cette équipe dans le but ultime de prendre en charge de manière optimale les patients.

De plus, R.LAFON ajoute une notion supplémentaire en marquant l'importance de prendre en compte l'équipe « *sous son quadruple aspect : structural, fonctionnel, relationnel et même émotionnel ; tous ces aspects sont, du reste, étroitement liés* »<sup>14</sup>.

En effet, le groupe introduit des problèmes humains dans son fonctionnement qui ne peuvent être surmontés que par et dans la cohésion.

Afin de résumer l'approche de l'équipe de soins dans une unité, on peut mettre en évidence l'importance de connaître la composition de l'équipe et de déterminer la tâche commune à laquelle les membres doivent s'unir pour la réaliser.

L'intervention d'un leader semble primordiale pour faciliter les interactions et le développement du collectif.

### 2.1.5 La cohésion d'équipe

S.SCHACHTER définit la cohésion comme une représentation de « *la totalité des forces qui poussent les membres à rester dans le groupe...; elle augmente avec la valence du groupe pour ses membres* »<sup>15</sup>. Cette valence correspond à une valeur attractive pour ses membres. Celle-ci a deux sources principales évoquant d'une part, l'attrait que présentent les activités du groupe et d'autre part, l'attrait des membres les uns pour les autres.

<sup>13</sup> MUCCHIELLI Roger, op.cit., p 33.

<sup>14</sup> MUCCHIELLI Roger, ibidem, p 41.

<sup>15</sup> MUCCHIELLI Roger, ibidem, p 41.

Afin d'essayer de déterminer la cohésion d'équipe, il me semble intéressant de l'identifier à travers une équipe sportive. Cette description se traduit à travers les journaux sportifs comme on a pu citer R.DOMENECH, entraîneur de l'équipe de France, pendant la coupe du monde. Il a proposé dans le but de souder son équipe de former des groupes de 4 attachés ensemble dans l'ascension d'un glacier. Le but est « *que les membres de la cordée ne fassent qu'un. Si l'un d'entre eux lâche du lest, les autres sont là pour le motiver* »<sup>16</sup>.

Cette proposition montre l'importance d'être lié ensemble (entre les individus du groupe) pour relever le défi qui nécessite à la fois de se dépasser mais également de faire preuve de solidarité. Carron, définit la cohésion de groupe comme « *un processus dynamique qui se caractérise par la tendance d'un groupe à se serrer les coudes et à demeurer unis dans la poursuite des objectifs* »<sup>17</sup>.

L'auteur fait référence à des déterminants de la cohésion se rapportant à des facteurs environnementaux, personnels, d'équipe et de leadership. Ces facteurs renforcent l'atteinte des objectifs et la performance.

MAISONNEUVE entrevoit la cohésion comme « *une totalité du champ des forces ayant pour effet de maintenir ensemble les membres d'un groupe et de résister aux forces de désintégration* »<sup>18</sup>.

Ces définitions reflètent une complexité des sources de cohésion. L'auteur distingue des facteurs de cohésion extrinsèques et intrinsèques que nous allons détailler plus spécifiquement.

Les facteurs extrinsèques : l'influence des contrôles sociaux, la dépendance hiérarchique ou fonctionnelle d'une équipe dans un groupe plus large (administration, entreprise) ainsi que la disposition spatiale concernant les réseaux de communications, les statuts sociaux et cadres de référence propres aux membres réunis.

Cela signifie que la « proximité » et l'assemblage de ces facteurs encouragent une équipe à développer une communication plus intense et rapide.

Les facteurs intrinsèques : ces facteurs peuvent se distinguer en deux catégories. Certains sont d'ordre « socio affectif » touchant les motivations et valeurs communes et les autres « opératoires et fonctionnels » abordant l'organisation spécifique du groupe pour satisfaire ses besoins et poursuivre ses buts.

---

<sup>16</sup> BACQUAERT Patrick. La cohésion de groupe comme facteur déterminant dans les performances d'une équipe : l'alchimie vers le succès. Article disponible sur <http://www.irbms.com/cohesion-de-groupe-facteur-determinant-performances-equipe> (consulté le 20/01/13).

<sup>17</sup> BACQUAERT Patrick, ibidem.

<sup>18</sup> MAISONNEUVE Jean, op.cit., p 25.

- Les facteurs socio affectifs comprennent l'attrait d'un but commun, de l'action collective, de l'appartenance au groupe. A cela se rajoutent, dans un domaine plus individuel, les affinités interpersonnelles et la satisfaction de certains besoins personnels.

L'ensemble de ces facteurs détermine « *le processus d'identification des membres à leur groupe et l'intensité du sentiment du « nous »* »<sup>19</sup>.

- Les facteurs socio-opératoires s'identifient à la distribution et l'articulation des rôles dans le groupe, la conduite et le mode de leadership.

« *Il semble bien qu'aucune opération de productivité (matérielle ou intellectuelle) ne puisse s'effectuer sans un rôle prééminent de chef ou moniteur de groupe* »<sup>20</sup>.

Le rôle du leadership semble un élément primordial à la cohésion d'équipe. Nous détaillerons ultérieurement ce rôle à travers les missions du cadre de santé dans le dernier concept de ce travail.

Considérant d'autres approches sur la cohésion d'équipe, celle-ci repose sur la qualité du lien d'appartenance de ces membres. Ce lien résulte, selon R.MUCCHIELLI, de plusieurs facteurs relatifs au groupe lui-même tels que « *l'interconnaissance, la confiance dans les autres membres du groupe, l'implication personnelle dans les objectifs du groupe, c'est-à-dire l'assimilation personnelle des buts du groupe, l'assimilation des normes groupales* »<sup>21</sup>.

De plus, « *la confiance envers les partenaires est le premier ciment direct de la coopération voulue et entretenue* »<sup>22</sup>, sans compter l'interrelation entre la cohésion et le moral. En effet, ces éléments semblent cruciaux dans la construction d'une cohésion d'équipe. Celle-ci prend du temps.

L'implication de tous ces facteurs conduit à la réussite d'une cohésion d'équipe et se résume selon R.MUCCHIELLI par certaines conditions : une communication facile entre chaque membre de l'équipe, le respect et la libre expression des tensions et désaccords, l'entraide entre tous les membres, la volonté d'aider un membre défaillant, la connaissance des compétences et limites de chacun et la division des tâches par le choix commun d'objectifs.

De manière générale, la cohésion d'équipe est un élément participant à la coopération des membres d'une équipe dans un objectif commun qui correspond à la prise en soin des patients. Les facteurs à la réussite de celle-ci sont multiples et engagent notamment dans un premier temps d'intégrer les valeurs collectives du groupe par chaque membre à travers la confiance, l'histoire de l'équipe, la connaissance de chacun, la communication, la division et répartition des rôles autour du patient.

---

<sup>19</sup> MAISONNEUVE Jean, op.cit., p 28.

<sup>20</sup> MAISONNEUVE Jean, op.cit., p 30.

<sup>21</sup> BAL Sonia. *Cohésion d'équipe et rôle du cadre de santé*.in Soins Cadres, n°79, août 2011, p 43.

<sup>22</sup> MUCCHIELLI Roger, op.cit., p 42.

Néanmoins, l'existence de l'influence sociale s'applique dans la vie des groupes pouvant altérer l'intégration d'un nouvel arrivant dans une équipe déjà existante. Cette approche semble primordiale dans le cadre de ce travail. En effet, la notion de conformisme et de pression à la conformité peut apporter des explications aux phénomènes observables dans les équipes de soins.

### 2.1.6 Le conformisme

Selon le dictionnaire Larousse, le conformisme se réfère à « *une tendance à se conformer aux usages, à accepter les manières de penser ou d'agir du plus grand nombre, les normes sociales* »<sup>23</sup>.

Le conformisme, selon R.MUCCHIELLI, est « *l'attitude sociale qui consiste à se soumettre aux opinions, règles, normes, modèles qui représentent la mentalité collective ou le système des valeurs du groupe auquel on a adhéré et à les faire siens* »<sup>24</sup>.

Cette notion est en lien avec l'influence sociale qui correspond à « *un ensemble de phénomènes variés et désigne de la manière large le fait que la pression d'une personne ou d'un groupe ou d'une institution devienne une prescription pour l'orientation de la conduite d'une autre personne* »<sup>25</sup>.

Comme l'a montré Herbert KELMAN, psychologue social, en 1958, il existe plusieurs formes de conformisme impliquant plus ou moins la personnalité de l'individu. « *Le conformisme de complaisance, par identification et par intériorisation* »<sup>26</sup>.

En effet, il s'explique par le fait que le sujet souhaite être admis par le groupe. Par conséquent, il se conforme aux attentes du groupe en fonction des normes groupales déjà présentes. Cette situation n'altère pas pour autant son opinion personnelle et ses croyances.

Les caractéristiques psychologiques fondamentales d'un groupe primaire selon Mucchielli, incluent plus spécifiquement l'émergence de normes ou règles de conduite, l'émergence d'une structure informelle de l'affectivité avec répartition de la sympathie et antipathie, l'existence d'émotions et de sentiments collectifs et l'établissement d'un équilibre interne et d'un système de relations stables avec l'environnement. Celles-ci nous permettent de comprendre que des règles informelles et des pressions à la conformité prennent naissance dans une équipe.

---

<sup>23</sup> <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/conformisme/18144> (consulté le 20/01/13).

<sup>24</sup> Définition du conformisme disponible sur <http://fr.wikipedia.org/wiki/Conformisme> (consulté le 20/01/13).

<sup>25</sup> Définition de l'influence sociale de Gustave Nicolas FISCHER disponible sur <http://www.psychologie-et-societe.org/influence-sociale.aspx> (consulté le 20/01/13).

<sup>26</sup> MOREAU Charlotte, DREYFUS VANEK Adeline. *L'indispensable de la psychologie*. p 180 disponible sur <http://books.google.fr> (consulté le 20/01/13).

Cette pression à la conformité se définit comme « *une pression exercée sur les individus pour qu'ils s'alignent sur le comportement du groupe au risque d'être ostracisés, c'est-à-dire écartés des débats voire sanctionnés ou expulsés* »<sup>27</sup>.

En effet, plus la solidarité du groupe sera importante et plus les pressions à la conformité seront grandes. Les individus du groupe construisent des règles informelles puissantes obligeant chacun à s'y conformer au risque d'une exclusion ou d'être le « souffre douleur ».

Roger MUCCHIELLI parle de « *sanctions groupales (mépris, raillerie, mise en quarantaine, l'organisation tacite de difficultés- faire la vie dure à quelqu'un- la mise à l'amende, etc.), qui punissent les « infractions » aux standards, en référence à une sorte de règlement informel parfois en contradiction avec le règlement officiel* »<sup>28</sup>.

Il évoque notamment que la pression à la conformité intervient, de toute façon, dans chaque groupe primaire auprès de ses membres. Celle-ci existe toujours comme « *une exigence du groupe à l'égard de celui qui y participe. Cette exigence tend à unifier les conduites, les opinions, les perceptions, les informations, les idées. Elle est une pression tendant à assimiler les membres entre eux* »<sup>29</sup>.

Selon MUCCHIELLI, deux facteurs constituent la pression à la conformité :

« *Le besoin d'approbation* » : chaque être humain a besoin d'être reconnu et recherche quelqu'un d'autre qui lui donnerait raison dans l'affirmation de son idée.

« *Le besoin de certitude* » : chaque personne récolte une information qui lui permet de juger, d'affirmer ou de nier. Celle-ci se construit sur une information objective. Cependant cette objectivité des informations n'est pas complète et parfaite et de ce fait, l'individu cherche à réunir l'accord du groupe pour réduire le doute de cette information et de la faire adhérer à tous.

L'auteur met également en évidence la variabilité de la pression à la conformité en lien avec la cohésion d'équipe. En effet, « *tous les facteurs qui renforcent la cohésion du groupe, renforcent la pression à la conformité* »<sup>30</sup>.

Ce phénomène intervient lors de l'arrivée d'un nouvel agent, il devra passer en quelque sorte un examen « d'acceptation » pour se voir intégrer dans l'équipe.

---

<sup>27</sup> Définition de la pression à la conformité disponible sur [http://fr.wikipedia.org/wiki/Pression\\_de\\_conformité](http://fr.wikipedia.org/wiki/Pression_de_conformité) (consulté le 20/01/13).

<sup>28</sup> MOTTA J.Michel. Article : *la dynamique des groupes, pour une application dans le travail d'équipe*. 23 juin 2003 disponible sur <http://www.cadredesante.com/> (consulté le 19/01/13).

<sup>29</sup> MUCCHIELLI Roger. *La dynamique des groupes, processus d'influence et de changement dans la vie affective des groupes*. Editeur ESF, 21<sup>ème</sup> édition 2012, p 41 sur 234.

<sup>30</sup> MUCCHIELLI Roger. Ibidem, p 42.

Enfin, nous pouvons évoquer le nouveau arrivant par rapport au groupe. Ces attitudes personnelles varient selon certaines conditions. Selon MUCCHIELLI, celles-ci se rapportent : « *les conditions de son arrivée, le degré de discordance, le degré d'ignorance des standards du groupe, les stéréotypes en fonction desquels il réagit au groupe, son caractère, son degré d'ouverture, son aptitude à entrer en relation et à s'adapter et enfin ses attentes par rapport à son avenir dans le groupe* »<sup>31</sup>.

Pour toutes ces raisons, « *Le nouveau est décontenancé (...) il est ultrasensible aux réactions du groupe. (...) Les réactions du groupe sont déterminées par les conditions d'arrivée du nouveau, par les rumeurs le concernant. (...) La réaction finale aboutit à son intronisation ou son rejet* »<sup>32</sup>.

Il existe de nombreux paramètres qui interviennent dans le conformisme d'un individu : la taille et l'unanimité du groupe, la difficulté de la tâche à accomplir, l'attrait pour le groupe, la confiance en soi de l'individu<sup>33</sup>...

Cette approche de la pression à la conformité apporte une réponse partielle à mon questionnement concernant les conditions d'intégration d'un nouvel agent et la présence d'une tension au sein de l'équipe.

En effet, l'existence de règles et conduites d'un groupe souvent informelles entraîne une résistance à l'acceptation d'un nouveau arrivant de peur qu'il ne puisse pas adhérer à ces normes. Un examen de passage semble inévitable dans une équipe. Le leadership de cette équipe n'a-t-il pas un rôle important à jouer dans la qualité de transmission des informations et l'articulation pertinente du parcours d'intégration du nouvel agent.

En résumé, nous pouvons retenir, dans un premier temps, que l'équipe de soins s'apparente à un groupe primaire ayant des interactions multiples face aux propres fonctionnements du groupe dans l'affectivité en situation de travail avec des objectifs communs se rapportant à la prise en soin du patient. Cette équipe accueille des individus issus de plusieurs catégories professionnelles qui n'ont pas toujours choisi de travailler ensemble.

Néanmoins, l'objectif commun les réunissent et construisent progressivement une cohésion d'équipe afin de favoriser la collaboration entre eux. Cette cohésion semble ne pas être simple à obtenir en raison de l'existence de multiples facteurs intervenant au sein d'une équipe.

De plus, nous avons pu noter que l'arrivée d'un nouveau personnel peut être un élément déstabilisateur dans le fonctionnement du groupe de par la présence d'une pression à la conformité.

<sup>31</sup> MUCCHIELLI Roger. Op.cit., p 44.

<sup>32</sup> MUCCHIELLI Roger. *La dynamique des groupes*. ESF éditions, Paris, 14<sup>ème</sup> édition, 1995, p 30.

<sup>33</sup> [http://fr.wikipedia.org/wiki/Influence\\_sociale#Kelman](http://fr.wikipedia.org/wiki/Influence_sociale#Kelman) (consulté le 22/01/13).

*« Loin de se culpabiliser de toute influence, de s'enfermer dans le laisser-faire ou de faire confiance aveugle à la nature, l'éducateur a à assumer d'abord une fonction de gardien des valeurs de l'égalité et de la réciprocité dans le groupe, puis une fonction de formation au travail en groupe, ce qui requiert une réflexion préalable sur les capacités requises, et un plan de formation ayant une progressivité et couvrant systématiquement tous les facteurs d'efficacité et de cohésion »<sup>34</sup>.*

De ce fait, après avoir défini une approche de la notion d'équipe à travers son fonctionnement, ses particularités au sein d'une unité, je vais m'attacher à évoquer le concept du tutorat du nouvel arrivant.

## **2.2 Le tutorat**

Dans ce concept, j'ai fait le choix d'aborder le parcours d'intégration du nouveau arrivant dans une unité de soins à travers un outil tel que le tutorat en formation continue.

Fort de mon expérience, j'ai pu rencontrer qu'un style d'accompagnement et d'encadrement entre professionnels de santé pendant mes années d'exercice infirmier.

Néanmoins, ce mode d'accompagnement m'a fait de suite rebondir vers la notion de compagnonnage qui existe depuis très longtemps dans le monde de l'artisanat. Le mode tutoral relève-t-il du compagnonnage ? Existe-t-il des distinctions ?

De ce fait, j'aborderai, tout d'abord, l'histoire du compagnonnage et son mode de fonctionnement pour envisager si celui-ci n'est pas à l'origine d'autres modes de formation, puis, je confronterai cette notion avec le modèle du tutorat infirmier en formation initiale et enfin j'évoquerai la possible adaptation de ce mode tutoral au profit des nouveaux arrivants infirmiers dans les services d'hospitalisation dans le but d'une intégration efficace.

### **2.2.1 Du compagnonnage au tutorat**

Le dictionnaire LAROUSSE fait référence au compagnonnage comme *« celui qui accompagne quelqu'un »* en ajoutant *« dans certains métiers, ouvrier qui a terminé son apprentissage et qui travaille pour le compte d'un maître avant de devenir maître lui même »<sup>35</sup>.*

Selon certains historiens, le compagnonnage naît autour de la construction du temple de Jérusalem, d'autres dans l'Égypte des pharaons ou encore au temps des cathédrales et des templiers.

---

<sup>34</sup> MUCCHIELLI Roger, op.cit., p 118.

<sup>35</sup> <http://www.larousse.fr> (consulté le 22/01/13).



Les premières traces écrites du compagnonnage sont retrouvées au XII<sup>ème</sup> siècle, après le concile de Troyes. On note dans les manuscrits que « *les ouvriers les plus qualifiés, parmi ceux qui travaillant à la construction des cathédrales sont « les Compagnons du Saint Devoir de Dieu »* »<sup>36</sup>.

Après le Premier Empire, les ouvriers ont cherché un emploi en dehors de leurs régions natales. Le tour de France des cathédrales a été remplacé par « *le tour de France de l'emploi où chacun pouvait augmenter la somme de ses connaissances professionnelles par l'apprentissage de techniques et savoir-faire multiples. Ce fut ensuite l'apogée du compagnonnage* »<sup>37</sup>.

Malgré un déclin pratiquement fatal suite au machinisme et à l'évolution industrielle, le compagnonnage résiste avec une poignée d'hommes et rebondit dans la seconde partie du XX<sup>ème</sup> siècle en véhiculant des valeurs fortes telle que « *fraternité, équité, goût de l'effort commun* »<sup>38</sup>. Ce regain d'existence s'explique selon l'historien Martin SAINT LEON, par les motivations de la jeunesse à trouver « *une quête d'un idéal* » à travers ce principe d'accompagnement.

De ce fait, le compagnonnage est considéré comme « *source de valorisation du métier, reconnu socialement, générant des codes, des valeurs et une culture forte. (...) L'apprentissage est vu comme un parcours initiatique pendant lequel les ingrédients de la compétence sont mis en œuvre au sein d'une démarche qui amène expérience et capitalisation des acquis* »<sup>39</sup>.

Michel DENJEAN, membre du CEDIP<sup>40</sup> (Centre d'Evaluation, de Documentation et d'Innovation Pédagogiques) intervenant en appui et en conseil auprès des services des ministères de l'Égalité des Territoires et du Développement et celui de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie, définit le compagnonnage comme « *un mode d'apprentissage (...) reposant sur la réalisation d'activités professionnelles en présence d'un pair, qui transmet ses connaissances et ses savoir-faire, en particulier par la démonstration* ». Il ajoute que « *cette modalité facilite l'intégration des nouveaux arrivants en permettant l'acquisition des règles et des valeurs de l'organisation* »<sup>41</sup>.

Selon l'auteur, ce mode d'apprentissage est peu utilisé dans les entreprises privées et les services publics et pourrait « *mériter un meilleur sort* ». Le compagnonnage a évolué avec le temps. Il se réfère aujourd'hui à l'intégration seulement des valeurs professionnelles et non

---

<sup>36</sup> Histoire du compagnonnage à travers les siècles, disponible sur <http://www.compagnons.org> (consulté le 22/01/13).

<sup>37</sup> ibidem, (consulté le 22/01/13).

<sup>38</sup> ibidem, (consulté le 22/01/13).

<sup>39</sup> DENJEAN Michel. Compagnonnage et compétences. fiche technique n°22, la lettre du CEDIP- en lignes, juin 2002 , p 1 sur 4, disponible sur <http://www.cedip.equipement.gouv.fr/presentation-du-cedip-a898.html> (consulté le 21/01/13).

<sup>40</sup> Lire partout : centre d'évaluation de documentation et d'innovations pédagogiques.

<sup>41</sup> DENJEAN Michel, op.cit., p 1.

personnelles. Il demande un processus de mise en œuvre formalisé comportant « *une réflexion préalable, une préparation, une transmission des savoirs et une phase d'évaluation* »<sup>42</sup>.

En résumé, on peut envisager à travers l'histoire du compagnonnage que cette méthode permet une transmission des savoirs en assurant la continuité des métiers et la qualification des individus. Cette méthode évolue dans le temps en maintenant malgré tout le même objectif. Cette méthode d'apprentissage peut sembler adaptée aux professions paramédicales dont les valeurs soignantes et l'expérience du terrain sont fortes.

Néanmoins, ce mode d'apprentissage est peu évoqué sous cette forme et identifié comme tel. Dans le monde hospitalier, le tutorat est plus spécifiquement adopté dans le vocabulaire soignant et depuis notamment le nouveau référentiel de 2009 relatifs au diplôme d'état infirmier.

L'approche du tutorat dans la formation initiale semble un angle intéressant pour définir cette pratique et d'en comprendre les fonctionnements, les enjeux et l'impact engendré sur les équipes soignantes et la finalité.

### 2.2.2 Le tutorat en formation initiale

Avant de débiter cette recherche autour du tutorat des étudiants infirmiers, nous pouvons tout d'abord nous intéresser à l'origine de ce mot.

Selon le dictionnaire Le ROBERT, le mot tuteur trouve son origine latine *tueri* signifiant « veiller à », « prendre soin de ». Il correspond à « *une personne chargée de veiller sur un mineur ou un incapable majeur, de gérer ses biens, et de le représenter dans les actes juridiques* », mais également comme « *un enseignant qui suit ou conseille un élève* » voire dans un autre registre « *une tige, une armature fixée dans le sol pour soutenir ou redresser des plantes* »<sup>43</sup>.

Avec le temps, ce terme a pris une définition plus générale s'inscrivant également dans la notion de « *quelqu'un qui est habilité à aider autrui de par sa maîtrise d'une compétence dans un domaine particulier* »<sup>44</sup>.

Dans le cadre de la formation professionnelle par alternance auquel s'associe la formation des étudiants infirmiers, BORU et LEBORGNE évoquent la fonction de tutorat comme « *un dispositif de formation intégré au travail, c'est-à-dire qui s'opère en situation professionnelle, qui permet l'apprentissage expérientiel dont la principale caractéristique est de s'effectuer dans*

---

<sup>42</sup> DENJEAN Michel, op.cit., p 3.

<sup>43</sup> DIXEL, op.cit., p 1934.

<sup>44</sup> RAYNAL Françoise, RIEUNIER Alain. *Pédagogie, dictionnaire des concepts clés*. Editeur ESF, 7<sup>ème</sup> édition, mars 2009, p 458 sur 508.

*une situation dont l'objectif principal n'est pas la formation mais la production* »<sup>45</sup>. Néanmoins, l'approche de ces auteurs n'est pas exhaustive concernant les objectifs du tutorat.

En effet, suite au référentiel de 2009, la formation à travers les compétences s'ouvre et génère de nouvelles modalités pédagogiques et impacte la responsabilité dans la formation clinique des étudiants au décours de l'opérationnalité dans les lieux de stage.

Pour envisager de définir le tutorat dans la formation initiale des étudiants infirmiers, il est nécessaire de se pencher sur le référentiel et d'entrevoir les buts recherchés face à une culture du soin se modifiant au cours des années.

L'Arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au Diplôme d'Etat d'Infirmier<sup>46</sup> (modifié par l'Arrêté du 2 août 2011) présente une réforme de la formation des infirmiers. Cette formation vise à « *l'acquisition de compétences pour répondre aux besoins de santé des personnes dans le cadre d'une pluri professionnalité* »<sup>47</sup>.

Cette formation se base sur l'élaboration d'un référentiel d'activités, de compétences et de formation. Ce dernier a pour but de « *professionnaliser le parcours de l'étudiant, lequel construit progressivement les éléments de sa compétence à travers l'acquisition de savoirs et savoir-faire, attitudes et comportements* »<sup>48</sup>. Il se structure en invitant l'étudiant à travailler trois paliers d'apprentissage correspondant à :

« *Comprendre* »<sup>49</sup> : acquisition des savoirs et savoir-faire de l'étudiant pour comprendre des situations.

« *Agir* »<sup>50</sup> : mobilisation de ses savoirs et acquisition de son « agir » pour évaluer ses actions.

« *Transférer* »<sup>51</sup> : conceptualisation et acquisition de la capacité de transposer ses acquis dans des situations nouvelles.

L'étudiant doit être ainsi amené à devenir « *un praticien autonome responsable et réflexif, c'est-à-dire un professionnel capable d'analyser toute situation de santé, de prendre des décisions dans les limites de son rôle et de mener des interventions seul et en équipe pluri professionnelle* ». Pour cela, cette formation s'accorde à dispenser 2100 heures d'enseignement théorique et 2100 heures de pratique.

---

<sup>45</sup> ELLUL Fabienne. *Quelques clés d'entrée pour manager le tutorat*. Fiche technique n°9, la lettre du CEDIP- en lignes, avril 1999, p 1 sur 4, disponible sur <http://www.cedip.equipement.gouv.fr/presentation-du-cedip-a898.html> (consulté le 3/02/13).

<sup>46</sup> Arrêté du 31 juillet 2009, disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020961044> (consulté le 3/02/13).

<sup>47</sup> Ministère de la santé et des sports. *Profession Infirmier, recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession*. Mise à jour en août 2011, p 69 sur 228.

<sup>48</sup> ROTHIER BAUTZER Eliane. *Entre Cure et Care, les enjeux de la professionnalisation infirmière*. Editions Lamarre, fonction cadre de santé, août 2012, p 178 sur 294.

<sup>49</sup> Ministère de la santé et des sports. Ibidem, p 70.

<sup>50</sup> Ministère de la santé et des sports. Ibidem, p 70.

<sup>51</sup> Ministère de la santé et des sports. Ibidem, p 70.

Dans le cadre conceptuel de mon travail, je n'aborderai pas en détail le contenu de l'enseignement théorique dispensé par les universitaires et les cadres formateurs en Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) mais je vais m'attacher à caractériser le tutorat dans le cadre des lieux de stage afin de comprendre la dimension qu'il prend au sein d'une équipe et en quoi il consiste.

Cette réforme a renforcé ce temps d'apprentissage clinique afin que les stages correspondent à « *des lieux d'intégration des connaissances construites par l'étudiant et des lieux d'acquisition de nouvelles connaissances par la voie de l'observation, de la contribution aux soins, de la prise en charge des personnes, de la participation aux réflexions menées en équipe et par l'utilisation des savoirs dans la résolution des situations* »<sup>52</sup>. Le terrain de stage occupe une place importante dans la formation et l'évaluation du parcours de l'étudiant.

De ce fait, des dispositifs ont été mis en place dans les unités de soins pour favoriser et améliorer l'encadrement des étudiants sur les terrains de stage. Ces dispositifs correspondent notamment à l'instauration du rôle du maître de stage, du tuteur de stage et l'ensemble des professionnels de proximité avec chacun des missions spécifiques et déterminées. La création d'un outil tel que le portfolio permet l'évaluation et le suivi de progression de l'étudiant. Il est basé sur les 10 compétences à acquérir pendant les trois années d'études et suivra l'étudiant tout au long de son cursus.

Les différents acteurs gravitant autour de l'étudiant s'engagent alors dans le tutorat. Il consiste à accompagner l'étudiant « *à développer la pratique réflexive nécessaire au développement de la compétence infirmière* »<sup>53</sup> à travers un rôle de bienveillance et simultanément un rôle d'évaluateur.

Ces deux facettes du rôle du tuteur entraînent des réflexions autour de la cohérence et des compétences attendues de celui-ci qui peuvent être contradictoires selon certains auteurs.

En effet, Alain BAUDRIT, Professeur des Universités, apporte un questionnement autour de cette problématique qui semble être discutable sur la pérennité de cette mission. Il évoque la complexité et l'antinomie entre le rôle d'expertise, d'évaluation et les dispositions nécessaires pour avoir une posture empathique, bienveillante.

Selon lui, « *les tuteurs ont pour mission de contribuer à la formation des étudiants infirmiers, de les préparer à l'exercice de leur future profession. Il faut donc voir dans l'expertise une composante supplémentaire qui suppose que l'on fasse appel à des personnels expérimentés, dont les compétences professionnelles sont avérées. (...) Les tuteurs semblent avoir un profil bien particulier vu le caractère antinomique des deux dimensions en jeu (proximité/distance vis-à-vis des tutorés)* »<sup>54</sup>.

---

<sup>52</sup> Ministère de la santé et des sports, op.cit., p 77.

<sup>53</sup> Ministère de la santé et des sports, ibidem, p 77.

<sup>54</sup> BAUDRIT Alain. Article : *être aujourd'hui tuteur d'étudiants en soins infirmiers : Une mission complexe et pérenne ?* In Recherche en Soins Infirmiers, n°111, décembre 2012, p 6-12.

L'idée d'un profil particulier amène à réfléchir également sur le contexte du monde hospitalier en terme de turn over des soignants qui peut complexifier l'enjeu du tutorat tant sur sa qualité d'encadrement que sur le nombre de tuteurs présents dans les unités de soins.

Ces dispositifs à travers la mise en pratique du nouveau programme de formation tel que le tutorat ont créé des tensions auprès des équipes.

Les professionnels éprouvent des difficultés à décrire leurs pratiques et ils doutent que cela correspond aux attentes et requis au regard de l'étudiant. Malgré la mise en place d'une formation pour devenir « tuteur de stage » dans le cadre de la formation continue, le nombre de tuteurs reste restreint et cet encadrement impose l'implication de tous les professionnels. Ils doivent aborder ce nouveau programme en modifiant leur conception de questionnement et de remise en question de leurs pratiques.

En effet, ce constat entraîne un sentiment où « *les infirmiers de terrain ne se sentaient pas responsables de transmettre les bonnes pratiques, qui restaient l'apanage des formateurs d'IFSI. Désormais, c'est au terrain de stage de prendre la responsabilité d'une bonne partie de la validation dans des conditions de travail dégradées* »<sup>55</sup>.

En résumé, la formation clinique en stage a fait entrer le terme de tutorat des étudiants dans les unités de soins avec de multiples modifications dans le système de « pensée » de la formation.

Cet encadrement fait référence à l'instauration d'un tuteur de stage, de maître de stage et des professionnels de proximité. Ils assurent un encadrement et un accompagnement dans l'objectif d'apporter une démarche réflexive auprès de l'étudiant afin que celui-ci puisse transposer ses connaissances et ses compétences dans des situations de soins inédites.

Cependant, certaines réticences persistent dans l'investissement accordé au tutorat de par un contexte socio économique difficile et des conditions de travail dégradées. Les outils d'évaluation tels que le portfolio restent un sujet tendancieux.

Ce sentiment de difficulté d'appropriation du tutorat des étudiants infirmiers n'impacte-t-il pas la représentation du tutorat des nouveaux arrivants dans une unité de soin ?

L'accompagnement des nouveaux personnels ne doit-il pas entrevoir une autre conception voire un autre nom afin que l'équipe adhère au projet de l'unité ?

Ce questionnement reste en suspens pour le moment mais nous gardons l'idée d'y répondre ultérieurement au travers du cheminement du cadre conceptuel voire dans l'enquête de terrain.

---

<sup>55</sup> ROTHIER BAUTZER Eliane, op.cit., p 183.

Après avoir abordé le tutorat de formation initiale sur un plan fonctionnel, il semble intéressant de pouvoir le confronter avec celui de la formation continue dans le cadre du parcours d'intégration des nouveaux arrivants dans une unité de soins. Est-il établi sur le même modèle ? Quels sont les impacts auprès des équipes ? Quelles représentations ont les professionnels face à ce tutorat des nouveaux arrivants ?

Par l'intermédiaire des lectures et de l'approche des auteurs, nous allons évoquer une approche de ce type de tutorat dans différents domaines tel que l'entreprise et le monde hospitalier.

### 2.2.3 Le tutorat en formation continue

#### 2.2.3.1 Le tutorat en entreprise

Selon mes diverses lectures, nous pouvons constater l'existence de nombreux exemples de tutorat en entreprise. Je fais le choix d'aborder cette notion à travers l'approche législative.

En effet, la Loi n°2004-391 du 4 mai 2004<sup>56</sup> relative à la formation tout au long de la vie professionnelle aborde les différentes mesures pour développer la fonction tutorale en entreprise. Celle-ci décline l'importance de l'accompagnement des jeunes et des salariés inscrits dans un contrat ou une période de professionnalisation. Cette loi donne la possibilité d'apporter une aide financière aux entreprises pour permettre la formation de ces collaborateurs exerçant la responsabilité de tuteurs.

Le tutorat se définit comme « *une fonction de transmission et d'aide à l'acquisition d'un métier entre un professionnel confirmé et une personne novice dans le métier* », mais également « *une fonction d'accueil et d'intégration* ». « *Cette fonction peut par ailleurs s'exercer en dehors de tout contrat d'apprentissage pour permettre à la nouvelle recrue de prendre ses marques, avec l'aide d'un membre de l'entreprise connaissant bien celle-ci et qui s'emploiera à guider ses premiers pas : repérage de la culture d'entreprise, de ses métiers, identification de l'organigramme, des personnes, des services, des styles...* »<sup>57</sup>.

Cette fonction tutorale implique une reconnaissance et une valorisation, des conditions indispensables à la pérennité de la démarche. En effet, les collaborateurs tuteurs doivent être valorisés par la disponibilité dont ils font preuve. Celle-ci peut se concrétiser de deux façons : « *en rétribuant le travail occasionné, sur le plan salarial, ou en allégeant la charge productive du tuteur et en lui accordant une plage horaire à part entière pour l'exercice de son travail d'accompagnement* »<sup>58</sup>.

---

<sup>56</sup> Loi n° 2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000613810&dateTexte=&categorieLien=id> (consulté le 5/03/13).

<sup>57</sup> FREDY-PLANCHOT Agnès « Reconnaître le tutorat en entreprise », *Revue française de gestion* 6/2007 (n° 175), p. 23-32. In <http://www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2007-6-page-23.htm> (consulté le 5/03/13).

<sup>58</sup> FREDY-PLANCHOT Agnès, op.cit., p. 23-32. (Consulté le 5/03/13).

Le tutorat renvoie également à reconnaître les compétences professionnelles du tuteur dans un registre pédagogique à travers la faculté à transmettre leurs savoirs professionnels. Le recrutement du tuteur doit être réfléchi et implique une formation propre l'amenant vers l'apprentissage tutorial, l'identification des situations d'apprentissage, la connaissance des mécanismes de construction des savoirs ainsi que l'évaluation. Pour exemple, La Lyonnaise des Eaux a mis en place deux jours de formation de tutorat à ses salariés tuteurs.

Cette approche du tutorat d'entreprise renvoie notamment à l'idée de répondre à la déperdition des compétences due aux départs en retraite « des baby boomers ». En effet, le tutorat devient un outil de transfert des compétences entre générations, mais celui-ci doit s'inscrire dans une démarche formalisée s'inscrivant dans un système de gestion des ressources humaines, « *mode de reconnaissance étant de nature à favoriser l'émergence d'une organisation « tutrice* » (BORU et LEBORGNE, 1992) »<sup>59</sup>.

La transmission des savoirs et compétences appelle à une résonance dans le domaine de la psychiatrie à travers les mêmes problématiques que dans les entreprises. Le tutorat en psychiatrie a été un élément fondateur de ce concept dans le monde hospitalier. Il me semble important de reprendre l'historique du tutorat dans ce domaine pour aboutir à l'application actuelle de la fonction tutorale dans les établissements de santé. Cependant, je tiens à noter que j'aborderai la notion de compétences dans la suite de mon travail. Cela apporte une réflexion sur la définition de la compétence puisqu'elle interagit perpétuellement avec le tutorat et la Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences (GPEC).

### 2.2.3.2 Le tutorat en santé mentale

La mise en place du tutorat en psychiatrie s'inscrit par rapport aux départs en retraite des « baby-boomers »<sup>60</sup> entraînant une perte de transmission des savoir-faire sur le terrain. Le monde de la santé n'a pas été exempté non plus au même titre que les entreprises de ce phénomène. Celui-ci a été accentué par l'instauration du Diplôme d'Etat commun à l'ensemble des infirmiers en 1992 évoquant des remarques: « *les professionnels constatent que la formation des infirmiers ayant fait le choix d'exercer en santé mentale prépare ces derniers moins bien qu'avant aux réalités du terrain* »<sup>61</sup>.

De ce fait, le Ministère de la Santé par l'intermédiaire du Plan Psychiatrie et Santé Mentale<sup>62</sup> (PPSM) a souhaité adapter les compétences des infirmiers en santé mentale en

---

<sup>59</sup> FREDY-PLANCHOT Agnès, op.cit., p. 23-32. (Consulté le 5/03/13).

<sup>60</sup> Définition : Individus nés entre 1942 et 1959 selon les auteurs disponible sur <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Baby-boom.htm> (consulté le 5/03/13).

<sup>61</sup> LEDESMA Enrique, PERRIN-NIQUET Annick. Article : *la transmission des savoirs en santé mentale, un défi transgénérationnel*. In Soins Psychiatrie, n°253, novembre/décembre 2007, p17.

<sup>62</sup> Le plan psychiatrie et santé mentale disponible sur [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_2005-2008.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf) (consulté le 5/03/13).

améliorant leurs accueils et en renforçant leurs formations initiales. La circulaire n° 2006-21 du 16 janvier 2006<sup>63</sup> de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (Dhos) précise les modalités d'un dispositif qui prévoit la mise en place d'un « *tutorat* » et celle d'une « *consolidation des savoirs* » dans les établissements de santé. Elle se décline sous deux axes de formation : 105 heures de formation théorique et le tutorat dans le cadre d'une adaptation à l'emploi.

Selon Annick PERRIN-NIQUET, cadre supérieur de santé, « *Cette dynamique nouvelle et intergénérationnelle de formalisation des savoirs (...) apparaît comme le moyen de renforcer la réflexion mise au service de notre finalité : faciliter l'exercice d'une posture soignante, sécuriser l'exercice, maintenir une efficacité clinique* »<sup>64</sup>. La transmission des savoirs semble au cœur des préoccupations, néanmoins l'application du tutorat reste une implication institutionnelle en tant qu'organisation « apprenante ». Les modalités du tutorat amènent l'approche réflexive concernant le questionnement des pratiques de soins des professionnels et sur la manière pédagogique de transmettre leurs savoirs aux novices.

En parcourant l'historique du tutorat en psychiatrie, nous remarquons l'importance de la transmission des savoirs afin de maintenir une garantie de la qualité des soins thérapeutiques et relationnels auprès des patients.

Celui-ci apporte une dynamique de réflexivité auprès des professionnels expérimentés et des jeunes diplômés au travers du lien intergénérationnel favorable à la prise de relai des compétences et des savoirs de chacun.

### 2.2.3.3 Le tutorat des nouveaux arrivants dans une unité de soins

Après avoir abordé le tutorat dans différents domaines tels que l'entreprise, la psychiatrie, la formation initiale des infirmiers, je souhaite faire un bilan de cette approche à travers un exemple concret dans un service d'urgence en apportant si nécessaire des informations supplémentaires en terme d'objectifs et de mise en œuvre.

Dans le cadre de la SFMU<sup>65</sup> en juin 2012, Théophile BASTIDE, cadre de santé, est intervenu pour présenter le tutorat des nouveaux professionnels infirmiers dans les services d'urgence. Il identifie la mise en place de ce dispositif tardif dans le monde des paramédicaux à

<sup>63</sup> Circulaire DHOS disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-02/a0020031.htm> (consulté le 5/03/13).

<sup>64</sup> PERRIN-NIQUET Annick. Article : *détours et nouveaux contours de la formation infirmière en psychiatrie*. In Soins Psychiatrie, n°253, novembre/décembre 2007, p18 à 22.

<sup>65</sup> Société française de médecine d'Urgence (SFMU) disponible sur <http://www.sfmou.org/fr/formation/consensus> (consulté le 5/03/13).



travers le PPSM et le nouveau référentiel de 2009. Il aborde les trois principales fonctions du tutorat :

- \* « Une fonction pédagogique » : objectif principal du dispositif permettant de développer les compétences du tuteur à travers un accompagnement en situation de travail.
- \* « Une fonction de socialisation » : bénéfice secondaire pour l'apprenant de pouvoir s'intégrer dans l'équipe via un accompagnement social de son tuteur. Cette fonction est loin d'être négligeable dans la prise en compte de l'organisation du tutorat et le choix des tuteurs. Celui-ci est générateur de lien social défini comme *« ce qui maintient, entretient une solidarité entre les membres d'une même communauté (...) comme ce qui lutte en permanence contre les forces de dissolution toujours à l'œuvre dans une communauté humaine »* (FARRUGIA F. exclusion, mode d'emploi. Cahiers internationaux de sociologie, 1997, p 30-35 sur 102).
- \* « Une fonction de management et d'encadrement »<sup>66</sup> : englobe les tâches de planification et d'organisation et de coordination entre les différents acteurs dans l'apprentissage.

L'auteur met l'accent sur l'intérêt du tutorat dans un service d'urgence où le recrutement des jeunes diplômés est conséquent et où on retrouve une multitude de pathologies engageant l'adaptabilité et un large éventail de compétences du professionnel. Parallèlement à ce constat, il fait un focus sur les intérêts du tuteur et du tuteur et des patients dans le cadre de ce dispositif.

En effet, le tuteur renforce ses compétences pédagogiques, relationnelles et managériales. Quant au tuteur, il bénéficie d'un apprentissage théorique, pratique et individualisé lui permettant de continuer à construire ses compétences à travers la réflexivité, l'observation et la communication. Enfin, les usagers peuvent bénéficier grâce à l'optimisation des compétences individuelles et collectives des professionnels que d'une amélioration de la qualité des soins dispensés. Ce dispositif de façon plus globale joue un rôle facilitateur dans la transmission des compétences, des savoirs et favorise le lien social au profit du nouvel arrivant pendant la phase d'intégration. Cela n'exclut pas des difficultés organisationnelles et de mise en œuvre.

---

<sup>66</sup> BASTIDE Théophile. *Tutorat des nouveaux professionnels de santé dans les services d'urgence*. Chapitre 103, SFMU 2012, p 1-15 disponible sur [http://www.sfmj.org/urgences2012/urgences2012/donnees/pdf/103\\_bastide.pdf](http://www.sfmj.org/urgences2012/urgences2012/donnees/pdf/103_bastide.pdf) (consulté le 22/02/13).

Mais, selon l'auteur, « *Mettre en place une organisation de type tutorat dans un service d'urgences paraît donc être une solution particulièrement adaptée aux besoins des nouveaux arrivants, au contexte hospitalier et aux nécessités des services en terme de qualité et de sécurité des soins.*

*Cependant, ces dispositifs pédagogiques demandent une réflexion d'équipe de grande ampleur en amont, et un engagement de tous dans la démarche. Par ailleurs, la complexité de leur mise en œuvre exige la construction d'outils appropriés, un choix rigoureux des tuteurs, ainsi qu'un suivi précis de leur évolution. Ce n'est qu'à ce prix qu'un tutorat de qualité pourra se déployer, au bénéfice de l'ensemble des acteurs qui y seront impliqués »<sup>67</sup>.*

En résumé de ce concept de tutorat, nous pouvons remarquer que ce dispositif existe depuis des années et qu'il tire son origine dans le compagnonnage. Celui-ci transparaît dans différents domaines que ce soit l'entreprise, l'enseignement ou le monde de la santé.

Néanmoins, la mise en œuvre n'est pas commune à tous mais les raisons restent semblables (le départ en retraite des baby boomers, l'écart entre la formation initiale et la nécessité de savoirs d'action dans les situations de travail sur le terrain).

Les points d'orgue de la fonction tutorale renvoient à la transmission des savoirs, l'évolution progressive et constante des compétences individuelles et collectives et de façon secondaire un générateur de lien social. Cette relation, selon les cas, se hiérarchise en fonction du statut de chacun. Nous évoquons tout de même la relation de transmissions des savoirs entre pairs.

Enfin, nous pouvons conclure que la modalité de tutorat où qu'elle se situe a pour but final la performance de la tâche commune au service des usagers, étudiants, clients, patients.

#### **2.2.4 Les compétences individuelles et collectives**

Dans mon cadre conceptuel, je vais aborder la notion de compétence de façon non exhaustive. En effet, le mot compétence intervient à de nombreuses reprises dans mes concepts. Cette notion s'inscrit dans les objectifs et buts du tutorat, l'accomplissement de l'équipe en terme de qualité des soins dispensés et dans le management du cadre de santé (CDS). Les définitions sont nombreuses dans la littérature, je fais donc le choix de m'intéresser à cette notion à travers son origine dans l'entreprise et à travers l'approche de Guy LE BOTERF, Docteur d'Etat en Lettres et Sciences Humaines, Docteur en Sociologie.

---

<sup>67</sup> Bastide Théophile. Op.cit., p 15.

Selon le LAROUSSE, la compétence se définit comme « *une capacité reconnue en telle ou telle matière en raison de connaissances possédées et qui donne le droit d'en juger* »<sup>68</sup>.

La notion de compétence émerge dans les années 1970, lorsque le psychologue Mc CLELLAND demande de définir des profils par rapport aux compétences attendues du titulaire d'un emploi. La crise du taylorisme introduit de nouvelles méthodes de travail dans le monde de l'entreprise en accentuant l'idée de compétences au détriment de la qualification de l'individu à un poste<sup>69</sup>.

Dans les années 90, les entreprises confrontées à des problèmes de concurrence accrue doivent acquérir plus de réactivité en se centrant sur les missions de ses salariés en terme de projets multiples et variés. Ce concept de compétence répond de façon plus adaptée aux nouvelles préoccupations de ces entreprises en terme de compétitivité et d'employabilité.

*« L'entrée par les compétences dans la description des postes de travail facilite la conception ultérieure des actions de formation, visant à adapter le salarié aux nouveaux besoins de l'entreprise »*<sup>70</sup>.

Tous les auteurs s'accordent à faire de la compétence « *une virtualité étroitement liée à la situation dans laquelle elle est mise en œuvre* ». Cette notion est généralement liée à un métier, à une profession, à un statut, à une situation professionnelle. A ce titre, elle implique « *des connaissances déclaratives, des connaissances procédurales et des attitudes* »<sup>71</sup>.

Guy LE BOTERF, définit la compétence comme « *la mobilisation ou l'activation de plusieurs savoirs, dans une situation et un contexte donné* »<sup>72</sup>. Il expose d'une part que les compétences se rapportent toujours à des individus. Elles correspondent à « *des constructions singulières, spécifiques à chacun. (...) Face à un impératif professionnel (...) chaque agent mettra en œuvre sa « propre façon de s'y prendre »*<sup>73</sup>. Néanmoins, cela ne permet pas d'en déduire que « *la compétence serait uniquement une affaire individuelle. (...) Toute compétence comporte deux dimensions indissociables : individuelle et collective* »<sup>74</sup>.

La compétence de l'individu résulte « *d'un savoir-agir, d'un vouloir-agir et d'un pouvoir agir* »<sup>75</sup>. Ces facteurs se réfèrent à la combinaison et la mobilisation des ces ressources (connaissances, savoir-faire, réseaux) à la motivation personnelle de l'individu et à la présence d'un contexte, d'une organisation de travail, de conditions sociales et de management.

---

<sup>68</sup> <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/compétence/17648#17517> (consulté le 6/03/13).

<sup>69</sup> DESSERPRIT Gilles, cours DCS : compétence, des définitions à l'utilisation, 2012-2013.

<sup>70</sup> RAYNAL Françoise, RIEUNIER Alain. Op.cit., p 110.

<sup>71</sup> RAYNAL Françoise, RIEUNIER. Op.cit., p 110.

<sup>72</sup> DESSERPRIT Gilles, ibidem.

<sup>73</sup> LE BOTERF Guy. *Construire les compétences individuelles et collectives*. Editions Eyrolles, 4ème édition, 3ème tirage 2008, p 62 sur 271.

<sup>74</sup> LE BOTERF Guy. Ibidem, p 62.

<sup>75</sup> LE BOTERF Guy. ibidem, p 88.

De ce fait, « *la production d'une action compétente relève d'une responsabilité partagée entre la personne elle-même, le management, le contexte de travail et le dispositif de formation* »<sup>76</sup>.

Cette approche renvoie à l'idée que la présence du mot compétence est inéluctable dans le domaine professionnel de la santé à travers le collectif d'équipe, la formation initiale ou continue mais également dans les missions du CDS.

Tous ces éléments amènent à penser que chacun a un rôle à jouer dans l'apprentissage et l'approfondissement des compétences individuelles et collectives au travers de différents outils favorisant tels que « *le développement de ressources par la formation, l'organisation de dispositifs d'analyse et de partage de pratiques, le tutorat, le compagnonnage, l'organisation de parcours personnalisés de professionnalisation* »<sup>77</sup>.

## 2.3 Le management

Le terme de management existe depuis des années dans le monde industriel et celui-ci s'est étendu progressivement dans le monde de la santé. Il m'a paru essentiel d'explorer cette approche dans le travail du cadre de santé au travers de ses activités et missions.

Nous verrons au fur et à mesure de ce concept, l'apparition de ce terme dans le langage hospitalier. Mais avant même de débiter mes recherches, il me semble intéressant de s'arrêter sur l'origine du métier de cadre de santé.

### 2.3.1 L'histoire de la fonction cadre de santé

Nous pouvons remarquer que l'historique de cette fonction se réfère essentiellement à l'histoire des hôpitaux et de la profession infirmière. Le rôle d'encadrement, de surveillance, de contrôle, a été assuré pendant des décennies par les religieuses mais au fil du temps, celles-ci disparaissent du monde de l'hôpital pour voir exercer des laïques infirmières diplômées. Elles sont recrutées parmi les meilleures infirmières en place.

De ce fait, dès 1958, une formation est proposée aux surveillantes. Le décret n°58-1104 du 14 novembre 1958<sup>78</sup> instaure la création du Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmière Surveillante et Monitrice. Les premières écoles ouvrent leurs portes (la Croix Rouge en 1951, l'Assistance Publique de Paris en 1956).

<sup>76</sup> LE BOTERF Guy. Op.cit., p 63.

<sup>77</sup> LE BOTERF Guy. Ibidem, p 89.

<sup>78</sup> Décret du 14 novembre 1958 disponible sur [http://www.legifrance.gouv.fr/affich\\_Texte.do?jsessionid=236F67179AC8A4358D0A42640BFE0812.tpdjo02v\\_3?cidTexte= JORFTEXT000000304228&categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affich_Texte.do?jsessionid=236F67179AC8A4358D0A42640BFE0812.tpdjo02v_3?cidTexte= JORFTEXT000000304228&categorieLien=id) (consulté le 7/03/13).

Les programmes sont actualisés en 1966 et 1975 renforçant l'action d'encadrement et l'élargissement des missions des cadres. Il s'ensuit le décret n° 95-926 du 18 août 1995<sup>79</sup> qui instaure le Diplôme de Cadre de Santé avec un nouveau programme de formation incluant l'approche économique de la santé, la gestion des ressources humaines et la qualité. Nous pouvons noter un élargissement de la formation à l'ensemble des 13 professions paramédicales intervenant dans le secteur de la santé.

De plus, le statut du corps des cadres de santé est reconnu dans la fonction publique hospitalière par le décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001<sup>80</sup>. Celui-ci a été récemment modifié par le décret du 26 décembre 2012 faisant référence à un nouveau statut du corps des cadres de santé paramédicaux.

*« Les fonctionnaires du grade de cadre de santé paramédical exercent : des fonctions correspondant à leur qualification et consistant à encadrer des équipes dans les pôles d'activité clinique et médico-technique des établissements et leurs structures internes »*<sup>81</sup>.

La fonction de cadre de santé a évolué progressivement par sa position de leader mais également dans son mode de management des équipes soignantes.

### 2.3.2 Le cadre de santé : un leader

Tout d'abord, Henry MINTZBERG décrit en 1989, les 10 rôles du manager regroupant les activités et compétences de celui-ci : *« La figure de proue, Leader, Agent de liaison, Observateur actif, Diffuseur, Porte-parole, Entrepreneur, Régulateur, Répartiteur de ressources et Négociateur »*, en les déclinant sous 3 types de rôles *« les rôles interpersonnels, les rôles liés à l'information, les rôles décisionnels »*<sup>82</sup>.

Nous citons le rôle de leader décrit par MINTZBERG qui apparaît également dans la notion d'équipe que nous avons vue dans le concept de la dynamique des groupes. En effet, en précisant sa conception, l'auteur note que *« Dans la plupart des organisations le manager est responsable du recrutement et de la formation de sa propre équipe. Tout manager doit savoir*

---

<sup>79</sup> Décret n° 95-926 du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005619244> (consulté le 7/03/13).

<sup>80</sup> Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000592539&dateTexte=&categorieLien=id> (consulté le 7/03/13).

<sup>81</sup> Décret n° 2012-1466 du 26 décembre 2012 disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026843750> (consulté le 7/03/13).

<sup>82</sup> MINTZBERG Henry. *Le management, voyage au centre des organisations*. Editions d'Organisation Eyrolles, 1989, 2<sup>ème</sup> édition, 4<sup>ème</sup> tirage 2008, pp 36-40 sur 703 pages.

*motiver et encourager ses employés, d'une certaine manière. Il doit adapter les besoins des individus aux buts de l'organisation* »<sup>83</sup>.

Ce rôle est primordial pour le cadre de santé de par son leadership, il se doit de manager une équipe professionnelle en les guidant dans la qualité et la sécurité des soins dispensés aux patients.

La notion de leadership est étroitement liée à celle du management. Il se définit par Antonin GAUNAND, consultant et conférencier, expert en leadership et management comme « *une autorité d'influence, basée sur les relations que le leader noue avec les membres d'un groupe* ». Il s'agit « *de la capacité d'une personne à influencer et à fédérer un groupe pour atteindre un but commun dans une relation de confiance mutuelle pour une durée limitée* »<sup>84</sup>.

Nous pouvons noter, dans la littérature, plusieurs approches différentes du leadership.

**Le leadership charismatique** se réfère à un leader faisant preuve de confiance et de conviction. « *Les subordonnés, face à certains comportements, attribuent au leader des compétences extraordinaires ou héroïques* »<sup>85</sup>. Selon CONGER et KANUNGO, il est vecteur d'un changement radical et non du statu quo en adoptant un comportement non conformiste.

**Le leadership visionnaire**, quant à lui, est capable de « *concevoir et d'énoncer une vision réaliste, crédible et attractive du futur correspondant à une évolution positive de la situation présente* »<sup>86</sup>. Il fait appel à l'énergie et aux émotions des individus en donnant du sens à tout au long de la démarche.

**Le leadership d'équipe** s'inscrit dans un contexte d'équipe où il est nécessaire de s'adapter au travail collectif. Certains leaders peuvent avoir une aptitude naturelle, mais la plupart d'entre eux apprennent à devenir des « *chefs d'équipe efficaces* » en abordant quatre rôles spécifiques : « *s'occuper des rapports avec les entités externes, résoudre les problèmes, gérer les conflits et animer son équipe* »<sup>87</sup>.

En résumé, nous pouvons noter l'existence de multiples leaderships selon les auteurs, mais il en convient de retenir que la place du responsable d'équipe est primordiale dans le fonctionnement d'un groupe pour atteindre un but commun.

Le cadre de santé se positionne alors leader de son équipe en tant que « chef d'orchestre ». Ses activités et son mode de management seront déterminants dans la réussite des objectifs de l'organisation au travers de l'implication, des compétences des membres de l'équipe.

<sup>83</sup> MINTZBERG Henry. Op.cit., p 38.

<sup>84</sup> Définition de leadership disponible sur <http://www.antonin-gaunand.com/leadership/une-definition-du-leadership-influencer-et-federer/> (consulté le 8/03/13).

<sup>85</sup> ROBBINS Stephen, DECENZO David. *Management, l'essentiel des concepts et pratiques*. 6<sup>ème</sup> édition. Edition Pearson Education, Paris, octobre 2008, pp 341-349 sur 520.

<sup>86</sup> ROBBINS Stephen, DECENZO David. Ibidem, p 343.

<sup>87</sup> ROBBINS Stephen, DECENZO David. Ibidem, p 347.

### 2.3.3 Le cadre de santé et le management

Afin d'aborder la notion de management, j'ai choisi la définition de Peter DRUCKER, théoricien du marketing américain, correspondant à « *une activité visant à obtenir des hommes un résultat collectif en leur donnant un but commun, des valeurs communes, une organisation convenable et la formation nécessaire pour qu'ils soient performants et puissent s'adapter au changement* »<sup>88</sup>. Cette définition englobe la notion de résultats d'une équipe par l'intermédiaire de moyens tels que la formation dans un objectif de performance.

Quant à Henri FAYOL, ingénieur français, il a joué un rôle important dans le développement de la théorie administrative (organisation globale de l'entreprise et aux moyens de la rendre plus efficace). Il définit le management comme « *un ensemble universel de fonctions : prévoir, organiser, commander, coordonner et contrôler* »<sup>89</sup>.

Ces différentes fonctions ont été reprises par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans le guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé en janvier 2005 dans le but de mettre en exergue les missions des responsables d'encadrement dont les cadres de santé<sup>90</sup>. Ce guide a pour objectif d' « *aider les établissements de santé publics et privés désireux d'évaluer la qualité de leur management et de s'inscrire ainsi dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, tant au niveau central que déconcentré (des services, des pôles, départements)* »<sup>91</sup>.

Il propose une méthode d'évaluation de la qualité du management au travers de 5 fonctions :

- \* Prévoir : anticiper les besoins des patients, les pratiques professionnelles, de s'adapter au contexte économique et social, de manager l'incertitude et la gestion des risques.
- \* Organiser : assurer la mise en place des procédures et protocoles afin de réaliser les objectifs et missions de l'établissement.
- \* Décider : adapter la prise de décision en fonction des objectifs, savoir déléguer et communiquer les décisions en les explicitant.
- \* Motiver : responsabiliser, reconnaître les compétences, valoriser la créativité, faire preuve de transparence et communiquer.

---

<sup>88</sup> [http://manag.r.free.fr/theories\\_du\\_management\\_definition.html](http://manag.r.free.fr/theories_du_management_definition.html) (consulté le 7/03/13).

<sup>89</sup> ROBBINS Stephen, DECENZO David. Op.cit., p 7.

<sup>90</sup> [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_240341/guide-pour-lautodiagnostic-des-pratiques-de-management-en-etablissement-de-sante](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_240341/guide-pour-lautodiagnostic-des-pratiques-de-management-en-etablissement-de-sante) p 9-10 sur 40 (consulté le 7/03/13).

<sup>91</sup> HAS, guide de l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé, janvier 2005, p 6 sur 40 disponible sur [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide\\_management\\_2006\\_10\\_06\\_10\\_04\\_53\\_949.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_management_2006_10_06_10_04_53_949.pdf) (consulté le 6/03/13).

- \* Evaluer : mettre en avant l'évaluation dans plusieurs domaines tels que les résultats, les moyens, les décisions, la satisfaction des patients et des personnels.

Ces différentes fonctions sont articulées par une communication efficace et pertinente afin d'obtenir des résultats de management à la hauteur des objectifs. Je ne vais pas développer le concept de communication dans mon travail même si celui-ci me semble majeur dans la réussite d'un manager. Néanmoins, il interviendra ponctuellement au travers des missions du cadre de santé.

De plus, nous pouvons noter la poursuite du travail établi par un groupe de réflexion demandé par le ministère des affaires sociales et de la santé et la DGOS concernant l'élaboration d'un référentiel d'activités, de compétences et à venir de formation pour les cadres de santé. En effet, le groupe distingue « le cadre de santé responsable de secteur d'activités de soins » et « le cadre de santé formateur » en terme d'activités et de compétences. Nous allons nous attacher aux différentes activités du cadre de santé responsable d'unité pour envisager l'importance de la notion de management.

En effet, « *le responsable de secteur d'activités de soin organise l'activité de soin et prestations associées, manage (ou encadre et anime) l'équipe et coordonne les moyens d'un service de soins, médico-technique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations* »<sup>92</sup>.

Les activités correspondent à :

- \* une coordination des organisations des soins ;
- \* la gestion de l'information, des moyens et ressources de l'unité ;
- \* un management, encadrement et animation des équipes pluri professionnelles ;
- \* gestion et développement des compétences ;
- \* animation de la démarche qualité et gestion des risques ;
- \* conduite de projets ;
- \* veille professionnelle, travaux de recherche et d'innovation ;

Après avoir mis en évidence la notion de management dans les activités du CDS, il me semble intéressant d'explorer les différentes approches managériales dans la littérature.

---

<sup>92</sup> Travaux du groupe de production CS. *Diplôme de Cadre de santé, Référentiels d'activités et de compétences*, document de travail, décembre 2012, p 6 sur 39, disponible sur [http://www.cefiec.fr/crbst\\_76.html](http://www.cefiec.fr/crbst_76.html) (consulté le 7/03/13).



### 2.3.4 Les différentes approches du management

Je ne pourrai pas être exhaustive compte tenu du large échantillon de mode de management mais je fais le choix d'aborder certains types de management dans une démarche de gestion d'équipe.

Tout d'abord, pour répondre aux activités dévolues, le cadre de santé peut utiliser plusieurs styles de management <sup>93</sup>:

Style directif /autocratique : manager autoritaire prenant des décisions pour rechercher l'efficacité immédiate sans laisser aucune place à la discussion auprès de ses collaborateurs. Ce style peut être rassurant et structurant face au danger.

Style relationnel /bienveillant : management proche du directif concernant la méthode de prise de décision mais apporte dans la forme une dimension relationnelle laissant place à la parole de ses collaborateurs dans un climat convivial. L'efficacité se joue sur la cohésion de son équipe autour de lui et de ses décisions.

Style participatif /démocratique : management ayant un mode de décision permettant aux collaborateurs de participer activement aux décisions. Les membres analysent la situation, confrontent leurs avis face à l'événement. Néanmoins, le manager garde la décision finale en explicitant celle-ci à son équipe. Ce style de management favorise l'esprit d'équipe et la créativité.

Style délégatif /laisser-faire : management permettant aux membres de l'équipe d'acquérir des responsabilités en terme de gestion, analyse, action et contrôle de la situation. Ce mode de décision s'accorde à rechercher l'unanimité dans la réflexion auprès du groupe. Il engage une autonomie et une créativité. Il implique tout de même la présence d'une équipe de professionnels soudés et motivés incluant des expertises.

Ces différents styles de management doivent être adaptés en fonction de la situation et des individus. Nous pouvons penser que l'utilisation d'un style n'exclut pas l'utilisation d'un autre en fonction de l'évolution contextuelle. Néanmoins, le CDS, de par ses compétences relationnelles et sa personnalité pourra adopter les différents styles de management mais on peut supposer qu'il aura malgré tout un mode prédominant.

Dans le cadre de ma problématique, nous pouvons mettre en évidence la subtilité du mode de management participatif concernant l'accueil des nouveaux arrivants dans une équipe.

En effet, on peut supposer que l'instauration d'un projet comme le tutorat doit être investi par tous en les impliquant par leurs décisions et motivations.

---

<sup>93</sup> COLOMBAT Philippe. *Qualité de vie au travail et management participatif*. Editions Lamarre, juin 2012, p 131-137 sur 217.

Guy LE BOTERF, évoque, quant à lui, le management des savoirs à travers la coopération, élément facilitateur d'une construction et transmission des savoirs. Il part de l'idée que « *l'individu peut de moins en moins compter uniquement sur ses propres ressources pour agir avec compétence* »<sup>94</sup>.

De ce fait, il faut lui proposer une banque de données, des procédures et surtout un milieu favorable à la coopération dont le cadre de santé est responsable. En effet, le CDS aura pour mission d'apporter les éléments essentiels, favorables à la transmission des savoirs en regard de l'organisation des soins et de l'accessibilité d'une convivialité, d'une solidarité et d'une cohésion au sein de l'équipe.

Tous ces facteurs de coopération sont multiples et pas toujours simples à mettre en application mais, il existe, selon LE BOTERF, une règle d'or : « *mieux vaut une cohérence forte entre quelques décisions simples qu'une cohérence faible entre des décisions de mesure sophistiquées* »<sup>95</sup>.

Ce mode de management concernant le développement d'une coopération implique une responsabilité partagée. L'organisation (l'établissement de santé), le dispositif de formation, le manager (le CDS) et les membres de l'équipe doivent apporter leurs contributions afin de faciliter l'interaction « compétente ». Le manager a donc un rôle important dans le développement du savoir, du pouvoir et du vouloir coopérer en utilisant ses compétences.

Selon LE BOTERF, le cadre de santé manager peut être considéré comme « *un chef d'orchestre qui n'est pas nécessairement un virtuose d'un instrument. En revanche, il doit tirer parti au maximum du talent de ses musiciens* »<sup>96</sup>.

En résumé, le concept de management fait partie intégrante dans le domaine de la santé. Il devient une réalité quotidienne pour les cadres de santé, responsables d'une équipe dans une unité de soins.

Plusieurs classifications de leadership, de styles de management, de missions et activités sont mis en exergue de façon non exhaustive dans ce travail, mais il n'en reste pas moins que le cadre de santé devient aujourd'hui un manager d'équipe, de savoirs, de compétences au service des patients.

Il est important d'avoir un regard multidirectionnel pour essayer de mettre à disposition les éléments favorables à la construction d'une cohésion d'équipe, d'une transmission des savoirs en prenant en compte les membres de son équipe, les objectifs de l'établissement et les contraintes économiques.

<sup>94</sup> LE BOTERF Guy. Op.cit., p 223.

<sup>95</sup> LE BOTERF Guy. Ibidem, p 229.

<sup>96</sup> LE BOTERF Guy. Ibidem, p 231.

Je finirai ce concept sur le cadre de santé et le management par une citation de Paule BOURRET qui met en évidence les réalités quotidiennes du CDS dans son travail de lien qui s'effectue « *dans une tension de plus en plus forte entre d'une part les impératifs gestionnaires d'une organisation accentuant la rationalisation du travail dans la perspective de diminution des dépenses, et d'autre part l'injonction de se rapprocher des malades et des soignants considérés dans leur singularité* »<sup>97</sup>.

« *Tenir un poste de cadre de santé à la proximité des équipes de soins et des malades, c'est tenter de mettre un peu de cohérence dans les unités de soins entre des actions désordonnées, disjointes, parfois contradictoires, menées par des acteurs de plus en plus nombreux* »<sup>98</sup>.

### 3 La question de recherche et les hypothèses

Au terme de mes lectures et réflexions autour des concepts d'équipe, de tutorat et de management, mon raisonnement s'est quelque peu modifié et éclairé.

#### Question de recherche :

Comment le cadre de santé, de par son management, peut-il utiliser le tutorat comme facteur favorable à la cohésion d'équipe à travers le parcours d'intégration du nouvel arrivant au sein d'une unité ?

Dans le cadre de cette étude, je vais m'intéresser à l'approche managériale du cadre de santé au regard du tutorat des nouveaux arrivants dans leur parcours d'intégration au sein de l'unité de soin.

Je vais donc orienter mon travail autour de ces hypothèses :

#### Hypothèse n°1 :

Lors de l'arrivée d'un nouvel agent, la cohésion d'équipe est déstabilisée par la méconnaissance de l'autre et par un encadrement tutoral non formalisé au sein de l'unité.

#### Hypothèse n°2:

La pratique d'encadrement « chronophage » des étudiants infirmiers ne facilite pas l'impulsion de la mise en place d'un tutorat du nouvel arrivant dans un service.

---

<sup>97</sup> BOURRET Paule, op.cit., p 237.

<sup>98</sup> BOURRET Paule, ibidem, p 237.

Hypothèse n°3 :

La transmission des savoirs au service de la cohésion d'équipe favorise l'intégration du nouvel arrivant, de par un management du cadre de santé, dans ce sens.

Hypothèse n°4:

L'instauration formalisée d'un parcours d'intégration d'un nouveau personnel comme projet commun d'équipe favorise la transmission des savoirs et fédère un groupe.

## 4 La méthodologie de la recherche

Dans le cadre de ce travail de recherche, il me semble incontournable d'étudier les différents points de vue des acteurs concernant le parcours des nouveaux arrivants au sein d'une unité : les cadres de santé et les infirmiers. Compte tenu du temps imparti, je vais limiter mon enquête auprès des infirmiers mais celle-ci aurait pu s'étendre aux aides soignants et aux Agents de Service Hospitalier (ASH) car l'encadrement des nouveaux personnels s'applique bien évidemment à eux aussi.

Je vais donc effectuer des « *entretiens de recherche* » auprès des cadres de proximité ayant une expérience par rapport à l'accueil et l'encadrement des nouveaux arrivants dans l'équipe dont ils ont la charge. En parallèle, je vais me rapprocher des infirmiers dans le but de recueillir leur vécu face à cette thématique.

Cette étude se construit pour aboutir à une analyse qualitative des données par les entretiens. Je fais le choix d'utiliser des entretiens semi-directifs auprès des acteurs concernés.

### 4.1 Les entretiens semi-directifs

Pour BLANCHET et GOTMAN (1992), « *l'enquête par entretien est l'instrument privilégié de l'exploration des faits dont la parole est le vecteur principal. Ces faits concernent les systèmes de représentations (pensées construites) et les pratiques sociales (faits expérimentés). Les premiers renvoient aux idéologies, aux valeurs, aux représentations, aux images et au sens que les acteurs confèrent à leurs pratiques. Les seconds concernent davantage les enjeux, les expériences personnelles, les trajectoires, les processus* »<sup>99</sup>.

---

<sup>99</sup> ALBARELLO Luc. Apprendre à chercher. Edition De Boeck Université, 3<sup>ème</sup> édition 2007, p 64-65 sur 207 pages.

#### 4.1.1 Les acteurs concernés

De par l'expérience des cadres de santé et des infirmiers que je vais interroger, je vais avoir l'opportunité de mettre en perspective mes hypothèses. Le choix des professionnels de santé est primordial. Ils devront avoir des expériences et des lieux d'exercice différents afin d'être le plus représentatif possible. Le choix de l'échantillon et le nombre de sujets interviewés sont importants afin d'obtenir une enquête exploitable.

De ce fait, mon étude va se diriger vers des établissements de santé publics dans des services se référant à des soins techniques (service des urgences, réanimation) ou à des soins se tournant plus sur le relationnel (service de psychiatrie) afin de confronter les diverses attentes des infirmiers face à l'encadrement des nouveaux arrivants. Enfin, j'envisage que le cadre de santé et les infirmiers de cette même unité soient interviewés dans l'idée de confronter l'approche du tutorat auprès de chaque acteur concerné et de mettre en évidence les écarts s'il en existe. De plus, dans la mesure du possible, je vais interroger des infirmiers qui ont intégré l'équipe soignante depuis quelques mois et d'autres qui ont une expérience et une durée d'exercice plus conséquente dans cette même unité. Je souhaite avoir la possibilité d'élargir le panel des acteurs dans le but d'analyser les différents points de vue et de comparer les intentions des cadres de santé aux réalités vécues et ressenties par les soignants sur le terrain.

#### 4.1.2 L'élaboration des guides d'entretien

*« Les entretiens semi-directifs sont menés sur base d'un guide d'entretien constitué de différents « thèmes-questions » préalablement élaborés en fonction des hypothèses. Un guide d'entretien comprend généralement une douzaine de thèmes-questions qui, sauf exception à justifier, seront abordés dans un ordre à chaque fois identique »<sup>100</sup>.*

Dans le cadre de mon étude, il me semble primordial d'élaborer des questions qui vont interpeller et intéresser les acteurs. Je fais donc le choix de proposer une dizaine de questions comprenant des questions fermées en début d'entretien et d'ouvrir la discussion avec des questions semi-ouvertes, sans omettre de proposer des questions de relance afin d'aider l'interviewé au cas où.

J'ai eu des difficultés à réduire le nombre de questions de par mon inquiétude à pouvoir mener un entretien de manière efficace et pertinente. Le nombre me donnait l'impression de rien oublier pendant cet instant.

Chaque entretien doit durer entre 30 à 45 minutes. Cette durée sera adaptée en fonction de la disponibilité des CDS et infirmiers.

J'ai élaboré deux grilles d'entretien distinctes, une pour les cadres de santé<sup>101</sup> et la deuxième pour les infirmiers<sup>102</sup>. Les questions incluses dans les deux guides se réitèrent par une

---

<sup>100</sup> ALBARELLO Luc. Ibidem, p 69.

<sup>101</sup> Cf. annexe I : le guide d'entretien pour les cadres de santé.

formulation différente abordant les mêmes thèmes afin de pouvoir faire des parallèles entre les points de vue des acteurs.

Enfin, j'ai testé mes grilles d'entretien auprès de deux personnes extérieures à mon étude : un cadre de santé et un étudiant cadre. Ils m'ont fait part de certaines remarques pertinentes concernant quelques formulations et termes utilisés que j'avais choisis. Des modifications ont donc été effectuées par leurs conseils. Cependant, en fonction du premier déroulement de l'entretien, j'ai entrepris quelques ajustements en terme de formulation de deux questions ; la première se rapportant à la définition et la représentation de l'accompagnement d'un nouvel arrivant et la deuxième se référant à l'approche du tutorat des ESI par rapport au tutorat des nouveaux recrutés.

## 4.2 Phase d'exploration des données

Après avoir construit mes guides d'entretien, je pouvais désormais contacter des cadres de santé de la région parisienne dans les différents types d'établissements de santé pour débiter mes entretiens. Je comptais sur les CDS pour transmettre les modalités de ma recherche et les objectifs auprès des infirmiers de leurs équipes afin que je puisse ensuite les contacter par téléphone. Cette démarche s'est réalisée sans réelle difficulté, néanmoins la disponibilité des acteurs est restée un obstacle à la programmation dans un délai raisonnable d'une date de rencontre et à la durée de certains entretiens.

J'ai contacté plusieurs cadres de santé de la région parisienne afin de les rencontrer pour l'entretien. J'ai convenu de rendez-vous avec 4 d'entre eux et 5 infirmiers s'intégrant dans chacun des équipes respectives des CDS. Les entretiens ont pris différentes formes, compte tenu des obligations de chacun des acteurs concernés.

En finalité, j'ai pu rencontrer 3 CDS sur les 4 prévus. Malgré un report de date d'entretien, nous n'avons pas réussi à retrouver une date en raison de trois semaines de vacances du cadre de santé 4. Il aurait été intéressant de confronter son discours de par son lieu de travail correspondant à un établissement de santé privé à but lucratif.

La rencontre de l'équipe du CDS 1 a été établie et organisée sur une après-midi entière où j'ai pu m'entretenir avec 3 infirmiers ayant des activités spécifiques avec l'encadrement des nouveaux arrivants.

---

<sup>102</sup> Cf. annexe III : le guide d'entretien pour les infirmiers.

Le CDS 2 m'a reçue en début de soirée dans une unité de réanimation néonatale dans son bureau et j'ai eu l'occasion de m'entretenir avec une infirmière référente de l'encadrement.

Enfin, j'ai rencontré le CDS 3 au sein d'une grande structure hospitalière parisienne dans un service des urgences où l'entretien s'est déroulé avec de multiples interruptions dues à des appels téléphoniques et des personnes frappant à la porte pour des renseignements. En raison d'une activité de soin trop intense, l'infirmière prévue pour un autre entretien n'a pu se libérer.

Néanmoins, je lui ai fait parvenir mon guide d'entretien par mail afin qu'elle réponde dans les grandes lignes. Le retour de ses réponses n'est donc pas réellement un entretien mais je souhaite l'inclure dans cette étude car il apporte des notions complémentaires. Cependant, pour faciliter la lecture de ce travail, j'évoquerai les données par mail comme un entretien.

Je fais le choix de nommer les différents cadres de santé et infirmiers avec des lettres et chiffres afin d'identifier plus clairement les points de vue et le contenu du discours de chacun dans le respect de l'anonymat. Les entretiens ont duré en moyenne 30 à 35 minutes voire 50 minutes avec le cadre de santé C3.

Je souhaite également apporter selon les différentes étapes de l'étude, mes limites et réflexions personnelles par rapport à mon travail.

Un récapitulatif est proposé sous forme de tableau afin de rendre plus facilement lisible les données de départ.

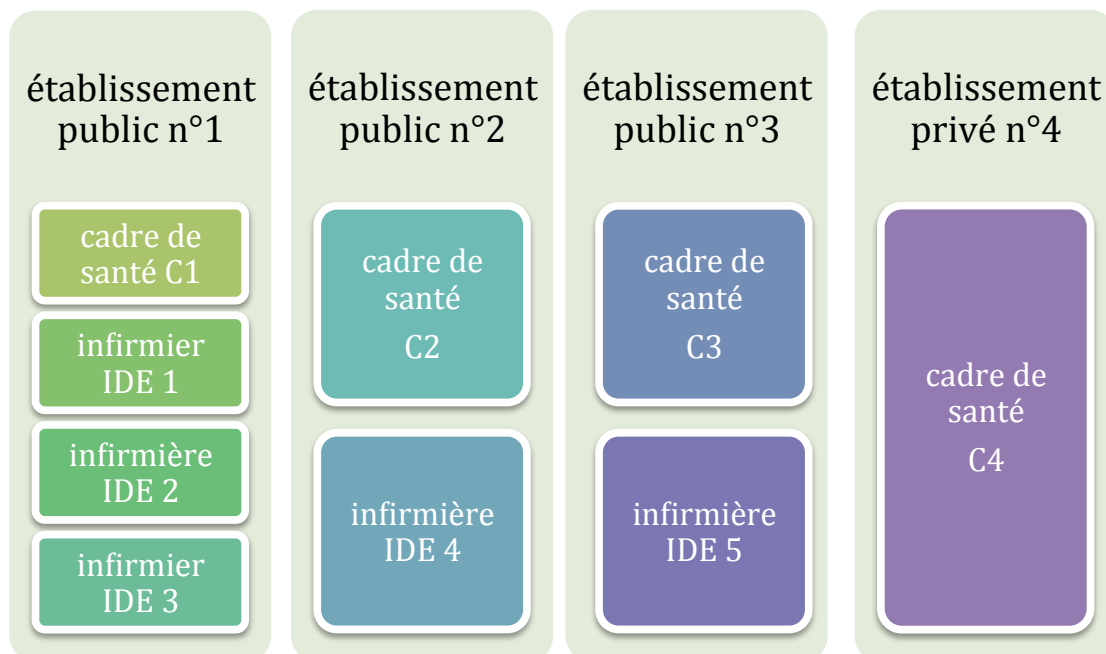


Figure 1 : réalisée par mes soins.

## 5 L'Analyse des données

Suite à ces entretiens, j'ai retranscrit la totalité des données recueillies lors des enregistrements<sup>103</sup>. Cette retranscription a été établie avec l'accord des interviewés grâce à l'enregistrement des entretiens en notifiant que l'anonymat sera respecté. Aucun d'entre eux ne s'est opposé à la démarche. L'enregistrement reste une garantie de conserver les termes exacts des personnes interrogées.

*« L'analyse qualitative des données récoltées par entretiens se propose de rechercher les manières de voir les choses de la part des acteurs étudiés, c'est-à-dire de rechercher le « sens », les « systèmes de sens », les « modèles culturels » »<sup>104</sup>.*

Dans ce contexte, je fais le choix d'analyser, dans un premier temps, les données des cadres de santé et de croiser les informations en fonction des différents profils. Puis, dans un second temps, j'aborderai les entretiens des infirmiers en utilisant la même démarche que pour les CDS.

<sup>103</sup> Cf. annexe II et IV : les entretiens retranscrits des cadres et des infirmiers.

<sup>104</sup> ALBARELLO Luc. Op.cit., p 64.



Enfin, je conclurai par une synthèse des résultats et une analyse critique entre les différents points de vue et représentations des cadres et des infirmiers face au thème de mon étude.

## 5.1 L'Analyse des entretiens des cadres

Dans le but d'apporter une transcription des données claires et précises, je souhaite reprendre les différentes questions de ma grille d'entretien cadre de santé sous forme de thèmes en mettant en lien ma réflexion personnelle et les apports conceptuels.

### 5.1.1 La présentation des cadres de santé

Pour faciliter la lecture sur la présentation des cadres, j'ai fait une synthèse sous forme d'un tableau.

	<b>Cadre C1</b>	<b>Cadre C2</b>	<b>Cadre C3</b>
<b>La structure</b>	Etablissement de sante public Région parisienne	Etablissement de santé public Région parisienne	Etablissement de santé public Paris
<b>L'unité de soins</b>	Service de psychiatrie	Service de réanimation néonatale	Service des urgences adultes
<b>L'âge du cadre</b>	31 ans	48 ans	35 ans
<b>Année de diplôme de cadre</b>	Faisant fonction de cadre depuis 2 ans	Juillet 2011	Juillet 2011
<b>Formation initiale</b>	Diplôme infirmier (2007)	Diplôme infirmier et puéricultrice	Diplôme infirmier
<b>Ancienneté dans l'unité de soins</b>	5 ans dont 3 ans en tant qu'infirmière	6 mois	3 ans dont 1 an de faisant fonction de cadre

**Figure 2: réalisée par mes soins.**

### 5.1.2 La présentation des unités de soins

Unité de soins	Psychiatrie	Néonatalogie	urgences
Acteurs de l'enquête	CDS C1 IDE 1/IDE 2/IDE 3	CDS C2 IDE 4	CDS C3 IDE 5
Secteurs de l'unité	Urgences psychiatriques Unité 72h (hospitalisation de courte durée)	Réanimation néonatale Médecine néonatale Unité kangourou	Urgences chirurgie Urgences médecine Urgences ORL Urgences céphalées
Effectif de l'équipe paramédicale	14 IDE 7 AS 5 AS 1 CDS	45 IDE AP ASH 1 CDS	68 IDE jour/nuit 45 AS jour/nuit brancardiers 3 CDS
Temps de travail de l'équipe	12 heures	12 heures	7 heures
Nombre de nouveaux personnels depuis un an	7 IDE 3 AS	2 IDE (depuis 6 mois)	15 IDE
Durée de l'encadrement des nouveaux personnels	1 mois	2 mois	1 mois

Figure 3 réalisée par mes soins.

Au regard de ce tableau récapitulatif, nous pouvons noter la spécificité des unités qui entrent en jeu dans l'instauration d'un tutorat. En effet, des services très techniques tels que la réanimation néonatale et les urgences ont nécessité la mise en place d'un tutorat autant que le service de psychiatrie s'attachant à des soins relationnels. Il en convient de penser que la spécificité des unités n'exclut pas l'encadrement des nouveaux arrivants mais s'attache à apporter l'acquisition de compétences spécifiques face à la prise en charge des patients. Le cadre de santé C2 évoque l'instauration d'un encadrement des nouveaux soignants de par « *un service pointu et très spécifique* ».

La taille des équipes et le contexte du service sont également des éléments de réflexion à la mise en place d'un encadrement des nouveaux arrivants. Dans le cas du CDS C1, l'impact de l'ouverture d'une unité est à l'origine d'un parcours d'encadrement des nouveaux arrivants dû à

un effectif paramédical qui a doublé en un an apportant une jeunesse et une expérience moindre de l'équipe.

En effet, comme le souligne le CDS C3 « *en terme de turn over, on n'a pas un turn over plus important que les autres services d'urgences mais je dirai intuitivement 15 nouveaux infirmiers en 2012, ce qui est quand même important et donc compliqué à organiser en matière d'intégration, de formation, c'est à grande échelle donc complexe* ».

Face à ce constat, il semble intéressant d'évoquer la présence ou non d'une politique d'intégration des nouveaux arrivants au niveau institutionnel. L'idée est de se rendre compte de l'impact institutionnel face au projet d'encadrement dans les services concernés.

### **5.1.3 La politique institutionnelle d'intégration des nouveaux arrivants**

Deux cadres sur trois n'ont évoqué aucune politique d'établissement concernant l'intégration du nouveau personnel. Cependant, le discours d'implication de l'unité au travers du cadre supérieur de santé et du chef de service est clairement identifié. En effet, la cadre de santé C1 évoque que « *c'est quelque chose qui lui tient à cœur dans le service de psychiatrie et j'ai eu des recommandations de ma Cadre Supérieure de Santé (CSS) et de mon chef de service* ». la cadre C2 répond quant à elle à la question en disant « *oui, en tout cas dans le service oui, il y a un protocole qui est mis en place un cheminement, et un déroulé de formation pour les soignants au niveau des semaines d'encadrement* ».

Dans ces deux situations, on observe l'absence d'une politique institutionnelle selon les cadres de santé mais ce constat ne semble pas freiner l'instauration d'un projet d'encadrement des nouveaux arrivants au sein même des unités. On peut se poser la question en terme de projet d'équipe plus qu'en projet institutionnel, mais l'institution ne permet t'elle pas la légitimité et la pérennité des actions mises en place ?

Cependant, je souhaite approfondir le cas du CDS C3 où une politique institutionnelle est clairement identifiée par celui-ci. En effet, un parcours d'intégration d'un arrivant est proposé par la direction et la formation continue sous forme d'une journée de présentation du groupe, de l'établissement et des équipes transversales et deux journées consécutives incorporant les formations obligatoires telles que l'hygiène, la transfusion sanguine, la gestion des risques. Ce programme est organisé deux fois par an et permet de regrouper les nouveaux arrivants de moins de 6 mois au sein de l'établissement.

Néanmoins, l'instauration de cette présentation manque selon le CDS d'anticipation et de souplesse dans l'organisation et l'annonce des dates prévues. Cela entraîne, selon lui, des absences des soignants car il persiste une difficulté de libérer un nombre conséquent de nouveaux sur des plannings déjà établis dans un délai de 15 jours.

**Ce constat évoque l'existence d'une volonté institutionnelle mais difficilement adaptable dans chaque service compte tenu des priorités de fonctionnement. Cela implique malgré tout, une prise de conscience du groupe hospitalier favorisant l'intégration voire la fidélisation des nouveaux personnels.**

**Cette approche donne lieu à un questionnement personnel sur la distinction d'une politique institutionnelle concernant l'intégration des nouveaux arrivants et un projet tutoral au sein d'une équipe. En effet, nous remarquons que l'HAS n'exige pas l'application d'un tutorat dans un service à contrario d'un parcours d'intégration des nouveaux recrutés.**

**Cette action non exigible peut-elle se proposer de façon indépendante et sous couvert d'une motivation autour d'un projet d'équipe puisque le tutorat implique une adaptabilité et une individualité du parcours pour qu'il soit pertinent et efficace.**

**Nous pouvons ajouter l'impact du cadre de santé dans la conduite de projet tutoral au sein de l'unité qui reste conséquent pour la réussite de celui-ci.**

#### **5.1.4 Les outils d'encadrement des nouveaux arrivants**

Je remarque, tout d'abord, que cette question a amené un contenu dense et spécifique selon les unités concernées. En effet, il est possible de la décomposer en plusieurs parties. Elle inclut la notion d'entretien de recrutement, les modalités d'encadrement, le temps de formation, son évaluation et enfin la problématique entre la théorie et la pratique de ce type de dispositif.

##### **5.1.4.1 L'entretien de recrutement**

Deux CDS sur trois ont évoqué l'impact majeur de l'entretien de recrutement en amont de l'arrivée de l'agent en terme de qualité d'accueil. On remarque, dans les deux cas, que le CDS est en binôme avec le CSS pour faire l'entretien de recrutement. Ils évoquent la présentation et le fonctionnement du service et l'évaluation des compétences et besoins de l'agent afin d'adapter le parcours d'encadrement.

En effet, le cadre de santé C3 explique que *« la première étape de l'intégration : l'entretien de recrutement. Ca nous permet un peu de cibler et de commencer à préparer et à voir ce que l'on peut faire en matière de parcours »*. La réflexion du parcours d'encadrement débute dès lors l'entretien qui semble être le socle de la démarche en terme de recherche des

compétences du personnel adaptées aux besoins de l'unité. Cela renvoie à l'élaboration et l'actualisation de fiches de poste.

Le CDS C2 renforce cette notion en ajoutant l'importance de la qualité de l'accueil de l'agent avant même son arrivée dans le service. Elle évoque l'impact de l'accueil dans l'intégration dans l'équipe en terme de cohésion d'équipe, « *Je les ai eues au téléphone avant pour un premier contact et quand elles ont pu venir dans le service avant de débiter, je leur ai présenté le service, l'équipe, un premier tour géographique et je réprecise les conditions dans lesquelles elles vont travailler* ».

Le cadre de santé C3 quant à lui propose un entretien d'accueil systématique le premier jour de l'arrivant avec la remise d'un livret spécifique à l'unité incluant notamment les missions et rôles du tuteur, de l'apprenant et l'organisation de son encadrement. Le cadre évoque l'intérêt de ce livret en notifiant qu' « *il y a tout pour essayer de préparer cette arrivée et de donner des outils au cadre qui est de terrain ce jour là. Il l'ouvre avec le nouvel arrivant et voilà !!! Votre tuteur c'est untel, votre planning c'est ça, vos formations sont d'ores et déjà prévues, votre vestiaire est là* ».

**L'entretien de recrutement et l'entretien d'accueil sont des éléments de base pour débiter une intégration optimale des nouveaux arrivants. L'accueil est un mot clé dans leurs discours renvoyant à la prise de considération de la personne en tant que futur collègue dans l'unité.**

#### **5.1.4.2 Les modalités de l'encadrement**

Tout d'abord, Je note que les modalités d'encadrement sont différentes selon la spécificité des unités mais la réflexion autour de la construction du parcours de l'agent se base sur l'approche technique des soins et sur l'organisation spécifique des services. En effet, que ce soit en psychiatrie, en réanimation néonatale ou aux urgences, les cadres de santé instaurent l'encadrement pour permettre aux agents de s'inscrire dans un apprentissage pertinent des compétences nécessaires à la prise en charge des patients dans les unités.

Néanmoins, les compétences et besoins du personnel diffèrent mais il semble que la spécialité reste le leitmotiv des responsables.

Concernant le domaine de la psychiatrie, le cadre de santé C1 met en évidence les conditions de travail particulières nécessitant un encadrement du nouveau personnel. Elle s'efforce de préciser « *les choses qui peuvent être un peu compliquées comme les contentions, les hospitalisations sous contraintes, les soins sous contrainte* ».

Le CDS C2 positionne l'encadrement des nouveaux soignants par rapport aux soins techniques pointus de la néonatalogie et l'appréhension de la prise en charge globale du prématuré et de ses parents.

Quant au CDS C3, il évoque comme élément primordial de cet encadrement, les compétences organisationnelles de l'agent ainsi que la connaissance des multiples pathologies rencontrées. Les apports théoriques et techniques sont indispensables à une prise en charge de qualité des patients accueillis dans les urgences.

**Il en convient de notifier et d'identifier les besoins et compétences des agents pour mettre en place un encadrement adapté et de qualité pour les nouveaux arrivants.**

#### **5.1.4.3 Le choix des tuteurs**

Je tiens à préciser que cette question n'était pas incluse dans ma grille d'entretien. Cependant, lors de la discussion ouverte avec les cadres, ce thème est ressorti. Il m'a donc semblé important de l'introduire dans l'étude apportant des éléments complémentaires aux modalités d'encadrement.

La présence de tuteurs référents des arrivants se retrouve dans le discours des trois cadres. Leur fonction semble similaire en terme de rôle et missions. Nous verrons ultérieurement une explication plus précise de leur activité lors de l'analyse des entretiens infirmiers. La nomination des tuteurs se fait majoritairement par le volontariat et les cadres expriment une implication importante des infirmiers dans l'encadrement des nouveaux soignants. En effet, le cadre de santé C2 précise *« qu'il y a 4 personnes dans l'équipe qui sont à la fois référents au niveau des étudiants infirmiers et au niveau des nouveaux soignants. (...) Elles impulsent et ont une exigence quand même importante générant une dynamique favorable »*.

Le CDS C3 renforce l'idée du choix des tuteurs par l'appréhension de compétences relationnelles, pédagogiques et d'expérience professionnelle. En effet, il identifie les agents qui ont une communication adaptée avec le nouvel arrivant mais également avec les patients en terme de gestion de l'attente et de l'agressivité. Il exclut les infirmiers qui ont travaillé moins d'un an dans le service, cela se rapportant à 8 tuteurs sur une équipe de 40 IDE.

Selon lui, *« c'est un groupe restreint car cela demande beaucoup de compétences et de qualité sur des points de vues différents, mais aussi un bagage d'expériences, ainsi que des personnes dont la présence en continue avec soi d'un collègue ne va pas déstabiliser »*.

**Le choix des tuteurs semble primordial dans la qualité de l'encadrement des nouveaux arrivants de par des compétences complémentaires telles que la pédagogie, la communication sans oublier l'expérience professionnelle.**

#### 5.1.4.4 La durée de l'encadrement des nouveaux arrivants

Le temps de l'encadrement s'échelonne d'un mois à deux mois selon les services concernés. L'unité de psychiatrie encadre en doublon les agents pendant un mois ainsi que le service des urgences et le service de réanimation néonatale deux mois. Dans toutes les situations, les nouveaux arrivants ne sont pas comptés dans l'effectif soignant dans le but d'être observateur et d'appréhender les activités de l'infirmier au sein de l'unité. Néanmoins, le nouvel agent ne suit pas toujours le tuteur soit par choix du cadre ou en raison des impératifs de fonctionnement en terme de planning. Dans la mesure du possible, les cadres de santé essaient de « coller » le planning au moins sur les quinze premiers jours afin de proposer un point d'accroche à l'infirmier arrivant. Le tuteur reste donc une personne référente restant disponible pour répondre aux questionnements et aux possibles inquiétudes de l'agent.

Je souhaite apporter une précision quant au choix du cadre de santé de psychiatrie C1 sur le fait que le nouvel agent soit encadré par des infirmiers différents. Elle justifie sa décision sur l'idée qu'*« il est important de travailler avec différents infirmiers pour qu'il puisse après s'inspirer de chacun et de trouver leur propre mode de fonctionnement et pour ça, il faut qu'il ait eu le temps d'observer ses autres collègues »*.

Enfin, le CDS C3 précise que le parcours d'encadrement du nouvel arrivant comprend également deux journées avec d'autres catégories professionnelles. Une demi-journée est prévue avec les brancardiers afin de mieux repérer l'hôpital mais surtout d'appréhender la pénibilité et la complexité de leur travail. Cela permet, selon lui, de réduire les tensions et les conflits au sein du service. Une deuxième journée est organisée avec les Aides-Soignants (AS) pour se sensibiliser à leur activité et de cibler les différentes tâches administratives.

La durée du tutorat est également importante à prendre en compte pour correspondre à la fois à une phase rassurante et proche pour le nouvel arrivant mais aussi à une phase d'éloignement du tuteur dans l'objectif de responsabiliser et de ne pas reproduire le schéma d'étudiant. Cette idée est partagée par la cadre de santé C1 en ajoutant que la situation tutorale peut être parfois trop confortable pour l'apprenant.

Cependant, il semble important de se poser la question de la faisabilité de ce parcours par rapport au temps consacré. Cela implique une volonté de la direction d'accorder des temps de doublon dans les unités pour permettre cette durée d'encadrement. Il aurait été intéressant de déterminer cette approche plus précisément dans cette étude.

**La durée de l'encadrement s'associe à la possibilité de positionner en doublon le nouvel arrivant avec son tuteur pendant une période prédéterminée mais, également de permettre de connaître tous les secteurs de l'unité sans oublier d'évaluer la justesse du temps d'encadrement pour favoriser la responsabilisation de l'agent.**

#### 5.1.4.5 Les outils à disposition

Deux services proposent des outils spécifiques de suivi dans le parcours d'intégration des nouveaux arrivants. Ils ont été construits par l'intermédiaire d'un groupe de travail dans le cadre du projet d'équipe. Le CDS C3 évoque un livret d'accueil et de suivi d'intégration contenant les rôles et missions du tuteur et de l'apprenant, une présentation du service, une fiche d'auto-évaluation et une partie « champ libre ». Cet outil est remis au nouvel agent lors de l'entretien d'accueil avec le CDS à son premier jour de travail. L'existence d'un livret d'accueil se retrouve dans l'unité du cadre de santé C2.

Chacun d'entre eux s'appuie également sur les documents institutionnels présents dans l'unité pour permettre aux nouveaux d'aborder les protocoles et les différentes instances et la logistique de leur établissement.

**Nous pouvons supposer que la création d'outils de suivi permet de formaliser le parcours d'encadrement et de favoriser la motivation des équipes face à projet tutoral pérenne.**

#### 5.1.4.6 L'évaluation du tutorat des nouveaux arrivants

L'évaluation en terme de compétences du nouvel arrivant est pratiquée dans les trois services concernés par les cadres de santé et les tuteurs. Cependant, la formalisation n'est pas similaire. On retrouve une difficulté de prendre le temps pour chacun des acteurs d'établir un bilan de fin d'intégration. En effet, la CDS C1 n'a pas de bilan formalisé de fin d'encadrement mais elle se renseigne de façon hebdomadaire auprès de l'agent et du tuteur à savoir comment l'encadrement s'est passé et comment la personne se sent dans l'équipe et son évolution par rapport aux soins et au fonctionnement de l'unité. Un bilan est prévu au bout d'un mois avec le nouvel infirmier en récupérant l'avis des infirmiers de l'équipe.

En réanimation néonatale, l'évaluation se pratique en plusieurs étapes sur les deux mois d'encadrement. Les bilans de mi- intégration ne sont pas établis systématiquement avec le CDS mais plutôt avec le tuteur. Cependant, le bilan « final » est fait par le cadre de santé avec l'aide du livret de l'agent au regard des objectifs atteints. Si nécessaire, des réajustements sont prévus pour ne pas mettre en difficulté l'infirmier par rapport à sa responsabilité engagée auprès des patients.

Concernant les urgences, le mode d'évaluation se base aussi par une phase d'auto évaluation du nouveau personnel. L'organisation formelle de ce bilan reste une difficulté pour le cadre de santé en terme de concordance de planning du tuteur et du nouvel arrivant.



**Une phase d'évaluation quelle soit formelle ou informelle est systématiquement prévu par le cadre de santé afin de valider la fin du parcours d'encadrement de l'agent. L'évaluation s'inclut donc dans le tutorat des nouveaux arrivants.**

#### **5.1.5 Le tutorat des nouveaux arrivants et des étudiants infirmiers**

Cet item se réfère à la question 8 de ma grille d'entretien. Je souhaitais connaître les éléments divergents et convergents entre le tutorat des nouveaux arrivants et le tutorat des étudiants infirmiers. Existe t'il des freins ou des leviers d'actions concernant la mise en place d'un parcours d'encadrement des nouveaux arrivants dans un service ?

Tout d'abord, je peux noter que l'ensemble des cadres utilisent le terme tutorat pour les deux types d'encadrement proposé dans leurs unités de soins et que les infirmiers qui ont un rôle de tuteur l'exercent auprès des Etudiants de Soins Infirmiers (ESI) et des nouveaux personnels. Ils ont évoqué plusieurs idées concernant le tutorat des ESI.

Le cadre de santé C2 repère des similitudes dans la méthodologie de l'apprentissage et du parcours tutoral des nouveaux arrivants. En effet, elle part du principe que le déroulement de l'encadrement des nouveaux soignants est équivalent mais le différencie avec celui du tutorat des ESI dans la finalité et le but à atteindre.

Il en convient qu'elle nuance ses propos en apportant « *que l'exigence est différente puisque le professionnel qui est en face, il faut qu'au bout de deux mois, qu'il soit capable de s'impliquer seul dans la prise en charge des prématurés* ».

On peut supposer que le cadre de santé amène une notion de compétences à acquérir dans un délai précis concernant les nouveaux arrivants qui ne semble pas être un objectif majeur pour les ESI. L'implication des infirmiers dans le projet tutoral a été forte que ce soit avec les nouveaux personnels que les ESI. Le cadre de santé l'explique par une activité spécifique et pointue nécessitant des compétences complémentaires des soignants reposant probablement sur la responsabilité des IDE encadrantes.

Le CDS C1 aborde cette question sous un angle différent. Elle pose le postulat que l'ESI sera un futur collègue dans l'unité. Elle souhaite que l'équipe soignante s'investisse de la même façon dans l'encadrement des nouveaux et des ESI potentialisé par l'application du nouveau référentiel. Celui-ci entraîne un nombre de stages plus restreint impliquant que l'étudiant ne fera peut être qu'un stage en psychiatrie donc « *il faut qu'il parte d'ici en pouvant être un collègue de psychiatrie* ».

Néanmoins, elle évoque la problématique du nombre d'étudiants à encadrer pendant la même période d'encadrement des nouveaux arrivants. Cette phase a été compliquée pour toute l'équipe.

Cette notion est reprise par le cadre de santé C3 en évoquant la présence de 10 étudiants dans l'unité pendant les périodes de stage. Cela implique une difficulté à nommer un infirmier qui ne soit pas déjà tuteur d'un étudiant. Cependant, les tuteurs ont des plages horaires où ils sont détachés pour avoir des temps de rencontres avec les ESI, sachant qu'au quotidien, les ESI sont encadrés par des professionnels de proximité. Cette problématique d'instauration du tutorat des nouveaux arrivants lui semble peu marquée par rapport au tutorat des ESI car les CDS ont beaucoup communiqué sur le projet. Chacun des acteurs a mesuré l'intérêt d'un tel projet et a su se positionner dans son rôle d'encadrement.

Selon le cadre de santé C3, *« encadrer un nouvel arrivant, tout le monde le comprend bien, parce que tout le monde a été confronté aux difficultés du nouvel arrivant. Alors que se mettre à la place d'un étudiant, cela fait plus longtemps. Les étudiants sont une population large et variée en terme de compétences et de motivation pour un service d'urgences »*. Cela implique que le profil du recruté est particulier et précis facilitant le parcours d'encadrement du nouveau de par ses compétences et sa motivation.

Au décours de cette partie de l'étude, je souhaite apporter un complément d'informations qui n'est pas retranscrit en tant que tel dans les entretiens. En effet, j'ai pu remarquer un nombre important de lapsus faits par les infirmiers concernant les nuances entre les deux tutorats. A plusieurs reprises, les IDE ont eu tendance dans le discours à utiliser le mot nouvel arrivant à la place d'étudiant infirmier et vice-versa. Cette remarque me semble intéressante car il me paraît envisageable d'interpréter ce lapsus comme un élément peut être pas si distinctif dans le quotidien du travail des soignants entre les deux catégories professionnelles ayant trait au tutorat.

**Au terme de cette comparaison du tutorat, nous remarquons qu'il existe des points similaires dans la méthodologie du parcours et de la vision des infirmiers sur le profil du nouvel arrivant et de l'étudiant. Une problématique du nombre de personnes à encadrer reste une difficulté d'organisation mais ne semble pas engager la motivation des acteurs. Les cadres de santé communiquent sur le projet en rappelant les objectifs à atteindre.**

### 5.1.6 Le tutorat et l'intégration du nouvel arrivant dans l'équipe

A travers la question 7 de mon guide d'entretien, j'envisage de déterminer le management du CDS face à l'intégration du nouveau personnel au sein de l'équipe soignante. Le cadre de santé utilise-t-il le tutorat comme un facteur de cohésion d'équipe ?

Cette notion implique de connaître le ressenti des cadres face à l'intégration des nouveaux dans une équipe. Les 3 cadres de santé ont répondu positivement à cette question en mettant en évidence l'importance du travail en équipe et de maintenir une garantie de qualité des soins dispensés aux patients.

La CDS C1 évoque que l'encadrement du nouveau soignant facilite son intégration en terme de réassurance et « *très favorisant pour le nouvel arrivant, cela permet de rentrer dans l'équipe dans de bonnes conditions* ». Cependant, elle reste attentive à l'autonomie du nouvel agent au terme de l'encadrement par le tuteur en faisant référence à « *un confort trop confortable* » ne permettant pas toujours de le responsabiliser.

La CDS C2 ajoute une notion de « *fil conducteur* » et de « *lien* » entre le tuteur et le nouvel agent en terme de transmission des informations, de réajustements et d'intégration avec les autres membres de l'équipe. Cependant, elle ajoute que la cohésion d'équipe renvoie à la valorisation et la responsabilisation des agents de par une autonomie qu'elle leur octroie. « *Cela entraîne des questionnements et une remise en question de leurs pratiques* ».

Il aurait été intéressant que j'approfondisse cette réflexion avec le cadre au cours de l'entretien. L'analyse reste inachevée car elle sous-entend des mots clés importants qui ne peuvent pas, dans ces conditions, amener d'autres hypothèses sur l'impact du tutorat dans l'intégration du nouveau recruté dans l'équipe.

Le cadre de santé C3 exprime, quant à lui, la difficulté à identifier le tutorat comme facteur favorable à l'intégration dans l'équipe car les nouveaux arrivants ne peuvent pas comparer avec ou sans tutorat. Néanmoins, le retour des agents confirme la plus-value d'un encadrement avec un tuteur en matière d'apprentissage et de connaissance de l'équipe. Il fait référence notamment à la relation par le biais du tutorat des nouveaux arrivants et leurs tuteurs ayant quelque fois une personnalité charismatique forte. Selon lui, « *on a créé une dynamique intéressante et surprenante* ».

Je souhaite apporter son exemple concernant un tuteur ayant une personnalité forte qui permet d'entrevoir cette relation particulière qui amène également une relation durable dans le temps ce qui semble profitable pour la vie d'une équipe. En effet, il évoque « *je vois qu'avec certains IDE qui ne sont pas toujours simple d'abord, le fait de les mettre tuteur, le nouvel arrivant au final le connaît mieux que s'ils s'étaient juste côtoyés entre simples collègues. Il*

*l'apprécie mieux, il le comprend mieux et a un regard différent que les autres vis-à-vis de ces infirmiers à fort caractère. Je pense à un IDE en particulier où l'on remarque une réelle différence dans ses liens avec les personnes dont il a été tuteur et le reste de l'équipe ».*

*Enfin, « une autre preuve de la réussite du tutorat dans l'intégration d'équipe est l'ambiance générale de cette équipe, ils s'entraident et il n'y a pas de tension entre les infirmiers. Le tutorat contribue dans la manière dont le nouvel arrivant va se sentir accueilli avec tout ce qu'on a mis en place. (...) Au final, nous n'avons jamais de véritables preuves de l'efficacité du tutorat hormis des petites choses du quotidien ».*

Cette dernière idée me semble primordiale dans le cadre de ce travail car elle apporte des points positifs du tutorat sur l'intégration des agents même si on les considère à petite échelle, n'est-ce pas le rôle du CDS de mettre en place un environnement favorable pour la construction d'une équipe fédérée.

**Nous pouvons donc évoquer un lien favorable entre le tutorat et l'intégration sociale des nouveaux arrivants. Les cadres de santé répondent positivement à cette création de lien et de fil conducteur mais l'impact réel reste difficilement évaluable.**

**Nous pouvons émettre un questionnement sur le fait que le CDS manage réellement par l'outil tutoral en terme de cohésion d'équipe. Cela pourrait correspondre à un objectif qui s'obtient par le fait de mettre en relation deux personnes distinctes en élargissant le tissage des liens par la connaissance du reste de l'équipe.**

### **5.1.7 Le compagnonnage**

Je souhaitais aborder la notion de compagnonnage avec les acteurs interviewés par le tutorat. En effet, ce terme est intimement lié avec la définition du tutorat comme nous avons pu le déterminer dans le cadre conceptuel de mon travail. Cette subtilité m'a interpellée sur le fait qu'un mot pouvait peut être modifier la représentation d'une action. J'ai pu remarquer l'étonnement des cadres de santé face à la question.

En effet, le CDS C1 précise que cette notion ne correspond pas à la vie professionnelle et s'attache « à quelqu'un qui guiderait le chemin, qui aiderait à avancer ». La CDS C2 évoque cette idée comme « ça pourrait être effectivement un terme qui pourrait nous correspondre mais on pense plus tutorat que compagnonnage dans notre profession ».

Enfin, le CDS C3 aborde ce thème comme un terme adapté faisant référence à l'artisanat qui ne semble pas si loin de notre profession avec une notion de gérer l'humain ne se retrouvant pas dans le travail de l'artisan. Il explique que « *ce terme est assez doux, là où le mot tutorat peut inquiéter les gens mettant un côté plus solennel et rigide en instaurant une possible confusion avec le tutorat des étudiants. (...) Dans le compagnonnage, on entend aussi de l'humain, de l'entraide, de l'apprentissage. (...) On est dans le juste en utilisant ce terme car il intègre de façon intuitive l'intégration sociale qui va avec l'apprentissage. Cela est extrêmement intéressant et on ne peut pas passer outre* ».

**Le compagnonnage surprend mais pas seulement et il va donc être pertinent de le confronter avec les représentations des infirmiers face à ce terme. Cette approche amène la réflexion de la durée de l'encadrement et la poursuite d'un lien social entre deux personnes d'une équipe au delà d'un parcours tutoral sans omettre la notion d'apprentissage et d'évaluation.**

## 5.2 L'Analyse des entretiens des infirmiers

Après avoir éclairé les données recueillies dans les entretiens des cadres de santé, nous allons maintenant s'attacher à retranscrire les éléments apportés par les infirmiers. Je fais le choix d'utiliser la même méthode en modifiant certains thèmes qui n'ont pas été abordés avec les CDS.

Une synthèse de l'analyse des données des cadres de santé et des infirmiers par croisement des informations sera établie après cette partie de l'étude.

### 5.2.1 La présentation des infirmiers

Un tableau récapitulatif présente le profil des infirmiers interviewés dans l'objectif d'avoir une vision globale des acteurs.

	<b>IDE 1</b>	<b>IDE 2</b>	<b>IDE 3</b>	<b>IDE 4</b>	<b>IDE 5</b>
<b>Structure hospitalière</b>	Etablissement de santé public  Région parisienne	Etablissement de santé public  Région parisienne	Etablissement de santé public  Région parisienne	Etablissement de santé public  Région parisienne	Etablissement de santé public  Paris
<b>Unité de soins</b>	Psychiatrie	Psychiatrie	Psychiatrie	Réanimation néonatale	urgences
<b>Age</b>	44 ans	32 ans	26 ans	34 ans	37 ans
<b>Année de diplôme infirmier</b>	1997	2004	2011	1999	1999
<b>Ancienneté dans l'unité</b>	2 ans (dont 7 ans dans le pôle de psychiatrie)	1 an (dont 8 ans dans le pôle de psychiatrie)	2 ans	13 ans	1 an
<b>Durée de l'encadrement lors de la prise de poste dans l'unité</b>	Non renseigné	aucun	1 mois	1 mois	1 mois
<b>Tuteur des ESI</b>	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>Tuteur des nouveaux soignants</b>	Oui	Oui	Non	Oui	Non

Figure 4 : réalisée par mes soins

Nous pouvons noter que l'échantillon des infirmiers présente plusieurs profils avec une différence d'expérience professionnelle et des missions de tuteurs selon la catégorie (nouveaux arrivants, ESI). Néanmoins, il aurait été pertinent de s'entretenir davantage avec des nouveaux infirmiers diplômés depuis le nouveau référentiel afin de pouvoir confronter les attentes d'un encadrement optimal en fonction des compétences acquises pendant leurs études. Dans le cas de cette enquête, nous avons seulement un jeune diplômé. Il sera intéressant tout de même de comparer les représentations du tutorat de chacun en fonction de leurs expériences et du vécu de leur propre encadrement à leur arrivée dans l'unité.

### 5.2.2 Le vécu de la prise de poste

Tout d'abord, nous pouvons noter que presque tous les infirmiers ont leur première prise de poste dans l'unité où ils sont devenus tuteurs des nouveaux arrivants. Ils expriment tous positivement un accueil agréable et « festif » pour certains. L'encadrement s'est résumé à deux ou trois jours voire une absence totale de doublon avec un infirmier expérimenté. Cependant, le ressenti n'est pas pour autant négatif car celui-ci se dirige vers une connaissance malgré tout de l'unité antérieure suite à un stage en tant qu' ESI. Nous remarquons également que ces infirmiers interrogés avaient peu voire pas d'expérience avant leur prise de poste dans l'unité où ils travaillent actuellement.

**Néanmoins, ils sont tous désormais tuteur des ESI et/ou des nouveaux arrivants. Nous pouvons émettre l'hypothèse que la qualité de l'accueil lors de la prise de poste influence l'impact d'une vigilance et d'une motivation pour être tuteur du nouveau personnel dans l'idée de reproduire et transmettre ce que l'on a pu vivre.**

De plus, je souhaite rebondir sur le discours d'une infirmière qui évoque l'idée d'être très sensible à laisser le temps au nouvel arrivant de prendre ses repères. Cette réflexion semble être contradictoire par rapport à son vécu où l'absence de son encadrement ne l'a pas perturbée voire installée directement dans une position de responsabilité professionnelle concernant la prise en charge des patients.

Ce point de vue n'exclut pas une prise en considération de l'agent dans un contexte de changement mais nuance ses propos en expliquant *« je me suis sentie soutenue par l'équipe mais ca m'a quand même déstabilisée. Je n'avais pas beaucoup confiance en moi à ce moment là. C'était un peu difficile mais ca ne m'a pas empêché d'avancer et du coup ca m'a permis de prendre position tout de suite »*.

Nous pouvons noter que le soutien de l'équipe a semblé être profitable pour l'intégration de l'infirmière sans qu'un encadrement par tutorat soit effectif. Si, on extrapole, nous pouvons

nous questionner sur la pertinence d'un tutorat réel par rapport à l'importance d'une intégration et d'un soutien des professionnels.

**Cependant, ne faut-il pas s'interroger, actuellement, sur les conditions de travail influençant une modularité de l'encadrement ou existe-il des modifications des profils des infirmiers impliquant un allongement de la durée du tutorat des agents ?**

**Cette question peut renvoyer à l'idée de la modification des études paramédicales associée au nouveau référentiel incluant une approche de l'encadrement différente avec un contenu des transmissions de savoirs mais également avec une adaptation des nouvelles générations des professionnels en phase avec leurs attentes et leurs interprétations du travail. Cette remarque ne pourra pas être vérifiée dans ce travail de par un échantillon trop restreint sur les différentes générations proposées.**

### 5.2.3 L'accompagnement

#### 5.2.3.1 La représentation de l'accompagnement

Dans cette partie de l'étude, je fais le choix de synthétiser les données à l'aide d'un tableau afin d'identifier plus clairement les différentes représentations de l'accompagnement pour les infirmiers sous forme de mots clés.

	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	IDE 5
accompagnement	Bienveillance Convivialité Notion d'équipe Acquisition d'un savoir être et d'un savoir faire Se sentir soutenu et pas seul	Accueillir Se sentir à l'aise Ne pas laisser seul Répondre à ses questions Le laisser autonome Une présence	Accueil Information Explications Temps d'observation Mettre à l'aise	Accueil Adaptation en fonction du cursus du nouvel arrivant Se positionner Elaboration d'objectifs	Tutorat Intégration Vie d'équipe

Figure 5 : réalisée par mes soins



Nous remarquons, au travers de la définition de l'accompagnement, que certaines notions apparaissent plusieurs fois. En effet, l'accueil, la notion d'équipe et le fait de ne pas laisser seul le nouveau sont des termes très présents dans le discours des IDE. On peut également notifier certaines caractéristiques de l'accompagnement se répartissant par les buts à atteindre (acquisition de compétences du nouvel arrivant en fonction des objectifs fixés) et par l'approche relationnelle (contexte de convivialité et de bienveillance).

**Nous pouvons émettre l'idée que l'accompagnement reste synonyme d'accueil et de présence. Les mots clés peuvent démontrer une certaine logique dans les étapes de l'accompagnement correspondant à la phase d'accueil, phase tutorale et d'intégration. L'association entre la notion de tutorat et d'accompagnement est effective. Nous essaierons d'approfondir cette notion au travers des questions suivantes.**

Un parallèle semble intéressant entre le vécu des infirmiers lors de leur prise de poste et puis en tant qu'accompagnant d'un nouvel arrivant.

Existe-il des écarts ? Si oui, sont-ils un frein à la qualité de l'encadrement et de l'intégration dans l'équipe soignante ?

En effet, il existe un écart dans la durée de l'encadrement pour 2 IDE sur 5 mais elles ne remettent pas du tout en cause la qualité de l'accueil et une éventuelle augmentation des difficultés concernant la prise en charge des patients. Cependant, une d'entre elles évoque la différence de charge de travail ne permettant pas l'instauration d'un tutorat aussi long lors de sa prise de poste.

**Cet écart ne semble pas être un frein à la qualité de l'accueil et du tutorat actuellement dans les unités. La représentation de l'accompagnement est en adéquation avec le ressenti positif qu'ils ont eu dans leurs prises de poste même si le délai d'encadrement était moins conséquent.**

### **5.2.3.2 La mise en place du parcours d'encadrement**

La mise en place du parcours d'accompagnement s'identifie dans un premier temps dans l'élaboration d'une politique institutionnelle d'intégration des nouveaux arrivants. Nous allons tout d'abord nous intéresser sur la connaissance des IDE face à l'existence d'une politique dans leur établissement.

Trois infirmiers sur 5 expriment l'existence d'une politique institutionnelle se rapportant à une charte du nouvel arrivant associée à une présentation de l'établissement sur une journée

d'intégration. Néanmoins, ils exposent la difficulté d'adaptation dans leur unité et le délai inadéquat de la journée d'intégration. Nous remarquons en faisant un comparatif avec le discours des cadres que l'existence d'une politique d'intégration est connue par l'infirmière et pas par le cadre travaillant dans la même unité.

**Nous pouvons nous poser la question de la représentation de cette politique par les acteurs de santé. Leurs conceptions semblent différentes et synonymes d'une autre démarche face à cette politique d'intégration. L'existence ou non de cette politique institutionnelle n'exclut pas l'implication des professionnels dans un projet tutoral au sein des services. Cela ne correspond donc pas à un frein à l'instauration d'un tel projet. L'hypothèse que le cadre de santé soit un élément majeur à l'impulsion d'un projet de tutorat au sein de l'unité semble se confirmer.**

Dans un second temps, nous allons nous intéresser au parcours d'encadrement instauré dans les unités selon les infirmiers. Je fais le choix de ne pas réitérer les éléments du parcours que j'ai pu établir avec les entretiens des cadres de santé mais je vais évoquer les points divergents et les points forts de ce projet au vu des avis des infirmiers.

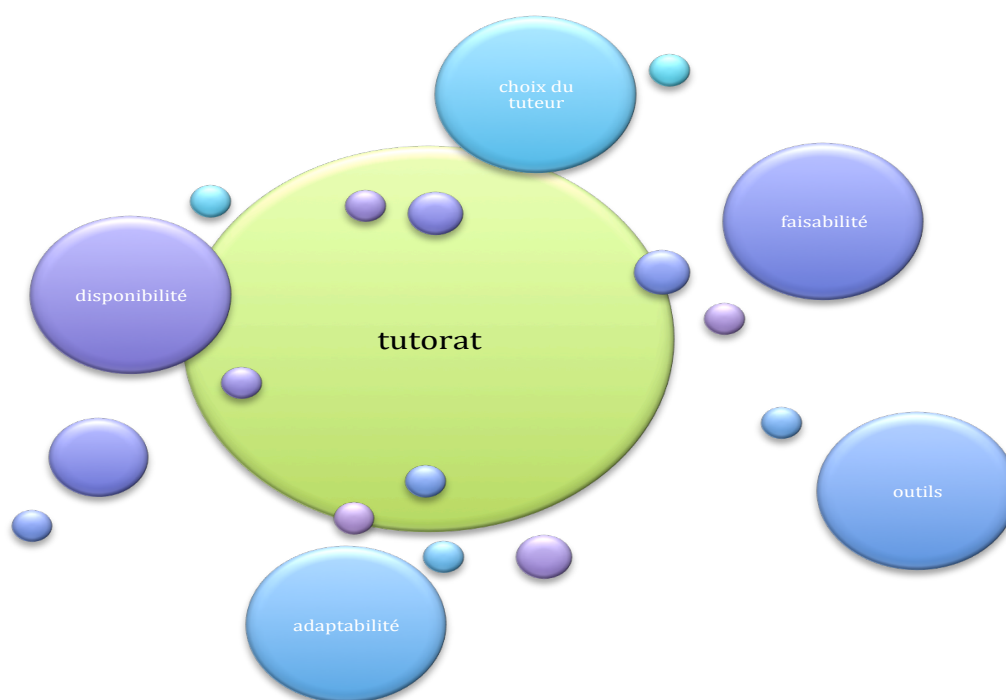
On retrouve une durée d'encadrement coïncidant avec le discours des cadres respectifs en ajoutant la notion essentielle d'**adaptabilité** selon le profil du nouvel agent au vu de son expérience professionnelle et de ses points à améliorer.

La réflexion se fait également sur le **choix du tuteur** afin de permettre un suivi pertinent du nouvel arrivant. En effet, l'IDE 4 fait référence aux précautions qu'elles prennent pour nommer un tuteur. Elle est sensible à la **disponibilité** du tuteur pour le nouveau personnel sur toute la durée du tutorat. Elle rappelle les modalités d'encadrement en notant l'importance *« d'être la personne ressource, on fait des bilans mais on ne se substitue pas à nos collègues qui assurent un encadrement de proximité »*.

Les outils mis à disposition pour le tutorat sont également présentés avec insistance pour les infirmiers. L'existence de classeurs concernant la présentation du service, les pathologies rencontrées dans l'unité, les protocoles ainsi que les modalités de commandes de pharmacie et les dates de péremption. Ces **outils** ne sont pas spécifiques aux nouveaux arrivants mais restent une aide pertinente à la connaissance de l'établissement et à **l'organisation de l'unité**. Cet aspect est un élément indispensable à l'encadrement des nouveaux agents afin de proposer une qualité de prise en charge des patients de par une maîtrise des outils et d'organisation des soins.

Enfin, j'évoque la prise de conscience des infirmiers quant à la **faisabilité** du tutorat dans leurs unités de par un écart bien perçu entre le travail prescrit et le travail réel. En effet, ils estiment que l'idéal n'est pas toujours accessible mais ils essaient de parvenir au mieux en fonction des problématiques de fonctionnement de l'unité pour mener à bien un encadrement de qualité.

**En résumé de ce parcours d'encadrement, il semble intéressant de relever les mots clé faisant écho aux objectifs des tuteurs auprès des nouveaux arrivants dans le schéma récapitulatif ci-dessous.**



**Figure 6 réalisée par mes soins**

### **5.2.3.3 Le rôle dans l'encadrement**

Nous allons évoquer le rôle des tuteurs au service des nouveaux arrivants par l'intermédiaire des actions proposées et du système d'évaluation.

L'implication du rôle du tuteur se joue sur la posture. En effet, l'IDE 2 évoque le positionnement du tuteur dans « *je laisse une autonomie à la personne que je double. Il a son secteur de patients et moi je suis là en plus pour l'aiguiller, répondre à ses questions* », elle ajoute également une notion de transmissions des savoirs et de son expérience sans imposer ses idées. Elle reste sensible à donner des conseils et à faire repérer les éléments évocateurs de

certains symptômes auprès des nouveaux arrivants en adoptant plusieurs méthodes d'apprentissage.

Cette attitude est également repérable dans la conception du rôle de tuteurs au travers d'autres entretiens infirmiers. En effet, l'IDE 1 exprime l'importance de transmettre des savoirs faire et des savoirs être mais une complexité s'ajoute au public des jeunes diplômés qui, selon lui, n'attend pas la même chose et « se braque » facilement face aux remarques. La conception de transmission est à adapter en fonction du public concerné.

**Le positionnement du tuteur en terme de transmission des savoirs et de l'expérience est indispensable pour maintenir une qualité d'encadrement des nouveaux agents en prenant en compte le contexte et profil du nouveau.**

L'évaluation du nouvel agent est clairement identifiable dans le discours des infirmiers. En effet, on remarque différentes phases d'évaluation pendant le cursus d'encadrement. Je note des bilans de mi intégration avec présence d'objectifs fixés et des bilans de fin d'intégration mettant en évidence le passage à l'indépendance et aux responsabilités du nouvel arrivant dans ses missions dans l'unité.

Cette étape semble cruciale pour valider les compétences du nouvel agent nécessaires à la prise en charge des patients et de percevoir une légitimité auprès des membres de l'équipe soignante.

L'IDE 3 évoque cette notion au travers du récit de son bilan de fin d'encadrement. Il cite « *c'est l'acte marquant qui détermine le moment où demain tu arrives et tu ne sera pas doublé. Il nous fait face à nous même, si je fais une erreur, c'est de ma responsabilité, c'est moi* ».

Nous remarquons la prise de conscience du nouvel arrivant concernant ses responsabilités qu'il va engager à partir du moment où le bilan est établi et accordant la fin de ce doublon. Cet IDE ressent une angoisse face à ce bilan mais aussi un sentiment de réassurance dans l'idée qu'il a encore l'opportunité de dire ce que l'il ressent.

**La notion de responsabilité après la phase tutorale est importante pour le nouvel agent proposant la poursuite de son cursus professionnel.**

Enfin, il est important d'aborder la difficulté d'évaluer ses pairs dans le tutorat. Nous pouvons noter certaines problématiques en terme de représentation de l'évaluation. En effet, deux infirmiers sur 5 évoquent cette notion sachant que deux infirmiers n'ont pas encore réellement effectué des tutorats des nouveaux arrivants. Ils expriment une difficulté à aborder les problèmes de comportements non adapté avec le patient et l'équipe auprès de leurs collègues.

L'IDE 1 évoque « *c'est beaucoup plus compliquer pour eux de dire à leurs collègues que là ça déconne complètement, disons qu'ils ont une retenue qu'ils n'ont pas avec les élèves* ».

La présence d'un supérieur hiérarchique semble un élément de solution face à l'évaluation. En effet, les tuteurs donnent le relais pour affronter les difficultés d'encadrement des nouveaux arrivants auprès du cadre de santé. L'idée d'évaluer ses pairs peut poser un problème de jugement auprès des tuteurs.

**La présence du cadre de santé semble primordiale dans cette phase d'évaluation. On peut supposer que celle-ci se doit d'être pratiquée par seulement le CDS afin d'éviter un positionnement délicat voire défavorable dans le rôle des tuteurs et la poursuite du projet. Cette approche est confirmée dans le discours des cadres de santé où on voit apparaître la présence de celui-ci dans les bilans de fin d'intégration. Nous pouvons supposer que cette difficulté d'évaluation des tuteurs est prise en compte dans le management des cadres de proximité.**

#### 5.2.4 Les représentations du tutorat des nouveaux arrivants et les ESI

Je souhaitais aborder cette question avec les acteurs de santé afin d'essayer d'analyser l'existence ou non d'un impact entre le tutorat des nouveaux arrivants et le tutorat des ESI pouvant être synonyme d'une charge de travail supplémentaire et conséquente face notamment au remplissage du port folio. D'après le cadre théorique, nous avons vu que le nouveau référentiel a amené de nouvelles méthodes d'apprentissage avec une approche réflexive plus conséquente et définie dans le cursus des études infirmières.

Nous remarquons à travers les entretiens que les infirmiers déterminent des éléments divergents et convergents concernant les deux tutorats.

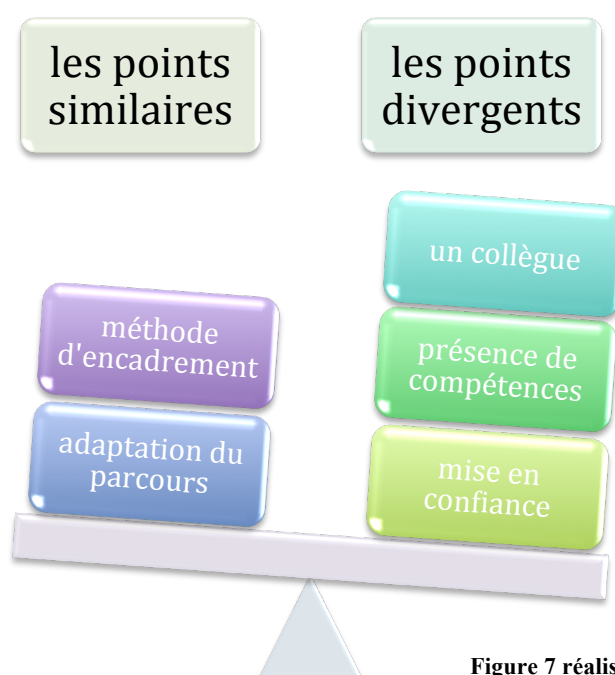


Figure 7 réalisée par mes soins.

Ce schéma met en exergue les différents points de vue sous forme de mots clés. En effet, nous pouvons noter que la méthode d'encadrement reste un élément conjoint dans les deux types de tutorats en n'oubliant pas la notion d'adaptation du parcours en fonction des compétences acquises de l'étudiant ou du nouvel arrivant.

Néanmoins, certains points divergent tel que le profil des agents, le niveau de compétences et le contenu des connaissances à apporter. Cela s'exprime par la distinction que les infirmiers font entre le nouvel arrivant qui est diplômé donc un collègue et un étudiant qui reste en position d'apprentissage et d'acquisition des compétences. Cette différence est fortement marquée par un positionnement facilitant pour le tutorat des nouveaux arrivants dans l'idée que l'agent va faire partie de l'équipe et les tuteurs vont intervenir dans les compétences organisationnelles spécifiques de l'unité et la transmission de leurs savoirs au bénéfice de l'agent et des patients.

Cette idée est identifiée par l'IDE 4 concernant son ressenti sur le tutorat qu'elle a pu avoir à son arrivée. En effet, elle cite « *je vois un lien évident, si ce n'est dans le positionnement. Pour l'avoir vécu il y a un an, à aucun moment, je me suis sentie en position d'étudiante comme un premier jour où on ne sait pas comment se positionner dans l'équipe* ».

Enfin, une approche concernant la manière d'encadrer se situe également dans le contenu des apports théoriques et techniques que les tuteurs transmettent. En effet, l'IDE 3 précise que cet encadrement impacte sur une prise en charge globale des patients se rapportant à l'opposé des objectifs des étudiants qui recherchent à effectuer des soins techniques précis en terme de dextérité et d'exécution.

**Nous pouvons identifier des éléments similaires au travers des deux types de tutorat mais cela ne semble pas affecter la motivation du personnel soignant à pérenniser le projet tutoral en prenant conscience de l'intérêt spécifique de l'encadrement. Le poids de l'évaluation des compétences au travers du port folio ne semble pas être au détriment d'un tutorat des nouveaux arrivants car le principe semble clairement défini et compris par l'ensemble de l'équipe soignante.**

### 5.2.5 Le tutorat et l'intégration dans l'équipe

Ma question de recherche s'est déterminée en fonction de la notion d'intégration du nouvel arrivant dans l'équipe. Le tutorat est-il un outil intégratif dans une équipe au profit de la qualité des soins dispensés aux patients.

Cette question que j'ai pu abordé dans les entretiens renvoie à cette idée d'intégration. Les réponses ont été très pertinentes autant dans le contenu que dans le ressenti des infirmiers.

En effet, les IDE répondent positivement à cette notion. Ils évoquent une évidence pour l'intégration des nouveaux personnels dans l'équipe. Ils utilisent les mots « assurance, esprit d'équipe, bienveillance, entraide et sécurisant pour l'équipe et le nouvel agent ».

Une IDE émet l'idée que l'intégration dépend également de la personnalité du nouvel agent. Elle fait référence à un encadrement étroit, « *un binôme constant voire intime, on va le suivre sur un certain nombre de soins afin d'être après dans la collaboration et non dans la surveillance. Cet encadrement peut être mal toléré ou mal perçu mais on arrive à rapidement se connaître* ».

Une autre ajoute la nécessité d'une intégration pour assurer le quotidien en terme de soins dispensés en psychiatrie. Elle évoque que la mise en œuvre de l'intégration est indispensable pour que l'équipe soit soudée associée à un fonctionnement optimal. Dans la pratique, « *on le laisse jamais seul, on l'invite à déjeuner avec nous* ».

Enfin, il me semble intéressant de comparer ces impressions avec le vécu des nouveaux arrivants qui ont pu bénéficier du tutorat dans ces mêmes unités. L'IDE 5 exprime un aspect positif de l'encadrement en citant « *j'ai beaucoup apprécié cet accompagnement, ça m'a permis d'une part de trouver mes marques plus rapidement et de me sentir moins seule. J'ai très rapidement senti que j'avais ma place au sein de l'équipe* ».

Je finirai cette partie de l'enquête par une citation d'un IDE qui m'a touchée dans sa conception du travail en équipe. Il évoque que « *notre travail est la clé du relationnel dans nos soins donc on est obligé d'être relationnel entre nous* ».

**En résumé, le tutorat et l'intégration dans l'équipe vont de soi dans la conception que les infirmiers en ont. Effectivement, cette idée intégrative semble nécessaire pour prodiguer des soins de qualité en favorisant l'accueil et l'intégration des nouveaux au sein d'une équipe fédératrice. La cohésion d'équipe n'est pas exprimée en tant que telle mais le discours des IDE s'attache à cette notion comme nous avons pu le déterminer dans le cadre conceptuel par rapport à la notion d'équipe et de cohésion selon les auteurs cités.**

### **5.2.6 Le compagnonnage**

Cette idée que j'ai pu également aborder avec les cadres de santé a eu son effet de surprise mais peut être moins prononcé avec les infirmiers. Deux personnes sur 5 ont pensé que ce terme n'était pas révélateur du monde professionnel dans lequel ils travaillent. Ils l'associent à quelque chose de « ludique » ou « amical ».

Néanmoins, ils le définissent comme un accompagnement. Ils se laissent une ouverture d'esprit de ce terme par l'idée qu'il met en lien deux personnes en favorisant la cohésion d'équipe. Ce lien étant plus fort avec le référent du tutorat.

L'IDE 3 fait référence à l'Ecole Boulle<sup>105</sup> abordant une forme d'apprentissage avec ses pairs. Il conçoit le mot compagnonnage comme une opportunité de mieux choisir son futur poste dans une sérénité et une confiance plus distinctes de par un statut de diplômé et non d'étudiant. Il évoque également l'occasion d'entrevoir un parcours d'accompagnement permettant de découvrir plusieurs postes.

L'IDE 1, quant à lui, évoque la notion de compagnonnage comme un élément facilitant par rapport au tutorat. Il exprime moins de notion de jugement et d'évaluation des connaissances et des pratiques. Selon lui, « *le mot compagnonnage renvoie à un accompagnement, on fait ensemble et on réfléchit ensemble* ».

Enfin, l'IDE 5 remarque qu'elle a vécu un compagnonnage au travers du tutorat qu'elle a reçu à son arrivée dans le service. Elle le définit comme « *j'étais accompagnée, guidée sans être étouffée. Je savais pourtant que j'étais observée mais cette observation était franche donc légitime* ».

Le compagnonnage est donc une forme de tutorat selon l'interprétation des infirmiers. Ils le définissent comme un guide et une création de liens entre le tuteur et le nouvel arrivant. De plus, il fait moins appel à la notion de jugement et d'évaluation qui semble une des difficultés pour les tuteurs à se positionner face à leurs nouveaux collègues lorsque des problèmes comportementaux subsistent.

**Nous pouvons émettre l'hypothèse que ce terme n'est pas inadéquat dans le monde de la santé car il rejoint l'accompagnement et la guidance.**

**Compte tenu des discours des cadres de santé et infirmiers, il semble que ce terme arrive trop tôt dans le langage paramédical et que le mot tutorat soit adapté à la conception que les soignants ont de cette méthode d'encadrement.**

**Cependant, nous ne remarquons aucune opposition franche à l'utilisation du terme compagnonnage dans le monde de la santé mais amène plutôt une réflexion autour de sa pertinence sur le terrain.**

---

<sup>105</sup> <http://www.interiorscreation.fr/lecole-boulle-un-prestige-international/> (consulté le 20/04/13).



## 6 La Synthèse des résultats

L'analyse des entretiens des cadres de santé et des infirmiers permet de retenir des éléments clés dans l'instauration du parcours d'encadrement des nouveaux arrivants dans une unité de soins. Nous envisageons de redéfinir les données par thèmes.

En effet, nous abordons le parcours d'intégration du nouvel arrivant allant du recrutement jusqu'à son accompagnement au sein de l'équipe soignante, le rôle du cadre de santé dans l'application du tutorat au travers des outils à disposition, dans la conduite de projet et enfin la notion de tutorat et son impact dans le quotidien des acteurs de santé.

### 6.1 Le parcours d'intégration du nouvel arrivant

Tout d'abord, nous remarquons l'importance de l'existence d'un parcours d'intégration du nouvel arrivant au sein de l'institution et de l'unité de soin. Ce parcours inclut un entretien de recrutement, un entretien d'accueil par le CDS à son arrivée et un parcours d'accompagnement formalisé afin de favoriser la qualité des soins dispensés aux patients et de faciliter l'intronisation de l'agent dans l'équipe soignante existante. Cette idée est confortée par les avis des infirmiers qui mettent l'accent sur la qualité de l'accueil et de l'accompagnement du nouvel agent pendant la phase d'encadrement.

Ce parcours d'intégration n'est pas intervenu dans mon cadre conceptuel, il me semble donc indispensable d'aborder cette notion au regard des résultats de l'enquête. En effet, la HAS propose dans le manuel de certification de juin 2009 une partie concernant le management des établissements de santé où la présence de l'intégration des nouveaux arrivants est notifiée en plusieurs étapes.

*« L'intégration de tout nouvel arrivant est organisée. Tout nouvel arrivant reçoit une information sur l'établissement et son futur secteur d'activité lui permettant l'exercice de sa fonction. L'évaluation de l'efficacité des mesures d'intégration donne lieu à des actions d'amélioration »<sup>106</sup>.*

Cette idée renvoie à une nécessité de prendre conscience de l'intégration des nouveaux arrivants au sein d'un établissement afin de fidéliser le personnel et de maintenir une garantie de qualité des soins auprès des patients. Cette fidélisation s'associe aux comportements des nouvelles générations qui ont d'autres attentes face au travail.

---

<sup>106</sup> Manuel de certification de la HAS, juin 2009, p 22 sur 100, disponible sur [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-12/20081217\\_manuel\\_v2010\\_nouvelle\\_maquette.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-12/20081217_manuel_v2010_nouvelle_maquette.pdf) (consulté le 30/04/13).

Cela nécessite d'adapter la gestion des ressources humaines et le management des cadres de proximité afin de répondre aux diverses problématiques telle que la transmission des savoirs et le maintien d'une qualité des soins compte tenu du contexte économique défavorable.

Cette idée renvoie à la Gestion Prévisionnelle des Métiers et Compétences (GPMC) et la pertinence des fiches de poste dans le but de répondre par l'intermédiaire du recrutement aux besoins et spécificités de l'unité par rapport aux compétences des agents recrutés.

Le développement des compétences permet de développer le savoir, le savoir faire des professionnels dans l'ensemble des secteurs d'activités à travers une approche individuelle et collective. Cette notion a été abordée à plusieurs reprises dans les entretiens CDS et infirmiers confirmant l'importance d'appréhender les besoins de l'unité et de les mettre en lien avec les compétences attendues du personnel soignant.

Cette notion est reprise par Guy LE BOTERF en notifiant que chacun des acteurs de santé a un rôle à jouer dans l'apprentissage et l'approfondissement des compétences individuelles et collectives au travers de différents outils tel que « *le développement de ressources par la formation, l'organisation de dispositifs d'analyse et de partage de pratiques, le tutorat, le compagnonnage* »<sup>107</sup>.

Enfin, concernant cette partie de l'analyse, je souhaite mettre en évidence la responsabilité du CDS face à l'intégration des nouveaux soignants par l'intermédiaire d'Hervé BRIZON, cadre infirmier et ingénieur maître en management des services de santé.

Il fait référence aux objectifs fondamentaux d'intégration des nouveaux arrivants tels que « *s'assurer que son service fonctionne dans le but de produire des soins efficaces et des prises en charge de qualité ; organiser les activités de son unité et en assurer la stabilité ; assumer la responsabilité de l'élaboration de la stratégie et adapter de façon contrôlée son organisation à un environnement changeant. Le cadre infirmier est le pilier de l'atteinte de ces objectifs et doit tenir l'ensemble des rôles qui lui incombent* »<sup>108</sup>.

Ces objectifs se déclinent par étapes dans la stratégie d'intégration regroupant l'entretien de recrutement, l'entretien d'accueil avec le CDS le premier jour du soignant et le déroulé de l'encadrement avec ses phases d'évaluation.

---

<sup>107</sup> LE BOTERF Guy. Op.cit., p 89.

<sup>108</sup> BRIZON Hervé. *L'intégration de nouveaux soignants*. Collection Encadrer à l'hôpital, Editions Masson, paris, 2002, p 5 sur 107.

Nous remarquons donc l'importance d'établir un programme formalisé pour favoriser les conditions optimales d'intégration du nouvel arrivant. Les CDS interviewés démontrent ce souhait voire un déroulement de l'encadrement pré établi en mettant en évidence l'impact majeur de l'entretien de recrutement et d'accueil.

La stratégie d'intégration des nouveaux arrivants se décline par la responsabilité du cadre de santé à apporter des actions.

## 6.2 La politique institutionnelle

Cette démarche implique la présence du cadre de santé par des actions diverses sur toutes les étapes du parcours. Nous identifions un réel engagement des CDS dans la politique d'accueil des nouveaux arrivants au sein de leurs unités.

En effet, l'instauration d'un tutorat s'est montrée bénéfique et surtout portée par les CDS et leurs équipes respectives. La présence d'une politique institutionnelle ne semble pas émerger réellement ni impacter dans la réalisation d'un projet d'équipe. L'avis des infirmiers confirme cette idée sachant que pour eux, il existe une politique institutionnelle concernant l'intégration des nouveaux arrivants. Nous pouvons nous demander en fonction de la position des acteurs de santé si la représentation institutionnelle est similaire et si elle impacte réellement sur ce type de projet tutoral au sein des unités de soins.

De plus, il semble intéressant de confronter l'institution et l'adaptabilité du parcours d'un nouvel arrivant. En effet, cela paraît difficile de proposer un parcours d'intégration semblable dans chaque unité de soin. Une ligne directrice peut être souhaitable mais son application et sa conception à travers le tutorat se doivent d'être adaptées en fonction de la spécificité de l'activité de soin mais également le vécu professionnel, la personnalité et les attentes du nouvel arrivant.

La subtilité et la pertinence de l'encadrement d'un nouvel arrivant ne peuvent pas être, selon moi, préconisées par un parcours d'intégration standardisé par l'institution.

Nous pouvons en déduire que l'absence institutionnelle n'est pas un frein à la motivation des cadres de santé à s'inscrire dans un projet tutoral. Nous pouvons émettre l'hypothèse que la conduite de projet réalisée par le CDS favorise la réussite du tutorat par une communication adaptée concernant les objectifs et buts à atteindre. La mise en place d'un tutorat a été portée par le choix du CDS à s'investir sur ce thème. Cependant, nous pouvons également évoquer la spécificité de l'activité soignante nécessitant une recherche de compétences et d'expertise des agents.

## 6.3 Les modalités du tutorat

Le rôle du cadre de santé s'inscrit dans plusieurs actions face à la mise en œuvre d'un tutorat. Il débute par la connaissance des besoins de l'équipe et de l'unité et par la motivation à mener une politique de tutorat. Celle-ci apporte une plus grande implication de l'équipe dans le processus d'intégration, un partage des responsabilités et un gain de proximité pour le nouveau soignant (le tuteur étant un pair professionnel qui travaille en temps réel avec lui).

### 6.3.1 L'accueil et l'accompagnement

Les termes d'accueil et d'accompagnement sont les mots les plus utilisés par les interviewés lors des entretiens. Ce constat est pour moi fort de sens. En effet, ils traduisent une qualité d'encadrement par « le début du commencement » c'est-à-dire un véritable accueil de la personne et un accompagnement bienveillant tout au long du parcours d'intégration.

Nous remarquons que les infirmiers minimisent leurs actions en citant « des petites choses du quotidien » telles que l'attention portée à ne pas laisser le nouveau seul, le présenter à l'ensemble de l'équipe. Cependant, « ces petites choses » peuvent avoir des répercussions positives pour l'intégration du nouvel agent.

En effet, Hervé BRIZON évoque le premier jour d'arrivée comme « *le moment du premier contact entre le nouveau soignant et sa future équipe et ambiance de travail. C'est également le début « réel » de la période d'intégration. A ce double titre, les répercussions positives ou négatives de cette étape peuvent se faire sentir très longtemps* »<sup>109</sup>.

### 6.3.2 Le choix des tuteurs

Les CDS rapportent l'importance du choix des tuteurs en fonction de leurs compétences pédagogiques, techniques mais également leurs capacités relationnelles sans omettre une expérience professionnelle permettant de transmettre leurs savoirs. Cette approche se confirme par le discours des infirmiers quant à leurs motivations à devenir tuteurs et l'intérêt qu'ils portent à la transmission de leurs expériences et à la disponibilité qu'ils accordent.

La notion de volontariat semble essentielle pour le tutorat car elle implique un investissement professionnel et un temps conséquent à consacrer en plus de la charge en soin quotidienne. Cette idée questionne, compte tenu des restrictions budgétaires et des conditions de travail dégradées, ne sont-elles pas des freins à maintenir un « vivier de tuteurs » ?

---

<sup>109</sup> BRIZON Hervé. Op.cit., p 42.

### 6.3.3 Les outils du tutorat

Les CDS mettent à disposition des outils de suivi du tutorat dans le but de formaliser et unifier le parcours d'encadrement afin que l'implication de l'équipe face au projet soit effective.

La création de ces outils peut être une participation active de l'ensemble des acteurs de santé de par un management participatif du cadre. Néanmoins, nous pouvons identifier au travers des entretiens que l'absence d'outils ne semble pas être un frein au tutorat si la communication et la transparence sont présentes.

Communiquer sur le projet semble un élément majeur à la réussite de celui-ci en mettant en évidence la diffusion des informations et les buts à atteindre.

Néanmoins, il semble important de confronter ce discours à l'actualité de la certification et de l'amélioration continue de la qualité des soins au sein des établissements de santé. En effet, depuis quelques années, le monde de la santé s'inscrit dans un processus de qualité où la traçabilité est un mot d'ordre. La justification par l'écriture et le suivi des process restent des éléments majeurs où les professionnels de santé sont sensibilisés à l'heure actuelle. Cette démarche tutorale s'inscrit dans l'amélioration de la qualité des soins de par un engagement des compétences de l'équipe soignante face à la dispensation des soins auprès du patient. Il semble donc important voire nécessaire de tracer cette activité tutorale afin de permettre une reconnaissance de l'implication des soignants et de démontrer la qualité de l'encadrement proposé dans les certifications.

Enfin, nous remarquons que les IDE s'attachent à décrire la posture d'encadrement qu'ils ont pour permettre un tutorat de qualité en terme de prise en considération de la personne en fonction de son vécu, de son expérience professionnelle et de sa personnalité. L'adaptation du parcours du nouvel arrivant semble le mot d'ordre des cadres de santé et des infirmiers.

## 6.4 Les représentations du tutorat

Au travers de cette partie de l'étude, nous remarquons que les représentations du tutorat des nouveaux arrivants et des étudiants infirmiers semblent bien distinctes même si la méthode d'encadrement comprend des similitudes.

Celles-ci s'attachent à l'approche réflexive de l'apprentissage et de l'approfondissement des compétences se rapportant essentiellement au nouveau référentiel de 2009 des études infirmières. La démarche tutorale semble clairement définie et comprise par les professionnels, incluant des facteurs favorables à la qualité d'encadrement des nouveaux arrivants. Nous pouvons émettre l'hypothèse que la communication et l'impulsion du cadre de santé engagent une compréhension du projet tutoral à travers la motivation de l'équipe soignante.

## 6.5 L'intégration sociale

Le résultat des entretiens concernant le rapport entre le tutorat et l'intégration du nouvel agent dans l'équipe soignante correspond majoritairement à un « OUI ».

Le lien semble se définir de façon automatique en partant du principe que le tuteur aide l'intronisation du nouveau au sein de l'équipe par le fait même de ce binôme. La finalité de cette intégration est essentielle pour certains IDE exprimant la nécessité de communiquer, de travailler en équipe pour dispenser une prise en charge des patients de qualité.

Si on met en parallèle le cadre conceptuel abordant la notion d'équipe, nous retrouvons le fonctionnement d'un groupe en terme d'entraide, de positionnement des acteurs, des rôles bien déterminés et les objectifs communs à atteindre comme peut l'évoquer Roger MUCCHIELLI.

Néanmoins, je souhaite rebondir sur l'absence de la notion de la pression à la conformité lors des entretiens avec les professionnels interviewés. Les problématiques d'intégration dans l'équipe ne sont pas apparues que ce soit par le ressenti des tuteurs que par les nouveaux arrivants qui ont vécu le tutorat et leur prise de poste dans l'unité.

En effet, la théorie de la dynamique des groupes aborde la conformité, selon MUCCHIELLI comme « *une exigence du groupe à l'égard de celui qui y participe. Cette exigence tend à unifier les conduites, les opinions, les perceptions, les informations, les idées. Elle est une pression tendant à assimiler les membres entre eux* »<sup>110</sup>.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que l'outil tutoral facilite l'intégration des nouveaux arrivants en limitant la pression à la conformité qui ne semble pas être significative dans les équipes paramédicales interrogées. Malgré la difficulté à évaluer l'efficacité du tutorat dans l'intégration sociale selon le CDS C3, nous pouvons tout de même envisager des effets positifs de ce type d'encadrement car les infirmiers qui l'ont vécu sont très satisfaits par l'instauration d'une relation de confiance, de réassurance et des points de repères concernant les compétences qu'ils doivent s'approprier pour dispenser une prise en charge optimale des patients.

Je finirai la synthèse des résultats par une citation d'une IDE lors des entretiens exprimant « *je dois dire que grâce à ma tutrice, même en son absence au bout d'un mois d'encadrement, je faisais partie de l'équipe. Certes, j'étais la petite nouvelle mais toujours avec le sourire et les réponses à mes questions en cas de besoin* ». Elle traduit l'intérêt et le but de cet outil tutoral à travers l'acquisition de compétences et l'approche d'une intégration sociale pour le nouvel arrivant.

---

<sup>110</sup> MUCCHIELLI Roger. Op.cit., p 42.

## 7 L'analyse critique

Au terme de cette analyse, il apparaît que les acteurs de santé s'impliquent dans une politique de tutorat au sein des unités de soins de par leurs engagements de qualité d'accueil et d'accompagnement des nouveaux arrivants.

Cette démarche s'associe à l'impulsion que le CDS peut amener auprès de son équipe dans le but d'être sensibilisée à cette phase d'intégration si primordiale pour maintenir les compétences professionnelles indispensables à la qualité des soins et de proposer des conditions de travail en terme d'ambiance et de cohésion pour l'ensemble des acteurs.

Nous remarquons que chacun a son rôle dans un projet tutoral et l'articulation de celui-ci engage sa réussite au profit du patient, de l'institution, des membres de l'équipe et du nouveau personnel.

### 7.1 La revue des hypothèses

Nous allons à présent nous recentrer les hypothèses de départ afin d'en émettre l'infirmité ou la confirmation.

#### Hypothèse n°1 :

lors de l'arrivée d'un nouvel agent, la cohésion d'équipe est déstabilisée par la méconnaissance de l'autre et par un encadrement tutoral non formalisé au sein de l'unité.

Il me semble opportun de critiquer mon travail quant à la formulation de cette hypothèse. En effet, il me paraît difficile après avoir analysé le contenu de l'enquête de répondre à cette hypothèse. Tout d'abord, sa formulation est trop complexe et inclut surtout plusieurs éléments qui sont peut être non pertinents. Je peux également remettre en question les éléments que j'ai souhaité aborder dans mon guide d'entretien qui ne permet pas de répondre à cette hypothèse.

Cependant, cette idée fait écho malgré tout à l'absence de la pression à la conformité dans le discours des acteurs interviewés. Si, je m'appuie sur la littérature, cette conformité est présente de façon inconsciente dans tout groupe mais son degré d'existence n'est-il pas réduit par la politique du tutorat ?

Hypothèse n°2 :

La pratique d'encadrement « chronophage » des étudiants infirmiers ne facilite pas l'impulsion de la mise en place d'un tutorat du nouvel arrivant dans un service de soins.

Cette hypothèse n'est pas confirmée selon le discours des CDS et des IDE. En effet, ils expriment clairement une distinction entre les deux types de tutorat et la motivation qu'ils ont eu à s'inscrire dans ce projet d'intégration des nouveaux arrivants dans l'unité de soin. Ils ont tendance à s'appuyer sur la pédagogie et l'approche réflexive du nouveau référentiel de 2009. L'utilisation du port folio n'est pas un frein à l'instauration d'un tutorat des nouveaux soignants.

Cette distinction propose également de voir apparaître la notion de gain direct dans l'encadrement des nouveaux arrivants. La conception d'un nouvel arrivant comme futur collègue entraîne un intérêt individuel et collectif dans un groupe comme nous avons pu le noter dans le cadre conceptuel. Ce gain motive les professionnels à s'investir dans l'encadrement de son futur coéquipier pour préserver les bénéfices et les compétences précises de celui-ci à moyen et long terme. Cette notion est peut être moins marquée dans le tutorat des étudiants infirmiers.

Enfin, selon les cadres de santé, le nombre conséquent d'ESI en stage ne facilite pas un encadrement de qualité de tous les acteurs de santé. L'organisation proposée par le CDS doit être pertinente et effective.

Hypothèse n°3 :

La transmission des savoirs au service de la cohésion d'équipe favorise l'intégration du nouvel arrivant, de par un management du cadre de santé dans ce sens.

La transmission des savoirs correspond à l'objectif principal dans un projet tutoral que ce soit pour le CDS que pour les IDE. Le souhait de faire partager ses connaissances et son expérience professionnelle est le leitmotiv des tuteurs de par une conscience de leurs responsabilités face à la qualité des soins. Le cadre étant garant de la sécurité et la qualité des soins s'investit dans la conduite de projet afin de pérenniser les compétences individuelles et collectives des professionnels de santé.



Cependant, cette transmission des savoirs semble favorable à la cohésion d'équipe au décours d'un objectif secondaire. Celui-ci n'est peut être pas clairement exprimé par les acteurs mais il semble « couler de source ».

Enfin, le management du cadre influence cette cohésion de par sa motivation et son implication à mener à bien ce tutorat au sein de son unité de soins.

#### Hypothèse n°4 :

L'instauration formalisée d'un parcours d'intégration d'un nouveau personnel comme projet commun d'équipe favorise la transmission des savoirs et fédère un groupe.

Nous avons identifié l'importance d'un parcours d'intégration pré défini et organisé. Ce parcours inclut des étapes allant de l'entretien de recrutement jusqu'à l'accompagnement du nouveau soignant dans l'unité. L'accueil est un élément primordial à la réussite de l'intégration. Nous remarquons que la présence d'une politique institutionnelle n'a pas été clairement identifiée par les professionnels mais cela n'a pas empêché l'instauration d'un projet d'équipe mené par le cadre de santé.

La communication autour du projet a permis une fédération de l'équipe paramédicale et par l'occasion une transmission des savoirs en identifiant les rôles de chacun et en profitant de l'enrichissement professionnel et humain du groupe.

## **7.2 Les perspectives professionnelles**

Ce travail de réflexion autour de ce thème qui me tenait à cœur a su m'ouvrir des opportunités dans mon futur métier. En effet, le tutorat n'est pas un terme novateur dans le monde de la santé mais je pense que l'appropriation et la motivation de le faire vivre dans un service engage la responsabilité et l'identité professionnelle du cadre de santé.

En effet, nous avons pu remarquer au décours de ces entretiens que le positionnement du cadre de santé face au projet tutoral a été bénéfique à la pérennité de celui-ci. Il en convient tout naturellement de prendre en considération l'action indispensable de tous les membres de l'équipe pour mener à bien l'intégration d'un nouvel arrivant et de maintenir les compétences individuelles et collectives du groupe.

Cependant, comme l'évoque, Guy LE BOTERF, le manager est « *un chef d'orchestre qui n'est pas nécessairement un virtuose d'un instrument. En revanche, il doit tirer parti au maximum du talent de ses musiciens* »<sup>111</sup>.

Cette dimension renvoie à l'importance de connaître les membres de son équipe et de ne pas hésiter à valoriser et reconnaître le travail de chacun. Compte tenu des restrictions budgétaires dans le monde de la santé et les modifications de « penser le soin » en terme d'efficacité, les professionnels ont des difficultés à adapter leurs valeurs soignantes communes et d'appréhender leur travail comme satisfaisant.

Cependant, cette démarche tutorale n'est pas anodine au regard du contexte. Le tutorat implique un investissement professionnel important en terme de temps, de disponibilité, de découverte de l'autre et de remise en question des pratiques. Cette approche peut renvoyer au don de soi comme un engagement au travail et de nos valeurs malgré l'existence de cette mission d'encadrement dans la fiche métier des infirmiers. Elle inclut notamment « *accueil, encadrement et accompagnement pédagogique de personnes (agents, étudiants, stagiaires, etc)* »<sup>112</sup>. Le tutorat des nouveaux arrivants est basé sur le volontariat en règle générale mais n'excluant pas l'obligation de former les professionnels au service de la qualité des soins dispensés aux patients.

Néanmoins, je pense que l'instauration d'un tutorat n'est pas effective dans tous les services de soins car elle implique de répondre à de multiples problématiques difficilement gérables par l'action seule du cadre de santé et des membres de l'équipe. La stratégie de la Direction des Ressources Humaines (DRH) et de la Formation Continue doit être en adéquation avec la volonté de maintenir des compétences, de fidéliser le personnel en apportant des moyens humains et matériels aux cadres de proximité. La politique d'établissement décline ses choix et stratégies par la possibilité par exemple de proposer un réel doublon sur les plannings en terme de temps d'encadrement raisonnable des professionnels. Cependant, j'ai bien conscience de la réalité économique des établissements de santé et cette proposition n'est pas toujours applicable.

Après ce travail de recherche, je me sent impliquée dans la réflexion de solutions et d'adaptation d'une démarche tutorale dans une unité en prenant en compte le turn over conséquent des agents et un « vivier de tuteurs » restreint et fluctuant. Il en convient au travers des missions du cadre de santé d'anticiper les problématiques et de prendre le temps d'y réfléchir en donnant du sens à l'action.

De ce fait, je souhaitais finaliser cette analyse par la dernière question de mon guide d'entretien concernant le terme de compagnonnage. Il a surpris mais en même temps amené une réflexion et une ouverture d'esprit des acteurs.

---

<sup>111</sup> LE BOTERF Guy. Op.cit., p 89.

<sup>112</sup> Cf. annexe V : Fiche métier infirmier en soins généraux.

Michel DENJEAN évoque le compagnonnage comme « *une source de valorisation du métier, reconnu socialement, générant des codes, des valeurs et une culture forte* »<sup>113</sup> qui « *mérite un meilleur sort* » actuellement.

Je m'associe complètement à son opinion qui me semble pertinente à l'heure où les repères des soignants sont déstabilisés par le contexte économique. Le fait de se recentrer sur des valeurs fortes historiques et toujours d'actualité n'est-il pas un moyen de perpétuer les relations humaines au travail ?

Le compagnonnage apporte, selon moi, un élément supplémentaire au tutorat dans le sens où il peut perdurer plus longtemps même si la période d'encadrement est terminée. La relation engagée entre le nouvel arrivant « compagnon » et son « pair expérimenté » s'inscrit dans la durée.

De plus, il évoque une problématique qui est sortie de l'analyse des contenus concernant l'évaluation entre pairs qui perturbent les professionnels. Alain BAUDRIT exprime cette difficulté en mettant en évidence la complexité de deux mondes distincts, celui de l'évaluation et d'une posture empathique et bienveillante.

Il me semble intéressant de me projeter dans cette réflexion dans mon futur poste de cadre de santé afin de rester vigilante à la transmission des savoirs, au maintien des compétences et à l'intégration sociale des professionnels au travers du sens de nos actions et de nos valeurs.

---

<sup>113</sup> DENJEAN Michel. Op.cit., p 1 disponible sur <http://www.cedip.equipement.gouv.fr/presentation-du-cedip-a898.html> (consulté le 30/04/13).

## Conclusion

En abordant les notions d'équipe, de tutorat et de management, nous avons mis en évidence l'impact majeur du rôle de chacun des acteurs dans la transmission des savoirs, le maintien, le développement des compétences et la cohésion d'équipe au sein d'une unité de soins.

Ce travail s'est avéré riche de rencontres, de partages d'expérience et de remise en question de ma propre identité professionnelle. Mes idées préconçues, mes certitudes se sont progressivement estompées pour m'ouvrir à un échantillon de courants de pensée m'amenant à reconsidérer mes propos.

Néanmoins, la complexité de cette étude réside à faire des choix et des renoncements dans la construction du cadre conceptuel, dans le nombre d'entretiens à pratiquer, dans l'ouverture de l'enquête à d'autres catégories professionnelles en raison d'un temps imparti trop court qui semble frustrant à l'éclosion d'un tel travail.

Il aurait été intéressant de confronter la démarche tutorale au sein des établissements de santé privés et publics, mais également de poursuivre cette étude en récupérant les témoignages de professionnels de santé qui n'ont pas bénéficié d'un tutorat afin de mesurer les écarts et l'impact de cette absence.

Cependant, je confirme l'évidence d'être un acteur de santé agissant au profit de l'équipe, des patients, des familles et de l'institution tant dans mon management que dans mes valeurs que je souhaite partager avec mes collaborateurs.

Le positionnement du cadre de proximité reste primordial dans la construction et la réussite des projets à travers sa communication, sa transparence, sa compréhension du travail de l'autre et ses encouragements en terme de reconnaissance et valorisation de l'équipe.

« Le tutorat : un outil de management », titre de mon mémoire reflète ma volonté à faire vivre la transmission des savoirs au travers d'une équipe fédératrice prenant en considération la qualité des relations humaines entre les membres du groupe.

Le cadre de santé fait le choix de son management en inscrivant sa vision de sa profession. Ces diverses missions rejoignent la garantie d'une qualité et une sécurité des soins tout en essayant d'apporter des conditions de travail favorables à ses collaborateurs malgré un contexte économique difficile.

Selon moi, les notions de confiance mutuelle, d'écoute des besoins des professionnels, de motivation à s'inscrire dans un processus d'amélioration prennent tout leurs sens aujourd'hui.

La crise sociétale et la crise hospitalière ne facilitent pas l'optimisme des acteurs de santé, mais l'idée de croire à la motivation et à la qualité humaine des professionnels m'amène à penser que je vais m'inscrire dans une démarche dynamique avec un positionnement de leader positif.

Cette année de formation à l'IFCS de Montsouris a été une période de changement et de reconstruction identitaire personnelle et professionnelle intense. Ce travail d'écriture de mémoire m'a fait percevoir ma future identité de cadre de santé.

*« La grandeur d'un métier est peut être, avant tout, d'unir des hommes : il n'est qu'un luxe véritable, et c'est celui des relations humaines »*

SAINT EXUPERY, Terre des hommes, 1939.

## Bibliographie

### Ouvrages

- \* ALBARELLO Luc. Apprendre à chercher. Edition De Boeck Université, 3<sup>ème</sup> édition 2007, 207 pages.
- \* ANZIEU Didier, MARTIN JY. *La dynamique des groupes restreints*, éditions Puf, 2007, p 81 sur 171.
- \* BOURRET Paule, *les cadres de santé à l'Hôpital, un travail de lien invisible*. 3<sup>ème</sup> édition. Paris : Seli Arslan, 2009, p 76.
- \* BRIZON Hervé. *L'intégration de nouveaux soignants*. Collection encadrer à l'hôpital, éditions Masson, Paris, 2002, 107 pages.
- \* COLOMBAT Philippe. *Qualité de vie au travail et management participatif*. Editions Lamarre, juin 2012, p 131-137 sur 217.
- \* DIXEL le Robert, éditions millésime 2011, pp 863 sur 2097.
- \* FISCHER Gustave Nicolas. *Les concepts fondamentaux de la Psychologie Sociale*. 4<sup>ème</sup> édition, p 222 disponible sur <http://books.google.fr>
- \* LE BOTERF Guy. *Construire les compétences individuelles et collectives*. Editions Eyrolles, 4<sup>ème</sup> édition, 3<sup>ème</sup> tirage 2008, 271 pages.
- \* MAISONNEUVE Jean. *La Dynamique des groupes*. Edition PUF, 2011, p 21 sur 127.
- \* MINTZBERG Henry. *Le management, voyage au centre des organisations*. Editions d'Organisation Eyrolles, 1989, 2<sup>ème</sup> édition, 4<sup>ème</sup> tirage 2008, 703 pages.
- \* MOREAU Charlotte, DREYFUS Vanek Adeline. *L'indispensable de la psychologie*. p 180 disponible sur <http://books.google.fr>
- \* Ministère de la santé et des sports. *Profession Infirmier, recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession*. Mise à jour en août 2011, 228 pages.
- \* MUCCHIELLI Roger. *La dynamique des groupes*. ESF éditions, Paris, 14<sup>ème</sup> édition, 1995, p 30.
- \* MUCCHIELLI Roger. *La dynamique des groupes, processus d'influence et de changement dans la vie affective des groupes*. Editeur ESF, 21<sup>ème</sup> édition 2012, 234 pages.
- \* MUCCHIELLI Roger. *Le travail en équipe, clés pour une meilleure efficacité collective*. ESF éditeur, 2007.
- \* RAYNAL Françoise, RIEUNIER Alain. *Pédagogie, dictionnaire des concepts clés*. Editeur ESF, 7<sup>ème</sup> édition, mars 2009, 508 pages.

- \* ROBBINS Stephen, DECENZO David. *Management, l'essentiel des concepts et pratiques*. 6<sup>ème</sup> édition. Edition Pearson Education, Paris, octobre 2008, 520 pages.
- \* ROTHIER BAUTZER Eliane. *Entre Cure et Care, les enjeux de la professionnalisation infirmière*. Editions Lamarre, fonction cadre de santé, août 2012, p 183 sur 294.

## Articles

- \* MOREAU Christian, *les mots du management*, article in Soins Cadres, n°83, aout 2012, p 54.
- \* BAL Sonia. *Cohésion d'équipe et rôle du cadre de santé*, article in Soins Cadres, n°79, aout 2011, p 43.
- \* MOTTA J.Michel. Article : *la dynamique des groupes, pour une application dans le travail d'équipe*, 23 juin 2003, disponible sur <http://www.cadredesante.com/>
- \* DENJEAN Michel. *Compagnonnage et compétences*. Fiche technique n°22, la lettre du CEDIP- en lignes, juin 2002, p 1 sur 4, disponible sur [http://www.cedip.equipement.gouv.fr/presentation-du-cedip-a\\_898.html](http://www.cedip.equipement.gouv.fr/presentation-du-cedip-a_898.html)
- \* BACQUAERT Patrick. *La cohésion de groupe comme facteur déterminant dans les performances d'une équipe : l'alchimie vers le succès*, article disponible sur <http://www.irbms.com/cohesion-de-groupe-facteur-determinant-performances-equipe>
- \* OBERLE Dominique. Article *Le groupe en psychologie sociale* in Sciences Humaines, mensuel n° 94, mai 1999, disponible sur [http://www.scienceshumaines.com/le-groupe-en-psychologie-sociale\\_fr\\_10805.html](http://www.scienceshumaines.com/le-groupe-en-psychologie-sociale_fr_10805.html)
- \* FREDY-PLANCHOT Agnès. *Reconnaître le tutorat en entreprise*, Revue française de gestion 6/2007 (n° 175), p. 23-32, disponible sur <http://www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2007-6-page-23.htm>
- \* LEDESMA Enrique, PERRIN-NIQUET Annick. Article *La transmission des savoirs en santé mentale*, in Soins Psychiatrie, n°253, novembre/décembre 2007, p17.
- \* PERRIN-NIQUET Annick. Article *Détours et nouveaux contours de la formation infirmière en psychiatrie*, in Soins Psychiatrie, n°253, novembre/décembre 2007, p18 à 22.
- \* BAUDRIT Alain. Article *être aujourd'hui tuteur d'étudiants en soins infirmiers : Une mission complexe et pérenne ?* in Recherche en soins infirmiers, n°111, décembre 2012, p 6-12.

## Autres

- \* Cours de Psychologie Sociale, Dijon, disponible sur [http:// www.psychoweb.fr/articles/psychologie-sociale/ 136- notion-de-groupe-la-dynamique-de-groupe .html](http://www.psychoweb.fr/articles/psychologie-sociale/136-notion-de-groupe-la-dynamique-de-groupe.html)
- \* BASTIDE Théophile. Tutorat des nouveaux professionnels de santé dans les services d'urgence. Chapitre 103, SFMU 2012, p 1-15 disponible sur [http://www.sfm.u-bordeaux2.fr/urgences 2012/ urgences 2012/donnees/pdf/ 103 \\_bastide.pdf](http://www.sfm.u-bordeaux2.fr/urgences/2012/urgences2012/donnees/pdf/103_bastide.pdf)
- \* Cours : le travail en équipe réalisé par ALAOUI Aïcha, LAFERRIERE Thérèse et MELOCHE Danièle, université de Laval, 1996 disponible sur [http://www.tact.fse.ulaval.ca/ fr/html/sites/ guide 2.html](http://www.tact.fse.ulaval.ca/fr/html/sites/guide2.html)
- \* ELLUL Fabienne. Quelques clés d'entrée pour manager le tutorat. Fiche technique n°9, la lettre du CEDIP- en lignes, avril 1999, p 1 sur 4, disponible sur <http://www.cedip.equipement.gouv.fr/presentation-du-cedip-a898.html>
- \* DESSERPRIT Gilles, cours DCS, compétence, des définitions à l'utilisation, 2012-2013
- \* HAS, guide de l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé, janvier 2005, p 6 sur 40.
- \* Travaux du groupe de production CS. *Diplôme de Cadre de santé, Référentiels d'activités et de compétences*, document de travail, décembre 2012, p 6 sur 39, disponible sur [http://www.cefic.fr/crbst\\_76.html](http://www.cefic.fr/crbst_76.html)
- \* Manuel de certification de la HAS, juin 2009, 100 pages, disponible sur [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-12/20\\_08\\_1217\\_manuel\\_v2010nouvelle\\_maquette .pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-12/20_08_1217_manuel_v2010nouvelle_maquette.pdf)

## Textes législatifs

- \* Loi n° 2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social [http://www.legifrance.gouv. fr/affich Texte.do?cidTexte=JORFTEXT 000000 613810&dateTexte=&categorie Lien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000613810&dateTexte=&categorieLien=id)
- \* Le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 [http://www.sante.gouv. fr/IMG/pdf/ plan\\_2005-2008. pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf)
- \* Circulaire DHOS n° 2006-21 du 16 janvier 2006 disponible sur [http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/ 2006/06-02/a00200 31.htm](http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-02/a0020031.htm) (consulté le 5/03/13).
- \* Arrêté du 31 juillet 2009 disponible sur [http://www.legifrance.gouv.fr/affich Texte.do?cid Texte= JORFTEXT 000 0209 6 1044](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020961044)



- \* Décret du 14 novembre 1958 disponible sur [http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=236F67179AC8A4358D0A42640BFE0812.tpdjo02v\\_3?cidTexte=JORFTEXT000000304228&categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=236F67179AC8A4358D0A42640BFE0812.tpdjo02v_3?cidTexte=JORFTEXT000000304228&categorieLien=id)
- \* Décret n° 95-926 du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé disponible sur [http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT\\_000005619244](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT_000005619244)
- \* Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000592539&dateTexte=&categorieLien=id>
- \* Décret n° 2012-1466 du 26 décembre 2012 disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026843750>

### Sitographie

- \* <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/groupe/38423/locution>
- \* <http://www.larousse.fr>
- \* <http://dixel.bvdep.com/login.asp>
- \* <http://www.compagnons.org>
- \* [http://fr.wikipedia.org/wiki/Pression\\_de\\_conformité](http://fr.wikipedia.org/wiki/Pression_de_conformité)
- \* <http://www.psychologie-et-societe.org/influence-sociale.aspx>
- \* <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Baby-boom.htm>
- \* <http://www.sfm.uqam.ca/fr/formation/consensus>
- \* [http://manag.r.free.fr/theories\\_du\\_management\\_definition.html](http://manag.r.free.fr/theories_du_management_definition.html)
- \* [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_240341/guide-pour-lautodiagnostic-des-pratiques-de-management-en-etablissement-de-sante](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_240341/guide-pour-lautodiagnostic-des-pratiques-de-management-en-etablissement-de-sante)
- \* [http://www.cefiec.fr/crbst\\_76.html](http://www.cefiec.fr/crbst_76.html)
- \* <http://www.interiorscreation.fr/lecole-boulle-un-prestige-international/>
- \* <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr>

## **Annexes**

**Annexe I** : le guide d'entretien des cadres de santé

**Annexe II** : l'entretien retranscrit du cadre de santé C 3

**Annexe III** : le guide d'entretien des infirmiers

**Annexe IV** : les entretiens retranscrits des IDE 2 et 4

**Annexe V** : la fiche métier infirmier (ère) en soins généraux

## Annexe I

## Grille d'entretien auprès des cadres de santé

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études de l'IFCS de Montsouris, j'effectue un travail de recherche concernant : l'impact du tutorat des nouveaux arrivants face à la phase d'intégration dans l'équipe et la garantie de la qualité des soins dispensés aux patients.

- 1) Vous êtes cadre de santé depuis combien de temps?
  - a. Quelle est votre formation initiale ?
  - b. Quel est votre âge ?
  - c. Depuis combien de temps êtes-vous responsable de votre unité actuelle ?
  
- 2) Pourriez-vous me décrire votre équipe et le service dans le quel vous travaillez actuellement ?

Question de relance : Avez-vous eu des nouveaux personnels ? Si oui, à quel rythme ?
  
- 3) Existe-il une politique d'accueil et d'intégration du nouveau arrivant dans votre établissement ?
  
- 4) Quels sont les outils dont vous disposez dans votre unité pour accueillir les nouveaux personnels ?

Question de relance : ces outils sont-ils inclus dans une démarche formalisée ? Sont-ils connus par l'équipe soignante ?
  
- 5) Quels sont les points forts et les difficultés de la mise en place de cet accueil et encadrement ?
  
- 6) Comment, selon vous, votre équipe aborde l'encadrement des nouveaux arrivants ? (les points forts et les difficultés)
  
- 7) Pensez-vous que le tutorat soit un facteur favorisant pour le nouvel agent dans son intégration dans l'équipe ? si oui, de quelle manière ?

Question de relance : point d'étape d'évaluation avec l'équipe, gain plus rapide sur la qualité des soins

- 8) La notion de tutorat des étudiants infirmiers vous renvoie t-elle à celle concernant l'encadrement des nouveaux arrivants ? selon vous, existe t-il un lien ?

Question de relance : présence de tuteurs différents pour les deux tutorats et quels sont les critères de choix des tuteurs ?

- 9) Que pensez-vous du terme « compagnonnage » ? vous semble t-il opportun de l'envisager dans une équipe à l'hôpital ?

Question de relance : quels seraient les avantages et les inconvénients par rapport au tutorat ?

## Annexe II

Entretien de Mr B, cadre de santé, C3
---------------------------------------

Rappel du sujet du mémoire avant de débiter l'enregistrement

Date de l'entretien : 28 mars 2013

Durée de l'entretien : 52 minutes

Depuis combien de temps vous êtes cadre de santé ?

- je suis cadre de santé depuis juillet 2011 .....et auparavant, j'ai fait une année de faisant fonction de cadre aux urgences.

Quelle est votre formation initiale ?

Oui, j'ai une formation initiale d'infirmier diplômé et diplômé en 2001 ; je suis issu de Lariboisière, une période de transition au pool puis je suis resté longtemps en réanimation médicale et enfin quelques années sur un poste aux urgences.

Responsable de l'unité depuis votre sortie de l'école des cadres ?

Oui, depuis la sortie de l'école des cadres.

Est-ce que vous pouvez me décrire succinctement votre équipe et le service dont vous avez la responsabilité ?

Oui, On est l'un des plus gros sans dire le plus gros service d'urgences de Paris voire d'ile de France mais, on ne sait jamais car les chiffres sont toujours contestés.

Un passage de 150 à 250 patients par jour, on est à 72 000 passages par an avec la particularité qu'on a des urgences ORL et on fait la grande d'ORL le week-end et nuits, et des urgences céphalées. On est les seuls de l'Ile de France. Un gros service et une équipe importante. On a 68 infirmiers ,45 aides-soignants jour comme nuit, j'additionne tout. Nous sommes trois cadres pour 4 postes, une vingtaine de médecins titulaires, une dizaine d'internes, deux assistantes sociales.

En terme, du coup, de turnover et on n'a pas un turnover pas plus important que dans d'autres services d'urgences. Il est quand même important, c'est les urgences et que maintenant c'est comme ça partout. Nous avons beaucoup de départs et de nouveaux arrivants par an. Je dirais comme ça, un peu intuitivement, en 2012, 15 nouveaux infirmiers, équipe plus stable au niveau des aides soignants, mais au niveau infirmier moins.

Ce qui est quand même important et donc compliqué à organiser en matière d'intégration, en matière de formation, c'est à grande échelle donc complexe et on a eu cette année, des arrivées un peu au fil de l'eau et pas de groupe de nouveaux arrivants, alors ça a des avantages parce que du coup on a plus de facilité à leur trouver un tuteur, car c'est vrai que l'on a beaucoup d'étudiants aussi donc c'est compliqué de coordonner tout ça, entre les étudiants qui ont besoin d'encadrement de proximité et les nouveaux arrivants qui en ont besoin aussi, voir plus. Cela dépend des priorités que l'on donne dans le service. Et puis, l'avantage des arrivées au fil de l'eau, par contre plus complexe d'organiser des journées de formation spécifique car le faire pour une personne, on ne peut pas se le permettre pour détacher du personnel pour ça. Voilà.....on peut organiser des jours, en fonction de l'ampleur de l'activité du service.

### Vous êtes en 12h ?

Non, nous sommes en grande équipe, personnel de jour et alternance matin, après midi sur un cycle habituel de 15j/15j sauf pour 3 ou 4 anciens qui sont encore sur un roulement fixe après midi ou matin. La grande équipe est en place dans le service depuis 5 voire 6 ans.....et par contre, l'équipe de nuit est fixe.

Nous, on n'a pas opté pour les 12h principalement pour pleins de raisons, d'abord parce qu'on perdrait une partie de l'équipe qui partirait parce que ça leur satisfait pas et également parce que le rythme de travail est intense, on est en sur régime et nous n'avons plus des locaux adaptés au nombre de passage dans le service. Tenir 12 heures sur la longueur, l'encadrement n'est pas pour.

### Est-ce qu'il existe une politique d'accueil de l'intégration des nouveaux arrivants au niveau institutionnel?

Au niveau institutionnel, il y a un parcours d'intégration qui est proposé par la direction et la formation continue qui comprend plusieurs choses, à la fois ,des journées de présentations d'institution où les directions, l'équipe opérationnelle d'hygiène, beaucoup d'équipes transversales viennent se présenter .....

Il y a une présentation générale du groupe hospitalier et puis des journées, ça dépend un peu des sessions, mais plusieurs journées d'informations sont accolées, ça c'est assez récent et ils essaient de mettre dans la même journée, les formations obligatoires que l'on a ensuite du mal à positionner dans les plannings type transfusion, gestion des déchets, hygiène. Ce sont des journées entières où les personnels sont convoqués par la direction et la formation continue avec des dates qui sont organisées par la formation continue avec la direction des soins, mais pas en concertation avec nous mais on peut pas aller voir chaque service pour voir ce qu'il l'arrange et cela nous est complétement imposé.

En général, par exemple on a eu le mail je pense il y a 15 jours pour la formation qui aura lieu mi avril, sachant que la direction convoque tous les nouveaux arrivants depuis 6 mois à peu



près. Plus, ils invitent éventuellement les autres qui seraient arrivés avant. Mais malheureusement, on est au courant à la dernière minute et on ne peut pas prévoir à l'avance. Je ne pourrais jamais détacher tous les nouveaux arrivants depuis 6 mois, un jour donné en avril comme ça, ce n'est pas jouable surtout le nombre d'arrivants. Par contre, on peut le faire par exemple, là j'ai trois nouveaux infirmiers qui arrivent en avril, eux, oui, je pourrais le faire puisque c'est pendant leur mois d'intégration. Donc c'est plutôt bien et on va pouvoir le faire.

Il y a une politique, elle est ce qu'elle est mais c'est vrai que ça manque de souplesse pour nous en tout cas d'organisation en amont. C'est-à-dire que si c'était annoncé 6 mois à l'avance, on le prévoit dans le planning et on s'arrange.

Par rapport à votre unité, vous avez instauré quel dispositif pour encadrer les nouveaux arrivants ? Comment ? Quels sont les outils que vous avez ?

Beaucoup de nouveaux arrivants, pour situer un peu le contexte, des difficultés en plus, certes il y a l'arrivée mais il y a aussi une particularité des services d'urgences, c'est le poste d'accueil et d'orientation qui demande une formation principalement de terrain mais également une formation théorique et une connaissance du service, donc, on ne peut pas mettre les nouveaux arrivants avant 6 mois. Il y a un peu ses deux intégrations là, l'intégration de départ qui permet normalement de donner les outils aux nouveaux arrivants pour au bout d'un mois pouvoir assurer l'ensemble des postes du service, puis après l'intégration au poste IAO au bout de 6 mois. Cela correspond aux deux types d'intégration. Ils sont en doublon, non inclus dans l'effectif pendant un mois sachant que pour les infirmiers de jour avec une alternance matin, après midi pour découvrir l'équipe.

Par contre, pour les infirmiers de nuit, on fait 10 jours de jour puis le reste de nuit. Ca c'est une généralité et après on va pouvoir l'adapter à l'expérience éventuelle qu'a eu l'infirmier avant, ça c'est quelque chose qu'on voit lors de l'entretien de recrutement au départ. On a du l'adapter.

Par exemple, une infirmière est revenue de disponibilité, on a beaucoup d'infirmiers qui étaient auparavant des étudiants dans le service avec des stages de 10 semaines donc une connaissance plus poussée du service, donc on adapte en fonction de ça. Soit aussi, des infirmiers qui sortent de diplôme et qu'ont jamais fait d'urgences soit des gens qui sont diplômés depuis 10 ans avec de l'expérience mais c'est plus rare, même si on aimerait avoir plus de gens expérimentés ça permet d'avoir une équipe un peu plus riche en terme de compétences. En tout cas, la généralité c'est un mois d'intégration en doublon.

La première étape de l'intégration : entretien de recrutement, ça se fait en amont avant qu'il arrive dans le service. ça nous permet un peu de cibler et de commencer à préparer et à voir ce que l'on peut faire en matière de parcours. C'est moi qui gère cette mission car on est 3 cadres dont nous nous sommes partagés certaines missions.

En amont, environ un mois à l'avance, je commence à voir ce que l'on peut faire en matière de parcours, de jours de présences, etc. ...

Ce qu'on organise comme parcours, c'est 15 jours de tutorat, le nouvel arrivant sera systématiquement avec son tuteur puis un bilan mi intégration sera effectué avec le cadre présent ce jour là, le tuteur et le nouvel arrivant et en fonction de ce bilan, on ciblera la deuxième période. En général, la deuxième période, on cible plus sur des secteurs car le personnel change tous les jours de secteur.

On a 7 secteurs différents : La salle d'accueil des urgences vitales, le secteur médecine, trauma, céphalées, l'orl et l'unité d'hospitalisation de courte durée. Le personnel tourne.

L'avantage pour le personnel c'est que ça change, moins de monotonie. Par contre, l'inconvénient que pendant les 15 jours, il va plus ou moins faire certains secteurs que d'autres. Il va changer tous les jours.

Pourquoi on a fait ça ? Pourquoi on le fait suivre par son tuteur pendant toute son intégration ? L'avantage est d'avoir un point d'accroche quand la personne arrive, c'est plus de l'intégration sociale dans l'équipe. C'est : je ne suis pas perdu dans cette équipe de 60 personnes, le jour quand j'arrive, je sais avec qui je vais être et c'est quelqu'un avec qui je suis rentré en confiance, les premiers jours et donc, du coup les 15 premiers jours, je ne suis pas perdu, c'est un service qui peut faire un peu peur par rapport à son ampleur, au nombre de personnels, nous avons aussi des brancardiers. Et donc, la personne qui a fait son intégration sans tuteur eux ont des pratiques différentes, qui va me dire des choses différentes et en plus je suis perdu, je ne sais pas où me mettre, du coup, on me prend pour un élève.

Là au moins pendant ses 15 premiers jours, le tuteur leur permet de faciliter cette intégration dans l'équipe, l'accompagner à la pause repas etc....et du coup ça va permettre cette relation de confiance. Par contre, si on faisait ça tout le long, à la fin, étant donné que les tuteurs sont des gens expérimentés, notre intérêt n'est pas que les infirmiers, le nouvel arrivant, fassent sur leur mois d'intégration, fassent 10 jours à l'accueil.

Il n'y a pas d'intérêt au début donc c'est intéressant qu'il y aille quand même pendant les 15 premiers jours, ça fait partie du service et qu'on peut pas comprendre un service d'urgence sans être allé à l'accueil, par contre, on va cibler plus sur des secteurs en particulier par exemple si on cible des difficultés en matière d'organisation.....

Des difficultés d'organisation parce que savoir gérer un secteur, le secteur des box, où on a 5 emplacements de box mais parfois 20 patients qui y gravitent, d'autres vont appréhender les situations d'urgence vitale.

On va pouvoir proposer 3 jours d'affilés dans le secteur d'urgence vitale, 3 jours dans le secteur de soins. Ca va permettre d'obtenir et avoir un changement tous les jours. C'est justement d'acquérir des habitudes.....de voir la même chose que j'ai vu hier et en terme

d'apprentissage dans la répétition, ça va les aider. Il ne faut pas que l'on soit que dans la répétition, parce que si on fait ça dès le départ.

On essaie en tout cas d'avoir différentes méthodes d'apprentissage durant ce mois là. Tout ce que je vous ai dit c'est de la théorie pure, parce qu'après il y a la pratique et ça devient plus compliqué. Puis à la fin, on fait un bilan avec le nouvel arrivant, un cadre avec si possible le tuteur.

On n'a pas parlé de l'entretien d'accueil, je prépare en amont un livret d'explication du service, quel est le rôle du tuteur, de l'apprenant, comment va être organisé mon intégration.

Lors de l'entretien du recrutement, on prend beaucoup de temps, ce livret permet de savoir comment on va être organisé dans l'intégration et du stage, à l'avance on leur trouve un vestiaire, un badge.

Dans ce livret là, il y a tout ça pour essayer de préparer cette arrivée et donner des outils au cadre qui est de terrain ce jour là, parfois on est seul, donc moi je prépare ça à l'avance comme ça si jamais je suis pas là, ça permet au cadre qui est de terrain de prendre le livret, il l'ouvre avec le nouvel arrivant et voilà votre tuteur c'est untel, c'est déjà écrit, votre planning c'est ça, vos formations sont d'ores et déjà prévues....votre vestiaire est là, votre code ....

on va créer ensemble les autres choses et après c'est bon, vous pouvez y aller. Ça permet de préparer ça parce qu'en général sinon au démarrage le premier jour, on ne sait pas quoi en faire. Il arrive à 10h du matin, c'est des journées perdues.

Sur les premiers jours d'intégration ce que l'on fait, étant donné qu'on a une équipe pluri-professionnelle, on essaie justement avec cette fameuse journée perdue du 1<sup>er</sup> jour, on met les infirmiers avec les brancardiers et énormément d'incompréhensions entre les infirmiers et les brancardiers, c'est moi qui m'occupe des brancardiers quand je suis là, je tiens à ce qu'il y ait une compréhension la plus claire et mutuelle car vecteur de conflits. Au niveau des soins, c'est pas approprié d'arriver en plein milieu, par contre, au niveau du brancardage c'est tout à fait possible et ça permet deux choses, qui connaissent un minimum l'hôpital même si c'est le 1<sup>er</sup> jour, tant pis il y a des choses qui vont quand même retenir. Je sais où est le laboratoire, le scanner, l'échographie, et je me rends un peu compte et surtout je me rends compte de la pénibilité et la complexité du travail et du coup quand je les appelle, je comprends aussi mieux leur travail.

le 2<sup>ème</sup> jour, ils sont avec des aides soignants, si possible, si on avait une intégration plus longue, je les aurais mis plus longtemps avec les aides soignants mais, il y a un moment aussi où on peut pas tout faire. Ils sont donc avec les aides soignants, pour se sensibiliser au travail des aides soignants et voir le service :qu'est-ce que fait l'infirmier et l'aide soignant et de cibler sur différentes tâches administratives qui sont en général réalisées par les aides soignants mais qui peuvent être réalisées par les infirmiers.

Le 3<sup>ème</sup> jour, ils sont avec leur tuteur avec la difficulté que l'on a contourné en fonction des plannings. On n'est pas très bon là dessus mais on essaye de faire au mieux en collant au maximum le planning du nouvel arrivant avec celui du tuteur. On a plus de mal à faire le bilan de fin

d'intégration de manière formelle. Ils ont en principe une grille d'auto évaluation simple à remplir s'ils le souhaitent notifiant le degré d'acquisition en fonction d'une liste de soins, sans oublier une partie champ libre pour qu'ils puissent exprimer leurs difficultés.

Le bilan de fin d'intégration, on est sur le même principe, là aussi, on part d'une auto-évaluation, là encore plus complexe de l'organiser avec le tuteur parce étant donné qu'on suit plus le planning du tuteur mais on commence à les intégrer dans leur rôle, et responsabilités. Il commence à avoir leur propre roulement à la fois pour qu'il n'ait pas un planning aberrant, et qu'ils connaissent un petit peu leur futur collègue. Le bilan de fin d'intégration n'est pas toujours possible un jour ou le tuteur est là et de tout manière il y a quand même un lien, ils ne font pas un bilan formel etc...

Ils parlent de l'avancée ; Il y a quand même un lien qui reste entre ces deux personnes qui au départ pendant 15 jours se suivaient.

#### Par rapport, au choix des tuteurs, comment ça se passe ?

Les tuteurs ; l'incontournable, il faut qu'on élimine les gens qui sont en vacances à ce moment là, on essaie de trouver quelqu'un qui sera pendant toute la période d'intégration y compris même la période où ils ne suivent plus leur tuteur mais où ils sont quand même en intégration pour qu'ils puissent quand même avoir cette petite connexion qui reste. Ensuite, nous éliminons tous les gens qui sont là que depuis un an. Mais en fait, on en élimine beaucoup plus que ça puisque nous les choisissons en discutant et donc à trois cadres cela permet de bien cibler. De ce fait, les agents les plus anciens ont plus d'agents en intégration que les agents plus récemment arrivés. Les autres critères sont donc l'expérience, il y a aussi ce que l'on pense du soignant bien évidemment sur le critère soins, communication avec le patient très important dans la gestion de l'attente et de l'agressivité.

L'encadrement est un bon test pour l'encadrement des nouveaux arrivants, si cela se passe bien avec les étudiants mais on attend tout de même pas tout à fait la même chose. Cela fait un petit pool de personnes assez restreint, je dirais que sur les 40 IDE, depuis deux ans, il doit y en avoir sept voire huit tuteurs.

C'est un groupe restreint car cela demande beaucoup de compétences et de qualité sur des points vues différents, mais aussi un bagage d'expériences, ainsi que des personnes dont la présence en continue avec soi d'un collègue ne va pas déstabiliser.

Le retour des nouveaux arrivants sur les tuteurs nous est très utile et du coup, étant très positifs, nous avons tendance à reprendre les mêmes. Cependant, nous essayons de varier car c'est aussi valorisant d'encadrer les nouveaux arrivants.

Encadrer un nouvel arrivant est encore plus valorisant que d'encadrer un étudiant. Etant donné qu'on a le choix, je ne me pose pas la question, est-ce que ça fait partie de mes missions ?

Je m'en fiche si quelqu'un est plus motivé ou qui n'a pas envie de le faire, je ne peux pas passer outre. Par contre, ce que je peux faire c'est en discuter au fur et à mesure avec cette personne.

par exemple, nous avons une IDE qui a de l'expérience, qui est très compétent et qui a beaucoup de choses à partager mais qui au départ, ne voulait pas avoir de nouvel arrivant, j'ai respecté son choix, on en discute etc... et au fur et à mesure quand il a vu les nouveaux arrivants et comment cela se passait on en a rediscuté et j'ai fini par lui mettre une nouvelle arrivante au départ sur une petite intégration car c'est quelqu'un qui allait passer de nuit et cela c'est très bien passé donc je leur impose pas mais on leur fait comprendre.

On n'a pas souci avec les gens qui ont l'expérience de terrain, ce n'est pas des gens qui sont très résistants à ce type de choses là, on n'a peu de résistance.

Par rapport au tutorat des étudiants qui est quand même assez lourd en soit dans un service, n'a pas posé obstacle au tutorat des nouveaux arrivants ? Dans l'idée qu'on s'en fait.

En pratique, c'est déjà compliqué car nous avons souvent jusqu'à dix étudiants dans le service et quand je regarde qui est ce qui pourrait être le tuteur du nouvel arrivant, et bien il me reste plus grand monde parce qu'il y en a plein qui encadre des étudiants. Après, quand ils sont tuteurs des étudiants, ça leur demande pas non plus une mobilisation quotidienne auprès des étudiants, donc du coup ça n'empêche pas forcément le tutorat d'un nouvel arrivant, parce qu'ils ont des plages où ils sont détachés pour faire des points avec les étudiants, mais au quotidien l'étudiant est encadré par un professionnel de proximité.

Après dans l'idée, il me semble peu parce qu'on a communiqué là-dessus et que d'eux même ils n'ont pas trop ce souci-là. D'eux même, ils comprennent bien quand il y a un nouvel arrivant ce n'est pas la même chose qu'encadrer un étudiant. A la rigueur, ils ont un positionnement plus difficile auprès des étudiants où la position du tuteur commence à être rodée suite à un travail de la part de ma collègue dans la création d'outils, de supports de créneaux, de rencontres et au fur et à mesure les tuteurs comprennent leur rôle. C'est plus vis-à-vis des étudiants, que vis-à-vis des nouveaux arrivants, parce qu'encadrer un nouvel arrivant et se positionner en temps que tuteur, ils ont toujours fait plus ou moins un peu informellement comme ça, du coup encadrer un nouvel arrivant tout le monde le comprend bien, parce que tout le monde a été confronté aux difficultés du nouvel arrivant. Alors que se mettre à la place d'un étudiant, cela fait plus longtemps, les étudiants sont une population large et variée en termes de compétence et de motivation pour un service d'urgence.

A contrario, l'intégration d'un nouvel arrivant dans notre service induit quasiment un profil particulier dans les compétences et la motivation. Il y a quand même quelque chose d'assez commun dans la population, alors que les étudiants c'est beaucoup plus varié, et donc beaucoup plus compliqué parfois de se positionner en temps que tuteur. Disons que les gens ont bien fait la

différence, ce qu'on a fait en plus dans le livret, on a formalisé des missions du tuteur et donc le tuteur (je ne sais pas s'il le lise vraiment) mais le tuteur quand même peut retrouver avec le nouvel arrivant, « qu'est-ce que je dois faire pour toi ? Etc ... ».

Nous avons beaucoup communiqué au départ, mais il serait bon de réactiver cette communication même si cela est formalisé dans le livret afin que les gens sachent un petit peu en quoi ça consiste.

Ce livret doit permettre aussi bien au nouvel arrivant qu'au tuteur comment cela doit fonctionner. C'est un petit rappel des missions des différents intervenants dans le parcours d'intégration.

On aimerait faire pleins choses, on aimerait quand ils sont plusieurs à arriver faire des temps de discussions entre nouveaux arrivants et avec les tuteurs, d'échanges. On a pu le faire il y a deux ans je crois, mais physiquement on ne peut pas le faire, après on a d'autres problématiques.

J'aimerais voir avec vous, l'intégration dans l'équipe, à travers le tutorat, le retour que vous en avez des nouveaux arrivants, est ce que cela a été plus simple pour eux de s'intégrer, retrouvez-vous une cohésion d'équipe et une entraide plus importante ou n'y a-t-il pas ou peu d'impact?

C'est difficile pour moi de voir ça. Premièrement parce que le nouvel arrivant ne va pas pouvoir me dire si c'est mieux que ce qu'il n'a pas eu, deuxièmement je n'ai pas le recul d'avant ça puisque j'ai mis en place quasiment trois mois à quatre mois après être arrivé.

Par contre, ça fonctionne bien en matière d'apprentissage, d'être « alertant » beaucoup plus rapidement lorsqu'il y a des problèmes d'intégration dans l'équipe ou dans la technique de soin ou l'organisation. Il y a des barrières de sécurité que l'on met avec les bilans, en insistant sur le fait d'aller voir son tuteur si ça ne va pas, on essaie d'ouvrir les portes qu'ils utilisent ou non. La dessus, on a l'impression que c'est aidant, par contre, sur le côté intégration dans l'équipe on a du mal à voir, à pouvoir se dire si c'est ça ou pas. Les preuves qu'on a c'est quand même à la fois le retour que nous font les arrivants sur leurs tuteurs.

Ils viennent nous voir en nous disant « c'est vraiment super d'être avec un tel » et ça en matière d'apprentissage mais aussi en matière de connaissance de l'équipe, il y a un lien qui se crée. Il y a de vrais échanges entre le tuteur et le nouvel arrivant. De plus, je vois qu'avec certains IDE qui ne sont pas toujours simples d'abord, le fait de les mettre tuteur, le nouvel arrivant au final le connaît mieux que si ils s'étaient juste côtoyés entre simples collègues, il l'apprécie mieux, il comprend mieux et ont un regard différent que les autres vis-à-vis de ces IDE a fort caractère.

Je pense à un IDE en particulier où l'on remarque une réelle différence dans ces liens avec les personnes dont il a été tuteur et le reste de l'équipe. On a créé une dynamique intéressante et surprenante.

Une autre preuve de la réussite de ce tutorat dans l'intégration d'équipe est l'ambiance générale de cette équipe même si on ne peut pas déterminer avec certitude l'impact réel du tutorat

sur ce fait. Ils viennent s'entraider, il n'y a pas de tension entre IDE dans l'équipe. Je pense que le tutorat y contribue dans la manière dont le nouvel arrivant va se sentir accueilli avec tout ce qu'on a mis en place, c'est-à-dire à la fois « quand je déboule, on m'attend, c'est noté dans le planning, le cadre est au courant, mon vestiaire est prêt, j'ai un petit livret, on prend 5mn pour me voir, j'ai des journées organisées avec les brancardiers, avec les AS etc.. ». Pour moi, forcément ça joue dans l'équipe, la cohésion, l'entraide après. Sur les intégrations de ces deux dernières, nous n'avons eu aucun problème si ce n'est des problèmes de compétences ou sur l'intégration de nuit mais sur l'équipe de jour pas de difficultés d'intégration.

Malheureusement ne gérant pas l'équipe de nuit, leur intégration est souvent plus difficile, nous avons tenté de mettre en place un parcours d'intégration avec des débuts sur le jour mais il ne durait que dix jours et cela est trop court, cela ne permet pas de créer le lien nécessaire.

Cependant, nous essayons tout de même de personnaliser le parcours d'intégration. j'en veux pour preuve un ancien AS des urgences de nuit qui une fois IDE a voulu revenir sur les urgences, nous avons longuement réfléchi sur son parcours afin de lui faciliter la réintégration de son ancienne équipe après son changement de statut. Il a donc bénéficié d'un mois d'intégration de jour afin de passer de nuit ayant déjà une maîtrise du secteur et de sa fonction pour qu'il puisse se positionner en IDE de nuit sans difficultés.

Malheureusement au final, nous n'avons jamais de véritables preuves de l'efficacité du tutorat hormis des petites choses du quotidien. Moi j'en suis très satisfait mais si cela a fait que certains IDE connaissent mieux certains IDE et donc les sollicitent plus souvent de par leur relation tissée lors du tutorat.

### Que pensez-vous du terme compagnonnage ?

Il me semble plutôt adapté, après ça me fait penser tout de suite plutôt à l'artisanat mais pourquoi pas !

On n'est pas si loin de ça de l'artisanat, on est aussi dans une profession qui s'en rapproche avec tout de même la différence que l'on gère de l'humain. Mais ça ne me choque pas et je le trouve assez doux. C'est-à-dire là où le tutorat peut inquiéter les gens, peut mettre un côté un peu solennel mais aussi la confusion possible avec le tutorat des étudiants et le nouveau programme ainsi que la communication pas toujours positive sur ce tutorat étudiant.

Le compagnonnage peut paraître plus sympathique et doux et peut être plus souple. Dans le compagnonnage, on entend aussi de l'humain, de l'entraide, de l'apprentissage certes, mais aussi tout le côté humain qui va avec. Dans le tutorat, on reste dans quelque chose d'un peu rigide. Donc le compagnonnage pourquoi pas, ça ne me choque pas.

On est dans le juste en utilisant ce terme car il intègre de façon intuitive l'intégration sociale qui va avec l'apprentissage. Cela c'est extrêmement intéressant et on ne peut pas passer outre.

La durée du tutorat me semble aussi très important, j'ai appris avec mon parcours que la durée est importante pour permettre à la fois une phase rassurante et de proximité mais aussi une phase d'éloignement du tuteur qui permet de couper le cordon et de se responsabiliser et ne pas reproduire le schéma d'étudiant.

Remerciements auprès de Mr B pour sa disponibilité et son partage d'expérience



## Annexe III

## Grille d'entretien auprès des infirmiers

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études de l'IFCS de Montsouris, j'effectue un travail de recherche concernant : l'impact du tutorat des nouveaux arrivants face à la phase d'intégration dans l'équipe et la garantie de la qualité des soins dispensés aux patients.

- 1) Vous êtes infirmière depuis combien de temps ?
- 2) Quel âge avez-vous ?
- 3) Depuis combien de temps êtes-vous dans cette unité ? Est-ce votre premier poste ?
- 4) Pourriez vous me décrire l'équipe et le service où vous travaillez actuellement ?
- 5) Comment s'est déroulée votre prise de poste dans l'unité ?
  - Questions de relance : l'accueil, la méthode d'encadrement, le nombre de jours, son vécu par rapport à la situation. évaluation point positif et les manques
- 6) Comment pourriez vous définir l'accompagnement du nouvel agent ?
  - Questions de relance : quels sont les mots clés ?
- 7) Existe t-il, selon vous, un parcours défini du nouveau arrivant au sein de l'institution, de l'unité ?
- 8) Comment participez vous à l'encadrement des nouveaux agents ? quel est votre rôle ?
  - Questions de relance : est ce un choix de votre part ? En quoi, selon vous, votre position favorise l'intégration du nouvel agent ?
- 9) Le tutorat des étudiants infirmiers vous renvoie t-il à l'idée de l'encadrement et l'intégration des nouveaux arrivants ? si oui, êtes vous tuteur de stage pour les étudiants ?
- 10) Si vous changiez de service, qu'attendez vous de l'équipe, du service et du cadre pour faciliter votre intégration ?
- 11) Que signifie pour vous le terme « compagnonnage » ? vous semble t-il opportun de l'envisager dans votre unité ? quels seraient les avantages et inconvénients par rapport à l'existant dans votre service ?

## Annexe IV

## Entretien de Mme J, infirmière, IDE 2

J'étais faisant fonction en cardiologie et mon thème de mon mémoire aborde l'accompagnement et l'encadrement des nouveaux arrivants dans un service. Je vais vous poser des questions, vous êtes complètement libre de répondre et même si ça dévie, ce n'est pas un problème. Tout d'abord, je voulais revoir avec vous depuis quand vous êtes diplômés, votre parcours professionnel et après on verra pour la description de l'équipe.

Je suis diplômée depuis 2004. Je travaille en psychiatrie depuis ma sortie de l'école toujours dans le même service mais qui a un peu évolué. Tout d'abord, j'ai travaillé dans l'unité de long séjour de psychiatrie chronique avec une partie des lits dédiés à l'urgence. Ensuite, peu de temps après, on a ouvert l'unité 72 heures qui est une unité de crise de psychiatrie, on garde les patients 3 jours pour une évaluation et faire un projet de soins et là depuis deux ans, on a ouvert les urgences psychiatriques qui dépend de l'unité 72. Je travaille aux urgences psychiatrie. J'ai fait faisant fonction de cadre pendant six mois pour remplacer la cadre en congé maternité et depuis septembre 2012, je suis infirmière référent au sein de l'unité 72.

### Infirmière référent par rapport à quoi ?

Je m'occupe des étudiants infirmiers et aides-soignants, je fais les plannings. Je suis maître de stage, je donne des cours à l'école infirmière avec l'autre infirmière référent. je suis référent par rapport à la nouvelle loi de psychiatrie qui est un peu compliquée à mettre en place. Beaucoup de documentations extérieure dont je suis un peu la référente pour les médecins, infirmiers et surtout dans l'idée de transmettre mon savoir comme ça fait longtemps que je travaille en psychiatrie. J'ai acquis des compétences et je les transmets à mes collègues, les nouveaux arrivants et aux étudiants.

### Est-ce que vous avez souvenir de comment s'est passé votre première prise de poste dans l'unité ?

Oui, je n'ai pas été encadré. Je suis arrivée à un moment où l'équipe était en sous-effectif. Je me souviens donc très bien de mon premier jour où je n'ai pas été doublé j'avais un secteur à ma charge. J'avais déjà fait un stage dans ce service dont je connaissais un peu. je n'ai pas été du tout en galère.

### Cela vous a-t-il déstabilisé ? Avez-vous été soutenu par l'équipe ?

Oui, je me suis senti soutenu par l'équipe mais ça m'a quand même déstabilisée. Je n'avais pas beaucoup confiance en moi à ce moment-là. C'était un peu difficile mais ça ne m'a pas empêcher d'avancer et du coup ça m'a permis de prendre position tout de suite.

Est-ce que vous pourriez me définir globalement pour vous, ce qu'est l'accompagnement du nouvel arrivant ?

C déjà de bien l'accueillir. Ça me paraît important, qu'il puisse se sentir à l'aise au sein de l'équipe. Ensuite ce serait de l'accompagner, de ne pas le laisser seul dans ces premiers jours. pas l'encadrer comme on peut encadrer un étudiant mais de le doubler c'est-à-dire de le laisser autonome, s'occuper de ses patients tout en étant là pour pouvoir répondre à ces questions et le soutenir si besoin, répondre à ces questions, l'aiguiller ce genre de choses le plus longtemps possible au moins d'accompagner pendant un mois parce que c'est assez spécifique ce que l'on fait.

Existe-t-il selon vous un parcours défini du nouvel arrivant dans votre unité et par rapport à l'institution ?

Oui dans l'idéal c'est-à-dire quand on est en effectif, là nous sommes en plein d'effectifs donc c'est vrai que les nouveaux arrivants sont bien accueillis bien doubler. On essaye de doubler un mois la personne que ce soit aides-soignants ou infirmiers. Les équipes de nuit aussi sont doublées deux ou trois semaines de jours avant de passer de nuit. Ce n'est pas écrit.

Ce n'est pas formalisé ?

Non, ce n'est pas formalisé.

Mais c'est quelque chose qui est globalement instauré et prédéfini et vous utilisez toujours la même méthode ?

Oui on se dit qu'il faut au moins un mois pour l'unité 72 pour le nouvel arrivant et nous attendons qu'il ait fait au moins six mois à l'unité 72 avant de le passer aux urgences psychiatriques. Et aux urgences psychiatriques, la personne est doublée pendant deux ou trois roulements (cela peut faire deux ou trois semaines).

Est-ce que vous mettez le même tuteur pendant un mois ou il est encadré par deux ou trois infirmiers différent du service ?

En général, on le met sur le même roulement que le tuteur. Il est vraiment en plus c'est-à-dire que notre effectif est de deux infirmiers par jour, avec le nouvel arrivant, ils sont trois pour qu'il soit vraiment doublé. Et moi je suis là en plus tous les jours, du lundi au vendredi donc je peux prendre le relais lorsque le tuteur est absent.

D'accord, comment vous participez concrètement à l'encadrement des nouveaux arrivants par rapport à votre position de référente ?

Cela fait longtemps qu'on n'a pas eu de nouveau. En fait, depuis que je suis infirmière référente, nous n'avons pas eu de nouvelles personnes arrivées.

Dans ce cas par rapport à vos expériences antérieures.

Concrètement ce que je fais au jour le jour dans la journée ?

Oui

Ça remonte loin du coup, je laisse une autonomie à la personne que je double. Il a son secteur de patients et moi je suis là en plus pour justement l'aiguiller, répondre à ses questions. Par exemple, je le double sur un entretien infirmier qu'il fait, je vais proposer de lui montrer une première fois qu'il m'accompagne et dans un deuxième temps dans un autre entretien infirmier c'est lui qui va mener et je serai à côté pour pouvoir intervenir s'il y a des blancs, ce genre de choses. Sur les traitements et les soins techniques on n'encadre pas spécialement. Par contre, sur les transmissions je peux aussi donner mon avis, voilà ! Pour savoir si c'est synthétique, par rapport aux cibles, est-ce que c'est ce que l'on attend ou pas ? Ce qui est important en psychiatrie c'est de pouvoir repérer les signes de troubles du comportement du patient qui peuvent nous alerter, ce genre de choses, et c'est avec une certaine expérience qu'on acquiert ce genre de choses et c'est surtout de transmettre cette expérience c'est-à-dire si moi je vois un signe avant-coureur par exemple qui me fait dire que le patient va s'agiter, je transmets et je lui demande alors si il a repéré ce signe. De plus, je suis quelqu'un qui est très organisée et j'aime bien transmettre aussi ça, donner des conseils mais ne pas imposer. Pareil sur la gestion de l'agitation en partageant les expériences que j'ai pu vivre c'est un peu comme ça j'encadre un étudiant enfin, un nouvel arrivant pour autant sans faire à sa place en l'accompagnant, j'insiste.

Est-ce que vous pensez que votre position d'infirmière référente favorise l'intégration du nouvel arrivant ? Votre poste permet-il de faciliter l'intégration et l'acquisition des compétences qu'on lui demande ?

Je pense ce qui fait c'est surtout l'encadrement pendant un mois et soutenu pendant un mois je pense que c'est vraiment ce qui est le plus important après j'essaie de mon poste infirmière référent je ne vois pas forcément tous les jours puisqu'ils sont de ses plus sur une situation précise qui se présente à eux sur lesquelles il me demande des conseils, sur des attitudes à prendre, à avoir ou ne pas à avoir. Je pense que ce qui fait surtout un bon accueil, c'est vraiment d'être doublé pendant un mois.

Pour vous la base c'est surtout le fait d'être accompagné, doublé pendant un mois ? Pour vous, l'intégration commence par-là ?

Oui

Est-ce que vous pensez le fait d'accompagner le nouvel arrivant et de le doubler pendant un mois, cela facilite son intégration dans l'équipe ?

Je pense que oui parce qu'on l'accompagne, on ne le laisse pas tout seul, on l'invite à déjeuner avec nous. On fait en sorte qu'il soit bien intégré, surtout qu'en psychiatrie, les situations sont difficiles avec les patients et si on n'a pas une équipe soudée qui fonctionne bien, qui s'entend bien, ce serait très difficile d'assurer au quotidien, on fera donc notre maximum pour intégrer la personne à l'équipe

Si je vous parle du tutorat des étudiants infirmiers, est-ce que ça vous renvoie directement à l'encadrement des nouveaux arrivants ou pas ?

Ce n'est pas tout à fait pareil, notre collègue qui arrive, il a déjà peut-être travaillé pendant 15 ans. Il a déjà son vécu, son expérience donc il faut s'adapter à la personne qu'on en face de nous. On a déjà accueilli des infirmières qui sortaient de l'école et des infirmières qui avaient déjà travaillé en hôpital psychiatrique dont il faut complètement s'adapter à la personne qu'on a en face de nous.

Donc, vous individualisez l'encadrement !

Oui tout à fait

Vous voyez une différence entre les nouveaux diplômés et des nouveaux agents ayant de l'expérience ?

Oui c'est différent, par exemple, un infirmier qui débute a moins confiance en lui et je pense que c'est ça qui est important. Je me souviens que j'ai commencé je n'avais pas du tout confiance en moi et ça se retrouve vraiment dans chacune des personnes qui débutent, je pense qu'il faut qu'on puisse avoir un impact par rapport à ça. Quand on est tuteur avec quelqu'un qui a travaillé pendant 15 ans, généralement la personne a confiance en soi, elle a déjà fait des soins.

Et vous ciblez sur quoi plus particulièrement ? Pour les gens qui ont plus d'expérience ?

Tout dépend, s'ils ont une expérience en psychiatrie ou ils ont une expérience dans un autre service. Notamment, on avait une collègue qui avait travaillé pendant 10 ans à l'USIC et qui a changé de jour en lendemain de spécialité. Bah là, il y a tout de même des choses à apporter sur l'expérience en psychiatrie, sur les pathologies, le traitement etc. mais la personne a déjà confiance en elle et elle sait prendre charge des patients et donc ça on n'a pas besoin d'intervenir là-dessus. C'est plus spécialisée sur la spécialité de la psychiatrie une personne qui vient quant à elle déjà de psychiatrie c'est plus expliquer notre fonctionnement qui n'est pas le même d'ailleurs forcément aussi, plus sur l'organisation de l'unité et le fonctionnement de l'hôpital. Le jeune diplômé vient en général de Versailles donc ils connaissent déjà l'hôpital. Pour les nouveaux arrivants de l'extérieur

qui ne connaissent pas c'est donc à nous d'expliquer le fonctionnement de l'hôpital.

Si vous changez de service, que ce que vous attendriez de l'équipe, du service et du cadre pour votre intégration ?

J'espère déjà bon accueil.

Et qu'est-ce que vous appelez un bon accueil ?

C'est un peu bateau ce que je vais dire mais qu'on me considère en tant que personne, qu'on s'intéresse ce que j'ai fait avant, qu'on ne dise pas que si je viens de psychiatrie, je n'ai pas de compétences pour les soins techniques par exemple. En fait que l'on n'est pas de préjugés que j'ai pu faire avant. D'être encadré le temps qu'il faut pour pouvoir être à l'aise effectivement et que l'on fasse en sorte que je sois intégré à l'équipe. Même si je pense que je devrais faire des efforts aussi. Et autant niveau du cadre que de la personne qui pourrait m'encadrer.

Est-ce que les tuteurs des nouveaux arrivants correspondent aussi aux tuteurs des étudiants infirmiers ?

Oui, parce que tout le monde peut être tuteur d'étudiants infirmiers nous n'avons pas que certaines personnes qui sont tuteur des étudiants, comme tout le monde va aux urgences et à l'unité 72 qui ont une certaine expérience ils ont envie d'encadrer. Tous les infirmiers peuvent être tuteur d'étudiant, pour les nouveaux arrivants on essaiera plus de les mettre avec des anciens, des infirmiers qui sont depuis un certain temps.

Et du coup comment ça se passe, vous leur demandez ? C'est eux qui se proposent ?

Pour les étudiants, je propose et j'essaie de faire tourner un peu tout le monde et s'ils ne veulent pas, je respecte leur choix, s'ils sont d'accord, je les inscris comme tuteurs. Pour les nouveaux arrivants, on demande de toute façon toujours à la personne si ça l'intéresse ou pas on n'impose jamais à quelqu'un d'être tuteur.

Si je vous parle de compagnonnage est ce que c'est quelque chose qui vous semble opportun d'envisager dans une unité ?

C'est-à-dire ?

Si j'enlève le mot tutorat et je vous parle de compagnonnage, c'est quelque chose qui vous surprend ?

Je ne me suis jamais posée la question.



Pour vous, c'est quoi le compagnonnage ?

Je trouve que ça ne fait pas assez dans ma représentation, ça ne fait pas assez professionnel. Je dirais que c'est plus amical. Je ne sais pas comment dire. Ça veut dire aussi accompagner quelqu'un. C'est vrai que nous nous entendons surtout le mot tuteur à l'hôpital, nous avons des formations tutorat, c'est vrai que c'est le mot que l'on emploie. Compagnonnage, oui pourquoi pas.

Dans mon idée je dirais que c'est vraiment accompagné quelqu'un pour qu'il s'intègre pourquoi pas mais comme ça tout de suite je dirais que ça fait pas assez professionnel.

Est-ce que vous faites une évaluation après le mois d'encadrement du nouvel arrivant ? Est-ce que le tuteur est présent ou pas ?

Non. On ne fait pas d'évaluation.

Si vous avez un souci avec un nouvel arrivant, comment vous faites ?

Euh bah, on va voir le cadre.

Cela vous paraît plus compliquer parce que c'est un nouvel arrivant par rapport à un étudiant infirmier ?

Oui je pense que c'est plus compliqué parce que ça m'est arrivé quand j'ai pris le poste de faisant fonction cadre, nous avons un nouvel arrivant qui à poser souci. Oui, c'est plus compliqué parce que la personne a son diplôme. Ça change tout. Elle a son diplôme comme nous et du coup je pense que c'est compliqué de recadrer, de remettre sur les rails quelqu'un qui a le même statut que nous.

Ça vous paraît plus difficile pour l'évaluer ?

Oui tout à fait, je pense que s'il y a des soucis organisationnels ou des choses que la personne a du mal à intégrer sur les pathologies, ce genre de choses, on s'autorise à lui dire, à essayer de l'aider. Quand c'est le relationnel avec le patient, le comportement qui n'est pas adapté etc. là c'est compliqué je trouve pour les soignants dans l'équipe de pouvoir le dire. quand j'avais le poste de faisant, dans ce cas je sais que mes collègues venaient me voir en me disant là c'est plus possible avec cette personne que c'est trop compliqué. La position de supérieur hiérarchique aide dans ce moment-là et on préfère le solliciter. il y a plus de poids.

A un moment donné vous passez le relais ?

Oui tout à fait, complètement.

Trois mots-clés par rapport à l'accompagnement d'un nouvel arrivant ce serait lesquels pour vous ?

L'accompagnement, le bon accueil d'abord, de ne pas le laisser au bout d'un mois de poursuivre l'encadrement de toujours présent si besoin je ne sais pas comment dire une présence tout au long la continuité de l'encadrement même si c'est moins soutenu que le premier mois.

Entretien de Mme H, infirmière, IDE 4
---------------------------------------

Rappel du sujet du mémoire avant de débiter l'enregistrement

Date : 26 mars 2013

Durée de l'entretien : 34 min

Vous êtes ide depuis combien de temps ?

IDE depuis 99, et puer depuis 2000

Quel âge avez vous ?

34 ans

Vous êtes dans l'unité depuis combien de temps ?

13 ans

C'est votre premier poste ?

Deuxième poste

Est ce que vous pouvez me décrire l'équipe et le service ?

Equipe pluridisciplinaire, une aile de réanimation, une aile de soins intensifs, une aile de médecine néonatale et une unité kangourou qui est délocalisée au niveau de la maternité. Nous sommes une équipe qui tourne sur les 3 secteurs, une forte proportion de puéricultrices par rapport aux IDE, en néonatalogie on travaille aussi avec des auxiliaires de puériculture, en kangourou c'est un binôme de soit deux IDE soit une IDE et une auxiliaire.

On travaille en collaboration avec l'équipe médicale où il y a un chef de service, des assistants, des attachés et des internes.

Notre équipe externe qui va comprendre les kinés, l'équipe des explos (OPH) nous avons en transversal une psychologue qui s'occupe à la fois des parents et de l'équipe. Notre agent de stérilisation qui s'occupe des couveuses et du matériel, une personne qui s'occupe de la gestion des stocks et des commandes de matériels.

### L'équipe est commune, vous tournez sur les trois unités où il y en a qui sont fixes ?

Il y a des gens qui préfèrent certaines unités, dans la mesure du possible, on respecte les préférences de chacun, d'autant plus que la motivation va souvent pour des personnes plus anciennes qui au final souhaitent laisser un peu plus la partie réanimation.

Mais, on tourne quand même car on se rend compte que même pour les personnes qui aiment la réa c'est usant et nous, contrairement à certains services, on a la chance de pouvoir tourner donc ça fait du bien de voir des prises en charges différentes dont certaines plus légères je dirais.

### Est ce que vous sauriez me dire comment c'est passé votre première prise de poste ?

Je suis arrivée le lendemain d'un premier janvier dans une ambiance très festive, du coup, j'ai été bien accueillie par l'auxiliaire qui était en poste ce jour là. Elle s'est présentée m'a fait faire le tour du service, puis on m'a mis avec une des puéricultrices qui était en poste depuis longtemps qui avait beaucoup d'expérience.

J'ai commencé par la médecine néonatalogie avec des enfants simples en lit et au fur et à mesure on a corsé les choses avec des KT, de l'oxygénothérapie pour pouvoir passer en réa.

A l'époque où je suis arrivée, il y avait un protocole d'accueil bien défini avec une période d'encadrement qui allait jusqu'à deux mois mais qui pouvait être réduit en fonction de comment on se sentait à l'aise. Moi, j'ai bénéficié d'un mois d'encadrement en sachant que je venais d'un service de néonatalogie classique. J'ai fait 15 jours en 8 h avec la personne avec qui j'étais afin de voir un maximum de soins et rencontrer un maximum d'acteurs, puis après j'ai tourné en 12h sur le même planning que mon IDE référente.

### Est ce que vous avez eu le sentiment d'avoir des manques par rapport à cet accueil ?

Non, pas du tout, j'ai vraiment été bien encadrée, mais à l'époque, la charge de travail était différente avec des visions différentes. Par exemple, à l'époque il y avait la préparation des parentérales qui maintenant sont préparées en pharmacie, la préparation des biberons qui maintenant est faite en biberonnerie centrale, donc toute cette charge de travail nous donnait beaucoup de travail sur la journée, donc mes besoins en apport théorique je les faisais au domicile grâce à des ouvrages que l'on m'avait conseillé.

J'ai plus approfondi le côté réa sur mon temps perso.

### Comment pourriez vous décrire l'accompagnement du nouvel agent ?

Pour moi, dans un premier temps, c'est synonyme d'accueil. On ne peut pas se sentir nouvel agent dans une nouvelle équipe si on a pas été accueilli. C'est primordial.

Accueil ça va avec présentation, puis on demande au nouvel agent de se présenter au fur et à mesure qu'il rencontre les personnes. Puis, tout ce qui est de la mise en confiance pour le nouvel agent, en commençant par les locaux, il faut qu'il puisse se repérer dans l'espace ainsi que sur le

matériel. Une fois qu'elle est bien intégrée dans l'équipe et qu'elle connaît bien les locaux, voire avec elle en fonction de son cursus afin de tester le terrain et ça nous aide à savoir comment nous, on va se positionner dans l'accompagnement de cette personne. A partir de ce moment là on essaie de décrire des objectifs par semaine et on s'adapte au rythme des personnes. Tout en sachant que ce soit pour les étudiants où les nouveaux arrivants il faut respecter des délais. On essaie d'y aller petit à petit en fonction de leurs compétences.

Savez vous s'il existe un « parcours » défini du nouvel arrivant sur l'établissement ?

Existe t il une politique d'intégration des nouveaux arrivants au de la de votre unité ?

Il y a tout un protocole qui a été fait, nous nous avons du le retravailler car il est très général, il fait partie d'une chartre du nouvel arrivant, il y a des choses qui sont intéressantes sur la présentation de l'établissement, mais cette procédure a nécessité qu'on l'adapte à notre unité.

Vous participez comment à l'encadrement des nouveaux agents ?

On est un lot de 4 tutrices de stages volontaires. C'est parti d'un projet commun, on a eu la formation en lien avec les étudiants et le nouveau référentiel, on a donc participé à la formation sur le tutorat.

On est donc 4 référents que ce soit des étudiants ou des nouveaux arrivés. Par contre on est la personne ressource, on fait les bilans, mais on ne se substitue pas nos collègues. C'est à dire que les jours où l'on travaille, on assure l'encadrement de proximité mais les jours où nous sommes absents, ce sont nos collègues qui n'ont pas subi.... ou plutôt pas bénéficié de la formation tutorat qui s'en occupe.

On fait des retours régulièrement sur les attentes, mais c'est vrai qu'elles ont des aprioris sur ce nouveau référentiel. Nous en avons longtemps eu, des préjugés qui sont partis et d'autres pas.

Est ce que ces aprioris vous les retrouvez auprès des nouveaux arrivants qui sont jeunes diplômés ?

J'avoue que je n'ai pas eu à faire l'encadrement d'une nouvelle collègue qui soit une jeune diplômée.

Est ce que le tutorat des étudiants IDE vous renvoie à l'accompagnement des nouveaux arrivants ?

Il y a des objectifs dans le tutorat des étudiants qui me paraissent au final plus adaptés aux nouveaux arrivants qu'aux étudiants au final.

Je sors d'un remplissage de portfolio d'une étudiante de deuxième année, c'est quelqu'un qui faisait preuve d'autonomie, d'intéressement, de prise d'initiative, mais il y a des objectifs et des données qui nous paraissent tellement loin du terrain. J'entend par rapport à notre secteur, tout ce qui est dimension éducative, prévention.

Malheureusement, elles sont encore tellement dans l'exécutif que c'est vrai que pour des étudiantes, elles se focalisent sur le soin technique et son exécution et non sur les soins dans sa globalité. Chez l'étudiant, il y a un manque de personnalisation du soin, un manque d'adaptation à l'enfant au moment précis alors que chez nos collègues nouveaux arrivants, on peut compter sur elles, sur la technique, même si elles manquent d'expérience, avec elles, on peut aller plus dans la prise en charge globale sur la journée du bébé. Tous ces critères là qu'on évalue normalement dans le tutorat étudiant nous servent plus dans l'accompagnement des nouveaux.

Donc, quand vous êtes dans l'accompagnement des nouveaux arrivants, vous êtes plus dans la vision globale plus que dans le purement technique ?

Oui tout à fait, lorsqu'elle arrive, elle est d'emblé considérée comme une collègue, elle n'est pas là pour apprendre des soins techniques, après c'est juste comment elle peut s'adapter. Mais on s'adapte quand à ses difficultés techniques et ses inquiétudes s'il y a besoin.

Il faut la mettre en confiance, mais on axe surtout sur la prise en charge globale de son groupe de bébés et après si possible sur le service, on essaie de répartir la charge de travail selon les soignants, pour autant il y a des jours où une soignante va être plus prise parce qu'un bébé ira pas bien et on a besoin de déléguer un certain nombre de choses. Donc au delà d'avoir réaliser ses soins sur son groupe de bébés, il faut avoir un regard sur l'ensemble du service. De plus, on travaille en collaboration avec les médecins comme sur la pose de KT, ils ont aussi besoin de nous à des moments il faut donc pouvoir se libérer.

Si vous aviez à changer de service qu'est ce que vous attendriez de l'équipe qui vous accueille ?

C'est difficile car si je change de service ce n'est pas pour aller dans un service hospitalier. Un accueil qui me tient à cœur et après tout dépend de la spécificité du service où l'on va.

Moi, je pense aux structures extra hospitalières où l'on change réellement de vision des soins du jour au lendemain, me laisser le temps de m'adapter aux nouvelles organisations et procédures.

Est ce que vous pensez que l'encadrement que vous proposez pendant deux mois facilite l'intégration dans l'équipe ?

Ca dépend de la personnalité, car nous c'est un encadrement étroit, binôme constant voire « intime », on va suivre sur un certain nombre de soins afin d'après être dans la collaboration et non plus dans la surveillance.

Cet encadrement étroit peut être mal toléré ou mal perçu mais on arrive à rapidement se connaître. On peut adapter alors l'autonomie qu'on lui laisse.

Donc, je dirais oui, ça l'aide à s'intégrer au sein de l'équipe mais ça fait aussi référence à un mot qui est celui de lâcher à la fin de cet encadrement. Ca montre bien que pendant cette période

au final on c'est limite approprié le nouveau. Ça montre bien qu'on leur laisse peu d'autonomie dans ce processus, après tout dépend des gens, par exemple pour celles qui sortent de l'école elles le vivent plutôt comme une relation de confiance. Si c'est une collègue qui a déjà de l'expérience, on module mais pour autant c'est notre responsabilité.

On ajuste le temps d'encadrement en fonction de l'expérience. Ce n'est pas sous prétexte que quelqu'un vient d'une autre néonate qu'on ne va pas l'encadrer car c'est de notre responsabilité, mais on va plutôt axer sur l'organisation du service, la vision globale, la spécificité du service.

#### Vous avez des outils pour la présentation de l'hôpital et du service ?

De l'hôpital je sais qu'elles le reçoivent et en interne nous avons créé un document pour le service.

#### Si vous je dis le terme compagnonnage, comment vous pourriez le définir ? ca vous semble t-il opportun de l'utiliser dans l'unité ?

Ca ne me parle pas en terme hospitalier, je vois quelque chose de très ludique de colonie de vacances etc... pas forcément immature mais ludique.

Mais pourquoi pas car quelque part c'est du compagnonnage. Pour moi, c'est mettre un lien entre deux personnes, je le ressens comme ça, ça peut être un terme de cohésion d'équipe. Mais avant tout, c'est un lien et c'est vrai que par référence avec ce que l'on a vécu on garde un lien avec la référente qui nous a accompagné. Un lien différent qu'avec les autres collègues qui pourtant nous ont aussi encadrés certainement à notre arrivée. Un lien plus fort, sauf pour celles qui en ont eu plusieurs.

#### Dans l'idée, c'est une infirmière référente par nouvel arrivant ?

Oui, c'est ça

#### C'est un choix de votre part d'être tuteur ?

Oui, c'est un choix, donc on a un planning avec les étudiantes, les nouveaux arrivants et on discute entre nous pour nous organiser. C'est difficile d'être à la fois tutrice de stage et référente des nouveaux arrivants parce que l'on tourne entre les secteurs, elles sont en 8h au début et on est pas pour les passer en 12h parce qu'on estime que c'est par la répétitivité des soins qu'elles acquièrent une autonomie donc on souhaite qu'elles soient là du lundi au vendredi mais nous on est là trois jours en général.

Donc en général, on leur laisse notre planning et elles savent qu'elles peuvent nous appeler même si elles sont sur l'extérieur. Il existe un outil de suivi différent que celui des étudiants mais il est très peu rempli car très conséquent.

Voulez vous rajouter quelque chose ?

Non, je ne pense pas

Remerciements auprès de Mme H pour s'être rendue disponible pour l'entretien.



## Annexe V



## LE RÉPERTOIRE DES MÉTIERS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

« Une aide à la décision pour chacun d'entre nous »



### Infirmier(ère) en soins généraux

<b>Famille :</b>	Soins
<b>Sous-famille :</b>	Soins infirmiers
<b>Code FPT :</b>	07/D/25
<b>Code Rome :</b>	J1506-J1505
<b>Code métier :</b>	05C10

#### ▶ Information générale

##### Définition :

Dispenser des soins de nature préventive, curative ou palliative, visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé  
Contribuer à l'éducation à la santé et à l'accompagnement des personnes ou des groupes dans leur parcours de soins en lien avec leur projet de vie.

Intervenir dans le cadre d'une équipe pluriprofessionnelle, dans des structures et à domicile, de manière autonome et en collaboration.

##### Autres appellations :

Infirmier  
IDE

##### Spécificité :

Stomathérapie  
Psychiatrie  
Prévention - éducation  
Santé au travail  
Oncologie  
Soins palliatifs  
Dialyse  
Hygiène

##### Prérequis :

Diplôme d'état d'infirmier

#### ▶ Activités

- Accueil, encadrement et accompagnement pédagogique de personnes (agents, d'étudiants, stagiaires, etc.)
- Assistance technique pour la réalisation des soins, spécifique au domaine d'activité
- Conseil et éducation thérapeutiques, relatifs à son domaine d'activité
- Conseil pédagogique auprès des personnels / utilisateurs / usagers dans son domaine
- Élaboration du projet de soins et du plan du traitement du patient, de la personne
- Gestion des stocks de produits, de matériels, dans son domaine (saisie, suivi, contrôle, relance commandes)
- Identification, recensement des besoins et des attentes des patients, spécifiques à son domaine
- Réalisation d'études, de travaux de synthèse, relatifs à son domaine d'activité
- Réalisation de soins spécifiques à son domaine d'intervention
- Rédaction et mise à jour du dossier patient, dans son domaine d'activité
- Surveillance de l'état de santé des personnes (patients, enfants, etc.), dans son domaine d'intervention

#### ▶ Savoir-Faire



LE RÉPERTOIRE DES **MÉTIER**  
DE LA **FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE**  
« Une aide à la décision pour chacun d'entre nous »



- Analyser / évaluer la situation clinique d'une personne, d'un groupe de personnes, relative à son domaine de compétence
- Analyser, synthétiser des informations permettant la prise en charge de la personne soignée et la continuité des soins
- Concevoir et conduire un projet de soins, dans son domaine de compétence
- Concevoir, formaliser et adapter des procédures / protocoles / modes opératoires / consignes relatives à son domaine de compétence
- Conduire un entretien d'aide
- Éduquer, conseiller le patient et son entourage dans le cadre du projet de soins
- Élaborer et formaliser un diagnostic santé de la personne, relatif à son domaine de compétence
- Évaluer les pratiques professionnelles de soins dans son domaine de compétence
- Identifier / analyser des situations d'urgence spécifiques à son domaine de compétence et définir les actions
- Identifier, analyser, évaluer et prévenir les risques relevant de son domaine, définir les actions correctives/préventives

## ► Connaissances

Description	Degré	Formacode
Communication et relation d'aide	Connaissances détaillées	44021
Droit des patients	Connaissances générales	43415
Gestes et postures- manutention	Connaissances générales	43491
Gestion du stress	Connaissances générales	15097
Hygiène hospitalière	Connaissances détaillées	
Médicales générales et/ ou scientifiques en fonction du domaine d'activité	Connaissances détaillées	
Méthodes de recherche en soins	Connaissances détaillées	43001
Méthodologie d'analyse de situation	Connaissances détaillées	14254
Soins	Connaissances approfondies	

### **Connaissances détaillées :**

Connaissances détaillées, pratiques et théoriques, d'un champ ou d'un domaine particulier incluant la connaissance des processus, des techniques et procédés, des matériaux, des instruments, de l'équipement, de la terminologie et de quelques idées théoriques. Ces connaissances sont contextualisées. Durée d'acquisition de quelques mois à un / deux ans.

### **Connaissances générales :**

Connaissances générales propres à un champ. L'étendue des connaissances concernées est limitée à des faits et des idées principales. Connaissances des notions de base, des principaux termes. Savoirs le plus souvent fragmentaires et peu contextualisés. Durée d'acquisition courte de quelques semaines maximum.

### **Connaissances approfondies :**

Connaissances théoriques et pratiques approfondies dans un champ donné. Maîtrise des principes fondamentaux du domaine, permettant la modélisation. Une partie de ces connaissances sont des connaissances avancées ou de pointe. Durée d'acquisition de 2 à 4/5 ans.

## ► Informations complémentaires

### **Relations professionnelles les plus fréquentes :**

- Médecin et autres professionnels paramédicaux pour le suivi des personnes soignées
- services prestataires dans l'institution pour assurer le fonctionnement des unités de soins
- infirmiers d'autres services et secteurs de soins pour assurer la continuité des soins lors des transferts des personnes soignées
- travailleurs sociaux pour améliorer la prise en charge de personnes soignées
- instituts de formation pour l'encadrement des stagiaires

### **Etudes préparant au métier et diplôme(s) :**



LE RÉPERTOIRE DES **MÉTIERS**  
DE LA **FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE**  
« Une aide à la décision pour chacun d'entre nous »



3 années d'études post baccalauréat, après épreuves de sélection dans un institut de formation en soins infirmiers agréé

Possibilité d'envisager ces études en promotion professionnelle après sélection.

Diplôme d'état d'infirmier

**Correspondances statutaires éventuelles :**

Infirmier

**Proximité de métier - Passerelles courtes :**

Cadre de santé d'unité de soins

Formateur(trice) en soins

**Proximité de métier - Passerelles longues :**

Métiers du soin

Directeur(trice) des soins

Cadre de santé de pôle

**Tendances d'évolution du métier - Les facteurs clés à moyen terme :**

Développement des réseaux de soins

Développement des logiciels informatiques dédiés

Évaluation des pratiques professionnelles et développement des démarches qualité et de sécurité sanitaire

Transfert de compétences, pratiques avancées

Développement de la traçabilité à toutes les étapes de la prise en charge pour assurer la continuité des soins et répondre à des enquêtes judiciaires

Augmentation des pathologies chroniques et des soins de longue durée

Renforcement de la lutte contre les infections nosocomiales

**Conséquences majeures sur l'évolution des activités et des compétences :**

Renforcement du partenariat avec les autres intervenants hospitaliers et extra-hospitaliers dans la prise en charge des patients

Connaissance et utilisation de logiciels pour assurer la traçabilité

Développement de protocoles de recherche technique et paraclinique

Redéfinition des missions, des procédures de prise en charge et des responsabilités entre médecins et paramédicaux

Renforcement des outils de traçabilité en particulier informatiques

Développement des compétences en accompagnement et en clinique infirmière

Développement des compétences en hygiène hospitalière