



# IEPSCF-TOURNAI

53, rue Saint-Brice B-7500 TOURNAI  
Tél. +32 69/22.48.41. - [www.iepscf-tournai.be](http://www.iepscf-tournai.be)

Intégration et accompagnement des nouveaux soignants dans l'unité de soins : quels sont les missions et rôles du cadre de santé ?

Présenté par : *Desmette Kevin*

En vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé

Année scolaire 2020-2021





# **IEPSCF-TOURNAI**

**53, rue Saint-Brice B-7500 TOURNAI**  
**Tél. +32 69/22.48.41. - [www.iepscf-tournai.be](http://www.iepscf-tournai.be)**

Intégration et accompagnement des nouveaux soignants dans l'unité de soins : quels sont les missions et rôles du cadre de santé ?

Présenté par : *Desmette Kevin*

En vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé

Année scolaire 2020-2021

## REMERCIEMENTS

Il est maintenant venu le temps de prendre le loisir de nous arrêter un instant en nous retournant sur nos quatre ans de formation. Le point final de notre formation pointe le bout de son nez. Il s'agit d'un moment rempli d'ambiguïtés. Il est tout autant espéré que redouté. Ces quatre années n'auraient pas eu la même saveur sans les Pas sans toi. Merci à tous ses membres pour leurs échanges, leur bienveillance, leur soutien, leur envie de faire grandir l'autre et les moments uniques partagés ensemble.

Je perçois l'ensemble de cette formation comme un accompagnement vers une évolution de notre métier et de notre mode de pensées. Je considère alors chaque cours comme une étape et un apport utile à cette transformation. Ainsi, j'adresse mes remerciements à chacun des intervenants de cette formation. Je profite de ce paragraphe pour adresser des remerciements particuliers à Monsieur Vantomme. Ses actions et ses conseils ne poursuivent qu'un seul but : repousser les limites de chacun de ses élèves pour les faire évoluer.

Je tiens à remercier les membres de ma famille et belle famille qui ont fait preuve d'un soutien inconditionnel. J'adresse un merci particulier à Mesdames Allard et Gois, ma maman et belle-maman, pour leur relecture et leurs conseils avisés. Je saisis aussi l'opportunité de remercier mon épouse, Amélie, qui, par sa bienveillance et son enthousiasme légendaire, m'oblige à rester positif et me pousse à aller toujours plus loin. Merci d'avoir fait la concession de quelques moments partagés au profit de ma formation.

Je ne saurais clôturer ces paragraphes sans témoigner de ma reconnaissance envers Mme Gahide, mon ancienne chef d'unité. Sans son soutien, sa reconnaissance et son envie de faire briller les autres, rien n'aurait été possible et je n'aurais jamais pensé entreprendre cette formation.

## Exercice d'intégration tenant lieu de préface

Faut-il être nouveau pour arriver ? Le nouveau, sans être nécessairement neuf, par son arrivée, est une occasion, une opportunité de renouveau ; une sorte de printemps dans l'unité. Ce nouveau visage modifie le visage de l'équipe et de son unité. Perturbateur, va ! De fait, par sa nature, il arrive et il s'oppose à la tradition, à l'ordre établi, au système conforme, qu'on forme. On le considère comme novice, c'est-à-dire inexpérimenté. L'est-il ? Il arrive, certes, mais parviendra-t-il ?

Parviendra-t-il à s'intégrer et ainsi intégrer ? Comme en mathématiques, il s'agit d'intégrer un/une différentielle. Intégrer, c'est remettre entier, rassembler l'intégrité qualitative et l'intégralité quantitative de cette équipe, désormais, ... nouvelle ou au moins renouvelée ! A qui incombe cette tâche, pardon, cette mission ? Le vocabulaire m'inspire par ces synonymes. En effet, *de nouveau* peut avantageusement se remplacer par *derechef* ! Au travail se met le « chef », cadre ou leader, pour intégrer le nouveau arrivant, participe présent, pour qu'il devienne un arrivé voire un parvenu. La mission consiste bien à coudre du neuf avec du vieux ! L'arrivée du nouveau est donc une occasion pour les potentiels leaders d'exercer leurs talents.

Souvent, trop sans nul doute, l'intégration est considérée comme le résultat de l'un, désigné « le nouveau », qui a à se fondre, à se con-fondre et donc à disparaître dans la totalité du préexistant, histoire que le groupe retrouve au plus vite son état antérieur. Non, non, rien à changer !

Le propos ci-après convoque l'accompagnement sans pour autant révoquer l'intégration. A trop penser au résultat, n'en oublions-nous le processus ? A trop fixer la fin, n'en oublions-nous pas d'ajuster les moyens ? Cet accompagnement, jamais complètement défini, jamais complètement fini d'ailleurs, est une triple occasion pour intégrer son rôle à la fonction, pour intégrer son pouvoir à l'autorité, pour intégrer son action à celle des autres ; sans tout confondre, en se distinguant !

Bonne lecture en compagnie de Kévin, un *Passanstoi*.

PATRICK

# TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE 1 : DU PROJET AU PROCESSUS : PREMICES DE L'ACCOMPAGNEMENT	3
1. Le projet : .....	3
2. Le processus : .....	5
3. Conclusion : .....	8
CHAPITRE 2 : LES NOUVEAUX SOIGNANTS : LE CENTRE DE NOS PREOCCUPATIONS .....	10
1. Quels sont les éléments constitutifs d'une transformation de « nouvel arrivant » à « nouveau soignant » ? .....	10
2. Qui sont les soignants ? .....	11
3. Quid des nouveaux soignants ? .....	13
4. Profilage des nouveaux soignants : mission impossible ? .....	14
5. Conclusion : .....	16
CHAPITRE 3 : LES NOUVEAUX SOIGNANTS SONT-ILS LES SEULS ACTEURS DE NOTRE PROBLEMATIQUE ? .....	18
1. Éléments contextuels : .....	18
a) L'institution hospitalière : .....	18
b) L'unité de soins : .....	21
2. Acteurs de la problématique : .....	25
a) L'infirmier chargé de l'accueil des nouveaux et des étudiants : .....	25
b) L'équipe soignante : .....	27
c) Le cadre de santé : .....	29
3. Conclusion : .....	33
CHAPITRE 4 : LA SITUATION D'INTEGRATION : LE PROJET INDIVIDUEL JUSTIFIE-T-IL LE PROCESSUS ? .....	35
1. Les enjeux de la situation d'intégration : .....	35
2. L'intégration : généralités .....	37

3.	L'intégration : un concept sociologique .....	39
4.	Les différentes formes d'intégration : .....	45
5.	Les facteurs d'influences de l'intégration : .....	48
a)	La résistance aux changements : .....	49
b)	La motivation et l'implication : .....	52
c)	Le besoin de reconnaissance : .....	53
6.	Conclusion : .....	60
CHAPITRE 5 : L'ACCOMPAGNEMENT : UN PROCESSUS AU SERVICE DU PROJET INDIVIDUEL D'INTEGRATION ? .....		63
1.	Les enjeux de l'accompagnement : .....	63
2.	L'accompagnement : une notion polysémique .....	65
3.	Les conditions optimales de l'accompagnement : .....	76
4.	Les différents domaines de l'accompagnement : .....	80
5.	Les facteurs d'adaptation de l'accompagnement : .....	82
a)	La qualification : .....	82
b)	L'expérience : .....	84
c)	La compétence : .....	87
6.	Conclusion : .....	96
CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES .....		99
BIBLIOGRAPHIE		
ABSTRACT		





## INTRODUCTION

Au début de notre formation Cadre de santé, nous avons dû faire le choix d'un thème qui est source d'intérêts pour nous. Au fil de nos réflexions, nous nous sommes dirigés vers l'accompagnement des nouveaux soignants. La base de ce choix est une expérience de terrain. Lors de la réunification de plusieurs équipes soignantes au sein d'une même unité de soins, nous avons été confrontés à une dure réalité. En plus des résistances humaines liées à l'apprivoisement de nouveaux collègues, nous avons dû faire le constat d'un grand manque de personnel soignant au sein de cette équipe dont nous faisons partie à l'époque. Plus tard, sur base d'éléments concrets, la direction de l'institution hospitalière a pris la mesure du manque de ressources humaines sur le terrain. Cette observation a donné lieu à un recrutement massif. Tout n'était pas gagné. Sommes-nous déjà compétents à la sortie de l'école ou bien sommes-nous compétents parce que nous avons fait l'expérience d'une autre unité de soins ? Prudence : bien que chaque nouveau soignant soit une aubaine, il est préférable de lui donner du temps afin de le laisser s'adapter puis de s'intégrer dans un nouveau contexte, dans une nouvelle équipe soignante. A notre sens, nous avons été le témoin d'une situation dramatique à plusieurs niveaux. Au niveau de l'institution, les conditions de travail auxquelles nous étions soumis n'étaient pas optimales. La qualité des soins dont nous sommes garants en tant que cadre de santé s'est vue mise en danger au profit du besoin d'assurer la continuité des soins. Le stress permanent de l'équipe soignante était palpable et était source de nombreux conflits. Une fois ces nouveaux soignants recrutés, dans ce contexte difficile, le cadre de santé en place n'a le choix que de « lâcher » ces nouveaux soignants très rapidement, voire trop précocement. La solution apporte donc plusieurs problèmes : charge mentale et physique de l'équipe soignante augmentée, manque d'encadrement et d'accompagnement des nouveaux soignants, mise en péril de la qualité et de la sécurité des soins. C'est autant d'observations qui nous ont amenés sur le thème de l'accompagnement des nouveaux soignants. L'ensemble de ces réflexions a donc donné une place à la problématique suivante : intégration et accompagnement des nouveaux soignants dans l'unité de soins : quels sont missions et rôles du cadre de santé ? Les premières étapes du traitement de notre problématique ont été réalisées sur base de nombreuses interrogations. Nous avons commencé par nous documenter sur le sujet ; nous avons compris, ensuite, l'importance de prendre l'option de la conceptualisation comme un fondement utile à la compréhension et à la délimitation de notre questionnement.

Dès le début de nos recherches, nous avons été sensibles à l'approche de « projet » et de « processus » que nous pouvions conférer à l'intégration et à l'accompagnement. Sont-ils des projets ou des processus ? La réponse à cette question est l'une des motivations principales de la raison d'être de ce chapitre. Existe-t-il une réponse claire et précise ? C'est ce que nous tenterons de voir dans la conclusion.

Puis, il nous a semblé profitable de prendre la mesure de qui pourrait se voir impliquer dans un tel contexte. Ce contexte se limite-t-il au cadre de santé et aux nouveaux soignants ? Nous ne pouvons pas le nier ; les acteurs au cœur de la démarche sont bien les nouveaux soignants. Qui sont-ils ? Sont-ils tous les mêmes ? C'est dans le but d'éclaircir tout cela que nous avons pris le parti de nous attarder sur cette notion. Puis, lors de notre exploration, nous avons bien saisi qu'ils n'étaient pas seuls. Les acteurs de ces enjeux ne sont-ils que physiques ? Existe-t-il différents niveaux contextuels ? Quelle est la place du cadre de santé dans ce questionnement ? Qui sont les autres acteurs ? C'est la recherche de tous ces éléments qui construisent ce chapitre.

Plus tard, sur base d'un fil conducteur le plus commun possible, nous avons conceptualisé les notions d'« intégration » et d'« accompagnement ». Par cette façon d'agir, nous voulons rendre concrète la méthode « entonnoir » que nous avons étudiée au sein de nos cours de méthodologie : partir de la périphérie pour arriver au cœur de notre problématique : l'accompagnement. Il est vrai que l'accompagnement semble être aussi important que les nouveaux soignants, l'un des concepts centraux de notre problématique. Cela ne veut pas dire que nous négligeons les autres. Bien au contraire, ils sont tout autant d'éléments constitutifs de la situation que ces deux derniers. Dans cette optique, pour les chapitres en lien avec l'intégration et l'accompagnement, nous nous sommes interrogés sur plusieurs points. Quels sont leurs enjeux ? Comment pourrions-nous les définir ? Ont-ils différents aspects et domaines d'application ? Pourrions-nous identifier des éléments facilitants ou des éléments de résistance ? Quels sont leurs facteurs d'adaptation à considérer ? Ces nombreux éléments de questions sont ceux qui nous ont aidés à mettre sur pied notre fil de développement de ces deux notions afin de les conceptualiser. Tout de suite, revenons à notre point de départ : le projet et le processus.

# CHAPITRE 1 : DU PROJET AU PROCESSUS : PREMICES DE L'ACCOMPAGNEMENT

Comme point de départ de notre analyse de la problématique choisie, nous avons décidé de profiter du fruit d'une discussion que nous avons eue avec notre professeur de méthodologie lors d'un entretien individuel. L'accompagnement et l'intégration sont-ils le fruit d'un projet ou d'un processus ? Au départ, nous avons tendance à les confondre. Peut-être la racine étymologique commune « pro » nous a-t-elle poussés vers une fausse piste. C'est pour cet ensemble de raisons que nous avons pris le temps de nous attarder quelques instants sur les notions de « projet » et de « processus », ceci dans le but d'en cerner les éventuelles différences et similitudes, de les contextualiser à notre problématique, d'en cerner les différents enjeux et acteurs.

Nos aprioris nous font partir du constat suivant : avant d'être un processus, l'accompagnement des nouveaux arrivants est un projet. Est-ce la réalité des choses ? Nous vous invitons à le découvrir dans les prochains paragraphes.

## 1. Le projet :

Commençons par élucider le mot « projet ». Attardons-nous sur son étymologie : le Littré<sup>1</sup> précise que ce mot trouve son origine du latin « *projectus* » qui vient de « *projicere* ». Ces mots latins viennent de l'association de « pro » et de « *jacere* » qui signifie littéralement « *jeter quelque chose vers l'avant* »<sup>2</sup>. Par leur combinaison, ils forment le mot « projet » qui se définit comme « *ce que l'on a l'intention de faire dans un avenir plus ou moins éloigné* »<sup>3</sup>. Une autre signification élaborée par le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales caractérise le mot « projet » comme « *ce qu'on a l'intention de faire et l'estimation des moyens nécessaires à la réalisation* »<sup>4</sup>. Ces deux premières clarifications intéressantes vont dans le sens de notre opinion. Il s'agit bien de projeter un brouillon de ce que nous voudrions réaliser dans un certain délai. Cette notion de temporalité est aussi à considérer ; le site internet La Gestion De Projet Informatique nous précise qu'il existe « *une notion forte de temporalité dans la notion de projet : un projet est généralement une aventure temporaire*

---

<sup>1</sup><https://www.littre.org/definition/projet> (consulté le 15 janvier 2020)

<sup>2</sup><http://www.gestion-projet-informatique.vivre-aujourd'hui.fr/projet-definition-generale.html> (consulté le 16 janvier 2020)

<sup>3</sup>Ibidem, point 1.

<sup>4</sup><https://www.cnrtl.fr/definition/projet> (consulté le 15 janvier 2020)

(ayant à ce titre, un début et une fin) »<sup>5</sup>, contrairement au processus, que nous approfondirons dans les paragraphes suivants, qui, lui, semble être un ensemble d'actions, systématiques et reproductibles de façon illimitée dans le temps. Cette deuxième définition ajoute une observation intéressante pour le milieu du management ; elle introduit la notion de coûts. Il est vrai que, dans la réflexion sur un projet, cette notion de coûts et de moyens fait vite son apparition dans notre esprit de manager en devenir. Quelles sont les plus-values que nous pourrions retirer d'un tel investissement ? Le projet peut être qualifié comme « étant l'ensemble des activités coordonnées et mises en rapport visant à accomplir un objectif précis, lequel est généralement atteint pendant une période de temps défini au préalable tout en respectant un budget »<sup>6</sup>. Ces propos évoquent la notion d'activités coordonnées qui va de pair, selon nous, avec la rationalisation des moyens. Il permet aussi de rajouter de l'eau à notre moulin ; il met en lumière que le projet ne se limite pas à un seul acteur. Prudence : sans l'implication de l'un des acteurs, le succès peut se voir hypothéqué. Dans la situation d'intégration et d'accompagnement des nouveaux soignants qui nous préoccupe, l'implication de l'institution, l'infirmière chargée de l'accueil des nouveaux et des étudiants, l'équipe, le nouveau soignant et le cadre de santé nous paraissent être un ensemble de prérequis. Selon notre conception, le projet peut être bénéfique aux différents maillons de la chaîne. Le nouveau soignant peut acquérir un certain degré d'autonomie par un projet de formation personnalisé. Celui-ci se verrait ainsi adapté, tout en restant dans un cadre prescrit, par un ou plusieurs objectifs choisis. Le volontariat de certains membres de l'équipe soignante pourrait les rendre acteurs du projet de formation. Il pourrait même être assimilé à des ressources. Enfin, d'un point de vue institutionnel, par le biais du cadre de santé, l'implication dans un tel projet permet de pouvoir, à terme, compter sur un nouvel élément singulier dans l'équipe soignante. Bien que le cadre de santé en soit, selon nous, le coordinateur, nous pensons que le projet laisse une place à l'ouverture d'esprit et à la créativité afin de ne négliger aucune piste pour le mener à bien. Cet appel à la créativité ne se limite pas au cadre de santé, la réussite d'un tel projet d'accompagnement nécessite l'implication des membres de l'équipe et de l'institution hospitalière. Donc, l'ensemble des activités se doit d'être coordonné mais pas encore systématisé. Il n'est donc pas « un processus répétitif : un projet est unique »<sup>7</sup>. Cette clarification paraît opportune. Pour nous, le projet se distingue vraiment du processus par son caractère unique et non systématisé.

---

<sup>5</sup><http://www.gestion-projet-informatique.vivre-aujourd'hui.fr/projet-definition-generale.html> (consulté le 16 janvier 2020)

<sup>6</sup><https://lesdefinitions.fr/projet> (consulté le 16 janvier 2020)

<sup>7</sup>Ibidem, point 5.

Nous venons de voir par l'exposition de diverses clarifications que le projet est, dans ses prémices, très peu concret. Il dépend de plusieurs acteurs qui le portent. Et, dans ce sens, il est utile de laisser une place de choix à la créativité et à l'ouverture d'esprit de chacun afin que la personne se sente écoutée et comprise ; cela permettra de l'impliquer. Ensuite, nous avons vu que la notion de projet faisait référence à diverses conceptions parmi lesquelles nous retrouvons : le respect d'un délai, d'un budget. Il a comme attribut l'atteinte d'un ou de plusieurs objectifs à déterminer dès le début. Dans notre cas, notre projet est le suivant : mettre en place, ensemble, les chemins d'accompagnement des nouveaux soignants afin qu'ils puissent être intégrés. Dans cette première distinction entre les notions de projet et de processus, le projet est bien quelque chose d'unique au contraire du processus. Maintenant, élucidons le processus.

## 2. Le processus :

Comme pour l'approche du projet, prenons comme point de départ l'étymologie du mot « processus ». Il vient du latin « *processus* » qui serait une contraction des mots « *pro* » et « *cedere* » : ce qui « signifie donc aller vers l'avant, avancer »<sup>8</sup>. Ceci met déjà en avant une différence significative entre ces deux termes. L'étymologie du mot « processus » évoque qu'il s'agit de quelque chose de plus abouti que le projet. Ici, il s'agit « d'aller en avant » tandis que, dans le projet, il s'agissait « de jeter en avant ». L'action est, selon nous, plus prééminente dans le processus et suppose un projet réalisé en amont. Maintenant, passons au crible plusieurs définitions afin d'affiner notre perception du processus.

Le processus a des champs d'application assez divers : anatomie, biologie, psychologie, qualité, management. Dans notre contexte, nous allons commencer par une définition générale puis nous tourner vers le milieu de la qualité et du management. Initialement, le processus peut être qualifié comme « *une suite continue de faits, de phénomènes présentant une certaine unité ou une certaine régularité dans leur déroulement* »<sup>9</sup>. Cet éclaircissement appuie l'un de nos aprioris. Contrairement au projet, le processus adopte une certaine régularité d'actions. Il permet en quelque sorte de donner un cadre d'actions prédéfini. Lors de son application, nous savons ce qu'il faut faire et à quel moment le faire. Cette notion de systématisation est beaucoup moins présente dans le projet ; nous connaissons notre but et nous essayons plusieurs chemins pour y arriver. Il y a des phases de tests, des évaluations, des pratiques mises en place pour corriger l'action. Prudence,

---

<sup>8</sup><https://fr.wikipedia.org/wiki/Processus> (consulté le 16 janvier 2020)

<sup>9</sup><https://www.cnrtl.fr/definition/processus> (consulté le 16 janvier 2020)

cela ne veut pas dire que le processus ne laisse pas de place aux questionnements et à l'amélioration continue. Le dictionnaire nous apporte une définition de l'industrie pour délimiter le processus : « *suite d'opérations normalisées effectuées par tout ou partie des employés pour effectuer une tâche donnée* »<sup>10</sup>. L'envisager de cette façon peut apporter sa contribution dans la situation d'intégration et d'accompagnement. Une fois de plus, il y a la notion de normalisation. Nous verrons plus tard que répondre à des normes est l'un des enjeux majeurs, voire le seul, de l'intégration pour les nouveaux soignants. De notre point de vue, cela permet de fournir un repère d'actions normées à notre équipe. Cependant, il est adapté de prendre en considération que, pour réaliser une action similaire, il y a une multitude de méthodes d'exécution possibles. Par exemple, l'une des tâches à exécuter en tant que soignant est la désinfection des mains. L'objectif est clair et s'inscrit dans le processus d'accompagnement. Cependant, il existe au moins deux manières de procéder afin de rendre le nouveau soignant autonome. D'une part, des affiches expliquant la marche à suivre que nous pouvons mettre à sa disposition ou alors rendre cet accompagnement plus actif en lui montrant comment faire. Après, nous pourrions demander au nouveau soignant de reproduire les gestes que nous venons de lui montrer. Lors de cette répétition d'actions, nous pourrions le guider et identifier les points forts et les axes de progrès. Deux méthodes d'apprentissage différentes peuvent faire partie d'un même processus. La tâche donnée, quant à elle, pourrait être l'accompagnement des nouveaux par l'équipe. Cela n'est pas dénué d'intérêt afin d'éclaircir les objectifs de l'équipe. L'un de ces objectifs fixés par le cadre de santé pourrait être : fournir un accompagnement de qualité aux nouveaux soignants. Néanmoins, dans le cas où nous projeterions de mesurer la qualité de l'accompagnement des nouveaux soignants, notre attrait pour la méthodologie nous fait penser que des indicateurs devraient être mis en place. Ceci pourrait correspondre au respect d'un processus ou d'une check-list dont les items seraient : se présenter au nouveau soignant, exposer le fonctionnement de l'unité de soins, le présenter lorsqu'il rencontre une nouvelle personne, indiquer les diverses zones de rangement, expliquer le déroulement d'une journée type, aider à la prise en charge d'un patient, rendre obligatoires certaines formations de type « dossier patient informatisé », etc...

Du point de vue de la *qualité*, le processus est qualifié par un « *enchaînement ordonné d'activités à valeur ajoutée, déclenché par un événement et aboutissant à un résultat tangible pour son bénéficiaire* »<sup>11</sup>. En ce sens, il répond toujours à « *un événement ou une sollicitation (...), un client (interne ou externe) pour lequel il produit un résultat tangible, et*

---

<sup>10</sup><https://www.le-dictionnaire.com/definition/processus> (consulté le 16 janvier 2020)

<sup>11</sup><http://www.qualiteperformance.org/lexique/processus> (consulté le 16 janvier 2020)

*attendu par lui* »<sup>12</sup> et peut également « *traverser plusieurs domaines de création de valeurs qui correspondent à un ensemble de métiers dans l'entreprise* »<sup>13</sup>. Ici, nous avons identifié les domaines de création comme suit : l'institution, l'infirmière chargée de l'accueil et des nouveaux et des étudiants, le cadre de santé, l'équipe soignante. Comme déjà évoqués, il existe plusieurs types de processus parmi lesquels nous retrouvons le management qui retient toute notre attention et qui se caractérise par « *les processus qui organisent et visent l'amélioration du fonctionnement de l'organisme* »<sup>14</sup>. Ce point de vue *qualité* est assez intéressant pour l'approche managériale que nous voulions conférer à notre vision de l'accompagnement. Le point de vue *qualité* ajoute sa pierre à l'édifice : le processus nous indique quelque chose d'ordonné et de systématisé mais nous voyons poindre le concept de valeur ajoutée. C'est précisément ce qu'il nous manquait dans les explications précédentes. Il répond à une sollicitation d'un client<sup>15</sup> ayant pour but de fournir un résultat tangible en fonction de ses attentes. Dans un premier temps, l'objet est le nouveau soignant. Ce nouveau soignant nous sollicite en premier puis interpelle l'équipe afin d'obtenir un résultat, à savoir l'acquisition de multiples compétences institutionnelles, techniques et sociales. Bien que le nouveau soignant soit notre premier client à part entière, cela nous permet de satisfaire de multiples clients au sens plus large du terme. Cette réflexion place alors l'institution, le cadre de santé, l'équipe et le patient dans la position de clients. Car, l'appréhension de cet ensemble de compétences par le nouveau soignant lui permettra d'être opérationnel, reconnu et, enfin, intégré : c'est notre plus-value, à savoir jouir d'un soignant compétent supplémentaire dans notre équipe. Un autre atout du processus pour le cadre de santé est qu'il permet à « *un responsable d'orienter, d'animer et de maîtriser les processus clients et supports dont il a la charge. Par exemple : définition de politique et d'objectifs, détermination d'allocation des ressources, activités de mesure, de surveillance, d'analyse des résultats* »<sup>16</sup>. Pour cet ensemble de raisons, il est, selon nous, un outil utile. Quant à l'équipe, leur profit peut correspondre à pouvoir compter sur le nouveau soignant pour assumer les tâches quotidiennes dans un climat de travail serein et propice à la coopération. Cet ensemble de clarifications a permis de donner de la teneur à nos aprioris. Le processus est un mécanisme ordonné et coordonné.

---

<sup>12</sup><http://www.qualiteperformance.org/lexique/processus> (consulté le 16 janvier 2020)

<sup>13</sup>ibidem.

<sup>14</sup>ibidem.

<sup>15</sup>Interne dans notre cas : le nouveau soignant.

<sup>16</sup>ibidem, point 12.

### 3. Conclusion :

En conclusion, l'éclaircissement des mots « projet » et « processus » ont permis d'en cerner les similitudes et les différences. Nous avons commencé par approfondir la notion de projet pour nous diriger vers celle de processus. L'approche que nous avons du projet nous semble beaucoup plus ouverte. Le rôle du cadre de santé relèvera plutôt de la coordination. Tandis que, dans l'approche *processus*, nous allons plus vers la systématisation d'actions afin de rendre plus efficient un ensemble d'actions menées l'une à la suite de l'autre pour créer une valeur ajoutée : elle pourrait correspondre à l'autonomisation d'un nouveau soignant. Le rôle du cadre de santé serait, alors ici, plus dans le contrôle et dans l'évaluation des pratiques mises en place pour affiner et augmenter l'efficacité de celui-ci. Cette notion semble donc au premier abord beaucoup plus fermée. Ainsi, le processus est un mécanisme ordonné et coordonné. Ces propos permettent de faire le parallèle avec deux typologies de catégorisation des structures organisationnelles que nous avons abordées lors de notre cours de psychosociologie. D'une part, le projet nous semble relever d'un mode d'organisation plus organiste tandis que le processus correspond à un mode d'organisation plus mécaniste. Pour rappel, la structure organiste « *se montre plus réactif à l'environnement et sa structure flexible place sa rationalité en externe* »<sup>17</sup>. Dans cette typologie, nous avons un système ouvert où l'implication a une place centrale. A contrario, la structure mécaniste « *s'avère peu souple, voire résistante au changement* »<sup>18</sup>. Il s'agit d'un système un peu plus fermé qui place « *son principe de rationalité en interne* »<sup>19</sup> et dont la logique principale s'avère être l'intégration. Restons nuancés : ce n'est pas parce que nous avons recours à certains processus que nous sommes forcément une structure organisationnelle mécaniste et inversement. Nous avons aussi la conviction que le management du cadre de santé peut avoir une influence dans un sens ou dans l'autre bien que nous soyons dans une organisation tantôt organiste, tantôt mécaniste. D'après notre conception, le projet est antérieur au processus. Tout processus fait l'objet, d'abord, d'un projet. Mais l'inverse ne peut-il pas avoir sa raison d'être ? Effectivement, le projet pourrait être assimilé à une intention qui poursuit plusieurs finalités : répondre à un besoin, impliquer les membres de l'équipe dans la résolution de problèmes, atteindre un but, promouvoir la créativité et l'échange dans l'équipe. Il est opposé au processus de par son caractère stratégique, tactique et temporellement défini. Quand il s'agit de reproduire un projet de

---

<sup>17</sup>Vantomme P., *Psychosociologie appliquée aux relations de travail*, cours de Promotion sociale Tournai, Année 2017- 2018.

<sup>18</sup>Ibidem.

<sup>19</sup>Ibidem.



façon systématisée, il portera alors le nom de processus. Les objectifs<sup>20</sup> sont alors fondamentalement différents de ceux du projet : répondre à une attente d'un nouveau soignant, clarifier les tâches à réaliser en vue de l'atteinte d'un objectif, rationaliser les ressources, créer une plus-value pour les différents intervenants, réel outil de pilotage pour le cadre de santé. De notre point de vue, même si le processus a des attraits plus systématiques, il laisse aussi une place à la créativité et à l'action individuelle de chacun. De plus, il s'avère utile de rendre le processus adaptable à la personne que nous avons face à nous et il est indéniable qu'un nouveau soignant n'est pas l'autre. L'implication d'un nouveau soignant par le projet d'intégration dans le processus d'accompagnement ne serait-il pas une clé pour augmenter son succès ? Dans notre cas, le projet d'un nouveau soignant ne pourrait-il pas s'inscrire dans le processus de son accompagnement ? Par notre réflexion, nous voulons dire que nous sommes bien conscients qu'il existe un processus d'intégration et d'accompagnement propre au cadre légal et à l'institution. Mais, les projets d'intégration et d'accompagnement « microscopiques » d'un nouveau soignant ne peuvent-ils pas avoir leur place afin d'augmenter les chances d'implication du nouveau soignant dans ces processus « macroscopiques » de l'institution ? Dans ce cadre, l'intégration et l'accompagnement du nouveau soignant seraient alors le fruit d'un « projet-cuss ». Nous aimons cette conception pour plusieurs raisons. Pour nous, l'intégration, bien qu'elle soit la réponse à plusieurs injonctions contextuelles, peut se voir adaptée en fonction des nouveaux soignants auxquels elle s'adresse. Elle serait alors le projet d'un nouveau soignant. Pour ce qui est de l'accompagnement, bien que nous soyons convaincus qu'il existe autant de chemins d'accompagnement que de nouveaux soignants, il fait l'objet d'un processus formalisé au sein de l'institution. Il y a des étapes auxquelles chaque nouveau soignant se soumettra : par exemple, l'accueil par l'infirmier chargé de l'accueil des nouveaux et des étudiants, une formation « dossier patient informatisé », etc... Par contre, ce n'est pas pour autant, qu'en tant que cadre de santé, nous ne pouvons pas adapter au besoin de chaque nouveau soignant ce qui n'est pas clairement formalisé. Le processus d'accompagnement serait ainsi utile à créer le cadre et les limites dans lesquels il s'inscrit. Maintenant, il nous semble judicieux de clarifier notre champ de recherche afin de rendre plus tangible notre conception du nouveau soignant.

---

<sup>20</sup>Tout aussi louables que ceux du projet.

## CHAPITRE 2 : LES NOUVEAUX SOIGNANTS : LE CENTRE DE NOS PREOCCUPATIONS

Au cours des années et des travaux précédents, nous avons utilisé les notions de « nouvel arrivant » pour parler des nouveaux soignants. Notre champ initial ne faisait-il pas l'objet d'un pléonasme ? L'effet du travail, de la discussion avec différents intervenants, les nombreux apports des Pas sans toi <sup>21</sup>, nous ont permis de faire évoluer notre problématique en clarifiant l'un de ses champs de recherche. Qu'est-ce qu'un « nouveau soignant » ? Quand ne sera-t-il plus considéré comme tel ? Par la conceptualisation des notions de « projet » et « processus », nous avons déjà pu comprendre qu'il s'agit de l'un des acteurs prépondérants de la situation d'intégration et d'accompagnement qui nous préoccupe. Afin de rendre plus tacite ce que nous appellerons tout au long de ce travail « nouveau soignant », il est intéressant de clarifier les mots « nouveau » et « soignant ». Enfin, nous tenterons de voir si un profilage des nouveaux soignants est possible.

### 1. Quels sont les éléments constitutifs d'une transformation de « nouvel arrivant » à « nouveau soignant » ?

Prenons le chemin de la définition pour rendre les mots compréhensibles. Rappelons que le mot « nouveau » est un adjectif tout comme le mot « nouvel ». Les définitions sont donc semblables. Aussi, nous avons pris le parti de garder la définition du mot « arrivant » de notre champ initial afin de vous faire prendre conscience qu'il s'agit d'une répétition lorsqu'il est associé à « nouvel » ou « nouveau ». Le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales nous présente plusieurs définitions du mot « nouveau », pleines de sens. « Nouveau », dans son sens premier, peut se caractériser de différentes façons : « *qui vient d'apparaître* »<sup>22</sup>, « *qui est au commencement d'une durée, d'un cycle* »<sup>23</sup>, « *qui a adopté des comportements nouveaux* »<sup>24</sup>, tandis qu'il qualifie « arrivant » de la façon suivante : « *personne ou chose qui arrive* »<sup>25</sup>. Le Larousse le qualifie de : « *personne qui arrive quelque part* »<sup>26</sup>. C'est par ce biais que nous donnons du crédit à ce que nous qualifions préalablement, sans l'avoir clairement défini, de « nouveau ». Nous allons dans le sens des

<sup>21</sup>Il s'agit du nom que nous avons choisi pour désigner notre groupe-classe.

<sup>22</sup><https://www.cnrtl.fr/definition/nouvel> (consulté le 18 janvier 2020)

<sup>23</sup>ibidem.

<sup>24</sup>ibidem.

<sup>25</sup><https://www.cnrtl.fr/definition/arrivant> (consulté le 18 janvier 2020)

<sup>26</sup><https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/arrivant/5454> (consulté le 18 janvier 2020)

diverses conceptions exposées surtout, si elles précisent que « nouveau » caractérise quelqu'un qui est au commencement d'un cycle, d'une durée et qui appréhende de nouveaux comportements. Dans ce contexte, les nouveaux soignants, bien qu'étant à la fin d'une aventure, telle qu'un cursus scolaire, une vie professionnelle dans une autre unité ou dans une autre institution, en commencent une autre : le parcours d'intégration et d'accompagnement dans une nouvelle institution et/ou dans une nouvelle unité de soins. La notion de cycle avancée nous intéresse. Le chemin poursuivi pour arriver à une intégration réussie est jalonné de divers cycles, parmi lesquels l'accompagnement pour atteindre, ensuite, l'intégration. Mais, prudence : « Rome ne s'est pas fait en un jour » ; la temporalité amenée par le mot « durée » semble en accord avec notre vision de l'intégration et de l'accompagnement. Une raison supplémentaire, pour laquelle nous avons fait le choix de continuer à définir le mot « arrivant », est que Le Larousse précise que l'arrivant appréhende un nouveau lieu de travail et présuppose qu'il a un bagage antérieur. Celui-ci ne peut en aucun cas être négligé lors de la phase d'intégration et d'accompagnement. Ceci renforce notre opinion selon laquelle « nouvel » et « arrivant » sont finalement deux notions très proches. Après éclaircissement de ce qu'était « un nouveau », nous pouvons nous attarder sur la clarification de ce qu'est un soignant.

## 2. Qui sont les soignants ?

Qu'est-ce qu'un soignant ? Question d'apparence banale mais qui peut trouver une multitude de réponses si l'on dépasse nos aprioris. Nos premières réflexions sur le sujet portent à croire qu'un soignant se réduit qu'aux seuls infirmiers. N'est-ce pas là une pensée égocentrique ? Gardons notre esprit critique d'explorateur.

D'abord, Le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales dit que le mot « soignant » peut être utilisé comme un adjectif ou un substantif. Malgré ces différentes fonctions dans une phrase, la définition reste équivalente. Alors qu'il se définit comme « *qui donne des soins, qui soigne une personne* »<sup>27</sup> lorsqu'il est adjectif, il se clarifie comme « *celui, celle qui donne des soins, qui soigne* »<sup>28</sup> lorsqu'il est substantif. Ces deux premiers éclaircissements permettent déjà d'élargir notre point de vue. Le Larousse abonde en ce sens en précisant qu'un soignant est une « *personne qui donne des soins à quelqu'un* »<sup>29</sup>. Nous pourrions continuer de livrer une multitude de clarifications : elles paraissent souvent

---

<sup>27</sup><https://www.cnrtl.fr/definition/soignant> (consulté le 11 mars 2021)

<sup>28</sup>ibidem.

<sup>29</sup><https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soignant/73228> (consulté le 11 mars 2021)

aller dans le même sens. Ces élucidations d'apparence succincte permettent d'ouvrir notre esprit de chercheur.

Voilà donc notre idée : un soignant peut être bien plus qu'un infirmier. Cette vision initiale semble finalement très limitative et aux antipodes de notre volonté d'ouverture d'esprit. Si l'on se base sur les trois définitions que nous avons choisies, un soignant peut être un infirmier mais pas seulement ! Il pourrait correspondre à un médecin, un aide-soignant, un kinésithérapeute, un dentiste, un ostéopathe, un diététicien, etc... Notre pratique quotidienne porte à croire que nous pourrions également associer l'aide logistique à un soignant. Il est vrai qu'il n'est pas directement en prise avec le soin ; cependant, le fait d'assurer l'approvisionnement de matériel nécessaire aux soins n'est-il pas l'une des premières étapes du soin ? Prudence : cela ne veut pas dire que, dans tout soin, nous avons un besoin impératif de matériel : prenons l'exemple de la psychiatrie où la base du soin est la relation.

Mais sommes-nous réellement en tant que cadre de santé, initialement infirmier et dépendant du nursing, amener à manager l'ensemble de ces soignants ? Un élément utile à notre réponse paraît être l'organigramme que nous avons pu aborder lors de la toute première unité de formation de notre cursus « Analyse de la fonction Cadre de santé ». Un organigramme est « *la représentation graphique de la structure d'un organisme, d'un établissement ou d'un service avec ses divers éléments et leurs relations. La structure d'un organisme, d'un établissement ou d'un service, est la façon suivant laquelle ses différents organes se situent les uns par rapport aux autres* »<sup>30</sup>. Parmi ceux-ci, figurent deux types de relations : fonctionnelles et hiérarchiques. D'une part, les relations fonctionnelles permettent « *la transmission des informations, le travail en groupe...* »<sup>31</sup>. Dans ce cas, nous pouvons les illustrer par la mise en place d'un projet interdisciplinaire, « *la transmission d'informations relatives à un patient entre deux services* »<sup>32</sup>. Les relations hiérarchiques mettent en évidence les « *relations d'autorité* »<sup>33</sup> qui permettent la transmission d'ordres : par exemple, un infirmier chef envers un infirmier, un aide-soignant, un aide logistique. Cet outil admet donc de prendre la mesure de qui nous allons diriger. En tant que cadre de santé, nous aurons sous notre autorité des infirmiers, des aides-soignants, des aides logistiques. Par contre, nous aurons à collaborer avec un ensemble de paramédicaux très variés, constitués d'autres soignants que nous avons énumérés en partie plus tôt dans notre travail.

---

<sup>30</sup>Staelens T., *Analyse de la fonction cadre de santé*, cours de Promotion sociale Tournai, Année 2017-2018.

<sup>31</sup>Ibidem.

<sup>32</sup>Staelens T., *Analyse de la fonction cadre de santé*, cours de Promotion sociale Tournai, Année 2017-2018.

<sup>33</sup>Ibidem.

Le processus réflexif que nous avons entamé permet ainsi de faire une synthèse des différents éléments avancés afin de rendre concrète notre conception du « nouveau soignant ».

### 3. Quid des nouveaux soignants ?

Le point de départ de la conception des « nouveaux soignants » est le fruit d'une réflexion personnelle et collective de plusieurs années. De fait, dans nos travaux précédents, nous avons choisi l'option de parler du « nouvel arrivant ». L'ensemble des divers échanges que nous avons eus, nous a donné la mesure qu'il s'agissait d'un pléonasme. C'est pour cet ensemble de raisons, qu'empreints de l'amélioration continue, nous avons choisi « nouveau soignant » comme l'un des champs de recherche. Nous avons voulu rendre cette notion claire et transparente en la conceptualisant pour l'ensemble de nos lecteurs. Nous avons décidé de dédier quelques pages à l'approfondissement de ce champ de recherches. Nous avons séquencé nos recherches en deux étapes. La première était d'éclaircir la notion de « nouveau » qui n'est finalement pas si éloignée de « nouvel ». La seconde étape a consisté à conceptualiser la notion de « soignant » qui est assez complexe.

D'abord, en clarifiant le mot « nouveau », nous avons bien compris que nos efforts passés ne sont pas vains. « Nouvel » et « nouveau » se définissent de façon similaire. Ainsi, nous avons pu mettre en évidence que nous sommes bel et bien en présence de nouveaux soignants, par le fait qu'ils sont au début d'un cycle, qu'ils sont récemment arrivés dans nos équipes soignantes. Or, la notion d'arrivant nous permet de l'affirmer : tout nouveau dispose d'un bagage, d'une aventure, d'un voyage, de cycles antérieurs dont il faut tenir compte. Certains éléments de voyages, d'aventures passés peuvent être utiles, voire transposables à celui qui nous occupe : l'intégration et l'accompagnement des nouveaux soignants. Nous nous permettons l'analogie au voyage : bien que la destination change, le processus de réservation d'un billet d'avion reste inchangé. Cette compétence reste donc transposable. Ensuite, nous avons pu pousser notre réflexion sur le soignant par l'étude de sa signification. Notre pensée initiale limitait à le catégoriser à l'infirmier. Or, nous avons pris conscience que le concept de soignant s'applique à de multiples professions paramédicales. Cette recherche a permis de mettre à profit un enseignement de notre cursus : l'organigramme. Cet outil nous a servi de socle pour comprendre quels sont les profils que nous avons à encadrer et a contrario, ceux avec lesquels nous serons dans une relation de collaboration quotidienne. Nous avons pu nous rendre compte de la richesse de notre milieu professionnel.

Enfin, en associant les deux étapes de notre recherche, nous pouvons produire une image de ce que nous appellerons : les nouveaux soignants. De multiples discussions, tant avec les Pas sans toi qu'avec notre professeur de méthodologie, nous avaient déjà permis de saisir que nous n'avions pas que des infirmiers à manager. Il est évident que tous les soignants ne sont pas hiérarchiquement dépendants de nous. Nos nouveaux soignants seront donc de nouveaux infirmiers, aides-soignants ou aides logistiques. Pour la suite, ce que nous qualifierons de nouveaux soignants correspondra donc à ceux repris ci-dessus. Cela permet donc d'élargir encore plus notre vision ; il nous semble opportun de pousser la réflexion encore plus loin. Est-ce qu'un nouveau soignant en vaut un autre ? Peut-on tenter de les catégoriser ? Quels sont les éléments adaptatifs de notre accompagnement sur les chemins de l'intégration ? Comment potentialiser le bagage des nouveaux arrivants ? Est-il possible et utile de les catégoriser afin de rendre plus efficient notre accompagnement ?

#### 4. Profilage des nouveaux soignants : mission impossible ?

Depuis les prémices des divers travaux relatifs à l'intégration et à l'accompagnement des nouveaux soignants, nous nous sommes souvent posé la question suivante : est-il possible de catégoriser les nouveaux soignants ? A l'aune de notre réflexion, nous avons la croyance de dire que si nous arrivions à créer une typologie des nouveaux soignants, il serait peut-être plus facile d'identifier les clés d'un accompagnement efficient en vue d'une intégration réussie. Est-ce vraiment réaliste ? En plus, nous nous posons la question de savoir quels outils peuvent être utiles au cadre de santé afin de cerner au mieux la profession de soignant et plus précisément celle d'infirmier. D'abord, nous allons nous baser sur la loi pour définir ce qu'est un infirmier ? Puis nous clarifierons la notion de profilage.

La profession d'infirmier en Belgique est formalisée par l'arrêté royal numéro septante huit <sup>34</sup>, daté de novembre mille neuf cent quatre-vingt-sept, modifié à plusieurs reprises. Certaines de ces modifications sont encore en attente de date d'application. C'est le chapitre 1 *ter* qui traite de l'exercice de l'art infirmier. N'étant pas juriste de formation, nous nous limiterons à mettre en évidence ce qui nous paraît en lien avec notre sujet. Ce chapitre stipule que, pour pratiquer l'art infirmier en Belgique, il est nécessaire d'être « *porteur du diplôme ou du titre d'infirmier gradué ou d'infirmière graduée, du brevet ou du titre d'infirmier ou d'infirmière, du brevet ou du titre d'hospitalier ou d'hospitalière et s'il ne réunit pas, en*

---

<sup>34</sup>[http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=fr&la=F&table\\_name=loi&cn=1967111008#:~:text=10%20NOVEMBRE%201967.,01%2D09%2D2001%3E](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=1967111008#:~:text=10%20NOVEMBRE%201967.,01%2D09%2D2001%3E). (consulté le 21 mars 2021)

*outré, les conditions fixées* »<sup>35</sup>, être porteur d'un titre professionnel de sage-femme antérieur au premier octobre deux mille dix-huit. Les missions des praticiens de l'art infirmier sont définies par cet arrêté royal. Les infirmiers doivent donc : « *observer, identifier et établir l'état de santé sur les plans psychique, physique et social ; définir les problèmes en matière de soins infirmiers ; collaborer à l'établissement du diagnostic médical par le médecin et à l'exécution du traitement prescrit ; informer et conseiller le patient et sa famille; assurer une assistance continue, accomplir des actes ou aider à leur accomplissement en vue du maintien, de l'amélioration et du rétablissement de la santé de personnes et de groupes qu'ils soient sains ou malades ; assurer l'accompagnement des mourants et l'accompagnement lors du processus de deuil (...); les prestations techniques de l'art infirmier qui ne requièrent pas de prescription médicale ainsi que celles pour lesquelles elle est nécessaire (...); les actes pouvant être confiés par un médecin* »<sup>36</sup>. La liste des actes infirmiers est définie dans cet arrêté royal mais nous ne trouvons pas opportun de les développer. Il est juste utile de préciser que certains actes ne nécessitent pas de prescription médicale tandis que d'autres, oui. Nous voyons aussi apparaître la notion que les aides-soignants viennent en aide aux infirmiers qui portent la responsabilité des actes qu'ils leur confient. Ces éléments ont pu être utiles à créer le profil de fonction des infirmiers. Plus tard, nous verrons que le profil de fonction des soignants peut s'avérer être d'une très grande utilité. Il fournit un cadre normé à la pratique de l'art infirmier et peut servir à l'établissement d'objectifs pour les nouveaux soignants.

Ensuite, il semble adéquat de définir le mot « profilage » que nous utilisons pour faire l'analogie au monde criminel. Il s'agit d'une technique permettant l'« *établissement a posteriori, à partir d'indices liés à un acte criminel dont on ne connaît pas l'auteur, d'un profil socio-psychologique de personnalité compatible avec l'acte en question* »<sup>37</sup>. Ici, il ne s'agirait en aucun cas d'un acte criminel mais bien de voir si, sur certains éléments de ressemblance, nous pourrions avoir un processus identique à appliquer. Lors de la présentation orale de notre Macro Épreuve Intégrée, nous nous étions lancés dans cet exercice périlleux. Nous étions arrivés à la conclusion que les nouveaux soignants auraient pu être classés en, au moins, deux catégories. La première classe correspondait aux nouveaux soignants avec un bagage de travail antérieur et la seconde, aux nouveaux soignants récemment diplômés. Mais n'est-il pas trop utopique et fantasque de ne se baser que sur un seul élément constitutif d'un être humain pour le catégoriser ? Probablement ! Il

---

<sup>35</sup>[http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=fr&la=F&table\\_name=loi&cn=1967111008#:~:text=10%20NOVEMBRE%201967.,01%2D09%2D2001%3E](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=1967111008#:~:text=10%20NOVEMBRE%201967.,01%2D09%2D2001%3E). (consulté le 21 mars 2021)

<sup>36</sup>ibidem.

<sup>37</sup>[http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?ld\\_Fiche=8365540](http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?ld_Fiche=8365540) (consulté le 12 mars 2021)

ne s'agit que d'un élément parmi d'autres. Nous verrons plus tard, au cours du chapitre de l'intégration, qu'il existe de nombreux facteurs influençant ce processus. Parmi ceux-ci, nous pouvons retrouver la qualification, la compétence, l'expérience. Cela nous permet d'arriver à la conclusion que nous faisons fausse route en pensant que les nouveaux soignants se déclinent en deux catégories. Nous sommes ainsi arrivés à la pensée que, bien qu'il existe un certain degré de similitude dans le profil des nouveaux soignants, chacun d'entre eux est un être singulier. Ces propos vont donc de pair avec notre forte conviction. Le processus d'intégration d'un nouveau soignant appartient à un ensemble d'étapes successives et adaptables par un projet d'intégration et d'accompagnement personnalisé.

## 5. Conclusion :

Nous voilà arrivés à la fin de la conceptualisation de notre champ : les nouveaux soignants. Nous avons commencé par tirer les leçons du passé en les potentialisant. Ceci a permis de nous servir de la conceptualisation de « nouvel » pour « nouveau ». En sus, nous avons pu recycler notre notion d'« arrivant » car la dimension du bagage antérieur a, selon nous, tout son sens au sein de notre problématique.

Par la suite, nous avons clarifié ce qu'était un soignant. L'image que nous en avons au début était vraisemblablement limitative et réductrice. Le procédé de recherche que nous avons adopté a permis de comprendre qu'un soignant revêt diverses fonctions au sein de l'organisation hospitalière. L'utilisation de l'organigramme permet de cerner que nous n'avons pas à encadrer tous les soignants. De facto, sous notre autorité, nous avons les infirmiers, les aides-soignants et, de plus en plus souvent, des aides logistiques que nous avons assimilés à la fonction soignante. Par contre, il est indéniable qu'au cours de notre vie professionnelle, nous aurons à collaborer, à échanger, à partager avec d'autres types de soignants : les médecins, les kinésithérapeutes, les diététiciens, les dentistes, les logopèdes, les psychologues, etc ... Nous sommes arrivés au consensus que, lorsque nous parlerons des nouveaux soignants, il sera utile de lire « nouveau soignant infirmier ». Il est vrai que cela peut être perçu comme réducteur mais ce recentrage délimite notre problématique.

Pour clore ce chapitre, nous avons abordé l'arrêté royal qui régit la profession d'un soignant : l'infirmier. Nous avons pris le soin d'identifier ce qui est utile à cette problématique. Par cet intermédiaire, nous avons expliqué la mise en place d'un outil indispensable tant aux nouveaux soignants qu'au cadre de santé : le profil de fonction. Enfin, nous avons voulu catégoriser l'ensemble des nouveaux soignants en deux classes



sur base de certaines ressemblances et nous sommes arrivés au constat suivant : c'est une tâche ardue. C'est la combinaison d'un travail antérieur<sup>38</sup>, de la réflexion personnelle et collective qui nous permet de dire qu'il y a autant de typologies de nouveaux soignants que de nouveaux soignants. Cet éclaircissement permet de faire un beau parallèle avec la notion « projet-cuss » évoquée dans la conclusion de notre chapitre précédent mettant en exergue la nécessité d'adapter notre management en fonction de nos interlocuteurs. La teneur de nos propos sera édulcorée dans le chapitre ayant pour objet l'accompagnement des nouveaux soignants. Mais, avant d'aborder d'autres concepts, nous allons cerner les autres acteurs de cette situation : qu'ils soient humains ou contextuels. Prenons le temps de nous arrêter quelques instants afin de les identifier et les mettre en relation.

---

<sup>38</sup>Qui semble avoir fait fausse route.

## CHAPITRE 3 : LES NOUVEAUX SOIGNANTS SONT-ILS LES SEULS ACTEURS DE NOTRE PROBLEMATIQUE ?

Après avoir rendu concret ce que sont les nouveaux soignants, nous avons voulu nous projeter dans la recherche des autres acteurs de la situation. Nous ne prétendons pas qu'il s'agisse d'une liste exhaustive. Pour mettre au point ce chapitre, nous avons pris un point de vue « macroscopique » pour nous diriger vers le « microscopique » en utilisant la méthode « entonnoir » que nous avons étudiée lors de nos cours de méthodologie. La réflexion sur le sujet nous a amenés à croire qu'il y a des éléments qui sont plutôt du ressort du contextuel et d'autres, du ressort de l'humain. Ne sont-ils pas interdépendants ? Qu'est-ce qu'un cadre de santé ? Est-il assimilable au chef d'unité ? Au sein de quel lieu, le périmètre d'actions du cadre de santé est-il plus prééminent ? Lui et les nouveaux soignants sont-ils les seuls à être préoccupés par la stratégie d'intégration et d'accompagnement ? Le but de ce chapitre est de répondre à un maximum de ces questions. Pour commencer, nous sommes partis sur les éléments contextuels pour nous diriger ensuite vers des acteurs « humains ».

### 1. Éléments contextuels :

#### a) L'institution hospitalière :

La réflexion menée se veut d'aller du plus macroscopique au plus microscopique. C'est pourquoi notre premier apport contextuel n'est autre que l'institution hospitalière. Restons systématiques dans le traitement de nos idées : partons du général vers le spécifique.

Pour commencer, clarifions l'institution. Il semble que ce terme soit relié à la politique, ce qui est peu étonnant quand nous parlons de l'Hôpital. En poussant notre exploration, nous avons trouvé une définition qui semble s'accorder à notre contexte. Selon le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales, il s'agit d'un « *organisme public ou privé, régime légal ou social, établi pour répondre à quelque besoin déterminé d'une société donnée* »<sup>39</sup>. Cela va dans le sens de notre conception initiale. La vocation principale et historique de l'hôpital est de répondre à divers besoins sanitaires. Nous verrons également plus tard qu'il existe des institutions hospitalières publiques ou privées en Belgique. Subséquemment, le Robert nous livre deux définitions assez intéressantes : une version qualifiée d'ancienne et

<sup>39</sup><https://www.cnrtl.fr/definition/institution> (consulté le 13 mars 2021)

une autre, plus actuelle. L'ancienne version nous dit qu'il correspond à un « *établissement charitable où l'on recevait les gens sans ressources* »<sup>40</sup>. Il nous fournit d'ailleurs comme synonyme « hospices ». La version actuelle est « *établissement public qui reçoit ou traite les malades, les blessés et les femmes en couches* »<sup>41</sup>. Nous sommes conscients que la définition exclut la notion d'hôpitaux privés qui est pourtant une réalité du paysage hospitalier belge. Cependant, nous apprécions ces notions car elles permettent, insidieusement, de mettre en évidence que le paysage hospitalier a fait l'objet de nombreuses réformes pour transformer, petit à petit, son image d'œuvre charitable en une entreprise à part entière. Ajoutons, à ces quelques définitions, un point de vue légal afin de nous façonner une image de plus en plus précise de ce qu'est l'institution hospitalière. Ainsi, la loi belge coordonnée sur les hôpitaux et les autres établissements de soins du dix juillet deux mille huit nous livre que sont « *considérés comme hôpitaux, les établissements de soins de santé où des examens et/ou des traitements spécifiques de médecine spécialisée, relevant de la médecine, de la chirurgie et éventuellement de l'obstétrique, peuvent être effectués ou appliqués à tout moment dans un contexte pluridisciplinaire, dans les conditions de soins et le cadre médical, médico-technique, paramédical et logistique requis et appropriés, pour ou à des patients qui y sont admis et peuvent y séjourner, parce que leur état de santé exige cet ensemble de soins afin de traiter ou de soulager la maladie, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé ou de stabiliser les lésions dans les plus brefs délais. Ces hôpitaux remplissent une mission d'intérêt général* »<sup>42</sup>. Cette même loi<sup>43</sup>, en plus de notre cours d'économie politique de la santé<sup>44</sup>, indique que les hôpitaux doivent répondre à un ensemble de normes pour assurer le renouvellement annuel de leur financement. Aussi, ces deux socles permettent de mettre en évidence la coexistence de plusieurs types d'institutions hospitalières en Belgique : générales, psychiatriques, catégorielles et universitaires tant publiques que privées. Bien qu'utiles, ces explications ne nous livrent qu'une perception théorique de ce qu'est une institution hospitalière sur le terrain. Notre expérience, nos cours, nos échanges ont permis de rendre un peu plus pratique et palpable l'institution hospitalière. Elle est composée de ressources architecturales, matérielles et humaines. D'un point de vue architectural, l'ensemble de l'institution hospitalière se voit séquencée en diverses unités de soins, garnies d'appareillages divers et variés. Parmi celles-ci, nous pouvons retrouver les urgences, la gériatrie, la psychiatrie,

---

<sup>40</sup><https://dictionnaire.lerobert.com/definition/hopital> (consulté le 13 mars 2021)

<sup>41</sup>ibidem.

<sup>42</sup>[https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg\\_2.pl?language=fr&nm=2008A24327&la=F](https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=fr&nm=2008A24327&la=F) (consulté le 13 mars 2021)

<sup>43</sup>ibidem.

<sup>44</sup>Vantomme P., *Économie politique de la santé*, cours de Promotion sociale Tournai, Année 2019-2020.

la radiographie, la réanimation, le bloc opératoire. Selon notre opinion, même si l'ensemble de ces unités semblent diamétralement opposées par leur spécificité, elles poursuivent la même finalité : assurer des soins de qualité aux patients dans un contexte sécuritaire afin d'optimiser les chances de recouvrer la santé. C'est dans une optique de maintien de la qualité, que la problématique de l'intégration et l'accompagnement des nouveaux soignants pourraient intéresser l'ensemble de ces unités. A côté de celles-ci, il existe un ensemble de bureaux pour mener à bien toute une série de tâches administratives non négligeables parmi lesquelles nous pouvons citer la facturation, le maintien de la qualité, la gestion des ressources humaines, la prise de rendez-vous, les consultations, etc...

D'un point de vue humain, l'organisation est régulée le plus souvent par un organigramme que nous avons abordé précédemment . Nous avons au sommet le directeur général qui a , sous son autorité, les divers départements parmi lesquels nous retrouvons celui qui est au centre de nos intérêts : le département infirmier. Au sommet de celui-ci, nous avons le directeur de département. Puis, nous avons différentes unités regroupées sous le nom de services ou de pôles. Chaque pôle ou service est sous l'autorité du chef de service, notre N+1, qui se situe entre le cadre de santé et le directeur de département, notre N+2. Il a, sous sa responsabilité, plusieurs unités de soins. En dessous des services ou pôles, nous voyons apparaître les unités de soins. Elles sont composées de soignants sous l'autorité d'un cadre de santé. Dans ce même département, nous avons plusieurs fonctions que nous pourrions intituler satellites parmi lesquelles nous retrouvons l'infirmier chargé de l'accueil des nouveaux et des étudiants. Nous pourrions y adjoindre également les infirmiers hygiénistes.

Cette conceptualisation de l'institution hospitalière nous mène à une évidence. C'est une structure de large envergure qui assure plusieurs fonctions sociétales : le soin de l'autre mais aussi indirectement l'emploi. Son aspect théorique a fait l'objet de changements majeurs ces dernières années : il est indéniable que l'hôpital « à vocation caritative » laisse une place de plus en plus prégnante à l'hôpital « entreprise ». De plus, nous avons vu que n'est pas Hôpital qui veut ? Il est primordial de répondre à un ensemble de normes afin d'assurer une certaine pérennité. Nous mettons en évidence que la gestion de notre problématique d'intégration et d'accompagnement des nouveaux soignants peut s'avérer, à des degrés divers, tout aussi opportune pour l'institution hospitalière que pour l'un de ses représentants, le cadre de santé. Assurer la qualité de soins et d'actions au sein d'une entreprise en vue d'en garantir les financements<sup>45</sup> semble être deux axes prioritaires à

---

<sup>45</sup>C'est d'ailleurs de ces mêmes financements que dépend le nombre d'équivalents « temps plein » attribués à l'ensemble de l'hôpital.

poursuivre. Nous profitons de cette *aparté qualité* pour faire prendre la mesure de celle-ci : la perte de qualité de soins n'est-elle pas le plus grand risque auquel nous nous exposons lors de l'accueil de nouveaux soignants ? Or, selon toute vraisemblance, la majeure partie des institutions hospitalières semble se lancer dans une course à la qualité par l'obtention des divers labels d'accréditation.

Nous étayons notre conceptualisation en ajoutant qu'elle est la vitrine des unités de soins qui attire en premier lieu le futur collaborateur. En effet, celui-ci est d'abord séduit par l'image relative aux conditions de travail véhiculées à l'extérieur et à la réputation. Cette image est renforcée ou desservie par les équipes soignantes ainsi que par les expériences de stage de l'infirmier en recherche d'un emploi.

L'exploration de ce concept met en lumière plusieurs acteurs tant contextuels qu'humains. L'un des contextes plus microscopiques au travers duquel évoluera notre problématique est l'unité de soins. Du point de vue humain, nous avons mesuré que l'infirmier chargé de l'accueil des nouveaux et des étudiants, le cadre santé, l'équipe soignante tout comme les nouveaux soignants sont des acteurs singuliers de notre problématique. D'ailleurs, après avoir approfondi l'unité de soins, nous allons continuer de détailler l'ensemble de ces acteurs.

#### b) L'unité de soins :

Notre conception porte à croire que le lieu de vie principal d'un cadre de santé, de l'équipe soignante et des nouveaux soignants est l'unité de soins. Approfondir nos recherches sur cette thématique a semblé être un élément clé du décodage de notre problématique.

En voulant rendre factuelle et concrète ce qu'est une unité de soins, nous avons peiné à trouver des ressources. Il est vrai que nous avons notre expérience de cadre de santé pour nous aider à cerner ce qu'est une unité de soins mais nous sommes bien conscients que celle dans laquelle nous évoluons chaque jour n'est pas tout à fait similaire à une autre voisine et vice-versa. Partir sur une conception subjective est à l'opposé de notre conception de la méthodologie. Notre support est une définition du mot « unité » seul. Il est vrai que nous avons compris que la notion d'unité a divers domaines d'applications comme la plupart des notions que nous avons étudiées au cours de cette démarche conceptuelle. Le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales qualifie l'unité comme « *caractère de ce qui n'est ou ne fait qu'un ; caractère de ce qui forme un tout substantiel et cohérent* »<sup>46</sup>.

---

<sup>46</sup><https://www.cnrtl.fr/definition/unit%C3%A9> (consulté le 15 mars 2021)

Nous comprenons qu'il s'agit ici de quelque chose restant difficilement divisible. Nous pourrions prendre l'analogie du corps humain. Chacun d'entre eux peut être considéré comme une unité composée de deux bras, deux jambes, un tronc, une tête formant un tout, une unité. D'ailleurs, il n'est pas rare que, si l'un de nos patients doit subir une amputation et perdre un membre, il se retrouve face à un trouble de l'identité corporelle car son corps ne forme plus ce « tout », cette unité. Faisons un parallèle managérial et mettons en évidence une réalité de notre pratique quotidienne : quand l'unité de soins, dont nous avons la responsabilité, a une diminution de la charge de travail, il est parfois difficile de motiver les soignants pour venir en aide à l'unité voisine. Or, en tout état de cause, nous appartenons à la même institution hospitalière. Cette élucidation rend concrète, sans en faire une généralité, le caractère indivisible d'une unité. Aussi, elle permet de prendre la mesure d'une question qui ne cesse de nous targuer : l'identité d'équipe ne prime-t-elle pas sur celle relative à l'institution ? Peut-on subsister dans une institution sans un sentiment fort d'appartenance à celle-ci ?

Un autre apport intéressant nous vient du Larousse qui fixe l'unité comme « *structure organisée, cohérente au sein d'un ensemble plus vaste* »<sup>47</sup>. Dans l'environnement qui nous anime, cette explication semble plus évocatrice que la précédente. L'unité de soins est une structure organisée au sein de l'institution hospitalière. Elle permet l'organisation tant interne qu'externe. D'un point de vue interne, elle admet créer une logique de fonctionnement notamment en créant un ensemble. Celui-ci correspondrait à ce que nous avons nommé antérieurement les pôles et affecterait les patients selon leur pathologie et les soins nécessaires. Cette manière de penser peut apparaître comme réductrice. Cependant, dans une entreprise de la taille d'un hôpital, la création de repères et de normes offre un atout très structurant. Du point de vue externe, celui du patient et de son entourage, cela est un gage de qualité. Nous nous expliquons : si nous souffrions d'une pathologie cardiaque, nous voudrions avoir affaire aux cardiologues. Ce mode d'organisation ne peut-il pas être perçu comme une forme de qualité ? Cependant, il est vrai qu'avec le vieillissement de la population, nous avons tendance à voir de plus en plus de patients polyopathologiques. Ainsi, nous sommes bien conscients qu'il y a des limites à un tel système. Que faire dans ce cas ? Il s'agit de rendre adaptable la stratégie organisationnelle de l'hôpital.

Après avoir rendu concrète ce qu'est une « unité », attardons-nous à ce que peut être l'« unité de soins ». Elle est « *un ensemble de chambres, de patients, de pièces de services, qui permet à une équipe infirmière et au personnel soignant de soigner les patients*

---

<sup>47</sup><https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/unit%C3%A9/80611> (consulté le 15 mars 2021)

*dans les meilleures conditions de confort et de rendement* »<sup>48</sup>. Nous sommes prudents quant à l'exactitude de cette définition. Il est sûr que certains des éléments constitutifs sont vrais, notamment quand cette définition dit qu'il s'agit d'un lieu où une équipe soignante met un ensemble de mesures pour que le patient recouvre la santé. Cependant, elle pousse totalement, dans l'ombre, l'autonomie du patient face à son souci de santé et nous force à penser que, dans chaque unité, il y a des chambres. La réalité de notre quotidien et le regard sur d'autres unités nous permet de croire qu'il y a des unités où il n'y a pas de chambre mais un ensemble de dispositifs afin d'aider à fournir des examens ou des actes techniques aux patients et à recouvrer la santé par divers moyens : opérations, divers diagnostics ou thérapies. Il est évident que nous ne pouvons pas nous empêcher de penser aux quartiers opératoires mais pas seulement. Un service de radiologie, d'endoscopie, de dialyse, un hôpital de jour oncologique, ne comportent pas spécialement de chambre... Par contre, là où nous sommes d'accord avec l'auteur, c'est lorsqu'il évoque la notion de rentabilité. Un impératif nous fait penser que, bien que nous soyons au fait que les nouveaux soignants ne sont pas tout de suite opérationnels, à un moment donné, la patience est remplacée par l'objectif de rentabilité et de qualité. En tant que cadre de santé, ceci ajoute une pierre à l'édifice : nous avons plusieurs missions à assurer en intégrant et en accompagnant les nouveaux soignants. Parmi les autres définitions que nous avons trouvées, une autre a tout son sens : l'unité de soins se caractérise par « *une unité où est élaborée une stratégie thérapeutique (pour soigner les malades) mise en œuvre par une équipe soignante sous une responsabilité définie, en consommant des moyens internes et externes et susceptibles de fournir des prestations à d'autres unités* »<sup>49</sup>. Selon nous, même si elle néglige tout l'aspect architectural, cette clarification présente plus d'attraits. Elle reprecise que le patient est au centre d'une stratégie thérapeutique. Elle met en avant le rôle du cadre de santé dans cette unité. Selon toute vraisemblance, il est le chef d'orchestre de cette unité structurelle et organisationnelle au sein de laquelle survient toute une série d'interactions humaines. Ce que nous apprécions également, c'est ce que nous avons vu jusqu'à présent qui aurait pu nous mener sur une fausse piste. L'unité de soins, que l'on nommera également au cours de ce travail « services de soins » ne fonctionne pas toute seule. Il est indéniable qu'elle est un élément structurel et organisationnel de l'institution hospitalière en une unité fonctionnelle autonome mais, a contrario, elle est interdépendante avec l'ensemble des autres unités de celle-ci. Cette ouverture d'esprit s'avère, pour nous, être un

---

<sup>48</sup>Myriam Hubinon citée par <https://fr.slideshare.net/abdelhaqchnitef/gestion-unite-de-soins-chnitef-abdelhaghsrrabat> (consulté le 15 mars 2021)

<sup>49</sup>ibidem.

outil indispensable. L'ensemble des cadres de proximité rencontre une série de problèmes similaires ; alors, pourquoi n'irions-nous pas demander à notre voisin s'il a déjà rencontré le problème que nous gérons et comment il l'a résolu. Cette pratique nous permettrait de limiter la perte de temps, de ressources et d'argent.

Pour terminer, nous avons saisi qu'il n'est pas évident de clarifier ce qu'est une unité de soins car les ressources apparaissent peu nombreuses. Pour conceptualiser, après avoir compris que le mot « unité » peut avoir plusieurs domaines d'applications, nous nous sommes penchés sur une clarification d'apparence anodine qui nous a permis de donner du sens au mot « unité ». Une unité peut s'identifier à quelque chose de difficilement divisible. Ce propos a pu être contextualisé par deux exemples apportés par l'une ou l'autre situation de notre vie professionnelle. Effectivement, nous nous posons la question de savoir si certains membres des équipes soignantes ne sont pas plus attachés à l'équipe qu'à l'institution hospitalière. Aussi, le Larousse ajoute que l'unité de soins est un élément structurel d'une plus grande structure : l'institution hospitalière. Selon nous, elle est utile tant à ses membres qu'à ses patients car elle permet aux unités de soins d'être des éléments structurels et organisationnels tant internes qu'externes.

Suite à cela, nous avons pris la direction de deux définitions dont le domaine d'application est relatif à notre problématique : l'institution hospitalière. Bien que la première soit pour nous limitative, elle nous donne l'occasion d'affiner notre perception subjective et d'être la base d'une ouverture d'esprit supplémentaire. Bien qu'elles partagent des buts communs, les unités de soins, éléments structurels et organisationnels de l'hôpital, ne revêtent pas toutes la même forme architecturale. Il est vrai qu'elles sont autonomes dans leur gestion quotidienne et sont interdépendantes les unes envers les autres. Il est indéniable qu'elles sont à la fois fournisseurs et clients les unes des autres. L'une des conceptions que nous avons contextualisée introduit la notion de responsable d'unité qui a du sens pour nous. A la tête des équipes soignantes, il y a un responsable : le cadre de santé. Par la rationalisation de l'unité de soins, nous comprenons que le cadre de santé a une place à occuper dans ce que l'on pourrait qualifier de parcours d'intégration et d'accompagnement. Ces propos nous conduisent à mettre en évidence que, bien qu'il soit l'interface entre l'équipe soignante et l'institution par ses divers représentants, - le chef de service, la direction infirmière et la direction générale-, le rôle du cadre de santé dans l'intégration et l'accompagnement est beaucoup plus prégnant au niveau de l'unité de soins que de l'institution hospitalière. Cela nous laisse donc le bénéfice de relier l'unité de soins à plusieurs acteurs de notre problématique : l'équipe soignante, le cadre de santé ainsi que les nouveaux soignants dont nous avons déjà parlé. Néanmoins, avant de situer l'ensemble



de ceux-ci, nous expliquerons le rôle de l'infirmier chargé de l'accueil des nouveaux et des étudiants. C'est l'une des interfaces et un coordinateur utile à l'intégration et l'accompagnement des nouveaux soignants.

## 2. Acteurs de la problématique :

### a) L'infirmier chargé de l'accueil des nouveaux et des étudiants :

ICANE<sup>50</sup> ? Qu'est-ce que vous avez dit ? Ah oui, l'infirmier chargé de l'accueil des nouveaux et des étudiants. Au sein de l'institution, une personne ressource pour les nouveaux soignants, principalement les infirmiers, est l'infirmier chargé de l'accueil des nouveaux soignants et des étudiants. Quel est son rôle ? Quel est son champ d'actions ? Doit-on être porteur d'une qualification particulière pour assurer cette fonction ? Nous allons tenter de répondre au travers de ces quelques lignes.

Historiquement, la fonction n'existe pas avant les années deux mille ; c'est un arrêté ministériel du vingt-neuf septembre deux mille<sup>51</sup> qui la définit. L'augmentation de la « sous-partie b 2 » du budget des moyens financiers, abordée dans notre cursus d'économie politique de la santé<sup>52</sup>, couvre les frais relatifs à cette fonction. Ce texte de loi nous indique qu'il faut remplir certaines conditions pour pouvoir accéder à cette fonction : « *posséder un diplôme ou un titre d'infirmier(e) gradué(e), au moins compter dix ans d'expérience dans la fonction d'infirmier(e) gradué(e) dans une unité de soins, avoir des qualités pédagogiques. Ces personnes sont sous la responsabilité du chef du département infirmier* »<sup>53</sup>. Avoir une formation ou une expérience dans un poste dirigeant ou pédagogique semble être un motif de préférence pour ce profil. Par la loi, nous appréhendons que tout un chacun ne peut pas prétendre à cette fonction. Il est nécessaire de répondre à un certain nombre de critères pour y accéder. En termes d'occupation, l'arrêté ministériel<sup>54</sup> dit qu'il s'agit de dédier un équivalent « temps plein » pour chaque institution quelle que soit sa taille ; elle peut se décomposer en deux « mi-temps ». Mais quel est le rôle de l'infirmier chargé de l'accueil des nouveaux et des étudiants ?

---

<sup>50</sup>L'infirmier chargé de l'accueil des nouveaux et des étudiants.

<sup>51</sup>[http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/arch\\_a1.pl?=&sql=\(text+contains+\(%27%27\)\)&language=fr&rech=1&tri=dd+AS+RANK&numero=1&table\\_name=wet&F=&cn=2000092933&caller=archive&fromtab=loi&la=F&ver\\_arch=001](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/arch_a1.pl?=&sql=(text+contains+(%27%27))&language=fr&rech=1&tri=dd+AS+RANK&numero=1&table_name=wet&F=&cn=2000092933&caller=archive&fromtab=loi&la=F&ver_arch=001) (consulté le 19 mars 2021)

<sup>52</sup>Vantomme P., *Économie politique de la santé*, cours de Promotion sociale Tournai, Année 2019- 2020.

<sup>53</sup>Ibidem, point 51.

<sup>54</sup>Ibidem.

En pratique, son objectif principal est d'« *encadrer le personnel infirmier nouveau, rentrant et stagiaire et veiller à une offre de formation adéquate afin d'assurer l'intégration des nouveaux collaborateurs infirmiers et de garantir la qualité des soins* »<sup>55</sup>. Il a deux publics cibles : les stagiaires et les nouveaux infirmiers. Notre champ de recherche étant les nouveaux soignants, nous nous attarderons plus longtemps sur le deuxième public cible. Cependant, leur emprise avec les stagiaires est non négligeable car, si l'expérience au sein de l'hôpital en tant que stagiaire est bonne, cela peut susciter l'envie du stagiaire de quitter ce statut pour passer à celui de nouveau soignant.

Selon nous, cet infirmier est l'un des piliers de la stratégie d'intégration et d'accompagnement des nouveaux soignants. Si l'on se base sur le profil de fonction fourni par l'Institut de classification des fonctions qui régit, depuis peu, le système salarial hospitalier adhérent à la commission paritaire trois cent trente, ce collaborateur assure plusieurs missions : l'accueil et l'encadrement des nouveaux collaborateurs infirmiers, l'organisation des stages dans l'institution et la participation à l'optimisation de la politique relative à l'entrée en service et à l'encadrement des nouveaux collaborateurs infirmiers et stagiaires. Cette précision permet la mise en évidence, dans la problématique qui nous préoccupe, que son champ d'actions est relatif à l'institution plutôt qu'à l'unité de soins, contrairement au cadre de santé.

Néanmoins, l'infirmier chargé de l'accueil des nouveaux et des étudiants est un allié de taille pour le cadre de santé. D'abord, c'est le lien lors du premier contact entre les nouveaux soignants, le cadre de santé et l'équipe soignante. Sa mission touche plusieurs personnes. Premièrement, au niveau des nouveaux soignants, il assure plusieurs tâches parmi lesquelles nous retrouvons : la prise en charge des nouveaux soignants lors de leur première journée, l'information relative au fonctionnement et les procédures qui y sont attachées, l'organisation des affaires pratiques relative à l'entrée en service des nouveaux collaborateurs infirmiers, la concertation à intervalles réguliers pour évaluer l'intégration des nouveaux soignants dans l'unité de soins. Ces missions permettent de fournir un ensemble de repères institutionnels. A ce même titre, l'infirmier chargé de l'accueil des nouveaux et des étudiants peut servir de relais en cas de soucis avec l'équipe si le nouveau soignant n'ose pas aborder le sujet avec le cadre de santé. Ensuite, il assure, en étroite collaboration avec le cadre de santé, la coordination de la formation des nouveaux soignants. Puis, ils s'entretiennent pour apprécier le niveau d'intégration des nouveaux soignants ; ils assurent conjointement l'évaluation de la qualité du processus d'intégration et d'accompagnement

---

<sup>55</sup><https://www.if-ic.org/fr/file?jobFunction=176> (consulté le 19 mars 2021)

des nouveaux soignants. Par ce biais, l'ICANE relaie, auprès de la direction, ce qui pourrait faire l'objet d'amélioration. Enfin, il assure la mise en place de ce que la direction souhaite pour l'accueil, l'intégration, l'accompagnement et se charge de l'expliquer au cadre de santé des unités de soins. Par l'ensemble de ses missions, il est une aide précieuse pour rendre pérenne le processus d'accompagnement.

Pour conclure, nous avons cerné qu'il s'agit d'une profession qui fait l'objet d'un arrêté ministériel et qui sert de socle afin de décrire qui peut prétendre à la fonction en avançant son moyen de financement qui nous amène à faire le parallèle avec notre cours d'économie politique de la santé. Afin de rendre plus concret ce métier sur le terrain, nous avons utilisé la fiche « fonction » fournie par l'Institut de classification des fonctions. La population concernée est double : les nouveaux infirmiers et les nouveaux stagiaires. A cela, s'ajoute la mesure du périmètre d'actions en lien avec la problématique de l'infirmier chargé de l'accueil des nouveaux et des étudiants : l'institution. Il s'agit là d'une différence avec le cadre de santé dont le champ d'actions est majoritairement l'unité de soins. A contrario, il existe une convergence : tous deux ont la responsabilité de la qualité des soins. C'est l'une des sources d'actions de l'ICANE auprès des divers intervenants de notre contexte : les nouveaux soignants, le cadre de santé et la direction infirmière. Par ce biais, il assure un rôle différent selon l'interlocuteur. Cela démontre qu'il s'agit d'un de nos précieux alliés. Maintenant que nous avons délimité le rôle de l'ICANE, dirigeons-nous vers le cœur de notre problématique en abordant l'équipe soignante puis le cadre de santé.

#### b) L'équipe soignante :

Au travers du chapitre antérieur sur les nouveaux soignants, nous avons clarifié ce qu'ils sont. Mais qui sont les soignants que nous avons à encadrer ? Quelles plus-values ont-ils à apporter dans un tel processus ? Cette occasion ne sert-elle pas d'autres causes utiles tant à l'équipe soignante qu'au cadre de santé ?

L'objectif de ce chapitre est de mettre en exergue qui sont les soignants qui composent l'équipe sous la responsabilité du cadre de santé. Comme déjà évoqué précédemment, il est possible que nous ayons dans nos équipes des soignants différents des infirmiers. Le domaine d'applications des soignants semble très étendu. Nous pouvons y retrouver des médecins, des kinésithérapeutes, des logopèdes, des psychologues, etc... Mais sont-ils réellement sous notre autorité ? Nous avons fourni une réponse à ce questionnement : **Non**. Par contre, nous avons un rôle de coordinateur à jouer auprès de tous ces collaborateurs en vue d'assurer des soins de qualité aux patients. Donc, si nous nous basons sur un

organigramme, nous sommes amenés à être responsables d'aides-soignants, d'aides logistiques et d'infirmiers.

Recentrer notre questionnement sur les acteurs constitutifs d'une équipe soignante nous semble adapté pour définir quels peuvent être leurs apports. Initialement, nous pouvons voir que ces divers soignants sont des protagonistes de la situation d'intégration et d'accompagnement des nouveaux soignants. L'équipe occupe une place essentielle. Nous verrons plus tard, dans notre développement, qu'une conception de l'accompagnement qualifie chaque être humain comme un terreau constitué de potentialités. L'analogie au jardinage nous permet de dire que l'équipe soignante est également un terreau composé de la plus grande réserve de savoirs pour l'accompagnement et l'acquisition de compétences très diversifiées. Elle va jouer un rôle dans l'intégration au sein de celle-ci. Comment concevons-nous l'opérationnalisation de ces propos ?

Nous sommes convaincus, qu'au même titre que l'infirmier chargé de l'accueil des nouveaux et des stagiaires, l'équipe est un réel atout pour l'intégration et l'accompagnement des nouveaux soignants. C'est pourquoi identifier des experts et des soignants au profil de pédagogue est une piste à poursuivre. Communiquer auprès de l'équipe permet de la rendre actrice. Notre expérience de terrain nous porte à croire qu'il est très limitant de penser qu'il n'y a que les soignants clairement identifiés comme référents pour les nouveaux soignants par l'institution qui peuvent lui venir en aide. Nous sommes persuadés que, si nous ouvrons la perspective que chacun des soignants peut amener sa pierre à mettre à l'édifice, nous en ressortirons plus riches. Nuançons en disant qu'il est évident que les soignants référents permettent de mettre un cadre formalisé et fournissent des repères à l'intégration et à l'accompagnement des nouveaux soignants. L'occasion est trop belle pour rendre concret que la situation d'intégration et d'accompagnement des nouveaux soignants fait la part belle aux autres missions du cadre de santé. Elle permet d'impliquer l'équipe, ou au moins quelques-uns de ses membres, dans un projet commun : assurer la qualité du processus d'intégration et d'accompagnement des nouveaux soignants. Il s'agit donc d'un challenge aux acteurs multiples. Par ce procédé, nous pourrions également assurer la reconnaissance des membres de l'équipe.

Les diverses approches de ce chapitre relient tous nos différents paragraphes clarifiant l'ensemble des acteurs de la situation et nous donnent l'occasion de rappeler que l'ensemble des soignants n'est pas sous l'autorité d'un cadre de santé. Cependant, le cadre de santé apparaît comme l'un des maillons primordiaux à l'assurance de soins de qualité. Subséquemment, identifier des experts, en évitant de se limiter à eux, semble être une piste à suivre pour plusieurs raisons : apporter des repères et de la diversité dans le processus

d'intégration et d'accompagnement des nouveaux soignants. Le contexte de la problématique assure d'autres missions pour le cadre de santé parmi lesquelles nous retrouvons la reconnaissance et l'implication de l'équipe. Mais quelles sont réellement les missions du cadre de santé en prise avec notre problématique ? C'est par ce prétexte que nous allons définir ce qu'est un cadre de santé et quelles sont ses missions en lien avec l'intégration et l'accompagnement des nouveaux soignants.

c) Le cadre de santé :

Nous avons déjà cité plusieurs fois le mot « cadre de santé » sans réellement le conceptualiser. Il est vrai qu'il est au cœur de notre problématique. Pour être certains que nous qualifions, tous, la même fonction en parlant du cadre de santé, nous sommes arrivés à la conclusion qu'il fallait approfondir cette notion. A ce premier argument, nous ajoutons que le cadre de santé occupe une position centrale dans notre questionnement. Qui est-il ? A-t-il toujours existé ? Quelle est son histoire ? Quels sont les éléments permettant de délimiter cette fonction ? Ces missions sont-elles en lien avec le contexte qui nous anime ? Ce sont toutes ces questions qui tiennent en haleine lors de la rédaction de ces quelques paragraphes.

A l'origine, la notion de « cadre de santé » n'existait pas dans nos hôpitaux. Il s'agissait d'une fonction de « surveillant ». Bien souvent, cette personne était désignée sur base de ses compétences soignantes et de son ancienneté. Le meilleur soignant du service serait-il d'office le meilleur cadre de santé ? Pas forcément et cela est renforcé par la lecture d'un article que nous avons découvert sur le site du Réservoir<sup>56</sup> nous indiquant que nous sommes passés « *d'un modèle d'encadrement autoritaire à un modèle professionnel, le cadre de santé est aujourd'hui représenté par un modèle gestionnaire. A cela s'ajoute l'obligatoire formation des cadres de santé qui recompose leur fonction et leur statut* »<sup>57</sup>. Pour ce faire, le cadre de santé « *doit apprendre aujourd'hui d'autres manières d'être et d'agir et se défaire de son métier d'origine pour pouvoir développer ce qu'il est : un cadre de santé à part entière* »<sup>58</sup>. Ces apports de la littérature, notre parcours scolaire, l'échange au sujet du deuil de la fonction soignante et notre expérience en tant que cadre de santé nous font prendre conscience de l'impératif de la transformation de la fonction initiale vers

---

<sup>56</sup>Site de l'école de Promotion sociale de Tournai au sein de laquelle nous avons réalisé l'ensemble de notre cursus.

<sup>57</sup><http://www.lereservoir.eu/PDF/PV/BIBLIOTHEQUE/CADRE%20SANTE/MUTATION%20CADRE.pdf>  
(consulté le 20 mars 2021)

<sup>58</sup>ibidem.

ce qu'elle représente aujourd'hui. Le cadre de santé ne requiert pas les mêmes qualifications et les mêmes compétences que celles d'un soignant. Par le biais de ces précisions, nous comprenons que la fonction de cadre de santé est aux antipodes de la fonction de surveillant. Ainsi, nous voyons survenir « deux concepts qui, peu à peu, s'imposent à l'exercice de la fonction d'encadrement : le management et la gestion. L'espace soignant se réduit progressivement au profit de domaines d'interventions consacrés à la gestion administrative des unités de soins, à la gestion des stocks de matériel, des budgets »<sup>59</sup>. Comment pouvons-nous devenir cadre de santé ? Le passage en revue d'articles publiés stipule que, pour devenir cadre de santé en Belgique, il est obligatoire de suivre une formation. A l'heure actuelle, deux formations pour obtenir ce diplôme coexistent en Belgique. D'une part, il y a un master en santé publique qui se dispense dans les universités permettant d'accéder à la fonction d'infirmier en chef, à celle d'infirmier chef de service<sup>60</sup> et à celle de directeur du département infirmier<sup>61</sup>. D'autre part, il y a une spécialisation de Cadre de santé qui est dispensée dans les écoles de Promotion sociale délivrant un diplôme de Cadre de santé, permettant d'accéder à la fonction d'infirmier en chef. Ces deux cursus partagent la même finalité : sensibiliser et appréhender le management et la gestion. Alors, pourquoi ces deux formations coexistent-elles en Belgique ? Il est vrai que nous n'écrivons pas dans le but d'élucider cette question qui pourrait faire l'objet d'une autre Épreuve Intégrée. Mais cette interrogation est le témoin de l'ouverture d'esprit que nous avons développée au cours de notre spécialisation de Cadre de santé. Il faut savoir que, depuis quelques années, ces spécialisations, initialement réservées aux infirmiers, sont actuellement accessibles à l'ensemble des paramédicaux : kinésithérapeutes, logopèdes, psychologues, etc...

Quoi de plus concret qu'un cadre légal pour définir un autre cadre : le cadre de santé ? Pour rendre le travail uniforme, nous avons fait le choix de dénommer l'infirmier en chef par « cadre de santé » dans l'ensemble de cette Épreuve Intégrée. L'arrêté royal du treize juillet deux mille six nous aide dans la définition de ce qu'est un infirmier en chef. Prudence cependant, la fonction d'infirmier en chef<sup>62</sup> est différente de celle d'infirmier chef de service et de chef de département infirmier. Nous avons fait le choix de contextualiser l'ensemble de ces missions en relation avec notre problématique. Nous prendrons comme point de

---

<sup>59</sup><http://www.lereservoir.eu/PDF/PV/BIBLIOTHEQUE/CADRE%20SANTE/MUTATION%20CADRE.pdf>  
(consulté le 20 mars 2021)

<sup>60</sup>Notre N+1.

<sup>61</sup>Notre N+2.

<sup>62</sup>Ou chef d'unité.

départ les dispositions générales du chapitre premier pour nous pencher ensuite sur quelques activités particulières.

Premièrement, le cadre de santé est responsable « *de l'organisation, de la continuité et de la qualité de l'activité infirmière au sein de son équipe, qui lui est confiée par le chef du département infirmier* »<sup>63</sup>. Nous voyons ici que l'une des premières missions du cadre de santé est en lien direct avec la qualité des soins. Il nous semble que, lors de l'arrivée de nouveaux soignants, c'est cette qualité qui pourrait être altérée. Par sa mission d'organisation, le cadre de santé apparaît comme l'une des clés pour assurer l'encadrement de ces nouveaux soignants et pour limiter la dégradation de la qualité des soins.

Deuxièmement, le cadre de santé « *collabore au développement de la politique infirmière dans l'hôpital et l'applique au sein de son équipe* »<sup>64</sup>. Cela nous fait comprendre que celui-ci est vraiment l'un des acteurs qui assure la mise en place de la stratégie institutionnelle d'intégration et d'accompagnement des nouveaux soignants. C'est lui qui coordonne et s'assure, avec d'autres acteurs, de la conformité de l'ensemble du processus tout en témoignant d'une certaine ouverture d'esprit afin de le rendre adaptable à chaque nouveau soignant et de lui apporter des améliorations si nécessaire. C'est d'ailleurs par cet intermédiaire qu'il peut informer et impliquer l'équipe dont il a la responsabilité. Il est évident que l'autonomisation des nouveaux soignants est une priorité pour tous. Que nous soyons cadre de santé, membres d'une équipe soignante ou nouveaux soignants, l'acquisition de l'autonomie est un bénéfice pour tous. La gestion d'une telle problématique par le cadre de santé permet de veiller « *à ce que l'activité infirmière au sein de son équipe soit en phase avec la vision stratégique du département infirmier ainsi qu'avec les évolutions et les attentes de la société* »<sup>65</sup> et de « *diriger, d'accompagner et d'évaluer les processus de changement ; d'élaborer et d'adapter des procédures et méthodes de travail* »<sup>66</sup>. Selon notre conception, l'intégration et l'accompagnement des nouveaux soignants peuvent être un moyen de remplir ces missions. L'arrivée de nouveaux soignants au cours de la vie d'une équipe soignante remet, inévitablement, en cause son équilibre.

Troisièmement, nous pouvons « *être responsable pour le contrôle et l'évaluation* »<sup>67</sup> de l'équipe dont nous avons la responsabilité, motiver et fixer des objectifs à ses membres. Nous venons d'évoquer la possibilité que nous laisse la stratégie d'intégration et

---

<sup>63</sup>[https://wallex.wallonie.be/files/pdfs/1/Arr%C3%AAt%C3%A9\\_royal\\_portant\\_ex%C3%A9cution\\_de\\_l'article\\_17\\_bis\\_de\\_la\\_loi\\_sur\\_les\\_h%C3%B4pitaux%2C\\_coordonn%C3%A9e\\_le\\_7\\_ao%C3%BBt\\_1987%2C\\_en\\_c\\_e\\_qui\\_concerne\\_la\\_fonction\\_d'infirmier\\_en\\_chef\\_07-09-2006-.pdf](https://wallex.wallonie.be/files/pdfs/1/Arr%C3%AAt%C3%A9_royal_portant_ex%C3%A9cution_de_l'article_17_bis_de_la_loi_sur_les_h%C3%B4pitaux%2C_coordonn%C3%A9e_le_7_ao%C3%BBt_1987%2C_en_c_e_qui_concerne_la_fonction_d'infirmier_en_chef_07-09-2006-.pdf) (consulté le 20 mars 2021)

<sup>64</sup>ibidem.

<sup>65</sup>ibidem.

<sup>66</sup>ibidem.

<sup>67</sup>ibidem.

d'accompagnement d'impliquer, de motiver et de fixer des objectifs aux membres de l'équipe soignante. Au niveau de l'équipe, le moment de l'évaluation apparaît comme une occasion d'assurer l'ensemble de ces missions. Par exemple, en identifiant des « experts », en challengeant un membre de l'équipe par la fixation d'objectifs personnels au service de l'équipe, etc...Du point de vue des nouveaux soignants, l'évaluation leur permet de se tourner vers une perspective de démarche opérationnelle. Ne pourrait-elle pas être l'un des leviers de la motivation ? Ne pourrait-elle pas servir de guide pour adapter et mener à bien le processus d'intégration et d'accompagnement des nouveaux soignants ? Voici quelques perspectives qui pourraient être au cœur d'une démarche opérationnelle.

Quatrièmement, le cadre de santé a la responsabilité de « *superviser et coordonner la formation ; superviser des étudiants et débutants en collaboration avec les infirmiers tuteurs et l'infirmier chargé de l'accompagnement des nouveaux engagés et stagiaires ; augmenter les capacités de chacun par le biais du coaching et de la formation permanente* »<sup>68</sup>. Ces impératifs sont également en lien avec le contexte qui nous occupe. Le cadre de santé garantit une coordination de tout ce processus. Ces éclaircissements juridiques nous indiquent aussi que, bien que ces missions soient du ressort du cadre de santé, celui-ci peut en déléguer une partie. Le cadre de santé est-il le principal formateur sur le terrain ? D'après notre mode de fonctionnement, le rôle de celui-ci n'est pas de prendre en charge la formation technique. Ce volet peut être confié à un ou plusieurs infirmiers. Ce procédé ne veut pas dire qu'il ne s'implique pas dans la formation mais il donne une place à part entière aux membres de l'équipe soignante afin d'assurer l'évaluation des nouveaux soignants. Il est donc le témoin d'une confiance accordée à ses membres. Et c'est l'échange entre le cadre de santé et plusieurs membres de l'équipe qui peut servir de socle d'évaluation. Restons prudents, ce n'est pas parce que nous confions une grande autonomie à certains membres de l'équipe que ceux-ci ne peuvent pas faire l'objet d'évaluation et d'ajustement, le cas échéant. Selon nous, rendre autonome ne veut pas dire laisser tout faire à n'importe quel prix. Cette façon d'agir peut être l'une des nombreuses sources de reconnaissance dont nous avons tous besoin.

Avant de clore cette conceptualisation du Cadre de santé, nous proposons d'en faire la synthèse. Auparavant, l'équipe soignante était sous la responsabilité d'un surveillant. Aujourd'hui, suite à la transformation d'un modèle autoritaire en un modèle de gestion, le responsable revêt le nom de cadre de santé. Différentes sources s'accordent sur le fait que

---

<sup>68</sup>[https://wallex.wallonie.be/files/pdfs/1/Arr%C3%AAt%C3%A9\\_royal\\_portant\\_ex%C3%A9cution\\_de\\_l'article\\_17\\_bis\\_de\\_la\\_loi\\_sur\\_les\\_h%C3%B4pitaux%2C\\_coordonn%C3%A9e\\_le\\_7\\_ao%C3%BBt\\_1987%2C\\_en\\_c\\_e\\_qui\\_concerne\\_la\\_fonction\\_d'infirmier\\_en\\_chef\\_07-09-2006-.pdf](https://wallex.wallonie.be/files/pdfs/1/Arr%C3%AAt%C3%A9_royal_portant_ex%C3%A9cution_de_l'article_17_bis_de_la_loi_sur_les_h%C3%B4pitaux%2C_coordonn%C3%A9e_le_7_ao%C3%BBt_1987%2C_en_c_e_qui_concerne_la_fonction_d'infirmier_en_chef_07-09-2006-.pdf) (consulté le 20 mars 2021)



la fonction de Cadre de santé est différente de notre fonction de « soignant ». Elle diffère en plusieurs points : la qualification, les compétences et la part de soins fortement réduite. C'est dans le but d'ajouter des notions de management et de gestion qu'une formation est devenue obligatoire. L'étude de ce concept insiste sur l'importance de ne pas le confondre avec le chef de service et le chef du département infirmier. Bien que celui-ci soit également l'un des représentants de l'institution, ses missions ainsi que sa place dans la hiérarchie sont différentes. Enfin, nous avons pu voir que la fonction du cadre de santé est régie par l'arrêté royal du treize juillet deux mille six. Nous l'avons étudié en vue de rendre concrètes les missions du cadre de santé. Il est clair que celles-ci peuvent être très variées et, en les rapprochant de notre problématique, nous avons pu comprendre qu'elles permettaient au cadre de santé d'agir à plusieurs niveaux : l'institution, l'infirmier chargé de l'accueil des nouveaux et des étudiants, de l'équipe soignante, des nouveaux soignants. Maintenant que nous avons dressé une liste non exhaustive des éléments de contexte et des acteurs de notre problématique, nous allons nous rapprocher de l'une des notions clés de notre problématique afin de la conceptualiser : l'intégration. Mais avant, nous prendrons le temps de présenter une synthèse des nombreux apports de ce chapitre consacré aux acteurs.

### 3. Conclusion :

Au travers de ce chapitre, nous avons traité différentes parties prenantes de l'environnement de l'intégration et de l'accompagnement des nouveaux soignants. Notre point de départ a été de conceptualiser ce qu'est une institution hospitalière au sens large. Ceci nous a aidés à comprendre que, même si le cadre de santé est l'un de ses représentants, son périmètre d'actions semble plus large au sein d'un autre élément constitutif de la problématique : l'unité de soins.

Le fait de rendre concret ce qu'est l'institution hospitalière donne l'occasion d'aborder un premier allié du cadre de santé : l'infirmier chargé de l'accueil des nouveaux et des étudiants. Au même titre que le cadre de santé, et de façon différente, il est l'un des coordinateurs institutionnels de l'intégration et de l'accompagnement des nouveaux soignants. Cependant, celui-ci, qui est notamment l'un des relais de chaque cadre de santé, ancre plus son champ d'actions au niveau institutionnel.

Après avoir concrétisé ce qu'est une institution hospitalière, nous avons pu clarifier que l'unité de soins est quelque chose de plus petit qui sert d'élément structurel et organisationnel à l'institution. Ainsi, nous avons pu voir qu'elle est composée d'éléments architecturaux différents d'une unité à l'autre. Il serait superficiel de penser que celles-ci ne

sont constituées que d'éléments architecturaux. Il est irrévocable que la ressource humaine est un élément clé des unités de soins. Cette réflexion nous a tendu une perche afin de rendre plus palpable ce que sont une équipe soignante et un cadre de santé.

Nous l'avons déjà mise à jour dans le traitement de la notion de « nouveau soignant ». Mais la notion de l'équipe soignante permet, en plus de faire du lien, d'insister sur le fait qu'au travers du métier de cadre de santé, notre rôle ne se limite pas à n'encadrer que des soignants qui sont infirmiers. Le fait d'être secondé par une équipe, multidisciplinaire de surcroît, pour intégrer et accompagner les nouveaux soignants est une plus-value. Nous voyons qu'une partie de la formation peut être confiée à un ou plusieurs membres d'une équipe que nous aurons identifié comme « expert » ou que nous aurons challengé avec le choix commun d'un objectif annuel au service du bien commun. Cela présente de nombreux avantages tels que limiter les impacts sur la qualité des soins lors de l'introduction de nouveaux soignants dans l'équipe, d'assurer l'implication de ses membres dans un projet commun, de fournir de la reconnaissance tout en prônant l'autonomie. Ces méthodes assurent aussi la mise en place d'un climat d'échanges et de communications qui est chère au sein d'une équipe.

Par les explications relatives au cadre de santé, nous avons montré que cette fonction a fait l'objet de changements majeurs au cours de ces dernières décennies. Nous avons vu qu'elle est passée de celle de « surveillant » à celle de « cadre de santé ». Cela a complètement remis en question les enjeux ainsi que la manière de la mettre en pratique. Nous avons vu apparaître une formation obligatoire afin de pouvoir appréhender ce que sont le management et la gestion. Avant de clôturer le point consacré au cadre de santé, nous avons passé en revue une partie de ses missions afin de contextualiser notre problématique. Ce procédé rend transparent le fait que l'action, que le cadre de santé peut avoir au cœur de notre questionnement, ne se limite pas aux nouveaux soignants. Bien au contraire, il existe des interactions tant au niveau de l'infirmier chargé de l'accueil des nouveaux et des étudiants qu'avec l'équipe et les nouveaux soignants.

Grâce à la synthèse des éléments avancés au sein de ces notions, nous saisissons que l'intégration et l'accompagnement des nouveaux soignants est l'affaire de tous. Il s'agit donc pour le cadre de santé de sensibiliser et de fédérer autour de ce processus. Après nous être attardés quelques temps sur les acteurs, nous aborderons la fin de notre problématique : l'intégration.

## **CHAPITRE 4 : LA SITUATION D'INTEGRATION : LE PROJET INDIVIDUEL JUSTIFIE-T-IL LE PROCESSUS ?**

L'intégration est l'une des notions clés de notre problématique. Nous venons de prendre le temps de délimiter l'ensemble des acteurs principaux de la situation d'intégration. Pouvons-nous aller plus loin sans prendre le temps de conceptualiser ce qu'est l'intégration ? Si nous voulons rester méthodologiques, la réponse est « non ». Est-ce le bon moment pour définir l'intégration ? N'aurions-nous pas pu commencer par l'accompagnement ? Ce processus réflexif a permis de cerner que l'intégration, au sens où nous l'entendons, est le résultat de l'accompagnement. C'est pour cette raison que nous avons pris le parti de commencer par le résultat que nous visons. Selon notre conception, l'intégration pourrait s'assimiler à la fin de notre travail là où le processus d'accompagnement en constituerait le moyen pour y parvenir. Quels sont les enjeux de l'intégration ? Sont-ils différents de ceux liés à l'accompagnement ? Les nouveaux soignants sont-ils les seuls à pouvoir tirer profit de l'intégration ? Et le cadre de santé dans tout cela ? L'équipe soignante peut-elle se sentir impliquée ? Mais, finalement, que signifie le mot « intégration » ? Est-il synonyme d'immigration ou d'insertion ? Ne la rencontre-t-on que sous une forme unique ? Et si elle était soumise à l'influence d'un ou plusieurs facteurs ? C'est sur base de cet ensemble de questions non exhaustives que nous avons décidé de conceptualiser l'intégration. Commençons par éclaircir ce que sont les enjeux de la situation d'intégration.

### 1. Les enjeux de la situation d'intégration :

L'intégration étant une notion assez complexe, nous pensons qu'il est préférable de commencer par préciser nos objectifs, à savoir ses enjeux. Quel bénéfice pouvons-nous en retirer ? N'est-ce pas, pour le cadre de santé, un moyen d'impliquer l'équipe soignante dans un projet commun : la qualité des soins dont il est garant ? Quels sont les risques auxquels nous nous exposons si nous ne menons pas à bien ce processus d'accompagnement en vue d'une intégration réussie ? Quels sont les impératifs auxquels chacun devrait répondre afin de mener à bien l'intégration des nouveaux soignants ? Au cours de ces quelques lignes, nous aborderons quelques enjeux de cette situation d'intégration sans prétendre être exhaustifs.

Les nombreux articles que nous avons lus sont tous unanimes. La situation d'intégration qui nous préoccupe présente un risque énorme pour le cadre de santé : la diminution de la

qualité des soins dont il est le garant. Selon notre point de vue, à lui seul, le rôle du cadre de santé, dans la qualité des soins, forme un argument prioritaire : il a une place à prendre dans le processus d'accompagnement pour assurer son succès : l'intégration du nouveau soignant. C'est pourquoi nous rejoignons le point de vue d'Hervé Brizon<sup>69</sup>, cadre infirmier, pour qui la priorité est de maintenir le management de la qualité des soins. Il précise aussi que l'arrivée de nouveaux soignants peut altérer la qualité des soins pour diverses raisons, notamment la méconnaissance des techniques de soins auxquelles ils n'ont jamais été confrontés. « *Un bon accueil du personnel hospitalier ainsi qu'une intégration réussie sont les gages de qualité des prestations de soins, tout comme un bon accueil et une bonne information du patient contribuent à donner une bonne image de l'établissement* »<sup>70</sup>. Par ces propos, nous comprenons que cet axe prioritaire va bien au-delà des nouveaux soignants, de l'équipe soignante, du cadre de santé et de l'hôpital : il a un impact direct sur notre client : le patient.

Un autre versant, le maintien du management des membres de l'équipe, est à aborder. Nous pouvons mettre ces propos en relation avec la théorie de Michel Crozier et d'Ehrard Freiberg, deux sociologues français, que nous exposerons plus tard. Mais qui nous dit que d'une zone de compétences peut découler une zone d'influence. Elles peuvent appartenir à chacun des membres de l'équipe. C'est pourquoi, afin d'assurer une répartition de celles-ci, il sera utile et prioritaire d'organiser les tâches de chacun de façon claire et précise avant l'arrivée du nouveau soignant. La mise en place d'un parcours de formation et l'identification de plusieurs personnes-ressources nous paraissent une voie à suivre. Les nouveaux soignants présentent aussi des compétences et ceci conforte notre opinion. Ils ne doivent pas être négligés. Par leurs regards neufs sur nos pratiques et grâce à leurs expériences antérieures, scolaires ou professionnelles, nous pouvons les impliquer dans le processus, les reconnaître à leur juste valeur afin d'adapter notre pratique et poursuivre la route de l'amélioration continue. Dans certaines institutions, il y a une pratique assez intéressante appelée « rapport d'étonnement ». Celle-ci invite le nouveau soignant à relever tout ce qui l'interpelle quant aux pratiques professionnelles de l'institution, et à une échelle plus petite, de l'unité de soins. Cette technique permet au nouveau soignant de se sentir entendu en tant qu'acteur de terrain. Elle peut aussi être vue comme un incubateur du sentiment d'implication qui apparaît comme l'une des clés d'une acculturation réussie, ou tout du moins du projet qui y est relatif, car, sans implication et sans motivation de la part des différents

---

<sup>69</sup>BRIZON H., L'intégration de nouveaux soignants, Guide – Suivi – Évaluation, Paris : Masson, collection Encadrer à l'hôpital, 2002, 108 p.

<sup>70</sup>BRIZON H., op cit., pp 1-108.

intervenants, rien n'est possible. Ces pratiques semblent être autant de pistes que nous pourrions poursuivre au sein de notre démarche opérationnelle.

Enfin, Hervé Brizon précise qu'il est primordial d'assurer une prise en charge respectueuse des nouveaux soignants ; ce qui leur permettra de se sentir en confiance et leur donnera l'envie d'acquérir de nouvelles connaissances et compétences. Ainsi, nous pouvons nous appuyer sur notre cours de psychosociologie pour affirmer que le passage d'une situation scolaire à une situation d'intégration professionnelle constitue en un passage d'une identité professionnelle, conférée par le diplôme, à une identité au travail attribuée par le contrat de travail. La communication, l'échange, la transparence, la relation de confiance peuvent être plusieurs de nos alliés dans la réussite de ce processus.

Pour clôturer ce chapitre, avec l'aide d'Hervé Brizon, nous avons pu mettre en évidence quatre enjeux majeurs de la situation d'intégration fonctionnelle. Elle n'est pas la seule forme d'intégration ; nous aborderons quelques types d'intégration au cœur de ce travail. Par l'exposition et le commentaire de ceux-ci, nous avons compris que la situation d'intégration fait référence à de nombreux acteurs. Elle est indispensable tant au cadre de santé, à l'équipe soignante, aux nouveaux soignants qu'à l'institution hospitalière. Mais il semble que le cadre de santé, par l'intermédiaire de son rôle de coordinateur et du rôle de son équipe, peut être envisagé comme le garant principal d'une intégration menée à bien. Mais qu'est-ce que l'intégration ? Comment pourrions-nous la définir ? Nous tenterons d'éclaircir cette notion au cours de ce chapitre. Nous commencerons par quelques généralités en lien avec cette notion pour la conceptualiser ensuite en nous tournant vers le cœur de notre problématique : la sociologie.

## 2. L'intégration : généralités

Dans notre problématique, l'un des mots forts est l'« intégration ». C'est pourquoi nous nous sommes penchés sur la clarification de cette notion. Pour ce faire, nous prendrons comme point de départ l'étymologie. Le site internet La Toupie nous montre que l'intégration trouve sa racine du latin « *integrare* » qui signifie « renouveler, rendre entier ». La notion de « rendre entier » permet d'assimiler le nouveau soignant à une personne qui n'est pas encore reconnue par le groupe et qui n'est, donc, pas reconnu dans sa totalité. Nous sommes au fait que certains mots peuvent faire l'objet d'associations avec la notion « d'intégration ». Nous en assurerons la distinction ou l'assimilation par la conceptualisation avec le domaine de la sociologie. Dans notre contexte, c'est celui-ci qui paraît s'y apparenter le mieux. Au cours du paragraphe précédent, nous avons abordé l'intégration fonctionnelle

et il semble clairvoyant de ne pas s'y limiter. Il est vrai que plusieurs formes d'intégration existent et que celles-ci sont liées. Il est utile de les éclaircir chacune.

Revenons à La Toupie qui qualifie l'intégration comme : « *le fait d'entrer dans un tout, dans un groupe, dans un pays, etc* »<sup>71</sup>. Le mot « groupe » fait écho en nous ; il apporte la notion du conformisme et, donc, du déterminisme social. La clarification, par cette définition, nous semble donner la priorité à la masse formée par un groupe ou par un pays. Afin de contextualiser ces apports avec notre problématique, nous pourrions faire l'analogie du groupe et du pays en les reliant respectivement à l'unité de soins et à l'institution hospitalière. Ainsi, nous comprenons que, pour entrer dans un groupe, il faut adopter ses règles, ses normes et partager ses valeurs. Or, pour nous, même s'il est indéniable qu'il y a des règles sur lesquelles nous ne pouvons pas transiger, la singularité d'un groupe se construit par la singularité de ses individus mis au service de ce groupe. Et nous partons du principe que, pour assurer le respect de règles et de normes, nous pouvons emprunter des chemins d'accompagnement divers et variés tant que nous restons dans le cadre.

Un autre apport clarifie la notion d'intégration de la manière suivante : « *action d'intégrer, de s'intégrer* »<sup>72</sup>. Le premier point que nous pouvons mettre en évidence est que, par le verbe transitif « s'intégrer », nous voyons que l'intégration dépend autant de la personne à intégrer que du groupe qui va l'intégrer. Ces propos nous laissent donc affirmer que, tous les acteurs de la situation ont un rôle à jouer et sont interdépendants ; sans motivation de la part du nouveau soignant, rien ne sera possible mais, sans la motivation du groupe à intégrer, rien ne sera possible non plus. Ces explications nous donnent l'opportunité de conforter une similitude avec le concept d'identité, que nous avons étudié lors de notre cours de psychosociologie, et sa bivalence. Elle montre que ce processus dépend non seulement de la personne à intégrer mais aussi du groupe qui va l'intégrer. Le rôle de coordination de cadre de santé à ce niveau s'assimile donc au fait de clarifier les attentes des deux parties afin d'en assurer leur coordination. De plus, ces deux premières définitions nous permettent un premier parallèle avec la sociologie et ses paradigmes actionnalistes et déterministes. Le versant plutôt déterministe dirait que c'est à l'individu de se conformer au groupe. Nous découvrirons, dans notre développement plus tard, que, dans ce cadre, c'est à l'individu d'adopter les règles et les valeurs du groupe. Tandis que le versant actionnaliste donne l'importance à l'homme et à sa créativité en laissant place notamment aux conflits qui sont niés, voire annihilés, du côté déterministe.

---

<sup>71</sup><http://www.toupie.org/Dictionnaire/Integration.htm> (consulté le 1 février 2020)

<sup>72</sup><https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/integration/> (consulté le 1 février 2020)

Le Larousse propose cette définition : « *action d'intégrer ; fait pour quelqu'un, un groupe, de s'intégrer à, dans quelque chose* »<sup>73</sup>. Selon nous, c'est le mot « action » qui fait sens. Il met en évidence que l'intégration et le processus d'accompagnement, qui s'y attache, ne sont pas statiques. Ainsi, le processus d'accompagnement, dont le résultat apparaît comme l'intégration, est en perpétuel mouvement. Ici, nous voyons également que c'est à la personne minoritaire que l'injonction de s'adapter semble être donnée.

En conclusion, nous avons pris comme point de départ l'étymologie qui est l'un des premiers points qui permet de relier la notion d'intégration au champ de la sociologie. Nos recherches nous ont aussi conduits à croire que certaines autres notions peuvent y être reliées. Nous verrons, au sein du chapitre dédié à la sociologie, de quoi il s'agit. L'ensemble des éclaircissements sont contributifs pour plusieurs raisons. Ils nous permettent de contextualiser avec certains éléments constitutifs du contexte qui nous occupent, de faire le lien avec les apports des cours, de mettre en évidence qu'une action à plusieurs niveaux semble adaptée, de rendre concret que le cadre est le coordinateur. Il nous laisse aussi l'occasion de saisir qu'en fait, l'intégration n'est pas forcément un processus et que cela peut être perçu comme le résultat du processus dynamique d'accompagnement. Un autre élément est le lien que nous avons pu établir avec la sociologie et son déterminisme. Bien qu'il ne soit pas l'élément prioritaire de notre conception, ce déterminisme social peut-il occuper une place dans la situation d'intégration et d'accompagnement de nouveaux soignants ? C'est l'une des questions à laquelle nous tenterons d'apporter une réponse dans la conceptualisation sociologique que nous entamerons dans le point suivant.

### 3. L'intégration : un concept sociologique

Au début de nos recherches, nous avons rencontré quelques difficultés à rester dans le domaine de l'intégration des nouveaux soignants. Mais, au fil de temps, nous avons pris conscience que le concept prend racine bien plus loin que dans ce champ d'application. L'exploration du sujet nous a éloignés de notre problématique initiale et nous comprenons que le concept d'intégration est d'abord lié à celui de l'immigration. Mais l'intégration d'un nouveau soignant ne présente-t-elle pas des similitudes avec les obstacles auxquels sont confrontés les migrants ? Par cet exemple, nous démontrons que l'intégration est à divers niveaux, parmi lesquels : l'insertion sur le marché du travail, dans les réseaux sociaux formels et informels. Cela nous permet de mettre en évidence que « *Le terme « intégration*

---

<sup>73</sup><https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/int%C3%A9gration/43533> (consulté le 1 février 2020)

» étant utilisé dans le langage courant, il devient nécessaire de relever certaines ambiguïtés qui minent sa compréhension et son utilisation, pour du même coup, rehausser sa complexité »<sup>74</sup>. Ces propos viennent donner du crédit aux nôtres quant aux facteurs multidimensionnels et subjectifs.

Quoi de plus solide comme socle de réflexion que de prendre la définition d'intégration de l'un des fondateurs de la sociologie moderne ? Émile Durkheim s'est beaucoup intéressé à la problématique d'intégration. C'est pourquoi, pour notre approche sociologique, nous démarrons avec sa définition. Il définit l'intégration comme : « *processus par lesquels un groupe social (...) s'approprie les individus* »<sup>75</sup>. Cette vision est très déterministe et nous montre, en phagocytant totalement l'individu, que la place du groupe est favorisée. Dans l'article « *L'intégration : un concept en difficulté* »<sup>76</sup>, l'auteur nuance ce propos mais renforce notre sentiment en disant que, même si l'individu est reconnu, la part belle est donnée au groupe qui est sa préoccupation principale. Initialement, la pensée d'Émile Durkheim nous paraissait trop déterministe mais elle apporte sa pierre à l'édifice. Il est vrai qu'elle n'est pas en total accord avec notre vision participative du management. Cependant, les apports des « Pas sans toi » ainsi que ceux de notre professeur nous ont donné l'opportunité de saisir que cette vision est une partie visible de l'autorité que l'institution hospitalière attribue au cadre de santé. Elle permet de mettre en évidence que les limites d'adaptations du processus d'accompagnement semblent être le cadre fixé par l'institution hospitalière dont le garant principal de son respect est l'un de ses représentants : le cadre de santé. Cette clarification a le mérite de nous conduire sur le chemin de plusieurs notions que nous voulions éclaircir. Par cette conception de l'intégration, nous pouvons mettre en lumière qu'elle est l'acquisition, par un individu, des règles, des valeurs et des normes d'un groupe. Aux prémices de notre réflexion, nous pensions que le résultat de ce processus pouvait s'assimiler à l'« acculturation » ; or, il s'agit de la « socialisation ». L'occasion est trop belle pour faire un parallèle avec l'un des nombreux apports de notre cours de sociologie. Le terme « acculturation » nous vient de l'anthropologie et « désigne les mécanismes d'apprentissage et de socialisation »<sup>77</sup>. L'acculturation « caractérise le processus d'intégration d'un individu à une culture qui lui est étrangère »<sup>78</sup>, tandis que la socialisation est « à la fois apprentissage, conditionnement et inculcation, mais aussi adaptation et

---

<sup>74</sup><https://sherpa-recherche.com/wp-content/uploads/Fiche-synthese-Le-concept-dintegration.pdf> (consulté le 15 janvier 2020)

<sup>75</sup><https://www.cairn.info/revue-cahiers-internationaux-de-sociologie-2008-2-page-221.htm> (consulté le 30 janvier 2020)

<sup>76</sup>ibidem.

<sup>77</sup>Vantomme P., *sociologie de la santé*, Cours de Promotion sociale Tournai, Année scolaire 2017-2018.

<sup>78</sup>ibidem, p 17.



*incorporation. Il comprend pêle-mêle la transmission des traditions, des normes, l'éducation morale et aux valeurs. Elle peut être volontaire, par anticipation ou institutionnelle. L'habitus est la conséquence de ce mécanisme de normalisation. Les supports de celui-ci sont multiples et sont dénommés appareils de ... ou institutions* »<sup>79</sup>. Pour certains, elle paraît centrale tandis que, pour d'autres, elle est secondaire. Dans notre contexte, la notion de socialisation a tout son sens. Elle semble plus générique et mieux adaptée que l'acculturation. Elle fait référence aux éléments contextuels de notre problématique parmi lesquels nous retrouvons la culture d'entreprise, l'institution et elle se veut volontaire, anticipée. Or, c'est bien là toute la teneur de notre Épreuve intégrée : anticiper l'intégration des nouveaux soignants par un processus d'accompagnement adapté et adaptable. De plus, la notion de volontariat montre qu'il s'agit bien, pour le nouveau soignant, de s'approprier de nouveaux apprentissages qui lui procureront également une nouvelle identité : l'identité au travail. Dans ce contexte, le cadre de santé peut jouer le rôle d'intégrateur par la mise en place de toute une série d'actions facilitatrices.

Pour appuyer notre perception, il s'agit bien d'intégrer par l'intermédiaire de la socialisation. Penchons-nous maintenant sur la conception de Talcott Parsons, sociologue américain. Pour lui, l'intégration est indissociable de l'idée du « *processus de socialisation des individus* »<sup>80</sup> et se caractérise par l'adaptation des individus ; ainsi, le concept de reproduction n'est jamais très loin. De prime abord, cette vision déterministe semble peu éloignée de celle d'Émile Durkheim. A contrario, Talcott Parsons rend plus explicite la notion de socialisation. Nous venons de le voir : même si elle reste liée au domaine de l'incorporation, elle fait référence à des pratiques plus ouvertes telles que l'éducation et peut trouver sa source dans la volonté de l'individu de se conformer aux groupes pour en adopter les habitus. Voici un deuxième argument notable à l'utilité des visions sociologiques plus déterministes. Le fait que l'individu veuille se conformer à un groupe, ou, ici, à l'institution hospitalière et à l'unité de soins, prédispose qu'il en accepte les règles qui régissent son fonctionnement. Il est vrai que nous sommes moins à l'aise avec ces visions. Or, notre ouverture d'esprit nous pousse à y trouver quelques utilités notables. Maintenant que nous avons abordé les visions plus déterministes, prenons le chemin de sociologues qui donnent la part belle à l'actionnalisme. Évidemment, nous pensons que le côté déterministe permet de créer le cadre. Mais, nous sommes plus inspirés par la pensée que l'individu a autant à apporter au groupe que le groupe n'a à lui apporter. Autrement dit, dans notre contexte, les

---

<sup>79</sup>Vantomme P., *sociologie de la santé*, Cours de Promotion sociale Tournai, Année scolaire 2017-2018.

<sup>80</sup><https://www.cairn.info/revue-cahiers-internationaux-de-sociologie-2008-2-page-221.htm> (consulté le 30 janvier 2020)

nouveaux soignants ont autant à apporter à l'institution, à l'infirmier chargé de l'accueil des nouveaux et des étudiants, à l'équipe soignante et au cadre de santé que l'inverse.

Michel Wieviorka, sociologue français, abonde dans le sens de notre opinion lorsqu'il écrit : « *le concept de socialisation n'interdit pas de penser le changement, car les individus, une fois socialisés, notamment par l'école, ont appris à faire face aux contraintes, à s'adapter, à se transformer, à faire preuve d'intelligence et d'esprit critique, à ne pas rester passifs* »<sup>81</sup>.

Nous adhérons à ses propos. Ils illustrent bien ce que nous pensons même s'il est nécessaire de nous conformer, dans une certaine mesure pour appartenir à un groupe, à la liberté d'action individuelle qui a toute sa place pour atteindre un objectif commun.

Pour adopter une vision plus actionnaliste, nous devons prendre le contre-pied des évocations que nous venons d'exposer en donnant une position centrale au sujet et à l'action individuelle plutôt qu'au groupe. D'après Michel Wieviorka, cette approche a toujours existé mais les sociologues allemands, notamment Max Weber et Georg Simmel, ont témoigné d'une plus grande ouverture d'esprit à son égard. Dans ce sens, la branche des sciences sociales, avec George Herbert Mead, un autre sociologue américain, a toujours donné la priorité « *aux interactions entre individus, prenant une distance parfois considérable par rapport à toute idée de déterminisme social* »<sup>82</sup>. Cette représentation des choses rejoint notre avis, même si l'adhésion à un groupe passe par l'adoption de ses normes et de ses règles pour en acquérir les habitus : il ne faut pas faire du sujet un acteur négligé. Dans cette optique, nous adhérons à la théorie de Margalit Cohen-Emerique<sup>83</sup>, psychosociologue, qui dit que l'intégration ne concerne pas que l'immigration. Ensuite, elle nous informe que c'est un « *processus relationnel et une dynamique sociale* »<sup>84</sup> qui ne doivent pas être envisagés comme un problème mais dont le rythme varie en fonction des expériences antérieures de chacun. Il est à la fois interne et externe. Enfin, il existe des obstacles mais aussi des leviers afin de mener l'intégration à bon terme. Même si le contexte initial de cet article semble être l'intégration des migrants, Margalit Cohen-Emerique met bien en évidence que celle-ci ne concerne pas que les immigrés. Nous nous permettons une analogie entre la situation d'intégration au travail et celle de l'immigration. Les nouveaux soignants pourraient être perçus comme des migrants voulant s'intégrer dans une nouvelle unité de soins. Les migrants, tout comme les nouveaux soignants, appartiennent initialement à d'autres pays, cultures et groupes. Bien qu'ils soient prêts à faire de

---

<sup>81</sup><https://www.cairn.info/revue-cahiers-internationaux-de-sociologie-2008-2-page-221.htm> (consulté le 30 janvier 2020)

<sup>82</sup>ibidem.

<sup>83</sup><https://sherpa-recherche.com/wp-content/uploads/Fiche-synthese-Le-concept-dintegration.pdf> (consulté le 15 janvier 2020)

<sup>84</sup>ibidem.

nombreuses concessions pour arriver à l'intégration, ils ne sont pas prêts à renier leurs us et coutumes antérieurs. Selon nous, il s'agit d'une richesse qui permet d'amener de la diversité tant dans un pays que dans une unité de soins. Il est d'ailleurs possible que certains d'entre eux puissent apporter des pratiques intéressantes pour le cadre de santé. Donc, le contexte qui nous occupe semble être adapté à la définition. Il est vrai que cette définition est porteuse d'intérêts pour plusieurs raisons. Elle nous montre que, dans l'intégration, rien n'est figé et que tout est en perpétuel mouvement. Mais ce qui donne du sens à la définition est que l'auteur met en évidence que chacun réagit à son rythme. Elle expose des pistes pour la rendre plus facile parmi lesquelles l'importance de repérer « *ce qui fait sens pour soi et pour « l'Autre » (...)* »<sup>85</sup>, ce qui nous convient. Ainsi, la communication initiale semble être, une fois de plus, l'une des bases du chemin complexe de l'intégration.

Même si nous avons un intérêt plus marqué pour les conceptions de l'intégration plus actionnalistes, nous ne pouvons nier que toutes les conceptions de l'intégration présentent des similitudes. Elles mettent toutes en jeu la notion de pouvoir car l'intégration peut être envisagée comme « *un rapport social inégal entre l'individu ou le groupe, le minoritaire, à insérer dans un groupe encore plus grand, le majoritaire* »<sup>86</sup> ; un parallèle peut être fait avec la théorie de Michel Crozier et d'Ehrard Freiberg. Selon cette théorie, il existe quatre sources de pouvoir : « *celles découlant de la maîtrise d'une compétence particulière et de la spécialisation fonctionnelle ; celles qui sont liées aux relations entre une organisation et son, ou mieux, ses environnements ; celles qui naissent de la maîtrise de la communication et des informations ; celles qui dérivent de l'existence des règles organisationnelles* »<sup>87</sup>. Ici, dans un premier temps, le pouvoir trouve sa source dans la présence et la maîtrise des règles organisationnelles. Mais, deux autres enjeux existent : la maîtrise d'une compétence particulière et celle de l'information. Pour illustrer qu'il s'agit bien d'attributs en lien avec notre sujet, nous allons les contextualiser. Il est vrai que le fait de disposer d'informations, de connaître l'ensemble des règles qui régissent tant l'institution hospitalière que l'unité de soins semble être source de nombreuses zones d'influence pour plusieurs acteurs : l'ICANE, l'équipe soignante et le cadre de santé. Aussi, la maîtrise de compétences particulières à divers niveaux peut faire éclore d'autres zones d'influence. Il serait délétère de penser que la maîtrise de ces règles et de ces compétences par certains protagonistes

---

<sup>85</sup><https://sherpa-recherche.com/wp-content/uploads/Fiche-synthese-Le-concept-dintegration.pdf> (consulté le 15 janvier 2020)

<sup>86</sup>ibidem.

<sup>87</sup>Vantomme P., *Psychosociologie appliquée aux relations de travail*, cours de Promotion sociale Tournai, année 2017- 2018.

puisse être un argument à la soumission. Au contraire, ils peuvent être vus comme le support d'échanges d'une relation basée sur la confiance. Faire grandir les connaissances et les compétences de l'Autre en lui donnant des repères est une pratique à considérer. Le cadre de santé semble être l'un des garants de ce climat d'échanges. Dans notre pratique, nous avons pu voir survenir une situation où un soignant croyait fortement dans le dogme qu'elle devait soumettre le nouveau soignant pour le conformer. Nous avons alors eu une entrevue avec ces personnes afin de catalyser cette approche en leur expliquant la vision que nous avons de l'accompagnement des nouveaux soignants.

Par la conceptualisation de l'intégration, nous avons envisagé qu'il existe des visions tantôt déterministes tantôt actionnalistes. Au départ, nous avons pris le pari de rejeter totalement les visions déterministes. Après réflexions, nous avons compris que, même si nous sommes moins à l'aise avec celles-ci, elles sont utiles, voire nécessaires. Effectivement, elles permettent d'être l'un des témoins de l'autorité que l'institution confère au cadre de santé. Elles sont aussi indispensables pour délimiter le cadre dans lequel s'inscrit la situation d'intégration. En plus d'être utiles au cadre de santé, elles permettent d'impliquer l'équipe soignante dans l'apport de repères aux nouveaux soignants.

Dans le versant actionnaliste, nous retenons que, bien qu'il existe un cadre d'actions, l'individu peut autant apporter au groupe que l'inverse. C'est d'ailleurs en contextualisant des apports du concept d'immigration, voisin de l'intégration, que nous mettons en évidence l'intérêt de la richesse culturelle individuelle. Elle apparaît comme le témoin de l'ouverture d'esprit qui peut être bénéfique pour tous. Nous avons également saisi que le concept de socialisation intègre une place centrale dans notre problématique. Cela est conforté dans la caractérisation de l'intégration par plusieurs auteurs.

Quelle que soit la conception présentée, l'un des enjeux principaux du jeu d'acteur est à nouveau le pouvoir. Il est l'un des enjeux de la communication qui nous paraît aussi être un allié de choix pour servir les buts de chacun : être intégré au plus vite dans un groupe tout en tenant compte de l'autre et de sa singularité. D'ailleurs, Margalit Cohen-Emerique nous met en garde : si nous voulions mesurer l'intégration par des indicateurs, en cas de non satisfaction, nous ouvririons la porte à son contraire : l'exclusion, qui constituerait l'antithèse de l'intégration. Selon nous, il est clairvoyant de l'aborder. Là où le succès du processus d'accompagnement se nomme l'intégration, son échec revêt le nom d'exclusion. Cette exclusion est-elle toujours évitable ? Ne résulte-t-elle pas d'une erreur de casting lors de l'entretien d'embauche ? Tant de questions apparaissent et il n'existe pas de réponses simples. Après nous être attardés sur la conceptualisation du mot « intégration », dirigeons-nous vers les différents visages que revêt celle-ci.

#### 4. Les différentes formes d'intégration :

La construction de cette Épreuve Intégrée est passée par plusieurs temps d'échanges et de discussions avec notre professeur de méthodologie. Au travers de ceux-ci, nous avons compris qu'il n'existe pas qu'une seule forme d'intégration. Nous avons approfondi nos recherches dans ce sens. Lors de la lecture du mémoire d'Olivia Deschamps<sup>88</sup>, une étudiante de l'École nationale de Santé publique qui est devenue directrice d'un centre psychothérapique, nous avons pu mettre des mots sur les différentes dimensions de ce concept. De plus, ses éclaircissements ont permis de relier ce que nous nommions antérieurement l'intégration technique, relationnelle et sociale aux formes d'intégration qu'elle aborde. Il est vrai qu'au début de l'exploration du sujet, nous aurions mis deux interdépendances en évidence : « technique » et « relationnelle ». L'intégration technique se serait appuyée sur l'acquisition de compétences que nous aurions pu qualifier de « savoir-faire ». Quant aux relationnelles, nous aurions pu les lier à la dimension « savoir-être ». Mais cette vision initiale est, pour nous, assez limitative. Par exemple, elle ne permet pas vraiment de laisser la place au « savoir-devenir ». Or, le savoir-devenir et la place d'un membre d'une équipe peuvent être envisagés comme la roue de Deming. Comme nous l'avons déjà dit, l'intégration n'est pas quelque chose de figé. La place de chacun est-elle assurée *ad vitam aeternam* ? Non !<sup>89</sup> C'est pourquoi la mettre en parallèle avec la roue de Deming ne nous semble pas sans fondement. L'amélioration continue et l'envie d'aller toujours plus loin nous paraissent être une piste à poursuivre afin d'être envisagée comme un acteur singulier du groupe.

De son côté, Olivia Deschamps<sup>90</sup>, avec l'aide de François Lelièvre<sup>91</sup>, directeur de Ressources humaines, met en avant quatre formes d'intégration : temporelle, fonctionnelle, culturelle, identitaire. Bien qu'initialement nous pensions le contraire, le sens d'énonciation ne semble pas être le témoin d'une certaine chronologie. Il renforce d'ailleurs la forte croyance que nous avons qu'il existe autant de chemins d'accompagnement que de nouveaux soignants pour mener au succès de l'intégration.

Selon Olivia Deschamps, l'intégration temporelle peut être envisagée comme étant relative à « *la problématique de la fidélisation du salarié pour l'inciter à choisir puis à rester dans*

---

<sup>88</sup><https://documentation.ehesp.fr/memoires/2006/edh/deschamps.pdf> (consulté le 5 février 2020)

<sup>89</sup>Même celle du chef (sic).

<sup>90</sup>Ibidem, point 88.

<sup>91</sup>François Lelièvre cité par <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2006/edh/deschamps.pdf> (consulté le 5 février 2020)

*l'établissement* »<sup>92</sup> et est peut-être influencée par des facteurs tels que la rémunération, les avantages accordés, la qualité de l'accueil et de l'accompagnement, etc... Pourquoi faire le choix de penser à fidéliser avant d'intégrer ? L'intégration commencerait-elle, alors, bien plus tôt que le premier jour des nouveaux soignants ? D'après nous, oui ! Elle peut déjà prendre ses racines au travers de stages, d'entrevues liées à l'obtention d'un poste, de rencontres avec l'ICANE. Elle nous renvoie aussi à la notion considérable de l'accueil. Tant lors de stages que du premier jour des nouveaux soignants, celui-ci se veut soigner. Quoi de pire que de ressentir le malaise que provoque votre arrivée non attendue dans un nouvel endroit ? Nous n'avons pas l'occasion de faire bonne première impression deux fois. C'est pourquoi, nous pensons que définir un moment opportun d'arrivée avec l'infirmier chargé de l'accueil des nouveaux et des étudiants semble être utile pour qu'ils ne se sentent peu ou pas accueillis. Aussi, dans notre pratique, nous avons fait le pari d'une entrevue avec le nouveau soignant avant son premier jour. Cela permet de s'accorder du temps pour se présenter, clarifier les attentes de chacun, effleurer le fonctionnement du service, etc... Il s'agit d'un réel investissement personnel du cadre de santé qui peut être le témoin d'un premier signe de reconnaissance. Dans l'apport initial, Olivia Deschamps nous renvoie aussi à l'idée qu'il n'existe pas de temps prédéfini pour atteindre l'intégration temporelle puisqu'elle varie en fonction du temps et en fonction de chacun des nouveaux soignants. Ensuite, vient une autre forme d'intégration : fonctionnelle. Nous pourrions l'associer, en partie, à l'intégration technique que nous avons amenée lors d'un précédent chapitre. Il est vrai qu'il est réducteur de penser que le métier de soignant ne se résume qu'en une reproduction d'actes techniques exempts de toute réflexion. En effet, l'intégration du métier de soignant se relie à l'acquisition d'une série de compétences. Elles ont trait à divers domaines : savoir-faire, savoir-être, savoir-devenir. Nous pourrions donc y incorporer l'intégration relationnelle par le « savoir-être ». Ainsi, cette forme d'intégration « *peut être présentée comme l'ensemble des tâches prédéfinies à accomplir* »<sup>93</sup>. L'un de ses attributs pourrait être la fiche de fonction qui décrit ce que l'on attend d'un soignant. Cette définition va clairement dans le sens de notre opinion. Elle pourrait aussi servir de socle à un levier de motivations : l'évaluation des nouveaux soignants. Dans le chapitre précédent, nous avons cerné que l'intégration passe par l'acquisition de règles, de normes et de valeurs du groupe. De cette façon, nous pourrions évaluer, sur base de faits concrets, l'évolution de l'intégration des nouveaux soignants et ainsi l'apprécier.

---

<sup>92</sup>François Lelièvre cité par <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2006/edh/deschamps.pdf> (consulté le 5 février 2020)

<sup>93</sup><https://documentation.ehesp.fr/memoires/2006/edh/deschamps.pdf> (consulté le 5 février 2020)

Au cours de son raisonnement, Olivia Deschamps<sup>94</sup> aborde la notion de l'intégration culturelle. En première intention, elle clarifie la notion de la sorte : « *acquisition de modèles, de normes, de valeurs qui constituent les manières de faire, de se comporter, de penser* »<sup>95</sup> et elle appuie cet éclaircissement par celui de Renaud Sainsaulieu<sup>96</sup> qui dit que : l'acculturation d'une individualité permet au groupe d'être « *capable d'actions coordonnées entre les membres par une mentalité commune, un ensemble de représentations, de codes et de symboles qui ont le même sens pour tous* »<sup>97</sup>. Bien que nous ayons dit que le concept de socialisation s'adapte mieux à l'intégration, cette définition, d'un concept voisin, rejoint certains points de celle livrée dans les quelques paragraphes de notre conception sociologique. Elle permet aussi de mettre en évidence que, pour une intégration réussie, le groupe doit être capable de mener un ensemble d'actions pour le nouveau soignant afin de faciliter l'intégration, d'autant que l'individu doit mener des efforts afin de l'appréhender. Elle est une phase à ne pas négliger pour chacun des acteurs et elle joue un rôle dans l'image positive que peut véhiculer l'institution hospitalière, le cadre de santé mais aussi l'équipe afin que les nouveaux soignants aient envie de rester. Cette forme d'intégration paraît en lien avec la première forme que nous avons approfondie. Subséquemment, elle assure aussi un lien avec la conceptualisation que nous avons pu faire de l'intégration. Son succès peut se voir hypothéqué si aucune des parties prenantes ne fait le choix de l'effort commun. Ces propos mettent en évidence que le cadre de santé peut éviter l'éclosion de pareilles situations. Clarifier les tenants et les aboutissants d'une intégration réussie, par l'anticipation, peut être envisagée comme un atout en vue de diminuer les résistances qui peuvent survenir. Elle peut aussi amener à l'adhésion d'une vision commune. Enfin, l'intégration identitaire, qui « *correspond au sentiment d'appartenance à l'hôpital* »<sup>98</sup>, a pour but de donner une identité sociale aux nouveaux soignants en sus de l'identité professionnelle. Nous pouvons ainsi la rattacher à l'intégration sociale. L'auteur souligne le fait que ce genre d'intégration est difficile à cerner car elle est à la fois un facteur d'intégration et son témoin, si elle est réussie. Peut-on développer un sentiment d'appartenance à l'institution hospitalière avant de le développer vis-à-vis de l'unité de soins et de son équipe soignante ? L'ouverture d'esprit dont nous voulons faire preuve nous fait croire que rien n'est impossible.

---

<sup>94</sup><https://documentation.ehesp.fr/memoires/2006/edh/deschamps.pdf> (consulté le 5 février 2020)

<sup>95</sup>Ibidem.

<sup>96</sup>René Sainsaulieu cité par : <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2006/edh/deschamps.pdf> (consulté le 5 février 2020)

<sup>97</sup>Ibidem.

<sup>98</sup><https://documentation.ehesp.fr/memoires/2006/edh/deschamps.pdf> (consulté le 5 février 2020)

Antérieurement, nous pensions que l'appréhension de l'ensemble de ces formes d'intégration se devait de respecter une certaine temporalité. Après mûres réflexions, nous pensons que le sens, dans lequel les nouveaux soignants les acquièrent, importe peu. L'enjeu principal reste que le résultat de la stratégie d'accompagnement se traduit par la conquête de l'intégration dans son ensemble. C'est pourquoi nous ne pouvons qu'adhérer à la vision des choses d'Olivia Deschamps qui nous livre que « *l'enjeu réside dans l'accompagnement qui consiste à faire découvrir les normes (ce que l'on doit faire), les valeurs (ce qui est « bien »), les comportements (ce qui se fait)* »<sup>99</sup>.

A travers ce chapitre, nous mettons en évidence qu'il coexiste plusieurs types d'intégration ; nous avons pris comme point de départ nos échanges avec le professeur de méthodologie qui ont permis de mettre en lumière que l'intégration peut adopter différentes formes. Dans le cours de développement de cette Épreuve Intégrée, nous avons effleuré l'intégration technique, relationnelle et sociale. Nous nous sommes ensuite appuyés sur des écrits afin de donner de la valeur à notre idée en reliant celle-ci à quatre formes d'intégration. Grâce à la lecture d'un mémoire, nous avons pu affiner notre vision de l'intégration et confirmer que l'intégration est le résultat d'un processus complexe et dynamique. Ce chapitre nous a aussi donné le loisir de contextualiser les propos théoriques d'Olivia Deschamps afin de renforcer notre vision de l'intégration. Enfin, nous avons compris que, bien qu'elles endossent différents aspects, toutes les formes d'intégration prennent part à celle des nouveaux soignants. Maintenant que nous avons mis en exergue quelques-uns des types d'intégration, quels sont les facteurs qui peuvent influencer celle-ci ? C'est ce que nous allons essayer d'élucider dans les paragraphes suivants.

##### 5. Les facteurs d'influences de l'intégration :

Au cours de notre réflexion, nous nous sommes plusieurs fois interrogés sur ce qui peut influencer l'intégration. Existe-t-il des freins ou des leviers ? Les identifier, qu'ils soient freins ou leviers, nous paraît en adéquation avec la démarche méthodologique que nous avons décidé d'entreprendre. C'est pourquoi, au cours de nos recherches, nous avons voulu découvrir ce qu'ils sont. Ne sont-ils en lien qu'avec les nouveaux soignants ? Le cadre de santé peut-il agir, à son tour, sur les facteurs d'influences d'intégration ? C'est ce que nous tenterons d'élucider dans les paragraphes suivants.

---

<sup>99</sup><https://documentation.ehesp.fr/memoires/2006/edh/deschamps.pdf> (consulté le 5 février 2020)



a) La résistance aux changements :

La situation d'intégration des nouveaux soignants dans une unité de soins remet inévitablement en cause l'équilibre de fonctionnement de cette structure. Nous assistons à une « *confrontation de logique d'habitudes différentes : d'une part une structure possédant ses propres modes de réflexion, d'analyse, de travail et de communication et d'autre part une personne avec des schémas professionnels plus ou moins en adéquation* »<sup>100</sup>. Ces propos sont facilement adaptables à notre situation : nous avons d'un côté des nouveaux soignants, de l'autre des unités de soins avec leurs soignants qui confrontent leurs logiques. Ceci nous permet de rappeler qu'un autre enjeu de l'intégration pour les nouveaux soignants est d'adopter les règles, les normes et les valeurs de l'équipe tout en gardant un œil novateur et critique. La prudence est de mise : « *partager la même formation professionnelle n'est pas garante d'une bonne collaboration* »<sup>101</sup>. L'auteur a, sûrement, partiellement raison mais nous pensons que le partage d'une formation commune peut être vue comme un premier point de ressemblance entre le nouveau soignant et les membres de l'équipe. Il est indéniable, qu'à lui seul, ce point d'intérêt ne constitue pas la solution pour effacer toute résistance. Il semble être un levier.

Sur base de ces constatations, nous pouvons affirmer que l'un des premiers obstacles à l'intégration est la résistance aux changements. Elle peut survenir auprès de différents acteurs de la problématique. D'une part, les nouveaux soignants quittent une situation initiale pour une nouvelle : soit, quitter son statut d'étudiant, soit, quitter une autre équipe soignante. Ajoutons à cela l'avertissement d'Hervé Brizon : « *l'expérience antérieure peut être un potentialisateur de résistance* »<sup>102</sup>. Nous adhérons en partie à ces propos. Nous avons vécu une situation à travers de laquelle le nouveau soignant disait souvent : « nous » procédions de telle façon dans mon ancienne institution ». A la longue, la répétition de cette situation avait comme seul résultat d'agacer l'équipe soignante dans laquelle le nouveau soignant devait s'intégrer. Ainsi, ce nouveau soignant se voyait exposé au plus grand danger de la situation : l'exclusion. Cette idée est renforcée par la réflexion d'Olivia Deschamps : « *la comparaison excessive entre le service d'accueil et le service que l'agent a quitté* »<sup>103</sup> est l'un des premiers obstacles de l'intégration. Prudence, cela ne veut pas dire que toute intégration d'un nouveau soignant possédant une expérience antérieure sera

---

<sup>100</sup>BRIZON H., L'intégration de nouveaux soignants, Guide – Suivi – Évaluation, Paris : Masson, collection Encadrer à l'hôpital, 2002, 108 p.

<sup>101</sup>Ibidem.

<sup>102</sup>Ibidem.

<sup>103</sup><https://documentation.ehesp.fr/memoires/2006/edh/deschamps.pdf> (consulté le 5 février 2020)

vouée à l'échec. Nous l'avons souligné à plusieurs reprises : cette expérience est à mettre en valeur. Il serait contre-productif de la nier. Nous sommes convaincus qu'il existe une série de compétences que l'on pourrait qualifier de transversales. Pour nous, elles sont transposables, parfois, après quelques adaptations. Illustrons cela avec un exemple : l'observation de l'hygiène des mains. Il est vrai que, même si nous ne sommes pas dans le même type d'unité de soins, la connaissance des moments d'utilisation de l'hygiène des mains semble être un exemple parmi tant d'autres. Ces apports ajoutent du crédit à notre pensée : par sa position centrale, nous pensons qu'il revient au cadre de santé de coordonner tout le processus d'accompagnement en vue d'une intégration réussie. En tant que cadre de santé, ce sont les premiers contacts avec les nouveaux soignants qui peuvent être utilisés pour les sensibiliser au fait que ce n'est pas parce qu'ils viennent d'horizons totalement opposés que leurs expériences ne sont pas utiles. Cette façon d'agir semble être une première piste afin de reconnaître les nouveaux soignants et évite de les faire basculer dans une position de soumission.

Après avoir mis plusieurs sources potentielles de résistance dans la situation d'intégration en évidence, c'est en compagnie d'Hervé Brizon<sup>104</sup> que nous continuons notre exploration du sujet. Il ajoute à ces premiers facteurs que la perturbation de l'équilibre lors de l'arrivée d'un nouveau soignant est constituée par : la possession des savoirs spécifiques au service, par la connaissance des règles de l'organisation, par le contrôle des circuits de l'information et de l'attribution des moyens. Ces quatre pistes nous renvoient inéluctablement vers la définition de l'intégration mais aussi vers ces enjeux de pouvoirs évoqués plus tôt. Ces illustrations mettent en évidence qu'il existe plusieurs zones d'influences possibles pour les membres de l'équipe soignante dans la situation d'intégration. L'étendue de ces zones d'influences se mesure à la valeur du savoir qui s'y rattache. Donc, dans le métier de soignant, de par sa composante humaine, la valeur de l'incertitude, et donc la zone d'influence qui s'y rattache, est grande. Les deux premiers éléments avancés sont, selon nous, des éléments constitutifs de l'intégration. Mais tous les acteurs peuvent tirer profit de ceux-ci. La possession des savoirs correspond aux « *connaissances utiles pour répondre aux exigences de la fonction* »<sup>105</sup>. Elle peut être envisagée comme le support d'échanges du savoir et est utile pour les nouveaux soignants afin qu'ils puissent appréhender l'ensemble des aspects du métier. Pour l'équipe soignante, ces échanges ont pour but de rendre opérationnels les nouveaux soignants afin de pouvoir en faire des collaborateurs à part entière. Connaître l'ensemble des processus liés à une fonction permet de mieux

---

<sup>104</sup>BRIZON H., op cit., pp 1-108.

<sup>105</sup><https://documentation.ehesp.fr/memoires/2006/edh/deschamps.pdf> (consulté le 5 février 2020)

l'appréhender. A cela, nous ajoutons que cette connaissance peut avoir tout son sens pour l'institution hospitalière et pour l'un de ses représentants : le cadre de santé. En effet, nous pouvons rappeler que l'un des enjeux de la situation est le maintien de la qualité des soins dont le cadre de santé est le garant : la transmission de ces savoirs par l'équipe soignante et l'appréhension de ceux-ci par les nouveaux soignants apparaissant donc comme un pilier du maintien de celle-ci.

Ensuite, la connaissance des règles organisationnelles a pour champ d'actions : « *les règles statutaires et administratives bien sûr, mais ce sont surtout ici les règles relatives au fonctionnement interne du service* »<sup>106</sup>. Celles-ci sont transmises par la communication et ces échanges permettent l'enrichissement de chacun. Même si l'équipe soignante et les nouveaux soignants sont deux parties prenantes, le cadre de santé occupe un rôle primordial car il doit communiquer ses règles, notamment par l'intermédiaire de l'équipe soignante, mais il doit aussi les faire respecter par tous. Le contrôle des circuits de l'information et de l'attribution des moyens permet aux nouveaux soignants d'appréhender « *certaines clés de lecture essentielles pour comprendre les logiques des différents acteurs* »<sup>107</sup>. Selon nous, le cadre de santé a toute sa place dans l'encadrement de ces deux circuits. Il s'agit d'une situation très ambiguë où les membres de l'équipe soignante doivent être prêts à perdre une part de leur pouvoir : « *faire partager un pouvoir discrétionnaire au nouveau soignant, c'est accepter de perdre un peu de ses prérogatives* »<sup>108</sup>. Dans ce contexte, c'est au cadre de santé de pouvoir identifier des personnes ayant des compétences pour la pédagogie et disposant d'un esprit très ouvert dans le but de permettre aux nouveaux soignants d'identifier des personnes de confiance utiles à l'organisation d'un réseau pouvant faciliter leur intégration au sein de l'équipe.

Pour conclure, nous avons saisi que la situation d'intégration est à l'origine de certaines résistances. Nous avons étudié, dans nos cours de management, que tout changement, aussi minime soit-il, génère la remise en cause d'un équilibre et donc des résistances. La finalité de ce chapitre est donc d'identifier les sources de déséquilibre dans la situation qui nous préoccupe. L'identification de celles-ci ne permet pas de les annuler. Cependant, sensibiliser les cadres de santé à leur existence permet, peut-être, de mieux les appréhender afin de rendre le processus d'accompagnement et son résultat : l'intégration, plus fluide. Au sein de ces quelques paragraphes, nous avons saisi que la place du cadre de santé est centrale. Il s'agit de l'interface entre les nouveaux soignants et les équipes

---

<sup>106</sup><https://documentation.ehesp.fr/memoires/2006/edh/deschamps.pdf> (consulté le 5 février 2020)

<sup>107</sup>Ibidem.

<sup>108</sup>BRIZON H., op cit., pp 1-108.

soignantes. Par cette position, il peut mener correctement un certain nombre d'actions auprès de ces deux différents interlocuteurs et, par cet ensemble d'actions, il s'assimilerait à un facilitateur en étant l'accompagnateur des résistances inhérentes à l'intégration.

b) La motivation et l'implication :

Après avoir mis des mots sur les différentes sources de résistance envisageables, attardons-nous sur deux autres facteurs pouvant influencer sur l'intégration : la motivation et l'implication que nous allons définir. Le Larousse définit la motivation comme : « *ce qui motive, explique, justifie une action* »<sup>109</sup>. Elle est donc à la source de toute action. C'est la première raison pour laquelle nous pensons que, sans elle, l'action d'intégration n'est pas possible. Quant à l'implication, elle est définie comme l'« *état de celui ou de celle qui est impliqué dans une affaire* »<sup>110</sup>. Cette définition peut porter à croire que le mot « implication » n'a que sa place dans le domaine de la criminalité ; or, elle est intéressante par la notion de participation qu'elle mobilise. Nous pouvons comprendre que, par la participation à quelques actions que ce soit, nous en devenons acteurs. Ainsi, être impliqué dans le processus d'accompagnement des nouveaux soignants, en lien avec l'intégration, nous en rend acteurs.

Les informations apportées par l'article « *Les outils de l'intégration : facteur d'opérationnalité ou d'intégration ?* »<sup>111</sup> précisent bien que la réussite du processus d'accompagnement<sup>112</sup> dépend de la « *compétence de l'équipe à intégrer* »<sup>113</sup>. D'autres facteurs y sont avancés comme le mode de fonctionnement et d'échanges. Nous ne pouvons, bien évidemment, pas donner tort à l'auteur de ces propos. Mais la condition initiale aux éléments avancés est, pour nous, la motivation et l'implication des divers acteurs dans la situation. Il est évident que le manque d'implication et de motivation de la part de l'équipe soignante peut mener à l'échec. Poursuivons en ajoutant que l'inverse est aussi exact : sans implication et sans motivation de la part des nouveaux soignants à s'intégrer, rien n'est possible. Ainsi, tournons-nous de nouveau vers le cadre de santé. Pour nous, il constitue l'interface entre ces deux parties pouvant influencer favorablement. D'abord, il peut mener une action afin de diminuer les résistances et de mobiliser l'implication et la motivation de la part de l'équipe : prévenir de l'arrivée du nouveau soignant et préciser la raison de son arrivée. Cela permet

---

<sup>109</sup><https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/motivation/52784> (consulté le 5 février 2020)

<sup>110</sup><https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/implication/41913> (consulté le 5 février 2020)

<sup>111</sup><https://www.cadredesante.com/spip/profession/management/Les-outils-de-l-integration> (consulté le 5 février 2020)

<sup>112</sup>Dont le résultat est l'intégration.

<sup>113</sup>Ibidem, point 111.

de clarifier, par la communication, une situation qui pourrait être vécue comme une intrusion par l'équipe soignante. L'arrivée pourrait être perçue par celle-ci comme le futur remplacement de l'un d'entre eux et compromettre ainsi son intégration. D'autre part, le cadre de santé se doit aussi d'être transparent envers le nouveau soignant. Cela sert de multiples objectifs : par exemple, clarifier nos attentes respectives, identifier les sources de motivations et les préférences du nouveau soignant. Par ce procédé, le cadre peut ainsi récolter des informations qui guideront son management tant vis-à-vis de l'équipe que vis-à-vis du nouveau soignant.

c) Le besoin de reconnaissance :

Enfin, l'un des derniers facteurs d'influence que nous pouvons citer découle de l'échange entre les nouveaux soignants, l'équipe soignante et le cadre de santé. Il s'agit de la reconnaissance de soi par l'autre. Dans notre société, nous comprenons que ce besoin est omniprésent. Il concerne toute la ligne hiérarchique. Que l'on soit nouveau soignant, soignant ou cadre de santé, nous avons tous besoin de cette reconnaissance afin de pouvoir avancer.

Cependant, plusieurs études ont mis en évidence un manque flagrant de reconnaissance des travailleurs du monde entier. Nous n'avons pas malheureusement pas trouvé d'études menées en Belgique. Mais, « *au Québec, l'Enquête québécoise des conditions de travail, d'emploi et de SST (EQCOTESST) publiée par l'Institut de Recherches Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, en 2011, fait ressortir que 42 % des répondants jugent recevoir une faible reconnaissance au travail. En France, le baromètre 2011 Edender Ipsos indique que le manque de reconnaissance est le premier facteur de démotivation, avant même la rémunération* »<sup>114</sup>. Restons optimistes, nous avons pu saisir au sein de notre cours d'économie politique de la santé que la demande peut être à l'origine de l'offre. C'est pourquoi, nous voulions vous sensibiliser à ce manque de reconnaissance. En prendre conscience permet de corriger nos habitudes managériales et d'en adresser à nos collaborateurs.

L'un des articles<sup>115</sup> sur lequel nous nous basons, nous met en garde : le manque de reconnaissance peut avoir des conséquences désastreuses. « *Une étude britannique publiée en 2007 dans le Journal of Epidemiology and Community Health montre qu'un*

---

<sup>114</sup><https://ordrechrha.org/ressources/revue-rh/archives/la-reconnaissance-au-travail-de-la-gratitude-a-l-integration> (consulté le 5 février 2020)

<sup>115</sup>Ibidem.

*manque très important de reconnaissance au travail peut augmenter jusqu'à 1,7 fois le risque de maladie cardiovasculaire et jusqu'à 1,9 fois le risque de détresse psychologique* »<sup>116</sup>. La statistique faisant partie intégrante de notre formation, nous sommes bien conscients qu'il est très difficile de mesurer, sur base d'indicateurs, la relation qui pourrait exister entre l'apparition d'un incident cardiaque, de détresse psychologique et le manque de reconnaissance. Il est évident qu'il peut y avoir une série de facteurs individuels qui se doivent d'être pris en compte afin d'assurer une crédibilité à cette étude. En la parcourant, nous notons que certains éléments tels que les antécédents, le cholestérol, l'âge, le sexe, le genre ont bien été pris en compte. Puis, les personnes constituant l'échantillon sont interrogées sur l'incidence d'une situation où elles ont été victimes d'un manque de reconnaissance et la survenue de symptômes cardiaques ou psychologiques. Il est évident que ce genre d'informations est soumis à de la subjectivité. Or, la statistique se veut tout à fait objective. Il pourrait également survenir des situations où le manque de reconnaissance n'est pas en lien avec une situation professionnelle. Le contexte Covid dans lequel nous évoluons depuis un peu plus d'un an maintenant pourrait à lui seul constituer un facteur de risques dans la survenue de tels symptômes. Il est vrai que nous pourrions donc remettre en cause la véracité de cette étude. Mais la finalité de ce genre de travail n'est-elle pas la sensibilisation ? C'est dans cette optique que nous avons fait le choix de l'incorporer à notre Épreuve Intégrée. Ces illustrations indiquent qu'il est relativement urgent d'assurer la reconnaissance de nos collaborateurs afin de les préserver des risques cardiaques et psychosociaux. Selon nous, la phase d'intégration des nouveaux soignants est l'un des moments privilégiés pour favoriser celle-ci en créant un lien avec les nouveaux soignants mais aussi avec l'équipe soignante. Le nouveau soignant forme un être singulier qui se doit d'être reconnu mais les membres de l'équipe soignante et ses singularités doivent également être prises en compte.

Pour la psychodynamique du travail, Isabelle Gernet et Christophe Dejours, respectivement psychologue clinicienne et psychiatre fondateur de la psychodynamique au travail, définissent la reconnaissance du travail comme passant « *par la formulation de deux formes de jugement qui témoignent de la valeur accordée par autrui à la contribution du sujet à l'organisation du travail* »<sup>117</sup>. Ils empruntent à Kant les jugements d'utilité et de beauté qui se caractérisent pour l'un comme « *le jugement d'utilité technique, sociale ou économique*

---

<sup>116</sup><https://ordrechrha.org/ressources/revue-rh/archives/la-reconnaissance-au-travail-de-la-gratitude-a-l-integration> (consulté le 5 février 2020)

<sup>117</sup>Gernet I, Dejours C., « Évaluation du travail et reconnaissance », in *Nouvelle revue de psychosociologie*, n° 2, 2009, pp. 27-36.

est formulé par la hiérarchie, les subordonnés ou parfois même les clients »<sup>118</sup> et pour l'autre, comme « le jugement de beauté porte quant à lui sur la qualité du travail (...) qui témoigne à la fois de la conformité du travail avec les règles de l'art comme de son originalité par rapport aux réalisations canoniques du corps de métier »<sup>119</sup>. Cette reconnaissance passe par certains niveaux. Pour les nouveaux soignants comme pour les membres de l'équipe soignante, ces jugements peuvent émaner du cadre de santé, d'un autre membre de l'équipe mais aussi du patient qui est notre client. Ce qui est intéressant dans la conceptualisation avancée par ces deux auteurs, c'est qu'il donne une place au conformisme mais aussi à la créativité de l'individu. Effectivement, il porte autant sur l'atteinte des objectifs que sur la façon singulière utilisée pour y parvenir. Cela assure une fois de plus que, bien que les objectifs soient assimilables à des injonctions contextuelles, la manière d'y parvenir reste à la libre appréciation des protagonistes tant qu'elle reste dans le cadre prescrit. Il n'existe donc pas qu'un seul chemin pour atteindre un résultat.

Une autre conceptualisation de la reconnaissance au travail amenée par Jean-Pierre Brun<sup>120</sup>, professeur de management, est l'analyse scientifique de la reconnaissance. Selon lui, elle se décompose en quatre stades : l'approche comportementale, la perspective subjective, la perspective éthique qui sont toutes les trois imprégnées de la conception existentielle.

En première intention, bien qu'elle ne soit pas présentée dans cet ordre par Jean-Pierre Brun, nous évoquerons l'approche comportementale. Elle est en lien direct avec le résultat et accorde peu de place aux efforts qui jalonnent les chemins pour y arriver. Il s'agit de reconnaître les résultats. Elle se base sur des « résultats effectifs, observables, mesurables et contrôlables du travail »<sup>121</sup> et « suppose implicitement que l'individu agisse en vue de résultats positifs qui sont le moteur de son activité »<sup>122</sup>. Elle se mesure par l'évaluation et l'atteinte d'objectifs. S'ils sont atteints, l'évaluation est positive ; une récompense est envisageable. Dans notre cas, nous pourrions l'envisager comme un repas d'équipe pour fêter ensemble les succès. Un autre apport intéressant de cette conception est qu'il donne du crédit à nos recherches sur la motivation et l'implication. Ces deux éléments constituent une base solide afin d'intégrer les nouveaux soignants car, sans eux, rien ne serait possible. Pour compléter cette approche comportementale et son côté objectif, notre article introduit la notion de perspective subjective. Celle-ci est complémentaire à l'approche

---

<sup>118</sup>Gernet I, Dejours C., Op cit, P30.

<sup>119</sup>Ibidem.

<sup>120</sup>[https://www.scienceshumaines.com/la-reconnaissance-au-travail\\_fr\\_22737.html#meme\\_rubrique](https://www.scienceshumaines.com/la-reconnaissance-au-travail_fr_22737.html#meme_rubrique) (consulté le 30 janvier 2020)

<sup>121</sup>Ibidem.

<sup>122</sup>Ibidem.

comportementale et donne une place de choix à la notion d'efforts en mettant en évidence une réalité : ils ne sont pas toujours proportionnels aux résultats. La perspective subjective donne la part belle à l'appréciation de « *l'effort, l'engagement et les risques encourus* »<sup>123</sup>. Ainsi, elle permet de prendre en compte « *les motivations et l'équilibre psychique de l'individu, ses plaisirs et ses peines* »<sup>124</sup>. Dans ce contexte, la reconnaissance est du registre du symbolique. Dans notre thématique, cette perspective permet de mettre à l'honneur les efforts réalisés par tous. Ils peuvent être fournis tant par l'équipe soignante qui accompagne les nouveaux soignants dans leur approche des diverses règles, compétences sociales et techniques que par les nouveaux soignants qui veulent s'intégrer dans un groupe : l'équipe soignante. Pour ceux-ci, leurs efforts vont du fait d'entendre les autres à la prise de risques en se confrontant à des situations nouvelles. Reconnaître permet, comme nous le dit l'auteur, de pouvoir entretenir la motivation que nous avons évoquée plus tôt.

Puis, il y a la perspective éthique. Elle s'adresse aux « *compétences de l'individu, aux responsabilités individuelles, au souci qu'il porte à autrui, etc* »<sup>125</sup>. Elle permet aussi de donner une place aux « *valeurs et (...) principes moraux qui guident une organisation* »<sup>126</sup>. Parmi ces valeurs, nous pouvons retrouver notamment le respect, l'égalité, la transparence, l'honnêteté, etc...Celles-ci ont pour but de placer l'individu au sein du système de fonctionnement de l'équipe soignante en fixant les règles qui doivent être respectées par tous. Leur application est contrôlée par le cadre de santé, mettant tout le monde à égalité. Cela assure notamment sa crédibilité.

Nous terminons la conceptualisation de la reconnaissance au travail par le premier point élaboré par son auteur. A notre avis, celle-ci est transversale aux trois autres. Il s'agit de la conception existentielle qui permet de donner une dimension humaine aux différents acteurs de la situation d'intégration. Elle « *s'intéresse aux personnes en tant qu'êtres singuliers* »<sup>127</sup> et va dans le sens de ce que nous avons exposé jusqu'à présent. Il est important d'avoir une conception humaniste de l'individu afin de l'envisager comme un collaborateur. Il s'agit bien de donner de la valeur à l'être humain qui est face à nous. Nous pensons que quelle que soit la conception ou la perspective dans laquelle nous nous situons, il existe un prérequis : être sensible au choix que nous avons fait de travailler avec la ressource humaine.

---

<sup>123</sup>[https://www.scienceshumaines.com/la-reconnaissance-au-travail\\_fr\\_22737.html#meme\\_rubrique](https://www.scienceshumaines.com/la-reconnaissance-au-travail_fr_22737.html#meme_rubrique)  
(consulté le 30 janvier 2020)

<sup>124</sup>Ibidem.

<sup>125</sup>Ibidem.

<sup>126</sup>Ibidem.

<sup>127</sup>Ibidem.



Ces quatre approches différentes et interdépendantes peuvent être reliées à plusieurs pratiques qui portent chacune sur l'« *une des facettes du travail ou des personnes* »<sup>128</sup>. La reconnaissance de la pratique, reliée à l'approche comportementale, permet, comme nous l'avons dit, de reconnaître le travail de chacun à sa juste valeur grâce à des critères identiques et objectifs pour tous. Elle permet aussi de prôner « *la créativité, l'innovation ou l'autonomie* »<sup>129</sup>. Jean-Pierre Brun nous met en garde grâce à ce qu'il nomme le paradoxe du travail autonome : « *la personne travaille seule ; elle n'est plus sous le contrôle d'un responsable qui lui dicte sa conduite, mais n'a plus de retour positif* »<sup>130</sup> ou négatif sur son travail. Nous rejoignons son point de vue. Dans notre pratique, nous sommes parfois aveuglés par cette autonomie et nous avons tendance à la banaliser. Il est clair que le travail autonome n'est pas à la portée de tous. Dans nos cours, nous avons pu aborder les types de management que nous approfondirons plus tard. Nous pouvons déjà vous livrer que ceux-ci s'adaptent à la personne et à la situation à laquelle il s'applique. Le travail autonome s'applique donc aux personnes dont le niveau de compétences est relativement élevé. Ce profil pourrait correspondre aux soignants à qui nous pourrions confier la formation sur le terrain. Nous pourrions penser que le contrôle n'a pas sa place dans ce genre de situation. Or, valoriser et souligner les résultats positifs et négatifs est un véritable levier de fonctionnement d'une équipe soignante tant dans la situation d'intégration et dans l'accompagnement des nouveaux soignants que dans la vie quotidienne d'une équipe soignante. Quant à la perspective subjective, elle porte sur la reconnaissance de l'investissement. C'est l'occasion rêvée, pour le cadre de santé, d'introduire la notion du droit à l'échec dans le sens positif du terme. Ainsi, un objectif peut ne pas toujours être atteint du premier coup. Mais le rôle du cadre de santé est d'une part, de valoriser l'effort et l'investissement et d'autre part, d'analyser pourquoi cela n'a pas fonctionné en mettant en place des actions correctrices. Ces actions peuvent être menées à tous les niveaux auprès des nouveaux soignants, des membres de l'équipe soignante et du cadre de santé. En ce sens, Jean-Pierre Brun dit que favoriser la délégation, en restant à la disposition de son équipe, est envisagé comme un signe de reconnaissance et de confiance. Dans notre situation, nous sommes clairement concernés par ce point. Nous l'avons bien compris : notre rôle de cadre de santé est bien celui d'un coordinateur de l'intégration. Ce que nous tentons de mettre en évidence ici est que la position centrale du cadre de santé, tant dans l'institution hospitalière que dans l'unité de soins, lui permet d'agir à plusieurs niveaux en

---

<sup>128</sup>[https://www.scienceshumaines.com/la-reconnaissance-au-travail\\_fr\\_22737.html#meme\\_rubrique](https://www.scienceshumaines.com/la-reconnaissance-au-travail_fr_22737.html#meme_rubrique)  
(consulté le 30 janvier 2020)

<sup>129</sup>Ibidem.

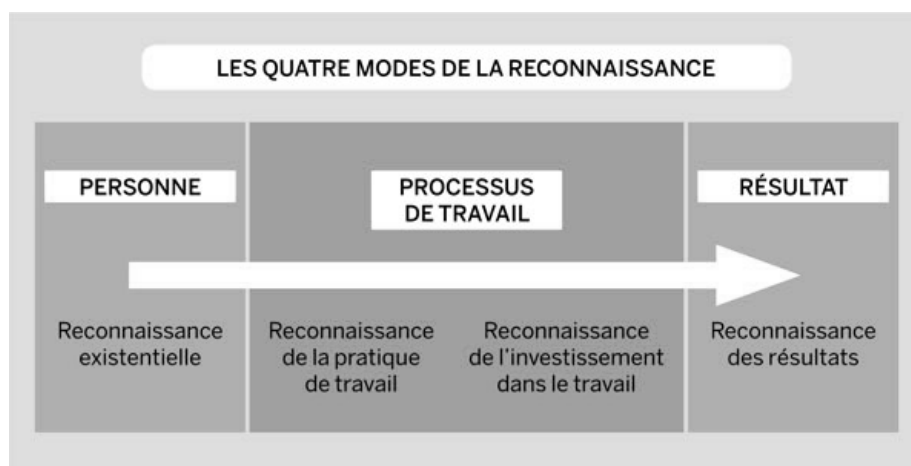
<sup>130</sup>Ibidem.

coordonnant un ensemble d'actions afin d'assurer une mise en place efficiente de divers chemins d'accompagnement dont l'objectif principal est l'intégration des nouveaux soignants. Pour l'acquisition de compétences relatives à la fonction, nos alliés sont les membres de l'équipe soignante. Ainsi, la formation est un acte que nous déléguons qui permet une certaine forme de reconnaissance et de confiance. Mais l'absence d'évaluation du processus de notre part pourrait avoir des conséquences délétères pour tous.

Puis, nous avons à reconnaître le résultat. Pour ce faire, l'article que nous avons lu nous donne quelques pistes d'actions à poursuivre. Dans ce cadre, elle pourrait se traduire par le soulignement d'un objectif atteint, un courrier personnalisé, l'obtention d'un congé, la participation à une formation choisie. Dans le contexte de l'intégration des nouveaux soignants, nous pouvons déjà dire qu'il y a les actions de plusieurs acteurs à valoriser : l'équipe soignante, ses soignants référents et le nouveau soignant. A l'heure actuelle, pour ce qui est des soignants référents dans notre institution hospitalière, nous avons des panneaux qui permettent de décrire leur fonction avec la photo de chacun des soignants de l'unité de soins. L'enjeu de ces affiches est double. Il permet au soignant référent d'être reconnu comme un acteur singulier de l'intégration et au nouveau soignant non seulement d'identifier des personnes ressources mais aussi de comprendre que son arrivée dans le l'unité de soins n'est pas négligée. Pour souligner les résultats obtenus et la réelle plus-value des soignants référents, plusieurs actions sont à mener, selon nous. L'une des premières est de les reconnaître et de les encourager, en leur fournissant au moins une fois par an des formations relatives à l'encadrement des nouveaux soignants. A cela s'ajoute, que nous pourrions envisager d'un point de vue institutionnel, de leur organiser un *drink* une fois par an afin de les mettre à l'honneur. Ce genre de pratiques pourrait également être propice à l'échange entre référents afin de partager les difficultés auxquelles ils font parfois face et les solutions envisagées, le cas échéant.

Enfin, la reconnaissance existentielle s'adressera à l'individu plutôt qu'au collectif. Une des pistes avancées pour sa mise en place consiste à saluer les membres de son équipe. Il est clair que saluer chacun des membres de son équipe permet de donner à chacun de la valeur. Ce qui fait sens pour nous dans cette approche est que cela apporte la dimension humaine transversale à notre métier.

Afin de présenter une vision synthétique et simplifiée des conceptions que nous venons d'expliquer, nous vous offrons un schéma reprenant les différentes approches de la reconnaissance.



Par ce chapitre, nous nous rendons compte que l'intégration dépend de nombreux facteurs d'influence et que certains d'entre eux sont multidimensionnels. La liste que nous venons de dresser n'est en rien exhaustive. Elle constitue un support de réflexions utiles à la mise en place d'une stratégie d'intégration. Nous avons commencé celle-ci par l'un des obstacles majeurs : la résistance aux changements. Elle peut trouver sa source tant du côté de l'équipe soignante que de celui des nouveaux soignants. Cela nous fait prendre conscience qu'à défaut d'éliminer les résistances aux changements, sa préparation semble une piste efficace pour les atténuer. C'est pourquoi nous pensons qu'avertir les cadres de santé de leur existence en les expliquant brièvement est opportun. L'anticipation de leur survenue semble être de mise dans la stratégie d'intégration des nouveaux soignants. Par la suite, nous avons identifié la motivation et l'implication comme deux autres leviers pouvant influencer l'intégration de manière : positive ou négative. Identifier des clés de motivation est un chemin à suivre afin d'augmenter tant la motivation que l'implication. Selon nous, ces deux conceptions sont très fortement liées, voire indissociables. En vue de renforcer l'implication, et donc la motivation, la reconnaissance au travail est l'un de nos piliers. Le point de départ de l'éclaircissement de cette notion est que, dans le monde actuel, nous sommes tous en demande de cette reconnaissance mais que celle-ci n'est que très peu présente dans nos entreprises. Afin de mieux l'appréhender, nous avons parcouru la littérature. Les articles que nous avons lus nous disent que la reconnaissance dépend non seulement de nos actions mais aussi du jugement des autres. Celle-ci peut revêtir différentes formes qui sont toutes aussi intéressantes qu'utiles. Par cette réflexion sur le sujet, nous avons pu mettre des noms sur les différents types de reconnaissance. L'un des

<sup>131</sup><https://ordre.rha.org/ressources/revue-rh/archives/la-reconnaissance-au-travail-de-la-gratitude-a-l-integration> (consulté le 5 février 2020)

autres atouts que la conceptualisation de divers modèles de reconnaissance nous a apporté est de rendre la place centrale occupée par le cadre de santé beaucoup plus concrète dans une telle problématique. Certains apports ont donné des pistes afin de rendre celle-ci beaucoup moins tacite.

## 6. Conclusion :

La conceptualisation de l'intégration est bénéfique en de multiples points. Initialement, nous avons fait le choix de clarifier ces enjeux. Ils sont, pour nous, la concrétisation des buts d'une intégration réussie. Nous avons pu voir que l'un des principaux enjeux de celle-ci est le maintien de la qualité des soins dont nous sommes garants en tant que cadre de santé. Il est indéniable qu'il en existe d'autres tout aussi notables. Ce point a permis de mettre en évidence que l'intégration est l'affaire de tous : l'institution hospitalière, l'ICANE, le cadre de santé, l'équipe soignante et même le patient. Nous sommes convaincus que la clarification des enjeux permet de nous conscientiser sur le fait que l'intégration constitue une situation idéale pour impliquer tous ses acteurs dans un projet d'unité commun. Il permet d'une part, de valoriser les compétences des membres de l'équipe soignante et d'autre part, de reconnaître les nouveaux soignants, avec leur regard neuf et critique, à leur juste valeur. Ainsi, l'ouverture d'esprit, la communication et la transparence semblent être des atouts utiles à la réalisation d'un tel projet. Le cadre de santé permet de répartir l'autonomie entre les membres de l'équipe soignante afin de limiter l'exposition aux conséquences désastreuses possibles.

Nous avons ensuite tenté de clarifier le concept d'intégration. Nous avons pris comme point de départ des définitions succinctes pour explorer, ensuite, le cœur de notre problématique : la sociologie. Ces apports d'apparence banale ont été utiles afin de relier l'intégration à la sociologie. Ils permettent aussi de mettre en place toute une série de parallèles tant avec des éléments contextuels qu'avec certains des concepts étudiés dans les cours. L'ensemble de ces clarifications a permis de comprendre que l'intégration est le résultat de processus d'accompagnement ayant de nombreuses facettes. Ainsi, nous avons pu cerner que l'intégration dépend de l'adoption de règles, de normes et de valeurs d'un groupe afin d'être reconnu en tant que membre à part entière. Cela nous donne l'opportunité de saisir que, sans un minimum de motivation de la part de chacun des acteurs, nous nous heurterons à son contraire : l'exclusion. Le cadre de santé revêt alors un rôle de coordinateur afin de mener les actions de chacun des protagonistes dans le même sens. C'est en nous inspirant de plusieurs conceptions sociologiques que nous avons continué notre recherche. L'un des

réels apports de la conceptualisation sociologique est qu'elle nous a appris à apprécier les visions déterministes que nous rejetions au départ. Elles sont à la fois la condition sine qua non de l'autorité confiée au cadre de santé par l'institution hospitalière et par la circonscription du cadre d'actions de chacun. Ce type de vision est aussi louable afin d'impliquer l'équipe soignante dans la construction de repères nécessaires aux nouveaux soignants. Dans les conceptions actionnalistes, nous affectionnons le mode de pensées précisant que l'individu peut autant apporter au groupe que l'inverse. Avec l'aide de la notion d'immigration, concept voisin de l'intégration, nous sommes sensibilisés à l'intérêt d'une richesse culturelle individuelle. L'ouverture d'esprit semble profitable pour tous. Cette façon d'aborder l'intégration a aussi donné l'occasion de la rapprocher du concept de socialisation. Dans tous les cas, chaque conception fait appel à la notion d'interdépendance. Le groupe ne peut exister sans ses individualités et les individualités ne peuvent exister si elles ne sont pas reconnues par le groupe. Cet intérêt pour l'intégration nous donne l'occasion de comprendre que l'un des enjeux principaux entre les acteurs est à nouveau le pouvoir. Dans cette optique, nous pensons que le cadre peut mener un ensemble d'actions afin de le réguler en étant clair avec toutes les parties prenantes.

Ensuite, nous avons voulu aborder les différentes formes d'intégration que nous pourrions rencontrer. Ce chapitre a permis d'élargir notre vision sur base d'échanges, de recherches et de littérature. Au départ, notre réflexion, biaisée par l'ethnocentrisme technique lié aux activités au sein du bloc opératoire dont nous provenons, nous faisait penser que l'intégration ne se limitait qu'à l'acquisition de compétences techniques. Nous nous étions alors engagés sur une fausse piste. Puis, le fruit de notre réflexion a joint, au volet technique, les volets relationnels et sociaux. Bien que les processus réflexifs et de questionnements soient un socle solide à tout travail méthodologique, ils ne suffisaient pas à eux seuls. C'est donc en tenant compte de la théorie d'Olivia Deschamps que nous avons relié nos conceptions aux quatre formes d'intégration qu'elle avance : temporelle, fonctionnelle, culturelle, identitaire. Ces élucidations ont été profitables pour comprendre que l'intégration commence bien avant le premier jour de présence des nouveaux soignants. Grâce à celles-ci, nous comprenons que certaines formes d'intégration sont tantôt en lien avec l'institution hospitalière, tantôt en lien avec l'unité de soins. Elles nous font aussi accepter qu'il n'existe pas de chemins d'intégration parfaits : chacun y réagit à sa façon. L'enjeu principal reste que le résultat de la stratégie d'accompagnement se traduit par la conquête de l'intégration dans son ensemble. Dans ce contexte, le cadre peut attirer l'attention sur les tenants et les aboutissants de celle-ci auprès de l'équipe soignante, et cela en vue de diminuer les

résistances, de motiver et de fédérer l'équipe autour du projet d'accompagnement en vue d'une intégration aboutie.

Enfin, nous évoquons, par notre phrase précédente, que l'intégration peut se voir influencée par une série de facteurs qui peuvent être à la fois obstacles ou leviers. C'est pourquoi nous avons fait le choix de nous pencher sur trois de ces facteurs d'influence. Bien sûr, ils ne constituent pas une liste exhaustive ; ils assurent la mise en place d'un support de réflexions favorables à la concrétisation d'une stratégie d'intégration. Au cours de ces paragraphes, nous amenons la résistance aux changements, la motivation, l'implication et le besoin de reconnaissance. Nous estimons ces éléments car l'ensemble des acteurs peuvent se sentir concernés. Cela assure une fois de plus la mise en évidence du rôle de coordinateur que le cadre de santé peut endosser. Par sa position essentielle, celui-ci peut agir, par anticipation, sur la résistance aux changements qui pourrait éclore tant du côté de l'équipe soignante que des nouveaux soignants. L'assouvissement du besoin de reconnaissance de ces deux acteurs peut aussi être un appui afin de motiver et d'impliquer ceux-ci.

En conclusion, la synthèse des éléments amenés au cours de ce chapitre est appréciable afin de mettre en exergue la position centrale du cadre de santé. Néanmoins, elle permet également de comprendre que les finalités, bien que différentes en fonction des acteurs à qui elles s'adressent, sont précieuses. La stratégie d'intégration semble être une très belle opportunité pour recentrer les membres d'une unité de soins autour d'un projet commun. Il est vrai que, de prime abord, nous pourrions penser que l'action du cadre de santé sera focalisée sur les nouveaux soignants. Or, la conceptualisation de la notion d'intégration nous fait remarquer que l'action de celui-ci va bien au-delà. Par les actions qu'il a à mettre en place et par sa position stratégique : Il est le chef d'orchestre !

## CHAPITRE 5 : L'ACCOMPAGNEMENT : UN PROCESSUS AU SERVICE DU PROJET INDIVIDUEL D'INTEGRATION ?

Après avoir conceptualisé l'intégration, nous voilà arrivés à l'aune du développement d'une des notions au cœur de notre problématique : l'accompagnement. Afin de rester méthodologiques, nous avons tenté de mettre sur pied un fil de développement le plus en relation possible avec celui de l'intégration. Comme nous l'avons abordé dans l'introduction du chapitre précédent : selon notre conception, l'accompagnement peut être perceptible comme un outil au service de l'intégration. Mais tout comme pour l'intégration, la notion d'accompagnement est source de nombreuses interrogations. Quels liens entretient-il avec l'intégration ? Ses enjeux sont-ils similaires à ceux de l'intégration ? Comment se définit-il ? N'est-il en relation qu'avec des situations professionnelles ? Quelles formes peut-il revêtir ? N'est-il adaptable que sur base de certains critères ? C'est ce que nous tenterons de voir au cours de ces quelques paragraphes.

### 1. Les enjeux de l'accompagnement :

En nous penchant sur plusieurs articles relatifs au concept de l'accompagnement, nous en identifions quelques enjeux. L'une des premières finalités poursuivies par l'accompagnement est l'autonomisation qui se définit comme « *le fait de se rendre autonome, de conquérir son autonomie* »<sup>132</sup>. Maela Paul, docteur en Sciences de l'Éducation, avance l'idée que « *l'accompagnement se révèle ainsi comme un mode opératoire de la question sociale contemporaine : l'autonomisation, non plus comme fruit de la maturation mais comme nouvelle norme sociale, voire comme injonction, dans un contexte de responsabilisation généralisée. Le projet*<sup>133</sup> *est l'outil de cette autonomisation* »<sup>134</sup> ; il rejoint notre vision des choses. A l'heure actuelle, l'autonomisation des nouveaux soignants est une priorité et un impératif mais il faut être vigilant dans la méthode de mise en place de l'accompagnement.

La seconde finalité que nous avons identifiée sur base de nos lectures et de notre réflexion personnelle est la professionnalisation. Le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales la définit comme « *l'état, caractère de ce qui est rendu professionnel, le fait de*

<sup>132</sup><https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/autonomisation/6780> (consulté le 27 février 2020)

<sup>133</sup> Individuel d'intégration.

<sup>134</sup><https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-l-action-2010-4-page-25.htm> (consulté le 27 février 2020)

*devenir un professionnel* »<sup>135</sup>. Elle consiste à assurer le passage du statut d'étudiant, en passant par celui de nouveau soignant, à celui de collaborateur. Au travers de celle-ci, les nouveaux soignants, avec l'aide de plusieurs membres de l'équipe, viendraient confronter leurs connaissances théoriques à la réalité du terrain dans le but d'acquérir des compétences professionnelles utiles à leurs pratiques quotidiennes. La professionnalisation aurait comme objectif de combler l'écart entre l'acquisition de savoirs théoriques et de pratiques scolaires en les adaptant pour répondre aux impératifs du terrain.

Ensuite, l'accompagnement peut, selon nous, être mis au profit de l'intégration dans plusieurs de ses dimensions. Le projet individuel d'intégration ne justifierait-il pas le processus d'accompagnement et ses allures variées ? Nous avons vu, dans le chapitre traitant de l'intégration, ces différents facteurs d'influence. Nous avons expliqué que rien n'était possible sans la motivation, l'implication et la reconnaissance. Notre vision nous fait dire que l'accompagnement peut être mis au profit de l'intégration et qu'il permet d'impliquer plusieurs acteurs de notre situation, à savoir un ou plusieurs membres de notre équipe dans une relation de partages et d'échanges relative aux pratiques de l'unité de soins. A cela s'ajoute la reconnaissance des membres de l'équipe soignante ; en les incluant, nous soulignons leur importance : c'est un moyen de mettre en avant les innombrables compétences de chacun dont les domaines d'application sont variés. Cela pourrait donc être une source de motivations utiles au besoin de reconnaissance ; l'inverse est également vrai. Mettre sur pied un accompagnement de qualité permet de reconnaître les nouveaux soignants et leurs singularités. C'est le prétexte rêvé pour favoriser les échanges entre ceux-ci, à savoir le cadre de santé et l'équipe. Il sert donc à clarifier les attentes de chacune des parties : « quels sont tes objectifs ? Qu'attends-tu de nous ? Quelles sont les attentes vis-à-vis des nouveaux soignants ? Où allons-nous ensemble ? Comment nous y rendons-nous ? » Par ces illustrations, nous mettons en évidence qu'il y a un chemin à poursuivre pour favoriser l'implication des nouveaux soignants. Au quotidien, lorsque nous avons à encadrer l'accompagnement de ceux-ci, nous commençons par prendre contact avec eux afin de leur faire visiter l'unité de soins au cours d'un échange informel. Cette façon d'agir nous permet de faire brièvement connaissance, de clarifier les attentes de chacun et de valoriser l'arrivée des nouveaux soignants. A la fin de ces rencontres, nous avons pris l'habitude de sensibiliser les nouveaux soignants à la formulation d'objectifs. Nous leur demandons d'arriver le premier jour de la prise de services avec quelques objectifs<sup>136</sup> : un pour le court terme, un pour le moyen terme et un pour le long terme. Lorsqu'ils arrivent,

---

<sup>135</sup> <https://www.cnrtl.fr/definition/professionnaliser> (consulté le 27 février 2020)

<sup>136</sup> Au moins trois.



nous avons un entretien au cours duquel nous validons ou adaptons, si besoin, leurs objectifs. Nous croyons en leur nécessité. Selon notre conception, cela permet de donner un sens aux actions tant des nouveaux soignants, que de l'équipe soignante, que du cadre de santé. Ainsi, notre pratique managériale met en évidence que la formulation d'objectifs sur base d'un consensus assure l'implication et la responsabilisation des nouveaux soignants. Cela peut donc être source de motivations : l'atteinte d'objectifs étant l'un des moteurs de leur implication. Ceci étant dit, même si l'objectif n'est pas réalisé dans le temps imparti, ce n'est pas une fatalité. Mais, pour les nouveaux soignants, le formaliser et identifier des éléments positifs ainsi que des axes de progrès semblent être un autre atout pour entretenir leur motivation.

Pour clore ce point, nous avons mis en évidence que l'accompagnement peut être utile à différentes fins. L'autonomisation est l'un des premiers buts poursuivis que nous avons identifié. Selon nous, ce but est d'abord utile au cadre de santé qui peut ainsi tirer profit d'un nouveau collaborateur compétent. Mais il peut également être utile à l'équipe qui se voit attribuer un nouveau collègue sur qui elle pourra compter. Dans le même sens, celle-ci est aussi utile aux nouveaux soignants qui se voient conférer une nouvelle identité : celle de nouveaux collègues sur qui l'équipe peut compter. Dans cette optique, ce processus d'autonomisation permet de servir les autres enjeux de l'accompagnement que sont la professionnalisation, l'implication, la motivation et la satisfaction de la reconnaissance. Il est clair que ce processus est l'une des clés pour chacun des acteurs selon leur niveau. Après avoir passé en revue les enjeux de l'accompagnement, il est temps de nous diriger vers la clarification de cette notion polysémique.

## 2. L'accompagnement : une notion polysémique

Actuellement, le mot « accompagnement » est l'un des mots les plus en vogue. Il est souvent utilisé sous tous azimuts pour qualifier toute une série d'éléments qui n'ont pas le même champ d'applications que celui qui nous tient en haleine depuis le début de la rédaction de ce travail. Ce chapitre a donc pour objet de contextualiser, de conceptualiser et de rendre concrète la notion d'accompagnement. D'abord, nous nous aiderons de l'étymologie afin de donner du sens à ce mot. Cela concourt à donner des informations relatives à son origine. Puis, nous essayerons de voir si la seule finalité de l'accompagnement réside dans le fait de transformer un individu. Lors de nos recherches, nous avons compris que notre notion initiale est polysémique : la replacer au cœur de notre problématique nous est apparu judicieux. Dans notre métier de soignant, nous avons pu rencontrer des accompagnants de

patients. Ici, pouvons-nous relier cette notion à celle d'accompagnateurs ? Nous tenterons d'apporter quelques éclaircissements. Nos autres interrogations furent les suivantes : pouvons-nous réduire l'accompagnement à l'acquisition de savoirs ? Quelles places prennent les règles, les normes et les valeurs d'un groupe en vue de l'intégration ? Quelles sont les dimensions en lien avec la notion d'accompagnement ? Est-il adéquat de le préparer ou pouvons-nous laisser une place à l'improvisation ? C'est en nous appuyant sur plusieurs conceptions que nous tenterons d'apporter des réponses à ces questions.

D'abord, pour continuer de conférer une crédibilité méthodologique, nous nous attardons sur son étymologie. Le mot « accompagnement » vient d'« accompagner » et trouve sa source de mots latins. Il est « *formé à partir de compagnie, du latin cum (...) et panis (...)* »<sup>137</sup>. Ces deux mots signifient respectivement « avec » et « pain ». Nous voyons, par cette explication, que la notion d'accompagnement trouve son origine loin du monde du management. Michel Vial, dans « *L'accompagnement professionnel : une pratique spécifique* »<sup>138</sup>, nous apporte aussi plus d'explications sur l'origine de ce mot. Maître de conférences habilité à diriger des recherches à l'Université de Provence, Michel Vial est spécialiste de l'évaluation des relations humaines dans la relation éducative. Il est responsable d'un master de formation de consultants et de *coachs* ainsi que du groupe de recherche sur l'accompagnement professionnel. Il explique que le mot « accompagner » est décomposable en un radical, un préfixe et un suffixe. Le radical est une source de problèmes car il est « *lui-même un composé de com/co et pain* »<sup>139</sup>. Le mot, au centre de nos intérêts, est donc assez complexe : « *« compain » devait se prononcer à peu près pareil que copain au Moyen-Age* »<sup>140</sup> : ils sont de la même famille que les mots « accompagner » et « copain » : c'est-à-dire « *partager le même pain, être copain* »<sup>141</sup>. L'étude du suffixe<sup>142</sup> qui n'est à la source d'aucun souci « *puisque c'est celui du verbe qui désigne l'action de* »<sup>143</sup>. Enfin, pour le préfixe<sup>144</sup>, l'article<sup>145</sup> attire notre attention sur son importance : il peut revêtir « *plusieurs graphies, plusieurs prononciations ab, ad etc...c'est le fait de devenir, d'aller vers, autrement dit ce qu'on appelle aujourd'hui un processus* »<sup>146</sup>. Cet éclaircissement étymologique est utile à notre conceptualisation et montre des similitudes même si l'origine

---

<sup>137</sup><https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition-accompagnement/> (consulté le 27 février 2020)

<sup>138</sup>[http://www.michelvial.com/boite\\_06\\_10/2007-](http://www.michelvial.com/boite_06_10/2007-)

[L\\_accompagnement\\_professionnel\\_une\\_pratique\\_specifique.pdf](#) (consulté le 15 janvier 2020)

<sup>139</sup>Ibidem.

<sup>140</sup>Ibidem.

<sup>141</sup>Ibidem.

<sup>142</sup> = er

<sup>143</sup>Ibidem, point 138.

<sup>144</sup> = ac

<sup>145</sup>Ibidem, point 138.

<sup>146</sup>Ibidem.

du mot trouve sa source très loin de l'accompagnement des nouveaux soignants. D'après nous, l'étymologie présente plusieurs points d'intérêt. Le radical assure la mise en évidence que le partage du même pain peut être appréhendé comme une métaphore pour l'accompagnement professionnel. Il peut être perceptible comme un partage de connaissances. Approfondissons : remplaçons le mot « pain » par « peine » ou « travail », cela prend tout son sens. Il permet de relier la métaphore initiale à notre contexte d'accompagnement. Que le travail soit envisagé comme tel ou comme une peine, il a le mérite d'être le premier point de ralliement entre l'équipe soignante et les nouveaux soignants qu'elle a à intégrer. Le suffixe qui rend l'action concrète était utile pour interpeller sur le fait que l'accompagnement, tout comme son résultat : l'intégration, n'ont rien de passif. Cela permet de renforcer la conception que nous énonçons dans le chapitre sur l'implication utile des différents acteurs dans la stratégie d'intégration et d'accompagnement des nouveaux soignants. Le manque d'implication d'une des parties prenantes majeure le risque d'exclusion. Il serait donc préférable, pour le cadre de santé, de tenter d'inclure aussi bien les nouveaux soignants que l'équipe soignante dans la stratégie d'accompagnement. Ce que nous tentons d'illustrer dans notre développement est que cette approche dynamique de l'accompagnement permet de rendre acteurs tantôt l'individuel, le nouveau soignant, tantôt le collectif, l'équipe soignante. Le rôle du cadre de santé serait alors de coordonner les actions menées par chacune des parties afin de les potentialiser en vue d'une intégration réussie. Ensuite, le préfixe nous permet de saisir l'impératif de la transformation du statut de nouveau soignant en celui de collègue compétent. Nous l'avons déjà compris : l'un des seuls enjeux de l'intégration est l'adoption de règles, de normes et de valeurs partagées par le groupe. Là où nous faisons preuve de plus de prudence, c'est lorsque l'on confère d'office le statut de processus à l'accompagnement. Celui-ci peut, sûrement, faire l'objet de systématisation dans une certaine mesure. Par ailleurs, nous avons la conviction qu'il sera rendu plus efficient par l'adaptation. Effectivement, bien que les enjeux soient similaires pour tout nouveau soignant, notre pratique managériale nous a permis de saisir que les atouts des uns sont les faiblesses des autres. C'est pourquoi, selon nous, accompagner les nouveaux soignants dans les contextes où ils sont le moins à l'aise semble être un axe à poursuivre afin d'augmenter leurs compétences et les rendre un peu plus autonomes chaque jour.

Après avoir découvert son étymologie et son origine, dirigeons-nous vers ses définitions. La notion de l'accompagnement est polysémique. Il est vrai qu'il peut s'appliquer à la gastronomie, la musique, les transports mais aussi à notre milieu de travail. D'abord, Le Larousse définit le terme « accompagner » comme « *action d'accompagner quelqu'un dans*

*ses déplacements ; travail de l'accompagnateur* »<sup>147</sup>. Bien que cette première définition puisse sembler dénuée de sens et être prédisposée au domaine du transport, elle n'en est pas moins utile. L'accompagnement ne peut-il pas être perçu comme un voyage ? Ainsi, il peut s'imaginer comme le chemin parcouru par les nouveaux soignants. Ce chemin pourrait à nouveau correspondre à celui du passage du statut de nouveau soignant à celui de collègue. Un autre mot paraît, selon nous, avoir toute son importance : « accompagnateur » que nous comparerons avec « accompagnant ». Celui-ci introduit la réalité que l'accompagnement n'est pas quelque chose qui se fait seul. Il y a une relation d'interdépendance. Michel Vial donne d'ailleurs de la teneur à notre interprétation de cette définition basique en expliquant que, dans la famille du mot accompagnement, « *sont d'usage courant les mots « compagnon » et « compagnie »* »<sup>148</sup>. Pour illustrer ceci, il fait référence aux copains de voyages : « *celui avec qui on partage le plaisir de voyager* »<sup>149</sup>. En plus de l'analogie au voyage, l'auteur assure une comparaison avec le domaine militaire. L'analogie militaire permet de relier la compagnie à un ensemble d'unités de soins. En tant que cadre de santé, le terme de section assure plus justement l'analogie car sa taille semble se rapprocher de celle d'une unité de soins. Et, comme notre travail ne se veut pas réducteur, il se verrait applicable à une ou plusieurs compagnies. La notion de partage livrée dans cette illustration nous satisfait. Dans notre conception, c'est loin d'être une relation unilatérale : l'accompagné a autant à apporter à l'accompagnateur que l'inverse. Est-ce que le terme d'accompagnant désigne forcément celui d'accompagnateur ? Notre goût pour la méthodologie nous a appris à ne pas nous fier aux apparences en confortant, ou, au contraire, en confrontant, nos aprioris. Il est vrai que, de prime abord, nous pourrions penser qu'accompagnant et accompagnateur assurent la même fonction. Or, d'après la lecture d'un article, « *l'accompagnateur se situerait plus dans l'action en utilisant son corps pour se déplacer « avec », alors que l'accompagnant serait plus dans la proximité avec la personne accompagnée* »<sup>150</sup>. Aux prémices de l'accompagnement, nous pensons que les membres de l'équipe soignante auront tendance à être plus dans l'action. Durant les premiers jours, les nouveaux soignants semblent plus être dans l'observation là où l'équipe soignante paraît être dans l'action, notamment par la démonstration, l'explication et l'argumentation. Il s'agit de montrer le comportement attendu dans une situation donnée en

---

<sup>147</sup><https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/formation/34643> (consulté le 15 avril 2021)

<sup>148</sup>[http://www.michelvial.com/boite\\_06\\_10/2007-](http://www.michelvial.com/boite_06_10/2007-)

[L\\_accompagnement\\_professionnel\\_une\\_pratique\\_specifique.pdf](#) (consulté le 15 janvier 2020)

<sup>149</sup>Ibidem.

<sup>150</sup><http://youpiloulipo.blogspot.com/p/penser-le-sujet-et-la-personne.html#:~:text=Et%20quelle%20diff%C3%A9rence%20entre%20un,proximit%C3%A9%20avec%20la%20personne%20accompagn%C3%A9e>.(consulté le 13 avril 2021)

expliquant les motivations de cette démarche. Puis, doucement, nous pensons que l'accompagnateur peut tendre à basculer dans le paradigme inverse : l'observation. Après avoir illustré, expliqué, montré, il peut être légitime d'attendre qu'une situation donnée induise des actions, assimilées à de la répétition, chez les nouveaux soignants. Le rôle de l'accompagnateur actif basculerait alors, de plus en plus, vers celui d'accompagnant dont une plus grande passivité apparaît comme plus adéquate. Notre brève description de ces deux rôles constitue peut-être les deux extrêmes au travers desquels les membres de l'équipe soignante pourront osciller. Notre expérience de terrain attire notre attention sur le fait que certains membres de l'équipe seront tentés de succomber dans le travers : « On n'est jamais mieux servi que par soi-même », qui pourrait être perçu comme louable dans notre monde actuel car même, dans les soins de santé, la notion de rentabilité est omniprésente. C'est l'une des raisons pour laquelle nous pensons qu'en tant que cadre de santé, nous pouvons avertir l'équipe soignante qu'il y a parfois des concessions à faire : accepter de perdre du temps en accompagnant à un moment pour en gagner par la suite en assurant l'intégration d'un collègue sur qui nous pourrions compter à l'avenir.

Pour conceptualiser l'accompagnement, nous avons décidé de prendre comme socles plusieurs conceptions que nous avons découvertes lors de nos lectures. La première est celle que Maela Paul, docteur en Sciences de l'Éducation, nous offre et qui désigne l'accompagnement par « *une forme de relation avec un autre, acteur d'un projet* »<sup>151</sup>. Renforçons ses propos par une définition d'Isabelle Astier<sup>152</sup>, sociologue, qui attribue à l'accompagnement une dimension pédagogique. L'accompagnement est une « *nouvelle action sociale* »<sup>153</sup> qui relève de la pédagogie « *et vise un individu acteur, exerçant son pouvoir d'agir dans un environnement donné* »<sup>154</sup>. Maela Paul ajoute que chacun a à apprendre de l'autre et appelle à revoir ses postures professionnelles en conjuguant parité et disparité ; elle nous invite aussi au discernement : « *tout binôme ne met pas nécessairement en scène la relation d'accompagnement* »<sup>155</sup>. Ils peuvent parfois être le témoin « *d'un simple rapport, sans lien* » contributif ou bien « *le lieu d'une influence* » telle que dominant/dominé. Nous adhérons à cette conception. Cette théorie rejoint notre idée et s'inscrit d'abord dans la démarche d'un projet d'intégration au service duquel nous retrouvons l'accompagnement. Nous sommes en accord avec elle pour dire que les situations au travers desquelles l'accompagné est passif paraissent tolérables dans une

---

<sup>151</sup> <https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-l-action-2010-4-page-25.htm> (consulté le 27 février 2020)

<sup>152</sup> Ibidem.

<sup>153</sup> Ibidem.

<sup>154</sup> Ibidem.

<sup>155</sup> Ibidem.

certaines mesures tandis que celles où il bascule dans l'action amorcent sa reconnaissance par tous. Comme nous l'avons amené initialement, il est indéniable que les nouveaux soignants sont dans une passivité utile. Cependant, s'ancrer dans cette pratique peut s'avérer être aux antipodes des attentes de l'équipe soignante et du cadre de santé. Dans cet environnement, les différents types de management applicables aux nouveaux soignants et à l'équipe soignante ainsi que leurs facteurs d'adaptabilité peuvent être perçus comme l'une des clés d'ajustement de l'accompagnement. De plus, c'est au cadre de santé de mettre en place les mesures notamment par l'échange lors de l'entretien de prise de fonction et de véhiculer, auprès de son équipe, les valeurs qui lui sont chères. Ce que nous apprécions à sa juste valeur dans ces propos, ce sont les notions d'actions et de pouvoir qui sont conférées à l'accompagné. Cela rejoint notre interprétation de l'intégration<sup>156</sup> : il est clair qu'elle passe par l'appréhension de normes, de règles et de valeurs mais peut laisser une place à l'action du sujet sur le groupe. En sus, la notion d'environnement donné semble aussi avoir son importance ; il permet de fournir aux nouveaux soignants un cadre précis où ils peuvent ou ne peuvent pas exercer leur pouvoir. Dans certaines situations, le pouvoir des nouveaux soignants ne devrait pas être galvaudé. Prenons l'exemple du respect des normes d'hygiène : nous ne pouvons aucunement transiger sur celles-ci. Ce sont les normes de la situation d'intégration des nouveaux soignants. L'acquisition de celles-ci est un impératif. Par contre, aucune directive n'indique les méthodes de satisfaction des normes. Ainsi, elles peuvent trouver leurs sources de satisfaction à différents niveaux : la scolarité, l'explication, la démonstration, la littérature, etc... Ce que nous voulons mettre en lumière, c'est que ce qui est formalisé : ce sont les buts de l'intégration, pas les méthodes pour y arriver. Cela permet donc de laisser une place à l'adaptation et à la pensée qu'il existe une multitude de chemins d'accompagnement. Aussi, il est essentiel de voir que, dans cette conception, le contre-pied de l'accompagnement est envisagé. Nous sommes mis en garde sur la tentation de succomber à un rapport dominant-dominé dont nous ne sommes pas de fervents adeptes. Il repose, selon nous, sur des conceptions managériales archaïques et démodées. Pour témoigner de notre ouverture d'esprit, abordons une autre conception de l'accompagnement : celle de Michel Vial.

Celui-ci, abondant dans le sens de Maela Paul, relie ce concept au domaine de l'éducation ayant trait à la pédagogie. L'éducation, tout comme la pédagogie, est un type de relations. Par ce type de relations, il précise que ce que l'on poursuit ne se limite pas à l'acquisition de savoirs uniquement. Il s'agit de faire en sorte que « *l'autre aille vers du bien-être (et non*

---

<sup>156</sup>Finalités de l'accompagnement.

*pas du mieux-être) et que, en fin de compte, l'autonomie, étant inscrite au cœur même de l'éducation, c'est l'autre qui évaluera le bien-être dont il est porteur* »<sup>157</sup>. Par cet intermédiaire, il nous met en alerte face à l'instruction et nous dit qu'elle réduit l'éducation à « *l'acquisition d'un savoir* »<sup>158</sup>. C'est pour ces raisons qu'accompagner peut être mis dans le registre des interventions éducatives. C'est « *un processus pendant lequel deux personnes, partenaires temporairement, deviennent compagnons* »<sup>159</sup>. Pour revenir quelques instants sur l'étymologie et l'origine du mot, il nous dit que le préfixe<sup>160</sup> indique que c'est « *être ensemble à un moment précis* »<sup>161</sup> et « *permettre à quelqu'un de rejoindre un groupe (...) qu'il reconnaisse son appartenance à une culture* »<sup>162</sup>. Par ces précisions, Michel Vial vient donner de la consistance tant à notre perception qu'à celle de Maela Paul. L'accompagnement ne se réduit pas aux savoirs mais passe aussi par l'adoption de comportements en lien avec un environnement donné. Cette explication nous permet d'illustrer que, bien qu'il y ait une série de savoirs à appréhender, parallèlement l'acquisition de comportements et de méthodes d'actions paraît être une finalité de l'accompagnement. Nous pouvons assimiler cette relation de partage à du partenariat. Celui-ci se caractérise par une « *action commune entre organismes différents dans un but déterminé* »<sup>163</sup>. Nous sommes au fait qu'ici nous ne sommes pas en présence de deux organismes à proprement parler. Si nous pouvons associer l'équipe soignante et le cadre de santé à un organisme assez facilement, nous ne pouvons pas nous permettre de le faire avec les nouveaux soignants. La plupart du temps, structurellement, le nouveau soignant constitue l'individualité qui s'intègre dans le collectif. Cependant, nous pouvons aisément comprendre le but partagé par cet ensemble d'acteurs : l'intégration. A cela s'ajoute que rallier l'accompagnement à l'éducation est clairvoyant et permet l'appréhension non seulement de savoirs mais aussi de valeurs, de la morale et de la culture d'un groupe par l'échange. Le Larousse nous livre que l'éducation correspond à une « *formation de quelqu'un dans un tel ou tel domaine d'activités ; ensemble de connaissances intellectuelles, culturelles, morales acquises dans ce domaine par quelqu'un, par un groupe* »<sup>164</sup>. L'éducation évite de réduire l'accompagnement, et dans son prolongement : l'intégration, à l'acquisition de savoirs et de compétences techniques mais bien d'étendre son champ d'actions. Là où nous sommes un

---

<sup>157</sup>[http://www.michelvial.com/boite\\_06\\_10/2007-](http://www.michelvial.com/boite_06_10/2007-)

[L\\_accompagnement\\_professionnel\\_une\\_pratique\\_specifique.pdf](http://www.michelvial.com/boite_06_10/2007-L_accompagnement_professionnel_une_pratique_specifique.pdf) (consulté le 15 janvier 2020)

<sup>158</sup>Ibidem.

<sup>159</sup>Ibidem.

<sup>160</sup>= « ac -> »

<sup>161</sup>Ibidem, point 157.

<sup>162</sup>Ibidem, point 157.

<sup>163</sup><https://www.cnrtl.fr/definition/parteneriat> (consulté le 15 avril 2020)

<sup>164</sup><https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9ducation/27867> (consulté le 15 janvier 2020)

peu plus nuancés, c'est quand Michel Vial qualifie d'emblée l'accompagnement comme un processus. Selon nous, nos méthodes se doivent de mûrir avant de pouvoir être directement qualifiées de processus. A contrario, Michel Vial restitue qu'il se déroule dans un environnement précis et qu'il s'adapte ainsi aux divers impératifs du contexte dans lequel il prend place. Nous acquiesçons quand il dit que l'accompagnement a comme objectif de rallier quelqu'un à un groupe en adoptant sa culture. Rallier un groupe n'est-ce pas s'intégrer ? Cette phrase permet d'une part, de mettre en lien le concept de l'intégration avec celui de l'accompagnement et d'autre part, de donner de la teneur à notre conceptualisation de celle-ci. Cette élucidation nous donne la possibilité de lui attribuer quelques dimensions supplémentaires tout en appuyant les propos avancés par la première conception. Pour terminer la conceptualisation, dirigeons-nous vers une troisième explication qui va dans le sens des deux premières.

Pour celle-ci, nous nous sommes intéressés à la conception de l'accompagnement qu'a développé Jean-Marc Pilon, professeur en psychosociologie à l'Université du Québec à Rimouski et directeur du groupe de recherche en analyse réflexive des pratiques psychosociales, qui qualifie le modèle d'accompagnement, qu'il met en place pour la formation des jeunes adultes et adultes, d'existential. Pour clarifier, il met à profit une définition de Carol Landry, titulaire d'un doctorat en andragogie, professeur-chercheur en Sciences de l'Éducation à l'Université Laval et membre associé du Centre de recherche et d'intervention sur l'éducation et la vie au travail : l'accompagnement crée « *un dispositif où le sujet apprenant, son expérience, ses caractéristiques et ses valeurs sont constamment pris en compte pour constituer le terreau principal de la formation* »<sup>165</sup>. Dans cette optique, Jean-Marc Pilon ajoute que « *la formation professionnelle dans le domaine des pratiques psychosociales passe inévitablement par une transformation personnelle, l'un ne va pas sans l'autre* »<sup>166</sup>. Sa préoccupation principale est de permettre à l'apprenant la découverte de soi. Il a la très forte certitude que chacun est empli de potentiels sous-estimés. Il est persuadé que la société dans laquelle nous évoluons a plutôt tendance à souligner les manquements qu'à encourager les petites étincelles d'un potentiel resté trop longtemps enfoui. Ainsi, le but de son accompagnement est d'identifier ces potentialités et de les faire éclore, notamment en faisant chercher aux apprenants leurs propres réponses à leurs interrogations. Par ces illustrations, il met en évidence que la « *transformation personnelle est au centre de la transformation professionnelle* »<sup>167</sup>. La conception de Jean-Marc Pilon

---

<sup>165</sup>[http://www.trigone.univ-lille1.fr/transformations/docs/tf02\\_a04.pdf](http://www.trigone.univ-lille1.fr/transformations/docs/tf02_a04.pdf) (consulté le 28 février 2020)

<sup>166</sup>Ibidem.

<sup>167</sup>Ibidem.



est très actuelle : dans notre société, nous avons tendance à identifier nos difficultés plutôt que nos atouts. Or, nous avons tous des potentialités quelles qu'elles soient. Ces propos mettent en évidence que l'humain parfait n'existe pas mais tentons de l'envisager de façon positive. Le manque d'atouts des nouveaux soignants ne pourrait-il par être un moyen d'impliquer l'équipe soignante dans la stratégie d'accompagnement ? Le malheur des uns faisant le bonheur des autres, nous pourrions impliquer des membres de l'équipe en reconnaissant leurs atouts afin de les inciter à les transmettre aux nouveaux soignants. Les enseignements de la conception de l'accompagnement de Jean-Marc Pilon que nous pourrions tirer, en tant que cadre de santé, sont multiples. Nous avons à prendre en considération le nouveau soignant dans sa globalité et, en aucun cas, négliger sa place. Son rôle ne peut être réduit à la simple reproductibilité d'actions en chaîne car cela aurait des conséquences dramatiques sur son implication. Aussi, nous avons à analyser tant ses faiblesses que ses forces et nous ne pouvons pas nous empêcher de penser à une citation d'Albert Einstein : « *Tout le monde est un génie. Mais si vous jugez un poisson à sa capacité de grimper à un arbre, il vivra toute sa vie en croyant qu'il est stupide* »<sup>168</sup>. De notre point de vue, cette citation est tout à fait adéquate à notre situation. Enfin, l'un de nos axes de progrès est de modifier notre mode de pensées afin de pouvoir identifier les potentialités de chacun des nouveaux soignants afin de les pousser à se surpasser, à se sublimer.

Pour clore ce chapitre, nous vous offrons la synthèse des nombreux apports appréciables. L'étude de l'étymologie du mot est bénéfique en plusieurs points. Il assure un renforcement de notre conception par le fait que l'intégration tout comme l'accompagnement sont deux concepts au travers desquels la notion d'actions a tout son sens. Ce point permet aussi d'adapter ces propos à notre situation. Ainsi, nous pouvons comprendre que le partage d'un même travail peut être l'un des premiers points de ressemblance entre l'équipe soignante et les nouveaux soignants. Nous pouvons aussi apporter un lien supplémentaire entre l'intégration et l'accompagnement : tous deux dépendent de l'implication de chacun des protagonistes. C'est pourquoi, selon nous, il sera favorable, en tant que cadres de santé, d'amener les actions de chaque membre de l'équipe à s'additionner plutôt qu'à s'annuler. Cette contribution fait écho en nous et renforce notre perception que le rôle de cadre de santé s'apparente à celui d'un coordinateur de l'intégration et de l'accompagnement. Un dernier apport de ce point semble être à nuancer ; l'accompagnement ne se présente pas à proprement parler comme un processus à ses prémices. Il est vrai que certaines étapes et certains enjeux semblent primordiaux mais l'acquisition des savoirs, des normes, des

---

<sup>168</sup><https://citation-celebre.leparisien.fr/citations/150013> (consulté le 28 février 2020)

valeurs et la culture d'un groupe peuvent s'approprier par une multitude de chemins. L'adaptabilité présente ici nous tenterait donc de dire que l'accompagnement ballote du projet au processus. C'est d'ailleurs dans ce sens que vont les trois conceptions de l'accompagnement que nous vous apportons.

Avant d'aller vers les conceptions de l'accompagnement, nous avons fait le choix de la définition. La recherche de celle-ci est louable en plusieurs points. Sur base d'une définition d'apparence banale, nous amenons un élément contributif de plus à l'utilité de l'action au service d'un changement de statut : celui de nouveau soignant vers celui de collègue. Nous avons pu profiter de l'analogie pour assurer la comparaison entre le voyage, le domaine militaire et l'accompagnement professionnel. Ils sont autant d'éléments contributifs pour concrétiser la relation d'interdépendance entre acteurs. Un autre atout de cette définition est la notion d'accompagnateur à laquelle nous avons donné du sens afin d'assurer sa distinction avec l'accompagnant. Nous mesurons bien qu'ils ne sont pas comparables. Nous avons bien besoin d'accompagnateurs dynamiques au départ pour nous diriger, ensuite, vers des accompagnants moins actifs. Il s'agit d'adapter notre rôle en fonction du moment dans lequel nous nous situons.

La première conception sur laquelle nous nous sommes appuyés est celle de Maela Paul qui, avec l'aide d'Isabelle Astier, donne une dimension pédagogique à l'accompagnement. Elle confère également une place de choix à l'action tant des nouveaux soignants que de l'équipe soignante. Son opinion permet de donner du crédit à ce que nous avons dit plutôt : les nouveaux soignants peuvent prendre une place dans la relation d'accompagnement tant qu'ils restent dans le cadre prescrit. C'est par cette pensée qu'elle nous invite à revoir nos postures professionnelles afin d'éviter le piège de la relation dominant/dominé. Ainsi, nous avons pris l'opportunité de mettre en avant la nécessité de la passivité initiale des nouveaux soignants en lien avec l'observation en vue d'identifier des mécanismes d'actions dans une situation donnée. Prudence, ce mode opératoire ne peut pas faire l'objet d'une pratique ancrée dans le temps car nous pensons que c'est, par cette reproduction d'actions, sur base d'un raisonnement motivé, que la reconnaissance de ceux-ci débute. Nous partageons son point de vue : l'échange entre les acteurs semble révéler une pratique gagnante gagnante. Ainsi, Maela Paul donne de la teneur à notre mode de pensées selon lequel l'intégration peut faire l'objet d'un projet au service duquel nous pouvons mettre l'accompagnement. Cet apport donne la part belle à l'adaptation : bien que les buts de l'intégration soient bien connus, rien n'indique comment nous devons y parvenir. L'exemple de l'hygiène met en évidence qu'il existe une multitude de méthodes afin d'atteindre un objectif. Donc, nous pensons que l'une des clés dans une telle situation est l'adaptation management de

l'accompagnement dans sa globalité. Au cours de ce paragraphe, nous avons identifié les différents types de management applicables aux nouveaux soignants et à l'équipe soignante comme une clé.

Ensuite, c'est en compagnie de Michel Vial que nous avons continué à conceptualiser l'accompagnement. Il relie l'accompagnement à l'éducation. Pour nous, cela a tout son sens et permet d'étendre les domaines de l'accompagnement. Il serait réducteur de penser que l'accompagnement n'a sa place que dans l'acquisition de savoirs. Il est tout aussi profitable à l'adoption de comportements que nous pourrions qualifier de « savoir-être ». Cette conception nous permet aussi de comprendre que la relation d'accompagnement peut être envisagée comme une relation de partenariat. Il peut être envisageable que les nouveaux soignants, le cadre de santé et l'équipe soignante partagent finalement le même but, à savoir l'intégration. Par contre, nous pouvons apporter de la nuance par le fait que les sources de motivations de chacun des acteurs peuvent diverger. L'un des enjeux de l'accompagnement apporté par Michel Vial est le fait qu'il peut être perçu comme le fait de rallier un groupe. Cette contribution permet d'assurer une fois de plus le lien qui existe entre l'intégration et l'accompagnement.

A ces conceptions s'ajoute celle de Jean- Marc Pilon ; il soutient que, dans l'accompagnement, l'expérience, les caractéristiques et la valeur de l'individualité sont les socles. Il assure que le terreau de potentialités de chacun est l'un des meilleurs substrats pour faire éclore de nouvelles compétences. L'une des limites de sa conception est qu'il conseille que les nouveaux soignants trouvent leurs propres réponses. Nous sommes tout à fait d'accord car il s'agit d'une méthode efficace ; cependant, elle nécessite énormément de temps. Or, dans le contexte de rentabilité actuel, cela peut être perçu comme une limite. Un autre avantage de sa conception est qu'il précise que, dans notre société, nous avons tendance à pointer du doigt ce qui est moins bien. Mais, nous pensons que les atouts des uns étant les faiblesses des autres, identifier les atouts des membres de l'équipe soignante pour les mettre au service des faiblesses des nouveaux soignants fait émerger un procédé intéressant afin d'impliquer l'équipe dans l'accompagnement.

Pour conclure, les différentes conceptions, qui nous ont permis de conceptualiser l'accompagnement, se montrent similaires en de nombreux points. L'accompagnement n'est pas envisageable sans prendre en considération tous ses acteurs. Il est clair que, pour fournir un accompagnement de qualité aux nouveaux soignants, il serait délétère, en tant que cadre de santé, de négliger leurs singularités. Prendre en compte celles-ci est l'une des clés d'un accompagnement de qualité. Il est indéniable que les membres de l'équipe soignante sont à impliquer et sont l'un des piliers de la mise en place de l'accompagnement ;

c'est le prétexte idéal pour les inclure dans un projet d'unité commun. Ils sont à estimer pour leurs connaissances techniques mais aussi pour leur maîtrise des règles, des normes et des valeurs. C'est l'occasion idéale pour identifier les potentialités présentes chez les nouveaux soignants et chez l'équipe soignante dans le but d'éviter de tomber dans les travers réductionnistes habituels de notre société. L'un des autres points importants que nous avons pu mettre en évidence dans ces paragraphes est que l'accompagnement est un chemin que nous avons à baliser. Il s'applique à des contextes précis. Les auteurs que nous avons abordés nous mettent en garde : il n'y a qu'une place très limitée pour l'improvisation. C'est pourquoi, dans la section suivante, nous allons nous attarder sur les principes et les fondements d'un accompagnement digne de ce nom.

### 3. Les conditions optimales de l'accompagnement :

Tous les auteurs que nous avons pu lire jusqu'à présent sont d'accord. L'échange occupe une place centrale dans l'accompagnement. Il est préférable, dans cette relation, de ne pas céder à la tentation d'amener tout sur un plateau d'argent à l'accompagné. Lui imposer nos savoirs, nos connaissances, nos compétences, nos visions, nos valeurs est loin d'être bénéfique dans une relation d'accompagnement telle que nous l'envisageons. Au travers de ces quelques lignes, nous allons amener ce que la littérature préconise à ce sujet pour que cela soit fructueux pour tous.

La lecture de différents articles a permis de construire notre opinion concernant l'accompagnement et expose clairement quelques idées qui ne sont pas sans intérêt pour nous. Michel Vial commence par qualifier l'accompagnement de « relation partenaire ». Nous sommes d'accord pour dire qu'il est illusoire de penser que nous passerons directement d'un statut d'inconnus à celui de partenaires. Il est raisonnable de penser que cette relation partenaire se construit sur base d'un apprivoisement qui peut être le fondement d'une relation de confiance. Maela Paul précise que le socle de cette relation est le dialogue. Ces pensées font transparaître que l'accompagnement n'est pas que l'affaire de l'accompagné et donnent une place tout aussi importante à l'accompagnateur. Accompagné et accompagnateur sont côte à côte. Pour Maela Paul, qui renforce les idées de Michel Vial, l'accompagnateur doit pouvoir se taire et donner la parole à l'accompagné. Le dialogue est utile pour atteindre plusieurs buts. Par ce chemin, la suppression des attributs de chacun le fait passer d'un statut passif à celui d'actif. Il est vrai que, dans cette situation, toutes les conditions sont réunies pour se trouver dans une relation de pouvoir que l'on se force de fuir à tout prix. Le fait de lui donner une fonction active renverse le

paradigme habituel qui est d'identifier les failles plutôt que les potentiels. Pour l'accompagnateur, la finalité est de mettre tout en place pour créer des conditions favorables donnant accès à ses propres ressources. C'est pour cela que le dialogue est envisagé comme un mode heuristique permettant l'expression de créativité, en nuancant la norme. Pour l'accompagné, la parole peut être mise au profit de sa découverte et lui faire prendre conscience de ce qu'il est. Le groupe peut ainsi être envisagé comme une source de réponses. L'engagement est assez confrontant et nécessite une ouverture d'esprit prenant en considération autant les parités que les disparités. Ainsi, l'enjeu est modifié : « *Il s'agit de déconstruire et co-construire ses propres manières de faire et d'être en relation avec les autres* »<sup>169</sup>. Maela Paul stipule qu'il est important de ne plus raisonner en termes de résultats à produire mais en termes de structures d'actions. Envisagée comme une action coopérative basée sur un « *engagement consenti et contractuel d'acteurs différents mais à égalité dans le dialogue, réunis dans la perspective d'un changement* »<sup>170</sup>, chacun d'eux a en retirer profit. Cet engagement peut relever du partenariat. Une autre définition du partenariat s'ajoute à celle que nous vous avons formulée dans le paragraphe précédent. « *Le partenariat, ici, c'est quand on a besoin de l'autre mais qu'on n'a pas les mêmes objectifs. Chacun a besoin que l'autre atteigne ses objectifs pour atteindre les siens* »<sup>171</sup>. Cela permet le renforcement de notre opinion. Le but de cette relation partenaire est bien l'intégration. Cependant, il est judicieux de ne pas tomber dans l'utopie ; les accompagnateurs ne sont pas engagés dans cet enjeu de façon désintéressée ; tout être humain a besoin de reconnaissance qui peut être l'un des objectifs ; être accompagnateur est un chemin qui peut le satisfaire. Une fois de plus, ces objectivations permettent aussi de souligner l'interdépendance présente dans cette relation. Nous évoquions que l'accompagnement était utile aux deux acteurs mais, de notre point de vue, nous pourrions dire qu'il y a un troisième acteur : le cadre de santé. Dans les textes, Michel Vial et Maela Paul indiquent que l'accompagnement doit être imprégné des valeurs de l'accompagné. Ils nous donnent une piste : la fixation des buts par l'accompagné mais, si l'envie de changement n'est pas présente, c'est à l'accompagnateur de les formaliser via un objectif. Gardons, cependant, à l'esprit que cet objectif peut être modifié en cours de route. C'est d'ailleurs pour cette raison que Maela Paul dit que l'évaluation a toute son importance. L'évaluation permet de voir quels objectifs sont atteints ou non et de réfléchir ensemble à

---

<sup>169</sup><https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-l-action-2010-4-page-25.htm> (consulté le 27 février 2020)

<sup>170</sup>Ibidem.

<sup>171</sup>[http://www.michelvial.com/boite\\_06\\_10/2007-L\\_accompagnement\\_professionnel\\_une\\_pratique\\_specifique.pdf](http://www.michelvial.com/boite_06_10/2007-L_accompagnement_professionnel_une_pratique_specifique.pdf) (consulté le 15 janvier 2020)

comment les valider ou les modifier en fonction de l'évolution de la situation car ce projet doit s'inscrire dans le territoire dans lequel il s'applique.

Michel Vial nous livre aussi quelques prescriptions pour l'accompagnateur, à savoir une capacité à se remettre en question et à se réinventer. Pour lui, cela est important dans la mesure où, aucun processus d'accompagnement ne devrait exister. Il conseille ainsi d'« *inventer à chaque fois la façon d'être avec l'autre* »<sup>172</sup>. Nous sommes d'accord avec lui sur le fait que l'accompagnement se force d'être le plus adaptable possible ; cependant, il ne bannit pas l'existence de processus. Au niveau institutionnel, le parcours d'intégration et d'accompagnement pourrait être le support utile à suivre tout en laissant une place à l'adaptation au niveau de l'unité de soins. Dans ce contexte, selon lui, l'accompagnateur est un « *ami critique* »<sup>173</sup> qui suscite, impulse et favorise la réflexion de l'autre. Il s'agit alors d'« *accueillir l'autre dans sa différence* »<sup>174</sup>, « *d'intervenir sur son destin* »<sup>175</sup>, d'orienter l'autre tout en lui laissant le choix. En somme, il convient d'encourager l'autre vers un but mais en pariant sur ses possibles, le but étant l'émancipation de l'autre, le reliant à notre culture : « *se lier autrement qu'avant à la culture dans laquelle il est* »<sup>176</sup>. Cette idée de Michel Vial permet de mettre en évidence que, même si certains buts doivent être communs, il existe une multitude de chemins différents pour les atteindre.

Au cours de ces dernières décennies, nous avons vu que l'Hôpital a fait l'objet de nombreux changements. Par cet intermédiaire, le domaine de l'accompagnement s'est vu enrichi. Le manque de ressources humaines soignantes a permis de maximiser l'accompagnement des nouveaux soignants. Nous avons donc vu fleurir pléthore de méthodes d'accompagnement dont l'une des plus en vogue est le tutorat. La notion de tuteur se définit comme un « *enseignant pratiquant des méthodes d'éducation stimulant l'initiative de l'élève, enseignant choisi par un élève parmi ses professeurs et acceptant ce choix, pour le conseiller et le suivre dans ses études* »<sup>177</sup>. Cette définition est en lien avec l'enseignement. La réalité du terrain met en avant que les tuteurs des équipes soignantes font l'objet d'un procédé formalisé. Ce ne sont pas les nouveaux soignants qui choisissent le tuteur mais bien l'institution hospitalière par le biais du cadre de santé. Donc, à son niveau, le cadre de santé peut influencer sur le choix des tuteurs de l'unité de soins. Le repérage de compétences pédagogiques chez les membres de l'équipe soignante semble être une piste à emprunter.

---

<sup>172</sup>[http://www.michelvial.com/boite\\_06\\_10/2007-L\\_accompagnement\\_professionnel\\_une\\_pratique\\_specifique.pdf](http://www.michelvial.com/boite_06_10/2007-L_accompagnement_professionnel_une_pratique_specifique.pdf) (consulté le 15 janvier 2020)

<sup>173</sup>[http://www.entrees-libres.be/n38\\_pdf/jorro.pdf](http://www.entrees-libres.be/n38_pdf/jorro.pdf) (consulté le 17 avril 2021)

<sup>174</sup>Ibidem, point 172.

<sup>175</sup>Ibidem.

<sup>176</sup>Ibidem.

<sup>177</sup><https://www.cnrtl.fr/definition/tuteur#:~:text=Personne%20charg%C3%A9e%20%C3%A9galement%20de%20veiller,repr%C3%A9senter%20dans%20les%20actes%20juridiques.> (consulté le 17 avril 2021)

Si l'on se permet l'analogie avec l'horticulture, nous comprenons que le tuteur est un bâton droit planté à la verticale afin de faire pousser droit ou redresser une plante. Par cette image, nous pensons donc que l'atténuation de la norme est limitée. Donc, nous saisissons l'opportunité de l'analogie au domaine viticole et à sa technique de la treille. Il s'agit d'un procédé grâce auquel le viticulteur pose de multiples supports pour faire pousser de la vigne et pour la rendre productive. Selon nous, cette technique permet de mettre en évidence qu'il existe une multitude de chemins pour arriver à cette productivité. Le résultat de la productivité de la vigne pourrait s'assimiler à l'intégration de notre situation. Cela permet aussi de dire que, bien qu'il existe un ou deux tuteurs dans une unité de soins, les autres membres de l'équipe soignante sont tout aussi importants.

Maela Paul attire notre attention sur le fait qu'il ne faut, en aucun cas, négliger le temps. Nous sommes tout à fait d'accord ; l'accompagnement ne se met pas en place d'un coup de « tuteur » magique : il se construit jour après jour. Le temps est nécessaire. L'idée de Maela Paul est en accord avec notre mode de pensées : le temps permet de passer d'un rapport prescrit à une relation de confiance mais aussi de prendre en considération les contraintes de chacun. Il est un des atouts à la construction d'un projet d'accompagnement qui est nécessaire au changement et au repositionnement des acteurs.

Ce paragraphe sur les conditions optimales de l'accompagnement est le témoin de plusieurs contributions en lien avec notre problématique. Il renforce la mise en garde déjà évoquée sur le rapport dominant/dominé auquel nous pourrions succomber. Les écrits sur lesquels nous appuyons nos conceptions disent que l'accompagnement peut faire l'objet d'une « relation partenaires » au travers de laquelle chacun peut apporter sa pierre à l'édifice. L'accompagnateur a donc autant d'importance que l'accompagné. Il nous donne quelques pistes d'actions tant au niveau des nouveaux soignants que de l'équipe soignante afin de rendre l'accompagnement efficient. Parmi celles-ci, le dialogue, l'échange, la coopération, la fixation d'objectifs peuvent faire sens dans cette pratique. Michel Vial dit que l'accompagnement peut être, à la fois, un processus par des étapes institutionnelles et, à la fois, un projet grâce à toute une série de facteurs adaptables. Nous sommes assez satisfaits de lire que la conception de cet auteur est semblable à la nôtre. Plus tard, ces quelques paragraphes nous ont permis de comprendre que, ces dernières années, les méthodes d'accompagnement se sont vues enrichies par de nouveaux procédés tels que le tutorat. Par ces explications, nous avons mis en évidence que, bien que des tuteurs soient utiles, la notion de treille permet d'inclure encore plus de membres de l'équipe soignante dans l'accompagnement. Ces propos permettent aussi de s'assurer qu'il n'existe pas qu'un seul chemin pour atteindre un objectif. Il s'agit de mettre à profit la richesse individuelle au service

de l'accompagnement. La notion de temporalité utile, afin de créer une relation de confiance, nous est présentée par Maela Paul. L'ensemble de ces élucidations rappelle que la relation d'accompagnement prend place dans un cadre formalisé et que le temps permet d'atténuer la contrainte tout en tenant compte du cadre dans lequel le projet d'accompagnement en vue de l'intégration s'inscrit. Maintenant que nous avons envisagé les fondements d'un accompagnement idéal, nous allons nous attarder quelques instants sur ces divers domaines d'application.

#### 4. Les différents domaines de l'accompagnement :

Après avoir développé quelques proscrits et prescrits de notre conception de l'accompagnement, plusieurs questions viennent étayer notre réflexion. Dans les paragraphes précédents, nous avons cerné qu'il ne se réduit pas à l'acquisition de savoirs en lien avec une compétence technique. Alors, quels pourraient être les domaines auxquels nous pourrions le rattacher ? L'accompagnement ne sert-il qu'à combler les attentes techniques d'une profession ? N'existe-t-il pas d'autres causes qu'il peut servir ? C'est par une réflexion personnelle que nous tentons de répondre à ces diverses interrogations.

De par notre milieu de travail hautement technique, il est indéniable qu'à l'aune du développement de notre problématique, nous avons approché une vision de l'accompagnement très réductrice. Nous anéantissions celui-ci à l'aspect technique mais il en existe d'autres. En effet, l'un des premiers que nous pouvons envisager est l'« accompagnement institutionnel ». Celui-ci correspond, selon notre vision, à l'appréhension des modes de fonctionnement institutionnels. Il engloberait l'acquisition de savoirs relatifs à ceux-ci : c'est-à-dire le règlement de travail, la distribution des vêtements de travail, le dossier informatique patient, la gestion des horaires, les demandes de congés, les règles de prise de congés, la périodicité des visites médicales pour le personnel, les parcours de formation institutionnelle, les demandes de formation externe, la déclaration et la gestion des accidents dus à l'exposition au sang, etc... Cet accompagnement va de pair avec ce que l'on pourrait nommer l'« accompagnement administratif ». Dans son déroulement, plusieurs acteurs ressources peuvent être identifiés : le département des ressources humaines, l'infirmier chargé de l'accueil des nouveaux et des étudiants, le cadre de santé et l'équipe soignante. Cet apport autorise à mettre une fois de plus en avant le rôle de coordinateur du cadre de santé en lien avec la problématique initiale. Il permet de faire circuler l'information, d'être un interlocuteur de choix, d'identifier les autres personnes ressources, d'aiguiller les nouveaux soignants vers les services concernés, de contrôler le



bon déroulement de l'accompagnement institutionnel, d'adresser des retours aux intervenants externes afin d'adapter leurs actions.

Ensuite, notre réflexion sur le sujet a pu mettre en exergue qu'il existe un « accompagnement technique » qui concerne l'acquisition des gestes techniques et des connaissances relatives aux pratiques quotidiennes. Parmi celles-ci, nous pourrions citer la technique de réfection de pansements, de sondages, de mises en place de sonde gastrique, etc... Il s'agit de venir compléter le bagage théorique fourni par la scolarité afin de répondre au mieux aux exigences du terrain par le biais d'une formation assurée par un collègue. Nous voyons donc que le rôle principal est confié aux membres de l'équipe. Mais le cadre de santé a une place à prendre ; il assure la coordination de la mise en place de cette formation en fonction des ressources de l'équipe soignante. Il convient donc d'en identifier les membres qui possèdent des compétences pédagogiques. Comme nous l'avons déjà abordé, selon nous, ce choix ne se limite pas aux personnes identifiées comme tutrices par l'institution hospitalière. De plus, la formalisation des attentes du cadre de santé, non seulement vis-à-vis de l'équipe soignante qui assume la formation mais aussi vis-à-vis des nouveaux soignants, se relève efficace. Elle permet de baliser le cadre d'actions de chacun et de donner du sens à celles-ci. D'ailleurs, le cadre de santé doit évaluer les nouveaux soignants ainsi que le processus de formation mis en place. Selon nous, cette évaluation peut être rendue efficiente si elle fait l'objet d'une préparation minutieuse avec un panel représentatif des membres de l'équipe soignante. Notons aussi que l'évaluation du rôle de chacun des acteurs, y compris le nôtre, est perçue comme une source d'améliorations.

Enfin vient, selon nous, ce que l'on pourrait qualifier d'« accompagnement social » ayant pour objet la compétence sociale. Nous envisageons la compétence sociale comme le pouvoir de développer des relations avec ses nouveaux collègues. C'est le volet affectif de l'accompagnement qui permet de créer un réseau de relations mis en place par des personnes ressources de l'équipe et par nous-mêmes. Selon nous, cela est facilité par l'acquisition de règles et de normes propres au groupe par les nouveaux soignants, par la création d'un climat de confiance propice à l'échange en donnant à tous l'occasion de s'exprimer. Ils sont aussi le prétexte idéal pour que chacun exprime ses singularités et ses ressemblances qui sont à l'origine d'affinités entre les uns et les autres. En cas de conflit, le rôle d'accompagnateur peut revenir au cadre de santé qui, en se positionnant dans une attitude d'ouverture envers l'équipe soignante et les nouveaux soignants, permet de désamorcer le conflit.

Sur base d'une réflexion personnelle, ce chapitre consent à une ouverture d'esprit supplémentaire. Par ce cheminement, nous avons assuré la mise en lumière de domaines

d'accompagnement assez diversifiés à l'opposé de notre vision initiale très réductrice. L'apport de notre réflexion paraît utile pour distinguer chaque domaine d'accompagnement sans pour autant être exhaustif. Nous avons fait le choix de partir d'un point de vue très global avec l'institution hospitalière pour recentrer, ensuite, notre vision sur quelque chose de plus petit : l'unité de soins. Nous tenions à vous avertir que ce procédé n'a pas pour but d'attribuer une chronologie en rapport avec chaque domaine. Nous croyons que chaque nouveau soignant ne parcourt pas ces domaines dans une même temporalité. Une ressource supplémentaire de ces paragraphes est la possibilité d'étayer encore un peu plus le rôle du cadre de santé que nous percevons comme le coordinateur de l'ensemble de la stratégie d'intégration et d'accompagnement. Finalement, la prise de conscience de ces différentes facettes renforce notre idée que l'accompagnement est considéré comme l'une des priorités de notre métier. Après s'être arrêtés sur les différents champs d'applications de celui-ci, nous allons voir quels sont les éléments à considérer afin de les adapter au mieux à chacune des situations.

#### 5. Les facteurs d'adaptation de l'accompagnement :

Au cours de notre réflexion sur le sujet, nous nous sommes posés plusieurs fois la question suivante : existe-t-il des facteurs identifiables afin d'adapter l'accompagnement des nouveaux soignants ? Au cours des pages suivantes, nous vous livrerons une liste non exhaustive de quelques éléments de réponses que nous avons trouvés. Nous avons fait le choix de les traiter sur base d'une certaine chronologie. C'est pourquoi, nous commencerons par la « qualification » qui semble être l'un des principaux fondements de beaucoup de métiers. Puis, nous nous dirigerons vers l'« expérience » dont l'une des sources paraît être la pratique professionnelle. Puis, nous clôturerons ce point en nous attardant sur la « compétence » qui est concevable comme l'un des impératifs de nombreuses situations de travail.

##### a) La qualification :

En tant que cadres de santé, les personnes, que nous avons à encadrer et donc à accompagner, disposent toutes d'un niveau de qualification différent. Cette qualification est-elle un facteur d'adaptation utile à l'accompagnement ? C'est ce que nous tenterons de comprendre. Bien que nous ayons à encadrer d'autres fonctions que celles des infirmiers, la problématique qui nous occupe s'applique aux nouveaux soignants et plus précisément,

aux infirmiers. C'est pourquoi, nous allons nous concentrer sur ceux-ci. Lors de nos cours de psychosociologie de l'unité d'enseignement numéro deux, nous avons eu l'occasion d'avoir différents partages assez riches. Le fruit de ces échanges a permis d'aborder la notion de « qualification ». Nous l'avons alors qualifiée de « formation », acquise au sein d'une école et validée par un diplôme. Le cadre de santé n'a donc pas à l'évaluer puisqu'elle est déjà validée.

Précédemment, nous avons pu définir la formation dans notre méso-épreuve intégrée mais il nous semble utile de la redéfinir avant de poursuivre notre chemin. Selon le Larousse, la formation peut se définir comme une « *action de donner à quelqu'un, à un groupe, les connaissances nécessaires à l'exercice d'une activité* »<sup>178</sup>. Une autre conception est évoquée par le site internet Jobintree : « *Ensemble des mesures adoptées en vue de l'acquisition ou du perfectionnement d'une qualification professionnelle pour les travailleurs (...)* »<sup>179</sup>. Ces deux définitions vont dans le sens de la conception que nous avons pu livrer auparavant. La formation scolaire est en lien avec la qualification. L'élucidation que ces deux définitions nous donnent abonde dans le sens de notre opinion. Dans la deuxième, le mot « qualification » apparaît et met en évidence que celle-ci ne s'arrête pas à la scolarité et peut aller bien au-delà par une réactualisation périodique dans le but d'être toujours en phase avec les nouveaux impératifs de la profession.

Au cours des dernières années, la formation des infirmiers en Belgique a été l'objet d'une réforme. Afin de répondre aux critères européens, la formation de Bachelier en soins infirmiers est passée de trois à quatre ans. Un diplôme d'infirmier responsable de soins généraux est délivré à la fin de ce cursus suivi de la possibilité de se spécialiser et/ou de poursuivre ses études par un master. Notons aussi, qu'en Belgique, il existe une situation inédite ; deux formations coexistent : Infirmier responsable de soins généraux et Infirmier hospitalier. La formation d'infirmier breveté<sup>180</sup> a été prolongée de six mois ; ce qui conduit cette formation à une durée d'études de trois ans et demi. Cette dernière est, en fait, un brevet d'enseignement supérieur. Dans ces formations, c'est l'aspect pratique qui est privilégié. Sur le terrain, les deux diplômes donnent accès à la même profession. Mais en pratique, les infirmiers hospitaliers n'ont accès qu'à certaines spécialisations ; s'ils désirent poursuivre par un master, ils doivent suivre une passerelle. Ces deux formations abordent de nombreuses notions telles que l'asepsie, la déontologie, l'éthique, les actes techniques, etc... Elles vont permettre à l'aspirant soignant d'avoir un certain bagage dans ces

---

<sup>178</sup><https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/formation/34643> (consulté le 15 avril 2021)

<sup>179</sup><https://www.jobintree.com/dictionnaire/definition-formation-80.html> (consulté le 15 janvier 2020)

<sup>180</sup>Hospitalier.

différentes matières. Cependant, lors de nos premiers pas en tant que soignants, nous sommes confrontés à une forte désillusion : nous sommes loin de l'infirmier parfait que nous pensions être. C'est pourquoi, en tant que cadre de santé, nous avons à mettre en place un accompagnement afin de combler ces manquements en vue d'assurer la qualité des soins. Par l'exposition des différents niveaux de formations et de qualifications, nous pourrions trouver utile d'adapter l'accompagnement en fonction de la formation suivie. Bien qu'il soit possible qu'un infirmier hospitalier soit peut-être plus à l'aise vis-à-vis d'actes techniques que vis-à-vis de connaissances théoriques et qu'au contraire, l'infirmier bachelier soit peut-être plus à l'aise avec ses connaissances théoriques qu'avec les actes techniques. Pour le cadre de santé, identifier le type de formation suivie n'apparaît pas comme un élément prépondérant dans la prise en charge des nouveaux soignants. Est-ce que la connaissance de la formation suivie par un infirmier ayant vingt ans d'expériences est utile ? Nous vous mettons au défi d'identifier, dans une équipe, quelle formation a été suivie par quel soignant. Ce facteur de qualification permet de nous sensibiliser à ce que peut être l'expérience de chacun des nouveaux soignants qui nous donnerait la possibilité d'adapter l'accompagnement. Souvenez-vous, aux balbutiements de notre réflexion, nous pensions pouvoir être en mesure de créer une typologie en fonction de l'expérience des nouveaux soignants. Notre conceptualisation des nouveaux soignants nous a fait comprendre que ce procédé est irrationnel et réducteur. Par contre, cette tentative donne du crédit au fait que toute expérience antérieure, quelle que soit l'unité de soins dans laquelle elle a été acquise, est à prendre en considération. C'est pourquoi, nous allons nous attarder quelques instants sur un autre facteur d'adaptation de l'accompagnement : l'expérience.

b) L'expérience :

« Quelle est votre expérience ? » Nous pouvons dire qu'il s'agit là d'une question souvent posée par les recruteurs. Mais, au fait, qu'est-ce qu'« avoir de l'expérience » ? Dans le décours de ces quelques lignes, nous tenterons d'abord de définir cette notion. Puis, nous donnerons du sens en la conceptualisant afin de la rapprocher de notre problématique. Précédemment, au cours de ce travail, nous avons évoqué l'importance d'adapter notre management de l'accompagnement en fonction de chaque nouveau soignant. L'expérience de chacun pourrait-elle être rattachée à ces facteurs d'adaptabilité ?

Nous gardons la systématique de définir une notion afin d'en assurer sa compréhension pour, ensuite, la conceptualiser. Le Larousse qualifie d'expérience la « *pratique de quelque chose, de quelqu'un, épreuve de quelque chose, dont découlent un savoir, une*

*connaissance, une habitude ; connaissance tirée de cette pratique* »<sup>181</sup> mais aussi comme le « *fait de faire quelque chose une fois, de vivre un événement, considéré du point de vue de son aspect formateur* »<sup>182</sup>. Le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales ajoute à cela que l'expérience est envisageable comme l'« *ensemble des connaissances concrètes acquises par l'usage et le contact avec la réalité de la vie, et prêtes à être mises en pratique* »<sup>183</sup>. Les apports de ces trois définitions sont notables. Elles permettent de comprendre que l'expérience est la mise en confrontation d'un individu à une situation en vue de créer des pratiques utiles par la suite. Par cet aspect formateur, ces résultats seraient la création de savoirs, de connaissances et de comportements reproductibles dans d'autres situations similaires. L'expérience s'acquiert donc au fil du temps. Pour nuancer l'aspect de reproductibilité, nous pensons que la confrontation répétée à une situation de travail identique ne serait pas forcément à l'origine des mêmes actions et réactions. Cela est en lien avec l'acquisition de connaissances, de savoirs et de comportements qui découlent des expériences antérieures. D'abord, l'expérience assure la mise en place d'une réponse à une situation donnée. Puis, par l'adaptation, la réponse pourra se voir améliorée. Cela permet aussi de saisir que l'expérience de chacun est variable et personnelle. Par cette idée, nous voulons affirmer que l'expérience est ce qui permet « *de distinguer l'inné, indépendant des expériences individuelles, de l'acquis, issus des expériences individuelles* »<sup>184</sup>. En ce sens, Thomas Dumet, maître de conférences en Sciences de l'Éducation, nous livre que l'expérience est « *attachée à une personne, constitutive du sujet même, et, en tant que telle, inaccessible aux autres* »<sup>185</sup>. Ces propos font surgir plusieurs questions. Dans notre situation, l'expérience ne trouve-t-elle sa source que dans l'expérience professionnelle antérieure ? La scolarité ne pourrait-elle pas être envisagée comme une expérience ? La lecture de l'article « *Vers une scolarisation de l'expérience et une professionnalisation du savoir* »<sup>186</sup> nous aide à trouver un début de réponses à nos questionnements. L'auteur de cet article distingue le fait d'« avoir de l'expérience » de celui de « faire l'expérience de ». De notre point de vue, le fait d'avoir de l'expérience serait plus en lien avec l'expérience acquise dans d'autres unités de soins. La notion d'acquisition d'expériences renforce d'ailleurs la notion de temporalité que nous avons abordée précédemment. Nous pourrions être tentés de la mettre en lien avec l'âge. Prudence, le soignant qui a fait le choix d'un changement de carrière bien qu'il soit plus âgé ne sera pas forcément plus expérimenté. A

---

<sup>181</sup> <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/exp%C3%A9rience/32237> (consulté le 19 avril 2021)

<sup>182</sup> Ibidem.

<sup>183</sup> <https://www.cnrtl.fr/definition/exp%C3%A9rience> (consulté le 19 avril 2021)

<sup>184</sup> <https://journals.openedition.org/questionsvives/1372#tocto2n2> (consulté le 18 avril 2021)

<sup>185</sup> Ibidem.

<sup>186</sup> Ibidem.

contrario, « faire l'expérience de » pourrait, selon nous, se relier à des situations scolaires. Elles peuvent être perçues comme les situations idéales afin de mettre à l'épreuve nos connaissances théoriques à la réalité du terrain tout en bénéficiant de la protection du statut d'étudiant. Donc, ces deux types d'expériences peuvent coexister. A travers ces propos, ce que nous tentons d'illustrer est que les apports de l'expérience, qu'elle soit scolaire ou professionnelle, se traduisent par une augmentation de la compétence, de la performance et de l'efficacité.

Pourrions-nous dire qu'il y a un type d'expériences préférables ? La réponse est « non ». Notre mode de pensées et les nombreuses contributions de cette Épreuve Intégrée nous conseillent de tenir compte de l'expérience de chacun, quelles qu'en soient ses sources. La conceptualisation de la notion d'expérience nous porte à croire qu'elle ne s'acquiert pas uniquement dans un milieu professionnel. Elle place ainsi ce concept comme l'une des clés d'adaptabilité de l'accompagnement professionnel que nous voulons mettre sur pied.

Pour contextualiser cette réflexion à notre problématique, prenons un exemple. Au cours de notre carrière, nous avons été amenés à encadrer et à accompagner de nouveaux soignants aux profils bien différents : certains avaient acquis une expérience professionnelle là où d'autres avaient acquis une expérience scolaire. Nos modes d'accompagnement ont fondamentalement été différents. Certains issus de la première catégorie sont arrivés de milieux de soins diamétralement opposés aux nôtres. Et, pourtant, en vue de les rassurer, nous leur avons livré notre vision des choses. Selon nous, certaines pratiques et compétences utiles à la pratique soignante sont transversales et donc, par défaut, adaptables à chaque milieu de soins. Nous pensons notamment à la compétence informatique, au respect des horaires, à la prise de paramètres, etc... Cette pratique a donc été l'un des piliers centraux afin de motiver et d'impliquer ce type de nouveaux soignants. Pour les autres, disposant d'une expérience scolaire, nous prônons une attitude d'ouverture d'esprit à leur égard en leur assurant que, selon nous, les nouveaux soignants ne sont pas qualifiés de ne rien savoir faire. Nous les avons rassurés sur le fait qu'il y avait, d'une part, toute une série de savoirs qu'il s'agissait de transformer en compétences en les adaptant à la réalité de terrain ; d'autre part, nous avons aussi tenté de les mettre en confiance en leur livrant que leur œil novateur sur des pratiques ancrées depuis des décennies pouvait être un réel apport pour nous.

Finalement, nous avons pris, comme élément fondateur, quelques définitions afin de concrétiser ce que l'on peut caractériser d'expériences. Nous avons pu comprendre qu'elle donne la place à une mise en situation d'un individu, ici, le nouveau soignant. Avec la théorie de Thomas Dumet, nous avons pu mettre en avant le fait que toute expérience est

individuelle. Ensuite, la découverte d'une phrase dans une lecture d'auteur nous a donné l'opportunité de faire la distinction entre « avoir de l'expérience » et « faire l'expérience de ». Cette distinction est le support que nous avons utilisé pour faire apparaître, dans notre situation, que deux types d'expériences coexistent. Les contextualiser nous autorise à penser que l'une comme l'autre sont profitables dans des mesures différentes. L'un des impératifs semble donc être une fois de plus : l'adaptation. L'un des apports judicieux de ces quelques lignes est qu'il nous livre que l'expérience peut être mise à profit en vue d'augmenter la compétence, la performance et l'efficacité. C'est une belle occasion qui nous est donnée pour aborder l'un des autres facteurs d'adaptabilité de l'accompagnement : la compétence.

### c) La compétence :

Comme nous venons de l'aborder, la compétence pourrait être assimilée à l'une des plus-values de l'expérience. C'est une notion complexe. Il est évident qu'elle ne se définit pas d'une seule façon. Sur base de quels éléments peut-on développer la compétence ? Pourrions-nous être compétents sans avoir des compétences ? Au début, c'est avec l'aide de plusieurs définitions que nous tenterons de comprendre ce que ce mot peut bien signifier. Nos lectures nous ont permis de prendre connaissance de deux conceptions. Toutes les conceptions des compétences sont-elles similaires ? Existe-t-il des prérequis à ces compétences ? Comment pouvons-nous les envisager dans notre situation ? C'est sur base de tous ces éléments que nous avons voulu la conceptualiser.

Pour nous aider à la clarifier, nous avons lu divers articles. Avant d'apporter des conceptions en lien avec la compétence, nous allons la définir. Le Larousse indique que la compétence est une « *capacité reconnue en telle ou telle matière en raison des connaissances possédées et qui donne le droit d'en juger* »<sup>187</sup> et ajoute qu'elle peut également être une « *aptitude d'une autorité à effectuer certains actes* »<sup>188</sup>. Le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales nous dit qu'elle est la « *capacité que possède une personne de porter un jugement de valeur dans un domaine dont elle a une connaissance approfondie* »<sup>189</sup>. Ici, cet ensemble de définitions reste général mais elle autorise déjà à se faire une idée de ce que peut être la compétence. Nous voyons qu'elle est du ressort de la capacité et de l'aptitude qui résultent d'une connaissance pointue. Elle permet, par sa

---

<sup>187</sup><https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/comp%C3%A9tence/17648> (consulté le 20 avril 2021)

<sup>188</sup> Ibidem.

<sup>189</sup><https://www.cnrtl.fr/lexicographie/competence#:~:text=%E2%88%92%20DR.,publique%20%C3%A0%20effectuer%20certains%20actes>. (consulté le 20 avril 2021)

maitrise, de pouvoir juger celle des autres. La notion de jugement est assez intéressante et utile pour notre contexte. Elle permet de prendre la mesure que, par leur statut d'experts, les membres de l'équipe ont une place légitime dans l'évaluation des nouveaux soignants. De plus, cette contribution est le premier point qui permet de créer du lien avec le concept d'expériences. Nous l'avons vu : l'une des plus-values de l'expérience est qu'elle est incubatrice de savoirs. Elle permet ainsi de l'envisager comme un mode opératoire afin d'augmenter ses propres ressources. Pour s'assurer que la compétence peut trouver sa source dans le milieu professionnel, nous avons retenu la définition proposée par le Mouvement des Entreprises de France. Elle évoque la notion de compétence professionnelle. En ce sens, le Mouvement des Entreprises de France déclare que « *la compétence professionnelle est une combinaison dynamique de connaissances, de savoir-faire, d'expériences et de comportements s'exerçant dans un contexte précis* »<sup>190</sup>. Par sa définition, cet organisme nous fait découvrir plusieurs subtilités. En plus de renforcer le lien entre l'expérience et la compétence, elle donne la possibilité de renforcer les conceptions que nous avons amenées précédemment. L'accompagnement ne se prête pas à le réduire à l'acquisition de la compétence technique. Il paraît aussi être en lien avec le comportement à adopter dans un contexte précis. Alors, l'intégration, l'accompagnement et les compétences qui y sont liés se voient rehaussés par un aspect multidimensionnel. Il est avenant de penser que l'intégration et l'accompagnement des nouveaux soignants font écho avec la précision de ce qu'est la compétence professionnelle.

Dans le but de faire passer la compétence du registre de « notion » à celle de « concept », nous allons aborder la théorie d'une personne de référence, Guy Leboterf, docteur d'État en Lettres et Sciences Humaines. Penchons-nous sur sa conception qui nous met en garde ; nous avons souvent tendance à ne pas distinguer : « être compétent » et « avoir de la compétence ». Selon lui, « être compétent » correspond au fait d'« *agir avec compétence* »<sup>191</sup> : « *mettre en œuvre des pratiques professionnelles et des combinaisons de ressources pertinentes* »<sup>192</sup> ; tandis qu'« avoir de la compétence » se qualifie par « *avoir des ressources pour agir avec compétences* »<sup>193</sup>. Dans notre situation d'intégration et d'accompagnement, l'un des enjeux correspondrait alors à transformer nos nouveaux soignants qui « possèdent la compétence » en « être compétents ». L'impératif deviendrait alors de mettre ses savoirs et ses connaissances, acquis par la formation, par la qualification

---

<sup>190</sup><http://www.lereservoir.eu/PDF/PV/BIBLIOTHEQUE/CADRE%20SANTE/COMPETENCES%20ET%20FORMATION.pdf> (consulté le 25 février 2021)

<sup>191</sup><https://www.cadredesante.com/spip/profession/pedagogie/Une-definition-de-la-competence> (consulté le 28 février 2020)

<sup>192</sup>Ibidem.

<sup>193</sup>Ibidem.



et par l'expérience scolaire, au service de nouvelles situations afin d'acquérir de l'expérience professionnelle. Par ce procédé, les nouveaux soignants se verraient alors dotés de nouveaux modes opératoires afin de répondre à une sollicitation du contexte. Sa conception permet d'amener de la nuance car rien n'est simple. Il nous dit que cette définition peut varier en fonction d'un curseur se déplaçant d'un extrême à l'autre. D'une part, le « *pôle des situations de travail caractérisées par la répétition, le routinier, le simple, l'exercice des consignes, la prescription strict* »<sup>194</sup>. D'autre part, le « *pôle des situations de travail caractérisées par l'affrontement aux aléas, à l'innovation, à la complexité, la prise d'initiatives, la prescription ouverte* »<sup>195</sup>. Si le curseur est proche de la situation prescrite, alors la compétence revêt le nom de « savoir-faire ». Cette vision des choses est voisine de la conception taylorienne, la compétence étant ainsi déterminée par la capacité de reproduire à l'identique. Nous pouvons prendre l'exemple de la validation d'un soin, de la prise de paramètres ou de la distribution des médicaments ; si elle est proche de la situation ouverte, elle est qualifiée de « savoir agir et réagir ». Ici, le but est de s'avoir s'adapter à une situation nouvelle et donc de savoir que faire, quand et comment le faire, en mobilisant nos compétences dans un nouveau contexte. La part belle est donnée à la prise d'initiatives, de décisions et de risques. Nous pourrions l'illustrer par la gestion d'un arrêt cardiaque. Les bénéfices des situations fermées que nous avons exposés antérieurement seraient alors transposables dans cette situation inédite. Ces bénéfices pourraient s'assimiler à la qualité des prises de paramètres, leurs interprétations autant que le procédé de la double vérification avant l'administration d'un médicament. Au départ, notre rôle de cadre de santé serait alors d'inscrire les nouveaux soignants dans des situations fermées pour les diriger, ensuite, doucement vers des situations de plus en plus ouvertes et inédites. La compétence pourrait donc finalement être la capacité « *d'exécuter le prescrit, mais d'aller au-delà du prescrit...* »<sup>196</sup>.

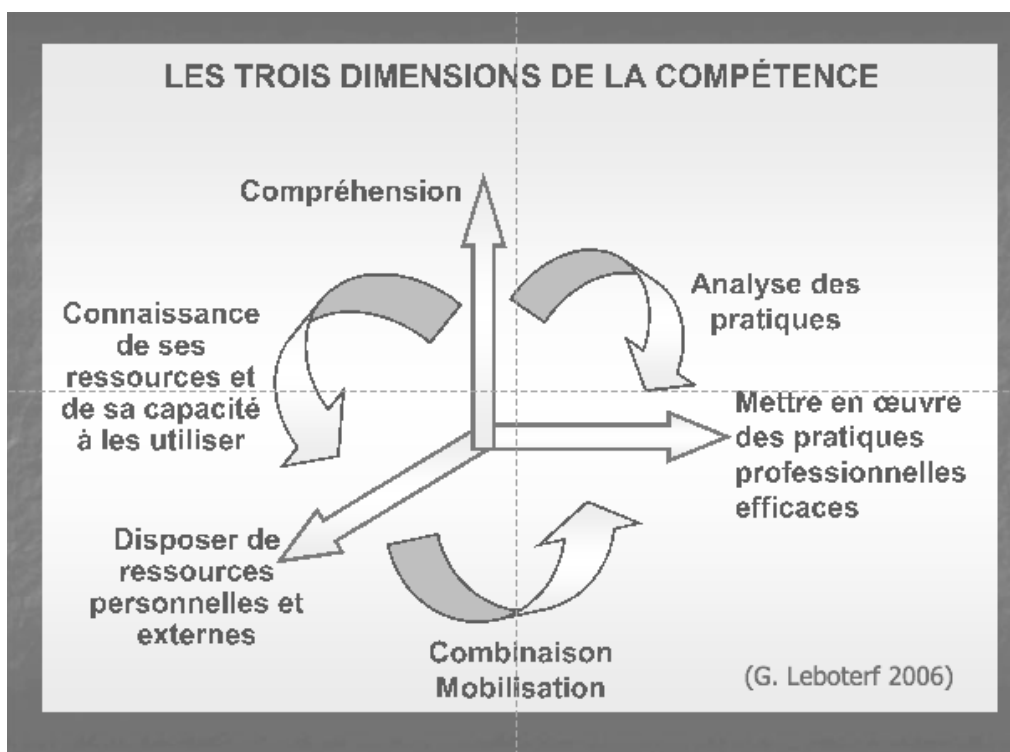
Un autre article citant Guy Leboterf donne trois dimensions à la compétence : la compréhension, la disposition de ressources personnelles et externes pour aboutir à la mise en place de pratiques professionnelles efficaces.

---

<sup>194</sup>Gourgout V., « Compétence et formation : à la croisée des chemins ? », in Objectif Soins n° 102, janvier 2002.

<sup>195</sup>Ibidem.

<sup>196</sup>Ibidem.



Cette illustration nous montre que la dimension initiale est la compréhension : pourquoi et sur base de quels savoirs mettre en œuvre cette pratique professionnelle ? Selon nous, elle serait fournie par la formation scolaire, renforcée par l'expérience et par la formation professionnelle qui est la base de toute action. Selon notre interprétation, elle est une action réfléchie basée sur des savoirs dans un contexte particulier. La connaissance des ressources et la capacité à les utiliser sont les socles de cette compréhension afin de pouvoir disposer de ressources personnelles et externes. Leur utilisation combinée peut être mise au service de la troisième dimension : la mise sur pied de pratiques professionnelles efficaces. Et c'est ici qu'intervient la notion d'analyse de pratiques qui est utile à l'amélioration continue ; se pose alors la question : notre pratique professionnelle est-elle adaptée ? Comment pouvons-nous l'améliorer ?

Une autre conception est celle d'Alain d'Iribarne, sociologue du travail. Bien que sa théorie ne soit pas tout à fait identique, son fondement présente des similitudes avec la conception de Guy Leboterf. Il place les compétences à trois niveaux. D'abord, il y a « *les compétences d'imitation* »<sup>198</sup>. Elles pourraient s'assimiler au fait d'« avoir des compétences » pour Guy Leboterf. Elles se traduisent par la reproduction d'actions et permettent des activités de

<sup>197</sup><https://www.cadredesante.com/spip/profession/pedagogie/Une-definition-de-la-competence> (consulté le 28 février 2020)

<sup>198</sup><http://www.lereservoir.eu/PDF/PV/BIBLIOTHEQUE/MANAGEMENT/CONCEPTIONS%20COMPETENCE.pdf> (consulté le 18 avril 2020)

répétition. Elles peuvent se rattacher aux situations prescrites apportées par Guy Leboterf. Puis, viennent les compétences de transposition. Le pari réside alors, sur base de situations données, à faire face à « *des situations imprévues mais proches, en raisonnant par analogie* »<sup>199</sup>. Cette idée permet de donner du crédit au concept de compétences transversales. Nous l'avons illustré plutôt : une série de compétences acquises dans certaines situations peuvent être envisageables comme transversales et transposables à d'autres contextes. Viennent, enfin, les compétences d'innovation qui sont profitables à des situations nouvelles et inédites ; elles poussent les nouveaux soignants au-delà de leurs propres compétences en « *puisant dans un patrimoine de connaissances et en recomposant à partir d'elles les éléments nécessaires à la solution* »<sup>200</sup>. Nous pouvons attacher ce genre de contexte aux situations très ouvertes que nous évoquons plus tôt. Dans ce cadre, « *la résolution de problèmes, l'élaboration de stratégies visant à mettre en œuvre une solution non préalablement identifiée* »<sup>201</sup> peuvent être autant d'atouts. Par cette présentation, nous comprenons bien que la conception de Guy Leboterf et celle d'Alain d'Iribarne, bien que différentes dans leur présentation, semblent faire des distinctions similaires entre différents niveaux de compétences. Au cours de la situation d'accompagnement, l'un des objectifs permet de croire qu'il s'agit d'accompagner le passage d'une situation très fermée vers une situation de plus en plus ouverte, au fil du temps, et d'encourager les expériences positives des nouveaux soignants. Sur base de ces dires, l'un de nos alliés, pour aider à identifier les moments les plus propices aux changements de situation, constitue l'équipe soignante. Ils ont une présence accrue sur le terrain et peuvent être perçus comme « nos yeux ». Nous vous invitons à la prudence. Vérifier la véracité des propos des membres de l'équipe en croisant leurs témoignages est un axe à poursuivre. Ce procédé laisse la place à la nuance d'avis et témoigne d'une plus grande représentativité.

Mais en quoi le niveau de compétences est-il important à prendre en compte dans notre contexte ? Selon nous, il s'agit de l'un des autres facteurs à prendre en compte pour adapter au mieux l'accompagnement des nouveaux soignants. Nous n'accompagnerons pas de la même façon le soignant fraîchement diplômé et celui ayant plusieurs années d'expérience. Cette observation permet de dire qu'il est donc important de prendre en considération l'expérience scolaire et/ou professionnelle antérieure de nos nouveaux soignants. Mais, restons vigilants : ce n'est pas parce qu'un infirmier travaille depuis plus de vingt ans que

---

<sup>199</sup><http://www.lereservoir.eu/PDF/PV/BIBLIOTHEQUE/MANAGEMENT/CONCEPTIONS%20COMPETENCE.pdf> (consulté le 18 avril 2020)

<sup>200</sup>Ibidem.

<sup>201</sup>Ibidem.

tout est acquis. Il se peut que son arrivée fasse l'objet d'un changement radical de domaines d'activités. Par exemple, rien n'interdit la demande de transfert d'un soignant de l'unité du bloc opératoire vers une unité de psychiatrie. Bien que la fonction soit la même, les compétences utiles, les outils et la réalité du terrain ne sont pas tout à fait similaires. Là où le support des soins est la relation en psychiatrie, une place prédominante est donnée aux actes techniques pour le bloc opératoire. Si notre accompagnement ne fait pas l'objet d'une adaptation, il peut être à la source de plusieurs frustrations. Afin de cerner ces niveaux de compétences, une piste avancée lors notre stage semble adaptée. Lors de notre stage au sein du centre d'insertion professionnelle « Le Pied à l'Étrier », avant le début de chaque formation, chaque stagiaire devait remplir un document d'auto-évaluation relatif aux compétences nécessaires pour devenir palefrenier. Nous pourrions envisager de faire remplir le même type de document aux soignants lors de leur premier jour. Il servirait plusieurs causes : voir comment les nouveaux soignants s'autoévaluent, où ils se situent par rapport aux attendus, clarifier les objectifs, diriger nos actions et celles de l'équipe soignante afin de créer un climat favorable à l'atteinte de ceux-ci. Toutes ces informations seraient utiles aussi afin d'adapter notre management aux nouveaux soignants et donneraient l'occasion d'aborder les différents styles de management que nous avons étudiés lors de nos cours. Toutes les informations seraient utiles aussi afin d'adapter les styles de management aux nouveaux soignants ainsi qu'à l'équipe.

Il nous semble utile de clarifier les styles de management. Suite à notre cours de psychosociologie, nous irons du plus fermé vers celui qui favorise le plus d'échanges. Cette typologie est également en lien avec la situation, le niveau d'autonomie et de compétences du collaborateur que nous avons face à nous. Le premier est le style directif. Il est centré sur la tâche plutôt que sur le relationnel. Nous l'utiliserons lorsque les nouveaux soignants ne maîtriseront pas énormément de compétences, cela permettra de garder le contrôle en structurant l'action. Il peut aussi être approprié de l'utiliser pour diriger l'équipe soignante dans des situations d'urgences. Ce *modus operandi* ne laisse que peu de place à la créativité en faveur de l'autorité.

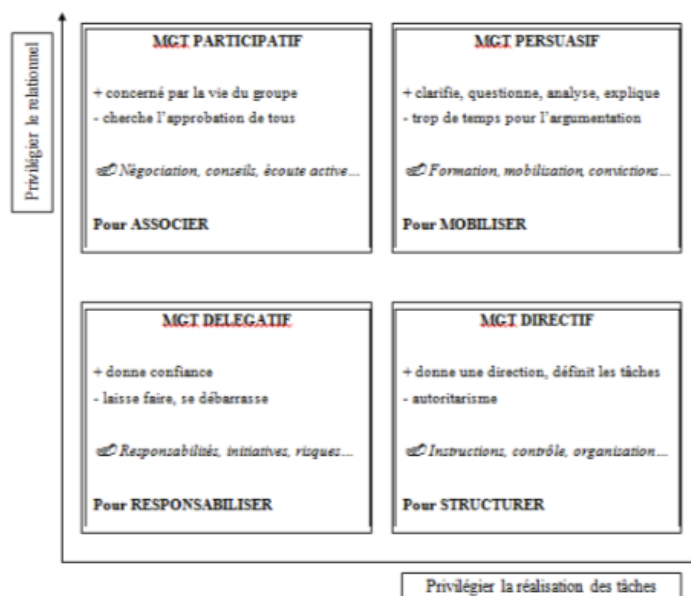
Ensuite, nous avons le style persuasif à la fois centré sur la tâche à accomplir et le relationnel. Il s'agit pour nous de convaincre les nouveaux soignants en leur expliquant et en argumentant pour qu'ils adhèrent, au moins en partie, à notre vision des choses. Dans notre situation, ce management s'illustre par des actions comme remettre aux nouveaux soignants la fiche de fonction, l'organisation du service. Le cadre de santé est « un

*mobilisateur d'idées, de vision et de motivation de son équipe* »<sup>202</sup>. Par ce rôle, le cadre peut aussi utiliser ce style afin de faire adhérer l'équipe soignante au projet d'intégration et d'accompagnement.

Puis, le style participatif qui conjugue à la fois le relationnel et la réalisation de tâches. C'est une occasion de travailler ensemble et de favoriser l'échange, la communication et la créativité. Il concerne autant les membres de l'équipe soignante que les nouveaux arrivants et implique notre équipe dans la démarche d'intégration et d'accompagnement. Mais écouter les nouveaux soignants sur les pratiques de l'équipe soignante pour les améliorer semble aussi être une piste à utiliser, avec les nouveaux, pour ce genre de management.

Et pour terminer, le style déléгатif qui regroupe le relationnel et la tâche à accomplir. Il permet de responsabiliser des collaborateurs dont le niveau de compétences et de motivations n'est plus à prouver. La part belle est donnée à l'autonomie étant donné que le soignant utilise la méthode et le moyen le plus adapté, selon lui, pour atteindre son but. Lors de son utilisation, le cadre de santé doit faire preuve de discrétion mais toujours répondre aux sollicitations. Selon nous, la formation des nouveaux soignants par l'équipe est basée sur ce modèle. Nous identifions des « personnes ressources » qui l'assurent et nous sommes là au besoin pour diriger les nouveaux soignants. Par ces explications sur les différents styles de management, nous voyons que rien n'est figé et qu'ils se doivent de répondre aux impératifs situationnels. Voici un schéma illustrant les différents styles de management :

203



<sup>202</sup> <http://ei.lereservoir.eu/EI%20CADRES/CHRISTELLE%20BEULLENS.pdf> (consulté le 06 mars 2020)

<sup>203</sup> Vantomme P., *Psychosociologie appliquée aux relations de travail*, cours de Promotion sociale Tournai, Année 2017-2018.

Par la conceptualisation de la compétence, nous pouvons mieux la cerner. Au départ de notre recherche, les nombreuses clarifications que nous avons voulu amener, sur base de différents dictionnaires et organismes, confèrent, à la compétence, le statut d'une capacité personnelle et individuelle qui autorise à juger de la compétence des autres personnes. Ces dires nous donnent l'opportunité de faire basculer les membres de l'équipe soignante d'un rôle de témoins à celui d'acteurs dans l'évaluation des nouveaux soignants. Une autre élucidation nous dit que la compétence, comme bon nombre de concepts de notre situation, est quelque chose de dynamique en lien avec un contexte précis. Cela permet de donner de la teneur à la pensée suivante : les enjeux de l'intégration et de l'accompagnement ne peuvent être réduits à l'acquisition de savoirs techniques.

Ensuite, en compagnie de Guy Leboterf et d'Alain d'Iribarne, nous avons voulu approfondir la notion de compétence en la conceptualisant. Ces théoriciens apparaissent tous les deux comme des références du sujet. Bien que leurs conceptions soient différentes, elles présentent de nombreuses similitudes. Tous les deux invitent à la distinction entre différents niveaux de compétences. Là où Guy Leboterf nous sensibilise au fait qu'« avoir de la compétence » et « être compétent » ne sont pas identiques, Alain d'Iribarne nous invite à faire la différence entre les compétences d'imitation, de transposition et d'innovation. Dans ces deux conceptions, l'un des objectifs communs prioritaires de l'intégration et de l'accompagnement semble identique : mettre la qualification, l'expérience scolaire et professionnelle, les compétences transversales des nouveaux soignants acquises au sein de situations antérieures plus fermées au service de situations de plus en plus ouvertes. Ils nous conscientisent, tous les deux, de manière différente : dans notre contexte professionnel, chaque situation que nous pouvons rencontrer oscille entre deux extrêmes : les situations très fermées d'un côté, les situations inédites de l'autre. Le rôle du cadre consisterait alors, au début, à inscrire les nouveaux soignants dans des situations très fermées. Puis, sur base d'expériences positives et de créations de nouvelles compétences, il s'agirait alors de les conduire vers des situations de plus en plus ouvertes et inédites. Sur base de cette configuration et afin de déterminer le meilleur moment pour ce changement, « nos yeux » et nos aides seraient l'équipe soignante. Un autre élément à prendre en considération est qu'initialement, il est préférable de donner des arguments et du sens aux actions que nous attendons des nouveaux soignants. Ainsi, par la combinaison de la compréhension du sens de leurs actions et par leurs ressources, ils pourront ensuite créer des pratiques professionnelles efficaces.

Sur base de ces éléments, nous pensons qu'il est judicieux de tenir compte du niveau de compétences de chaque nouveau soignant que nous avons à accompagner. Cela nous donne la chance d'amener une pratique rencontrée au cours de notre stage : l'auto-évaluation à la prise de fonction. Elle peut être perceptible comme un outil de pilotage de l'accompagnement. Un des derniers apports, en lien avec celui que nous venons de vous livrer, est que le style de management que nous avons abordé peut s'avérer être un outil bénéfique pour le cadre de santé. Ils permettent d'adapter notre management des membres de l'équipe soignante tout comme des nouveaux soignants sur base de toute une série d'éléments individuels mais aussi contextuels.

Pour achever ce chapitre, nous avons voulu mettre en évidence que la qualification, l'expérience et les compétences sont en lien. D'abord, les quelques paragraphes qui traitent de la qualification nous permettent de la comprendre. Le cadre de santé n'a plus à juger la qualification vu qu'elle est déjà validée par un diplôme. Nous pensions utile de savoir quel type de formation avait été suivi par les nouveaux soignants. Mais, à part réduire la personne à un type de qualification, cela ne semble pas approprié. Le réel apport de ce point est qu'il place la qualification comme un chemin par lequel toute une série de connaissances, de savoirs et de comportements sont acquis et validés. Elle est envisageable comme la source de ce que nous avons nommé plus tard l'expérience scolaire. L'un des bénéfices est qu'il permet de s'apercevoir que nous avons tendance à la placer comme l'un des premiers facteurs d'adaptation de l'accompagnement. Or, ce premier facteur revêt plus facilement le nom d'expériences que de qualification. C'est pourquoi, les alinéas suivants sont dédiés à l'expérience. Sa conceptualisation nous a mis face à la différence entre le fait d'« avoir de l'expérience » et « faire l'expérience de ». Le premier s'acquiert au sein de situations professionnelles tandis que le second pourrait trouver sa source dans la scolarité et donc, dans la qualification. Par cette illustration, en plus d'assurer le lien entre qualification et expérience, nous prenons la mesure que chaque nouveau soignant possède de l'expérience ; celle-ci peut prendre deux formes différentes : scolaire et professionnelle. Ainsi, elle constitue un élément d'adaptation du management de l'intégration et de l'accompagnement. Pour assurer le lien entre l'expérience et la compétence, c'est vers les plus-values de l'expérience que nous pouvons nous tourner. Elles semblent être l'augmentation de compétences, de performances et d'efficacité. C'est par cet apport que nous pouvons les mettre en lien. L'expérience serait donc un moyen d'augmenter la compétence.

Maintenant que nous avons pris la mesure de quelques facteurs influençant l'accompagnement, il est temps de conclure ce chapitre.

## 6. Conclusion :

En guise de conclusion de ce chapitre, nous allons vous offrir une synthèse des nombreux apports de la conceptualisation de la notion d'« accompagnement ». A titre global, celle-ci a su mettre en évidence les multiples liens qui peuvent exister entre le concept de l'accompagnement et celui de l'intégration. Nous pourrions dire que l'intégration constitue l'objectif tandis que l'accompagnement est le moyen pour y parvenir.

Nous avons commencé par vouloir cerner les enjeux de l'accompagnement. L'un des principaux buts est d'autonomiser les nouveaux soignants. Celui-ci peut être mis au service de plusieurs autres objectifs de l'accompagnement parmi lesquels nous retrouvons notamment l'acquisition d'une nouvelle identité pour les nouveaux soignants mais aussi l'implication et la motivation de chaque acteur. Nous pourrions dire que la situation d'accompagnement est aussi profitable à l'équipe soignante, aux nouveaux soignants qu'au cadre de santé.

Plus tard, nous avons voulu définir l'accompagnement avant d'aller plus loin. L'étude de son étymologie et la clarification par la définition mettent en évidence que, dans la situation d'accompagnement, la place de l'action est centrale. De plus, elle assure la mise en lumière que, sans implication et sans motivations des parties prenantes, rien ne sera possible à l'exception de l'exclusion. Dans ce contexte, le rôle du cadre sera de faire en sorte que les actions de chacun s'additionnent. Au cours de ce chapitre, certains auteurs attribuent d'emblée le caractère de processus à l'accompagnement. Par sa dimension d'adaptation, nous émettons cependant quelques réserves. Pour nous, bien que certaines étapes soient formalisées, l'accompagnement oscille entre projet et processus. C'est également par l'élucidation du mot « accompagnement » que l'occasion nous a été donnée de confronter les notions d'accompagnateur et d'accompagnant. Chacune de ces typologies a ses caractéristiques utiles à notre contexte.

Ensuite, nous vous avons amené trois conceptions de l'accompagnement. Leurs avantages sont considérables. Bien que leurs fondements soient différents, les idées principales qui y résident présentent quelques similitudes. Toutes relient l'accompagnement aux sciences de l'éducation. Cette pensée rend possible l'élargissement des domaines de l'accompagnement. Ce point de vue évite de réduire l'accompagnement à l'acquisition de savoirs et rehausse le concept. A cela, il faut ajouter, qu'une fois de plus, nous sommes avertis sur le fait qu'il est normal que, dans un premier temps, les nouveaux soignants soient dans l'observation. Mais, au fil du temps, l'action de ceux-ci semble avoir une place de plus en plus grande. Ce que nous retenons également, c'est qu'il est préférable de ne pas mettre



les nouveaux soignants dans une position de soumission. Cela pourrait catalyser la prise d'initiatives, l'ouverture d'esprit, l'échange, le dialogue, la communication qui peuvent s'avérer profitables à notre problématique. Or, donner une place de choix aux nouveaux soignants ne peut pas être source de négligences des autres acteurs. L'implication de ceux-ci conditionne le succès de l'accompagnement. Cet aspect confirme le lien avec la conception de Jean-Marc Pilon. Il nous livre que la société a tendance à brimer les potentialités de chacun. Nous voyons donc, dans l'accompagnement, l'occasion idéale de mettre en avant les potentialités tant des nouveaux soignants que de l'équipe soignante. Les membres de l'équipe soignante sont autant d'atouts pour leurs connaissances techniques mais aussi pour leur maîtrise des règles, des normes et des valeurs. Prudence, cela ne leur donne pas le droit de bafouer le cadre dans lequel l'accompagnement s'inscrit. Par sa position centrale, le cadre de santé semble être la meilleure fonction pour assurer la mise en place de celui-ci et pour veiller à son respect.

Les quelques lignes sur les conditions optimales de l'accompagnement nous ont permis de renforcer notre opinion sur la place de l'échange. Il est au cœur de l'accompagnement. Nous vous disions précédemment que, pour rendre efficient l'accompagnement, il est préférable que les accompagnateurs ne se positionnent pas comme dominants. Nous envisageons donc celui-ci comme une relation partenaire. Mais, nous sommes conscients que, pour passer du statut d'inconnu à celui de partenaire, il est profitable de prendre son temps. Se projeter dans ce que pourraient être les conditions optimales de l'accompagnement nous donne l'opportunité de comprendre que, bien que les enjeux soient identiques pour chaque nouveau soignant, la richesse individuelle peut être mise au service de ceux-ci. Au cours de ce point, nous amenons le concept de « tutorat » qui se développe de plus en plus chaque jour. Or, nous pensons que certains revers de la médaille peuvent exister. Nous avons donc remplacé le concept de « tuteur » par celui de « treille ». Pour nous, il met en avant l'idée qu'il peut exister autant de chemins que de nouveaux soignants et il consent à ne pas réduire l'accompagnement qu'au seul tuteur mais en l'élargissant à l'ensemble de l'équipe soignante.

Avant de terminer le chapitre relatif à l'accompagnement, nous nous sommes penchés sur les différents domaines d'application de celui-ci. Notre vision initiale était assez réductrice. Une réflexion à ce sujet nous a ouvert les yeux. Les domaines de l'accompagnement s'avèrent être variés. Ce chapitre met également en évidence que celui-ci peut se rattacher à différents niveaux : l'institution ou l'unité de soins. La prise de conscience de ces divers niveaux replace une fois de plus le cadre de santé dans la position de coordinateur au centre de la stratégie d'intégration et d'accompagnement. Ce thème apporte sa pierre à l'édifice

par l'idée que chaque domaine de l'accompagnement ne suit pas une trame immuable. La temporalité de chaque domaine d'accompagnement est individuelle.

Enfin, nous avons abordé les différents facteurs d'adaptation de l'accompagnement. Nous n'avons sûrement pas été exhaustifs. Cependant, la mise en lumière de ces trois facteurs nous a permis de considérer que l'accompagnement peut s'envisager comme un outil adaptable. Nous pensons d'ailleurs que, si nous acceptons de l'adapter, il se verra optimiser. Les trois éléments à la source de cette adaptation semblent être l'objet de notre dernier point. Au cours de ce dernier, nous avons pu faire la distinction entre ce que sont la qualification, l'expérience et la compétence. La qualification dépend d'une formation scolaire et constitue la base d'une expérience scolaire. Par contre, l'expérience et la compétence s'acquièrent au sein d'un milieu professionnel ; elles sont individuelles et personnelles. Elles sont donc autant de pistes pour rendre adaptable notre management de l'accompagnement tant au niveau de l'équipe soignante que des nouveaux soignants. Compte tenu de ces éléments, les outils d'auto-évaluation, pour apprécier le niveau de compétences de chacun des nouveaux soignants, semblent un axe à poursuivre. L'avancée de tous ces éléments donne la part belle à notre pensée selon laquelle l'accompagnement peut tenir compte de l'individualité des nouveaux soignants autant que du groupe, l'équipe soignante. Il est donc l'occasion idéale d'inclure une équipe soignante et les nouveaux soignants dans un projet d'équipe commun.

## CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Nous voilà arrivés à la fin du développement de notre Épreuve intégrée. Pour nous, il ne s'agit pas d'un point final mais d'un support de réflexions et de perspectives. Nous avons voulu être le plus conceptuel possible mais le temps alloué et le souci de concision nous ont obligés à fixer des limites. L'un des objectifs de ce travail est de rendre concrète notre problématique. Les questionnements, les discussions, les lectures se sont vite placées comme des ressources bénéfiques. La méthode que nous avons voulu mettre en pratique est celle de l'entonnoir : partir de la périphérie pour, lentement, nous diriger vers le cœur de notre problématique.

Le socle de notre développement est une première question : « l'intégration et l'accompagnement s'envisagent-ils comme un projet ou comme un processus ? » Initialement, cela était très clair dans notre esprit : l'intégration semble être le résultat d'un processus d'accompagnement aux formes diverses et variées. Est-ce une vérité ? Nous allons vous exposer nos conclusions. L'intégration, bien que son seul enjeu, en tout cas le plus prééminent, soit l'acquisition de normes, de règles et de valeurs, peut faire l'objet d'un projet individuel d'intégration pour chaque nouveau soignant. Nous ne pouvons pas nier que le cadre reste prescrit. Or, l'acquisition des différentes intégrations ne doit pas impérativement se faire dans le même sens pour tout le monde, chacun y réagissant différemment. C'est pourquoi nous pensons qu'elle semble s'adapter au concept de projet sur base, notamment, de son caractère unique. C'est d'ailleurs ce cheminement qui est à l'origine du titre de la section relative à l'intégration. Quant à l'accompagnement, bien qu'adaptable, il serait l'objet d'un processus au service de différentes formes d'intégration. Il permet de donner toute une série de repères aux nouveaux soignants qui sont confrontés à un nouveau contexte. Selon nous, il est un chemin institutionnel jalonné par toute une série d'étapes « intransigibles » : accueil par l'ICANE, formations aux divers programmes informatiques, rencontres des « tuteurs », évaluations à trois, six, neuf mois, etc... Cela permet finalement de donner des repères aux nouveaux soignants. Par son caractère systématisé, il revêt l'aspect d'un processus. Permettez-nous d'apporter la nuance. Tout comme pour l'intégration, chacun des nouveaux soignants y réagit différemment. C'est pour cette raison que le cadre de santé peut coordonner et rendre adaptable ce processus à la personne qui le vit. Il peut le faire tant en accompagnant l'équipe soignante qu'en accompagnant les nouveaux soignants. L'ouverture d'esprit, transmise par notre formation, nous encourage à poursuivre la voie qu'il existe quasi autant de chemins d'accompagnements que de nouveaux soignants. Un autre apport de notre formation est

qu'elle nous a appris que la vérité ne se trouve pas forcément dans les extrêmes des paradigmes. Elle oscille quelque part au milieu de ces deux pôles. L'exigence devient alors l'adaptation. Sur base de cette réflexion, voici l'une des conclusions à laquelle nous arrivons : « l'un comme l'autre ne peuvent-ils pas, par leur caractère adaptatif, s'apparenter au néologisme de « projet-cuss » ? »

Le fruit des deux chapitres suivants nous permet de placer les nouveaux soignants au cœur d'une problématique composée de nombreux acteurs tant au niveau contextuel qu' au niveau humain. Ces niveaux permettent de prendre la mesure que chacun des nouveaux soignants est unique. Cette caractéristique s'appuie sur le fait que la qualification, l'expérience, la compétence et leur conception de l'accompagnement sont , chaque fois, différentes d'un nouveau soignant à l'autre. Ces deux chapitres permettent de prendre en considération que l'équipe soignante, l'infirmier chargé de l'accueil des nouveaux et des étudiants, notre hiérarchie sont des acteurs tout aussi importants que ceux au cœur de notre problématique. Le manque d'implication de l'un de ces acteurs pourrait avoir des conséquences déplorables.

A la suite de ces deux chapitres, nous resserrons encore un peu plus notre champ de recherche pour nous attarder sur les deux concepts centraux de notre thème : l'intégration et l'accompagnement. Nous avons commencé par l'intégration. Il est, pour nous, l'enjeu principal pour l'ensemble des acteurs que nous venons d'aborder. Quoi de mieux que de pouvoir compter sur un nouveau membre de l'équipe compétent ? Il est l'un des objectifs que peuvent partager l'institution, l'ICANE, le cadre de santé et l'équipe soignante. Nous avons voulu présenter l'intégration comme le fruit de l'accompagnement. Il est perceptible comme un mode opératoire de l'encadrement face à un collectif, l'équipe soignante, dans un autre collectif, l'institution. Il est clair que notre priorité reste le collectif mais, en le considérant et en se rapprochant de notre situation, ne peut-on pas laisser une place à l'individuel ? Nous pensons mettre en place les deux au cours de notre démarche réflexive. D'une part, nous donnons une place à l'équipe soignante et à l'ICANE dans l'acquisition de l'intégration institutionnelle et dans l'unité de soins en tentant de convaincre qu'ils sont nos principaux atouts afin d'assurer le succès de l'intégration. Ils constituent une réserve inestimable de savoirs. C'est dans cette optique, que nous vous sensibilisons aux plus-values qu'ils apportent. D'autre part, nous pensons vous avertir qu'il est aussi adéquat de considérer l'individuel, le nouveau soignant, afin de potentialiser les chances d'une intégration bien menée. Cela peut donner lieu à un accompagnement adapté, voire individualisé. Au sein de la conceptualisation de l'accompagnement, nous le présentons comme l'un des moyens au service de l'intégration. Là aussi, nous attribuons une place tant

à l'équipe soignante et à l'ICANE qu'aux nouveaux soignants. Que ce soit dans l'intégration ou dans l'accompagnement, nous avons la pensée forte que l'adoption de position dominant/ dominé n'a que des effets très limités. Nous envisageons l'intégration et l'accompagnement comme une relation d'égal à égal, où chacun a un périmètre d'actions défini. Au travers de ces deux points, nous avons pu mettre en évidence qu'il existe un lien fort entre l'intégration et l'accompagnement. La mise en place ainsi que le déroulement de la stratégie d'intégration et d'accompagnement sont dynamiques. En fonction de la situation, l'action trouve sa source auprès de chacun des acteurs. De plus, tous deux permettent d'impliquer, de motiver et de reconnaître aussi bien les membres de l'équipe soignante que les nouveaux soignants. Par contre, ils assurent ces missions pour des motivations et par des méthodes différentes.

Mais quel est le rôle du cadre de santé dans cette problématique ? Nous avons pu mettre en évidence qu'il est le coordinateur utile à une pratique d'une telle envergure. Aux prémices, il assure un rôle de prévention. Il met au courant l'équipe soignante qu'une telle situation va apparaître. En clarifiant les tenants et les aboutissants de la raison de la venue d'un nouveau soignant, le cadre de santé peut déjà diminuer les résistances. Au niveau de l'équipe soignante, ce prétexte peut s'avérer idéal pour la responsabiliser, l'impliquer et la motiver dans une mission commune. En plus d'être la réserve de savoirs, elle est aussi profitable au maintien de la qualité des soins dont nous sommes responsables. Dans cet environnement, nous pensons qu'il est utile de ne pas nous cantonner à l'utilisation de tuteurs uniquement. Reconnaître les talents de pédagogues de plusieurs membres de l'équipe apparaît comme bénéfique. Du point de vue des nouveaux soignants, le rôle du cadre de santé est de soigner l'accueil et de manager l'accompagnement. Rendre transparente l'importance de nouveaux soignants peut être identifié comme un axe à poursuivre. Accompagner les nouveaux soignants peut aussi se traduire par l'identification du niveau de compétences. Le cadre de santé peut être perçu comme une aide par les nouveaux soignants afin de s'auto-évaluer, d'identifier leur axe de progrès et de formaliser des objectifs. Ainsi, par les différentes pistes d'adaptation proposées, le cadre peut ajuster son management de l'accompagnement tant aux nouveaux soignants qu'à l'équipe soignante qui se voit chargée de son opérationnalisation. Subséquemment, le cadre de santé, par sa position centrale, joue le rôle d'interface entre l'institution, l'équipe soignante et les nouveaux soignants. Il peut être assimilable à un relais entre les nouveaux soignants et l'institution à plusieurs occasions : en s'assurant, d'abord, que les nouveaux soignants ont bien suivi les formations constitutives du parcours d'intégration institutionnelle, en relayant, ensuite, les témoignages d'expériences relatifs au parcours d'intégration afin

d'améliorer ce dernier. Ce procédé peut se faire par l'intermédiaire de l'ICANE qui est lui-même le relais institutionnel du cadre de santé. Cette conclusion met donc en lumière que le cadre de santé occupe une position de choix dans l'intégration et dans l'accompagnement des nouveaux soignants : notre problématique initiale étant : Intégration et accompagnement des nouveaux soignants dans l'unité de soins : quels sont les missions et rôles du cadre de santé ? Nous avons fait le choix de nous arrêter ici en ne formalisant pas une démarche opérationnelle. Les raisons de ce choix sont multiples. D'abord, nous pensons avoir amené plusieurs éléments de réponses à notre question initiale. Ensuite, nous avons emprunté cette voie par souci de concision. Il est vrai que nous aurions pu envisager une démarche opérationnelle mais, par souci de qualité constante, nous avons préféré développer uniquement une démarche conceptuelle. Nous pensons également qu'une Épreuve intégrée trop volumineuse aurait pu être à l'origine d'un obstacle pour sa lecture. Cependant, cela ne nous empêche aucunement de vous livrer quelques perspectives que nous pourrions donner à notre exploration du sujet. Maintenant que nous avons clarifié plusieurs éléments parmi lesquels nous retrouvons les rôles et les missions du cadre de santé relatifs à la problématique de l'intégration et l'accompagnement, l'objet d'une future Épreuve intégrée pourrait être le traitement d'outils utiles au cadre de santé pour mener à bien l'intégration et l'accompagnement des nouveaux soignants. Notre problématique initiale pourrait donc être modifiée pour devenir : « Intégration et accompagnement des nouveaux soignants dans l'unité de soins : quels sont les outils mis à la disposition du cadre de santé ? »

Ce genre de problématique laisserait la place à une démarche opérationnelle. C'est pourquoi, nous nous sommes penchés sur quels outils pourraient nous être utiles. Avant de mettre en place toute une série d'outils chronophages, nous pensons qu'il existe une série d'actions peu chronophages qui peuvent faciliter l'intégration et l'accompagnement des nouveaux soignants. Nous pensons par exemple à l'aménagement des horaires afin d'avoir une adéquation entre les soignants experts et le besoin de formation des nouveaux soignants, de veiller à rappeler la participation aux diverses formations et de rendre les nouveaux soignants disponibles, de prendre le temps de répondre à leurs interrogations, d'assurer un entretien d'accueil, etc...

Nous pensons que, pour créer des repères, la présence d'un livret d'accueil en lien avec l'unité de soins permettrait de créer un cadre. Il pourrait contenir des informations organisationnelles telles que la présentation du cadre de santé, une photo de chaque membre d'équipe avec son nom et son prénom, une journée-type du service, une fiche de fonction, l'identification des infirmiers référents, etc...

Un autre outil utile au cadre de santé pourrait être l'auto-évaluation à la prise de poste. Cela permettrait de rendre transparentes les attentes que nous avons et aussi d'identifier les axes de progressions des nouveaux soignants. Ce genre de procédé pourrait faciliter la fixation d'objectifs et donner ainsi du sens aux actions. Cela nous donnera l'occasion d'aborder brièvement un autre outil : l'évaluation. Elle est pour nous un levier de motivations appréciable. Sur base d'éléments concrets, elle permet d'assurer le besoin de reconnaissance négative ou positive. Par ce biais, nous pourrions lister les forces et les axes de progrès des nouveaux soignants afin qu'ils ajustent leurs actions.

Afin d'aider les nouveaux soignants dans l'appréhension de leur nouveau lieu de travail, un autre outil très en vogue est le tutorat. Son analyse nous permettrait de voir s'il est la solution à « tout ». Ici, le but n'est pas de mettre sur pied une démarche opérationnelle dans sa globalité mais de réfléchir à quoi elle pourrait ressembler. Nous nous limitons donc à ces quelques outils et sommes bien conscients qu'ils sont bien plus nombreux.

Ces dernières années, nous avons pu voir que la ressource humaine soignante semble être une denrée rare ! C'est l'un des arguments qui plaide en faveur d'une intégration et d'un accompagnement de qualité pour les nouveaux soignants. Nous sommes persuadés qu'il s'agit d'un investissement capital tant pour l'institution, l'équipe soignante, les nouveaux soignants que le cadre de santé. Nous ne pouvons que nous réjouir que de telles pratiques soient mises en place sur le terrain. Or, cela est, pour nous, source de questionnements. Alors que nous apportons un soin précieux pour les nouveaux soignants, qu'en est-il des nouveaux cadres de santé ? Ainsi, une autre perspective différente pourrait être de traiter la problématique suivante : « De soignant à cadre de santé : management d'un changement de fonction. De quel accompagnement le cadre de santé pourrait-il bénéficier ? ». Nous y avons été préparés : il s'agit de faire le deuil d'une fonction pour une autre. Cependant, avant d'y être confrontés, nous n'avions pas idée de la place que prendraient ce deuil et ses conséquences. C'est pourquoi nous pensons que le traitement de cette problématique peut prendre tout son sens.

En guise de point final de cette Épreuve intégrée, nous vous livrons une citation de Jean Rostand, écrivain, moraliste, biologiste, historien des sciences et académicien, qui fait sens pour nous : « *Former les esprits sans les conformer, les enrichir sans les endoctriner, les armer sans les enrôler, leur communiquer une force, les séduire au vrai pour les amener à leur propre vérité, leur donner le meilleur de soi sans attendre ce salaire qu'est la ressemblance* »<sup>204</sup>.

---

<sup>204</sup><https://www.babelio.com/auteur/Jean-Rostand/54688/citations?pageN=2> (consulté le 10 mai 2021)





## BIBLIOGRAPHIE

### 🔗 Sites internet :

- <http://ei.lereservoir.eu/EI%20CADRES/CHRISTELLE%20BEULLENS.pdf> (consulté le 06 mars 2020)
- <http://youpiloulipo.blogspot.com/p/penser-le-sujet-et-la-personne.html#:~:text=Et%20quelle%20diff%C3%A9rence%20entre%20un,proximit%C3%A9%20avec%20la%20personne%20accompagn%C3%A9e> (consulté le 13 avril 2021)
- [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/arch\\_a1.pl?=&sql=\(text+contains+\(%27%27\)&language=fr&rech=1&tri=dd+AS+RANK&numero=1&table\\_name=wet&F=&cn=2000092933&caller=archive&fromtab=loi&la=F&ver\\_arch=001](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/arch_a1.pl?=&sql=(text+contains+(%27%27)&language=fr&rech=1&tri=dd+AS+RANK&numero=1&table_name=wet&F=&cn=2000092933&caller=archive&fromtab=loi&la=F&ver_arch=001) (consulté le 19 mars 2021)
- [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=fr&la=F&table\\_name=loi&cn=1967111008#:~:text=10%20NOVEMBRE%201967,.01%2D09%2D2001%3E](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=1967111008#:~:text=10%20NOVEMBRE%201967,.01%2D09%2D2001%3E) (consulté le 21 mars 2021)
- [http://www.entrees-libres.be/n38\\_pdf/jorro.pdf](http://www.entrees-libres.be/n38_pdf/jorro.pdf) (consulté le 17 avril 2021)
- <http://www.gestion-projet-informatique.vivre-aujourd'hui.fr/projet-definition-generale.html> (consulté le 16 janvier 2020)
- <http://www.lereservoir.eu/PDF/PV/BIBLIOTHEQUE/MANAGEMENT/CONCEPTION%20COMPETENCE.pdf> (consulté le 18 avril 2020)
- <http://www.lereservoir.eu/PDF/PV/BIBLIOTHEQUE/CADRE%20SANTE/COMPETENCES%20ET%20FORMATION.pdf> (consulté le 25 février 2021)
- <http://www.lereservoir.eu/PDF/PV/BIBLIOTHEQUE/CADRE%20SANTE/MUTATION%20CADRE.pdf> (consulté le 20 mars 2021)
- [http://www.michelvial.com/boite\\_06\\_10/2007-L\\_accompagnement\\_professionnel\\_une\\_pratique\\_specifique.pdf](http://www.michelvial.com/boite_06_10/2007-L_accompagnement_professionnel_une_pratique_specifique.pdf) (consulté le 15 janvier 2020)
- <http://www.qualiteperformance.org/lexique/processus> (consulté le 16 janvier 2020)
- <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Integration.htm> (consulté le 1 février 2020)
- [http://www.trigone.univ-lille1.fr/transformations/docs/tf02\\_a04.pdf](http://www.trigone.univ-lille1.fr/transformations/docs/tf02_a04.pdf) (consulté le 28 février 2020)
- <https://citation-celebre.leparisien.fr/citations/150013> (consulté le 28 février 2020)

- <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/hopital> (consulté le 13 mars 2021)
- <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2006/edh/deschamps.pdf> (consulté le 5 février 2020)
- <https://fr.slideshare.net/abdelhaqchnitef/gestion-unite-de-soins-chnitef-abdelhaqhsrrabat> (consulté le 15 mars 2021)
- <https://fr.wikipedia.org/wiki/Processus> (consulté le 16 janvier 2020)
- [http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id\\_Fiche=8365540](http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8365540) (consulté le 12 mars 2021)
- <https://journals.openedition.org/questionsvives/1372#tocto2n2> (consulté le 18 avril 2021)
- <https://lesdefinitions.fr/projet> (consulté le 16 janvier 2020)
- <https://ordrecrha.org/ressources/revue-rh/archives/la-reconnaissance-au-travail-de-la-gratitude-a-l-integration> (consulté le 5 février 2020)
- <https://sherpa-recherche.com/wp-content/uploads/Fiche-synthese-Le-concept-dintegration.pdf> (consulté le 15 janvier 2020)
- [https://wallex.wallonie.be/files/pdfs/1/Arr%C3%AAt%C3%A9\\_royal\\_portant\\_ex%C3%A9cution\\_de\\_l'article\\_17\\_bis\\_de\\_la\\_loi\\_sur\\_les\\_h%C3%B4pitaux%2C\\_coordonn%C3%A9\\_le\\_7\\_ao%C3%BBt\\_1987%2C\\_en\\_ce\\_qui\\_concerne\\_la\\_fonction\\_d'infirmier\\_en\\_chef\\_07-09-2006-.pdf](https://wallex.wallonie.be/files/pdfs/1/Arr%C3%AAt%C3%A9_royal_portant_ex%C3%A9cution_de_l'article_17_bis_de_la_loi_sur_les_h%C3%B4pitaux%2C_coordonn%C3%A9_le_7_ao%C3%BBt_1987%2C_en_ce_qui_concerne_la_fonction_d'infirmier_en_chef_07-09-2006-.pdf) (consulté le 20 mars 2021)
- <https://www.babelio.com/auteur/Jean-Rostand/54688/citations?pageN=2> (consulté le 10 mai 2021)
- <https://www.cadredesante.com/spip/profession/management/Les-outils-de-l-integration> (consulté le 5 février 2020)
- <https://www.cadredesante.com/spip/profession/pedagogie/Une-definition-de-la-competence> (consulté le 28 février 2020)
- <https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-l-action-2010-4-page-25.htm> (consulté le 27 février 2020)
- <https://www.cairn.info/revue-cahiers-internationaux-de-sociologie-2008-2-page-221.htm> (consulté le 30 janvier 2020)
- <https://www.cnrtl.fr/definition/arrivant> (consulté le 18 janvier 2020)
- <https://www.cnrtl.fr/definition/exp%C3%A9rience> (consulté le 19 avril 2021)
- <https://www.cnrtl.fr/definition/institution> (consulté le 13 mars 2021)
- <https://www.cnrtl.fr/definition/nouvel> (consulté le 18 janvier 2020)
- <https://www.cnrtl.fr/definition/processus> (consulté le 16 janvier 2020)
- <https://www.cnrtl.fr/definition/professionnaliser> (consulté le 27 février 2020)

- <https://www.cnrtl.fr/definition/projet> (consulté le 15 janvier 2020)
- <https://www.cnrtl.fr/definition/soignant> (consulté le 11 mars 2021)
- <https://www.cnrtl.fr/definition/tuteur#:~:text=Personne%20charg%C3%A9e%20%C3%A9galement%20de%20veiller,repr%C3%A9senter%20dans%20les%20actes%20juridiques.> (consulté le 17 avril 2021)
- <https://www.cnrtl.fr/definition/unit%C3%A9> (consulté le 15 mars 2021)
- <https://www.cnrtl.fr/lexicographie/competence#:~:text=%E2%88%92%20DR.,publique%20%C3%A0%20effectuer%20certains%20actes.> (consulté le 20 avril 2021)
- [https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg\\_2.pl?language=fr&nm=2008A24327&la=F](https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=fr&nm=2008A24327&la=F) (consulté le 13 mars 2021)
- <https://www.if-ic.org/fr/file?jobFunction=176> (consulté le 19 mars 2021)
- <https://www.jobintree.com/dictionnaire/definition-formation-80.html> (consulté le 15 janvier 2020)
- <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition-accompagnement/> (consulté le 27 février 2020)
- <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/comp%C3%A9tence/17648> (consulté le 20 avril 2021)
- <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/arrivant/5454> (consulté le 18 janvier 2020)
- <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/autonomisation/6780> (consulté le 27 février 2020)
- <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/formation/34643> (consulté le 15 avril 2021)
- <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/exp%C3%A9rience/32237> (consulté le 19 avril 2021)
- <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/implication/41913> (consulté le 5 février 2020)
- <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/motivation/52784> (consulté le 5 février 2020)
- <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/int%C3%A9gration/43533> (consulté le 1 février 2020)
- <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soignant/73228> (consulté le 11 mars 2021)
- <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/unit%C3%A9/80611> (consulté le 15 mars 2021)

- <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9ducation/27867> (consulté le 15 janvier 2020)
- <https://www.le-dictionnaire.com/definition/processus> (consulté le 16 janvier 2020)
- <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/integration/> (consulté le 1 février 2020)
- <https://www.littre.org/definition/projet> (consulté le 15 janvier 2020)
- [https://www.scienceshumaines.com/la-reconnaissance-au-travail\\_fr\\_22737.html#meme\\_rubrique](https://www.scienceshumaines.com/la-reconnaissance-au-travail_fr_22737.html#meme_rubrique) (consulté le 30 janvier 2020)

#### Articles :

- Gernet I, Dejours C., « Évaluation du travail et reconnaissance », in Nouvelle revue de psychosociologie, n° 2, 2009, pp. 27-36.
- Gourgout V., « Compétence et formation : à la croisée des chemins ? », in Objectif Soins n° 102, janvier 2002.

#### Livres :

- BRIZON H., L'intégration de nouveaux soignants, Guide – Suivi – Évaluation, Paris : Masson, collection Encadrer à l'hôpital, 2002, 108 p.
- Staelens T., *Analyse de la fonction cadre de santé*, cours de Promotion sociale Tournai, Année 2017-2018.
- Vantomme P., *Économie politique de la santé*, cours de Promotion sociale Tournai, Année 2019-2020.
- Vantomme P., *Psychosociologie appliquée aux relations de travail*, cours de Promotion sociale Tournai, Année 2017-2018.
- Vantomme P., *sociologie de la santé*, Cours de Promotion sociale Tournai, Année scolaire 2017- 2018.

## ABSTRACT

En quoi l'intégration et l'accompagnement des nouveaux soignants concernent-ils les cadres de santé ? La responsabilité de la qualité et de la sécurité des soins qui revient aux cadres de santé constitue déjà des éléments de réponses. Or, en 2020, le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé a publié un rapport dans lequel il met en évidence le manque de sécurité des patients. L'une des conclusions de ce rapport préconise d'augmenter le nombre d'infirmiers en vue de diminuer le ratio patient par infirmier à huit. Au cours de la crise Covid, avec l'augmentation de la complexité des cas admis à l'hôpital, nous avons été confrontés à la dure réalité du manque de personnel. Le seul engagement massif d'infirmiers suffirait-il à apporter des soins sécuritaires et de qualité aux patients ? Nous ne pensons pas ! C'est pourquoi nous estimons que l'intégration et l'accompagnement sont un sujet en lien avec le contexte dans lequel nous évoluons chaque jour. La rareté de la ressource soignante n'est-elle pas l'occasion de montrer qu'il est temps d'apporter un soin particulier à l'intégration et à l'accompagnement des nouveaux soignants afin de les fidéliser ? Mais quelle est la position du cadre de santé ? Est-il seul ? Quels sont les enjeux en de pareilles situations ? La teneur de ce travail est de fournir quelques éléments réponses à ces interrogations...

Mots clés : cadre de santé, nouveau soignant, intégration, accompagnement