

Accueillir pour intégrer ?

*Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de Cadre de Santé
Option infirmière*

**Brigitte
GLAESSNER**

Directeur de mémoire :
Jocelyne LECOURT-BLONDEAU
Cadre Supérieur de Santé

Sommaire :

« La confiance est le ciment invisible qui conduit une équipe à gagner ».

Bud WILKINSON

INTRODUCTION : 5

1. LA NATURE DU PROBLEME..... 7

1.1 Le questionnement..... 7

1.2 La problématique..... 11

2. ENTRE CONTEXTE ET CONCEPTS :..... 13

2.1 Approche contextuelle 13

2.1.1 *Les changements dans la perception du travail* 14

2.1.2 *L'identité professionnelle* 15

2.1.3 *La culture d'entreprise* 18

2.2 Le cadre réglementaire 20

2.3 Approche conceptuelle 21

2.3.1 *Accueil et accueillir*..... 21

2.3.2 *Le concept d'intégration* 23

2.3.2.1. *Une conception philosophique du mot « intégration »* 23

2.3.2.2. *Une approche sociologique du concept d'intégration* 24

2.3.3 *L'équipe* :..... 26

2.4.L'hypothèse..... 30

3. L'ENQUETE :..... 31

3.1.La recherche..... 31

3.1.1 *Méthodologie de la recherche*..... 32

3.2.2.1. *Choix de la méthode*..... 32

3.2.2.2. *Choix de la population* 33

3.2.2.3.	<i>Elaboration du cadre d'entretien : le canevas.....</i>	34
3.2.2.4.	<i>Le déroulement des entretiens.....</i>	34
3.2.2.5.	<i>Les limites des entretiens.....</i>	35
3.1.2	<i>Que retenir de la méthodologie de la recherche.....</i>	35
3.3.	Les résultats de l'enquête.....	37
3.2.1	<i>Classification.....</i>	37
3.2.2	<i>L'analyse.....</i>	38
3.2.2.1.	<i>Les résultats obtenus.....</i>	38
3.2.2.2.	<i>Déduction des résultats de l'enquête :.....</i>	40
3.3.	Synthèse de l'analyse.....	46
4.	LE PROCESSUS D'INTEGRATION :.....	47
4.1	Les enseignements tirés de l'analyse.....	47
4.1.1.	<i>Un rôle pour le cadre de santé.....</i>	49
4.1.2.	<i>Un processus, pourquoi ?.....</i>	51
4.1.3.	<i>La construction du projet.....</i>	53
4.2	Exemple de projet :.....	55
CONCLUSION.....		59
BIBLIOGRAPHIE.....		62
Ouvrages.....		62
Articles.....		64
Etudes et statistiques :.....		65
Documents multimédias :.....		65
ANNEXES.....		66
Annexe 1	<i>Extrait du référentiel ANAES.....</i>	66
Annexe 2	<i>Canevas d'entretiens IDE et AS.....</i>	69
Annexe 3	<i>Canevas d'entretien « cadre ».....</i>	70
Annexe 4	<i>Tableau des résultats.....</i>	71

<i>Annexe 5</i>	<i>Relevé des déterminants sociaux.....</i>	<i>72</i>
<i>Annexe 6</i>	<i>La roue de DEMING.....</i>	<i>73</i>
<i>Annexe 7</i>	<i>L'hexamètre de QUINTILIEN.....</i>	<i>74</i>
<i>Annexe 8</i>	<i>L'arbre des causes d'ISHIKAWA.....</i>	<i>75</i>
<i>Annexe 9</i>	<i>La pyramide de MASLOW.....</i>	<i>76</i>

Introduction :

Le choix

*« On peut commencer n'importe où,
même par le commencement »*

Jean-Claude CARRIERE

En deçà de la demande institutionnelle de réaliser un ouvrage dans une démarche de recherche, j'ai choisi de réfléchir à l'accueil des nouveaux soignants¹ et aux retentissements que ces premiers moments dans l'équipe pourraient induire en terme d'intégration.

Au cours de mon exercice professionnel, j'ai, à maintes reprises, eu l'occasion d'accueillir, les malades et leurs familles, les visiteurs mais aussi des collègues, des collaborateurs, des supérieurs hiérarchiques, des stagiaires, nombre de personnes intéressées par les soins, le fonctionnement de l'unité ou par l'établissement.

Si la littérature professionnelle est riche en ce qui concerne l'accueil des clients d'une institution de soins, force est de constater que l'accueil des agents est un sujet rarement étudié. Mais à l'instar de la procédure d'accréditation, les établissements de santé se sentent de plus en plus intéressés par le degré d'implication de leur personnel et par la qualité de l'accueil dont ils bénéficient.

En cela, ils rejoignent les pratiques du secteur industriel qui, depuis quelques années déjà, ont mis en place des procédures d'accueil s'inscrivant dans un réel processus d'intégration.

Chaque accueil est différent car chaque situation est différente, aussi, comme dans toute démarche soignante, il se doit d'y avoir des objectifs d'amélioration de la qualité.

L'accueil des nouveaux agents, a priori, semble n'avoir que peu de lien avec la démarche d'amélioration de la qualité des soins. Pourtant je ne conçois pas qu'une équipe puisse s'impliquer et se remettre en cause sans un minimum de stabilité en son sein. L'intégration des nouveaux soignants pourrait concourir à cette stabilité.

¹ Par « nouveaux soignants », j'entends tout personnel nouvellement recruté au sein d'une équipe soignante. Il en sera de même pour les termes : nouvel agent, nouveau personnel.

Ceci j'ai eu l'occasion de le constater lors de mon exercice professionnel en tant que responsable d'une équipe. Il m'a été donné l'occasion d'accueillir quelques collaborateurs dans des situations singulières, j'évoquerai donc celles-ci dans la première partie de cet ouvrage, elles illustreront mon questionnement. Mais d'une manière plus générale, tout au long de ma carrière, j'ai eu maintes occasions de le vérifier auprès de mes collègues, celles qui sont restées et celles qui sont parties.

Mais on ne peut parler d'accueil, d'intégration et d'équipe sans connaître véritablement le sens de ces mots, sens réel et sens supposé. Je propose de poser ces concepts (ou supposés comme tels) dans la deuxième partie et de les éclairer par le regard des auteurs tant en matière de psychosociologie du travail qu'en matière de management.

La troisième partie sera consacrée à l'enquête que j'ai pu mener ainsi qu'aux enseignements que j'ai pu en retirer. En confrontant les résultats de l'analyse et l'exposé des concepts, j'espère pouvoir démontrer l'importance de la phase d'accueil en regard du processus d'intégration et déterminer le rôle du cadre de santé par le biais d'une procédure d'accueil. Ce sera donc l'objet de ma quatrième partie.

En exergue de cet ouvrage permettez-moi de citer HUME dans un extrait du « *Traité de la nature humaine* » :

« Quand chaque individu travaille isolément et seulement pour lui-même, ses forces sont trop faibles pour exécuter une œuvre importante ; comme il emploie son labeur à subvenir à toutes ses différentes nécessités, il n'atteint jamais à la perfection dans aucun art particulier (...) »²

² HUME : « *Traité de la nature humaine* », éditions AUBIER, p 601

Chapitre 1

La Nature du Problème

Du constat à la problématique

« Même dans les pires conditions, je crois que les gens préfèrent être exceptionnels plutôt qu'ordinaires. Pour les encourager, il faut leur en donner la possibilité. »

Kenneth Hartley BLANCHARD

« *Au début était le Verbe* » pour paraphraser ce verset de la Bible, je dirais : « *Au début était la Question* ». Partant d'une constatation étayée par l'observation de plusieurs situations, je me suis interrogée sur les causes d'insatisfaction et de non-intégration que j'ai eu l'occasion de voir chez plusieurs collègues soignants.

1.1 Le questionnement

J'ai souvent entendu certains collègues se plaindre de leur travail, de leur établissement ou de leur équipe qui n'est jamais à la hauteur de ce qu'ils espéraient. J'ai moi-même éprouvé des difficultés à m'investir dans un travail tant je me sentais en décalage avec l'équipe, tant j'avais l'impression que leurs préoccupations, leurs valeurs étaient différentes des miennes, professionnellement parlant.

C'est lors de mon exercice en tant que responsable d'une équipe que j'ai eu à me questionner plus amplement sur les causes de difficultés rencontrées par les soignants. Certes elles peuvent être de différente nature, mais celles que je retiendrai pour l'heure, intéressent l'accueil.

A plusieurs reprises, j'ai eu l'occasion de constater l'importance de l'accueil des agents nouvellement recrutés, quelque soit leur fonction. Il me semble que le degré d'investissement de l'agent dépend directement de la qualité de l'accueil dont il a pu bénéficier. D'une part, parce que l'agent peut éprouver des difficultés à intégrer une

équipe ayant un fonctionnement spécifique. D'autre part, parce que le changement, quel qu'il soit, est générateur d'inconfort.

Sans oublier le facteur humain qui rend toute action managériale caduque si le cadre n'associe pas, dans une large mesure, les membres de l'équipe à cette démarche. Force est de constater que le chemin est difficile et semé d'embûches.

J'ai choisi trois situations pour illustrer mon questionnement. Trois situations singulières où le contexte est différent mais où l'objectif est le même : permettre à la personne d'assurer les missions qui lui sont confiées.

La première situation concerne l'arrivée d'un agent de service dans l'équipe. Il s'agit d'une mutation, celle-ci a été réglée par le responsable des ressources humaines.

Une semaine avant, je suis prévenue de l'arrivée d'un nouvel agent en remplacement d'un autre. Le jour de l'arrivée de l'agent coïncide avec une période de vacances scolaires et un effectif réduit. L'agent remplacé a déjà quitté l'unité. Absente ce jour-là, j'ai donc laissé le soin d'accueillir cette nouvelle collègue aux agents présents. La situation étant ce qu'elle est, il fut difficile de lui offrir un accompagnement pouvant répondre à ses attentes. A plusieurs reprises, je me suis rendue compte que ce soignant avait beaucoup de difficulté à trouver sa place dans l'équipe et que cela se ressentait au niveau de la qualité de son travail.

Lors d'une évaluation, quelques semaines après, m'étant ouverte de mes inquiétudes, l'agent évoque ses difficultés à s'impliquer dans le travail, ses doutes quant à son adaptation et son désir de quitter l'unité. En analysant avec lui l'historique de son arrivée, je ne peux que constater le défaut d'accueil et l'absence d'intégration. Nous décidons alors d'une stratégie pour lui permettre de se sentir mieux dans son travail. Stratégie qui portera ses fruits, mais au prix d'une remise en question de l'équipe et d'un accompagnement constant de ma part. Au total, l'intégration de cet agent n'a pu être effective qu'au bout d'une période d'un an.

La deuxième situation s'est effectuée dans d'autres conditions. Il s'agit aussi d'un agent, celui-ci faisant l'objet d'un recrutement direct, le directeur de l'établissement m'ayant délégué le choix de cet agent. Ma première expérience d'intégration d'un agent ayant été riche d'enseignements, j'ai imaginé une autre stratégie. Dans un premier temps, j'ai organisé un entretien préalable à l'embauche avec le candidat retenu. J'ai choisi le jour de son arrivée et structuré avec le concours de l'équipe un accompagnement au poste sur plusieurs jours. Ayant tiré quelques enseignements de la situation précédente, j'avais pris le temps de réaliser plusieurs actions et outils dont le but était de favoriser une adaptation optimale au poste.

Au bout du compte, les différentes mesures mises en place ont permis à cet agent de rapidement trouver sa place dans l'équipe et de s'impliquer au mieux dans son travail. Lors d'une évaluation, un mois après son arrivée, cet agent avait fait siennes les valeurs de l'équipe et se sentait concerné par les actions d'amélioration de la qualité des soins que nous mettions en place.

La troisième situation était différente des deux autres puisqu'il s'agissait d'accueillir la personne qui allait me remplacer. Je n'ai pas participé directement à la sélection mais j'ai été informée des démarches. J'ai adopté la stratégie mise au point lors du précédent recrutement. J'ai pu avoir plusieurs entretiens préalables avec cette personne et organiser son accompagnement à la prise de poste avec elle. L'enjeu étant d'assurer la continuité des projets d'amélioration que nous avions menés jusqu'alors. Cette expérience de passation de pouvoirs (si vous me permettez ce terme) a permis deux choses : la première étant d'assurer une continuité dans l'encadrement de l'équipe et la seconde fut pour ma part, le sentiment de réassurance de voir continuer les actions entreprises et ainsi pouvoir quitter sereinement cette unité. Quelque temps après, lors d'une visite de courtoisie, j'ai pu constater que l'accueil dont avait bénéficié mon collègue, lui avait été profitable et qu'il continuait les actions d'amélioration que j'avais initiées.

Partant du constat de ces expériences, qu'ai-je constaté ?

La phase d'accueil contribue dans une certaine mesure à l'intégration des soignants, et que le rôle du cadre de santé, par la dynamique insufflée, a permis à l'équipe de s'ouvrir à l'arrivée d'un autre membre. Mais ceci est un cas particulier, est-il possible, dans une certaine mesure, de généraliser ?

En parcourant la revue « Maîtriser », un article m'a interpellée par son titre : « *Pour un accueil quatre étoiles* » de Sandrine POUVEREAU³. Cet article décrit des procédures d'accueil de plusieurs entreprises françaises telle EDF-GDF. Cet article datait de 1997 pourtant il me semblait répondre à mes interrogations.

En 2000, la même revue publie un article de Marion DEYE « *Comment intégrer un nouveau salarié* », dans ce texte je trouve cette phrase de Rémi BRIOLAT :

«Aujourd'hui, on ne consacre plus guère de temps au nouvel arrivant. C'est pourtant un investissement indispensable qui permet à moyen terme d'augmenter la qualité et la productivité. La vraie richesse d'une entreprise est constituée des

³ POUVEREAU Sandrine, « *Pour un accueil quatre étoiles* », revue MAITRISER – n°4 – février 1997. p. 4-6

hommes et des femmes qui constituent son personnel. »⁴

Qu'est-ce qu'accueillir ? En quoi permet-il une amélioration de la qualité ? De grandes entreprises françaises se soucient de l'accueil de leurs personnels, pourquoi pas l'hôpital ?

J'ai aussi eu l'occasion de constater lors de mon stage en entreprise, l'intérêt, que les managers portaient à la phase d'accueil. Dans cette entreprise, les différentes phases de l'accueil faisaient l'objet d'un processus clairement identifié. Les différentes procédures décrivaient le mode de recrutement, les actions à mettre en place en terme d'accueil et d'adaptation au poste, ainsi que l'évaluation des compétences. Sur le long terme cette entreprise, malgré le coût engendré par ces mesures, y a gagné en productivité par une réduction de l'absentéisme et des départs prématurés, assurant ainsi une relative stabilité du personnel et donc un maintien des savoir-faire dans l'entreprise.

Je me pose la question des effets d'une telle démarche dans les structures hospitalières. Certes tout ne peut être transposable, les situations étant différentes mais peut être est-il possible d'y réfléchir ?

⁴ DEYE Marion, « *Comment intégrer un nouveau salarié* », revue MAITRISER - septembre 2000, p. 21-23

1.2 La problématique

L'arrivée dans un lieu inconnu ou peu connu est souvent ressentie comme un moment angoissant, source d'inconfort. Ceci est aussi réel pour l'équipe qui reçoit, chacun se faisant une représentation de l'autre fondée sur son vécu, ses expériences. Pour remédier à cette source d'inconfort, les uns et les autres peuvent développer des mécanismes de défense. Ceux-ci peuvent être à l'origine de difficultés ressenties, quand ce n'est pas le rejet pur et simple du nouveau.

Là est toute la difficulté d'accueillir, de permettre à chacun de trouver sa place dans une équipe, dans une organisation et dans une plus large mesure, dans une institution telle que peut l'être un établissement hospitalier.

Par ailleurs, je peux aussi constater l'importance de cette phase. C'est une période charnière qui peut être considérée comme initiatique en terme d'intégration. De par l'instabilité qu'elle peut générer dans l'organisation du travail et la dynamique de l'équipe, la gestion de ce temps n'est pas aisée.

Je me pose quelques questions :

- Pourquoi est-il plus facile de parler de l'accueil des malades dans les établissements de santé ?
- Pourquoi les équipes soignantes sont-elles si peu motivées pour accueillir leurs nouveaux collègues ?
- Qu'est-ce qui se joue lorsqu'un nouveau soignant arrive ?
- Pourquoi nombre de soignants se sentent-ils en dehors de leur équipe ?
- Est-ce que la manière dont est réalisé l'accueil a une incidence sur l'intégration du soignant dans l'équipe ?
- N'est-il pas, essentiellement, du rôle du cadre de santé de se préoccuper de l'accueil des personnels nouveaux ?

Partant de ce questionnement et de ce constat, je pose ainsi, en terme de cadre de recherche, la problématique suivante :

La position du cadre de santé permet-elle de générer une dynamique d'accueil au sein de l'équipe et ainsi concourir à l'intégration du nouvel agent ?

Mais peut-on parler d'intégration, d'accueil, d'équipe sans évoquer ce que ces termes signifient ou peuvent signifier ? Il me paraît aussi important de situer mon questionnement en regard des changements qui apparaissent en matière de représentations du travail.

Je constate aussi l'intérêt croissant que les Directions des Ressources Humaines portent à la phase d'accueil des agents, ceci dans un contexte social particulier mais aussi en regard de la procédure d'accréditation.

Se soucier de l'accueil des agents pour favoriser une meilleure intégration ne doit pas être seulement une préoccupation des institutions, elle doit aussi être intégrée à la démarche managériale des cadres de santé.

Chapitre 2

Entre contexte et concepts :

De l'accueil à l'intégration

« Tu connaîtras la vérité de ton chemin à la joie qu'il te procure »

ARISTOTE

Pour mieux situer ce qui peut se jouer au moment de l'arrivée d'un nouvel agent dans une équipe, je propose d'éclairer mon questionnement dans un premier temps par une approche du contexte.

2.1 Approche contextuelle

Dans l'approche contextuelle, j'ai choisi d'aborder les changements que l'on peut observer dans la perception du travail. Ces transformations du rapport au travail sont à prendre en considération dans la problématique de l'intégration.

De même je pense pas qu'on puisse parler d'intégration sans aborder son prolongement : l'identité professionnelle. Il ne peut y avoir de véritable intégration dans un groupe de travail sans construction d'une identité professionnelle.

Le troisième phénomène qui peut avoir une incidence sur l'intégration dans un milieu professionnel est la culture d'entreprise. De par bien des aspects, la culture d'entreprise peut aussi influencer sur l'intégration et la démarche d'accueil des nouveaux agents. Les différents rites d'accueil, de départ ou autres, l'adjectif possessif employé pour désigner une équipe, un établissement dans lesquels on travaille, peuvent s'apparenter à la culture d'entreprise.

J'ai choisi ces trois approches parce qu'elles peuvent se décliner au niveau de l'équipe soignante et aussi au niveau de l'établissement sanitaire. D'autre part cela montre, dans une certaine

mesure, que, comme les entreprises, les établissements hospitaliers ont beaucoup à gagner en se souciant du bien-être de leurs employés. La qualité de l'accueil, à l'instar de celui que les soignants peuvent avoir pour les malades, est en somme le reflet de la considération que peut avoir un établissement pour ses agents.

2.1.1 Les changements dans la perception du travail

Le rapport au travail change, c'est une réalité dans le secteur industriel et aussi, de plus en plus, dans la fonction publique hospitalière. Ce rapport change sur deux points essentiellement : la représentation sociale du travail et la vocation chez les soignants.

La représentation sociale du travail évolue depuis cinquante ans. Le travail n'est plus la valeur sûre qu'il était avant les années 1960.

La Première cause de ce changement est l'apparition du chômage de masse. Face à l'insécurité de l'emploi, les travailleurs cherchent une nouvelle valeur refuge qui justifie leurs droits et légitime leur condition d'Être humain. Être reconnu comme un individu, non pas uniquement par son travail, son emploi, sa profession mais par ce qu'il est en dehors de ce travail. Face à l'instabilité sociale, le travail n'est plus l'unique raison de vivre, la famille, la vie privée sont devenues les valeurs de ce siècle. La vie sociale se construit autour des relations amicales et/ou des actions bénévoles qui parfois n'ont strictement aucune relation avec le métier exercé.

La seconde cause est sans doute le mouvement de contestation de Mai 1968 et ce qu'il a engendré en terme de rapport à l'autorité, de place du travail dans la vie personnelle.

En premier lieu, le changement dans le rapport à l'autorité et l'avènement du « tout est contestable ». A vouloir lutter contre l'autoritarisme, les soixante-huitards ont refusé toute notion d'autorité, celle des parents, celle du supérieur hiérarchique, entre autres. Tout est devenu négociable, même le temps de travail.

La place du travail dans la vie a changé. Tous connaissent l'adage « travailler pour vivre et non vivre pour travailler ». Cette phrase reprend bien l'idée que la vie personnelle est devenue plus importante que la vie professionnelle. Mai 1968 a mis un point d'orgue à cela, la primauté de la vie personnelle, familiale sur la vie professionnelle.

La naissance de l'individualité sociale n'est pourtant pas de ce siècle, dès la fin du XIXème, les philosophes, tel Jeremy BENTHAM, développent cette idée que Philippe BERNOUX reprend en ces termes :

« Finalement, le travail apparaît comme une nécessité malheureusement pénible et déplaisante que l'homme cherche à fuir. La crainte de la famine est l'incitation au travail la plus répandue ; le reste, en particulier l'intérêt au travail, est tout à fait secondaire. »⁵

Cela conduit actuellement à une société de loisirs où les contraintes du travail entrent en ligne de compte. Les travailleurs ne veulent plus d'un travail qui empiète sur leur vie personnelle, qui entrave leur liberté de loisirs. Cela se constate de plus en plus au sein des équipes soignantes. Le poids que peut avoir le planning prévisionnel dans la sérénité d'une équipe et les difficultés qu'éprouvent les cadres d'en faire accepter tout changement, illustrent bien ce fait.

Néanmoins cela n'a pas que des désavantages puisque tout est négociable.

Le contexte de pénurie de soignants a aussi modifié les rapports entre les professionnels du soin et l'administration des établissements de santé. Les soignants sont devenus plus exigeants en terme de conditions de travail, d'avantages sociaux, de construction identitaire. Si les conditions ne les satisfont pas, ils n'hésitent plus à changer d'emploi, voire de profession.

Dans ce contexte de changement des mentalités, que dire de l'identité professionnelle ?

2.1.2 L'identité professionnelle

On pourrait croire que la recherche d'une identité professionnelle est opposable à l'actuelle représentation du travail.

Or s'il est indispensable de s'affirmer en dehors du travail, il apparaît tout aussi indispensable d'être reconnu de ses pairs dans la sphère professionnelle.

⁵ BERNOUX Philippe, « *La sociologie des organisations* », Ed° DU SEUIL – PARIS 1995 – 382 p – p. 47

Selon Claude DUBAR :

« Elle (la confrontation avec le marché du travail) s'effectue pour cette génération, dans des conditions historiques particulières : un fort taux de chômage (...); un processus rapide de modernisation technologique et de changements organisationnels dans les entreprises, les administrations, les services ; un allongement de la transition entre la sortie de l'école et l'accès à un emploi de plus en plus rarement considéré comme stable. C'est de l'issue de cette confrontation que vont dépendre les modalités de construction d'une identité professionnelle de base qui constitue non seulement une identité au travail mais aussi et surtout une projection de soi dans l'avenir, l'anticipation d'une trajectoire d'emploi et la mise en œuvre d'une logique d'apprentissage. »⁶

D'après DURHKEIM, l'identité professionnelle définit la personne de par son lien social. Force est de constater que le travail seul ne définit plus l'homme sociétal. Quelle est la définition de l'identité et particulièrement de l'identité professionnelle ?

Le Larousse définit l'identité comme : *« Caractère permanent et fondamental de quelqu'un, d'un groupe. »⁷*

Se poser la question du « qui suis-je ? », est-ce que cela définit ce qu'est l'identité ?

En répondant, « je suis comme », c'est un processus d'assimilation, en répondant « je suis différent », c'est un processus de différenciation. Ce mécanisme oscillant entre deux processus, est le schéma de la construction de l'identité qui oscille entre similitude et différence.

Claude DUBAR a écrit :

« L'identité humaine n'est pas donnée une fois pour toute, à la naissance : elle se construit dans l'enfance et doit se reconstruire tout au long de la vie. L'individu ne la construit jamais seul : elle

⁶ DUBAR Claude, *« La socialisation, construction des identité sociales et professionnelles »*, éditions ARMAND COLIN, PARIS 1991, 278 p. - p.123

⁷ LAROUSSE, 1990, p 518

dépend autant des jugements d'autrui que de ses propres orientations et définitions de soi. »⁸

L'identité peut être définie comme un système de représentations de soi étroitement liés à des systèmes de valeurs et à des représentations ou identités collectives.

L'identité permet de se reconnaître, de s'évaluer et de jauger la façon dont les autres nous définissent.

Cette identité évolue tout au long de la vie, l'identité professionnelle n'est qu'une étape.

D'après Isabelle CONSEIL :

« Les comportements de l'homme au travail sont le résultat de l'interaction entre celui-ci, son environnement et son lieu d'exercice professionnel. »¹⁰

L'identité professionnelle se construit ainsi sur l'identité individuelle, l'identité collective et leurs interactions avec la profession.

Pour situer l'identité professionnelle par rapport à un contexte soignant, je citerai Denise JODELET, psychologue :

« Du point de vue sociologique, l'identité infirmière se réfère à un champ de production (celui des soins de santé) et à un système de pouvoir. Il s'agit donc d'une identité collective définie par des rapports entre deux groupes : la profession médicale et son autorité, la profession infirmière et son identité. »¹¹

L'entreprise ou l'établissement de santé est alors un lieu identitaire où, à l'instar de l'école et de la famille, se crée une certaine socialisation. L'entreprise, l'établissement de santé, est alors investi d'un rôle de transmetteur des valeurs culturelles. Valeurs qui sont souvent liées à l'activité de l'entreprise et qui sont de plus en plus perçues comme des normes sociales.

Claudette LAFAYE pose la question : « *Peut-on pour autant parler de culture d'entreprise ?* »¹²

Je propose donc de définir la culture d'entreprise.

⁸ DUBAR Claude, op.cit. p. 7

¹⁰ CONSEIL Isabelle, « *La personnalité de l'infirmière et son incidence sur ce choix professionnel* » - éditions LAMARRE – PARIS 1990 – 158p. -p.55

¹¹ JODELET Denise, « *représentations sociales et identité* » - Revue Soins –Mai 2000 - N°645 – p. 44

¹² LAFAYE Claudette : « *La sociologie des organisations* » - Ed° NATHAN UNIVERSITE, col.128 – PARIS 1996 – 128p - p.76

2.1.3 La culture d'entreprise

Anthropologiquement parlant, « *le concept de culture désigne l'ensemble des normes et des valeurs, des représentations partagées, des façons de sentir, penser et agir qui fondent une société, une ethnie, ou un groupe spécifique.* »¹³

Claudette LAFAYE cite les propos de Maryse TRIPIER qui, dans les années 80, a observé ce qui se passait dans une entreprise métallurgique lors de son dépôt de bilan. Elle a pu constater que la culture d'entreprise se construit à partir de l'existant et qu'elle « *n'est pas un processus d'intégration d'où serait exclue toute réalité.* »¹⁴ Elle définit la culture d'entreprise comme conjointe à l'intégration des personnels. Le processus d'intégration comprenant l'identification au groupe et le partage des valeurs de l'entreprise.

Il est toutefois possible de considérer que les établissements hospitaliers sont en relative adéquation avec cette définition de la culture d'entreprise, de par :

- les normes et les valeurs des personnels soignants,
- les représentations partagées,
- la permanence d'un processus d'intégration (supposé existant).

L'établissement de santé est ainsi une organisation dans laquelle évoluent des travailleurs, desquels les soignants cherchent à se différencier, et des malades.

Il est plausible définir la culture d'une entreprise par ses fondations, tels son histoire, ses fondateurs, les métiers qui y sont exercés, les valeurs partagées, mais aussi par les symboles. Ce sont ces mêmes fondements qu'il est possible de retrouver dans les établissements hospitaliers : les fondateurs, l'histoire particulière lors de sa fondation ou plus récente, les valeurs partagées tels le respect de l'être humain, les logos, noms, qui en sont les symboles les plus parlants.

Je pourrais ajouter aussi, que les représentations mentales de chaque métier, les normes des comportements au travail, les moteurs organisationnels, le sentiment d'appartenance à une entité, sont autant d'indices qui permettent de déterminer la valeur culturelle des établissements de santé.

¹³ Ibid. p. 77

¹⁴ Ibid. p. 81

Pour résumer, même si le travail en lui-même, n'a plus la valeur sociale du début du XX^{ème} siècle, il n'en demeure pas moins un moyen de s'affirmer en tant que membre d'un groupe. Groupe qui se reconnaît par les valeurs partagées entre ses membres, mais aussi par l'image qu'il diffuse dans la Société. Ces deux axes permettent de définir une sorte de culture d'entreprise qui octroie à ses membres une certaine reconnaissance. Celle-ci étant un moyen privilégié de socialisation.

C'est dans ce contexte de socialisation que je situe mon questionnement sur l'intégration des personnels soignants par une démarche d'accueil. Toutefois, cela est à situer aussi dans un cadre réglementaire que je vais énoncer à présent.

2.2 Le cadre réglementaire

Ce contexte est à relier au cadre réglementaire en matière de législation.

De la réglementation de la profession infirmière, tant au niveau de la formation qu'au niveau de l'exercice, découle des valeurs et réciproquement. La profession de soignant est strictement réglementée et nombre de ses valeurs sont reprises dans ce cadre. Ces mêmes valeurs sont issues d'une évolution de la profession infirmière, des sœurs soignantes et dames patronnesses au mouvement social et identitaire de 1988.

Toutefois, un phénomène est apparu au cours de ces dix dernières années : l'évaluation du fonctionnement des établissements sanitaires. Cette évaluation s'est organisée en réponse à la demande croissante de la population et des pouvoirs publics, en matière de transparence et de compréhension du fonctionnement des hôpitaux, en matière d'exigence qualitative et en matière de maîtrise des coûts de la santé.

Le fait de soumettre ces établissements à un questionnement sur leur organisation, a obligé nombre d'entre eux à se pencher sur la question de la satisfaction des soignants au travail.

Si je considère le manuel d'accréditation, dans les références 6 et 11 de la gestion des ressources humaines, je note que « *des procédures d'accueil et d'intégration des professionnels et des stagiaires sont en place* » et « *des processus sont en place afin d'examiner et d'améliorer la qualité et la gestion des ressources humaines.* »¹⁵ Apparaît alors la notion d'un accueil permettant au soignant de se situer dans l'hôpital devenu une entreprise.

¹⁵ Cf. annexe 1, pp. 73-75 : « *Manuel d'accréditation version 1* », ANAES, références 6 et 11, 2003 - pp. 76-77

2.3 Approche conceptuelle

Le contexte a démontré le changement qui s'opère au niveau de la gestion des ressources humaines et la nécessaire prise en compte des besoins de l'individu au travail, ceci dans une situation d'amélioration de la qualité des soins. L'accueil et l'intégration deviennent alors une préoccupation des gestionnaires de ressources humaines et en premier lieu, des cadres de santé. Il est opportun de définir ces termes par l'éclairage des études sociologiques, enrichi de l'avis d'experts en management.

D'un point de vue sociologique, il n'est pas possible de considérer l'accueil comme un véritable concept, mais, puisque c'est l'objet de cette réflexion, il me paraît important de le développer. Je poursuivrai ensuite l'exposé par une approche du concept d'intégration et par une définition du groupe restreint qu'est l'équipe de travail.

2.3.1 Accueil et accueillir.

Accueil vient du latin « accipio » qui signifie : recueillir, apprendre, entendre, interpréter. Dans le Petit Robert, le mot « accueil » est ainsi défini : « *manière de recevoir quelqu'un, de se comporter avec lui quand on le reçoit ou quand il arrive* ». Cette définition évoque l'idée d'un acte dynamique, une action.

« Etre accueilli, c'est être attendu en vue de réaliser quelque chose, bénéficier d'un sourire, capter de la chaleur, bénéficier d'une démarche personnalisée (...) percevoir de la disponibilité en terme de moment, de lieu, de personne »¹⁶

Le verbe « accueillir » est défini comme l'expression active de l'accueil. Cette action se réalise à plusieurs. Il y a l'arrivant, objet de l'accueil, qui par sa capacité d'adaptation va pouvoir être réceptif aux différents gestes d'accueil. Il y a aussi ceux qui accueillent, qui ont mis en place plusieurs procédures, protocoles pour permettre à l'arrivant de pouvoir évoluer.

¹⁶ HESBEEN Walter et BONNET Henri : « *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin dans une perspective soignante* » - Ed° MASSON – PARIS 2000 – 195p. - p. 105

Accueillir, d'après une définition issue d'une taxonomie linguistique, c'est : « *Accepter d'être exposé à un stimulus et éventuellement manifester une disposition favorable à son égard* ». ¹⁷

Cette attitude fait appel aux capacités de réception, d'attention, d'intérêt. Les valeurs à privilégier proviennent de l'extérieur et prennent donc la valeur de stimuli.

Accueillir, c'est aussi apprendre à connaître, créer des liens. C'est aussi accepter l'autre tel qu'il est avec une histoire professionnelle et personnelle singulière. Rosette POLETTI, lors d'une conférence à BESANÇON le 1^{er} Décembre 2004, a défini le verbe « accueillir » en ces termes :

« C'est un acte, une attitude essentielle qui permet à celui qui arrive, d'entrer en contact avec ceux qui sont déjà présents ».

Ce peut être aussi « accompagner ». Arrivant dans un lieu inconnu, dans une équipe étrangère, le nouvel employé peut se sentir désorienté, déstabilisé. L'accompagnement prodigué lors des premiers instants apporte un sentiment de sécurité au nouveau et facilite les échanges.

Accueillir, en regard de l'équipe, est aussi l'occasion de se questionner sur ses valeurs, son fonctionnement, sur l'organisation des soins, sur ses rapports à l'autre.

En fait, accueillir, c'est déjà débiter une démarche d'amélioration de la qualité des soins. C'est mettre en place des éléments qui vont participer à l'intégration du nouveau soignant. C'est, à tout bien considérer, une source d'enrichissement mais souvent aussi une source de stress, tant par le temps qu'il faut partager avec le travail quotidien, que par l'énergie et l'investissement que cela suppose.

Les équipes soignantes ont une certaine habitude de l'accueil, d'accueillir. C'est même une des phases importantes de la prise en charge des malades, des personnes soignées. Pourtant en ce qui concerne les collègues, bien des équipes se trouvent en difficulté, se sentent remises en cause par l'arrivée d'un nouveau, d'un « étranger ». Une équipe n'est pas spontanément accueillante. Enfermés dans leurs habitudes pour ne pas dire leur routine de fonctionnement, les membres d'une équipe peuvent se sentir menacer, mis en danger par l'arrivée d'un nouvel élément. Accueillir demande alors un effort que tous ne sont pas capables de fournir.

¹⁷ Fiche descriptive « accueillir » sur le site :

www.discas.ca/cadreref/Documents/Taxonomie.html – 18 avril 2005

La phase d'accueil est un passage, une transition, elle est généralement étendue à la première semaine. C'est la première étape du processus d'intégration.

2.3.2 Le concept d'intégration

La majeure partie des écrits concernant le terme « intégration » fait référence au contexte de l'immigration et de l'enseignement.

2.3.2.1. Une conception philosophique du mot « intégration »

Dans les dictionnaires du langage courant, le mot « intégration » est généralement rapporté à deux verbes : intégrer et s'intégrer. Ce sont deux verbes d'action qui toutefois, n'ont pas tout à fait la même signification. Il est couramment admis par les sociétés savantes, que l'intégration est la résultante de ces deux opérations.

Intégrer signifie : « *Faire entrer dans un ensemble, un groupe plus vaste* »¹⁸.

D'un point de vue philosophique, c'est : « *établir une interdépendance plus étroite entre les parties d'un être vivant ou les membres d'une société* »¹⁹

A distinguer toutefois, du verbe « s'intégrer » qui signifie : « *s'assimiler à un groupe* ». S'assimiler, c'est se considérer et être considéré comme semblable. Lors d'un reportage sur France2, une agricultrice d'origine Catalane disait ces mots :

« *S'intégrer, quand on est émigrant en France, c'est souvent oublier ses origines pour ressembler aux Français.* »²⁰

S'intégrer demanderait donc de la part du nouvel arrivant, un travail de composition avec ce qui fait sa richesse, son individualité. Cela suggère de ce fait que ce serait à lui de faire l'effort de ressembler à l'équipe.

Intégrer laisserait à penser que c'est l'équipe qui s'ouvre, qui met en place des actions de manière à respecter le nouveau dans ce qu'il a de spécifique, d'original. Intégrer n'est pas « faire entrer dans le moule ». Ce serait, au contraire, s'enrichir au contact d'un autre qui

¹⁸ Le Larousse, édition 2001

¹⁹ Le Petit Robert, édition 1996

²⁰ Emission « *Thé ou café* » de Catherine CELLAC – France2 – 24 avril 2005

apporte une vision différente, parfois des idées nouvelles par son parcours professionnel singulier.

2.3.2.2. Une approche sociologique du concept d'intégration

L'approche sociologique et psychosociologique de ce concept reprend aussi l'idée générale d'une opération à deux inconnues.

M. GRAWITZ détermine l'intégration selon plusieurs approches :

- L'approche sociologique : « *partie ou groupe s'insérant dans un tout (collectivité sociale plus vaste), mais à des degrés divers et de façon différente suivant les domaines* »²¹. Ceci montre que l'intégration demande une dynamique d'implication de plusieurs acteurs dans un contexte donné : la collectivité.
- L'approche psychosociologique : « *à l'intérieur d'un groupe, l'intégration s'exprime par l'ensemble des interactions entre les membres, provoque un sentiment d'identification au groupe et à ses valeurs* ». ²² Il s'agit d'un processus impliquant différentes interactions entre le nouvel arrivant et les autres membres de l'équipe. C'est par ces échanges que va se construire l'identification au groupe.

Une autre valeur est à rapprocher de ce concept : la dimension culturelle. Celle-ci est l'ensemble des modèles, des valeurs, des normes qui sont la manière de penser du groupe et que le nouvel arrivant va devoir s'approprier. Pour R. SAINSAULIEU, cette dimension va permettre au groupe d'être capable d'actions coordonnées. L'intégration pourrait alors être considérée comme réussie si les éléments de la culture professionnelle font partie de la personnalité de l'arrivant. Ainsi, il pourrait être alors considéré comme un membre à part entière de l'équipe.

L'intégration peut être aussi abordée sous l'angle de la socialisation organisationnelle. Cette dernière est alors définie comme un processus d'apprentissage qu'il est nécessaire d'acquérir pour assumer un rôle dans une organisation. Il s'agit alors de l'appropriation des comportements et des attitudes qui caractérisent le groupe.

La socialisation organisationnelle est un processus à trois étapes :

- la socialisation anticipatrice, qui permet au nouvel employé de se construire une représentation de son futur lieu de travail.

²¹ GRAWITZ M., « *Lexique des sciences sociales* » - Ed° DALLOZ – PARIS 1994 – 420p. - p. 225

²² Ibid. p.226

- l'étape d'accommodation, lorsqu'il s'approprié son nouveau rôle, en découvrant les missions qui lui sont confiées par les relations et échanges avec les autres membres de l'équipe.
- le management du rôle, dès lors qu'il connaît les compétences et les savoirs qu'il doit mettre en jeu pour assumer ses missions et son rôle dans l'entreprise.

Pour Hervé SERIEYX :

*« Le développement de la personne dépend essentiellement de la capacité d'échange avec le milieu, du volume des échanges, mais aussi de la qualité et de la cohérence de ces échanges entre la personnalité et les différents milieux ».*²³

Il semble donc que l'intégration dans l'équipe soit une étape importante pour l'arrivant mais aussi pour l'équipe.

Rémi BRIOLAT²⁴ considère, pour sa part, que l'employé est réellement intégré dans l'équipe lorsqu'il peut effectuer, en toute autonomie, les missions qui lui sont confiées. Pour lui l'autonomie est la capacité à résoudre les problèmes en mobilisant ses compétences et ses relations dans l'entreprise. Hervé BRIZON émet l'hypothèse que les nouveaux soignants sont intégrés lorsqu'ils émettent le souhait d'acquérir de nouvelles compétences, lorsqu'ils se sentent motivés par leurs nouvelles fonctions et lorsqu'ils sont capables de s'investir :

*« Une intégration qui se passe dans des conditions optimale de confiance et de soutien aura des répercussions positives sur l'investissement du nouvel agent, notamment sur ses motivations et ses capacités à acquérir de nouvelles compétences »*²⁵

Un des facteurs qui génèrent de l'angoisse, est l'ambiance régnant dans la future équipe. Pour que les échanges, entre les différents membres du groupe, parviennent à se construire, l'existence d'un milieu favorable est nécessaire. Le nouvel arrivant a des représentations différentes, d'autres compétences à prendre en compte, ce regard neuf peut interpeller. Les pratiques mises en œuvre au sein de l'organisation s'en trouvent remises en cause.

Ceci met en exergue la nécessité d'un changement, soit dans la pratique professionnelle, soit dans le comportement du groupe et parfois les deux.

²³ SERIEYX Hervé, « *Le zéro mépris* » - Ed° INTEREDITIONS – PARIS 1995 – 233 p. p.63

²⁴ Op. Cit. pp. 21-23

²⁵ BRIZON Henri, « *L'intégration des nouveaux soignants* » - Ed° MASSON PARIS – 108p. - p. 12

L'équipe dans son inférence, dans sa dynamique, peut rejeter un arrivant qui ne correspondrait pas strictement à ses représentations, à ses attentes, à ses valeurs. L'équipe s'apparente alors à un groupe sociétal avec sa propre logique, ses rites d'acceptation tel que le décrivent Didier ANZIEU et Jacques-Yves MARTIN :

« (...) Relations affectives pouvant de venir intenses entre les membres (sympathies, antipathie, etc.) et constituer des sous-groupes d'affinités. Forte interdépendance des membres et sentiments de solidarité ; union morale des membres du groupe en dehors des réunions et des actions en commun ; différenciation des rôles entre les membres ; constitution des normes, de croyance, de signaux et des rites propres au groupe (langage et code du groupe). »²⁶

En fait, pour bien comprendre tout ce qui peut se jouer lors de l'arrivée d'un nouveau, il apparaît nécessaire de définir ce qu'est une équipe et, dans le contexte, le rapporter à l'équipe soignante.

2.3.3 L'équipe :

D'après Le Petit Larousse, « une équipe est un groupe de personnes travaillant à une tâche commune ou unissant leurs efforts dans un même but » et l'esprit d'équipe est « un esprit de solidarité qui anime les membres d'un même groupe ».

Roger MUCCHIELLI cite dans son ouvrage une parole du Professeur Robert LAFON :

« Il y a dans ce mot, (équipe) un lien, un but commun, une organisation, un double dynamisme venant aussi bien de la tête que de l'ensemble, une victoire à gagner ensemble. »²⁷

L'équipe est le siège de nombreuses interactions où chaque membre agit et réagit en liaison les uns par rapport aux autres. C'est aussi un groupe de référence qui fonctionne selon un certain nombre de normes. Le premier contact avec l'équipe a lieu lors de la phase d'accueil.

²⁶ ANZIEU Didier et MARTIN Jean-Yves, « La dynamique des groupes restreints » - Ed° PUF - PARIS 2004, 397p. - p.37

²⁷ MUCCHIELLI Roger : « le travail en équipe » Ed° ESF – PARIS 1975 – 168p. - p.6

D'autre part Pierre CAUVIN désigne l'équipe comme un lieu d'échanges et de solidarité :

« L'équipe est le lieu où se développe les solidarités, où se renforcent les actions de chacun par le jeu des échanges, où s'unifie l'activité, où se crée un esprit commun. »²⁸

L'équipe est aussi génératrice d'une productivité plus grande à celle des individus.

Selon Arthur PELL, *« cela (le travail en équipe) induit une productivité bien supérieure à celle des individus travaillant au maximum de leurs capacités. »²⁹* Le travail en équipe permet le partage de connaissances et des tâches à effectuer, cela est possible par l'esprit de coopération et le soutien de chaque membre de l'équipe.

Arthur Pell émet aussi l'idée qu' *« une équipe est un groupe de personnes qui travaillent en synergie avec le même objectif »*.³¹ Il introduit la notion que l'équipe au travail se distingue du groupe par la productivité.

Roger MUCCHIELI, dans son livre *« Le travail en équipe »* suggère que l'équipe est composée d'un nombre restreint de membres qui sont en interaction les uns avec les autres. Il reprend les paroles de R. LAFON : *« L'équipe est en nombre plutôt réduit »* ou du comité Hyacinthe DUBREUIL :

« L'équipe est un réseau de liens vivants. Elle s'arrête là où l'équipier ne la suit plus, ne la perçoit plus, se reconnaît incapable d'y exercer une action ».

L'équipe est ainsi le lieu d'interrelations qui sous-tend plus qu'une adhésion. Roger MUCCHIELI rapporte alors les propos de CHOMBARD DE LAUWE : *« (...) Il n'y a pas seulement une adhésion, il y a une acceptation et une volonté d'adhésion »*. Cette adhésion exige aussi un engagement personnel pour réaliser des actions complémentaires (dans un objectif partagé), il écrit :

« C'est un engagement, une communauté d'action, ce qui ne veut pas dire identité d'action mais plutôt complémentarité d'actions ».

Un esprit d'unicité découle de cette définition : *« toute modification d'un élément ou d'une relation entraîne la modification des autres éléments ou relations. »*

²⁸ CAUVIN Pierre : *« La cohésion des équipes, pratique du team building »* Ed° ESF PARIS 1997 – 223p. - p. 9

²⁹ PELL Arthur : *« Encadrer et motiver une équipe »* - Ed° VILLAGE MONDIAL – col. Les Echos – PARIS 2000 – 291 p. - p. 12

³¹ Ibid. p. 12

Il situe aussi la coopération en terme de co-responsabilité :

« Chacun concourt, tantôt par lui-même tantôt avec les autres, tantôt par les autres, à une succession d'action qui sont la raison d'être de l'équipe. (...) pas d'équipe sans travail d'équipe, sans le souci d'une efficacité. »

Roger MUCCHIELI amorce ici la pensée que la raison d'être d'une équipe est aussi l'existence d'un but à atteindre et c'est par « *l'identité du but* » que ce construit l'équipe. Pour appuyer son propos, il cite Hyacinthe DUBREUIL : « *si le but commun n'existe pas, l'équipe n'est qu'un agglomérat.* » Il reprend aussi les propos de R. LAFON :

« L'équipe est une coopération entre un nombre limité de professionnels différents (dans un même champ d'action) se considérant comme collectivement responsable d'une réalisation, ayant donc un intentionnalité commune, et étant en situation à l'intérieur d'une structure définie, dans un cadre stable et organisé. »

Cette organisation engendre aussi des contraintes, des limites qui semblent naturelles pour les membres de l'équipe : « *Ne pas jouer un jeu personnel, travailler pour l'équipe et se conduire en équipier* ». Roger MUCCHIELI cite à nouveau Hyacinthe DUBREUIL :

« Se mettre à plusieurs pour atteindre en commun un même objectif, c'est renoncer à un certain degré de liberté, c'est accepter une tactique commune, une coordination des efforts, une discipline. »³²

Ceci laisse entendre la nécessité d'une organisation, d'un cadre dans lequel évolue l'équipe avec une distribution des rôles et des missions de chacun où prime l'atteinte des objectifs, quand bien même cela induise une obligation de consensualisme.

Les termes de cette définition de l'équipe décrivent bien ce qui peut se jouer au sein d'une équipe soignante, si l'objectif commun est le « prendre soin ».

³² MUCCHIELI Roger, Op. Cit. pp. 6-7

Pour conclure ce chapitre, je dirais que l'accueil est une phase primordiale dans l'intégration d'un nouveau soignant, essentiellement dans le contexte de pénurie de personnel qualifié. Depuis plusieurs années, les entreprises du secteur industriel ont pris conscience de l'importance de ce temps initial. Les responsables des ressources humaines et les cadres ont mis en place différentes procédures qui facilitent l'intégration de leurs employés.

Intégration, équipe, socialisation, culture d'entreprise, tous ces mots rappellent un des rôles du cadre de santé : accueillir, accompagner le personnel soignant dans le cadre de l'établissement sanitaire.

Permettez-moi de citer cette phrase d'André GIDE : « *La première condition du bonheur est que l'Homme puisse trouver sa joie au travail.* »³³

³³ GIDE André : *Journal du 4 août 1935*

2.4. L'hypothèse

De par le stress engendré et les énergies qu'il faut déployer, une équipe n'est pas naturellement accueillante. Des difficultés existent. Il est donc nécessaire pour leurs cadres de stimuler chacun dans cet objectif commun : accueillir.

Dans le secteur de la Santé, il est plus courant de parler de l'accueil des malades. Cependant, dans le contexte de l'Accréditation, les établissements hospitaliers se soucient de plus en plus de l'accueil et de l'intégration de leurs personnels.

D'autre part, le regard neuf que peut apporter le nouvel arrivant peut favoriser un questionnement sur les pratiques et l'organisation en place. Ses savoirs, ses expériences antérieures sont une richesse pour l'équipe. Il est important dans un contexte d'amélioration de la qualité et de gestion des compétences de préserver ce capital humain.

L'aspiration à faire partie de l'équipe tient aussi des phénomènes d'identification et de socialisation propre à tout être participant à une collectivité. Faire partie d'une équipe, c'est peut être faire siennes ses valeurs mais c'est aussi contribuer à son efficience en partageant, en échangeant et cela dans un objectif commun : Prendre soin.

Le cadre de santé peut tirer des bénéfices d'une telle démarche. Bénéfices en terme de cohésion du groupe, en tant que leader de l'équipe, initiateur de projets, il devient le référent, le porte-parole de l'équipe. Il pourra être ainsi considéré comme personne ressource.

Dans le contexte tel que je l'ai décrit, je peux donc émettre une hypothèse qui me semble répondre au mieux à la problématique posée.

L'intégration d'un nouvel agent nécessite de la part du cadre de santé la mise en place d'un processus alliant, au niveau de l'équipe, la réflexion et l'élaboration d'une procédure d'accueil.

Chapitre 3

L'enquête :

Méthode et Analyse

*"Je ne travaille plus les techniques,
je cultive les hommes."*

Kazuo INAMORI.

3.1. La recherche

L'objet de cette enquête était de recueillir des informations et des sentiments sur l'accueil et l'intégration des agents interrogés. J'ai aussi souhaité connaître leurs représentations d'une équipe de travail.

J'ai, dans un premier temps, effectué une enquête exploratoire sur la place de l'accueil dans l'intégration des agents. J'ai interrogé des soignants de mon entourage ainsi que des managers en entreprise.

Les deux questions posées étaient : « Quel rôle peut avoir le cadre dans l'accueil d'un agent ? » et « Est-ce que la phase d'accueil est importante pour l'intégration d'un agent dans une équipe, et pourquoi ? ». En regard du cadre conceptuel, les réponses obtenues m'ont permis de déterminer des indicateurs :

■ **ACCUEIL :**

- Présence ou non d'un entretien avec le cadre supérieur de santé ou avec le cadre d'unité.
- Accueil par le cadre, par une infirmière ou par un autre membre de l'équipe.
- Présentation du service.
- Présentation du personnel.
- Visite de l'établissement.
- Durée de l'accompagnement au poste : une journée, moins d'une journée ou plus d'une journée.
- Impression très favorable, favorable, mitigée, négative ou très négative.
- Interviewé faisant des propositions d'amélioration.

■ **INTEGRATION :**

- L'agent a perçu une implication réellement du cadre de santé dans le processus d'intégration.
- L'agent a pu faire siennes les valeurs de l'équipe et a pu partager ses valeurs.
- L'agent se sent reconnu comme soignant à part entière et membre de l'équipe.
- Le soignant se sent soutenu tant par les membres de l'équipe que par le Cadre de santé.
- Au contact des membres de l'équipe et du cadre de santé, le soignant a pu améliorer ses connaissances et partager son expérience.
- Ses relations avec les collègues sont positives ou négatives.
- L'agent se sent impliqué dans l'équipe et s'investit dans les différents projets.
- L'agent utilise le « nous » pour parler de l'équipe ou de soi-même au travail.
- L'impression générale est positive, négative ou mitigée.
- L'intégration est effective, l'agent assume ses missions en toute autonomie ou il n'y a pas d'intégration.

■ **REPRESENTATION D'UNE EQUIPE :**

- L'équipe est une ressource en terme de soutien.
- Les membres de l'équipe sont solidaires et aidants.
- Les membres d'une équipe partagent les mêmes valeurs.
- Les échanges entre les membres de l'équipe sont nombreux et professionnels.
- L'équipe sait se faire confiance.
- L'équipe partage le même objectif.
- Le Cadre de santé est fédérateur de l'équipe, pourvoyeur d'informations, facilitateur mais aussi garant des soins dispensés.

C'est sur la base de ses indicateurs que j'ai construit le canevas d'entretien et la grille d'analyse des réponses.

3.1.1 Méthodologie de la recherche

3.2.2.1. Choix de la méthode

Pour étayer ce travail de recherche par l'observation de soignants, la méthode de l'interrogatoire semi directif nous a été proposée par l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation des Cadres de Santé.

L'entretien permet une approche qualitative et trouve tout son intérêt dans ce travail de recherche.

« Les domaines d'application de l'enquête par entretien sont multiples : peuvent être approchés par ce moyen ce qui est relatif à la vie intérieure de l'individu, le modes de vie des petites communautés, et plus généralement, tout se qui couvre les micros phénomènes sociaux. »³⁴

L'entretien semi directif permet ainsi de répondre à plusieurs objectifs tels que :

« L'analyse du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et auxquels ils sont confrontés : leurs systèmes de valeurs, leurs repères normatifs, leurs interprétations de situations conflictuelles ou non, leurs lectures de leurs propres expériences. »³⁵

C'est justement en ces termes que je souhaite conduire mon observation des soignants et surtout leur manière d'être.

Un des avantages de l'entretien est la relative souplesse qu'il permet à l'enquêteur mais aussi à l'interlocuteur.

« La souplesse et la faible directivité du dispositif qui permet de récolter les témoignages et les interprétations des interlocuteurs en respectant leurs propres cadres de références : leur langage et leurs catégories mentales. »³⁶

Cette méthode me permettra de confronter l'hypothèse émise avec les commentaires des personnes interrogées selon le cadre conceptuel exposé.

3.2.2.2. Choix de la population

Il me semblait important de recueillir l'avis de plusieurs catégories de personnel tout en restant dans la limite raisonnable de six interviews.

J'ai choisi d'interroger deux aides-soignantes, trois infirmières et un cadre avec chacun un parcours professionnel singulier. Le choix de ce panel répond à mon souci de ne pas limiter ce travail aux infirmières.

³⁴ BLANCHET Alain et GOTTMAN Anne, « *L'enquête et ses méthodes : l'entretien* », éditions Claire HENNAUT, SAINT GERMAIN DU PUY, 1992, 127p. - p 30

³⁵ QUIVY Raymond et VAN CAMPENHOUDT Luc, « *Manuel de recherche en sciences sociales* », éditions DUNOD, PARIS, 1995, 288p. - p 196

³⁶ Ibid. p 196

J'ai souhaité que les établissements dans lesquels évoluent ces professionnels n'aient pas de politique structurée en matière d'accueil de leur personnel. Les aides-soignantes et deux des infirmières appartiennent au même établissement, l'autre infirmière et le cadre sont des personnes que mon exercice professionnel antérieur m'avait permis de rencontrer.

Après avoir obtenu des directions des soins, les autorisations d'interroger leur personnel, j'ai pu organiser les modalités des entretiens et proposer des dates de rendez-vous à chacun. J'ai été largement aidée par le Cadre Supérieur de santé du premier établissement qui a mis son bureau à ma disposition.

J'ai rencontré les deux autres personnes à leur domicile, à la fois à leur demande et aussi pour une question de disponibilité de ma part.

3.2.2.3. Elaboration du cadre d'entretien : le canevas.

Selon les directives des cadres formateurs de l'Institut de Formation des Cadres de Santé et les conseils de mon directeur de mémoire, j'ai élaboré un canevas d'entretien. Celui-ci devait me permettre de confirmer mon hypothèse, ou de l'infirmer le cas échéant, en recueillant des informations pouvant être nécessaires à l'élaboration de mon travail. En fait, j'ai élaboré un canevas destiné aux infirmiers et aides-soignants³⁷ et un second pour le cadre de santé³⁸.

Dans un premier temps, j'ai expérimenté cette grille auprès de mes collègues infirmières et étudiants cadres. Cette phase de test m'a permis d'ajuster au mieux le choix des mots et de vérifier la pertinence des items choisis en regard de l'hypothèse. Ces tests ont aussi été un excellent entraînement à la technique de conduite d'un entretien.

3.2.2.4. Le déroulement des entretiens

Dans le courrier que j'ai adressé à chacun, j'ai précisé l'objet et le cadre de cet entretien ainsi que les réserves de confidentialité que j'estimais nécessaires.

Au début des entretiens, après m'être présentée plus amplement, j'ai rappelé le objet de ce travail ainsi que la clause de confidentialité que je m'étais engagée à tenir. J'ai aussi expliqué la

³⁷ Cf. Annexe 2 – canevas d'entretien infirmiers et aides-soignants – p.76

³⁸ Cf. Annexe 3 – canevas d'entretien cadre de santé – p.77

nécessité de l'enregistrement et de fait, au fur et à mesure de l'échange, nous avons oublié le dictaphone.

La durée moyenne des entretiens a été de quarante-cinq minutes dans de bonnes conditions matérielles. Ces entretiens ont eu lieu entre le 15 janvier et le 15 février 2005.

J'ai essayé de faire de mon attitude un moyen facilitant l'échange et le cheminement des idées en utilisant les techniques de la reformulation et de l'écoute active.

3.2.2.5. Les limites des entretiens

Cette enquête ne se veut pas exhaustive. Les idées échangées ne pouvant être considérées comme le reflet d'une perception générale.

J'ai aussi pris conscience de certaines limites quant à mon objectivité et ma neutralité. Parfois, prise dans l'échange, je n'ai pu résister à apporter mon opinion.

J'ai parfois été inductive dans mes reformulations et je n'ai pas réussi à rebondir sur certains mots qui auraient demandé des éclaircissements.

Par contre, j'ai été agréablement surprise de la bonne volonté de chacun à répondre à mes questions souvent insistantes.

Lorsque j'ai réfléchi avec mon directeur de mémoire aux modalités de ces entretiens, nous avons fait le choix de réaliser ces entretiens dans un seul établissement. Mais après réflexion, j'ai préféré interroger une infirmière et un cadre d'une autre institution, ceci pour ne pas faire de cette recherche, l'évaluation d'une pratique sur un établissement particulier.

De plus, le choix de recueillir l'opinion d'un cadre n'avait pas été retenu au début, mais au fur et à mesure de la retranscription des entretiens, je me suis rendue compte que ce niveau manquait.

Les déterminants sociaux montrent la disparité de l'échantillon, et en fait, ils n'ont été utiles que pour repérer les dires de chaque soignant lors de l'analyse.

3.1.2 Que retenir de la méthodologie de la recherche

De cette expérience, je retiendrais plusieurs points :

- La nécessité de réaliser une enquête exploratoire pour préparer au mieux les entretiens et déterminer avec précision les questions.

- Le choix des mots a une importance capitale. La phase test m'a permis de constater que nous n'avions pas la même représentation des mots, même, parfois les plus banals.
- Cette méthode est particulièrement adaptée au thème de la recherche, elle laisse une certaine liberté de parole à chacun. Elle nécessite toutefois, de la part de l'enquêteur une réelle maîtrise du colloque singulier.
- La détermination de mots-clés ou « idées fortes » est essentielle pour satisfaire à l'analyse rigoureuse des résultats par l'utilisation d'un tableau croisé.
- La méthode apporte une relative souplesse quant aux adaptations qui apparaissent au cours de la recherche.
- Enfin, la nécessité d'une bonne condition physique et psychique de l'enquêteur pour pouvoir enchaîner plusieurs entretiens et garder toutes ses facultés d'écoute.

3.3. Les résultats de l'enquête

A la suite d'une expérience réalisée à l'Institut de Formation des Cadres de Santé, j'ai pu appréhender les grandes possibilités qu'offrait EXCEL® en matière de recueil et d'analyse de données. J'ai donc choisi de construire mon outil d'analyse et de classification au moyen de ce logiciel.

Je souhaitais donc démontrer l'existence d'une corrélation entre les moyens mis en œuvre par le cadre de santé en matière d'accueil et leur impact sur l'intégration des agents au sein d'une équipe soignante. Pour cela, ma première intention était d'en faire la démonstration par défaut. C'est-à-dire montrer que l'absence de procédure d'accueil dûment réfléchie avait une réelle incidence sur l'intégration. (Quand je parle de procédure réfléchie, je sous-entends l'implication du cadre et de l'équipe à cette dynamique.) L'utilisation du tableau des résultats a établi que ce choix n'était pas adapté au contexte. J'ai donc préféré démontrer que la phase d'accueil a une importance dans le processus d'intégration d'un nouveau soignant.

Lors de la première écoute des enregistrements, j'avais l'impression que je ne faisais pas la démonstration de cette hypothèse et que peut être, m'étais-je égarée ?

3.2.1 Classification

Pour permettre une plus grande lisibilité des réponses obtenues lors des entretiens et ainsi faciliter l'exploitation de ceux-ci, j'ai déterminé des « idées fortes », des indicateurs que j'ai introduits dans un tableau.³⁹ Cet outil m'a permis de croiser les différentes réponses et d'en tirer une analyse. Les interviewés ayant un profil très différent, je ne pouvais m'y référer pour analyser les résultats⁴⁰.

L'utilisation est simple, à chaque fois que j'ai retrouvé l'idée forte dans le discours, j'ai entré « 1 » dans le tableau, puis je me suis servie d'un code couleur pour repérer les similitudes, les disparités et les incohérences.

Il m'a été ensuite plus aisé de comparer les résultats avec les concepts retenus.

Pour des facilités de travail, par définition, j'ai retenu trois postulats.

³⁹ Cf Annexe 4 – tableau d'analyse des résultats – p. 78

⁴⁰ Cf. annexe 5 – tableau des déterminants sociaux – p. 79

3.2.2 L'analyse

Je débute cette analyse en émettant d'une part des postulats et en rappelant le questionnement initial, objet de l'enquête.

Les postulats :

- L'équipe soignante n'est pas instinctivement accueillante.
- L'équipe soignante a besoin de stabilité pour permettre une amélioration de la qualité des soins.
- Les soignants reconnaissent la nécessité de bien accueillir leur collègue pour en favoriser l'intégration.

Ces postulats reflètent essentiellement ce que chacun peut connaître sur le thème, mais qu'il est difficile d'étayer par la vision des sociologues.

L'objet de l'enquête :

- Démontrer que l'intégration est liée à la qualité de l'accueil même si ce n'est pas le seul facteur et poser la question : Existe-t-il un lien entre accueil et intégration ?
- En quoi le Cadre est un élément facilitateur d'intégration ?

3.2.2.1. Les résultats obtenus

Concernant les représentations d'une équipe :

Comme je l'ai écrit plus haut, le travail en équipe permet le partage de connaissances et des tâches à effectuer. Cela est possible par l'esprit de coopération et le soutien de chaque membre de l'équipe.

J'ai souhaité savoir comment chacun se représentait une équipe de travail. Tous l'ont défini comme un groupe partageant, échangeant des valeurs et des connaissances et un même but, où règne une certaine solidarité, une certaine confiance et où chacun reconnaît la place du cadre comme primordiale dans la dynamique de l'équipe. Chacun considère comme important le soutien que peut avoir le groupe.

En ce qui concerne la phase d'accueil :

Ce que j'observe :

- Cinq personnes ont eu un entretien avec le cadre supérieur, pour la plupart, au cours de la phase de recrutement.

- Trois personnes ont été accueillies par le cadre d'unité mais seulement deux ont bénéficié d'un entretien avec ce dernier.
- Six personnes ont été accueillies, le plus souvent par leurs pairs.
- Une personne a été accueillie par le cadre d'unité et par une infirmière.
- Six personnes ont bénéficié d'une visite de l'unité.
- Trois personnes ont pu visiter l'établissement dès le premier jour.
- Six personnes ont bénéficié d'un tutorat lors des premiers temps, dans une fourchette de 1 à 5 jours.
- Deux personnes retiennent une impression négative, une personne une impression mitigée et trois personnes une impression positive.
- Cinq personnes font des propositions concernant les modalités d'accueil.

Je remarque que les personnes 2, 5 et le cadre ont bénéficié d'un entretien avec leur supérieur hiérarchique. Lors de l'enquête, j'ai défini ce qu'il me semblait admissible au minimum pour un entretien. Les trois entretiens retenus correspondaient à mes critères.

Pour les personnes 1 et 4, le Cadre d'unité est totalement absent de la phase d'accueil. En ce qui concerne le Cadre interviewé, celui-ci a été accueilli par une infirmière, du fait de la vacance du poste.

Il est intéressant de noter que ce sont les mêmes personnes qui ont été accueillies par le cadre ou l'IDE, qui ont bénéficié d'une visite de l'établissement en plus de celle du service et qui ont été présentés au personnel présent. Parmi celles-ci, seul le N° 2 ne fait aucune proposition d'amélioration de la qualité de l'accueil. Elle a qualifié d'excellent celui dont elle a bénéficié et dit s'en inspirer pour accueillir et encadrer les stagiaires.

Concernant l'intégration de chacun dans l'équipe,

Ce que j'observe :

- Trois personnes ont retenu l'action de leur supérieur hiérarchique.
- Quatre personnes se sentent reconnues et peuvent partager leurs valeurs de soignants. Parmi celles-ci, trois se sentent soutenues et peuvent aussi partager leurs connaissances.

- Cinq personnes considèrent leurs rapports avec leurs collègues comme positifs, parmi celles-ci, quatre parlent de solidarité entre collègues.
- Quatre personnes se disent impliquées, concernées par la vie de l'équipe et par les projets de l'unité.
- Deux personnes déterminent leur impression générale comme négative, une personne reste mitigée et trois personnes ont un sentiment positif.
- Cinq personnes se disent intégrées dans l'équipe au bout d'une période variant de 1 à 3 mois.

Une seule personne ne se sent pas intégrée. Il faut souligner qu'elle garde un sentiment très négatif de son accueil et une mauvaise impression générale. Elle qualifie aussi ses rapports avec ses collègues comme négatifs. Elle n'évoque, ni partage de valeurs ou de savoirs, ni reconnaissance, ni solidarité, ni implication. Il faut signaler toutefois que cette infirmière a trente ans d'ancienneté dans la profession et que son discours parfois très négatif peut être à mettre sur le compte d'une certaine lassitude.

3.2.2.2. Déduction des résultats de l'enquête :

Par rapport à l'équipe et à l'intégration :

La représentation que chaque interviewé se fait d'une équipe semble similaire. Je peux ainsi considérer que tous ont les mêmes attentes en ce qui concerne leur place au sein du groupe.

Cette notion de l'équipe se retrouve dans les propos tenus auparavant : une équipe est un groupe de personnes en interaction, chacun agit en liaison les uns par rapport aux autres. C'est aussi un groupe de référence qui fonctionne selon un certain nombre de normes qui lui sont propres.

Mais, une équipe n'est pas seulement la somme des individus. Il est possible de la définir comme une multiplication des individualités, ce qui permet une plus grande productivité, une association de compétences dans un esprit de coopération et de soutien mutuel⁴¹. Cette théorie se retrouve aussi dans les propos de Didier ANZIEU et Jean-Yves MARTIN⁴²

A plusieurs reprises, les interviewés ont souvent utilisé le « nous » pour parler de l'équipe, ceux qui l'ont le plus utilisé sont

⁴¹ MUCCHIELI Roger, Op. Cit. p. 6

⁴² Didier ANZIEU et Jean-Yves MARTIN, Op. Cit. p.84

essentiellement les N°2, 5 et le cadre. Ceci est à rapprocher des propos de Roger MUCCHIELI⁴³ citant le sociologue américain Ch. H. COOLEY :

« Par groupes restreints, j'entends ceux qui sont caractérisés par une association et une collaboration intime, de personne à personne et de face à face (...). Le moyen le plus simple de décrire cet ensemble est peut être de dire que c'est un « nous ». Il contient cette sorte de sympathie et d'identification mutuelles pour lesquelles « nous » est l'expression naturelle »

Notamment le N°2 dit : *« Quand nous avons un problème, nous en parlons (...) Nous parlons souvent entre nous de notre métier, de notre vision du soin ».*

En se rapportant à ce qu'écrit R. MUCCHIELI, puis-je pour autant en déduire que ces trois personnes sont intégrées dans l'équipe ?

Ces personnes, elles-mêmes, se définissent comme étant intégrées dans leur équipe, impliquées dans la vie de cette équipe et s'investissant au mieux dans le travail à accomplir. Le N° 5 dit : *« nous avons un travail à accomplir : prendre soin des personnes qui nous sont confiées, nous mettons tout en œuvre, ensemble, de concert, pour accomplir cela ».*

Ces trois soignants évoquent certaines aptitudes à réaliser leur mission et, lorsqu'un problème survient, le fait que chacun puisse trouver les solutions adaptées. Cette réponse semble correspondre à l'explication de l'autonomie faite par Rémi BRIOLAT.⁴⁴

Si je compare les réponses faites par les N° 3 et 4, ceux-ci n'ont pas bénéficié d'entretien avec le cadre d'unité et elles qualifient leurs impressions comme négatives, tant au niveau de l'accueil qu'au niveau de leur intégration dans l'équipe. Ni l'une, ni l'autre ne se disent impliquée dans l'équipe. Ce qui est particulièrement réel pour le soignant N° 4 qui dit ne pas se sentir intégrée : *« parfois j'ai l'impression d'être en total décalage, de ne pas être dans le coup, d'être plutôt en dehors. Je fais mon travail auprès des malades, mais je ne me sens pas capable d'en faire plus ? Je n'en ai pas envie ».*

En effet, toutes deux n'utilisent que très rarement le « nous » pour parler de leurs relations au sein de l'équipe.

Selon les affirmations de R. MUCCHIELI, je peux considérer que ces deux soignantes ne sont pas complètement intégrées. Cela se vérifie si je considère les résultats en regard de l'implication.

⁴³ MUCCHIELI Roger, Op. Cit. p. 8

⁴⁴ BRIOLAT Rémi, cité par DEYE Marion, Op. Cit. pp. 21-23

Pour R. MUCCHIELI, l'utilisation du « nous » détermine le niveau d'appartenance à l'équipe et par delà, l'intégration.

Peut-on pour autant en déduire que les personnes les mieux intégrées sont les plus impliquées ou celles qui s'investissent davantage dans la vie de l'équipe ?

Toujours selon R. MUCCHIELI, l'appartenance à l'équipe et l'investissement dans la tâche à accomplir vont de pair. Ce qui revient à dire que l'implication dans le travail est une traduction explicite de l'appartenance, le fait d'être reconnu et se reconnaître comme membre à part entière de l'équipe permet de s'investir.⁴⁵

Dans les dires des N° 2 et 5, je retrouve bien cette notion d'appartenance favorisant l'implication au travail.

Quel est le lien avec l'intégration dans l'équipe ? S'agit-il seulement de l'identification à l'équipe par l'utilisation du « nous » ?

Les propos du soignant N°1 illustrent un début de réponse ; elle n'a pas bénéficié d'un accueil très important, elle n'a ni rencontré le cadre supérieur, ni le cadre, mais elle a bénéficié d'une grande période d'accompagnement (supérieur à une semaine). Elle garde une impression mitigée de cette période, elle est incapable de la qualifier strictement : « *je ne sais pas, je ne peux pas dire, ce n'était pas trop mal* », Elle garde le même discours lorsque j'aborde son ressenti au niveau de l'équipe. Pourtant elle se considère comme impliquée dans la vie de l'équipe. Elle utilise volontiers le « nous », surtout lorsqu'elle émet un grand nombre de propositions d'amélioration : « *Nous devrions prendre le temps d'accueillir le nouveau, lui présenter le service (...)* » A priori, malgré l'absence d'accueil structuré, cette soignante a su s'intégrer dans l'équipe et s'impliquer dans son travail. Cela a juste pris un peu plus de temps. C'est dû, en grande partie, aux qualités de communication de cette personne et surtout, à sa détermination, elle dit d'ailleurs : « *Je voulais faire partie de cette équipe* ». Elle a cependant bénéficié d'un temps d'encadrement assez long. Il est très probable que les différentes actions d'accueil à son encontre, se soient diluées au cours de cette période. Les réponses du soignant N°1 illustrent bien aussi ce que l'on rencontre le plus souvent : un accueil dilué, basé sur les bonnes volontés, ainsi que l'écrit Henri BRIZON :

« Dans les services de soins, l'accueil de la nouvelle infirmière ou du nouvel aide-soignant se fait le plus souvent avec bonne volonté mais laisse également une part importante à l'intégration sur le tas. La nouvelle recrue doit acquérir rapidement d'autres méthodes de travail, un nouvel esprit

⁴⁵ Ibid. p. 41

d'équipe, des techniques de soins spécialisés, apprendre à connaître une nouvelle population de patients, un autre mode de management infirmier, etc. c'est un apprentissage difficile, même pour un soignant expérimenté. »

Considérant le temps d'accompagnement au poste, je remarque que celles qui ont bénéficié d'un encadrement minimal d'une seule journée, font aussi de larges propositions d'amélioration. Le soignant N°3 s'exprime ainsi : « *Lui demander qui elle est, d'où elle vient, me présenter, lui présenter le travail, lui expliquer le fonctionnement de la maison, lui demander si elle a des attentes, lui dire qu'elle n'hésite pas à poser des questions* ».

Parmi ceux qui se disent intégrés dans l'équipe, il convient de noter que ce sont eux qui ont bénéficié d'un accueil plus structuré et plus complet. Cet accueil comprenant à la fois un entretien avec le cadre de l'unité et un accompagnement au poste au-delà d'une journée.

La perception de l'intégration en tant qu'action du groupe, mais aussi, en tant que démarche active de l'arrivant, correspond à l'objectif recherché lors du processus d'intégration. Cette démarche ayant été pareillement définie par plusieurs auteurs, experts en management, comme Marion DEYE et Sandrine POUVEREAU. Toutefois cela correspond aussi à la définition que M. GRAWITZ fait du processus d'intégration (voir p. 26).

Par rapport au rôle du cadre de santé :

Le cadre interviewé dit que :

« Pour ma part, je considère comme primordial, les premiers moments, les premiers pas d'un nouveau. L'accueil qui lui est fait, détermine pour longtemps, l'état d'esprit, le degré d'investissement voire même la capacité à se dépasser de l'arrivant. (...) L'entretien que j'ai eu avec le cadre supérieur a déterminé mon action au niveau de l'équipe, j'ai pu me situer dans la politique générale de l'établissement et dans le projet du pôle ».

A priori, l'entretien avec le supérieur hiérarchique détermine la manière de se comporter, conforte aussi la situation de l'arrivant. C'est en substance, ce que m'ont dit les soignants N°2 et 5 en parlant de leur entretien avec le cadre.

« J'ai pu exprimer ce qui m'inquiétait, mes appréhensions. Le cadre m'a dit clairement ce qu'elle attendait de moi. Elle m'a parlé aussi de la manière de faire dans l'équipe et des projets en cours » (N°5)

« Dès ce moment, je me suis sentie membre à part entière de l'équipe. Simplement parce que le cadre me parlait des problèmes, des projets, de ce qui leur semblait important. J'ai pu m'exprimer sur ma vision du soin. » (N°2)

Dans le discours de ces trois soignants dont la fonction est différente, je retrouve essentiellement la naissance du sentiment d'appartenance, voire de l'esprit d'équipe. L'entretien avec le cadre semble alors déterminant pour le positionnement de chacun au sein de l'équipe, voire au niveau de l'établissement. C'est ce que retrouve dans le texte de Marion DEYE lorsqu'elle recueille les propos de Marc DENNERY, manager à la CEGOS :

« La première règle du manager, c'est la disponibilité ; il n'y a pas de recette miracle pour intégrer quelqu'un dans une équipe : il faut prendre du temps. (...) Aider le nouveau à être capable de trouver par lui-même les solutions aux problèmes auxquels il est confronté est fondamental. Au manager de lui fournir la méthode et les informations pour lui permettre de résoudre ses difficultés. »⁴⁶

Dans le même article, Rémi BRIOLAT, responsable EDF, dit en parlant de l'employé : *« L'écouter, c'est le connaître »⁴⁷*

Hormis pour le soignant N°1, les soignants N°3 et 4 ne semblent pas véritablement intégrés dans leur équipe respective. Leur absence d'implication, le fait qu'ils ne reconnaissent aucun rôle du cadre dans l'intégration, qu'ils n'évoquent pas le partage des valeurs et des savoirs, qu'ils ne se sentent pas reconnus dans leur fonction et voire même pour le N°4, une qualification négative des rapports entre collègues, tout cela montre qu'ils ne sentent pas en phase avec l'équipe.

Ceci est à rapprocher de l'accueil dont ils ont bénéficié. Pour ces trois soignants, il n'y a pas eu d'entretien avec leur cadre. Pour le N°4, le cadre était absent de l'accueil. Il n'y a pas eu de présentation du personnel présent, ni visite de l'établissement. Pour les N°3 et 5,

⁴⁶ DEYE Marion, Op. Cit. pp. 21-22

⁴⁷ Ibid. p.21

la période d'accompagnement au poste n'a duré qu'une journée. Et au final, l'impression que ces agents gardent de la période d'accueil reste négative.

Ceci tendrait à dire que l'absence d'un accueil structuré et la non implication du cadre lors de cette phase ont un effet déterminant sur l'intégration des nouveaux dans l'équipe soignante.

3.3. Synthèse de l'analyse

- Si je reprends les termes de mon hypothèse où l'intégration d'un nouvel agent est en lien direct avec la stratégie d'accueil que l'équipe soignante, doit développer, sous l'impulsion du cadre de santé.
- Si j'observe les résultats de l'enquête : les soignants les mieux intégrés sont ceux qui ont bénéficié d'un accueil organisé impliquant le cadre de santé. Ceux qui éprouvent de plus grandes difficultés, sont ceux pour lesquels la phase d'accueil a été réduite à sa plus simple expression.
- Si je considère les idées développées dans le cadre conceptuel, en regard du contexte social et réglementaire selon lesquels l'intégration peut être soumise à une démarche d'accueil à plusieurs composantes. Cette démarche exige une réflexion et une implication des membres d'une équipe pour que puisse s'établir une réelle interaction entre ses différents membres et le nouvel arrivant.

Dans ce contexte, je peux effectivement dire que l'intégration d'un nouveau soignant est en partie liée à l'accueil dont il a bénéficié et que le cadre de santé, par sa position de centralisateur, est un acteur privilégié de cette démarche.

Henri BRIZON écrit aussi que : « *le cadre infirmier est responsable des modalités d'intégration des nouveaux personnels soignants et doit par conséquent les prévoir* »⁴⁸

Il semblerait donc que le cadre de santé, tel un manager, de par sa disponibilité d'écoute, sa position de leader, d'agent de liaison, d'entrepreneur⁴⁹, ait un important rôle dans l'intégration des nouveaux personnels et cela dès la phase d'accueil.

Le cadre de santé en tant que responsable de l'intégration des personnels soignants, pourrait être le vecteur de cette démarche, l'initiateur du projet. Sa position lui permet de mobiliser l'équipe, d'insuffler un esprit d'ouverture.

Je propose de rechercher plus amplement qu'elles peuvent être les actions menées par le cadre dans la mise en place d'une procédure d'accueil au sein d'un processus d'intégration.

⁴⁸ Hervé BRIZON, Op. Cit. p. 5

⁴⁹ MINTZBERG Henri, « *Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre* » - Ed° d'ORGANISATION PARIS 2002, 224p. - pp 181 - 184

Chapitre 4

Le processus d'intégration :

La place du cadre
dans la dynamique
d'accueil

"La grandeur d'un métier est avant tout d'unir les hommes; il n'est qu'un luxe véritable et c'est celui des relations humaines."

Antoine de Saint-Exupéry,

L'équipe soignante se comporte comme un groupe restreint. L'adhésion et le partage des valeurs qui la différencient, mais qui aussi l'assimilent, sont des conditions primordiales d'intégration de chacun de ses membres. Dans la cohésion nécessaire au fonctionnement de l'équipe, essentiellement lors de l'arrivée d'un nouveau, le cadre de santé doit rester à l'écoute des difficultés des uns et des autres. Cette disponibilité peut permettre l'émergence d'une confiance mutuelle, d'une reconnaissance de chaque membre du groupe. Cette reconnaissance parce qu'elle génère un esprit d'équipe, permet l'ouverture sur l'extérieur. L'arrivée du nouveau n'étant plus (ou très peu) source d'inconfort et de douloureuse remise en question, le nouveau peut alors être considéré comme une source d'enrichissement.

L'équipe soignante, lieu de multidisciplinarité, doit apprendre à travailler ensemble pour gagner en qualité autour d'un objectif commun : prendre en charge le patient.

4.1 Les enseignements tirés de l'analyse

L'accueil est un moyen privilégié de parvenir à ce niveau d'intégration par la démarche de partage qu'elle suscite. Le cadre de santé peut être l'initiateur de cette démarche, de par sa position mais aussi par la dynamique qu'il peut générer au sein de l'équipe,

insufflant esprit d'ouverture et esprit d'équipe. Car si les équipes soignantes ne sont pas spontanément accueillantes, elles savent très bien accueillir pour peu que les moyens leur soient donnés.

Toutefois, le phénomène d'intégration ne dépend pas de la seule action des membres de l'équipe, le nouvel arrivant, a aussi à partager, à écouter et à comprendre les différentes logiques de l'équipe, pour pouvoir s'intégrer. Le nouvel arrivant doit se reconnaître dans les valeurs de l'équipe, s'identifier à l'équipe.

Si l'accueil concerne tous les membres une équipe, il est toute fois recommandé de coordonner les bonnes volontés et de canaliser les autres. Comme je l'ai dit plus haut, l'intégration d'un soignant dans une équipe demande un effort d'ouverture de part et d'autre. L'essence même du travail du cadre serait de guider les différentes volontés, de stimuler les indécis, de convaincre les réfractaires. Hervé BRIZON évoque ainsi la confrontation entre celui qui arrive et l'équipe en place :

« L'arrivée d'un nouveau soignant dans un service pose le problème de la confrontation de logiques et 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 »⁵⁰

L'intégration de chacun permet aussi de travailler ensemble tout en prenant en compte les individualités. Pour ce faire il apparaît nécessaire de mener une évaluation des potentialités, d'identifier les écueils et les freins, de déterminer l'objectif principal de la démarche. Cette réflexion, menée au préalable, permettra au système, à la procédure d'accueil mise en place, d'être au plus près des possibilités de chaque soignant, de pouvoir évaluer et adapter la démarche aux différents changements de situation. Dans ce processus managérial d'intégration, où l'accueil est une composante importante, la position du cadre est déterminante. Elle permet d'initier ce processus et de le maintenir réactif. L'adaptation de la procédure n'est possible qu'avec la mise en place d'une évaluation.

De plus, le cadre a une position de centralisateur des informations, de pivot dans l'équipe. Son implication directe dans la phase d'accueil est importante et nécessaire. L'enquête a montré que l'absence d'implication du cadre dans l'accueil d'un agent, pouvait générer de l'inconfort, de l'incertitude et au final une absence d'intégration.

De par ce qui peut se jouer en terme d'intégration au moment de l'accueil, il me semble important que le cadre s'investisse dans

⁵⁰ BRIZON Hervé, Op. Cit. p. 7

une telle démarche. Les enjeux sont importants en terme d'amélioration de la qualité.

Les objectifs de cette démarche sont de plusieurs ordres :

- Au niveau du cadre, cette démarche permet de connaître les agents, d'évaluer leurs compétences et de leur accorder sa confiance.
- Au niveau de l'institution, elle permet dès l'arrivée d'un agent, de mettre en place une procédure d'évaluation qui à un autre niveau peut conduire à une gestion des emplois et des compétences. La stabilité du personnel reste un facteur de qualité, l'intégration des agents au sein de l'équipe soignante peut favoriser cette stabilité.
- Au niveau de l'équipe, par le questionnement sur les pratiques, suscité lors de l'identification du problème et l'élaboration du projet, cette action permet une évaluation permanente, mais aussi une réassurance des compétences de chacun.
- Au niveau de l'accueilli, elle lui permet de s'exprimer, de se situer, de connaître précisément ce que l'équipe et le cadre espèrent de lui, de pouvoir se projeter dans le futur, se sentir à l'aise dans son travail. Elle permet aussi à l'arrivant de se créer des repères, de savoir où chercher des informations et gagner en autonomie.
- Au niveau du maintien de la qualité des soins, l'acquisition rapide de l'autonomie du nouveau soignant permet de diminuer le risque d'erreur lié à « *la méconnaissance des lieux, des pathologies, du matériel de soins, des modes de transmissions* »⁵¹

Les bases d'une collaboration entre le cadre et les membres de l'équipe s'établissent dès la phase d'accueil, celle-ci restant le reflet de l'intérêt porté aux agents, tant par l'institution que par le cadre. L'accueil, dans le processus d'intégration, est la fenêtre ouverte sur le management exercé. Le cadre de santé y joue un rôle important.

4.1.1. Un rôle pour le cadre de santé

Comme l'a écrit Henri MINTZBERG, l'intégration des soignants est de la responsabilité du cadre.

Je peux dire aussi que l'esprit d'équipe peut être généré par la personnalité du cadre, par son positionnement en tant qu'initiateur

⁵¹ Ibid. p.11

de projet et facilitateur d'initiatives. Cette mission demande toutefois, un minimum de connaissances pour être menée à bien. La formation des cadres de santé, par l'ouverture sur la sociologie, la psychosociologie, la pédagogie, permet sans doute d'acquérir une démarche managériale adaptée aux équipes soignantes tenant compte de la réalité conjoncturelle des établissements sanitaires. Réalité qui demande, d'une part de satisfaire aux exigences d'une procédure d'accréditation et d'autre part, de composer avec les capacités budgétaires, le tout s'inscrivant dans une politique de santé en profond remaniement. Ce contexte sociétal, laissant une marge de manœuvre réduite, exige du cadre de santé, réflexion et adaptabilité pour pouvoir mettre en place des actions au sein de l'équipe.

S'agissant d'élaborer une procédure d'accueil au sein de son unité, le cadre doit s'appuyer aussi sur les membres de l'équipe, sur leurs compétences, sur leur vécu. Ils sont la richesse de l'équipe, c'est par eux que tout projet peut aboutir, que toute procédure est viable. Ils sont les bénéficiaires de la démarche. Leur questionnement, suscité et entendu par le cadre de santé, s'inscrit dans une large mesure une démarche d'amélioration de la qualité des soins.

Le cadre de santé doit pouvoir aussi composer avec les réticences, les inquiétudes, les remises en cause pouvant être déclenchées par l'arrivée d'un nouvel élément. Hervé BRIZON rappelle que :

« Toute organisation du travail repose sur un équilibre entre les personnes accomplissant ce travail. Zones de compétences, de pouvoir, relations interpersonnelles, définitions des responsabilités et des tâches sont ainsi organisées entre elles de façon plus ou moins précise et codifiée. »⁵²

Un changement important comme l'arrivée d'un nouveau soignant peut provoquer une situation déstabilisante par la confrontation de valeurs différentes.

Les enjeux, les éléments facilitateurs, les freins, les risques et les objectifs sont à identifier de manière à construire une procédure en phase avec la réalité. En inscrivant cette démarche en terme de processus managérial, le cadre possède les moyens de conduire un projet réaliste tenant compte de l'existant, de l'antériorité de la situation et de la situation satisfaisante espérée.

⁵² Ibid. p.11

4.1.2. Un processus, pourquoi ?

Le degré d'autonomie du cadre lui donne la possibilité de générer, au sein de l'équipe, une réflexion sur sa capacité d'accueil et partant de là, initier un tel projet.

Inscrire cette démarche en terme de processus permet d'identifier le problème, ses causes, mais aussi de déterminer précisément les buts à atteindre et l'objectif final de la procédure. La définition d'un processus permettra de construire une procédure répondant aux besoins de l'équipe, évolutive et s'inscrivant dans la durée. Le schéma suivant indique de façon succincte le cheminement afférent à un processus d'intégration centré sur l'arrivant.

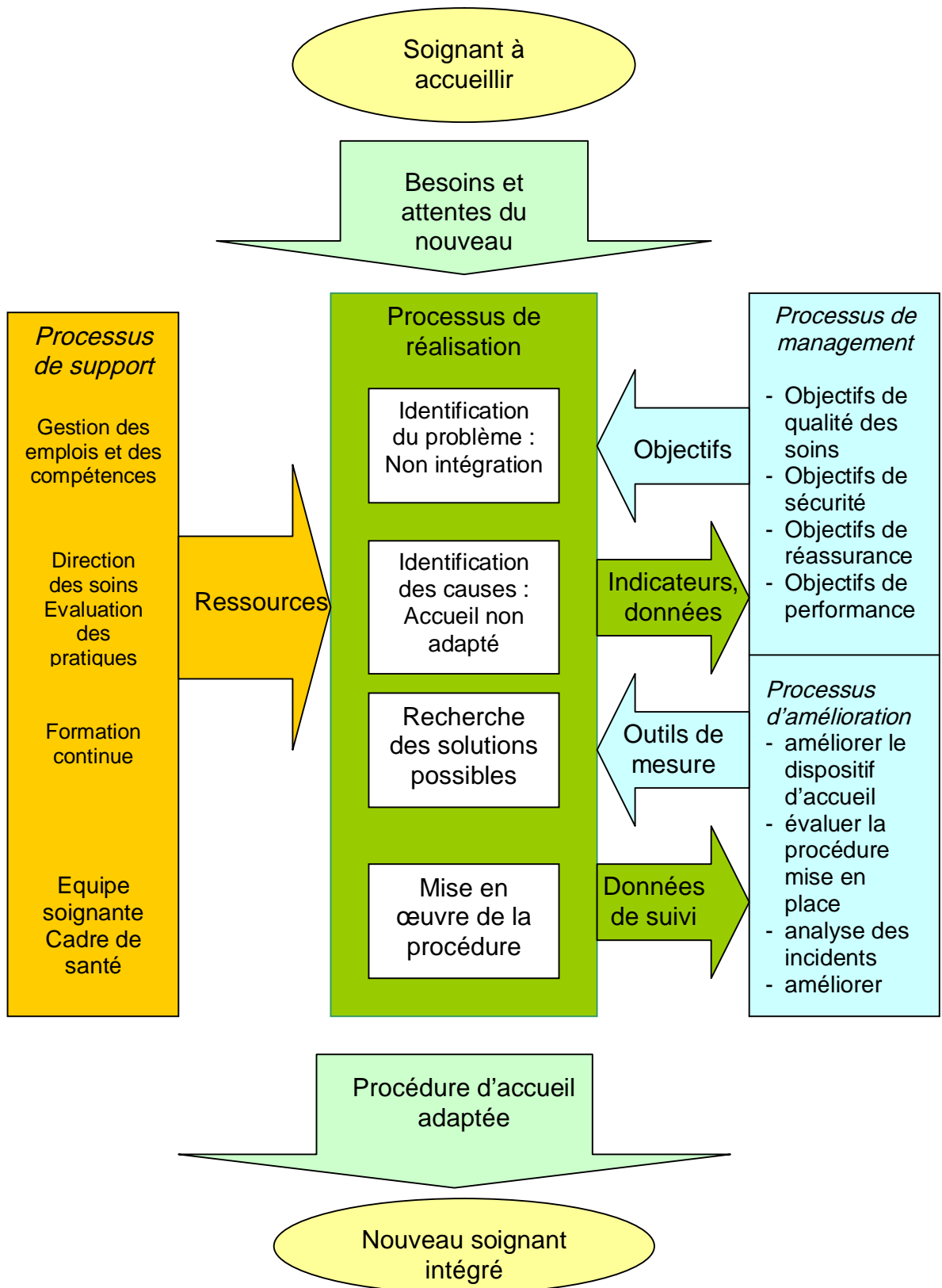
La cartographie du processus d'intégration (page suivante) met en relief les différents liens nécessaires à la mise en place d'une procédure d'accueil.

La première étape consiste à connaître les besoins du nouveau soignant en réalisant une enquête préalable. La déclinaison des ressources et des objectifs correspond à la marge de manœuvre du cadre de santé. La succession d'actions à mettre en œuvre est une adaptation de la gestion de projet.

De par sa formation, le cadre de santé possède un certain nombre d'outils qui vont lui permettre de mener de telles actions s'inscrivant dans l'organisation générale de l'établissement.

La première action du cadre va être de réunir un groupe de travail sensibilisé au problème.

Cartographie du processus d'intégration



4.1.3. La construction du projet

L'utilisation de la roue de DEMING⁵³ (plan, do, check, act) va permettre la construction d'un projet répondant aux besoins par l'analyse du problème, la description de la situation satisfaisante à atteindre, la mise en place des actions, puis l'évaluation.

La gestion de projet permet aussi de fixer les limites :

- Du problème (domaines, temps...).
- Les contraintes.
- Les "marges de manoeuvre".

La méthode de gestion de projet incluant une démarche d'identification du problème permet de décrire et d'analyser la situation. C'est sur cette base que l'équipe pourra construire une procédure réaliste et réalisable.

L'objectif est de décrire la situation non satisfaisante, rappeler le sujet et les raisons du choix. Le problème est exprimé et quantifié :

- Énoncer les manifestations du problème.
- Rechercher les conséquences et effets induits.
- Mesurer l'ampleur du problème.

Énoncer ce qui ne va pas et non ce qu'il faut faire. Mesurer l'état non satisfaisant et définir l'indicateur correspondant.

L'hexamètre de QUITILIEN (QOOQCP)⁵⁴, l'arbre des causes d'ISHIKAWA⁵⁵ vont permettre au groupe de travail de déterminer la nature et les causes du problème.

Une fois le problème identifié, la détermination de la situation future satisfaisante avec des mots et des chiffres permet de cibler les actions et de poser l'objectif final.

Le cadre peut s'appuyer sur cette démarche de gestion de projet pour élaborer une procédure d'accueil avec la participation active de l'équipe. Ces outils donnent la possibilité de faire évoluer la procédure. La détermination d'indicateurs permet l'évaluation et par la suite, la réadaptation. Comme le montre le deuxième schéma de la roue de DEMING, la procédure est en mouvement permanent, dans une démarche continue d'amélioration.

⁵³ Cf. annexe 6 : La roue de DEMING, p. 80

⁵⁴ Cf. annexe 7 : l'hexamètre de QUINTILIEN, p. 81

⁵⁵ Cf. annexe 8 : L'arbre des causes d'ISHIKAWA, p. 82

Le cadre de santé possède la vision d'ensemble de l'équipe. Il dispose aussi de plusieurs outils pour identifier le problème et pour apporter des solutions. Il a la volonté d'apporter un changement. Dans une optique de changement et d'amélioration, le cadre de santé sera l'initiateur d'un projet construit avec l'équipe afin d'élaborer une procédure qui lui corresponde.

L'exemple, présenté dans le paragraphe suivant, est basé sur ce que j'ai pu observé au cours de mon exercice, lors des différents stages effectués lors de ma formation, notamment celui en entreprise et sur les connaissances acquises, essentiellement en matière de gestion de projet.

4.2 Exemple de projet :

Le projet présenté ensuite n'a qu'une valeur d'illustration, il n'a aucune autre prétention.

Projet d'accueil des nouveaux soignants

Constat :

- La qualité des soins apportés aux patients se trouve optimisée par un personnel bien intégré, impliqué dans son travail et satisfait de ses relations de travail⁵⁸.
- Cela implique une réelle reconnaissance de la part de la hiérarchie et des pairs.
- Moults équipes savent intuitivement accueillir un des leurs.
- L'intégration d'un nouveau soignant est un enjeu pour le cadre de santé.
- La qualité de l'accueil dépend du degré d'implication des membres de l'équipe.

Objectifs :

- Permettre une meilleure adéquation entre les attentes du personnel et la réalité du service.
- Personnaliser l'intégration du personnel.
- Fidéliser le personnel.
- Impliquer chaque membre de l'équipe à la démarche d'accueil.
- Maintenir un esprit d'ouverture et de questionnement à tous les niveaux.

Constitution d'un groupe de travail :

Avec pour mission :

- Réaliser l'analyse de l'existant.
- Identifier les facteurs de réussite, mais aussi les freins.
- Rechercher les solutions, faire des choix, définir le rôle de chacun, rechercher des outils d'évaluation, définir les indicateurs.
- Rédiger une procédure afin de pérenniser la démarche.
- Communiquer le résultat du travail, informer.
- Tester la procédure.
- Adapter la procédure.
- Etablir un système de veille et de suivi de la procédure.

⁵⁸ Cf. annexe 9 : La pyramide de MASLOW, pp. 83-84

- Mettre en place la procédure.

Analyse de l'existant : (identifier la nature du problème)

- Qu'est-ce qu'accueillir, quels sont les facteurs, les bénéfiques, les contraintes et les risques ? Pourquoi ?
- Qui participe le plus souvent à l'accueil d'un nouveau collègue ? Pourquoi ?
- Où se déroule le premier temps d'accueil, à quel moment ? Pourquoi ?
- Quand a lieu la phase d'accueil ? Pourquoi ?
- Comment se décline-t-elle dans le service, quelles sont les pratiques ? Pourquoi ?
- Combien de temps dure la phase d'accueil ? Pourquoi ?
- Pour quoi l'accueil est-il réalisé de cette manière ? Pourquoi ?

Rechercher les solutions :

- Etablir un cahier des charges définissant les objectifs à atteindre et les moyens nécessaires.
- Recenser toutes les actions possibles en établissant un tableau bénéfiques/risques/objectifs pour chacune.
- Faire le choix des actions, établir leur chronologie et leur mode d'application.

Rédiger la procédure :

Déterminer qui, comment, où, quand, combien de temps et de supports :

Par exemple au niveau du cadre de santé :

Premier temps :

- Qui : le cadre de l'unité du fait de sa disponibilité et de sa vision globale de l'unité.
- Quoi : Le cadre de santé reçoit en entretien le nouvel arrivant.
- Pour quoi : Faire connaissance.
 - Connaître les attentes de l'agent.
 - Mettre en valeur l'expérience du nouveau soignant.
 - Déterminer son niveau de compétences.
 - Identifier ses besoins en formation.
 - Présenter l'unité, son fonctionnement, sa spécificité, les valeurs de l'équipe.
 - Présenter l'établissement, les projets en cours.
 - Présenter l'organigramme du service et de l'établissement.

- Présenter les attentes de l'unité en matière de qualité des soins et de sécurité (les protocoles et procédures), de comportement au travail, de questionnement.
 - Programmer les différents temps d'évaluation pour les semaines à venir.
 - Etablir son planning de travail, déterminer son temps d'accompagnement.
- Comment : Au cours d'une entrevue en face à face, dans un environnement agréable pour créer une certaine convivialité et ménager un temps entièrement dévolu au nouveau.
 - Quand : dès le premier jour.
 - Combien de temps : pendant une à deux heures.
 - Quels supports : livret de présentation de l'unité, fiche de poste, fiche d'évaluation des compétences, résumé du projet de service et du projet d'établissement, rapport d'étonnement, questionnaire de satisfaction.

Deuxième temps :

- Effectuer une visite de l'unité, présenter le personnel présent et le soignant référent si le choix du tutorat a été retenu.
- Confier l'agent à son tuteur pour qu'il lui présente les spécificités de sa fonction et l'organisation matérielle des soins (dossier patient, planning des soins, etc.)

Troisième temps :

- Evaluations selon le programme établi, réalisées en présence du tuteur.
- Recueil des impressions, réponses aux questions.
- Détermination des objectifs à atteindre et des ressources nécessaires.
- Recueillir le degré de satisfaction de l'agent au moyen du questionnaire.
- Réadaptations éventuelles.

Cette démarche implique largement le cadre de santé, en outre elle nécessite plusieurs choses :

- Une collaboration étroite avec le service des ressources humaines afin de programmer l'arrivée de l'agent et la possibilité d'un temps d'accompagnement (ce temps ayant un coût pour l'institution).
- Une disponibilité suffisante du cadre de santé.

- Un degré de confiance mutuelle qui permet à l'agent de dire ce qui le questionne.
- Un degré d'ouverture d'esprit de chacun nécessaire pour pouvoir entendre les critiques.
- Un questionnement et une évaluation continue des pratiques rendant possibles les adaptations.

Conclusion :

"Or il est des natures plus rares qui aiment mieux périr que travailler sans joie : ces hommes sont minutieux et difficiles à satisfaire, ils ne se contentent pas d'un gain abondant, lorsque le travail n'est pas lui-même le gain de tous les gains."

Nietzsche, *Le Gai savoir*

L'enquête a démontré que les modalités d'accueil avaient une influence sur le degré d'intégration des nouveaux soignants. Certes la procédure d'accueil n'est pas la seule mesure qui permette l'intégration des nouveaux personnels. La gestion des compétences, la participation aux projets et la formation peuvent aussi contribuer à l'intégration, mais ces thèmes pourraient faire l'objet d'une autre étude.

L'enjeu majeur d'une démarche d'accueil inscrite dans un processus d'intégration, est de faire travailler ensemble des individualités parfois opposées et cela, dans un objectif d'amélioration de la qualité des soins. La démarche d'accueil ne s'improvise pas, elle doit être issue d'un questionnement de l'ensemble de l'équipe sur ses pratiques, et parfois, elle oblige à un profond changement sur sa manière d'être.

Il semble de plus en plus nécessaire de réfléchir au problème de l'accueil pour tenir compte de l'expérience passée des soignants et de l'expérience de formation pour les nouveaux diplômés. Ces derniers expriment souvent leur malaise, leur mal être, tant il leur semble exister une profonde disparité entre ce qu'il ont vécu au cours de leur formation et la réalité des unités de soins. Cette confrontation doit être préparée, réfléchie. Cela pourrait être l'objet d'un autre travail : comment préparer au mieux les nouveaux diplômés à la réalité du travail en unité de soins ? Comment permettre une intégration optimale des soignants nouvellement diplômés ?

Une autre piste de réflexion est l'institutionnalisation de la démarche d'accueil. Mon étude était basée sur le rôle du cadre de santé au niveau de l'équipe soignante. J'aurais pu choisir de traiter du rôle du cadre en regard d'une procédure institutionnelle de l'accueil. Il est nécessaire aussi de considérer que la démarche

d'accréditation met l'accent sur les processus d'intégration des agents organisés par les établissements. Cependant, une procédure d'accueil doit aussi appartenir aux équipes. Un modèle imposé par l'administration ou la direction des soins, dans un souci unique de satisfaire aux critères de l'accréditation, pourrait conduire à la mise en difficulté de l'équipe. La démarche pourrait ne pas correspondre à ses besoins. Il apparaît obligatoire de s'interroger et d'associer largement les équipes, sachant aussi qu'il ne peut s'agir uniquement d'un questionnement sur des pratiques, mais aussi, parfois, une réelle remise en question de certaines attitudes. Ces comportements inadaptés peuvent être la résultante d'une équipe trop soudée, repliée sur elle-même. Les membres de ces équipes sont souvent très exigeants, n'acceptant aucun compromis, allant même jusqu'à rejeter tout ce qui n'est pas conforme à leur représentation du « bon soignant ». Cette attitude s'apparente visiblement à de la résistance aux changements, ce qui pourrait être le propos d'une autre étude.

D'une manière générale, le cadre de santé ne peut mettre en place une véritable action d'accueil sans la participation des directions des ressources humaines et des soins. Au cadre de convaincre les administrateurs de cette nécessité, l'investissement consenti ne pouvant être que bénéfique en matière de stabilité du personnel, de partage des connaissances, de gestion prévisionnelle des emplois, de gestion des compétences et de planification des formations.

Les différentes actions mises en place lors de la phase d'accueil participent à une certaine reconnaissance. Les démarches permettent au soignant de se situer au sein de l'équipe soignante, de se sentir concerné par son travail, d'être reconnu en tant que professionnel, ceci dès son arrivée dans l'équipe. La manière d'accueillir reflète aussi la qualité de l'engagement des équipes dans un large processus d'amélioration des pratiques.

Au final, c'est aussi un gage d'amélioration de la qualité des soins car rien n'est plus difficile à réaliser avec une équipe en constant mouvement, en perpétuel renouvellement. Il me semble qu'une équipe soignante stable peut s'investir au mieux dans une démarche de cette ampleur.

L'institution doit pouvoir prendre en compte le bien être des agents au travail et se doter d'une stratégie managériale en matière d'intégration, ainsi que l'a écrit Ménandre, « *Le fruit le plus agréable et le plus utile au monde est la reconnaissance* »⁵⁹. La procédure d'accueil est sans doute le reflet le plus démonstratif de cette préoccupation.

⁵⁹ MEMANDRE, -342 à -292, Poète comique grec

Un des motifs de cette démarche est de montrer à chacun qu'il est le « bien-venu » dans l'équipe et que son arrivée est considérée comme un enrichissement pour chaque membre de l'équipe, mais aussi pour établissement de santé.

Le principal bénéficiaire de cette réflexion, de cette action doit, somme toute, rester le patient et son entourage.

Bibliographie :

"Organiser, ce n'est pas mettre de l'ordre. C'est donner de la vie."

Jean-René FOURTOU

Ouvrages

ANAES / Direction de l'accréditation / Juin 2003 – « **Manuel d'accréditation version 1** », GRH - référence 6 et 11 – 136p

ANZIEU Didier et MARTIN Jacques Yves : « **La dynamique des groupes restreints** »

Ed° PUF – col. Le psychologue – PARIS 2004 – 397 P.

BERNOUX Philippe : « **La sociologie des organisations** »

Ed° DU SEUIL – PARIS 1995 – 382 p.

BRIZON Hervé : « **L'intégration des nouveaux soignants** »

Ed° MASSON – PARIS 2000 – 108 p.

CANOUI Pierre et MAURANGES Aline : « **Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants** »

Ed° MASSON – PARIS 2001 – 224p.

CAUVIN Pierre : « **La cohésion des équipes, pratique du team building** » Ed° ESF – PARIS 1997 – 223p.

CONSEIL Isabelle : « **La personnalité de l'infirmière et son incidence sur ce choix professionnel** »

Ed° LAMARRE – PARIS 1990 – 158p.

GRAWITZ M. : « **Lexique des sciences sociales** »

Ed° DALLOZ – PARIS 1994 – 420p.

DUBAR Claude : « **La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles** »

Ed° ARMAND COLIN - PARIS 1991 – 278 p.

LAFAYE Claudette : « **La sociologie des organisations** »

Ed° NATHAN UNIVERSITE – col. 128 – PARIS 1996 – 128p.

LE BOTERF Guy : « ***l'ingénierie et l'évaluation de la formation*** »
Ed° d'ORGANISATION – PARIS 1990

MICHEL Sandra : « ***Peut-on gérer les motivation*** »
Ed° PUF – col. GESTION – PARIS 1994 – 210 p.

MINTZBERG Henri : « ***Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre*** »
Ed° d'ORGANISATION – PARIS 2002 – 224p.

MONTESINOS André : « ***Surveillante, une fonction à reconsidérer*** »
Ed° ARNETTE – LILLE 1993 – 236 p.

MUCCHIELLI Roger : « ***le travail en équipe*** »
Ed° ESF – PARIS 1975 – 168p.

POILROUX Richard : « ***Management individuel et communication dans les établissement sanitaires et sociaux*** »
Ed° BERGER-LEVRAULT – collection « audit hôpital » - PARIS 2000 – 269 p.

PELL Arthur : « ***Encadrer et motiver une équipe*** »
Ed° VILLAGE MONDIAL – col. Les Echos – PARIS 2000 – 291 p.

QUIVY Raymond et VAN CAMPENHOUDT Luc : « ***Manuel de recherche en sciences sociales*** »
Ed° DUNOD – PARIS 1995 – 288 p.

OHANA Paul : « ***Les 100 mots clés du management des hommes*** »
Ed° DUNOD – PARIS 1995 – 160 p.

SERIEYX Hervé : « ***Le zéro mépris*** »
Ed° INTEREDITIONS – PARIS 1995 – 233 p.

TONNEAU Dominique, BONHOURE Sophie, GALLET Anne-Marie, PEPIN Michel : « ***L'organisation du travail dans les services de soins*** »
Ed° ANACT – 1996 – 160 p.

WENNER Micheline : « ***Sociologie et culture infirmière*** »
Ed° SELI ARSLAN – PARIS 2001 – 216 p.

Articles

DEYE Marion : « **Comment intégrer un nouveau salarié** »

Revue *Maîtriser* – septembre 2000 ; pp. 21 – 23

DE FOURNAS Sabine : « **Le tutorat infirmier à la Fondation Saint-Joseph** »

Revue *objectif soins* – N°87- juin juillet 2000 ; pp. II-IV

GRESYK Bénédicte : « **Gestion des risques et encadrement des nouveaux agents** »

Revue *soins cadres* – N°38 – mai 2001 ; pp. 4-5

JOBST C. : « **Réanimation : accueil et encadrement des nouvelles infirmières** »

Revue *l'infirmière magazine* - N° 135 - Février 1999 ; pp. XI – XII

JODELET Denise : « **Représentations sociales et identité** »

Revue *Soins* – N°645 – Mai 2000 ; p. 44

LHUILIER Dominique : « **Vivre et survivre dans un métier à stress : le soutien du groupe d'appartenance** »

Revue *le journal des psychologues* – N° 157 – mai 1998 ; pp.42-46

MONTESINOS André : « **Motivation, indifférence et démotivation des infirmières** »

Revue *Objectifs soins* – N°77 – juillet août 1999 ; pp. II-VI

POCHELU Bruno : « **Motivation : un réservoir d'énergie** »

Revue *Objectifs soins* – N° 87 – juin juillet 2000 ; pp. V-VII

POUVERREAU Sandrine : « **Pour un accueil quatre étoiles** »

Revue *Maîtriser* - n° 4 - février 1997 ; pp. 4 – 6

RAISON Mark : « **Le rapport d'étonnement** »

Revue *soins cadres* – N°51 – août 2004 ; pp.72

Dossier « **L'identité professionnelle infirmière** »

Revue *Soins* – N°645 – mai 2000 ; pp. 36-78

Etudes et statistiques :

DREES : études et résultats « ***Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé*** »
N° 335 – août 2004

SCHWEYER François-Xavier – LAPSS ENSP : « ***Opinions et valeurs des hospitaliers sur leur travail, un état des lieux*** »
Rennes – Octobre 2003

Documents multimédias :

Émission « ***Thé ou café*** » de Catherine CELLAC, France2,
24 avril 2005

sites internet consultés :

www.discas.ca/cadreref/Documents/Taxonomie.html

www.vie-publique.fr/dossier_polpublic/hospitaliere/

www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers_index

www.espritcritique.org/archives

www.legifrance.gouv.fr

www.anaes.fr

www.e-rh.org

Annexes :

« Ce n'est pas parce que les choses sont difficiles que nous n'osons pas, c'est parce que nous n'osons pas qu'elles sont difficiles. »

SENEQUE

Annexe 1 Extrait du référentiel ANAES

Manuel d'accréditation

Management et gestion au service du patient

GRH – pages 75 à 77

2. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES (GRH)

- Introduction

Il ne s'agit pas au travers du référentiel GRH de réaliser un audit des modes de gestion des personnels des établissements de santé. Cependant, il est évident qu'au-delà des réflexions concernant les organisations, la qualification, la compétence et la motivation des acteurs contribuent largement à la qualité de la prise en charge des patients.

L'objectif du référentiel GRH est d'investiguer comment l'établissement s'assure de l'adéquation de ses personnels en termes de qualification et de compétence à ses besoins et leur évolution (notamment les orientations stratégiques de l'établissement et celles de l'activité médicale) et s'attache à maintenir cette qualification par le biais de la formation et la motivation par une attention portée à leurs conditions de travail.

Dans cette optique, le Code de la santé publique (art. L. 6143-2-1) impose aux établissements publics d'élaborer un projet social. Cette mesure est fortement incitative pour les établissements privés.

Les champs investigués reprennent les thématiques clés du projet social qui doit intégrer :

- ∞ ce que l'établissement prévoit en termes de politique :
 - ce qu'il veut atteindre, l'énoncé des valeurs qui sont les siennes et les moyens qu'il se donne pour y parvenir :

définition des responsabilités en termes de gestion des ressources humaines, adéquation du personnel aux orientations de l'établissement, niveau des effectifs, nature des emplois, déploiements et redéploiements, formation, etc. ;

- ce qu'il anticipe en termes de gestion prévisionnelle des emplois et des effectifs qu'il faut comprendre non comme la mise en oeuvre de techniques mais comme un questionnement nécessaire : quels métiers développer ? Qui recruter pour répondre aux besoins d'aujourd'hui mais aussi de demain ?
- ↪ Recruter ou former ? Comment accompagner le personnel dans les mutations prévisibles et nécessaires ? Quel déroulement de carrière proposer ? Etc.
- ↪ comment l'établissement associe les acteurs (encadrement, instances, partenaires sociaux) à la définition et à la mise en oeuvre de ce projet et de cette anticipation. Le Code de la santé publique prévoit ainsi que le projet social soit négocié par le directeur et les organisations syndicales représentatives de l'établissement
- ↪ comment l'établissement valorise et motive le personnel, que ce soit en se préoccupant de son intégration (livret d'accueil du personnel, stage d'intégration), en construisant une politique de formation y compris médicale et en améliorant ses conditions de travail
- ↪ comment l'établissement sécurise ses pratiques tant au niveau du recrutement que de la qualité et de la fiabilité de l'information nécessaire à la gestion administrative (informations individuelles, vérification des conditions d'exercice, suivi des présences, gestion des affectations, etc.)
- ↪ comment enfin l'établissement se préoccupe de mesurer à la fois la compétence de son personnel (procédures individuelles d'évaluation) et ses pratiques de gestion en mettant en oeuvre un suivi permettant d'intégrer la gestion du personnel dans un processus d'amélioration continue de la qualité au service du patient.

- **Références**

GRH - Référence 1

L'établissement élabore et met en oeuvre un projet social conforme à ses valeurs, à sa mission et à sa stratégie.

GRH - Référence 2

Le dialogue social est organisé et intégré dans la politique de gestion des ressources humaines.

GRH - Référence 3

La commission médicale d'établissement exerce pleinement ses compétences sur les questions de gestion des ressources humaines la concernant.

GRH - Référence 4

La gestion prévisionnelle des ressources humaines permet l'adaptation des ressources humaines aux évolutions de l'établissement.

GRH - Référence 5

Le recrutement tient compte des profils de poste et donne lieu à une vérification des conditions d'exercice.

GRH - Référence 6

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

GRH - Référence 7

Des procédures périodiques d'évaluation du personnel sont en place.

GRH - Référence 8

La formation continue permet d'assurer l'amélioration du niveau de compétence des personnels.

GRH - Référence 9

La gestion administrative du personnel assure la confidentialité, la qualité et la sécurité des informations individuelles concernant le personnel.

GRH - Référence 10

L'amélioration des conditions de travail des personnels s'inscrit dans le projet social de l'établissement.

GRH - Référence 11

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

Annexe 2 Canevas d'entretiens IDE et AS

Canevas d'entretien
INFIRMIERS et AIDES-SOIGNANTS

Questions contextuelles :

- I. quel est votre âge ?
- II. quelle est votre profession ?
- III. quelle est votre ancienneté dans votre service actuel ?
- IV. quelle est votre ancienneté dans votre profession ?
- V. quel est votre parcours professionnel, occupiez-vous un autre emploi avant vos études ?

Enquête :

1. Pouvez-vous me dire comment vous vous sentez dans votre travail ?

- a. Comment vivez-vous votre fonction ?
- b. Quelles sont vos impressions, que ressentez-vous ?
- c. Dans quel état d'esprit venez-vous travailler ?
- d. Vous sentez-vous faire partie de l'équipe ?

2. Comment s'est déroulée votre arrivée dans votre service actuel ?

- a. quelles étaient vos attentes, vos craintes ?
- b. par qui avez-vous été accueillie ?
- c. quelles ont été les modalités de l'accueil ?
- d. avez-vous bénéficié d'un entretien avec le cadre sur vos attentes, vos compétences, vos difficultés, vos craintes ?

3. Parlez-moi de vos relations avec vos collègues ?

- a. comment vous sentez-vous dans cette équipe ?
- b. et avec votre cadre ?
- c. vous sentez-vous partie prenante dans cette équipe ?
- d. à partir de quel moment vous êtes-vous sentie impliquée dans l'équipe ?

4. Qu'est-ce qui a pu vous aider (vous freinez) ?

- a. Qu'est-ce qui aurait pu modifier votre implication ?
- b. Avez-vous bénéficié d'un accompagnement par une collègue lors de votre prise de poste ? Sur quelle durée ?

Annexe 3 **Canevas d'entretien « cadre »**

Canevas d'entretien
CADRE de santé

Questions contextuelles :

- Quel est votre âge ?
- Quelle est votre ancienneté dans votre service actuel ?
- Quelle est votre ancienneté dans votre profession ?
- Quel est votre parcours professionnel ?

Enquête :

- 1. Pouvez-vous me dire comment vous vous sentez dans votre travail ?**
 - c. Comment vivez-vous votre fonction ?
 - d. Quelles sont vos impressions, que ressentez-vous ?
 - e. Dans quel état d'esprit venez-vous travailler ?
 - f. Vous sentez-vous faire partie de l'équipe ?

- 2. Comment s'est déroulée votre arrivée dans votre service actuel ?**
 - g. quelles étaient vos attentes, vos craintes ?
 - h. par qui avez-vous été accueilli ?
 - i. quelles ont été les modalités de l'accueil ?
 - j. avez-vous bénéficié d'un entretien sur vos attentes, vos compétences, vos difficultés, vos craintes ?
 - k. avec qui ?

- 3. Parlez-moi de vos relations avec vos collaborateurs ?**

- 4. quelle est votre vision de l'accueil ?**

- 5. le cadre peut-il jouer un rôle dans l'implication des agents ? Si oui, le quel ?**

Annexe 4 Tableau des résultats

ACCUEIL						
	N°1	N°2	N°3	N°4	N°5	CADRE
entretien avec cadre sup		1	1	1	1	1
entretien avec cadre d'unité		1			1	
accueil par le cadre		1	1		1	
accueil par ide	1	1		1		1
accueil par autre			1		1	
présentation du service	1	1	1	1	1	1
présentation du personnel		1			1	1
visite de l'établissement		1			1	1
accompagnement <1j						
accompagnement=1j			1	1		
accompagnement >1j	1	1			1	
Impression favorable +		1			1	1
impression favorable						
impression mitigée	1					
impression négative			1			
impression très négative				1		
fait des propositions d'amélioration	1		1	1	1	1
INTEGRATION						
action du cadre		1			1	1
partage des valeurs	1	1			1	1
reconnaissance	1	1			1	1
soutien		1		1	1	1
partage des savoirs		1			1	1
rappports avec col positifs	1	1	1		1	1
rappports avec col négatifs				1		
solidarité entre collègues	1	1	1		1	
investissement - implication	1	1			1	1
utilisation du "nous"		1			1	1
impression positive		1			1	1
impression négative			1	1		
impression mitigée	1					
intégration effective	2 mois	1 mois	3 mois		1 mois	1 Mois
pas d'intégration				1		
représentation d'une équipe						
soutien	1	1	1	1	1	1
solidarité	1	1	1	1	1	1
partage	1	1	1	1	1	1
échanges	1	1	1	1	1	1
se faire confiance	1	1	1	1	1	1
même but	1	1	1	1	1	1
ne sait pas						
place du cadre	1	1	1	1	1	1

Annexe 5 Relevé des déterminants sociaux

	Soignant N°1	Soignant N°2	Soignant N°3
<i>Age</i>	32 ans	44 ans	26 ans
<i>Sexe</i>	Féminin	Féminin	Féminin
<i>Fonction</i>	IDE	IDE	Aide-soignante
<i>Ancienneté dans la fonction</i>	10 ans	21 ans	3 ans
<i>Ancienneté dans l'établissement</i>	4 ans	10 ans	1 an
<i>Emplois antérieurs ou parcours professionnel</i>	non hormis des emplois saisonniers en maison de retraite avant ses études	AP-HP depuis dix ans, en réa-chir, urgences, néphro, hémato, et soins palliatifs depuis 1 an	ASH dans un autre établissement

	Soignant N°4	Soignant N°5	Soignant N°6
<i>Age</i>	52 ans	22 ans	43 ans
<i>Sexe</i>	Féminin	Féminin	Masculin
<i>Fonction</i>	IDE	Aide-soignante	Cadre de santé
<i>Ancienneté dans la fonction</i>	30 ans	1 an	4 ans
<i>Ancienneté dans l'établissement</i>	10 ans	1 an	15 ans
<i>Parcours professionnel</i>	IDE dans une maison de retraite de la région lyonnaise	ASH dans le même établissement	Aide-soignant pendant 5 ans, puis IDE pendant 10 ans à l'AP HP En gériatrie comme aide soignant, IDE aux urgences, puis en chirurgie viscérale, hématologie et cadre en unité de soins palliatifs.

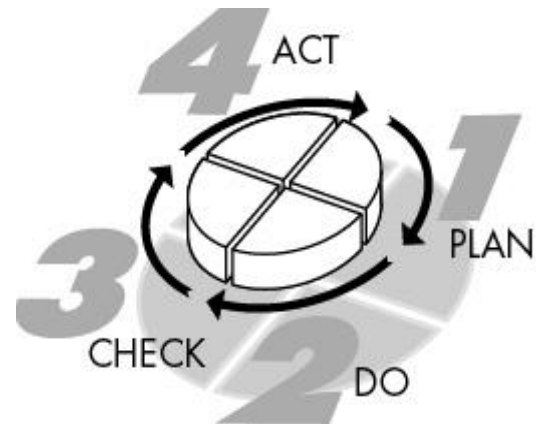
Annexe 6 **La roue de DEMING**

1 PLAN (planifier) - Cette étape définit l'objectif. On identifie les causes du problème et on précise les besoins. On inventorie les moyens nécessaires à la réalisation de la procédure, son coût et son planning. On détermine les indicateurs.

2 DO (réaliser) - C'est l'étape chantier. La construction.

3 CHECK (contrôler) - C'est ici que l'on vérifie si le travail réalisé correspond aux besoins exprimés, dans les délais et les coûts précisés à la première étape. C'est la phase d'évaluation.

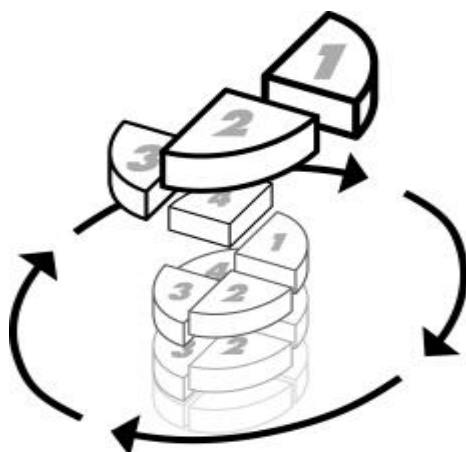
4 ACT (améliorer) - On recherche les améliorations à apporter au projet en prenant en compte les résultats de l'évaluation.



L'évaluation réalisée au moyen d'indicateurs permet la réadaptation de la procédure.

La démarche de réalisation des projets s'inscrit dans la durée par son évolutivité.

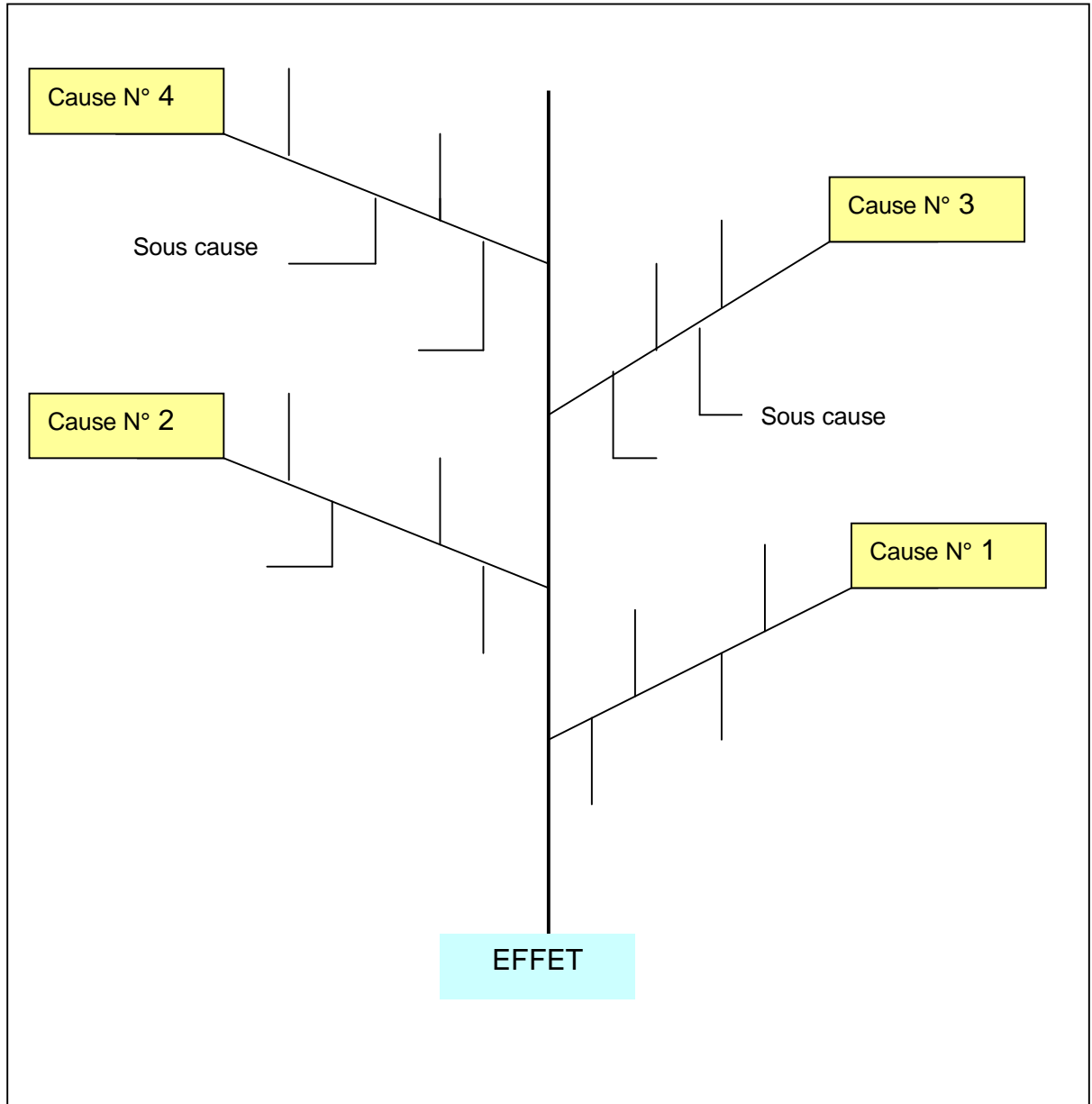
La roue de DEMING dans la gestion de l'amélioration de la qualité se décline sous la forme d'une vis sans fin. La démarche d'amélioration peut être continue si un niveau de satisfaction maximale n'a pas été défini au préalable.



Annexe 7 L'hexamètre de QUINTILIEN

Quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> ◆ De quoi s'agit-il ? ◆ Quels sont les éléments, actions, opérations qui caractérisent la situation ? ◆ Qu'est-ce que c'est ? ◆ Que fait-on ?
Qui ?	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Quels sont les personnes, services et sites concernés par la situation ? ◆ Qui est acteur, responsable ? ◆ Quelle est la fonction impliquée ?
Où ?	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Où se passe la situation, à quel endroit ? ◆ Dans quel milieu ? ◆ Dans quel service, à quel poste de travail ?
Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Quand se passe la situation : date, mois, jour, poste. ◆ Quelle est la fréquence ? ◆ Depuis quand, à quel moment ?
Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Comment ce déroule la situation ? ◆ De quelle manière : procédures, instructions, modalités ? ◆ Avec quels supports, quels documents ?
Combien ?	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Combien et quelle unité ? ◆ Combien ça coûte et quel gain ?
Pourquoi ?	<p><i>La réponse si nécessaire, à cette dernière question constitue la suite de l'analyse : la recherche des causes, et doit aboutir vers : peut-on éliminer, permuter, combiner, augmenter, diminuer ?</i></p>

Annexe 8 L'arbre des causes d'ISHIKAWA



Les « 5 M » :

Pour identifier les causes d'un problème, la technique des « 5 M » peut s'avérer utile.

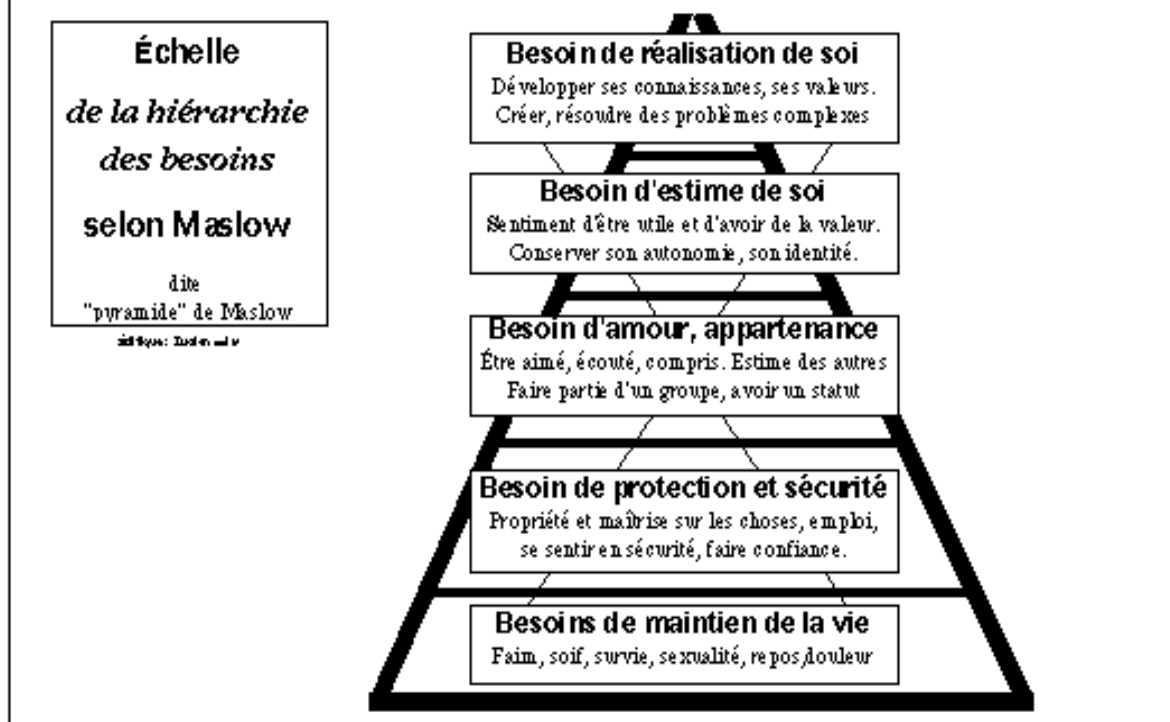
- causes liées à la MAIN D'ŒUVRE (compétences, motivation, etc.)
- causes liées au MATERIEL (capacités, résistances, etc.)
- causes liées à la MATIERE (propriétés physiques, chimiques, etc.)
- causes liées aux METHODES (modes opératoires, circuits, procédures)
- causes liées au MILIEU (environnement)

Annexe 9 La pyramide de MASLOW

Théorie des besoins de l'homme selon Maslow

Abraham Maslow, psychologue américain, définit l'homme comme un tout présentant des aspects physiologiques (organisation du corps physiologique et biologique), psychologiques et sociologiques (sécurité, appartenance, reconnaissance) et spirituels (dépassement).

Maslow détermine aussi **une hiérarchie des besoins** : la satisfaction des besoins physiologiques doit précéder toute tentative de satisfaction des besoins de protection (sécurité) ; lesquels doivent être satisfaits avant les besoins d'amour (appartenance), qui précèdent les besoins d'estime de soi (reconnaissance) ; au sommet de la pyramide se trouvent les besoins spirituels (dépassement).



Détermination des besoins en lien avec l'homme au travail :

- Survie : besoins de maintien de la vie, besoins physiologiques : faim, soif, sommeil → alimentaire
- Sécurité : besoins de protection et de sécurité : protection morale et physique → confiance, sécurité
- Socialisation : besoins d'amour, d'appartenance, besoin de socialisation : amitié, affection, échange → identification
- Estime : besoins d'estime de soi : respect de soi, considération, prestige → reconnaissance.
- Accomplissement : besoins de réalisation de soi, besoin d'accomplissement : réalisation personnelle → investissement, implication.

Résumé du concept :

Ces besoins constituent la base des motivations des individus, c'est une réalité qui se retrouve dans la vie professionnelle. Ils sont présents, de façon latente, chez chacun de nous.

Les besoins sont hiérarchisés. Chaque besoin supérieur ne devient conscient que lorsque les besoins inférieurs sont satisfaits. Dans la communication, la prise en compte des besoins de l'interlocuteur est une façon de le reconnaître. Par exemple, un individu ne peut se sentir en sécurité (Niveau 2) si sa première préoccupation est de trouver à boire et à manger (Niveau 1).

Cette pyramide peut également servir dans l'entreprise : ainsi, la performance d'un collaborateur (Niveau 5) peut se dégrader si celui-ci ne se sent pas reconnu par son équipe (Niveau 3) ou tout simplement si il n'a pas bien dormi ! (Niveau 1)

Une caractéristique intéressante est aussi de noter ceci : L'augmentation de situation dans les niveaux élevés est plus valorisante et mieux mémorisé dans les niveaux bas. Nous nous souvenons plus longtemps d'un éloge sur nos résultats ou notre travail (Niveau 4) que d'une augmentation de salaire ou d'un changement de siège. (Niveau 1)