

Faculté de santé publique

L'intégration d'un(e) nouvel(le) Infirmier(ère) en Chef dans une organisation hospitalière

Mémoire réalisé par
Ana Isabel DA COSTA MENDES

Promoteur
Patrice Gobert

Année académique 2020-2021
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

L'intégration d'un(e) nouvel(le) Infirmier(ère) en Chef dans une organisation hospitalière

Mémoire réalisé par
Ana Isabel DA COSTA MENDES

Promoteur
Patrice Gobert

Année académique 2020-2021
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

REMERCIEMENTS

Je remercie mon promoteur, Monsieur Patrice Gobert pour sa disponibilité, son soutien et ses remarques qui ont contribué progressivement pour l'élaboration de ce travail.

Mes remerciements également à Madame Hangh Phunc, Madame Martine Terlinck et Monsieur Vincent Petré pour la patience, les relectures effectuées et l'aide au niveau de la correction linguistique mais aussi leur soutien au long de cette dernière étape du master.

Je veux aussi remercier à tous/toutes les Infirmiers(ères) en chef, les Infirmiers(ères) chef de service et les membres des Ressources Humaines qui ont participé aux entretiens et ont contribué à la réalisation de ce travail.

LE PLAGIAT

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été décrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université Catholique de Louvain.

ABREVIATIONS

IC – Infirmier(s)/ère(s) en Chef

ICANE - Infirmier Chargée de l'Accompagnement des Nouveaux Engagés

ICS – Infirmier(s)/ère(s) Chef de Service

RH – Ressources Humaines

TABLE DE MATIÈRES

INTRODUCTION	12
1. PRESENTATION DE LA PROBLEMATIQUE	12
2. LES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	13
CHAPITRE 1. CADRE THÉORIQUE	14
1. LA CARACTERISATION DES SOINS INFIRMIERS EN BELGIQUE	14
2. LA HIÉRARCHIE ET LA DIFFÉRENTIATION DE FONCTIONS DE L'INFIRMIER EN BELGIQUE	15
3. LE PROCESSUS DE RECRUTEMENT	16
3.1 LA DÉFINITION DU POSTE	17
3.2 LE PROFIL DU POSTE ET DU CANDIDAT	17
3.3 LA DESCRIPTION DE FONCTION DE L'IC	19
3.4 LE RECRUTEMENT	21
3.5 LA SÉLECTION	21
3.6 LA DÉCISION D'EMBAUCHE	22
3.7 L'INTÉGRATION	22
3.7.1 Nouvel IC – comment peut-il se préparer pour le poste?	22
3.7.2 L'accueil du nouvel IC dans la nouvelle organisation de soins	25
CHAPITRE 2. MÉTHODOLOGIE	30
1. L'ECHANTILLONNAGE	30
2. LE CADRE ET LE PERIODE DE RECHERCHE	30
3. LES MODALITES DE CONTACT DES PARTICIPANTS	31
4. LES CRITERES DE SELECTION	31
5. LES CONSIDERATIONS ÉTHIQUES	31
6. LE MÉTHODE D'ANALYSE DE DONNÉES	32
CHAPITRE 3. ANALYSE DES RESULTATS	33
1. L'ANALYSE VERTICALE DES ECHANTILLONS DES RH, ICS ET IC	33
1.1. L'analyse des entretiens des RH	33
1.2. L'analyse des entretiens des ICS	35
1.3. L'analyse des entretiens des IC	42
2. L'ANALYSE TRANSVERSALE DES INSTITUTIONS HOSPITALIERES	51
2.1. Hôpitaux Iris Sud	52
2.2. Centre Hospitalier Universitaire de Brugmann	52
2.3. Hôpital Bordet	53
2.4. Cliniques de l'Europe	53

2.5. Centre Hospitalier Universitaire de Liège.....	53
2.6. Centre Hospitalier Jean Titeca.....	54
2.7. Groupe Santé CHC.....	54
CHAPITRE 4. DISCUSSION DES RESULTATS	55
CHAPITRE 5. LIMITES, FORCES ET PERSPECTIVES DE L'ÉTUDE.....	67
1. LIMITES.....	67
2. FORCES.....	67
3. PERSPECTIVES.....	68
CONCLUSION	69
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	71
ANNEXES	76

LISTE DE TABLEAUX

Tableau 1 - Définition « 4C » (Bauer, 2015).....	26
Tableau 2 – Les quatre phases d’intégration selon Derven (2008).....	27
Tableau 3 – Les caractéristiques principales de l’échantillon des membres des RH.....	33
Tableau 4 – Les caractéristiques principales de l’échantillon des ICS.....	35
Tableau 5 – Les caractéristiques principales de l’échantillon des IC.....	42
Tableau 6 – Le tableau récapitulatif des sept hôpitaux cible d’analyse transversale.	51
Tableau 7 – Le plan d’intégration optimale de l’ IC.....	64

LISTE DE FIGURES

Figure 1 - Les trois niveaux de management (Thunus, 2020).....	16
Figure 2 – Les différents étapes de recrutement (Martory et Crozet, 2010).....	16
Figure 3 – Le cycle d'intégration d'un nouvel IC.....	61

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 – Temps d'intégration optimale des IC selon les ICS.....	40
Graphique 2 – Temps d'intégration réelle des IC.....	50

1. PRESENTATION DE LA PROBLEMATIQUE

Les soins infirmiers ont un plan de connaissance propre que caractérise leur essence – l’art de soigner l’être humain. Ce territoire spécifique de la connaissance intègre le processus d’évaluation des besoins du patient, le diagnostic infirmier et la planification des interventions avec le patient et/ou famille. L’infirmier¹ peut collaborer dans la clinique, l’enseignement, la recherche, le management et la gestion de l’institution de soins (Meleis, 2005).

Au long de l’Histoire, le rôle de l’infirmier lié aux activités de management existe depuis longtemps et l’évolution fait toujours référence au milieu hospitalier (Wildman et Hewison, 2009). L’accentuation de la ligne hiérarchique dans le domaine des soins infirmiers s’intensifie. L’image de l’infirmier en chef (IC) autoritaire et rigide que prédominait à la fin XIXème siècle et au début du XXème siècle est la preuve que les compétences en management humain, les qualifications conceptuelles, analytiques, psychologiques, sociales et techniques aussi que les capacités dans la dynamique d’un groupe sont des critères fondamentaux pour un nouvel IC. L’étendue de la pratique de l’infirmier en chef est large, ce qui contribue à la complexification de son rôle (McCallin & Frankson, 2010).

Actuellement, les soins de santé souffrent profondes mutations au niveau du budget octroyé, du processus de soins, des modes d’organisation de l’activité médicale, de l’influence politique sur l’organisation des soins sur le terrain, aussi qu’au niveau de la relation soignant/soigné. L’IC occupe une position stratégique pour faire face à ces facteurs internes et externes aux Soins de Santé et au métier.

Le processus d’accueil, de recrutement et de sélection d’IC dans une organisation est long, cher et nécessite du temps (Cable, Gino & Straats, 2013). Le processus d’intégration, désigné « *onboarding* » ne se limite pas au premier jour de travail, mais il peut se prolonger dans le temps jusqu’à environ six mois (Lee, 2006). Actuellement, le processus d’*onboarding* efficace permet de freiner le *turnover* élevé existant dans la classe des IC.

Alors, certaines questions se font jour :

- Comment pouvons-nous préparer les futurs IC à faire face à ces défis ?
- Aujourd’hui, comment les Ressources Humaines (RH) et les ICS de l’organisation de soins structurent-ils l’accueil d’un(e) nouvel(le) IC ?
- Comment le nouvel IC peut-il se préparer de façon responsable, autonome et didactique ?

¹ Le mot infirmier comprend aussi le sens féminin du terme (infirmière)

Ce mémoire est composé de cinq chapitres. Le premier chapitre est destiné au cadre théorique basé sur la revue de la littérature. Dans le deuxième chapitre, la méthodologie de recherche utilisée est détaillée lors que le troisième chapitre présente l'analyse des résultats. La discussion des résultats constitue le quatrième chapitre qui est suivi d'une analyse des limites, les forces et les perspectives de cette étude. Ensuite, la conclusion et finalement, les références bibliographiques et les annexes.

2. LES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Ce mémoire a un ensemble des objectifs spécifiques énumérés ci-dessous :

1. identifier ce qui est fait dans les institutions de soins pour accueillir un nouvel IC et comment l'intégration se déroule (les intervenants, les avantages et les inconvénients pour l'IC) ;
2. identifier les attentes, les difficultés et les besoins d'un nouvel IC ;
3. préparer l'IC à sa nouvelle fonction (de manière autonome et didactique) en relation aux exigences, aux défis et aux enjeux de l'institution, du métier et les attentes de l'équipe ;
4. déterminer les enjeux d'élaboration d'un plan d'accueil personnalisé pour faciliter l'adaptation de l'IC.

Ces objectifs vont permettre d'atteindre l'objectif principal qui est l'élaboration d'un accueil optimal de la part de l'institution de soins pour répondre aux attentes du nouvel IC engagé par elle.

CHAPITRE 1. CADRE THÉORIQUE

Ce chapitre traite de la partie théorique qui englobe principalement le rôle des soins infirmiers comme partie intégrante du système de soins de santé, les catégories professionnelles des soins infirmiers en Belgique, le rôle actuel de l'IC, ses compétences et ses qualifications. La seconde partie aborde le processus de recrutement du personnel soignant. Ce processus se compose de plusieurs étapes qui s'enchainent jusqu'à l'intégration du nouveau candidat. Cette intégration peut être initiée par le candidat dans une perspective proactive, éducative et responsable de son engagement. Néanmoins, l'institution est aussi coresponsable de l'accueil du nouvel engagé au sein du service, vis-à-vis des autres IC, des membres du personnel et enfin, de l'organisation elle-même. Cette dernière composante du processus de recrutement constitue la troisième partie de ce premier chapitre.

1. LA CARACTERISATION DES SOINS INFIRMIERS EN BELGIQUE

Les infirmiers (ères) sont responsables pour la promotion de la santé, la prévention de la maladie, l'assistance aux personnes souffrant de handicaps physiques et mentaux, quels que soient l'âge et le contexte de soins de santé (International Council of Nurses, 2002).

L'infirmier a pour mission de répondre de manière personnalisée aux besoins biologiques, psychologiques, sociaux et environnementaux propres à chaque être humain pendant les différentes étapes de la vie au long du cycle de vie (l'arrêté royale du 10 mai 2015 relatif à l'exercice des professions de la santé).

Le personnel infirmier est le plus vaste groupe professionnel, représentant 59% des professions de santé dans le Monde (Organisation Mondiale de la Santé, 2020). Selon les Statistiques Annuelles des Professionnelles des Soins la Santé (Service Public Fédéral, 2018) on recense en Belgique 190.053 infirmiers en exercice, avec les régions de Flandres Orientale, Anvers et Flandres Occidentale, qui concentrent le plus grand numéro d'infirmiers selon le lieu de domicile (15.4%, 15.4% et 14.3%, respectivement).

En Belgique, jusqu'à 2016, il y avait deux voies qui menaient à la qualification professionnelle d'infirmier: l'infirmier bachelier ou gradué (intégrées à l'enseignement supérieur) et l'infirmier brevetée ou hospitalier (correspondant à l'enseignement professionnel secondaire complémentaire). Dans le cadre de l'équivalence de diplôme entre les pays de l'Union Européenne (selon l'arrêté royale du 27 juin 2016), une directive prescrit un enseignement supérieur de quatre années pour les futurs infirmiers comme étant nécessaire

pour répondre aux exigences de formation d' « infirmier responsable en soins généraux », en conformité, donc, avec la réglementation européenne.

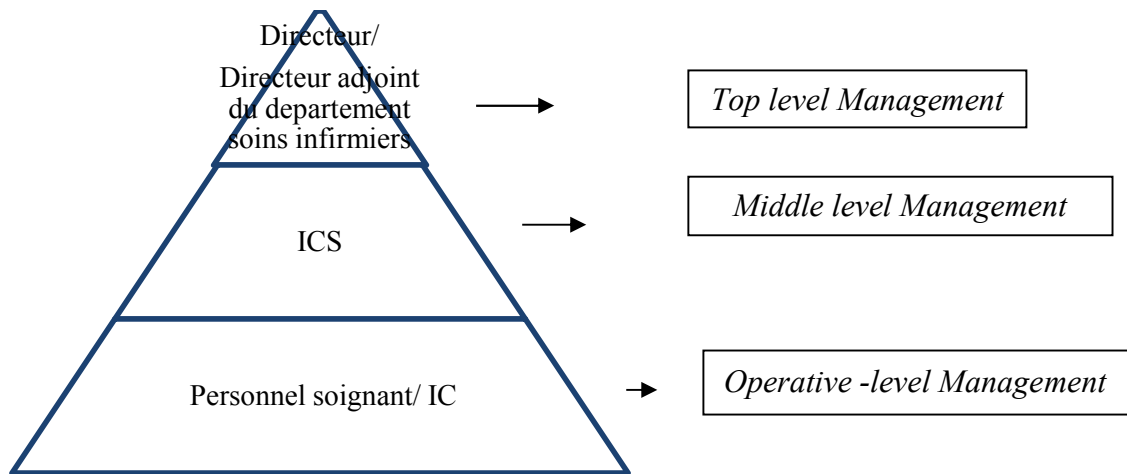
2. LA HIÉRARCHIE ET LA DIFFÉRENTIATION DE FONCTIONS DE L'INFIRMIER EN BELGIQUE

La différenciation de fonctions de l'infirmier est strictement liée au niveau de formation acquise. Les catégories d'infirmier sont listées de façon hiérarchique, ci-dessous:

- l' infirmier responsable pour les soins généraux (équivalent à l'infirmier gradué),
- l'infirmier ayant une expertise particulière (l'arrêté royal du 27 septembre 2006),
- l' infirmier spécialiste (l'arrêté royal du 18 janvier 1994 établissant la liste des titres professionnels particuliers et des qualifications professionnelles particulières pour les praticiens de l'art infirmier, modifié par l'arrêté royal du 2 juillet 1999),
- l' IC,
- l'Infirmier Chef de Service (ICS) (vulgairement désigné cadre intermédiaire),
- le directeur adjoint du département des Soins Infirmiers,
- le directeur du département des Soins Infirmiers.

L'organisation managerielle d'une entreprise est bien stratifiée et hétérogène, et composée de trois niveaux de management (Thunus, 2020): *top level management*, *middle level management* et *operative/first/lower level management*. Cette structure est transversale à toutes les organisations, parmi lesquelles l'hôpital. D'abord, le *top management* se compose du directeur et directeur-adjoint du département : ils sont responsables des prises de décisions dans l'institution sur le moyen et le long terme, des politiques et des objectifs à mettre en place. Le *middle level management* est un niveau intermédiaire qui inclut l'ICS (N+1) qui exécute les décisions, des normes et des plans du *top level management*. Finalement, l'*operative level management* qui comprend l'IC (N) et l'équipe d'infirmiers sur le terrain. Ceux-ci mettent œuvre les décisions hiérarchiques supérieures. La pyramide hiérarchique est schématisée ci-dessous :

Figure 1 – Les trois niveaux de management (Thunus, 2020)

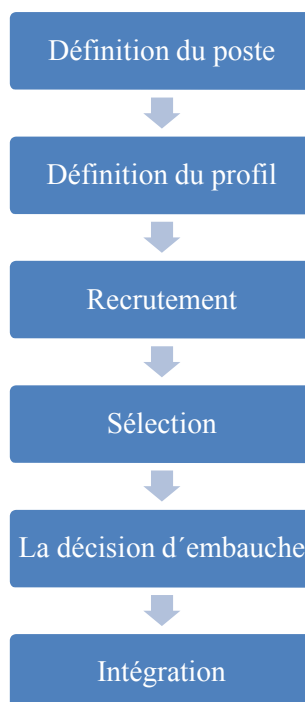


Pour mon mémoire, je me focalise sur la transition de l’infirmier responsable pour les soins généraux ou l’infirmier spécialiste vers la fonction d’IC, dans une unité de soins en milieu hospitalier.

3. LE PROCESSUS DE RECRUTEMENT

Pour conceptualiser ce chapitre, Martory et Crozet (2010) ont élaboré une représentation classique du processus de recrutement qui sera la ligne conductrice de ce travail.

Figure 2 – Les différents étapes de recrutement (Martory et Crozet, 2010)



Le processus de recrutement est de la responsabilité des RH de l'institution. Les RH sont responsables des quatre grands axes (Martory et Crozet, 2016): la rémunération du personnel, la gestion de l'emploi et des compétences, l'amélioration des conditions de travail et aussi, comme mentionné le recrutement de personnel soignant. En résumé, pour les mêmes auteurs, le RH s'occupe de «(...) *la gestion des hommes au travail dans des organisations.*» (2016, page 3).

3.1 LA DÉFINITION DU POSTE

Dans le schéma ci-dessus, la définition du poste est la première étape (Martory et Crozet, 2010). Elle précise les exigences quant au contenu de l'emploi que l'organisation recrute. Si une définition de poste existe déjà, elle peut évoluer avec le temps, selon les besoins de l'organisation. Les besoins doivent être indiqués avec le nom du demandeur, dans ce cas le supérieur hiérarchique du futur recruté (ICS). Mais, il faut que le poste soit ouvert et que le réel besoin ait été admis.

3.2 LE PROFIL DU POSTE ET DU CANDIDAT

Il s'agit de tirer de la définition de poste, d'un part l'ensemble de qualités (intellectuel, moral, d'expérience professionnel, de la motivation ou comportemental) nécessaire pour occuper correctement le poste en question et d'autre part, le profil du candidat, c'est-à-dire la carte de l'identité (âge, expérience, formation, entre autres). Ensuite, la hiérarchisation des caractéristiques, compétences et habilités peut être une option pour la sélection, mais surtout importante pour agrouper les compétences considérées essentielles pour le poste (Cadin, Guérin, Pigeys, Pralong, 2012).

À cet égard, occuper les fonctions de l'IC, requiert compétences, capacités et connaissances à plusieurs niveaux – technique, clinique, interpersonnelle, conceptuelle (Jeans et Rowat, 2004). Selon les offres d'emploi consultées, le sens de la responsabilité et de l'organisation, le sens de la communication au sein de l'équipe, le sens du travail en équipe, la capacité à déléguer, l'écoute, la négociation et la maîtrise de soi sont des attributs considérés comme importants. Prime aussi la capacité à s'adapter et à maîtriser des situations difficiles et génératrices de *stress*, le sens des priorités et être capable de prendre des décisions efficaces et efficientes, la capacité d'anticiper et prendre de l'initiative (Hôpitaux Iris Sud, 2020).

Selon *l'American Organization of Nurse Executives* (2011), l'IC requiert les cinq compétences suivantes: la communication et le partenariat, la connaissance de l'environnement du système des soins, le *leadership*, le professionnalisme et les compétences

en gestion. Il apparaît que le *leadership* et les compétences relationnelles sont cruciaux, tandis que les compétences techniques et conceptuelles ont moins d'importance.

La pratique d'IC est très vaste, ce qui contribue pour la complexité de son rôle. L'IC, en tant que manager, a des responsabilités multiples (interpersonnelles, liées à l'information et décisionnelles) au sein de l'équipe, au sein de l'organisation. Dans le domaine des rôles interpersonnels (Thunus, 2020):

- le rôle de leader dans laquelle l'IC définit l'atmosphère au sein de son service et exécute le leadership/l'autorité de sa fonction ;
- le rôle d'agent de liaison, c'est-à-dire l'IC est le trait d'union entre son équipe et les supérieures hiérarchiques et vice-versa, c'est-à-dire que les informations circulent du bas vers le haut et inversement.

Dans le cadre des rôles liés à l'information :

- le rôle de diffuseur d'information entre le *top-level management* et l'*operative-level management*, selon les objectifs, les politiques, les normes et les plans établies ;
- le rôle de porte-parole au sein des parties-prenantes influentes et l'extérieur ;
- le rôle d'observateur actif des opérations internes (observations du quotidien), des événements externes des parties prenantes, des idées et des tendances dans le milieu hospitalier.

Dans le cadre des rôles décisionnels :

- le rôle d'entrepreneur (de façon volontaire), lorsque l'IC décide d'agir pour améliorer le fonctionnement de l'unité, par exemple ;
- le rôle de régulateur, en cas de la gestion de conflits ;
- le rôle de répartiteur de ressources lorsque quotidiennement l'IC distribue le travail selon les RH existantes et les besoins des patients. La gestion des ressources matérielles ou humaines, selon les horaires et la saison.

Pour accéder au poste d'IC, les candidats doivent posséder :

- un diplôme d'infirmier gradué ou diplôme de bachelier en Soins Infirmiers, visé et enregistré par le Service Public Fédéral - Santé Publique;
- une formation supplémentaire universitaire équivalent à un Master (orienté vers le management et développement organisationnel e/ou gestion des institutions de soins) ;
- une formation spécialisée peut être demandée, en fonction du domaine d'activité.

Nous pouvons constater que le savoir, le savoir-agir et le savoir-faire acquis au long de la formation universitaire octroyé par un établissement d'enseignement supérieur certifié est essentiel pour accéder au poste d'IC. Selon la théorie des configurations de *Minstberg* (1990), selon Pichaut et Nizet (2013), la configuration professionnelle est la configuration dominante dans un département infirmier avec des buts spécifiques.

Dans le domaine de la gestion des ressources humaines, la convention du type délibérative est bien présente au sein des institutions de santé belges. Nous constatons une procédure de recrutement très encadrée voire règlementées, la rémunération est barémique, l'importance des qualifications, l'accès au diplôme sont très importants et les départs du département sont rares ou volontaires (Juban, 2015).

3.3 LE DESCRIPTION DE FONCTION DE L'IC

La fonction d'IC a en effet considérablement changé ces dernières années (Conseil National de l'Art Infirmier, 2005). Aussi parce qu'il assume une responsabilité toujours plus importante dans l'organisation des institutions de soins de santé. L'IC assure la gestion de l'unité de soins, guide l'équipe de personnel soignant, en respectant la vision de l'institution de soins et les valeurs éthiques, la législation, la réglementation et les procédures internes, ainsi que le budget octroyé (Hôpitaux Iris Sud, 2020).

L'IC, qui est un employé qui occupe un poste stratégique dans l'hôpital, doit assurer une fonction pluridimensionnelle (Karna, 2012) dans la mesure qu'il est responsable pour la communication entre le niveau *top middle* et *top level* de management, assure la coordination de soins et la qualité des soins au patient et/ou famille avec le médecin responsable pour le département, assure la formation active de son équipe, entre autres. Mais, pourquoi l'établissement d'un ensemble de fonctions est-il primordial dans le domaine de la santé et, par conséquent, dans le métier d'infirmier?

La mise en place d'un descriptif de fonction pour l'IC met en évidence la complexité croissante des soins et la difficulté de maintenir un poste d'IC attractif. En plus, l'IC peut aussi revoir et réfléchir à l'organisation de soins, améliorer l'image de la profession et l'efficacité des soins ainsi que le pouvoir d'offrir une évolution de carrière plus intéressante (Centre Fédérale d'Expertise des Soins de Santé, 2008).

Actuellement, quelle est le profil de fonction pour l'IC? La description de fonction est-elle différente selon que l'on considère le secteur privé ou le secteur public des soins de santé?

Si l'on examine les offres d'emploi des institutions de soins du secteur public, par exemple, celles des Hôpitaux Iris Sud (2020), l'IC (N), sous la responsabilité de l'ICS (N+1) aura pour tâches de :

- *« Gérer l'équipe pluridisciplinaire;*
- *Fixer les objectifs annuels pour l'unité de soins;*
- *Encadrer, motiver, évaluer, détecter les besoins en formation des membres de l'équipe ;*
- *Communiquer les informations et les décisions de la hiérarchie et de l'équipe ;*
- *Gérer les conflits et recadrer l'équipe si nécessaire ;*
- *Participer au recrutement des infirmiers pour l'unité ;*
- *Participer au parcours d'intégration des nouveaux engagés en collaboration avec l'infirmier chargée pour l'accompagnement des nouveaux engagés et stagiaire ;*
- *Superviser les étudiants, en collaboration avec l'infirmier chargée pour l'accompagnement des nouveaux engagés et stagiaire;*
- *Participer au développement de projets managériaux et initier les projets du service;*
- *Assurer la gestion administrative du personnel de l'unité ;*
- *Etablir, planifier, encoder les horaires et les congés dans le logiciel de gestion ;*
- *Gérer et répartir les effectifs de l'équipe en fonction des besoins ;*
- *Planifier les besoins en personnel ;*
- *Proposer des améliorations d'organisation du service ;*
- *Assurer la coordination et la qualité des soins de l'unité ;*
- *Organiser les soins et en assurer la continuité ;*
- *Participer à l'amélioration de la coordination et de la qualité des soins ;*
- *Elaborer et adapter les procédures de travail ;*
- *Assurer le contact avec les médecins et les autres acteurs du terrain ;*
- *Accompagner les familles et l'entourage des patients ;*
- *Gérer les plaintes des patients et de leur famille ;*
- *Participer à des groupes de travail et aux réunions en lien avec expertise. »*

Bien que plus synthétique, cette description de fonction est très similaire au profil de fonction défini dans l'arrêté royal du 13 juillet 2006 (Annexe I). En pratique, il y a peu de différences

entre ce qui est demandé aux IC (c'est à dire leur travail réel) et les directives et arrêtés royaux (travail formel).

Dans le secteur de soins de santé privé fédéral, l'IF-IC (association sans buts lucratifs, créée en 2012, composée d'analystes, de consultants et de partenaires sociaux pour la création d'une descriptive de fonction plus moderne dans divers secteurs) a un rôle important. Pour l'IC, l'IF-IC prévoit une nouvelle classification: l'IC en hôpital, l'IC en hôpital dans une petite unité et IC - collaborateur. Dans le cadre de ce travail, c'est uniquement le profil de fonction de l'IC à l'hôpital qui sera examiné.

Selon l'IF-IC, l'objectif général de l'infirmier en chef est « *assurer le bon fonctionnement de l'unité afin d'optimiser la qualité de soins* ». Les activités principales sont associées à tâches plus spécifiques dans le profil de fonction de l'IC (vérifier Annexe II).

3.4 LE RECRUTEMENT

Après la définition du poste et des caractéristiques idéales du candidat susceptible d'occuper au mieux le poste se pose la question du mode de recrutement. Il convient d'opérer une distinction importante entre les sources potentielles de recrutement: le marché interne (lorsque le profil du candidat est déjà présent dans l'organisation, c'est vers lui qu'on se tournera si les pratiques de gestion de carrière le permettent) et le marché externe (c'est-à-dire toutes les autres possibilités en-dehors de l'entreprise, comme les hautes écoles, les universités, entre autres). Il s'agira à présent de communiquer vers la cible choisie par l'organisation – via intranet, l'affichage ou des annonces dans la presse. Il conviendra de s'assurer que la population ciblée par notre offre soit bien atteignable par le biais des supports envisagés (Cadin, Guérin, Pigeyre, Pralong, 2012).

3.5 LA SÉLECTION

C'est la phase plus connue et la plus visible parce qu'elle concerne chaque individu à la recherche d'un emploi. La sélection est le processus de filtrage successif des candidats, selon leur dossier de candidature, les entretiens ou mises en situation, entre autres (Cadin, Guérin, Pigeyre, Pralong, 2012). Dans la phase finale de cette étape, il reste deux ou trois candidats entre lesquels la décision finale sera prise. Cette étape est la plus administrative parce que, en général, il faut aussi répondre aux candidats non retenus. Parfois, en fonction de la structure de l'association et du secteur d'activité, on peut adresser au candidat une réponse par défaut. Il recevra alors un message standard ou automatique : « *Si vous n'avez pas reçu de réponse*

dans les x jours/semaines qui suivent, cela signifie que votre candidature n'a pas été retenue. » (Hôpitaux Iris Sud, 2020).

3.6 LA DÉCISION D'EMBAUCHE

La décision d'embauche sera prise au niveau de la hiérarchie - le directeur du département infirmier, le directeur adjoint, l'ICS et le responsable des ressources humaines du futur engagé. Cette phase a pour but de délibérer définitivement entre les deux ou trois candidats présélectionnés dans la phase précédente.

3.7 L'INTÉGRATION

Selon Martory et Crozet (2010), le recrutement est un processus structuré, dont l'intégration est la dernière étape. L'intégration permettra l'insertion du nouvel engagé dans l'organisation et la prise de sa nouvelle fonction. Le succès du recrutement ne dépend pas seulement des qualifications et des compétences nécessaires au poste, mais aussi de la capacité d'intégrer la culture organisationnelle, de comprendre la langue, d'avoir une relation positive avec l'équipe et le supérieur hiérarchique, d'assimiler les priorités de l'équipe, entre autres. Pour que ce processus soit couronné de succès, les organisations doivent mettre en place une série de moyens diversifiés pour la réussite et l'efficacité du processus de recrutement (voir point 3.7.2).

3.7.1 Nouvel IC – comment peut-il se préparer pour le poste?

Une intégration réussie va plus loin que la simple formation (Naszalyi, 2019). Selon le même auteur, le futur manager peut de façon autonome préparer son processus d'intégration dans l'organisation. La préparation en amont d'une prise de poste est primordiale. Se renseigner sur l'institution, son histoire, ses valeurs et sa mission est indispensable. C'est importante aussi de demander les informations préalablement aux collègues qui travaillent déjà dans l'organisation, aux amis pour le soutien social et relationnel dans le futur lieu de travail ou simplement aux membres de la famille, avant d'entrer en fonction avec la sérénité voulue. Naszalyi (2019) met en évidence ce qui suit :

- L'organisation

Une bonne organisation est essentielle pour la réussite professionnelle. L'idéal est de commencer dès les premiers jours à mettre en place des outils d'organisation, par exemple, préparer un cahier pour enregistrer les numéros de téléphone des unités de soins et des services de l'hôpital, un cahier pour les rapports de réunions d'infirmier en chef, préparer un

dossier informatique pour regrouper les desideratas des membres de l'équipe en termes d'horaires, entre autres.

- L'écoute

Le nouvel environnement de travail est un terrain inconnu. C'est la raison pour laquelle être à l'écoute de ses collègues (déjà IC) et de ses supérieurs hiérarchiques est très important. Ils connaissent l'hôpital et ils peuvent être des alliés dans l'évolution professionnelle. Par ailleurs, la mise en application de leurs conseils envoie un signal positif de remise en question et de motivation.

- La pro- et la réactivité :

Faire preuve d'esprit d'initiative et partager ses idées avec sa nouvelle équipe est un vrai atout. Cependant, il faut savoir trouver l'équilibre et ne pas vouloir tout changer dès le premier jour.

- La capacité à déléguer

Elle permet au manager de se décharger d'un certain nombre de tâches, de gagner du temps, de gérer le *stress*, de responsabiliser ses collaborateurs et de reconnaître leurs compétences particulières. La délégation est une pratique complexe qui implique un nécessaire partage de la confiance. En effet, déléguer, c'est abandonner la responsabilité d'une tâche importante sans être sûr de la qualité de ce qui va être fait. La délégation répond à un processus précis : identifier ce qui peut être délégué et ce qui ne peut pas l'être (par exemple, la fonction de l'IC adjoint établie dans la description de fonction de l'organisation). Malheureusement, il peut se produire des épisodes de dysfonctionnement lié à la délégation, comme (Combalbert et Linardos, 2018):

- a) le manager irremplaçable (le manager préfère être submergé de travail plutôt que d'en déléguer une partie, au risque de rapidement perdre en efficacité et en reconnaissance) ;
- b) la délégation « poubelle » (le manager est conscient de la nécessité de déléguer, mais, pour lui, il est hors de question de déléguer quoi que ce soit d'intéressant ou de valorisant. Les missions déléguées sont donc systématiquement celles qui n'intéressent pas le manager, mais qui doivent être réalisées malgré tout) ;
- c) la délégation à la mauvaise personne.

- La sollicitation d'un *coaching* individuel externe

Pour faire face efficacement à ce défi, il est possible de se faire accompagner par un conseiller externe de façon à mieux s'adapter à ce nouvel environnement et ainsi, se créer de

nouveaux repères en cohérence avec l'équipe, la direction du département infirmier ou la culture de l'institution. Toutefois, une action de *coaching* n'est pas suffisante en soi. Elle doit être pensée comme l'un des éléments d'un dispositif à mettre en place conjointement avec l'équipe et le N+1. De plus, le coût associé à une démarche de *coaching* est un frein important à cette stratégie (Delavallée, 2006).

- La connaissance de la nouvelle équipe

En plus de l'écoute, l'empathie est aussi une des qualités essentielles recherchées par les employeurs lorsqu'ils souhaitent recruter un manager. Ces qualités tournées vers l'humain permettent d'apprendre à connaître les collaborateurs et ainsi de mieux les comprendre pour mieux les gérer.

« Le rôle d'un manager est de faire grandir ses collaborateurs. Certes, il existe des obligations de résultats imposés par la direction, mais un bon manager doit chercher à comprendre les motivations des membres de son équipe pour faire croître leurs compétences et leur apporter satisfaction dans leurs missions » (2018), explique Annelise Boirayon, consultante en recrutement. *« On peut penser que manager une équipe est simple car cela repose sur de l'humain. Mais il faut apprendre à connaître les personnes avec lesquelles on travaille au quotidien, s'y intéresser. Cela passe par de l'observation mais également par des échanges informels et des temps d'écoute, individuels et collectifs. »* (Boirayon, 2018)

Une présentation de chaque membre du personnel à son manager est fondamentale. Une rencontre individuelle (15 à 20 minutes) peut être envisagée lors des premières journées de travail pour connaître chacun et se connaître mutuellement (sans influence d'un élément du groupe en particulier ou du groupe en soi). Il s'agit aussi d'une opportunité pour commencer à construire la confiance entre le nouveau chef et chaque infirmier. Pour y arriver, le manager devra observer le secret professionnel nécessaire au maintien de la confiance avec l'individu qui est devant lui. Quelques questions englobant la dynamique de groupe, les attentes de l'infirmier par rapport à son nouveau chef, les principales difficultés ou l'organisation du travail peuvent être envisagées. Un plan de rencontre est en Annexe III.

Et finalement, le nouveau manager doit être conscient que la lecture et l'apprentissage ne s'arrêtent jamais. Et qu'il doit constamment s'efforcer d'aller plus loin pour tenir pleinement son rôle. Par exemple, en se lançant dans la recherche régulière dans un domaine en particulier, dans la lecture d'articles, de livres, dans des formations en ligne ou même s'inscrire dans les formations que l'hôpital met à la disposition.

3.7.2 L'accueil du nouvel IC dans la nouvelle organisation de soins

Depuis quelques années, une attention particulière est portée aux thématiques d'intégration et de socialisation organisationnelle. Beaucoup d'organisations, et les institutions de soins de santé ne font pas exception, ont pris conscience de l'importance d'un plan d'*onboarding* bien établi pour les nouveaux IC. Cette partie de ce chapitre se concentre sur l'intégration de l'IC au sein d'une nouvelle organisation de soins.

Chaque année, des centaines de nouveaux IC sont engagés par une organisation. Après le processus de recrutement et de sélection, l'intégration dans un nouveau service et dans une nouvelle organisation est une étape clé. Le succès du processus de recrutement ne dépend pas seulement de la qualité de la sélection, mais aussi de la manière dont le nouvel engagé est accueilli au sein de l'institution.

Un objectif essentiel pour les organisations est de mettre leurs nouveaux IC en place rapidement. Les nouveaux employés doivent apprendre à la fois les aspects sociaux et organisationnels et les aspects de leur travail dans leur nouvelle organisation. Pour faciliter leur succès, un système doit être en place pour aider à organiser le processus, l'échange d'informations et l'ajustement des nouveaux engagements.

Pendant des décennies, ce processus a été étudié sous le terme de socialisation organisationnelle. La socialisation était le processus par lequel l'individu acquiert des attitudes, des stratégies et des connaissances nécessaires à son intégration comme nouveau membre de l'organisation (Van Maanen et Schein, 1979). La socialisation est plus intense lorsqu'un nouveau collaborateur arrive dans un nouveau lieu de travail, passant d'un individu externe à un membre actif, inséré dans l'organisation (Fang, Duffy et Show, 2011).

Selon Bauer et ses collaborateurs (2007), le terme *onboarding* est, dans sa définition habituelle en anglais "*the process by which newcomers make the transition from being organizational outsiders to being insiders*". La réussite du processus d'*onboarding* est fondamentale pour l'engagement, la rétention et la socialisation du nouvel engagé. En effet, les organisations qu'accélèrent l'intégration et l'apprentissage du nouvel arrivant, bénéficient plus rapidement de sa performance. Paulette Alviti, vice-président du leadership développement interviewée par Derven (2008) insiste sur le fait qu'un processus d'*onboarding* conduit les collaborateurs à être plus efficaces et donc, plus productifs.

Talya Bauer, professeur académique au Portland State University, a publié en 2015 un article intitulé « *Onboarding : the power of connection* » dans lequel elle mentionne les

quatre aspects fondamentaux pour le succès du processus d'intégration, désigné « 4C » : « *culture, compliance, connection and clarification* ».

Tableau 1 - Définition « 4C » (Bauer, 2015)

« <i>Culture</i> »	Référence à la culture organisationnelle unique de la nouvelle organisation. La capacité de compréhension et interprétation de la nouvelle culture est essentielle dans la posture de nouveau manager.
« <i>Compliance</i> »	Référence aux principes du poste auxquelles le nouvel engagé a postulé.
« <i>Connection</i> »	Référence aux relations interpersonnelles, aux mécanismes de soutien et au réseau d'information que le nouvel engagé peut établir pour favoriser leur socialisation.
« <i>Clarification</i> »	Référence aux détails et éclaircissements de doutes concernant le nouvel emploi. Les nouveaux engagés seront plus productifs, s'ils comprennent leur travail.

Les organisations qui coordonnent efficacement ces quatre aspects bénéficient de meilleurs résultats - pour leurs nouveaux employés - que les organisations qui ne le font pas, y compris une satisfaction au travail et une productivité plus élevées, ainsi qu'une réduction du *turnover*. Comme l'affirme Derven (2008, page 4) « *good onboarding directly correlates with reduced turnover* ». La « *connexion* » a un rôle particulièrement important dans le processus d'intégration parce qu'elle peut influencer directement les résultats organisationnels autant que l'efficacité du nouvel employé, la satisfaction au travail et l'engagement organisationnel. Les nouveaux employés qui se sentent connectés et acceptés par leurs nouveaux collègues ressentent moins d'anxiété initiale lorsqu'ils entrent dans la nouvelle organisation. Cette approche permet de considérer la socialisation comme une interaction dynamique dans laquelle le nouvel arrivé et l'organisation changent, les besoins du nouveau collaborateur et les attentes, les objectifs de l'institution s'ajoutent (Dufour et Lacaze, 2010).

Selon les dernières recherches, le processus d'intégration commence bien avant que le nouvel engagé intègre l'organisation. Le processus de recrutement est considéré comme le premier pas vers une vision de l'intégration satisfaisante (Derven, 2008).

« *Un processus d'onboarding bien pensé contribuera à une intégration plus rapide des nouveaux engagés qui se sentiront à l'aise dans leur nouvelle fonction, participeront positivement à la culture de l'entreprise et à l'esprit d'équipe. Ils seront prêts à s'investir et resteront plus longtemps fidèles à l'entreprise (...)* », confirme Laure Charbonneau, directrice d'une étude conjointe avec Robert Half, menée en 2018. Pour rendre ce processus efficace, il faut l'organiser avec l'ICS, le département des ressources humaines et les infirmiers.

Comme il s'agit d'un processus, il ne s'agit donc pas simplement d'accueillir le nouvel engagé et de l'installer directement dans son unité dès son premier jour de travail. Les difficultés du nouvel IC peuvent apparaître seulement plusieurs semaines voire plusieurs mois après son entrée dans l'organisation. Selon *New Leader Onboarding Guide* (Occilien-Similen, 2020), le processus d'*onboarding* peut se prolonger jusqu'à un an en fonction du poste du nouvel engagé, mais il n'y a pas de consensus concernant le temps d'*onboarding* nécessaire entre les auteurs et les départements affectés, par exemple, un processus d'*onboarding* d'un manager peut prendre jusqu'à 100 jours dans un service de pharmacie (O'Neil, Amérine & Woodward, 2017).

D'une façon synthétique, Marjorie Derven dans son article « *Management Onboarding* », édité en 2008, mentionne quatre phases d'intégration que nous permet de simplifier le processus d'*onboarding*: « *pre-arrival, introduction and orientation, assimilation and integration/contribution* ».

Tableau 2 – Les quatre phases d'intégration selon Derven (2008)

« <i>Pre-arrival</i> »	Fournir les informations-clé au nouvel arrivant (l'équipe de travail, présentation de l'hôpital, du service de soins, les personnes de référence, entre autres).
« <i>Introduction and orientation</i> »	Fournir les outils essentiels (e-mail, accès à l'intranet, accès au logiciel informatique, <i>pass-words</i> entre autres).
« <i>Assimilation</i> »	Développer les connaissances et compétences essentiels au poste, établir des objectives à court et moyen terme.
« <i>Intégration/Contribution</i> »	Établir objectifs à long terme et analyser les connaissances/habiletés du nouvel engagé.

Dans la littérature sur le management et la gestion des RH, il est conseillé aux ICS (N+1) et au département des RH :

- D'organiser un parcours d'intégration

Comme tout nouvel arrivant, il a besoin de connaître son environnement, les ICS, les autres IC et son équipe soignante. Préparer un parcours permet au nouvel engagé de se sentir en confiance. Dans l'hôpital, il est fondamental de présenter le secrétariat médical (pour la délivrance du badge), le vestiaire, les unités de soins, les locaux de la pharmacie ou de la stérilisation, le bureau de son supérieur hiérarchique, la cafétéria, entre autres, selon la dimension et la structure de l'hôpital. Prévoir un plan détaillé de l'hôpital facilite le déplacement lors des premiers jours dans l'organisation.

- De préparer l'arrivée

Il est primordial de prévenir les équipes concernées avant l'arrivée du nouvel engagé dans les locaux. En effet, rien n'est plus déplaisant pour un nouvel arrivant que de sentir que ses nouveaux collègues n'ont pas été informés de sa venue. Prévoir un e-mail informatif quelques jours avant est une suggestion. Ensuite, le badge, l'adresse e-mail, les codes d'accès à la messagerie électronique, à la plateforme informatique et un guide de présentation des logiciels informatiques nécessaires à la pratique professionnelle doivent être prêts.

- De collaborer avec l'ICS

« *Naturally, newcomers can't act unilaterally — they need to coordinate their activities with their managers.* », selon Cable, Gino & Staats (2013, page 3). Alors, les managers et/ou mentors peuvent aider à la construction d'une nouvelle identité.

- Inviter le nouvel arrivant à un *lunch*

C'est un très bon moyen de créer un lien entre l'IC et l'ICS, cela permet de poursuivre les discussions qui avaient été entamées sur les missions du collaborateur ou les projets en cours, mais de manière plus informelle. En effet, cela permet de découvrir l'IC. Malheureusement, la situation économique et financière des hôpitaux, selon l'étude MAHA (Belfius, 2020) peut constituer un frein à ce type d'accueil pour chaque IC qui est engagé. Néanmoins, rien n'empêche que chacun apporte son repas afin que les discussions puissent se prolonger pendant la pause.

- De nommer un mentor

Pour assurer une bonne intégration dans l'organisation, choisir un mentor ou un tuteur d'intégration peut être une très bonne idée. Il peut s'agir de l'IC de service, car l'arrivée d'un nouvel IC est une immersion totale dans l'équipe. Pour Simard et Fortin (2008), le « *mentorat* » est une relation interpersonnelle de soutien et d'échange dans laquelle une personne d'expérience (le mentor) déploie sa sagesse et son expertise afin de promouvoir le développement d'une autre personne (le mentoré) qui a des compétences à acquérir et des objectifs à attendre. En effet, avec l'éclairage de l'ICS, le nouvel IC explorera les différentes opportunités de mentorat à sa disposition et établira cette relation « *mentorale* » en fonction de ses propres besoins, au regard des forces identifiées par les collègues IC, selon ce qui ressort d'un travail élaboré pour le groupe hospitalier Vivalia, en 2017. Effectivement, « *Mentoring also provides professional growth benefits that appeal to existing employees and increase their job enjoyment and satisfaction.* » (Funderburk, 2008, page 1).

- Elaboration de réunions d'échange (désignées *one-to-one*)

Au sein de l'institution, il sera opportun de favoriser des réunions de co-développement avec l'ICS. Normalement, une fois par semaine pendant le premier mois du nouvel engagé, puis une fois toutes les deux semaines pendant le deuxième et troisième mois et, ensuite, une fois par mois.

- De prévoir l'accès aux formations (internes/externes) à l'organisation

L'arrivée dans une nouvelle entreprise est souvent synonyme d'une prise de connaissance assez lourde: le processus dans l'organisation, le fonctionnement de l'équipe, les méthodes de communication, la prise en main des différents outils/applications de travail et des procédures peuvent être des formations à suivre dans le cadre du management.

- D'élaborer un bilan à la fin de la première semaine

À la fin de la première semaine, prendre 15 minutes pour faire un bilan est un bon moyen de conclure l'intégration et de faire le point sur le ressenti de l'IC.

- Demander un rapport d'étonnement

Il s'agit de demander au nouveau collaborateur, à la fin du premier mois, de rédiger un petit rapport informel, ce qui permet de mieux comprendre comment il a appréhendé l'unité, mais également de modifier des choses qu'il a remarqué et qui ne devraient pas être. C'est un bon moyen d'engager la conversation pour savoir quelles sont ses conclusions.

Ainsi, le rapport d'étonnement constitue un moment de valorisation du nouvel IC, au travers de sa créativité, de ses questions et ses suggestions. Il lui permet d'alimenter l'institution d'un flux permanent d'idées nouvelles et fraîches dans le cadre d'une démarche continue d'amélioration de la qualité. Ces étonnements peuvent concerner tant l'institution elle-même que les soins aux patients, ses propres missions ou encore le fonctionnement de l'équipe (Vivalia, 2017).

Dans le chapitre suivant, nous allons découvrir les méthodes utilisées pour recruter un nouvel IC au niveau du département des RH, les parcours d'intégration existants dans les organisations de soins, les outils mis en place pour le nouvel IC dans sa nouvelle fonction, les enjeux, ainsi que les difficultés rencontrées par les nouveaux IC et ICS, de façon à construire un plan d'accueil optimal et efficace.

CHAPITRE 2. MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre détaille le processus méthodologique de cette étude.

1. L'ECHANTILLONNAGE

Pour répondre aux objectifs de cette étude, ce travail s'inscrit dans une méthodologie qualitative avec des entretiens semi-dirigés avec trois types de population. En sachant que le but de ce travail est l'accueil optimal d'un nouvel IC au sein d'une nouvelle organisation, il a été décidé de sélectionner trois populations différentes à interviewer :

- les membres des RH responsables du recrutement,
- les ICS responsables de l'accueil et de élaboration d'un plan d'intégration pour le nouveau membre selon les ressources existantes, les défis et les exigences de cette fonction à l'hôpital,
- le nouvel IC qui va décrire les attentes, les difficultés et les besoins liés à sa nouvelle fonction.

Dans cette optique, le consentement informé et éclairé a été formulé (Annexe IV) et les trois guides d'entretien ont été réalisés (Annexe V).

Pour la taille de l'échantillon, il n'y a pas un minimum ou maximum d'entretiens à réaliser, puisque le but de l'étude n'est pas de généraliser nos résultats dans le sens statistique du terme. En effet, la théorie issue de la méthode d'analyse qualitative n'a pas pour but de produire des conclusions généralisables à toute la population. Le but est de comprendre quels sont les défis, les attentes, les difficultés, les angoisses du nouvel IC lorsqu'il prend sa nouvelle fonction dans une nouvelle organisation et d'analyser ce qui est fait actuellement sur le terrain dans le domaine de l'accueil. Le nombre d'IC, ICS et membres des RH interviewés dépend du seuil de saturation des données « *ce qui se produit quand le chercheur s'aperçoit que les réponses deviennent répétitives et qu'aucune nouvelle information ne s'ajoute* » (Aujoulat, 2019).

2. LE CADRE ET LE PERIODE DE RECHERCHE

Géographiquement, cette recherche a été menée dans la partie francophone du Royaume de Belgique, c'est-à-dire dans les Régions wallonne et de Bruxelles-Capitale. Ceci pour une question de compréhension de la langue française. Les entretiens semi-directifs des trois échantillons mentionnés ont eu lieu du 28 décembre de 2020 au 28 février de 2021.

3. LES MODALITES DE CONTACT DES PARTICIPANTS

En tant qu'infirmière dans un hôpital public de la Région de Bruxelles-Capitale, j'ai débuté ma collecte de participants parmi mes collègues de l'institution de soins au niveau des IC, ICS et membres des RH. Je leur ai demandé s'ils connaissaient quelqu'un (IC, ICS, membres des RH) avec le même profil, qui travaille aussi dans le secteur de la santé. Cette méthode de diffusion est appelée « méthode de boule de neige », par laquelle le chercheur commence par une petite population connue et élargit l'échantillon en demandant aux premiers participants d'en identifier d'autres qui pourraient participer à l'étude. Évidemment, cette méthode ne fournit pas une méthode d'échantillonnage représentative de la population étudiée, et les biais ne sont donc pas exclus, vu qu'un ICS peut contacter un autre ICS d'un autre hôpital par amitié. Les participants n'ont pas reçu de récompense ou de prime pour participer à l'entretien. En raison de la pandémie actuelle de Covid-19, les entretiens ont été réalisés en distanciel à l'aide de plusieurs applications de communication *online*, comme *Skype*, *Zoom* et *Teams*, le réseau social *Messenger*. Dans certains cas, l'entretien s'est fait téléphoniquement.

4. LES CRITÈRES DE SÉLECTION

Les critères de sélection appliqués sont les suivants :

- Les membres des RH ont un minimum trois ans d'expérience dans le domaine du recrutement et sont aussi responsables pour la fonction « RH partner » avec l'ICS.
- Les ICS du département infirmier ont un minimum trois ans d'expérience professionnelle dans le domaine et une formation académique équivalent à un master en santé publique et/ou une formation spécialisée en management.
- Le nouvel IC a une formation académique (master en santé publique finalisé ou en cours d'études), une expérience professionnelle d'infirmier de soins généraux ou soins spécialisés de deux ans et doit être un nouveau membre au sein d'un service et d'une organisation de soins.

5. LES CONSIDERATIONS ÉTHIQUES

La participation à cette recherche des membres des RH, des nouveaux IC et des ICS a été volontaire. L'anonymat a été garanti pendant tout le déroulement de l'étude ; les informations sur la profession et l'ancienneté des participants sont mentionnées dans les

résultats. L'ensemble des participants ont été informés quant au but et au déroulement de l'étude. Chaque participant a pu répondre ou non aux questions posées, abandonner sa participation à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier sa décision. Les participants qui le souhaitent auront accès aux résultats de l'étude.

6. LE MÉTHODE D'ANALYSE DE DONNÉES

Le traitement de données qualitatives a été conduit à la main, sans recours à aucun logiciel informatique pour le traitement de données. Après avoir retranscrit les données qualitatives des entretiens, leur traitement a consisté en une analyse thématique: j'ai procédé au découpage de chaque matériau en unités d'analyse correspondant à des thèmes à valeur de description. Les unités d'analyse émergent du contenu du matériau analysé – démarche inductive, qui consiste plutôt à faire émerger thèmes ou catégories du matériau qu'à les définir *a priori* (Aujoulat, 2019). Chaque unité d'analyse a reçu une appellation et sa fonction était une analyse descriptive : elle permettait, pour chacune d'entre-elles, de cerner ce qui était abordé dans l'extrait du corpus correspondant (Aujoulat, 2019). Donc, les unités d'analyse ont été construites au fur et à mesure de l'analyse et créées à partir du matériau récolte. Dans le cadre d'une démarche inductive, j'ai choisi la thématization continue parce que chaque thème est identifié et noté au fur et à mesure de l'analyse et la lecture des entretiens.

CHAPITRE 3. ANALYSE DES RESULTATS

Dans ce chapitre, je vais présenter les résultats des entretiens réalisés auprès des nouveaux IC, les ICS et les membres des RH. D’abord, je vais effectuer une analyse verticale des entretiens semi-dirigés des RH, ICS et IC afin de répondre aux questions de recherche définies précédemment et, ensuite, une analyse transversale incluant les sept grands hôpitaux de l’échantillon. Ces différentes catégories sont développées sur base des réponses des interviewés. Je mobiliserai des extraits des entretiens afin d’illustrer les propos qui seront repris en italique et mis entre guillemets.

1. L’ANALYSE VERTICALE DES ENTRETIENS DES RH, ICS ET IC

1.1 L’ANALYSE DES ENTRETIENS DES RH

Premièrement, je vais présenter les caractéristiques de l’échantillon des RH :

Tableau 3 – Les caractéristiques principales de l’échantillon RH

RH	Expérience professionnel	Lieu de travail	Durée de l’entretien
RH n°1	RH <i>partner</i> depuis 2013	Hôpitaux Iris Sud	Présentiel/ 21 minutes
RH n°2	RH <i>partner</i> depuis 2015	Centre Hospitalier Universitaire de Brugmann	Présentiel/ 28 minutes
RH n°3	Psychologue et membre des RH « business partner » depuis 2016	Clinique de l’Europe	Présentiel/ 22 minutes
RH n°4	Membre des RH depuis 2005	Hôpital de Bordet	Présentiel/ 18 minutes
RH n°5	Membre des RH depuis 2017	Centre Hospitalier Universitaire de Liège	Téléphone / 16 minutes
RH n°6	Membre RH dans un autre hôpital de la région entre 2015-2017; membre de RH depuis 2018	Centre Hospitalier Universitaire de Namur	Teams/ 32 minutes
Durée moyenne des entretiens – 22.8 minutes			

Le processus de recrutement et sélection d’un nouvel IC commence aux RH en fonction d’un besoin. Par la suite, un processus se met en place en collaboration avec le département infirmier, comme nous décrit le RH n°5 : « *En effet, il y a plusieurs raisons qui amènent à l’ouverture d’un poste d’IC : la démission d’IC, le départ à la pension d’IC... quand le directeur Infirmier souhaite qu’on lance un appel d’offre, il y a la cellule de l’hôpital qui analyse que tout est conforme le budget. Ensuite, on peut effectivement lancer l’appel. Ensuite, on prépare un projet d’appel en collaboration avec le directeur du département infirmier pour fixer les modalités de diplôme, d’expérience, des compétences requises qui*

doivent figurer dans l'offre d'emploi en fonction de l'unité dans laquelle il va travailler. Si le candidat va aux soins intensifs, on va peut-être exiger que la personne détienne un titre spécialiste en médecine d'urgence et une expérience d'autant d'années. Ensuite, on partage l'offre d'emploi en général pendant un mois. À la fin de ce processus, on analyse les candidatures reçues, (...). Après, on convoque les candidats à une preuve écrite éliminatoire qui est corrigée par les membres du jury (Directeur du Département Infirmier, le Chef des RH, la personne responsable pour le recrutement, le Directeur Médical et, éventuellement, un médecin chef de service) ».

Pour les six membres de RH interviewés, il n'y a pas de différence entre le candidat interne et le candidat externe au niveau de différentes étapes du recrutement. Seulement, le RH n°6 mentionne que dans son organisation de soins « (...) *ce n'est pas selon le critère interne ou externe à l'hôpital que la décision finale est prise* », mais insiste sur la valeur des compétences nécessaires pour le poste. Néanmoins, dans l'institution où le membre de RH n°5 travaille « *On essaie de privilégier le candidat interne avant d'ouvrir l'offre d'emploi aux externes. On commence d'abord par les internes pour voir s'il y a des candidats intéressés. S'il n'y a pas de candidats alors, on passe aux candidats externes. Si on s'adresse aux deux catégories, tous les deux reçoivent la même chance* ». Concernant la procédure de recrutement et sélection en soi, il n'a pas eu de changement ces dernières années. « *Cela a du évoluer, mais depuis cinq ans la procédure a subsisté.* » (RH n°5).

Effectivement, la réalité du terrain démontre que les RH sont présents pendant les différentes étapes du recrutement et la sélection du candidat devant le jury, « (...) *je contacte les candidats pour lui donner la bonne nouvelle. Et, ensuite, le département infirmier assure tout l'accueil du nouveau collaborateur* ». Selon eux, les RH ont comme fonction l'établissement d'un lien entre le candidat et l'hôpital, incluant aussi le contact entre l'ICS et le candidat élu.

Le temps d'intégration idéale pour un nouvel IC est « *minimum 3 à 6 mois, c'est nécessaire* » (RH n°1) ; « *minimum 6 mois* » (RH n°2 et RH n°5) et « *entre 6 mois à 1 an* » pour les RH n°3, n°4 et n°6.

Les RH interviewés avancent des pistes d'améliorations du processus de recrutement et d'intégration du nouveau candidat :

- « Un rappel informatique de la fin d'un plan d'intégration d'un collaborateur et demander un feedback envoyé au IC/ICS et améliorer la transmission RH/ICS pour un mieux suivi d'un nouveau collaborateur. » (RH n°1 et RH n°2) ;
- « Je pense que c'est une belle procédure, même si, parfois, elle est longue, le processus se déroule sur plusieurs semaines, ce qui peut-être on peut améliorer » (RH n°5) ; « c'est un processus long et parfois lorsqu'on a un déjà le premier candidat qui postule, nous ne pouvons pas lui donner la suite vu qu'il faut attendre la fin des candidatures. » (RH n°6) ;
- « Le fait d'avoir une preuve écrite est un bon moment pour l'IC quand le candidat n'a pas du tout d'expérience et quand il vient de terminer son master en santé publique ; quand il y a déjà un IC avec beaucoup d'expérience, il faut qu'il passe des épreuves écrites, ce qui est fastidieux... les preuves écrites prennent déjà quatre heures, ... les preuves écrites sont moins utiles dans ce cas, mais je trouve que, parfois, c'est plus équitable si tout le monde passe tous les épreuves. » (RH n°5).

1.2. L'ANALYSE DES ENTRETIENS DES ICS

D'abord, les principales caractéristiques de l'échantillon des ICS :

Tableau 4 – Les caractéristiques principales de l'échantillon ICS

ICS	Genre/ âge	Expérience professionnel	Lieu de travail	Durée de l'entretien
ICS n°1	F/46	Formation en pédiatrie et néonatalogie. Cadre de santé depuis 2008. IC dans un service de pédiatrie (2001-2009); ICS au sein des HIS depuis 2010.	Hôpitaux Iris Sud	Présentiel/ 31 minutes
ICS n°2	M/51	Formation en soins intensifs et aide médicale urgent. Cadre de santé depuis 1998. 15 ans en tant qu'IC; 8 ans en tant que manager de soins du département de la médecine critique.	Centre Hospitalier Universitaire de Brugmann	Présentiel/38 minutes
ICS n°3	F/46	Formation en soins intensifs et aide médicale urgent. Master en santé publique à l'ULB depuis 2008. 10 ans comme IC des services des urgences et soins intensifs et 2 ans en tant ICS au site Molière ; depuis 5ans en tant que cadre intermédiaire responsable des services de chirurgies, psychiatrie, radiologie, médecine nucléaire, l'équipe de transport et veille générale.	Clinique de l'Europe	Téléphone /34 minutes
ICS n°4	F/55	Cadre de santé depuis 1991. 20 ans d'IC dans une unité de soins à Bordet ; 10 ans en tant qu'adjoint à la Directrice de Soins Infirmier.	Hôpital Bordet	Zoom/32 minutes
ICS n°5	M/57	Cadre de santé depuis 2001 ; 18 ans comme IC et 10ans comme ICS.	Clinique Saint Jean	Présentiel/45 minutes
ICS n°6	M/45	Formation en soins intensifs et aide médicale urgent. Master en santé publique à ULB depuis 2010. IC pendant 5 ans dans une unité de soins intensifs. ICS pendant 2 ans et depuis 2019- Coordinateur de recrutement des IC	Groupe Santé CHC	Téléphone /24 minutes

ICS n°7	F/48	Formation en psychiatrie et santé mentale depuis 2005. Cadre de santé depuis 2007. 10 ans en tant qu'IC dans le service de psychiatrie et ICS dans le département de santé mentale et psychiatrie depuis 2017	Centre Hospitalier Universitaire de Charleroi	Téléphone/ 18minutes
ICS n°8	F/44	Formation de cadre de santé. 10 ans en tant qu'IC dans un service de médecine interne à l'hôpital universitaire St. Luc; 10 ans en tant qu'ICS à la clinique St. Pierre d'Ottignies	Clinique St Pierre – Ottignies	Téléphone/ 25 minutes
ICS n°9	M/43	Master en santé publique à l'ULB depuis 2004. Coordinateur du Département Infirmier sur les 4 sites Enseignant au CPSI de Mons.	Centre Hospitalier Universitaire de Charleroi	Zoom/ 38minutes
ICS n°10	M/63	Cadre de santé et formation dans le domaine de l'hygiène hospitalière. ICS du département depuis 2002.	Centre Hospitalier Universitaire de Liège	Téléphone/ 34minutes
ICS n°11	F/50	Formation en France. Infirmier spécialisé en psychiatrie et santé mentale et formation en soins intensifs et aide médicale urgent. Master en Santé Publique et master approfondi dans le domaine. Collaborateur scientifique au niveau de la santé publique.	Centre Hospitalier Jean Titeca	Teams/ 32 minutes
ICS n°12	F/52	ICS dans le département infirmier depuis 2008 ; Formation dans le domaine de l'hygiène hospitalière et éducation patient.	Centre Hospitalier Universitaire de Liège	Teams/ 26 minutes
ICS n°13	F/49	Formation de cadre de santé. IC pendant 8 ans. ICS dans le département infirmier depuis 2014.	Centre Hospitalier Bois de l'Abbaye	Téléphone/ 20 minutes
ICS n°14	M/59	Cadre de santé en 1995. IC pendant 10 ans dans le service de neurologie. ICS dans le département infirmier depuis 2005.	Centre Neurologique William Lenox	Téléphone/ 23 minutes
ICS n°15	F/47	Cadre de santé en 2000. IC pendant 6ans dans un service de médecine. ICS dans le département Infirmier depuis 2006	Centre Hospitalier Universitaire d'Ambroise Pare	Teams/ 41 minutes
ICS n°16	F/47	Cadre de santé en 1998. IC pendant 8 ans dans un service de chirurgie. ICS dans le département infirmier depuis 2016	Centre Hospitalier de Mouscron	Téléphone/ 37minutes
Durée moyenne des entretiens – 30.7 minutes (Légende : F- Féminin ; M- Masculin)				

La première analyse du tableau avec les caractéristiques principales des ICS permet de constater que 10/16 ICS sont des femmes et 6/16 ICS sont des hommes. Ces chiffres illustrent vraiment la progression de la carrière des femmes au sein du Département des Soins Infirmiers. La moyenne d'âge des ICS interviewés est de 50 ans.

Le nouveau collaborateur dans le processus de recrutement est soumis à des examens dans plusieurs domaines après le premier contact favorable avec l'ICS et/ou RH. Ces tests peuvent être faits dans le département des RH (s'il y a des personnes compétentes pour le faire), sinon les hôpitaux travaillent avec des sociétés externes. L'ICS n°8 explique cette étape : « *En général, les meilleurs candidats passent une demi-journée d'assessment et alors, en fonction des résultats on présente des candidats à un jury.* » Mais, en quoi cela consiste-t-

il ? *« Lors d'un assessment, vous allez passer des tests, des jeux de rôles, des mises en situation, des tests psychologiques, des calculs, des épreuves de réflexion, de statistiques, d'écriture, de leadership et il y a un peu de tout... on demande à la société externe que le candidat correspond au descriptif de fonction et on convient avec la société les domaines à explorer »* dans le but que *« la présence de la société externe permet d'avoir un regard externe sur le candidat et une vision supplémentaire. »* (ICS n°9). Les preuves de *assessment* ont un caractère qualitatif (et donc, ne sont pas éliminatoires), dans le sens où on évalue l'épreuve passée par le candidat comme favorable ou défavorable au poste (ICS n°5 et ICS n°8). *« Après cela, il y a le dernier entretien avec tous les membres du jury. »* (ICS n°11).

La majorité des ICS interviewés (13/16) mentionnent que, dans leur institution de soins, il n'y a pas un plan d'intégration proprement dit, *« beaucoup de choses informelles et très peu de formelle, chaque ICS fait à sa façon (...) »* (ICS n°3 et ICS n°4) ; *« Il n'y a pas vraiment un plan d'intégration dans le sens du terme.... »* (ICS n°10).

Lorsque le nouvel IC arrive, il faut construire une relation de confiance avec l'ICS : *« Une relation de confiance et pas de peur de dire ce qui se passe... »* (ICS n°10) ; *« Le secret pour la stabilisation du nouvel IC est une bonne collaboration IC/ICS, pour que ceci puisse faire évoluer l'IC avec sérénité (parce qu'il y a beaucoup de stress parmi les IC). Parfois, n'est pas mal de faire un chemin par étapes »*. L'ICS n°2 rajoute *« (...) l'IC arrive à maîtriser les tâches par paliers et lorsque l'étape de base est acquise, nous pouvons passer pour l'étape suivante. Ceci peut être utilisé pour un IC déjà en fonction ou débutant. »* À ce propos l'ICS n°1 réfère le rôle d'éducateur *« Parfois, en tant que ICS, je lui donne aussi des lectures sur l'hôpital et des informations sur le rôle d'IC. Avoir un support en papier du plan d'intégration du nouvel IC est déjà pas mal. (...) »*. L'ensemble des IC mentionnent le rôle de leur supérieur hiérarchique, comme le facteur central de leur intégration : *« L'ICS est l'allié de la maison. »* (ICS n°5). L'ICS est un éducateur pour l'IC dans le début de carrière, comme réfère l'ICS n°8 : *« modèle de management d'équipe, le modèle de l'organisation de l'équipe, du service... il y a aussi la familiarisation des normes et des procédures... »*. L'ICS peut être vue comme membre clé, l'ICS n°3 réfère *« tu peux tout me dire, pas de soucis, tu peux me tutoyer, tu peux compter sur moi, (...) tu peux me faire confiance. Je trouve très important de faire une intégration comme cela... »*. Dans l'institution où l'ICS n°8 travaille *« Les ICS passent dans les unités de soins tous les jours, mais il ne faut pas les étouffer non plus... pas avoir le sentiment de surveillance, il faut faire avec doigté. »*

Néanmoins, au sein de l'équipe, il y a une période de transition à faire selon l'histoire de l'ancien IC. L'ICS n°2 explique « (...) *le deuil, cela veut dire que tu peux avoir une équipe, d'où l'IC a été écarté ou bien licencié. Donc, l'envie de cette équipe à participer à l'intégration du nouvel IC n'est pas la même, et il y a un deuil à faire.* » Néanmoins, le deuil est réciproque parce que le nouvel IC a aussi un deuil de l'ancienne vie d'équipe, « (...) *ils n'auront plus le même lien, on regarde le chef différemment,...* » (ICS n°8). Concernant le rôle de l'équipe dans l'intégration du nouvel IC, l'ICS n°10 nous explique que « *ce sont les personnes de confiance et/ou de ressources qui peuvent l'aider, le guider, le nourrir dans les procédures, les normes du service en collaboration avec l'ICS.*»; « *on attend de l'équipe qu'il montre l'organisation, la discipline du service... il faut le faire avec intelligence et il faut d'abord qu'il se laisse former et être un bon observateur (...)*» (ICS n°8). Pour l'ICS n°10, nous pouvons établir une analogie entre la relation avec l'équipe et le corps médical est : « *Dans le même sens qu'une bonne relation avec l'équipe est fondamentale, si la confiance et la bonne relation n'existe pas entre l'IC et le corps médical, c'est la catastrophe.* »

Concernant la relation entre les IC, l'ICS n°11 nous affirme que pendant les gardes de week-end dans son institution que tout se construit : « (...) *lors des rencontres formelles et les entretiens pour l'écolage pendant la garde, c'est là que tout se passe... la solidarité obligatoire entre les différents IC.* ». Le N+1 a aussi un rôle à jouer dans l'interaction entre les IC et dans l'intégration du nouvel IC. L'ICS n°2 décrit son méthode de parrain/marraine entre IC: « *je propose toujours au chef d'aller voir les autres IC... en disant, cela c'est notre groupe « groupe Y » et tu peux choisir une marraine ou un parrain dans le groupe, quelqu'un qui peut aider le nouvel IC... n'hésite pas... nous sommes là avec toi !* »; « *dans notre institution, nous amenons à la formation d'un groupe d'IC (de la cuisine, des paramédicaux, de l'entretien, du service technique, entre autres) parce que l'idée de transversalité est important pour la formation des chefs et aussi pour la homogénéité... tous ont les mêmes difficultés.* » (ICS n°14).

Néanmoins, le nouveau collaborateur est seul dans sa nouvelle fonction et dans le nouvel hôpital. L'ICS n°3 nous fait partie de cette solitude individuelle et collective : « *Un chef, il est seul. Une équipe a 15-20 personnes, quand l'équipe n'aime pas son chef pour une raison X ou Y, le chef peut tout mettre en place, mais ça ne va pas aller... c'est un peu comme une locomotive quand vous êtes seul, vous n'allez pas avancer beaucoup. Si l'équipe croit en*

haut et est derrière vous, ça va tourner... vous ne serez pas un train à vapeur, mais un TGV ! Il faut une relation de confiance. »

Les réunions avec le *top management* se font aussi selon une périodicité régulière dans les différentes organisations de soins. L'ICS n°3 nous mentionne que « *Chez nous, il y a aussi quatre fois par an des réunions avec tous les IC des autres départements avec le directeur de nursing, lors desquelles ils peuvent discuter d'un problème, de l'état d'esprit, des points négatifs et positifs... mais je pense que c'est important de rencontrer tout le monde.* »; « *les réunions auxquels l'IC collabore servent à homogénéiser, unir, réaliser les principes, les normes, les procédures dans l'ensemble du groupe.* » (ICS n°5).

Les ICS confirment que la principale difficulté rencontrée par les IC est le management quotidien de l'équipe. D'après l'ICS n°1 pour manager « *il faut une chimie avec l'être humain et l'être humain est difficile... la psychologie est sous-jacente et il faut apprendre à nous connaître à nous-mêmes avant de connaître son équipe. L'ICS est là, derrière, pour rebondir (...)* ». L'ICS n°4 réaffirme que « *la principale difficulté est vraiment de gérer une équipe, pouvoir prendre sa place, gagner sa confiance, pouvoir garder une distance par rapport à son équipe sachant qu'avant on faisait partie d'une équipe, soit de la même, soit d'une autre, mais c'est tellement différente et difficile...* ».

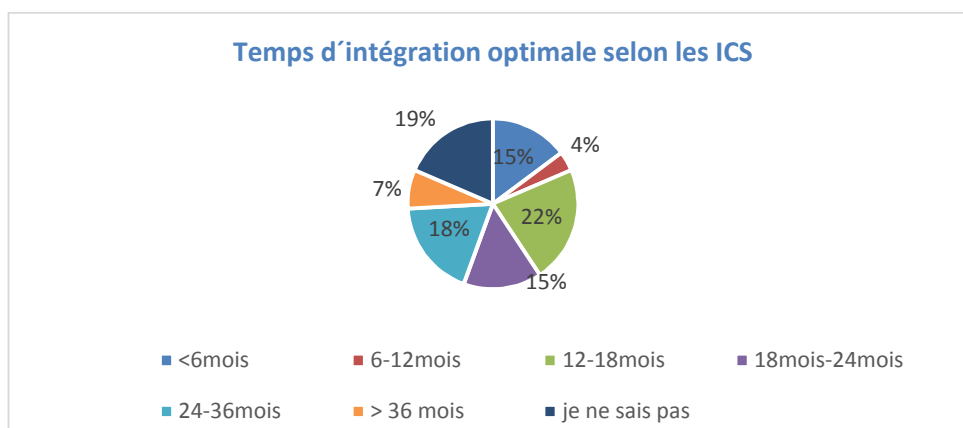
Pour faire face aux défis d'être IC aujourd'hui, « *il faut une bonne maîtrise de soi.* » (ICS n°1). Cela advient du fait que « *Le personnel soignant est de plus en plus exigeant, ... ils veulent tout savoir et il faut les inclure dans les changements de l'organisation... le management directif a perdu un peu le terrain ce dernier temps. N'est plus comme avant, lorsque que les gens acceptent tout le type de changement.* » (ICS n°1). Alors, « *De plus en plus, le management doit être participatif dans les organisations.* » (ICS n°1).

La gestion efficace du temps de l'IC est une difficulté transversale mentionnée par les ICS. Selon l'ICS n°1, « *Il ne faut pas finir à 18h tous les jours.... Il y a des journées administratives instaurées en fonction des services, un à deux jours par mois, donc chaque IC doit savoir les gérer bien.* » Par contre, l'ICS n°2 relance l'importance d'être attentif à la surcharge de travail de l'IC : « *La maîtrise du temps, donc c'est vraiment compliqué, c'est un job qui est sous-estimé souvent et on ne voit pas la masse de travail qu'il y a derrière...* ». Une bonne gestion du temps de l'IC passe pour savoir déléguer, mais « *Savoir déléguer est une difficulté car les IC préfèrent tout faire eux-mêmes car ils pensent que le résultat sera meilleur.* » (ICS n°3).

L'ICS n°1 souligne la difficulté des IC d'être « on » et « off » dans la gestion du travail quotidien : « « Off » pour pouvoir s'éloigner des soins pour faire la gestion du matériel, des ressources humaines disponibles au quotidien, les besoins de l'équipe et – « on » être un membre actif et exemplaire dans les soins et pouvoir être une partie intégrante des soins aux patients, aux familles, à l'entourage avec une charge émotionnelle, physique, psychologique, éthique... Savoir mettre en place un équilibre 50/50 est l'idéal, mais ce n'est pas évident. Actuellement, l'IC ne passe pas comme autrefois 100% du temps de travail dans son bureau et est sur la chaise, aujourd'hui, les IC travaillent en salle en étroite relation avec leur équipe... »

Les données récoltées concernant le temps estimé comme optimal pour l'intégration du nouvel IC par les ICS permettent d'élaborer le graphique ci-dessous :

Graphique 1- Le temps d'intégration optimale selon les ICS.



Si le management générationnel est une difficulté, ceci peut être vu comme un défi actuel pour éviter le conflit des générations : « (...) les soins évoluent tout le temps, la jeune génération et les gens proches de la pension n'ont pas la même conception du nursing avec les forces et faiblesses de chacun. Ils n'ont pas la même vision de nursing... Il faut éviter le conflit de génération. Il y a parfois confrontation et il faut s'efforcer d'atteindre une certaine cohésion... mais on entend souvent, c'est le week-end des plus âgés, le week-end des jeunes, ... c'est d'ailleurs une raison des formations pour les IC. » (ICS n°8).

Actuellement, être IC est un défi quotidien en constante transformation, donc la fidélisation des IC est souligné par 3 des 5 ICS interviewés (ICS n°1, ICS n°3, ICS n°4) : « La fidélisation du nouvel IC et puis, la stabilisation... il faut qu'il dure dans le temps... être IC

est un marathon... il ne faut pas se fatiguer... si possible déléguer les tâches entre IC et Infirmier en chef adjoint, s'il y en a. »

La gestion du temps journalière est un défi car les IC font encore partie du *staff* d'une équipe au quotidien, ils sont tellement absorbés par la routine que les IC n'ont le temps pour les projets ou la préparation des réunions. L'ICS n°9 nous affirme qu' *« Il faut que le nouvel IC se détache pour faire des autres tâches, (...). Plus de coup de main en salle, mais que l'IC puisse se focaliser dans les réunions et le développement de projets, la préparation des comptes rendus des réunions... sans ramener le travail des unités à son domicile. »*

Et finalement, le bien-être au travail est un objet d'attention de toutes les supérieures hiérarchiques d'une organisation. L'IC n°8 décrit parfaitement cette perspective : *« Pour que les gens soient bien, il faut bien que les horaires permettent de les garder satisfaits, si tu respectes au maximum leurs desideratas... s'ils arrivent à bien combiner la vie privé avec la vie professionnelle. »*

L'existence d'un plan d'intégration a des avantages et des inconvénients. Pour l'ICS n°4, le plan d'intégration a comme points positifs *« (...) qu'il va rassurer les IC, donner un feedback à un cadre précis, permet d'avoir un cadre par rapport à une formation... il faut être beaucoup plus formel,... c'est lourd et on ne s'attend pas à cela. (...) L'incertitude, l'humain n'aime pas ...et un tel plan contribuerait à réduire l'angoisse (...). »* Pour les ICS n°8, *« la convivialité, la confiance entre la direction, les cadre des ICS/IC au sein du département infirmier... l'ambiance sereine pour se dire les choses (...)»*. Un plan d'intégration est un instrument d'apprentissage progressif car il permet la *« l'apprentissage par étape avec des objectifs. »* (ICS n°10), en plus, *« c'est indispensable un plan dans les grand lignes pour nous guider, mais après pouvoir être personnalisé aux besoins, au parcours, aux attentes des personnes, au secteur et à la personnalité du nouvel IC... ça doit être discuté lors de la prise de fonction. »*

Toutefois, l'existence d'un plan d'intégration a aussi des points négatifs signalent les ICS. Ainsi, *« les gens vont se rendre compte qu'ils ne sont pas faits pour être IC, mais peut-être cela peut-il amener la personne sur un autre chemin... »*. (ICS n°4). Le manque de temps pour respecter le plan d'intégration : *« on a des milliers de solutions en tête pour toutes sortes de problèmes, mais on n'a pas le temps et cela malheureusement n'est pas évident... Le manque de temps qui limite le coaching, les formations... le manque de temps est trop important pour pouvoir faire cela. »* (ICS n°8). Néanmoins, faire un plan d'intégration pour

un IC implique une actualisation fréquente à l'agent, au service et à la discipline : « *pas toujours adapté au secteur et à la personne... il doit être personnalisé...* ». (ICS n°10).

Alors, pour optimiser ce processus d'intégration, les interviewés mentionnent :

- « *Soit un ICS plus disponible avec un encadrement plus spécifique encore plus ciblé avec des objectifs, à 3mois, à 6mois, avec des entretiens informels avant les entretiens officiels à 6 mois. Peut-être un calendrier plus strict (...).* » (ICS n°4) ;
- « *Du temps, l'écologie avec les pairs, un pack management de base (pack de formations sur la législation,... le niveau de management donné à l'université est trop bas). Il faut que les hôpitaux soient un peu plus subsidiés pour cela...* » (ICS n°11) ;
- « *Il faut d'abord trouver les bons candidats, la formation des pairs, avec les adjoints et il faut essayer d'aplanir les différences hiérarchiques, l'ICS et moi quand nous sommes de garde, il y a un ICS qui passe tous les jours dans les unités... la ligne s'aplatit et je pense que c'est une force...* » (ICS n°8) ;
- « *Co-développement, un système de coaching externe et neutre à la hiérarchie... formateur et aidant car les choses peuvent être partagées. C'est un investissement qui est rentable à long terme. On demande beaucoup aux IC donc, il faut croire et investir en eux.* » (ICS n°7) ;
- « *Le coaching régulier est la meilleure façon d'y arriver. Il faut que la personne soit soutenue par la direction. Avoir l'œil attentif pour voir si elle/il ne va pas tomber...l'ICS est derrière pour aider ou conseiller, une relation de confiance et sans crainte de dire ce qui se passe... il faut prendre la température régulièrement et sentir le climat de l'équipe...* » (ICS n°10).

1.3. L'ANALYSE DES ENTRETIENS DES IC

D'abord, le tableau descriptif des principales caractéristiques de cet échantillon :

Tableau 5 – Les caractéristiques principales de l'échantillon des IC

IC	Genre/ âge	Formation académique	Exercice professionnel en tant qu'infirmier de soins général	Expérience en tant qu'IC	Lieu de travail	Ressource utilisée/ Durée de l'entretien
IC n°1	F/36	École de cadre – CPSI de Bruxelles	7 ans dans un service de gériatrie	3 ans dans un service de médecine	Grand Hôpital de Charleroi	Messenger/ 42 minutes
IC n°2	M/35	Master en Sante publique ULB (2017/2020)	3 ans comme infirmier dans un service cardiologie- pneumologie	1 an et demi dans une unité de revalidation	Hôpitaux Iris Sud	Messenger/ 25 minutes
IC n°3	M/33	Master en Santé Publique ULB (2016/2018)	3 ans comme infirmier volant, 3 ans comme coordinateur de nuit	2 ans comme IC de la salle de réveil	CHIREC	Skype/ 32 minutes

IC n°4	F/28	Master en Santé Publique en cours (UCL)	1 an à l'Hôpital Erasme dans une unité de psychiatrie	3 ans dans une unité d'hospitalisation adulte psychiatriques	Centre Hospitalier Jean Titeca	Teams/ 45 minutes
IC n°5	F/29	Master à l'ULB en cours	1 an dans une unité de psychiatrie à Titeca	2 ans dans une unité de psychiatrie	Centre Hospitalier Jean Titeca	Messenger/ 26 minutes
IC n°6	M/38	Master en Santé Publique (UCL) 2020	1 an dans une unité de cardiologie à Saint Pierre d'Ottignies	2 ans dans un service de soins palliatifs comme IC	La clinique du Bois de la Pierre	Skype/ 44 minutes
IC n°7	F/37	École de cadre au CPSI à Bruxelles	7 ans dans un service de chirurgie orthopédique (Hôpital de Braine à l'Alleud – Waterloo)	5 mois en tant qu'IC dans une unité de gériatrie	Hôpitaux Iris Sud	Téléphone / 22 minutes
IC n°8	F/45	École de cadre au CPSI à Bruxelles	10 ans dans une unité de médecine (HIS)	3 ans dans une unité de revalidation cardio-pneumologie	La clinique du Bois de la Pierre	Téléphone/ 19 minutes
IC n°9	F/37	Master en santé publique (Liège, 2015-2018)	3 ans dans le service d'urgence au CHU de Liège 11 ans dans le service d'urgence au Grand Hôpital de Charleroi	13 mois dans un service d'urgences	Groupe Santé CHC	Téléphone/ 16 minutes
IC n°10	F/39	Master en santé publique (2012-2016)	7 ans dans le service d'urgence au CHU Brugmann	20 mois dans un service d'urgence	Hôpitaux Iris Sud	Présentiel/ 36 minutes
IC n°11	F/41	Master en santé Publique en cours	8 ans dans un service de psychiatrie et 3 ans comme directrice d'une crèche	3 ans en tant qu'IC de l'équipe RHM	Cliniques universitaires Saint Luc	Teams/ 35 minutes
IC n°12	F/35	Master en santé publique 2010	10 ans dans un service d'oncologie	IC dans un service d'hématologie	Grand Hôpital de Charleroi	Téléphone/ 17minutes
IC n°13	M/39	Master en santé publique (ULB 2013/2016)	10 ans dans un service de médecine	IC dans un service de cardiologie/ néphrologie	Grand Hôpital de Charleroi	Téléphone/ 14 minutes
IC n°14	F/38	Master en santé publique – ULB	14 ans dans le service des urgences au CHU Brugmann – site Horta	IC au service des urgences – site Paul Brien	CHU Brugman	Téléphone/ 20minutes
IC n°15	F/32	Master en santé publique – UCL	7ans au service des urgences HIS	1 an au service des urgences	Clinique universitaires Saint Luc	Messenger/ 23 minutes

Durée moyenne des entretiens – 27.7 minutes

(Légende : F- Féminin ; M- Masculin)

Une première analyse des tableaux récapitulatifs des IC permet de constater que le métier d'IC est, essentiellement féminin 11/15 IC interviewés et 4/15 IC sont du genre masculin. Deuxièmement, la moyenne d'âge des IC interviewés est relativement basse (36 ans) avec 80% (12/15) des IC qui ont un niveau d'études universitaires. La moyenne d'ancienneté des IC en tant qu'infirmier de soins généraux est 1-3ans en début de carrière (c'est-à-dire chez les infirmières qui ont fait des études universitaires après le bachelier) et 8.8 ans pour les infirmiers qui ont acquis une expérience professionnelle avant de reprendre les études (le master et/ou l'école de cadre) et réussir le poste d' IC d'une unité de soins. Ensuite, dans cet échantillon 8 IC (IC n°4, IC n°6, IC n°7, IC n°8, IC n°9, IC n°10, IC n°11, IC n°15) ont réussi le poste de responsable d'une unité de soins dans une autre institution hospitalière

et 7 IC ont eu l'opportunité d'advenir IC dans la propre organisation. Une analyse plus détaillée de ce groupe permet conclure que :

- 1/7 (IC n°5) était infirmier en chef adjoint dans l'unité et a eu la promotion à IC pendant le cursus universitaire ;
- 6/7 (IC n°1, IC n°2, IC n°3, IC n°12, IC n°13, IC n°14) étaient des infirmiers de soins généraux ou spécialisé qui ont réussi le poste d'IC pour une autre unité de soins au sein de l'hôpital ou dans un autre site du même réseau hospitalier.

Dans une analyse selon le processus de recrutement pour la majorité des IC interviewés, il y a un clivage de contact entre RH et IC après le période de recrutement et sélection : *« Non, juste pour signer le contrat... les RH était présentes pour l'entretien, avec ma cadre, la directrice infirmier... oui... après, non... »* (IC n°1) ; *« En effet, depuis le signer le contrat, je n'ai pas eu plus de contrat avec les RH »* (IC n°2) ; *« Non, véritablement non... j'ai reçu un message sur ma boîte vocal, où on me disait que j'avais réussi mon examen et je devrais commencer le 2 Août. A partir de ce moment, plus de contact... non rien d'autre... »* (IC n°14). Toutefois, l'IC n° 10 décrit un contact plus proche et positif avec les RH : *« Je les ai vues peut-être une ou deux fois après mon transfert interne, mais c'est elle (membre RH) que m'a informé que les 11%² disparaissaient et c'est elle qui m'a donné les informations sur le chèque-repas, le parking, le remboursement des transports en commun. Oui, il y a eu un aspect RH qui était bien pris en charge. »*

Quelques IC mentionnent que les RH sont disponibles par téléphone, mais les RH ne collaborent pas comme acteurs dans l'intégration du nouveau collaborateur sur le terrain. Si le nouveau collaborateur souhaite avoir plus d'informations dans le domaine des réductions de temps de travail ou le numéro de jours de congés prévus cette année par un membre de son équipe, le nouveau collaborateur demande à son ICS en premier lieu et seulement après, les RH. L'IC n°13 confirme cette réalité *« Je n'ai pas eu de contact avec le RH. J'ai juste eu mon entretien d'embauche et ma signature de contrat et puis, tout passe par ma cadre intermédiaire... on sait que le service des RH est joignable, on sait à qui s'adresser. Maintenant, dans mon service hospitalier, la direction infirmière est présente et souhaite que, même pour les questions législatives, tout passe par elle, en effet. »*

L'ensemble des interviewés (12/15 IC) mentionnent ne pas avoir eu de plan d'intégration lorsqu'ils sont arrivés dans une nouvelle organisation de soins. *« Je n'ai pas eu*

² La prime 11% - allocations pour prestations inconfortables

un plan d'intégration à proprement parler» (IC n° 1) ; « (...) *je regrette l'intégration au niveau de la direction, l'intégration n'a pas été exceptionnelle* » (IC n°8) ; « *On n'a pas un plan d'intégration en soi, on n'est pas perdu dans les unités, même si il n'y a pas rien de formel* » (IC n°4) mais il y a déjà une sensibilisation à la réflexion sur la thématique: « (...) *ils sont en train de travailler dans un projet pour un plan d'intégration dans le futur (...)* » (IC n°4). Trois des douze IC ci-dessus mentionnent qu'ils étaient amenés à se débrouiller eux-mêmes : «*Non, pas du tout... je me suis débrouillé tout seul* » (IC n° 12) ; « *j'ai dû me débrouiller toute seule franchement* » (IC n°11) ; « (...) *et j'ai dû me débrouiller et apprendre tous les procédures et cela prend du temps...* » (IC n°9).

Trois IC des quinze ont des témoignages positifs concernant l'existence d'un plan d'intégration dans les institutions hospitalières : « *J'ai été très contente d'avoir un plan d'intégration... une check-list, j'ai jamais vu cela... les premiers heures, j'ai été accueillie par madame S (ICS) et donc, elle m'a fait visiter l'institution, elle m'a montré les locaux, elle m'a aussi donné mon badge et les codes.... Elle m'a aussi expliqué la check-list qu'on a reçu et il avait aussi une série de rendez-vous que moi en tant qu'IC je devrais prendre avec les experts...donc, cela m'a donné l'autonomie* » (IC n°10) ; « *j'ai reçu une longue liste d'intégration dans laquelle est mentionné ce qu'on attend de moi en tant que chef d'équipe, mon horaire du premier mois avec les séances de formation, les objectifs, ce qui est prévu pour cette année pour l'année suivante ... je suis passée au secrétariat pour faire mon badge, on m'a présentée au secrétariat de la direction et au responsable de site et au personnel de la direction qui était présente dans le couloir... et puis on a montré le vestiaire et le parking*» (IC n°6) ; « *avant la reprise de ma mission ici, j'ai reçu un e-mail du monsieur X (ICS) en m'invitant à discuter un peu de mon intégration, le service, l'intégration du nouvel hôpital,...dans le nouveau métier, en effet...* » (IC n°2).

Lorsque le nouvel IC arrive dans l'unité de soins, trois situations peuvent se présenter :

1. L'IC de l'unité de soins va bientôt partir à la pension, mais l'IC est encore sur place pour accueillir et intégrer le nouveau collaborateur : « *J'ai été drillé une semaine avec l'ancienne IC qui partais à la pension* (IC n°1) » ; « *j'ai eu un contact de ¾ jours avec l'ancien chef* » (IC n°13).
2. L'ancien IC a déjà abandonné sa fonction et il y a un infirmier intérimaire faisant fonction sur place : « (...) *il avait un infirmier qui faisait fonction de chef en attendant un nouvel infirmier en chef. Il m'a encadré...* » (IC n°9) ; « *j'ai eu un rendez-vous avec lui et l'infirmier en chef intérimaire à cette période-là. On a*

discuté un peu de l'unité, du personnel, des objectifs au niveau du plan infirmier et aussi médical. Cela était un peu une introduction à ma nouvelle fonction » (IC n°6) ; « il avait une IC qu'avaient deux unités à gérer, mais comme elle ne pouvait plus le faire ... j'ai travaillé avec elle, ... je pense qu'elle m'a bien écolé (écolage) » (IC n°13).

3. L'unité de soins est à la responsabilité de l'infirmier en chef adjoint, selon l'IC n°15 : *« Quand je suis arrivée, j'ai été encadrée par les adjoints du service... ».*

Concernant la relation ICS et IC, l'IC n°2 réfère *« J'ai une relation très bonne avec ma cadre, une relation un peu de pouvoir lui parler de tout sans qu'elle puisse me juger..., elle aime bien garder la main sur beaucoup de choses ... on se confie sur le travail et nos difficultés cela nous permet d'avoir une relation un peu de confiance/confiance et au même temps elle nous appréhende, mais elle nous garde un peu sur son manteau ».* L'IC n°6 mentionne *« j'ai un cadre N+1 qui est assez ouverte et à l'écoute... si j'en ai besoin, je lui téléphone, ou je la vois dans son bureau.... » ; « La présence et l'écoute étaient importantes »* (IC n°15).

Par contre, dans l'échantillon des IC interviewé, quatre IC ont rapporté des freins au contact régulier entre l'IC et l'ICS :

- une distanciation physique : *« j'ai eu deux rencontres informelles avec ma cadre, uniquement par téléphone, ... ma cadre travaille sur un autre site »* (IC n°1).

- un sentiment d'abandon, une relation froide et l'accumulation de responsabilités pour l'ICS. L'IC n°3 insiste sur le fait que *« (...) ma supérieur hiérarchique était aussi responsable pour l'hygiène hospitalière et donc elle était fortement sollicitée. Parfois, il se passe trois mois sans les voir, à part beaucoup d'e-mails et de coups de téléphone... c'est de la dépersonnalisation, informel, lointain, froid dans les relations. »*

- l'instabilité au sein du département infirmier et le changement fréquent d'ICS: *« j'ai eu trois cadres différents et avec des accompagnements tout à fait différents ! Le premier n'a pas été très présent dans la clinique et il avait des autres choses à gérer,... »* (IC n°5). L'IC n°4 ajoute que *« J'ai eu le relais de différents cadres pendant un certain temps... malheureusement, je n'ai pas eu un seul cadre, mais j'ai eu plusieurs cadres en raison des changements organisationnels ... maintenant, ça fait un an que j'ai un cadre fixe. »* L'IC n°5 confirme : *« Maintenant, cela fait deux ans, que je suis vraiment satisfaite des cadres... de leur suivi. »*

Les ICS ont le rôle central dans l'intégration de l'IC. La directrice de soins précise : « (...) j'ai une proximité avec ma cadre et ma directrice de soins ». (IC n°4) ; « Je savais que je pouvais compter sur notre directrice qui est très compétente et qui m'a beaucoup aidée à répondre à des questions quand j'ai été bloquée (...) » (IC n°5).

Les ICS sont les personnes ressources plus citées par les IC. Toutefois, l'ICANE (Infirmier chargée de l'accompagnement des nouveaux engagés) est une personne source aussi citée dans 5 des 15 IC interviewés. L'IC n°4 décrit que « l'ICANE rencontre tous les nouveaux engagés le premier jour. Tous les nouveaux engagés, même le kiné, la psychologue, l'ergothérapeute... tout le monde passe entre les mains de l'ICANE... il y a une séance de formation, d'accueil qui prend une heure et demie, deux heures où l'ICANE reprend un peu les grandes lignes de l'hôpital, l'historique des unités... ». L'IC n°8 mentionne « J'ai été accueilli par l'ICANE qui m'a montré la structure de l'hôpital, le vestiaire, le badge, les casiers... il a parcouru avec moi l'hôpital.... Il m'avait fourni les codes pour les logiciels. ».

Dans l'ensemble des IC interviewés, la relation d'entre-aide, la solidarité et la collaboration entre les IC sont décrites comme suit : « Les collègues IC sont essentiels pour le nouveau chef... ils sont d'une aide précieuse, ils sont déjà en place depuis longtemps et peuvent aider le nouvel IC, ils connaissent les gens, ils connaissent le terrain et ils seront à même de te répondre. » (IC n°8). Et l'IC n°5 et IC n°15 renforcent : « (...) j'aime la dynamique des chefs... on a eu une bonne dynamique directement... déjà quand tu as une question, si ta cadre ne peut pas répondre à la question, mes collègues répondent présent et je ne fais jamais face à des réponses négatives... ». Les IC n°3 et IC n° 8 soulignent le rôle du médecin chef de service dans l'intégration de l'IC «C'est super important aussi, pour la confiance et l'intégration, la bonne communication, les attentes des médecins par apport à l'équipe, ... ils ne sont pas dans la même hiérarchie que toi, mais sont en collaboration directe. Il faut aussi inclure les paramédicaux, les psychologues, les ergo, les kinés... les assistantes sociaux, et puis aussi le personnel d'entretien, la cuisine, le niveau technique... tous les acteurs du terrain de l'hôpital doivent intervenir ...tous les acteurs doivent participer et collaborer à une mise en place avec l'IC. (IC n°8) »

Plusieurs IC interviewés signalent le manque d'information sur les tâches qu'un IC doit réaliser quotidiennement. L'IC n°4 mentionne que « en fait, quand j'ai commencé on ne m'a pas donné de mode d'emploi !!(...) mais c'est vrai que ne m'ont pas dit, « fait ça ou tu dois

faire cela »... j'appris beaucoup par moi-même ! ». La prise de fonction d'un nouvel IC, n'est pas évidente vu le changement d'institution, le changement de fonction, les nouveaux collègues ... enfin, une nouvelle carrière commence. L'IC n°10 exprime son vécu *« j'étais prête à changer d'établissement hospitalier, mais pas à ne plus avoir mes repères... je me suis sentie déstabilisée à un point telle que le Service Interne pour la Protection et Prévention au Travail a dû être très présent ».*

Le premier contact avec l'équipe n'est pas toujours facile, tout dépend si l'équipe est ouverte à la réception d'un nouvel IC : *« C'est beaucoup plus facile si l'équipe est ouverte au changement de chef,... si elle est dans une optique d'accueillir un nouveau chef et de construire un projet avec le nouveau chef ... Evidemment, sera beaucoup plus difficile pour le chef si l'équipe ne veut pas accueillir quelqu'un, ... parfois l'équipe pense qu'elle est autonome et qu'elle fonctionne bien sans chef. »* (IC n°1). Par contre, il y a aussi des chaleureuses surprises réservées par l'équipe à son nouvel IC: *« avant de commencer... je suis venue passer une après-midi avec eux et l'équipe avait déjà préparé mon arrivée, avec un casier à mon nom. Ils avaient mis comme nom du casier « X chef ». Ils ne m'avaient pas encore vue, mais ils avaient déjà pris la peine de préparer quelque chose pour moi. »* (IC n°10).

L'équipe est une source de connaissances et d'informations pour le nouvel IC comme décrit l'IC n°2 *« (...) il y a des membres de l'équipe qui sont, d'après moi, des piliers. Ils sont là depuis des années, ils connaissent très bien leur métier et ils sont là pour m'aider... si j'ai une question, je trouve une solution,... quand j'étais bloqué, ils avaient toujours la bonne réponse » ; « ce sont les personnes de confiance et/ou de ressources de l'équipe qui peuvent l'aider, le guider, le nourrir dans les procédures, les normes du service en collaboration avec l'ICS. »* (ICS n°10). Le vécu de l'IC n°4 souligne la place de l'équipe en relation au nouveau collaborateur *« l'équipe était là avant toi, les collègues ont une expérience énorme par rapport aux patients... ils se connaissent entre eux, et toi pas ... ils sont en quelque part dans une position de confort,... tu dois t'imposer ta place et te faire la place. »*

Actuellement, les réunions entre IC/ICS habituellement désignées comme *« one to one »* sont transversales à toutes les institutions de soins. L'IC n°3 nous décrit son expérience *« une fois par semaine, une rencontre one to one à lieu avec l'ICS. A chaque fois, on a abordé les objectifs de la rencontre et chaque fois, il m'a donné des explications. »* Les thématiques abordées pendant les rencontres IC/ICS sont vraiment transversales, selon l'avis de l'IC n°5

« Ça été un peu tout : la façon de manager une équipe, l'organisation, tout ce qui touche à la logistique, vu qu'il y a beaucoup de choses à gérer, y compris les achats. Et parfois des conflits surviennent entre certains membres de l'équipe... c'est un panel très diversifié. » Néanmoins, chaque IC a aussi la liberté et l'opportunité de proposer des *one-to-one* à son ICS selon les besoins : *« j'ai proposé à ma cadre de prévoir des rendez-vous tous les 10 jours, et je dresse une liste avec l'ordre du jour... et, de la sorte, on tient des points à l'œil... »* (IC n°4). Ceci permet une certaine stabilité et un bon suivi de l'IC à moyen et long terme.

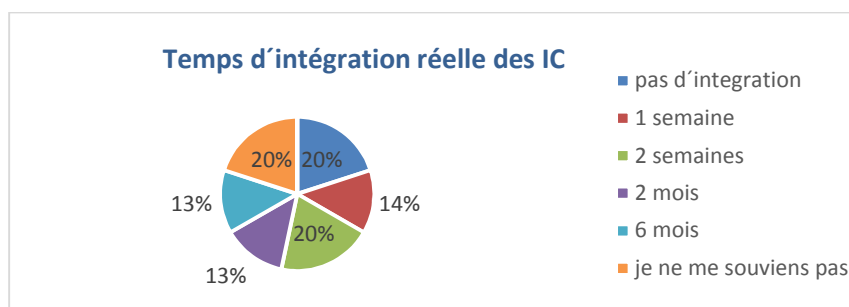
La difficulté majeure transversale à tous les IC interviewés est la gestion de l'équipe. L'IC n° 14 explique que *« Je n'ai pas eu les « cartes en main » avec mon master pour m'aider dans la gestion quotidienne d'IC. »* L'IC n°12 décrit son vécu difficile *« parce que parfois j'allais travaillé avec la boule au ventre et je n'avais pas dormi, parce que les médecins étaient fâché parce qu'il avait des problèmes. Et tout retombe sur l'IC, donc j'ai eu vraiment du mal à ce moment-là. »* et l'IC n°6 insiste *« Le management d'une équipe et la gestion d'une personne dans l'équipe, seront et sont le défi actuel pour beaucoup de chefs, la façon de gérer chaque membre de l'équipe, tout en essayant de rester à notre place en tant que chef qui doit atteindre les objectifs et faire respecter certains règles de la direction ».*

Actuellement, la diversité générationnelle au sein de l'équipe est un thème délicat et courant mentionné par l'IC n°6 *« Il faut toujours prendre son temps, connaître les gens, ... cela prend du temps d'adaptation pour chaque collègue... il a fallu du temps pour connaître les gens et bien observer les gens aussi... il faut savoir gérer des situations »* ayant comme but d'*« arriver au management Générationnel et toujours garder une certaine performance et qualité de soins »* pour l'IC n°1.

Ensuite, l'élaboration des horaires est un vrai casse-tête pour les IC. Pour l'IC n°2 : *« on m'a jamais expliqué comment faire un horaire à l'université... je ne savais pas du tout ... faire bien un horaire, c'est tenir en compte les desideratas, les week-ends, les 55 heures par semaine, le mercredi après-midi... il y a beaucoup de paramètres à contrôler, à savoir... »*

Les données récoltées concernant le temps réel d'intégration du nouvel IC reporté uniquement par les IC :

Graphique 2 – Le temps d'intégration réelle des IC



Un des défis plus cité par l'ensemble des IC est être équitable dans le monde professionnel actuel. L'IC n°4 *« pense qu'un grand défi est pouvoir rester le plus juste dans ta prise de décision, dans ta manière de faire, dans ton attitude, dans le comportement qui tu dégages... toujours être juste et pouvoir être équitable avec tout le monde ! »*.

Si le quotidien est un défis permanent, il est important de savoir prendre des décisions de façon autonome *« (...) de progresser dans mon métier, pouvoir prendre des décisions, comme un vrai gestionnaire, et pouvoir dire cet infirmier ne me convient pas, participer à l'entretien de personnel, avoir plus d'autonomie et indépendance aussi et capacité d'adaptation... »* (IC n°6). Le recours à la formation permanente et l'actualisation des connaissances est mentionné par l'IC n°8 : *« Être à la page tout le temps, d'un point de vue pratique et théorique... pour ne pas être devant une jeune qui pose une question avec laquelle on n'a pas de réponse »*.

La gestion efficace du *stress* est une des compétences que l'IC doit mettre en œuvre quotidiennement, pour trois des IC (IC n°8, IC n°6, IC n°2) : *« Tenir le coup face à la pression des supérieures... on fait beaucoup de choses et ils ne nous remercient pas. Il faut être toujours au top sans vraiment avoir de la reconnaissance... »*.

Communiquer efficacement dans la forme et au niveau du contenu est une faiblesse au sein des équipes, selon les ICS et les IC : *« La communication n'est pas simples, surtout quand on a des grandes équipes et il faut faire passer le message identique à tous les personnes sans faute d'interprétation. »* (IC n°8).

Enfin, le processus d'accréditation est un enjeu du futur pour les IC : *«pouvoir conjuguer tous les projets définis institutionnellement, travailler avec l'accréditation Canada est un vrai défi et donc, il faut pouvoir jongler ce travail avec le travail d'IC»* (IC n°13).

Du point de vue des IC, un plan d'intégration apporte des points positifs : «*Contact avec les experts, la possibilité de moduler mon agenda et pouvoir sortir de l'équipe sans m'occuper d'un patient...*» (IC n°10) ; «*permettre d'être soutenu, avoir le temps de découvrir les choses et poser des questions*» (IC n°1) ; «*le temps donné à un nouveau chef... être à l'écoute... n'importe dans quel métier... quand tu arrives dans une organisation, c'est est super chouette d'avoir quelqu'un qui a le temps de t'écouter... c'était super positif...*» (ICS n°6). Toutefois, l'IC n°6 mentionne à quel point son regard vers l'équipe et le service peut être biaisé pour l'ICS/mentor : «*si tu es accompagné par une seule personne, tu vas voir un seul regard...tu vas être formaté pour quelqu'un ... tu vas avoir un seul point de vue qui est tronqué de la réalité. Dans les équipes plus complexes, c'est important que tu analyses toi-même les choses et que tu aies ta propre perception des choses avec tes yeux... après, un plan d'intégration a de la valeur pour connaître les rouages de l'institution.* »

2. L'ANALYSE TRANSVERSALE EN FONCTION DE L'INSTITUTION HOSPITALIÈRE

Suite à l'analyse verticale de chaque groupe d'échantillon, nous avons croisé les différents intervenants correspondant à une institution hospitalière. Nous allons analyser les sept grands hôpitaux mentionnés ci-dessous par le biais des intervenants suivants : un membre RH, un (ou deux) ICS et un (deux ou trois) IC interviewés dans le même hôpital ou un (ou deux) ICS avec un (ou deux) IC. De manière à éviter la répétition des informations de l'analyse verticale, nous nous focaliserons uniquement dans les données qui sont spécifiques aux hôpitaux identifiés.

Tableau 6 – Tableau récapitulatif des sept hôpitaux cible d'analyse transversale

RH	ICS	IC	Hôpitaux
RH n°1	ICS n°1	IC n°2 IC n°7 IC n°10	Hôpitaux Iris Sud
RH n°2	ICS n°2	IC n°14	Centre Hospitalier Universitaire de Brugmann
RH n°3	ICS n°3		Clinique de l'Europe
RH n°4	ICS n°4		Hôpital de Bordet
RH n°5	ICS n°10 ICS n°12		Centre Hospitalier Universitaire de Liège
	ICS n°11	IC n°4 IC n°5	Centre Hospitalier Jean Titeca
	ICS n°6	IC n°9	Groupe Santé CHC

2.1. HÔPITAUX IRIS SUD

Le plan d'intégration dans ce groupe hospitalier est « *fait maison* », c'est-à-dire qu'il est construit à partir des besoins des IC, comme une *check-list*. Chaque parcours d'intégration doit être spécifique à chaque service. Néanmoins, le plan d'intégration est standardisé. L'accueil est très important pour cette organisation : « *Il y a plus ou moins un an, on a commencé à réfléchir au parcours d'intégration, conjointement avec le programme « nos besoins ». (...) Nous avons déjà depuis quelques années le « welcome day » que fait partie du parcours d'intégration (...). Le « welcome day » est structuré pendant une journée qui commence avec un petit déjeuner offert par l'Hôpital, un jeu de rôle, la présentation vidéo de chaque département, la présentation du plan catastrophe/incendie hospitalier, des informations sur la confidentialité et secret professionnel, le pacte d'accueil, les codes des vêtements, les numéros de téléphone plus utiles à l'hôpital, entre autres* » (RH n°1). Le parcours d'intégration du nouvel IC est déterminé en fonction du profil de fonction, établi par l'arrêté royal des IC. Les ICS ouvrent la porte de l'institution à l'IC quelques jours avant le début officiel du contrat pour un premier rencontre avec l'ICS, l'équipe et avec l'organisation hospitalière. La Direction de Soins essaie que le nouvel IC soit « *doublé* » pendant un mois avec l'ICS ou l'ancien IC, mais son plan d'intégration a une durée théorique de trois mois. Les rencontres *one-to-one* ont lieu toutes les semaines pendant deux mois. Les rapports d'étonnement sont à mettre en place dans l'institution, selon les ICS et RH.

2.2. CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BRUGMANN

La composante universitaire de Brugmann amène à un autre type de réflexion au moment du recrutement, par rapport au profil du candidat qui postule, au profil de l'équipe et du corps médical, afin d'éviter l'échec du nouvel agent. Un plan d'intégration est en vigueur dans l'organisation et est revu chaque année. Initialement, il y a un programme de formations (dans les compétences managériales, le *leadership*, la législation sociale, entre autres) mis en place par les RH pour accompagner le nouvel IC. Le plan d'intégration est différent selon qu'il s'agisse d'un candidat interne ou d'un candidat externe. Dans cette institution de soins, le plan d'intégration est tout d'abord général à tous les services. Ensuite, chaque ICS est responsable de le personnaliser selon le service, l'équipe et le nouveau collaborateur, selon le principe d' « *un entonnoir du général vers le particulier* » (ICS n°2). Le nouvel IC est porteur des valeurs de l'organisation auprès de son équipe. La transmission des missions, des valeurs et des objectifs sont donc inclus dans le parcours d'intégration. Cet hôpital engage des IC pour l'équipe mobile, désignés « *ad interim* » : ils sont responsables de la période de

transition entre le départ de l'ancien IC et l'arrivée du nouvel agent, ainsi que de l'intégration de l'IC dans l'unité.

2.3. HÔPITAL DE BORDET

À l'Hôpital Bordet, pour la sélection du nouvel IC, le jury est composé pour un le Directeur Infirmier, l'ICS du département, un membre du syndicat, un membre des RH responsable pour le recrutement, le médecin chef du service et un ICS du réseau IRIS qui fournira un regard externe sur le candidat. Dans cette organisation, la politique de recrutement des IC est focalisée à 100% dans le recrutement interne : « *Le dernier candidat externe a été recruté il y a plus de 10 ans car il n'avait pas de candidat interne* » (ICS n°3). Nous donnons l'opportunité au personnel d'évoluer dans leur carrière, s'ils le souhaitent. Il y n'a pas de plan d'intégration formelle bien que les ICS soient ouverts à des suggestions et des améliorations en fonction de l'appréciation des IC. Néanmoins, les ICS ont envie de lancer un nouveau projet dans ce domaine. Pour le moment, le déménagement de Bordet est un défi pour les nouveaux IC.

2.4. CLINIQUES DE L'EUROPE

Le processus de recrutement commence par un appel interne et externe. Les deux types de candidats reçoivent les mêmes chances. Toutefois, en cas d'égalité à l'entretien final devant du jury, le candidat interne est élu. Cette institution préconise le même parcours d'intégration pour l'agent interne et/ou externe. La philosophie au niveau des ICS dans cette institution est la socialisation entre les différents IC et même la création d'un groupe dans le but de réduire la solitude des IC, susciter le partage (vu que tous les IC passent par les mêmes difficultés) et créer de la confiance. Les rencontres IC/ICS *one-to-one* et les rapports d'étonnement sont développés dans cette organisation. Les premiers *one-to-one* sont organisés avec l'ICS et le membre des RH, ce qui permet un regard externe de l'équipe et à l'unité de soins et aussi meilleure répondre aux besoins, aux attentes et aux difficultés du nouvel IC.

2.5. CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LIÈGE

Les candidats internes et externes ont la même opportunité, malgré que la promotion interne du candidat n'est pas exclue, vu que l'institution valorise le personnel soignant qui a suivi (ou suit) des formations complémentaires. Cet hôpital, via le Département de Formation Continue, est l'unique dans l'échantillon étudié à avoir élaboré un plan d'intégration détaillée et structurée dans lequel figurent les activités à réaliser (où il faut mentionner les compétences

acquises ou encore à acquérir) et le laps de temps correspondant. L'accompagnement de l'IC est basé sur la confiance, la bienveillance et dans la formation continue. Le trajet de l'intégration du nouvel IC est différent selon qu'il s'agisse d'un candidat issu de l'institution ou d'un candidat externe. Les rapports d'étonnement sont mis en place dans l'organisation et permettent de reformuler ce qui est fait. Les rencontres « *one-to-one* » entre IC/ICS et les réunions dans le département infirmier sont des points obligatoires dans le parcours d'intégration. Plusieurs intervenants entrent en ligne de compte dans la socialisation et l'intégration du nouvel IC, comme les médecins de l'unité, les assistants, les professionnels paramédicaux, entre autres.

2.6. CENTRE HOSPITALIER JEAN TITECA

Titeca est l'unique centre psychiatrique cible d'analyse transversale dans ce travail. Tout d'abord, l'ICANE a un premier rôle dans l'accueil de l'IC : il doit fournir les codes pour les vestiaires, la farde de travail, faire la visite de l'institution, entre autres. La directrice de soins collabore activement à l'accompagnement du nouvel agent, ce qui est une action unique et exemplaire dans l'intégration d'un nouveau collaborateur. S'il n'existe pas dans cette organisation de plan d'intégration formelle de l'IC, sa petite structure et son contexte plus familial permettent que tous les professionnels des différents métiers (le corps médical, les paramédicaux, l'entretien, le service technique, entre autres) collaborent à l'accompagnement du nouveau collaborateur. Les rapports d'étonnement sont effectués par les ICS à six semaines d'intégration et les rapports ont déjà apporté des changements dans l'intégration des IC.

2.7. GROUPE SANTÉ CHC

Le groupe CHC est une organisation avec 2 500 soignants (Groupe Santé CHC, 2019). Vu la richesse en ressources humaines, la priorité de recrutement s'exerce d'abord en interne puis, seulement en externe. Sur le terrain, le fait d'être un hôpital multi-sites fait que les ICS travaillent aussi sur un autre site. Donc pour le nouvel IC, la présence physique de l'ICS n'est pas garantie à 100%, raison pour laquelle l'équipe est un allié dans l'intégration informelle du nouvel IC. Le département infirmier sélectionne un infirmier faisant fonction d'IC jusqu'au moment que le nouvel IC arrive sur place et agit comme « parrain » de l'agent. La formation continue est un pilier fondamental qui est soutenu par le Département Infirmier pour accompagner l'IC.

CHAPITRE 4. DISCUSSION DES RESULTATS

Ce mémoire a comme but principal l'élaboration d'un plan d'intégration optimale pour le nouvel IC dans une institution hospitalière. Pour atteindre cet objectif, il faut identifier :

- ce qui est fait actuellement dans les institutions de soins pour accueillir un nouvel IC,
- comment le processus d'intégration se déroule, qui sont les intervenantes et les points positifs et négatifs pour le nouveau collaborateur, quelles sont ses attentes, ses difficultés et ses besoins, de façon à élaborer un plan d'accueil personnalisé.

Les interviewées effectuées au sein des trois échantillons ont permis de renforcer les conclusions obtenues dans chaque groupe, de consolider la problématique de l'intégration optimale et de comprendre l'ampleur des besoins et des difficultés dans l'optique d'une intégration la plus possible personnalisée.

Le processus de recrutement décrit par Martory et Crozet (2010) composé de six étapes (la définition du poste, la définition du profil, le recrutement, la sélection, la décision d'embauche et l'intégration) est le processus transversal à toutes les cellules de ressources humaines interviewées dans les différentes institutions de soins du secteur public et privé. Ce processus est dense, avec différentes étapes qui se chevauchent, et s'étend dans le temps. Dans une perspective d'amélioration, nous pouvons proposer que la définition du profil d'un candidat soit précise par rapport au poste, à la discipline et à l'équipe de façon à ce que l'analyse du profil et les attentes du candidat soient en phase avec les attentes du médecin chef de service et le profil de l'équipe. Actuellement, il ne faut pas trouver seulement un IC diplômé, mais trouver « le bon IC » pour obtenir une symbiose avec l'équipe soignante et le corps médical. Si le croisement de profils se vérifie, le processus d'intégration se déroulera beaucoup mieux en aval. Cette thématique est une question clé dans le recrutement et la sélection :

1. est-ce que la direction nomme l'IC par est-ce qu'il est et l'équipe doit s'adapter, ou
2. est-ce que la direction choisi quelqu'un en fonction de l'équipe ?

Quand l'équipe a fortement envie d'IC avec un profil bien particulier et nous recrutons un IC avec un autre profil, cette décision est un échec pour le candidat parce qu'il sera obligé de changer son management ou sa façon d'être, et malheureusement, nous ne savons pas changer les valeurs, les principes de quelqu'un. Mais si l'inverse se produit, l'équipe sent aussi que ses valeurs sont remises en question.

Plusieurs institutions hospitalières ajoutent une étape supplémentaire, désignée « *assessment* » pour tester les connaissances théoriques et pratiques du candidat dans le domaine du management, du *leadership*, y compris par des mises en situation. Ceci est une opportunité d'analyser la capacité de raisonnement, d'avoir une vision supplémentaire du candidat et de détecter les zones de confort et d'inconfort du futur IC, et bien sûr de voir comme l'agent (ré)agi face aux possibles problèmes du quotidien au sein d'équipe ou du service. Cette étape est souvent déléguée à une société externe qui analyse le candidat en fonction du poste. Cette étape représente un coût direct en amont pour l'hôpital dans la phase débutante du recrutement, raison pour laquelle certains hôpitaux optent pour des examens de sélection (oraux et écrits) développés au sein du Département Infirmier.

Après l'ouverture de poste, le futur IC peut-être un agent interne ou externe à l'institution de soins. Notre travail montre clairement que les ICS et les Directeurs du Département Infirmier préfèrent le candidat interne lorsque celui-ci a les compétences requises. Le candidat interne doit bien sûr posséder un diplôme d'infirmier en soins infirmiers, un diplôme universitaire de master en santé publique (finalisé ou en cours) et une formation supplémentaire (si nécessaire). Ce choix a un impact sur la carrière du soignant parce que la plus part des ICS essayent que leur personnel puisse progresser dans leur parcours professionnel au sein de l'hôpital. Dans ce cas, la culture institutionnelle est déjà assimilée pour l'agent, donc ce qui implique que la première des quatre phases de Bauer (2015) est acquise et facilite une intégration réussite dans la nouvelle fonction. Ce qui signifie toutefois que, si l'institution gagne en termes de conformité de l'intégration et de promotion de son personnel soignant, elle se ferme sur elle-même, au sens où un candidat externe pourrait amener des nouvelles idées et du « sang neuf » dans une équipe ou un service.

Concernant le département des RH, cette étude a bien permis de conclure qu'il est effectivement responsable pour tout le processus de recrutement et sélection du nouvel IC en collaboration étroite avec le Département Infirmier de l'hôpital. Ensuite, juste après la signature de contrat, le contact de première ligne avec les RH se résume à un contact téléphonique en fonction des besoins et/ou de la permanence hebdomadaire, selon l'hôpital. La personne de référence est appelée « *Business partner* » ou « *RH partner* » ce qui démontre bien que chaque membre des RH a une fonction bien déterminée. Souvent, dans les institutions hospitalières de réduite dimension, les ICS remplacent et occupent la fonction de référent des RH.

Pour accéder au poste, le futur IC doit posséder un diplôme de master en Santé Publique, mais ceci n'est pas une fin en soi, vue que de nombreuses faiblesses de la formation

universitaire sont mises en évidence par les ICS et les nouveaux IC dans cette étude. Le master en santé publique ouvre la porte à la nouvelle fonction dans la carrière de l'infirmier, mais la formation permanente (en interne, ou même en externe à l'hôpital) est une clé indispensable dans la résolution des difficultés du nouveau collaborateur et dans l'actualisation progressive des connaissances. Dans ce domaine, les formations en management d'une équipe, en gestion des conflits, en préparation de réunions, en mise en place d'un management participatif, sont des sujets classiques par rapport auxquels le nouvel IC n'est pas bien armé. Les ICS ont donc un rôle actif d'aide et de suivi des modules de formation permanente. Actuellement, l'idéal est travailler les sujets ci-dessus en avance via un *coaching* ou un package de formations mené par une personne expert dans le domaine pendant le parcours d'intégration, de façon à que ces outils prioritaires soient acquis. Alors, la « masterisation » (Yahiel et Mounier, 2010) des formations semble évidente au regard des principes théorico-universitaires et des besoins au fil du temps. Il est grand temps d'investir dans l'accompagnement au niveau des managers soignants car, dans le domaine de la santé, il est important d'avoir des soignants qui deviennent des managers (et pas de purs managers formés uniquement en dehors du contexte des soins) parce que cela permettra d'empêcher la fuite de la majorité des soignantes des hôpitaux et aussi de se focaliser sur la motivation des professionnels.

De façon générale, cette étude confirme qu'il n'y a pas de plan/parcours d'intégration formelle pour le nouvel IC dans les institutions de soins (seulement trois hôpitaux disposent d'un plan pour le nouvel IC). L'intégration du nouvel IC se fait de façon informelle, décrit en quelques lignes, comme un guide, une « check-list » et, essentiellement, « fait maison » sans recours à des recherches managériales ou à des agents externes à l'organisation. Notre étude montre que l'intégration du nouvel agent est laissée à l'entière responsabilité du Département Infirmier. Néanmoins, il y a un intervenant qui est mis en évidence par certaines institutions comme ayant aussi un rôle d'éducateur/intégrateur: l'Infirmier Chargée de l'Accueil des Nouveaux Engagés (ICANE). Pour des raisons internes aux institutions (la philosophie de l'institution, la transmission de valeurs et des objectives), certains directeurs des Départements Infirmiers refusent le rôle de l'ICANE dans l'intégration d'un nouveau chef et considère l'ICS comme la personne de référence dans tous les domaines. Il est évident que le nouvel IC est un nouvel engagé et qu'il est donc inclus dans le noyau de responsabilités de l'ICANE. Les institutions plus familiales et de structure réduite (inférieure ou égale à 400 lits) incluent l'ICANE dès le premier et le deuxième jour d'intégration du nouvel agent. Souvent,

s'il s'agit d'un candidat externe, la collaboration de l'ICANE est encore plus mise en évidence. Les ICANE sont responsables de la visite de l'institution, la présentation des différents services et unités de soins, le vestiaire, la tenue, le badge, les accès aux dossiers informatisés des patients. La collaboration de l'ICANE dans les tâches décrites est sans danger pour l'ICS, dont elle ne menace pas les tâches. L'IF-IC (2020) décrit l'ICANE comme responsable pour « *l'accueil et l'encadrement du nouveau collaborateur infirmier* ». Parmi ses tâches:

«Il accueille les nouveaux collaborateurs infirmiers lors de leur première journée de travail dans l'institution; informe les nouveaux collaborateurs infirmiers concernant le fonctionnement de l'institution et les procédures générales ; organise les affaires pratiques relatives à l'entrée en service des nouveaux collaborateurs infirmiers (ex. badge, vêtements de travail) et se concerte à intervalles réguliers avec les nouveaux collaborateurs infirmiers au sujet de leur intégration (...). » selon ce qui est décrit par certains responsables des institutions de soins.

Ce travail permet aussi d'affirmer que l'acteur principal de l'intégration du nouvel IC est l'ICS. Toutefois, tous les membres médicaux et paramédicaux, les agents responsables de l'entretien de l'unité, l'équipe de transport des patients, les secrétaires, les responsables de différents départements existants dans un hôpital ont un rôle informel dans l'intégration macroscopique (au niveau de l'hôpital/département), puis microscopique, au sein de son unité de soins. Nous pouvons affirmer clairement l'évidence du concept de socialisation organisationnelle dans laquelle le membre externe devient un membre interne à l'organisation et où tous les membres ont un rôle à jouer. Bauer (2015) mentionne cette intégration comme un processus d'apprentissage dans lequel les efforts de tous dans l'intégration sont pris en compte pour l'engagement progressif ; aussi, plus la prise en charge de l'agent est complète, plus il y a des chances de mieux intégrer l'IC. En analogie avec la configuration électronique d'un atome, nous avons l'atome au centre (comme un IC) et puis les électrons qui gravitent autour du noyau (c'est-à-dire les différents groupes de professionnels d'une institution de soins). Cette comparaison permet d'affirmer parfaitement le rôle central de l'IC dans l'institution et à quel point la fonction d'IC est importante dans l'organigramme infirmier, comme le met en évidence par l'arrêté royal du 13 juillet de 2006.

Au niveau de l'équipe avec qui l'IC a un contact proche et quotidien, et donc essentiel, le nouvel IC est comparé à un « collier de perles », dès lors que l'IC a la fonction :

- d'unir l'équipe (sachant qu'il y a toujours des noyaux dans les équipes),
- d'amener l'équipe dans la direction voulue pour atteindre des objectifs à moyen/long terme, avec les autres groupes professionnels (médicaux, paramédicaux, entre autres),
- d'homogénéiser l'équipe,
- d'encourager et de motiver le groupe,
- d'informer/de communiquer les nouveautés sur des projets ou simplement les décisions de la Direction Infirmière et/ou de la Direction Générale,
- être le porte-parole entre le management opérationnel et le management intermédiaire.

Ici, l'étape « *connection* » la deuxième phase de l'intégration de l'IC de Bauer (2015) est clairement mise en évidence. Toutefois, en fonction de l'histoire de l'équipe, cet étude a permis de décrire un période de deuil de l'équipe, par exemple, quand l'ancien IC part à la pension. Du fait de la longue période de travail commun, la relation de confidentialité et de confiance de l'équipe vers l'IC sont des points à travailler. Un temps de transition est donc nécessaire. Cette transition, assimilable à un deuil, est aussi réciproque chez l'IC car il ne se verra pas immédiatement comme plus un membre de l'équipe à part entière et ne pourra plus avoir une expertise technique du terrain, en raison de ses autres tâches à accomplir. Ce qui explique la nécessité de cette période de deuil.

Cependant, concernant le rôle de l'équipe dans ce parcours d'intégration, les ICS interviewés mentionnent le rôle informel de l'équipe : elle a pour rôle de présenter le service, d'informer sur les procédures existantes, d'expliquer comment une journée de travail se déroule ou comment se commande un matériel spécifique. Dans ce sens, l'équipe doit montrer et expliquer est-ce qu'est propre à l'unité. Néanmoins, dans les équipes il y a toujours une ou deux personnes qui sont désignés comme « personne ressources », qui sont des vrais alliées lors de l'arrivée de l'IC, lorsque le nouvel agent a des questions sur le terrain, mais également à moyen/long terme.

Le rôle actif de l'équipe comme mentionné dans la question de recherche : « Comment l'équipe peut-il avoir un rôle actif dans l'intégration du nouvel IC ? » a généré des discussions donc le résultat n'est pas unanime. En effet, si l'IC n'a pas un regard stratégique, il peut facilement advenir l'assistante de son équipe et pas « le capitaine du navire ».

Pour bien préparer toute cette nouvelle fonction d'IC, il faut le temps d'intégration dans l'institution de soins. Le temps est le véritable enjeu dans l'intégration du soignant au XXIème siècle. Il faut savoir que le temps d'intégration est conditionné par multiples facteurs comme mis en évidence par les différents ICS interviewés :

1. l'agent est-il un candidat interne ou externe de l'hôpital ou réseau hospitalier,

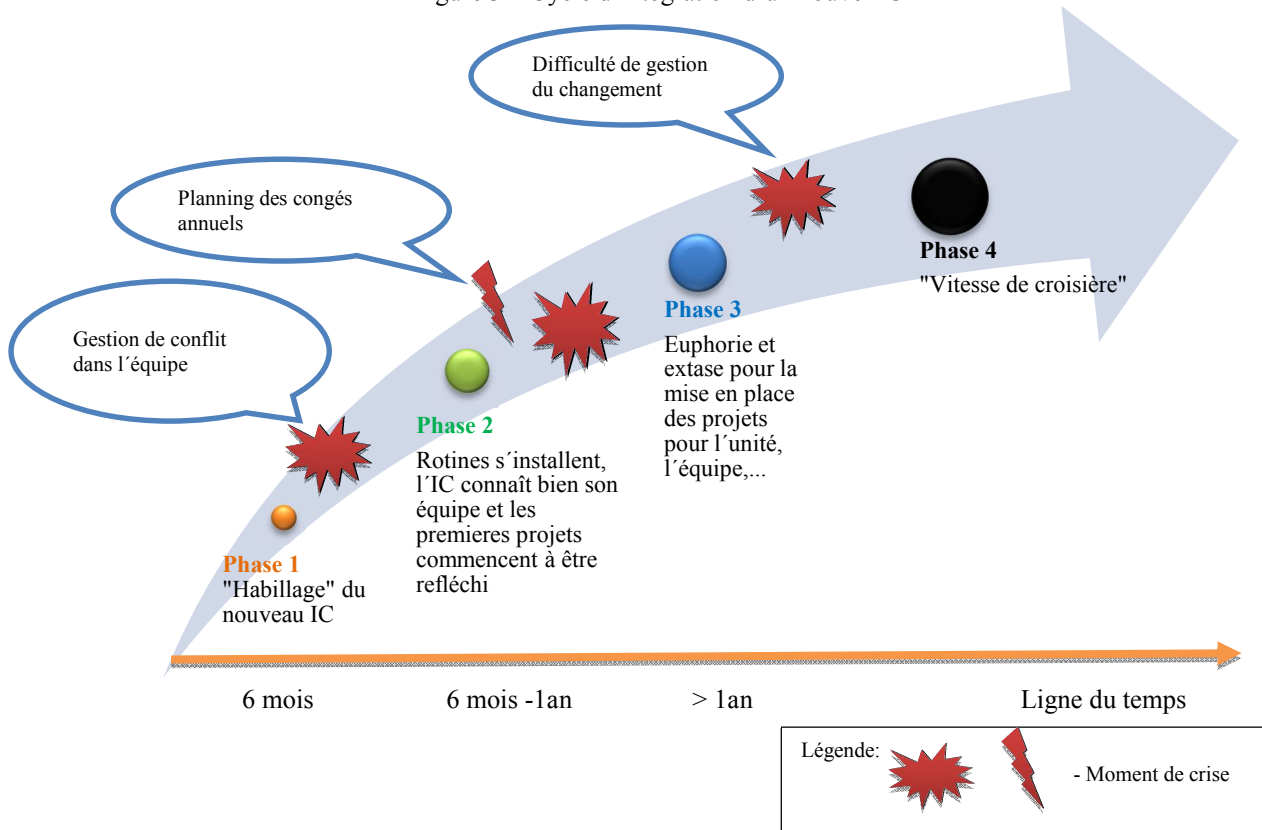
2. l'expérience professionnel de l'agent,
3. le niveau de formation académique,
4. les atouts du nouveau collaborateur.

Le temps réel d'intégration est significativement inférieur au temps considéré comme idéal ou optimal. Dans la littérature, il n'y a pas encore assez d'études concernant le temps d'intégration d'un IC. Notre étude permet de conclure que le temps nécessaire pour l'exercice de la fonction d'IC en plénitude est de 12 à 18 mois. Nous pouvons aussi conclure qu'il y a effectivement un cycle d'intégration du nouvel IC dans lequel le nouveau collaborateur se construit. Ce cycle est composé de quatre étapes (consulter figure 3):

- dans un premier temps - l'IC « s'habille » des outils pour sa fonction, l'apprentissage est mené via les ICS, les experts, les formations interne/externe, l'observation et l'écoute de l'équipe sont primordiales. En moyen, cette étape dure six mois.
- dans un deuxième temps – les routines s'installent au sein de l'unité, l'IC connaît relativement bien son équipe, la réflexion des premiers projets et changements à amener sont là, le *partenariat* avec des autres intervenants est importante, selon les priorités. La motivation de l'IC peut être une clé dans cette phase que durera entre six mois à un an.
- dans un troisième temps – mise en place des projets et donc l'euphorie et extase de l'IC, avec la mise en place des nouvelles idées pour son équipe, son unité et son évolution.
- dans une quatrième étape, la « vitesse de croisière » est atteinte et donc l'IC est capable de développer ses fonctions sans difficulté, en pleine confiance et autonomie. L'ICS doit néanmoins toujours être présent même que cette étape perdure.

Néanmoins, comme dans tous les cycles, il y aura des moments de crise provenant d'un conflit dans l'équipe, comme l'attribution des congés annuels ou encore si les premiers changements dans l'équipe et/ou organisation ne se sont pas bien déroulés (consulter figure 3). La première crise aura lieu pendant la première année et donc, les premiers découragements se feront jour. Dans ce contexte, le soutien des collègues IC et ICS est indispensable, même si des groupes de parole au sein du département sont aussi à envisager.

Figure 3 – Cycle d'intégration d'un nouvel IC



Le temps est aussi un facteur clé parce que les nouveaux IC ne se rendent pas compte de la masse de travail de l'IC sur le terrain. La charge de la gestion quotidienne (par exemple, « coup de main » en salle, le rapport aux médecins, le rapport à l'équipe paramédicale, la gestion des horaires journaliers en cas d'absence) ne leur permet pas d'aller plus loin dans les projets, dans les tâches propres à l'IC. Au détriment de l'épanouissement personnel. L'IC ne doit pas être la solution pour les problèmes, mais un moyen de les résoudre. La sonnette d'alarme est tirée : la fonction de l'IC doit être revue. Il faut repenser l'IC comme membre hors *staff* journalier. Sans quoi l'insatisfaction, la frustration, le manque d'expectatives en aval prendront le pas sur une intégration optimale en amont.

Le temps met aussi en évidence les difficultés de l'IC. Ce mémoire démontre comme les difficultés de l'IC sont identiques aux difficultés rapportées par l'ICS. Parmi celles-ci :

1. La gestion du management humain est la difficulté n°1, aussi que l'enjeu plus important pour les IC. Les concepts appris au long du master/école de cadre restent très théoriques. Il faut donc apprendre le management comme un outil pour le métier de chef.
2. Le management générationnel est un défi vu la conjugaison des deux types de soignants dans le monde actuel du travail : les infirmiers plus jeunes focalisés sur la quantité et la technique de soins et les infirmiers plus âgés (presque en fin de carrière) plutôt centrés

sur la qualité des soins et le bien-être du patient. C'est-à-dire qu'il faut éviter les conflits et favoriser la cohabitation générationnelle ainsi que l'enrichissement réciproque.

3. La distanciation du rôle de chef vers l'équipe est un point ajouté au sein de l'équipe.

4. L'actualisation de connaissances au niveau de la législation sociale, l'élaboration d'horaire selon les règles en vigueur, la gestion de conflits, le *team building*, la préparation d'une réunion en conjugaison avec le bien-être au travail et l'équilibre vie privée et vie professionnelle.

5. La gestion efficace du temps : les IC font face à une masse importante de travail au quotidien. Il faut savoir établir les priorités et rentabiliser les énergies pour survivre au marathon journalier.

Au niveau des ICS et Directrices de Département Infirmier, ce mémoire a mis en exergue une méconnaissance des rapports d'étonnement dans les institutions. Seulement 3 des 16 interviewés demandent régulièrement des rapports d'étonnement à un nouveau collaborateur. Ces rapports peuvent être vus comme un point de départ pour établir des objectifs ou des changements au sein de l'équipe et/ou unité de soins et pour établir jusqu'à quel point l'institution, le département, l'ICS sont ouverts à la critique extérieure. Néanmoins, ce rapport peut aussi permettre d'anticiper les difficultés de l'IC et amener à la réflexion. Ces rapports sont un « premier chapitre d'un livre ouvert » après six semaines d'observation active. Pour le nouvel IC, ce rapport est une opportunité de poser des questions et de rapporter divers événements à l'ICS sans honte, sans peur et sans jugement.

Le système « mentorat » est un système en vigueur dans seulement une institution de soins pour accompagner le nouvel agent. Ce système de travail en binôme permet un coaching interne par une personne qui a la même fonction que le nouvel agent ou par quelqu'un qui n'est pas hiérarchiquement responsable de l'IC (par exemple, un ICS d'un autre site hospitalier), et qui est choisi par la direction pour cet accompagnement. C'est une méthode d'apprentissage, de développement personnel et professionnel, au niveau des compétences et des connaissances, qui permettra de colmater les difficultés de l'IC ayant aussi un rôle dans la socialisation professionnelle, comme décrit Bauer (2015).

Malheureusement, le système de « mentorat » n'a pas beaucoup de visibilité sur le terrain parce que le système vulgairement désigné comme « doublure » est le préféré par les ICS et directrices du département infirmier. Cette méthode a plus d'adeptes parce qu'est un travail de binôme d'égal par égal à niveau de la hiérarchie. Très souvent, la direction du

département choisit la personne responsable pour ce coaching selon ses compétences, ses connaissances et l'expérience dans l'hôpital. Les IC du département constituent « les sages » et cela permet de parler et de se confier (sachant que le nouvel IC est seul), avoir des conseils et de l'aide sans relation direct avec la hiérarchie.

Dans l'approche du mentorat, les rapports d'étonnement, les moments de rencontre hebdomadaire, en début de parcours d'intégration, défini comme « *one-to-one* » entre IC et ICS permettent la construction d'une relation de confiance de façon à que le nouveau IC puisse poser ses questions, faire part de ses difficultés et aligner les objectives à court/moyen terme. Les réunions du type *one-to-one* peuvent être considérées comme une ressource pour l'atteindre la « *clarification* » (Bauer, 2015) de la fonction d'IC. Les réunions sont aussi un moyen de socialisation dans le département professionnel, même si elles ne sont que mensuelles ou trimestrielles en fonction des institutions de soins. Les réunions des IC permettent d'unir les IC (pendant le travail journalier, il est très difficile de discuter ou de réfléchir en raison des impératifs de temps), de faire part de problématiques entre services; d'informer/transmettre des informations du *top management* vers le *management opérationnel*, d'homogénéiser les principes, les normes et les règles et d'une manière générale, de contribuer au co-développement.

Enfin, un plan d'intégration idéale nécessite de trois axes : du temps, de l'investissement humain de la part du Département Infirmier et de la formation permanente. Actuellement, les directeurs infirmiers des institutions de soins préconisent qu'un IC soit autonome le plus vite possible. Or, disposer d'assez de temps est vital pour une intégration idéale. Il faut aussi considérer le coût d'opportunité supplémentaire d'avoir un « mentor » ou « tuteur » qui, pendant cette période d'intégration, n'assume pas sa fonction d'IC ou ICS habituelle dans la globalité.

Selon toutes les données récoltées des trois échantillons, un plan d'intégration optimale pour le nouvel IC a pu être construit (tableau 7). Quelques remarques à retenir :

- il y a deux lignes de temps : une avant J0 à la responsabilité des RH et une après (J+...) avec une prise en charge plus complexe et globale ;
- une colonne destinée à la personne idéale comme responsable de l'activité ;
- trois suivis établis : acquis, non acquis ou non applicable (si le candidat est interne, certains activités ne s'appliquent pas).

Tableau 7- Plan d'intégration optimale de l'IC

Temps	Activités :	Qui est responsable ?	Acquis	Non acquis	Non applicable
J-10 (en fonction de l'organisation)	- Félicitation pour le poste lors de la signature du contrat ; - Le nouveau collaborateur a reçu une copie du règlement de travail ; - Il a également reçu les informations relatives : au remboursement des transports en commun, des congés annuels, des congés extra-légaux, des jours fériés, aux chèques-repas, à la visite à la médecine du travail ; - Il a été informé de son premier jour de travail ;	RH			
J-2	- Définir qui sera le « mentor » du nouveau collaborateur et ses fonctions.	Département infirmier			
J-1	- Faire la photo et le badge ; - Donner le plan du site hospitalier ; - Expliquer les différents accès à l'hôpital ; - Attribuer un casier/vestiaire ; - Informer pour les règles pour les uniformes et vestiaires (Comment fonctionne l'auto-valet) ; - Visiter les vestiaires ; - Demander de mettre un uniforme.	ICANE ICS			
J0	- Expliquer de manière générale d'histoire de l'hôpital ; - Expliquer de manière générale le département des soins infirmiers ; - Présenter les restants ICS de l'hôpital ; - Expliquer le rôle de l'ICS ; - Présenter la description de fonction de l'IC ; - Informer le collaborateur au niveau du sujet des accès informatique du dossier patient informatisé (password) ; - Faire une visite de l'hôpital.	ICS			
J+1	- Présenter les collègues et les médecins de l'unité/assistants aux médecins de l'unité ; - Présenter le service au nouvel IC (locaux, réserve de matériel, cuisine, casier, ...); - Informer sur les pathologies, les examens et les traitements plus communs ; - Tâches quotidiennes ; - Informer sur les numéros d'urgence pour l'incendie, l'agression, l'urgence adulte, l'urgence pédiatrique.	Equipe			
J+2	- Le fonctionnement du service et les objectifs pour l'unité à long terme.	Equipe pluridisciplinaire			
J+3 à J+4	- Pack de formations dans le domaine: du management participatif, du leadership, des horaires et de la législation sociale, comment préparer une réunion, du team building, ...	Equipe de formation permanente (interne/ externe)			

J+5 à J+6	- Pack de formations dans le domaine: de l'hygiène hospitalière, du dossier informatisé, du plan incendie, de la qualité, de la réanimation cardio-pulmonaire, de la législation sociale, entre autres.	Equipe de formation permanente (interne/externe)			
J+7	- Réunion des IC pour connaître les restants IC, les responsable du site, et souhaitent « bienvenue ».	ICS			
J+8	- Réunion <i>one to one</i> avec ICS (temps d'écoute et de parole).	ICS			
J+8 à J+20	- Travailler avec chaque membre de l'équipe ; - Réunion <i>one-to-one</i> avec chaque membre de l'équipe (temps d'écoute et parole).	Équipe			
J+20 à J+25	- Rencontrer les personnes référents pour le diabète, l'algologie, les soins de plaie, le résumé clinique minimum, la liaison gériatrie, l'hygiène hospitalière ...	Equipe de formation permanente			
J+8 à J+30	- Travailler avec le mentor sur les difficultés, les doutes,...	Mentor			
J+14	- Réunion <i>one to one</i> avec ICS (temps d'écoute et de parole).	ICS			
J+21	- Demander le premier rapport d'étonnement à l'IC.	ICS			
J+23	- Discussion du premier rapport d'étonnement.	ICS			
J+25	- Réunion <i>one to one</i> avec ICS (temps d'écoute et de parole).	ICS			
J+30	- Conseils et suivi du mentor ; - Premier entretien de fonctionnement.	Mentor ICS			
J+35	- Passer 2 ou 3 jours dans une autre unité de soins avec la finalité de voir un autre type de management/organisation du travail.	ICS			
J+60	- Deuxième entretien de fonctionnement ; - Participation aux réunions avec les ICS/IC du département infirmier.	ICS			
J+90	- Développement des projets de management ; - Accompagnement et suivi du mentor.	ICS Mentor			
J+90	- Troisième entretien de fonctionnement ;	ICS			
J+95	- Préparation de la première réunion d'équipe.	RH/ICS/IC Mentor			
J+100	- Première réunion d'équipe.	IC			

J+105	- Rendre le premier compte rendu de la réunion ; - Temps d'écoute et de parole avec le mentor.	IC/ICS			
J+110	- Continuation et suivi des formations en fonction des besoins.	ICS/ Mentor			
J+120	- Réunion <i>one-to-one</i> avec l'ICS; - Participation aux réunions avec les ICS/IC du département infirmier.	ICS			
J+150	- Budgets et premiers investissements dans l'unité.	ICS			
J+180	- Réunion <i>one-to-one</i> avec l'ICS; - Analyse des difficultés, des points à améliorer ; - Participation aux réunions avec les ICS/IC du département infirmier.	ICS Mentor			
J+210	- Réunion <i>one-to-one</i> .	ICS			
J+240	- Réunion <i>one-to-one</i> ; - Analyse des difficultés, des points à améliorer, les attentes, les besoins de formations.	ICS			
J+270	- Réunion <i>one-to-one</i> ; - Analyse des difficultés, des points à améliorer, les attentes, les besoins de formations.	ICS			
J+300	- Réunion <i>one-to-one</i> .	ICS			
J+330	- Réunion <i>one to one</i> ; - Analyse des difficultés, des points à améliorer et besoins en formation.	ICS			
J+360 à J+540	- Réunion <i>one to one</i> ; - Analyse des difficultés, des points à améliorer et besoins en formation ; - Participation aux réunions ICS/IC du département infirmier (et éventuellement inter-sites).	ICS			

CHAPITRE 5. LIMITES, FORCES ET PERSPECTIVES DE L'ÉTUDE

Après l'analyse et la discussion des résultats obtenus, ce dernier chapitre est consacré aux limites, forces et perspectives de ce travail de recherche.

1. LIMITES DE L'ÉTUDE

Premièrement, nous pouvons décrire le travail de réflexivité comme étant parfois difficile à effectuer de manière objective étant donné que je suis aussi infirmière en chef et que, donc, j'ai aussi vécu un parcours d'intégration. Par conséquent, il est compliqué de conserver une certaine distance par rapport aux représentations que nous analysions, dès lors que mon propre vécu intervenait dans la réflexion.

Deuxièmement, la taille de l'échantillon concernant les membres des ressources humaines interviewés est une faiblesse de l'étude parce que, dans certains cas, je n'ai pas obtenu de réponses positives ou, simplement, pas de réponses aux e-mails envoyés et appels téléphoniques donnés.

Troisièmement, quelques IC interviewés étaient/sont encore étudiants(es) de Master en Santé Publique à l'Université Catholique de Louvain. Connaissant mes difficultés à recruter des participants, ils ont collaboré volontairement et ils ont demandé aux IC de l'organisation dans laquelle ils travaillent d'y participer. Ce qui a conduit à avoir 2 ou 3 IC du même hôpital avec des témoignages similaires. Et donc, le poids des mêmes données peut induire à la fausse valorisation d'une thématique.

2. FORCES DE L'ÉTUDE

La variabilité des ICS interviewés provenant de différentes institutions de soins permet d'avoir une vision diversifiée de l'intégration de l'IC. Le recours aux moyens de communication en ligne, comme *Teams*, *skype*, *whatsapp* ou *webex meet* a permis d'avoir des participants géographiquement distants tenant en compte la pandémie du Coronavirus-19. Et, finalement, notre étude amène précisément à la réflexion de l'intégration de l'IC comme une intégration importante dans une institution de soins, grâce à laquelle on peut réduire la fuite des soignants des hôpitaux, étant donné le rôle central de l'IC dans la motivation de l'équipe et sa position centrale dans l'organigramme.

Ce mémoire permet aussi d'avoir une vision transversale des sept grands hôpitaux et de savoir ce qui est mis en place dans le domaine du recrutement, de la sélection et de l'intégration des nouveaux IC.

3. PERSPECTIVES

D'abord, il serait envisageable d'élargir l'échantillon à davantage d'IC et de leur donner la parole, ce qui permettra poser plus de questions sur le déroulement du processus d'intégration via un échantillon plus diversifié.

Deuxièmement, inclure les directrices/directeurs du Département Infirmier dans un échantillon permettrait d'avoir leur point de vue sur l'intégration du nouvel IC sachant qu'ils collaborent au processus de sélection et de composition du jury.

Troisièmement, élargir les entretiens semi-directifs à des autres institutions de soins permettrait d'améliorer ce plan d'intégration, de consolider les points positifs en commun et de corriger les points négatifs dans le but d'une amélioration collective.

Et finalement, élaborer des *focus groups* avec des membres des RH, IC, ICS/directeurs du Département Infirmier d'une même institution permettrait d'amener une discussion enrichissante sur cette thématique. Malheureusement, la crise pandémique que nous traversons ne permet pas de regrouper tel groupe de personnes physiquement, quand bien même les institutions font l'effort de recourir à des nouvelles technologies.

CONCLUSION

L'IC, de part de sa fonction et ses missions, occupe une position stratégique puisqu'il est le point d'intersection entre différentes professions. Le processus d'intégration d'un nouvel IC dans une institution hospitalière est crucial et indispensable dans le succès de ses fonctions, l'acquisition d'autonomie, le développement de compétences de *leadership* et management et dans l'établissement de relations sociales et de soutien au sein de l'organisation.

Le processus d'intégration est long avec plusieurs intervenants tout au long de la ligne hiérarchique et transversale aux différents métiers hospitaliers. Ce processus commence bien avant le premier jour de travail de l'IC et est de la responsabilité des RH. Le processus de recrutement et sélection est dense, surtout au niveau des différents examens d'*assessment* lors desquels les différentes compétences de l'agent sont à l'épreuve. Actuellement, les institutions de soins préfèrent un candidat interne à l'hôpital pour un poste d'IC avec toutes les compétences requises au niveau du master en santé publique et la formation complémentaire, si nécessaire. Lorsque le candidat est sélectionné à son poste et avant que le nouveau collaborateur arrive sur le terrain, il est à la responsabilité des RH de fournir les informations sur le contrat et l'hôpital. Ensuite, le processus d'intégration poursuit à la charge par le département infirmier (particulièrement l'ICS). En effet, sur le terrain, il y a une différence entre le processus d'intégration d'un candidat issu de l'hôpital et un candidat externe. Un plan d'intégration doit être personnalisé selon l'expérience de l'agent, les connaissances et les compétences de celui-ci, le domaine médical dans laquelle il va travailler et l'équipe soignante. Un plan d'intégration a été élaboré pour aider, orienter au fil du temps et structurer le nouvel IC (interne/externe à l'institution) dans ses fonctions, selon les informations récoltées des entretiens semi-directifs élaborés avec les trois groupes d'échantillons.

La socialisation du nouvel IC est cruciale pour une bonne intégration et une prise de fonction optimale, qui ne se limite pas au *top management*. La socialisation doit inclure aussi les collègues déjà IC qui peuvent être des vrais piliers (mentor/parrain/marraine) dans la nouvelle fonction et toutes les autres professionnels avec lesquels le nouveau agent collabore au quotidien. L'équipe du nouvel agent a un rôle informel à jouer dans la transmission des procédures et des normes de l'unité de soins.

Les difficultés des IC, ses attentes et ses besoins doivent être inclus dès le départ dans un parcours d'intégration, de façon à que le nouvel agent soit « armé » en théorie et principes et puisse les mettre en pratique et faire face aux difficultés et aux enjeux du quotidien.

Disposer d'un master n'est pas un fin en soi, mais un premier pas pour un enrichissement continu.

Le temps est le principal frein à une intégration optimale du nouvel IC sur le terrain. Le délai considéré comme idéal est de 12 à 18 mois, alors qu'il est attendu des nouveaux responsables qu'ils soient autonomes le plus tôt possible. Un plan d'intégration optimale est une clé fondamentale pour que l'IC puisse se sentir soutenu dans ses démarches, fortifier la relation équipe/IC et IC/ICS pour faire face aux attentes de l'équipe, des patients, sa famille, du corps médical et du Département Infirmier et, par conséquent, éviter l'abandon précoce de sa fonction dans un métier encore sous-estimé mais porteur d'une charge de responsabilités importante.

L'intégration du nouvel IC est et sera un défi en constant mutation pour faire aux changements managériaux, à l'innovation médicale et thérapeutique et à la relation patient-soignant du futur.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- American Organization of Nurse Executives. (2011). *AONE nurse executive competencies*. Chicago: American Organization of Nurse Executives.
- Arrêté royale du 10 mai 2005. [Consulté le 11 Juillet 2020]. Disponible sur web site sur https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2015051006&table_name=loi
- Arrêté royale du 13 juillet 2006. [Consulté le 25 Juin 2020]. Disponible sur web site sur https://www.afiso.be/Fonction-d-infirmier-en-chef-13-JUILLET-2006_a85.html#:~:text=L'infirmier%20en%20chef%20vis%C3%A9,le%20chef%20du%20d%C3%A9partement%20infirmier.
- Arrêté royale du 27 septembre 2006. [Consulté le 9 Juillet 2020]. Disponible sur web site sur http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2006092741&table_name=loi
- Arrêté royale du 27 juin 2016. [Consulté le 9 Juillet 2020]. Disponible sur web site sur http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2006071347
- AUJOULAT, I. (2019). Introduction à la méthode qualitative. [Notes du cours]. Université catholique de Louvain, Bruxelles. Disponible sur le site web <https://moodleucl.uclouvain.be>.
- BAUER, T. N., BODNER, T., ERDOGAN, B., TRUXILLO, D. M., TUCKER, J. S. (2007). Newcomer adjustment during organizational socialization: A meta-analytic review of antecedents, outcomes, and methods. *Journal of Applied Psychology* (92), 707–723.
- BAUER, T. (2015). *Onboarding: the power of the connection*. [Consulté le 9 Juillet 2020]. Disponible sur le site web de <https://www.researchgate.net/publication/286447344>
- BELFIUS. (2020). Étude MAHA. [Consulté en ligne le 7 Décembre 2020]. Disponible sur site web sur <https://www.belfius.be/about-us/fr/actualites/analyse-maha-2020>
- BOIRAYON, Annelise (2018). Comment manager une nouvelle équipe ? [Consulté en ligne le 7 Septembre 2020]. Disponible sur site web sur <https://abakafe.abaka.fr/conseils-carriere-et-evolution-professionnelle/comment-manager-une-nouvelle-equipe/>

- CABLE, D., GINO, F. & STAATS, B. (2013). Reinvesting Employee Onboarding. *MIT Sloan management review*, 54(3), 22-29.
- CADIN, L., GUÉRIN, F., PIGEYRE, F., PRALONG, J. (2012). GRH: Gestion des ressources humaines. Paris Dunod. Accès électronique.
- Centre Fédérale d'Expertise des Soins de Santé. (2008). Rapport 86b : Différenciation de fonctions de soins infirmiers : limites et possibilités.[Consulté le 7 juillet de 2020]. Disponible sur le site web : <https://kce.fgov.be/nl/node/836>
- Conseil National d'Art Infirmier. (2005). Groupe de travail sur l'infirmier en chef. Avis au ministre. C.N.A.I./2005/AVIS-7. [Consulté le 5 Juillet 2020]. Disponible sur le site web https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/federale_raad_voor_verpleegkunde-fr/19060626_fr.pdf
- CHARBONNEAU, L. (2018). Selon une étude Robert Half, il faut en moyenne 6 mois pour devenir compétent après une prise de poste. Communiqués de presse. La rédaction. [Consulté le 11 Juillet 2020]. Disponible sur le site web <https://www.hr-voice.com/communiques-presse/selon-une-etude-robert-half-il-faut-en-moyenne-6-mois-pour-devenir-competent-apres-une-prise-de-poste/2018/11/22/>
- COMBALBERT, L., LINARDOS, D. (2018). Guide de survie du manager – Réussir dans la jungle de l'Entreprise. 2^{ème} Édition. Dunod.
- DELAVALLÉE, E. (2006). Il ne suffit pas d'être manager pour manager. *L'Expansion Management Review*, 4(123), 12 -17.
- DERVEN, M. (2008). *Onboarding management - Obtain early allegiance to gain a strategic advantage in the war for talent*.
- DUFOUR, L. et LACAZE, D. (2010). L'intégration dans l'entreprise des jeunes à faible capital scolaire : un processus d'ajustement mutuel. *Revue Gestion des Ressources Humaines*, 75,16-29.
- FANG, R., DUFFY, M., et SHOW, J. (2011). The Organizational Socialization Process: Review and Development of a Social Capital Model. *Journal of Management*, 37, 127-152.

- FUNDERBURK, A.E. (2008). Mentoring: The Retention Factor in the Acute Care Setting. *Journal for Nurses in Staff Development*, 3 (24), 1-5.
- GROUPE SANTE CHC. (2019). Rapport annuel – Nous prenons soin de vous. [Consulté le 5 Avril 2021]. Disponible sur le site web <https://www.chc.be/getattachment/969d6246-1c0c-4255-b504-6baeebb79ab3/Rapport-annuel-2019>
- HOPITAUX IRIS SUD. (2020). Profil de l’infirmier en chef. [Consulté le 26 juin 2020]. Disponible sur le site web : http://www.his-izz.be/fr/hopitaux-iris-sud/emplois_11
- IF-IC. (2020). Profil de fonction de l’infirmier en chef à l’hôpital. [Consulté le 7 juillet 2020]. Disponible sur le site web <https://www.if-ic.org/fr/file?jobFunction=190>
- IF-IC. (2020). Profil de fonction de l’infirmier chargée de l’accompagnement du nouvel infirmier engagé, rentrant et stagiaires. [Consulté le 26 Février 2021]. Disponible sur le site web <https://www.if-ic.org/fr/file?jobFunction=176>
- International Council of Nurses. (2002). Nursing definitions. [Consulté le 26 Septembre 2020]. Disponible sur le site web <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>
- JEANS, M. E., et ROWAT, K. M. (2004). *Compétences attendues des infirmières gestionnaires*. Ottawa : Canadian Nursing Association.
- JUBAN, J-Y. (2015). Les SCOP relèvent-elles d’un modèle de GRH homogène ? Enseignements d’une recherche de terrain. (15). 79-98. [Consulté le 26 Août 2020]. Disponible sur le site web <https://www.cairn.info/revue-@grh-2015-2-page-79.htm>
- KARNA, M. [*Rapport de stage : Infirmière-chef : acteur clé pour assurer la qualité et la sécurité des soins.*] Montréal : Université de Montréal. Faculté de l’étude supérieure, 2012.
- LEE, D. (2006). *Successful onboarding: How to get your new employees started off right*. [Consulté le 9 Juillet 2020]. Disponible sur le site web http://www.humannatureatwork.com/successful_onboarding.htm.
- McCallin, A. M., & Frankson, C. (2010). *The role of the charge nurse manager: a descriptive exploratory study*. *Journal of Nursing Management*, 18, 319-325.

- MARTORY, B. CROZET, D. (2010). *Gestion des ressources humaines. Pilotage social et performances*. Paris, Dunod, Collection Gestion Supérieur, 7^{ème} Edition.
- MARTORY, B. CROZET, D. (2016). *Gestion des ressources humaines. Pilotage social et performances*. Paris, Dunod, Collection Gestion Supérieur, 9^{ème} Edition.
- MELEIS, A. I. (2005). *Theoretical Nursing: Development & Progress (3rd Edition)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- NASZALYI, P. (2019). *L'actualité de la gestion*. La Revue des Sciences de la Gestion, (293), 43. [Consulté le 9 Juillet 2020]. Disponible sur le site web <https://www.cairn.info/revue-des-sciences-de-gestion-2019-1-page-43.htm>
- OCCILIEN-SIMILIEN. New leader Onboarding Guide. [Consulté le 25 mars]. Disponible sur le http://www.campserv.emory.edu/finance_business/trainingcomm/docs/newleaderguide.pdf
- ORGANISATION MONDIAL DE LA SANTÉ. (2020). La situation du personnel infirmier dans le monde – résumé d'orientation. [Consulté le 31 Mars 2021]. Disponible sur le site web <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331674/9789240003354-fre.pdf>
- O'NEIL, D., AMERINE, L., & WOODWARD, C. (2017). *Challenges and solutions to new manager onboarding*. Pharmacy Hospital (52), 712 –714.
- PICHAUT, F. & NIZET, J. (2013). *Les pratiques de gestion des ressources humaines. Conventions, contextes et jeux d'acteurs*, Editions du seuil.
- SERVICE PUBLIC FÉDÉRALE. (2018). Statistiques annuelles des professionnels des soins de la Santé. [Consulté le 28 Août 2020]. Disponible sur le site web : https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/statan_2018_fr_2.pdf
- SIMARD, P. et FORTIN, J. (2008). Mentorat des entrepreneurs. *Revue Gestion*, (3), 10-17.
- THUNUS, S. (2020). Notes de cours de Management et développement organisationnelle. Université Catholique de Louvain. Bruxelles. Disponible sur le site web <https://moodleucl.uclouvain.be>.

- VAN MAANEN, J., et SCHEIN, E. H. (1979). Toward a theory of organizational socialization. *Research in Organizational Behavior*, (1), 209-264.
- VIVALIA. (2017). Procédure d'accompagnement d'un nouvel infirmier en chef. [Consulté le 10 Juillet 2020]. Disponible sur le site web <https://www.vivalia.be/page/accompagnement-des-nouveaux-infirmiers-en-chef>
- YAHIEL, M., et MOUNIER, C. (2010). Rapport : « Quelles formations pour les cadres hospitalières ? ». [Consulté le 27 Février 2021]. Disponible sur le site web https://www.robertholcman.net/public/documents_institutionnels/Rapports_IGAS/igas_quelle_formation_cadres_hospitaliers.pdf
- WILDMAN, S. et HEWISON, A. (2009). Rediscovering a history of nursing management: from nightingale to the modern matron. *International Journal of Nursing Studie* (46), 1650-1661.

- **ANNEXE I** - L'ARRÊTÉ ROYAL DU 13 JUILLET 2006
- **ANNEXE II** – PROFIL DE FONCTION DE L'IC À L'HÔPITAL, SELON L'IFIC
- **ANNEXE III** – RENCONTRE INDIVIDUELLE AVEC CHAQUE MEMBRE DE L'EQUIPE
- **ANNEXE IV** – FORMULAIRE D'INFORMATION ET CONSENTEMENT
- **ANNEXE V** – GUIDES D'ENTRETIENS :
 - a) Guide d'entretien semi-structuré au nouvel IC
 - b) Guide d'entretien semi-structuré avec l'ICS
 - c) Guide d'entretien semi-structuré avec les RH

«(...) Article 2 : l'infirmier en chef est responsable pour l'organisation, de la continuité et de la qualité de l'activité infirmière au sein de son équipe, qui lui est confiée par le chef du département infirmier ;

(...) la collaboration au développement de la politique infirmière dans l'hôpital et l'applique au sein de son équipe. L'infirmier en chef peut être responsable pour le contrôle et l'évaluation de son équipe ;

(...) Article 3 : L'infirmier en chef dépend hiérarchiquement directement d'un infirmier-chef de service ou du chef du département infirmier, conformément à l'organigramme du département infirmier.

Article 4 : Pour favoriser l'intégration de l'activité infirmière dans l'ensemble des activités de l'hôpital dans le cadre des soins aux patients, l'infirmier en chef accomplit sa mission en contact étroit avec les médecins et les responsables des différents aspects des activités de l'unité.

Article 5 : L'infirmier en chef veille à ce que l'activité infirmière au sein de son équipe soit en phase avec la vision stratégique du département infirmier ainsi qu'avec les évolutions et attentes de la société. Il a en particulier la responsabilité :

- 1° de développer, d'opérationnaliser et d'assurer le suivi de la politique infirmière au sein de son équipe en concordance avec la vision stratégique de l'hôpital;*
- 2° de diriger, d'accompagner et d'évaluer les processus de changement;*
- 3° d'élaborer et d'adapter des procédures et méthodes de travail;*
- 4° des enregistrements imposés par la loi en ce qui concerne l'art infirmier.*
- 5° de suivre et de veiller à ce que soit appliquée la législation pertinente et d'en informer les membres de son équipe.*

Article 6 : L'infirmier en chef est responsable de l'organisation, de la coordination, du contrôle et de l'évaluation de l'activité infirmière au sein de son équipe. Il est responsable :

1° de la fixation des objectifs de son équipe en concertation avec son supérieur hiérarchique et en tenant compte de la politique infirmière globale au sein de l'hôpital;

2° de l'offre d'une organisation de soins infirmiers centrée sur le patient accordant une attention particulière aux droits du patient et à l'éthique;
3° de l'adaptation de l'organisation des soins infirmiers au sein de son équipe suivant les besoins des patients et les soins requis;
4° de la qualité et de la continuité des soins assurés par son équipe.

Article 7 : L'infirmier en chef collabore avec son supérieur hiérarchique afin de disposer de l'encadrement en personnel requis, tant sur le plan qualitatif que quantitatif.

Il est chargé en particulier :

1° de la gestion du cadre du personnel ainsi que de l'utilisation adéquate du personnel par la répartition du travail, la planification horaire et l'organisation des congés;
2° de la gestion des membres de son équipe en vue de créer une ambiance de travail favorable qui incite à la collaboration effective;
3° de l'accompagnement de nouveaux membres de son équipe;
4° du suivi, du soutien, de la supervision et de l'évaluation des membres de son équipe.

Article 8 : L'infirmier en chef est responsable de l'utilisation optimale des moyens en vue d'assurer des soins infirmiers de qualité aux patients.

Il a en particulier la responsabilité :

1° de la gestion et de l'affectation du budget de l'unité;
2° de l'utilisation efficace et efficiente par son équipe des biens et des locaux mis à leur disposition.

L'infirmier en chef donne son avis sur l'acquisition de nouvelles ressources et la construction et la rénovation de l'hôpital, dans la mesure où il y a des répercussions pour les soins infirmiers.

Article 9 : L'infirmier en chef veille à ce que les membres de son équipe puissent développer suffisamment leurs capacités par le biais du coaching et de la formation permanente, de sorte qu'ils disposent des connaissances, des capacités, ainsi que de la motivation nécessaires pour maintenir le niveau de qualité souhaité.

Pour y parvenir, il prend les initiatives suivantes :

1° inventorier les besoins en matière de formation des membres de son équipe;
2° inciter les membres de son équipe à suivre une formation;
3° superviser et coordonner la formation des membres de son équipe;

4° soutenir l'évolution de la carrière des membres de son équipe;

5° participer personnellement à la formation permanente.

Article 10 : L'infirmier en chef supervise les étudiants infirmiers dans son unité, en collaboration avec les maîtres de formation clinique et l'infirmier chargé spécifiquement d'accompagner les débutants et les personnes qui reprennent le travail et qui appartiennent à la catégorie du personnel infirmier.

Article 11 : L'infirmier en chef est responsable de la communication concernant son équipe et ses patients, de la transmission d'information et de la concertation, tant en interne qu'en externe.

L'infirmier en chef est plus particulièrement chargé des missions suivante :

1° entretenir les contacts avec les patients, leur famille et les autres visiteurs;

2° se concerter avec les membres de son équipe;

3° se concerter avec les médecins et les paramédicaux au sein de l'hôpital;

4° se concerter avec d'autres professionnels de la santé;

5° se concerter avec les maîtres de formation clinique. »

ANNEXE II - PROFIL DE FONCTION DE L'INFIRMIER CHEF À L'HÔPITAL SELON IF-IC

Activités	Tâches
1. Superviser les collaborateurs	• Etablit la répartition du travail et le planning du personnel et adapte les plannings existants aux besoins de l'unité (par exemple, maladie) pour permettre la continuité des soins ; • Dirige et motive les collaborateurs en passant des accords clairs et en émettant des règles pratiques ; • Prend des décisions, en concertation avec le responsable hiérarchique et/ou le service du personnel et selon les procédures existantes, au sujet de l'exécution de la gestion du personnel de l'unité et conseille ceux-ci en cas d'engagement et de licenciement ; • Encadre les collaborateurs, détecte leurs besoins en formation et mène des entretiens de fonctionnement ; • Se consulte avec les collaborateurs, entre autres, au sujet de l'état des patients/résidents et des éventuels problèmes ;
2. Organiser l'unité	• Organise et contrôle les activités de soins de l'unité ; • Explique les décisions de la direction aux collaborateurs et les implémente dans l'unité ; • Veille à ce que les collaborateurs disposent du matériel nécessaire médical et non-médical pour pouvoir exécuter leurs tâches : commande le matériel, demande les réparations et fait le suivi des commandes et des réparations ; • Fait l'administration de l'unité ; • Est co-responsable de l'affectation et de la gestion du budget attribué à l'unité ; • Se consulte et échange des informations avec les autres services et les collaborateurs (ex. examens, entretien et cuisine) pour la coordination des activités ; • Résout les problèmes (ex. plaintes de médecins) liés au fonctionnement de l'unité ; • Se charge de l'établissement des plans de soins ; • Gère les réunions de concertation de l'unité ;
3. Optimiser les services aux patients	• Cherche des possibilités pour optimiser l'efficacité de l'unité ; • Formule des propositions d'amélioration à la direction ; • Se tient au courant des nouveaux développements et produits dans la

	<i>spécialisation ;</i> • <i>Se consulte avec les patients et leur proches au sujet des plaintes ;</i> • <i>Echange des informations concernant les patients avec les autres services et les collaborateurs (ex. paramédicaux, accompagnement spirituel) pour assurer des soins complets ;</i> • <i>Participe aux réunions de staff ainsi qu'à diverses commissions de concertation interdisciplinaires ou inter unités (ex. avec des médecins, des collègues, la direction) pour améliorer les soins (ex. plaies, soins palliatifs) et la collaboration ;</i>
4. <i>Effectuer des tâches infirmières</i>	• <i>Se charge de l'hospitalisation et du départ des patients dans l'unité ;</i> • <i>Informe les patients et leur proches concernant les soins et le traitement et les soutient dans les situations difficiles ;</i> • <i>Effectue des actes techniques infirmiers selon ou sans prescription médicale ainsi que les actes médicaux confiés par un médecin ;</i> • <i>Accompagne le médecin lors de son tour de salle et donne des explications complémentaires concernant les patients ;</i> • <i>Veille à ce que les dossiers des patients soient mis à jour. »</i>

ANNEXE III – RENCONTRE INDIVIDUELLE AVEC CHAQUE MEMBRE DE L'ÉQUIPE

Bonjour madame/monsieur,

Autant que nouveau manager, j'ai prévu consacrer un petit temps avec chaque membre de mon équipe dans mes premiers jours de travail pour vous connaître personnellement au mieux. Le secret professionnel est la clé pour cette rencontre. Je vais vous poser quelques questions sur la dynamique de groupe, les difficultés, les objectifs, entre autres.

1. Peux-tu me tutoyer ?
2. Présentation de l'infirmier (prénom, nom, combien de temps travaille dans l'unité, hobbies...);
3. Qu'est-ce que tu apprécies de plus dans le fonctionnement de l'équipe ?
4. Est-ce qu'est le plus important dans le travail ? Quelles sont les valeurs que tu valorises au travail ?
5. Quelles difficultés que tu as rencontrées ce dernier temps (dans l'équipe/le service)?
6. Est-ce que tu aimerais changer/ne pas changer dans l'équipe/le service ?
7. Comment tu te vois évoluer dans deux ans ?
8. Comment tu aimerais recevoir des *feedbacks* ?
9. Qu'est-ce que tu attends de moi ?
10. As-tu de questions à me poser ?

Merci beaucoup pour ce moment de partage informelle.

ANNEXE IV – FORMULAIRE D'INFORMATION ET CONSENTEMENT

Titre du mémoire : « L'accueil d'un(e) nouvel(le) infirmier en chef (IC) dans une organisation hospitalière »

Etudiante-chercheur : Ana Mendes

Coordonnées : ana.dacosta @student.uclouvain.be

Responsable du mémoire : Patrice Gobert (Université Catholique de Louvain)

Je m'appelle Ana Isabel, je suis étudiante à la Faculté de Santé Publique de l'Université Catholique de Louvain et je réalise mon mémoire sur l'accueil d'un(e) nouvel(le) Infirmier(ère) en Chef (IC) dans une organisation hospitalière. Chaque année, plusieurs infirmiers en chef sont engagés dans les institutions de soins. L'accueil d'un(e) nouvel (le) IC est un long et exigeant processus pour les infirmiers chef de service de l'institution de soins, les membres des ressources humaines responsables pour le recrutement et engagement et même, pour l'acteur principal, le nouveau chef qui a aussi des besoins spécifiques et des attentes par rapport à l'institution. Cette mémoire a comme objectif principal d'optimiser cet accueil du nouvel IC dans une organisation de soins.

Cet entretien sera réalisé par moi-même, suivant vos disponibilités. Il durera entre 20-30minutes et sera enregistré de façon anonyme pour faciliter le traitement de données. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée. Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle. Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Si vous le souhaitez, après retranscrire l'entretien, je peux vous l'envoyer pour lecture et confirmation des données transcrites. L'analyse des données sera réalisée par moi-même et en collaboration avec mon promoteur. Les résultats seront utilisés dans le cadre de mon mémoire « L'accueil d'un(e) nouvel(le) IC dans une organisation hospitalière » et peuvent éventuellement être publiés.

Votre participation à cet entretien est strictement volontaire et vous pouvez vous retirer à tout moment sans aucune conséquence.

Le fait d'apposer votre signature ci-dessous indique que :

- vous avez lu et compris le contenu de ce formulaire de consentement;
- vous consentez à participer à cette enquête;
- vous consentez à ce que l'entretien soit enregistré.

Prénom et nom du participant

Signature du participant

Date

Ana Isabel da Costa Mendes

Signature de l'intervieweur

a) Guide d'entretien semi-structuré au nouvel IC

Bonjour Monsieur/Madame,

Je vous remercie d'avoir bien voulu m'accorder du temps pour cet entretien.

Je m'appelle Ana Isabel, je suis étudiante à la Faculté de Santé Publique de l'UCL et je réalise mon mémoire sur la thématique de l'accueil d'un(e) nouvel(le) IC dans une nouvelle organisation de soins. Je me suis permise de vous contacter parce que vous correspondez au profil de nouvel IC que je cherche pour cet entretien. Je vais vous poser une série de questions, sentez-vous libre d'y répondre comme vous le sentez. Vous pouvez m'interrompre quand vous voulez pendant l'entretien et si vous souhaitez abandonner l'entretien, vous pouvez le faire sans aucune justification. Cet entretien sera enregistré pour faciliter le travail d'analyse, mais il est possible d'arrêter l'enregistrement à tout le moment. Je m'engage à vous l'envoyer afin que vous puissiez marquer votre accord concernant le contenu. Au cours de l'entretien, je prendrai quelques notes. Toutes les informations qui me seront transmises ce jour seront strictement confidentielles.

Je lis avec vous le formulaire d'information et de consentement que nous signerons tous les deux, un exemplaire vous sera remis.

Souhaitez-vous toujours participer à cet entretien ?

1. Puis-je vous demander de vous présenter en m'expliquant les étapes principales de votre carrière.
2. Avez-vous eu un plan d'accueil/intégration de la part des supérieures hiérarchiques/RH ?
 - 2.1 Si oui, parlez-moi un peu de ce plan d'intégration ?
 - 2.2 Pendant combien de temps ?
 - 2.3 Qui sont les intervenants ?
 - 2.4 Vous aviez eu des rencontres *one to one* avec votre ICS ? Comment se sont-elles déroulées ? Quelles étaient les sujets abordés ?
3. Quelles sont les avantages et les inconvénients d'un plan d'intégration ?
4. Comment optimiser l'intégration de l'IC au sein d'une équipe/un service/un département infirmier?

5. Aviez-vous eu besoin de rencontrer/discuter/demander de renseignements à vos collègues IC ? Pensez-vous que les IC doivent aussi agir dans l'intégration du nouveau collègue (au sein du même pool ou département) ?
6. L'équipe a eu un rôle actif dans votre intégration ?
7. Pourriez-vous définir l'IC dans un mot...
8. Selon vous, quelles sont les principaux défis pour le nouvel IC?
9. Comment avez-vous pris connaissance des ressources existantes au sein de l'hôpital ? (intranet, *pep*, e-mail professionnel *outlook*, entre autres)
10. Quelles étaient les principales difficultés que vous avez trouvées au sein de l'organisation?
(les numéros de téléphone, connaître physiquement les personnes responsables pour le service/fonction, qui est responsable pour quoi, quelle service est responsable pour telle fonction, ...)

Je vous remercie pour vos réponses et le temps que vous m'avez accordé. Est-ce que vous avez des questions ou est-ce que vous souhaiteriez ajouter quelque chose ?

b) Guide d'entretien semi-structuré au l'ICS

Bonjour Monsieur/Madame,

Je vous remercie d'avoir bien voulu m'accorder du temps pour cet entretien.

Je m'appelle Ana Isabel, je suis étudiante à la Faculté de Santé Publique de l'UCL et je réalise mon mémoire sur la thématique de l'accueil d'un(e) nouvel(le) IC dans une organisation de soins. Je me suis permise de vous contacter parce que je voulais avoir votre avis sur l'importance d'accueil et d'un plan d'intégration optimale pour un nouvel IC. Je vais vous poser une série de questions, sentez-vous libre d'y répondre comme vous le sentez. Vous pouvez m'interrompre quand vous voulez pendant l'entretien et si vous souhaitez abandonner l'entretien, vous pouvez le faire sans aucune justification. Cet entretien sera enregistré pour faciliter le travail d'analyse, mais il est possible d'arrêter l'enregistrement à tout le moment. Je m'engage à vous l'envoyer afin que vous puissiez marquer votre accord concernant le contenu. Au cours de l'entretien, je prendrai quelques notes. Toutes les informations qui me seront transmises ce jour seront strictement confidentielles.

Je lis avec vous le formulaire d'information et de consentement que nous signerons tous les deux, un exemplaire vous sera remis.

Souhaitez-vous toujours participer à cet entretien ?

1. Puis-je vous demander de vous présenter en m'expliquant les étapes principales de votre carrière.
2. Y a-t-il un plan d'accueil/intégration de la part des supérieures hiérarchiques dans votre organisation ?
 - 2.1 Si oui, pourriez-vous me le décrire/présenter ?
 - 2.2 Pendant combien de temps ?
 - 2.3 Qui sont les autres intervenants dans le plan d'intégration ? Expliquez-moi un peu plus le rôle de chacun(e).
 - 2.4 Selon vous, quelles sont les avantages et les inconvénients d'un plan d'intégration ?
 - 2.5 Que pensez-vous d'intégration personnalisée en fonction de parcours d'IC et le département dans laquelle il sera inclus ?
3. Comment l'équipe peut-il avoir un rôle actif dans l'intégration du nouvel IC ?
4. Selon vous, quelles sont les principales difficultés du nouvel IC ?

5. Comment les collègues IC peuvent intégrer le nouvel IC ?
6. Quelles sont les principaux enjeux pour les futurs IC dans l'organisation de soins ?
7. Comment optimiser l'intégration de l'IC au sein d'une équipe/un service/un département infirmier?

Je vous remercie pour vos réponses et le temps que vous m'avez accordé.

c) Guide d'entretien semi-structuré au membre du RH

Bonjour Monsieur/Madame,

Je vous remercie d'avoir bien voulu m'accorder du temps pour cet entretien.

Je m'appelle Ana Isabel, je suis étudiante à la Faculté de Santé Publique de l'UCL et je réalise mon mémoire sur la thématique de l'accueil d'un(e) nouvel(le) IC dans une organisation de soins. Je me suis permise de vous contacter parce que je voulais avoir votre avis sur l'importance d'accueil et d'un plan d'intégration optimale pour un nouvel IC. Je vais vous poser une série de questions, sentez-vous libre d'y répondre comme vous le sentez. Vous pouvez m'interrompre quand vous voulez pendant l'entretien et si vous souhaitez abandonner l'entretien, vous pouvez le faire sans aucune justification. Cet entretien sera enregistré pour faciliter le travail d'analyse, mais il est possible d'arrêter l'enregistrement à tout le moment. Je m'engage à vous l'envoyer afin que vous puissiez marquer votre accord concernant le contenu. Au cours de l'entretien, je prendrai quelques notes. Toutes les informations qui me seront transmises ce jour seront strictement confidentielles.

Je lis avec vous le formulaire d'information et de consentement que nous signerons tous les deux, un exemplaire vous sera remis.

Souhaitez-vous toujours participer à cet entretien ?

1. Puis-je vous demander de vous présenter en m'expliquant les étapes principales de votre carrière.
2. Comment se déroule le processus de recrutement d'un nouvel IC ?
 - 2.1 Pourriez-vous m'expliquer un peu plus chaque étape ?
 - 2.2 Qui sont les intervenants ?
 - 2.3 Le processus de recrutement/sélection a-t-il changé au long des dernières années ?
 - 2.4 L'organisation de soins dans le cadre du recrutement d'un nouvel IC privilégie-t-il le recrutement interne ou externe ? Expliquez-moi un peu plus.
3. Y a-t-il un plan d'accueil/intégration de la part des RH dans votre organisation ?
 - 3.1 Si oui, pourriez-vous me le décrire/présenter ?
 - 3.2 Y a-t-il de différence entre l'accueil et l'intégration d'un nouvel IC déjà membre de l'organisation par apport à un IC recruté à l'extérieur ?
 - 3.3 Pendant combien de temps ?
 - 3.4 Qui sont les intervenants ?

3.5 Selon vous, quelles sont les avantages de ce plan ?

4. Quelles sont les possibles améliorations de ce plan d'intégration ?

Je vous remercie pour vos réponses et le temps que vous m'avez accordé.

