

Faculté de santé publique

**Que faire pour rester ?
Étude exploratoire des facteurs de
fidélisation des infirmiers
au sein du département de gériatrie
d'un CHU bruxellois**

Mémoire réalisé par
Alessandra LOMBARDO

Promoteur
Pierre MEURENS

Année académique 2022-2023
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

**Que faire pour rester ?
Étude exploratoire des facteurs de
fidélisation des infirmiers
au sein du département de gériatrie
d'un CHU bruxellois**

Mémoire réalisé par
Alessandra LOMBARDO

Promoteur
Pierre MEURENS

Année académique 2022-2023
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont accompagnée dans mon parcours d'études et dans la réalisation de ce mémoire. Je remercie en particulier :

- Mon promoteur, Professeur Pierre Meurens, pour avoir accepté de m'épauler sur ce projet et pour nos échanges constructifs qui ont abouti à ce travail ;
- Monsieur De Morais, qui a été le premier à croire en moi et qui m'a encouragée tout au long de mon parcours ;
- L'équipe PSE de la COCOF, pour sa bienveillance et sa souplesse vis-à-vis de mes études et de mon planning très serré ;
- Monsieur Oliveira DC, pour sa disponibilité, ses conseils et pour m'avoir ouvert les portes de son département ;
- Toutes les personnes qui ont accepté de participer aux entretiens et m'ont consacré un peu de leur temps pour me faire part de leur ressenti et leur expérience.

Enfin, pour leur soutien dans ma sphère personnelle, je remercie :

- Mes parents, pour m'avoir appris qu'il faut toujours se retrousser les manches et aller de l'avant. « Siete il mio esempio ».
- Mes sœurs, pour leur amour sans limites et leur support inconditionnel dans tous mes choix. « Da sempre e per sempre ».
- Mon camarade d'études et copain de vie Gabriel, pour avoir partagé avec moi ces années de blocus et sacrifices et pour avoir trinqué avec moi lors des succès et des réussites. « Insieme é meglio ».
- Mes proches, pour leur compréhension pendant ces années où le travail et les études ont pris une place centrale au niveau de mon agenda.

De tout cœur, merci à vous tous.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit 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 étudiant.e.s 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.

Table des matières

1. INTRODUCTION.....	1
2. CADRE THÉORIQUE.....	4
2.1. LA GÉRIATRIE	4
2.1.1. <i>Le financement</i>	4
2.1.2. <i>Les soins</i>	6
2.1.3. <i>L'attractivité</i>	7
2.2. LE ROULEMENT VOLONTAIRE.....	7
2.2.1. <i>Les déterminants</i>	8
2.2.2. <i>Les conséquences</i>	9
2.2.3. <i>Le contexte institutionnel</i>	10
2.3. FIDÉLISATION ET RÉTENTION DU PERSONNEL	10
2.3.1. <i>La satisfaction au travail</i>	10
2.3.2. <i>L'engagement organisationnel</i>	11
2.3.3. <i>La rétention</i>	12
2.3.4. <i>La fidélisation</i>	12
2.4. FIDÉLISATION, MANAGEMENT ET DÉPARTEMENT RH.....	13
2.4.1. <i>Le rôle du département des ressources humaines dans la fidélisation du personnel</i>	14
2.4.2. <i>Le rôle managérial dans la fidélisation du personnel</i>	15
2.4.3. <i>Les modèles managériales et le bien-être des travailleurs</i>	16
2.5. HÔPITAUX MAGNÉTIQUES ET FIDÉLISATION	17
2.5.1. <i>Les traits distinctifs des hôpitaux magnétiques</i>	18
2.6. CONCLUSION DU CADRE THÉORIQUE.....	19
3. PARTIE PRATIQUE.....	21
3.1. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	21
3.1.1. <i>L'objectif de la recherche</i>	21
3.1.2. <i>L'hôpital</i>	21
3.1.3. <i>Les autorisations</i>	22
3.1.4. <i>L'échantillonnage</i>	22
3.1.5. <i>Les interviews</i>	24
3.1.6. <i>Fin des interviews</i>	24
3.1.7. <i>L'échantillon</i>	24
3.1.8. <i>L'analyse</i>	25

3.2.	LES RÉSULTATS.....	26
3.2.1.	<i>Les données collectées</i>	27
3.2.1.1.	Le roulement du personnel	28
3.2.1.2.	L'engagement organisationnel	30
3.2.1.3.	La satisfaction au travail.....	31
3.2.1.3.1.	La satisfaction en lien avec la fonction.....	31
3.2.1.3.2.	La satisfaction en lien avec les conditions de travail	32
3.2.1.4.	La fidélisation.....	36
3.3.	CONCLUSION PARTIE PRATIQUE	41
4.	DISCUSSION	44
4.1.	SUGGESTIONS	47
4.2.	LIMITES ET PERSPECTIVES DE L'ÉTUDE	50
5.	CONCLUSION.....	52
6.	BIBLIOGRAPHIE	53
7.	ANNEXES.....	60
7.1.	COURRIEL POUR LE MANAGER DE SOINS DU DÉPARTEMENT DE GÉRIATRIE.....	60
7.2.	GUIDES D'ENTRETIEN	61
7.2.1.	<i>Pour les infirmiers et chefs opérationnels</i>	61
7.2.2.	<i>Pour les infirmiers anciennement engagés en gériatrie</i>	62
7.2.3.	<i>Pour l'expert du département RH</i>	63
7.3.	TABLEAU D'ANALYSE, PHASE 3.....	65
7.4.	TABLEAU D'ANALYSE, PHASE 4.....	66
7.4.1.	<i>Autres</i>	66
7.4.2.	<i>Roulement</i>	67
7.4.3.	<i>ST</i>	67
7.4.4.	<i>EO</i>	69
7.4.5.	<i>Fidélisation</i>	69

1. Introduction

L'idée de ce mémoire s'est affinée lorsque j'ai décidé de quitter l'environnement hospitalier. Malgré l'amour pour mon travail et pour l'institution pour laquelle je travaillais, j'étais insatisfaite et fatiguée.

Je n'arrivais pas à faire le pas de quitter mon emploi, jusqu'à l'entretien avec ma hiérarchie indirecte. Je suis sortie démoralisée de cet échange, comme si mes années au sein de l'institution et mon travail ne valaient rien. Dépitée, j'ai alors remis ma démission, afin me prouver la valeur que je mérite et que l'institution, d'après moi, n'a pas su me reconnaître ou me témoigner.

Je vais donc aborder la fidélisation des infirmiers, espérant pouvoir aider l'institution d'un côté et les personnes qui veulent rester au sein de celle-ci de l'autre, pour qu'elles puissent se sentir épanouies dans leur travail.

Au-delà de mon histoire personnelle, la situation au sein de l'institution et les chiffres à plus large échelle confirment l'urgence de fidéliser le personnel infirmier.

Les données relatives à l'hôpital montrent qu'entre avril 2017 et août 2022, 433 personnes du département infirmier et paramédical, tout secteur confondu, ont remis leur démission. 49% des départs concernent les infirmiers, avec une ancienneté de trois ans de service, en moyenne. (Poirier, 2022)

Au niveau national, la Belgique compte en 2020 plus de 150.000 infirmiers, dont 80,57% salariés. (StatBel, 2020)

Les index statistiques ne montrent pas une pénurie des professionnels de l'art infirmier (PAI), au nombre de 11 infirmiers pour 1000 habitants. Cependant, « le nombre de patients par infirmier reste élevé à l'hôpital » (OCDE, 2022). De plus, « la profession rencontre un problème de rétention des professionnels et une charge de travail croissante sans que les normes en personnel ne soient révisées. » (Gobert et al., 2010)

La difficulté de rétention cause une augmentation de postes vacants qui, liée à une charge de travail importante et au manque de reconnaissance ressenti par le personnel, accentue l'insatisfaction au travail et la perte de motivation.

Un cercle vicieux se crée : le personnel « rescapé », pour pallier aux départs des collègues, va être très sollicité et exposé à une détresse psychologique qui majore l'absentéisme du personnel

et engendre conséquemment une difficulté à attirer et conserver le personnel. (Paille, 2014 ; Haliday, 2018)

Une étude du Centre Fédéral d'expertise des soins de santé (KCE, 2020) relève qu'« un infirmier sur quatre n'est pas satisfait de son travail actuel, et 36% sont même menacés d'épuisement professionnel. [...] 10% envisagent de quitter la profession ».

Le contexte démographique incite la demande du secteur gériatrique étant donné que :

- En 2021, l'espérance de vie de la population belge est de 81,7 ans. (Statbel, 2022).
- En 2019, 19% de la population, en Belgique, avait éteint sa 65^{ème} bougie.
- En 2019, 39.27% des hospitalisations classiques concernaient des personnes âgées d'au moins 65 ans. (SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, 2020)

Malgré l'importance de ce secteur au vu de l'évolution de la pyramide d'âge, les unités de soins gériatriques souffrent d'une mauvaise image pour les étudiants en formation. Les nouvelles recrues privilégient souvent la dimension technique de la profession au côté relationnel. On constate dans de nombreux cas qu'ils n'arrivent pas à cerner le rôle de l'infirmier dans la prise en charge globale d'un patient gériatrique. (Garnaud, 2005)

Au vu du problème de rétention du personnel, des difficultés de recrutement du personnel infirmier majorées dans le secteur gériatrique, un plan de fidélisation prend tout son sens, surtout si l'on considère que le personnel infirmier peut facilement trouver un nouvel emploi par ailleurs. (Giraud et al., 2012)

La *fidélisation* est concrétisée par des mesures, mises en place par une organisation, qui ont pour but la réduction des départs volontaires des salariés et, particulièrement les départs des ressources- clés (c'est-à-dire des ressources les plus performantes) de l'entreprise. (Giraud et al., 2012)

Le processus de fidélisation se base sur un attachement émotionnel entre l'employé et son employeur : un salarié fier de travailler pour son entreprise est moins enclin à quitter son travail pour en chercher un autre.

La fidélisation du personnel permet de réduire le *roulement volontaire* du personnel.

Un roulement élevé du personnel correspond à une source de dysfonctionnement et à un indice de non-qualité. (Brunelle, 2009)

Il comporte de plus des coûts supplémentaires pour l'employeur ainsi qu'une réduction de la productivité et de la qualité des services offerts. (Paillé, 2014)

Bien que le roulement du personnel dépende plus qu'auparavant d'avantages économiques, il y a des facteurs non pécuniaires- comprenant entre autres les formations et les opportunités de carrière- qui sont en lien avec la posture managériale et qui ont un impact sur le roulement.

Ce mémoire cherche à répondre à la question de recherche suivante :

« Comment l'hôpital peut-il favoriser la fidélisation du personnel infirmier au sein du département de gériatrie ? ».

Pour ce faire, quatre axes de réflexions sont proposés. D'abord, une revue de littérature est avancée afin de cibler et d'expliquer les différents concepts abordés. Ceci permet de baliser, en seconde partie, la recherche et la méthodologie de ce mémoire. La troisième partie, concernant la discussion et l'analyse des résultats de recherche, concrétise la conclusion de ce mémoire.

Dans le présent document, les termes employés pour désigner des personnes sont pris au sens générique; ils ont à la fois valeur d'un féminin et d'un masculin (ex. : « infirmier »).

2. Cadre théorique

Ce premier chapitre est structuré de manière à expliquer les particularités du secteur de soins concerné par ce mémoire ainsi que la problématique du roulement du personnel. Nous abordons encore la différence entre la rétention et la fidélisation du personnel, ainsi que les caractéristiques des hôpitaux magnétiques, institutions attractives pour ses employés.

2.1. La gériatrie

Les services de soins du département gériatrique sont des unités hospitalières avec une patientèle âgée d'au moins 75 ans et « qui requiert une approche spécifique pour plusieurs des raisons suivantes :

- 1° fragilité et homéostasie réduite ;
- 2° polypathologie active ;
- 3° tableau clinique atypique ;
- 4° pharmacocinétique perturbée ;
- 5° risque de déclin fonctionnel ;
- 6° risque de malnutrition ;
- 7° tendance à être inactif et à rester alité, avec un risque accru d'institutionnalisation et de dépendance dans la réalisation des activités de la vie quotidienne ;
- 8° problèmes psychosociaux ». (Arrêté royal fixant, d'une part, les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé et, d'autre part, des normes complémentaires spéciales pour l'agrément d'hôpitaux et de services hospitaliers, 2007)

2.1.1. Le financement

Les services de gériatrie rentrent dans la catégorie de lits chroniques - avec un index d'agrément G - caractérisés par des soins de base de niveaux haut, spécifiés par la suite.

Le financement des hôpitaux découle, majoritairement, des honoraires médicaux ainsi que du Budget des Moyens Financiers (BMF). Ce dernier est constitué en « enveloppe fermée » (de 9,17 millions d'euros en 2020) qui est partagée entre tous les hôpitaux belges. Elle est répartie de manière à prendre en compte les spécialités, la taille, le type d'hôpital, etc.

Le BMF couvre les frais qui sont liés au séjour et aux soins d'un patient hospitalisé, exclus les honoraires médicaux et de certains paramédicaux, ainsi que les médicaments et les dispositifs médicaux.

La partie du BMF concernant le personnel (sous partie B2) et les produits est répartie suivant un système de points. L'hôpital est financé sur base de son activité justifiée (et donc des lits justifiés) : il s'agit de l'activité qu'aurait eu, pour la période de référence, un hôpital dont tous les patients auraient eu une durée de séjour équivalente à la durée moyenne de séjour nationale de patients aux caractéristiques équivalentes.

À savoir encore que la clé du financement pour cette sous partie du BMF est l'*admission* : au plus il y a d'admissions, au plus le financement prospectif sera important et au plus le budget de l'année sera conséquent.

La durée moyenne de séjour (DMS) doit aussi être la plus courte possible car :

- L'hôpital peut dès lors réaliser plus d'admissions avec la même capacité de lits ;
- Toute durée de séjour qui dépasse la DMS entraîne des frais non financés pour l'hôpital ;
- Toute durée inférieure à la norme favorise des économies pour l'hôpital car le financement reste inchangé pour une durée de séjour moindre. (Dehaspe, 2022)

Je considère le financement intéressant, et en lien avec la fidélisation du personnel puisque cela va nous donner une base de compréhension du travail infirmier sur le terrain des unités de soins. Avant tout, le financement considère le patient comme un patient qui, de par son motif d'admission, est financé pour rester un nombre de jours spécifiques, alors que la prise en soin des patients gériatriques demande un suivi interdisciplinaire spécialisé en raison de la fragilité, du contexte de polypathologie et d'aide social, de la présentation particulière des affections qui les caractérisent. (Assemblée Générale de la SBGG-BVGG, 2005 citée par Closon et al., 2008)

La réduction de la DMS a engendré, au cours des années, une réduction du nombre des lits agréés. Réduire la DMS veut dire que le patient reste moins longtemps à l'hôpital, ce qui demande des soins infirmiers plus conséquents en temps et compétences.

L'intensité des soins infirmiers (c'est-à-dire la quantité de soins directs au patient et indirects, comme la préparation des médicaments) a augmenté dans quasi la totalité des services hospitaliers, « c'est en pédiatrie qu'elle est la plus élevée suivi par la gériatrie » (Van den Heede et al., 2019)

Afin d'assurer des soins sécuritaires, compte tenu de l'intensité accrue des soins, le ratio est attribué à 8 patients/ infirmier pendant la journée et 15 pendant la nuit. En gériatrie, le ratio est supérieur à la valeur seuil de manière assez fréquente.

La norme des effectifs, pour un service de gériatrie de 24 lits, prévoit 14,3 ETP (Équivalents Temps Plein). Le quota inclut les aides-soignants et d'autres paramédicaux, qui résultent être en nombre plus important au sein des services de gériatrie et revalidation, par rapport aux unités de médecine et chirurgie. (Van den Heede et al., 2019)

Le personnel de soutien (aides- soignants, aides logistiques) vient pallier l'intensité des soins infirmiers et cherche à améliorer les conditions du travail du PAI, qui peut alors déléguer les tâches pour lesquelles il est surqualifié. La présence du personnel de soutien dans les services hospitaliers de gériatrie est vue à la baisse depuis 2009. (Djessas, 2021)

2.1.2. Les soins

C'est idée commune que travailler avec les personnes âgées implique de mettre de côté les actes techniques, être constamment confronté à la mort et à la souffrance, « dévalorisation d'une société qui nous veut productifs et jeunes ». (Hein, 2003)

Le SPF Santé Publique, dans son département Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement (2020) liste les actes les plus récurrents en gériatrie comme étant : les soins relatifs à l'excrétion urinaire et fécale, à la mobilisation et à la prévention des escarres, ainsi qu'une aide (partielle ou totale) à l'alimentation et à l'hygiène.

La charge supportée par les infirmiers des services de gériatrie est une charge de type :

- physique, liée aux mobilisations des patients alités, grabataires ou, en tout cas, avec une mobilité diminuée et un risque de chute accru ;
- psychologique, qui découle du contact avec des patients pouvant être agressifs car confus ou atteints de démence et déracinés de leur environnement habituel. Une charge psychologique peut aussi découler par la confrontation à la mort (Leclercq, 2018).

Il est vrai que les décès lors d'une hospitalisation augmentent en proportion avec l'âge : on compte 3,2% de décès pour les personnes ayant entre 65 et 74 ans pour arriver à 10% des décès pour les patients avec plus de 85 ans. (Service Public Fédéral Santé Publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, 2022).

2.1.3. L'attractivité

Pendant une formation, il nous a été demandé d'écrire, sur un papier, les trois premiers mots qui nous venaient à l'esprit en pensant aux personnes âgées.

Il est inutile de vous dire que, parmi tous les participants, peu de mots positifs sont revenus.

Le travail auprès des personnes âgées est ressenti comme un travail peu valorisant.

L'image négative du secteur est attribuée à la charge de travail importante et parfois répétitive, à la confrontation avec les pertes (de mémoire, d'autonomie ou les pertes humaines) ou avec le corps qui, de manière physiologique, décline. Cette image peut aussi être véhiculée par la peur de perdre des acquis par manque de pratique ou par la peur de nous projeter dans ce qu'il pourrait nous arriver dans quelques années. (Daïeff & Babadjian, 2008)

Pourquoi parler d'attractivité ?

Car j'ai choisi de travailler dans ce domaine après avoir effectué un stage dans un service de gériatrie.

J'ai été conquise par les tâches effectuées, par l'interdisciplinarité du secteur, par les compétences requises. Il faut par ailleurs reconnaître qu'il n'y a pas que des patients violents, confus ou atteints de démence ! J'adorais trouver un petit moment pour parler avec les patients, organiser un « salon- café » pour qu'ils puissent échanger entre eux ou, encore, rencontrer les fils ou les petits-fils, se détendre avec eux ou avoir des conseils de vie.

Si les stages constituent une porte d'entrée pour des éventuelles recrues, il faut aussi penser que les étudiants sont accueillis, formés et accompagnés par les infirmiers du service. Des employés mécontents de leur emploi peuvent véhiculer « une image négative du fonctionnement interne de l'organisation », nuisant aussi à l'attractivité de celle-ci. (Petit, 2012)

Un personnel épanoui dans son emploi peut être porte-voix d'un travail en gériatrie qui n'a pas que des côtés négatifs comme on le croit. Il peut, de surcroît, jouer un rôle important dans l'attractivité des futures recrues, pour la gériatrie ou pour l'hôpital de manière plus large.

2.2. Le roulement volontaire

Le roulement du personnel représente les embauches et les départs des employés d'une entreprise. Le roulement volontaire, dans ce mémoire, cible le départ volontaire des professionnels infirmiers, travaillant dans un service de gériatrie. Ceci concerne donc les infirmiers qui ont muté vers une autre unité de soin et les infirmiers qui ont décidé de quitter l'hôpital, de manière volontaire.

2.2.1. Les déterminants

Le roulement du personnel est influencé par des déterminants de type individuel, par des déterminants de type organisationnel, ou par une combinaison des deux.

➤ Les déterminants individuels

Dans cette catégorie nous retrouvons des facteurs tels quels : « la perception de la clarté du rôle, la perception de la répétitivité dans la tâche, la satisfaction au travail, la satisfaction face au salaire, la supervision, les collègues, l'âge de l'employé, l'ancienneté, le sexe, le niveau de scolarité, [...] ». (Cotton et Tuttle, 1996 cité par Larose, 2003)

➤ Les déterminants organisationnels

Dans cette famille nous pouvons citer le niveau salarial, mais aussi le degré d'implication des employés dans la prise de décision et dans les mécanismes de gestion des plaintes.

➤ Combinaison des deux catégories

Les prédicteurs directs du roulement, combinant à la fois les déterminants individuels et organisationnels, incluent le stress au travail et une surcharge de celui-ci, une situation de conflit entre le rôle familial et professionnel, ainsi qu'un cadre de travail caractérisé par des heures supplémentaires, un travail de nuit, de weekend et de jour fériés. (Rhima et al., 2014 ; Stordeur et al., 2007)

Le roulement peut être imagé comme un processus dynamique où nous retrouvons une colonne vertébrale et des éléments qui gravitent autour et influencent le processus- même.

Le rachis se construit autour de trois mécanismes :

1. *Les variables d'attitudes*, c'est-à-dire la satisfaction au travail et l'engagement organisationnel, considérés aussi des piliers du roulement ;
2. *Les mécanismes de recherche d'emploi*, qui représentent la situation du marché de l'emploi et la perception individuelle de celui-ci;
3. *L'intention de roulement*, qui indique la volonté de la personne de rester ou de quitter son emploi.

Parmi les facteurs qui gravitent autour de cette colonne, nous retrouvons :

- Les attentes du personnel en lien avec le travail actuel et le travail futur ;
- La perception du travail et la complexité de celui-ci ;
- Les récompenses (pas seulement de nature monétaires) ;

- Le coût de quitter (avantages salariaux, la distance du lieu de vie, etc.)
- Les conflits et la taille de l'organisation ;
- Le stress lié au travail ;
- La possibilité de promotion et rétrogression ;
- Le désir de changer ;
- La possibilité de transferts à l'intérieur de la même organisation ;
- Les modes alternatifs de retrait/ accommodation. (Steel & Lounsbury, 2009)

2.2.2. Les conséquences

Le roulement peut être considéré *bénéfique ou fonctionnel* si le départ concerne un professionnel non- performant. Nous parlons de roulement *dommageable ou dysfonctionnel* si le départ concerne un professionnel performant. (Larose, 2003).

« Les principales conséquences négatives du roulement sur les milieux de travail sont les coûts associés au recrutement, à la sélection, à l'embauche et à la formation, la perte d'employés performants, une réduction de la satisfaction chez ceux qui demeurent, une perte de productivité. » (Larose, 2003)

Concernant la qualité de soin, un roulement accru du personnel est corrélé à une diminution de la satisfaction des patients, ainsi qu'à une probabilité d'erreur médicale plus importante. (Gévert, 2019)

Enfin, le roulement provoque un déséquilibre dans l'expertise des soins car le personnel qui quitte l'emploi a une expertise majeure de celui qui va le remplacer. Les infirmiers qui décident de démissionner ont été formés et connaissent les procédures internes, les protocoles et le service, de manière générale. Les nouvelles recrues nécessitent un accompagnement et une intégration. Le déséquilibre est aussi de nature sociale si on prend en compte le changement au niveau de l'équipe et des relations interpersonnelles. (Gévert, 2019)

De manière synthétique, le roulement peut être décrit comme un cercle vicieux. Les départs volontaires provoquent un manque de main d'œuvre et une réduction des effectifs, ce qui influence négativement la qualité des soins, qui augmente la charge de travail du personnel rescapé, au coût d'un coup à leur moral et avec un risque accru d'intensifier leur intention de quitter. (Rhnima et al., 2014)

2.2.3. Le contexte institutionnel

Au sein de l'institution concernée par ce mémoire, des entretiens de sortie sont proposés au personnel qui remet sa démission. Les échanges se composent de deux parties : un questionnaire à remplir où les employés explicitent les causes de départ et une discussion sur les raisons de départs et sur des éventuelles recommandations.

Parmi les principaux facteurs organisationnels qui ont causé les départs nous retrouvons : un manque de soutien hiérarchique, des effectifs qui ne sont pas en mesure proportionnelle à la charge de travail, un manque de reconnaissance professionnelle et de possibilité de développement. En moindre mesure nous retrouvons, parmi les raisons de départ: les horaires inconfortables, l'ambiance et des conflits avec les collègues ou avec la hiérarchie, etc. (Poirier, 2022)

En ce qui concerne les facteurs personnels jouant un rôle dans le roulement nous retrouvons majoritairement : une volonté de réorientation professionnelle, un long trajet domicile- travail, des difficultés d'ordre familiale et, encore, un problème de santé. (Poirier, 2022)

2.3. Fidélisation et rétention du personnel

Notre propos débute ici, par une brève introduction aux concepts de satisfaction au travail (ST) et d'engagement organisationnel (EO), pour poursuivre avec les notions de rétention et fidélisation du personnel.

2.3.1. La satisfaction au travail

La satisfaction au travail (ST) peut être définie comme le résultat d'un processus d'évaluation qu'une personne fait au sujet de sa situation de travail. Par ce processus l'employé condamne ou apprécie la qualité de ses rapports à son travail. (Paillé, 2008)

La ST dépend d'aspects personnels et d'aspects liés au travail.

Concernant les aspects personnels, la satisfaction au travail est plus importante chez les personnes qui ont une image positive d'elles-mêmes car elles voient plus « de variétés, de défis et de valeur intrinsèque dans leur travail. » (Hinse & Mathieu, 2022)

De plus, le personnel plus extraverti et plus stable au niveau émotionnel est plus enclin à obtenir des résultats plus satisfaisant au travail. (Hinse & Mathieu, 2022)

Concernant les aspects liés au travail, nous pouvons citer : la variété des compétences, l'identité et le sens de la tâche effectuée, l'autonomie dans son exécution et le feedback. L'ambiguïté et les conflits des rôles et les facteurs psychosociaux (c-à-d la demande psychologique, le soutien social et la latitude décisionnelle) jouent aussi un rôle dans la ST. (Iglesias et al., 2010)

2.3.2. L'engagement organisationnel

L'engagement est un « important levier de fidélisation des employés [...] » (Fabi et al., 2009). Il représente un lien ressenti par l'employé envers son employeur, ce qui va engendrer un « dévouement et un sens de responsabilité envers l'organisation. » (Vandenberghe, 2016)

Il existe trois formes d'engagement :

- a. Engagement affectif, qui concerne l'identification de l'individu avec les valeurs et les objectifs de l'organisation, ce qui va engendrer « une attitude caractérisée par une forte croyance dans les buts et la valeur de l'organisation, par une volonté d'exercer des efforts significatifs au profit de celle-ci et par un fort désir d'en rester membre » (Petit, 2012) ;
- b. Engagement normatif, un ressenti d'obligation morale qui génère un sentiment de loyauté de l'employé envers son organisation ;
- c. Engagement de continuité, qui fait référence aux coûts perçus d'appartenance à l'organisation (ex. les fonds de pension), qui freine les départs volontaires. (Paillé, 2014 ; Vandenberghe, 2016)

Le type d'engagement va définir les efforts effectués en faveur de l'organisation, qui vont d'une performance plus élevée au fait de vouloir rester au sein l'organisation à long terme.

« Un personnel engagé sera davantage productif, plus heureux, susceptible d'être loyal envers l'entreprise et développera pleinement son potentiel » (Beguin, 2019).

2.3.3. La rétention

Retenir veut dire « empêcher quelqu'un de partir » ou encore « maintenir quelque chose en place ». (Larousse en ligne, s.d.)

Un programme de rétention agit, principalement, sur les conditions extrinsèques de travail, comme le niveau salarial ou la création d'un espace détente, etc.

Si l'amélioration des conditions extrinsèques aide au niveau de satisfaction des employés, elle n'a aucune répercussion sur la performance de ceux-ci. (Beguin, 2019)

Les employés vont rester car les conditions de travail sont avantageuses, avec « un engagement plus calculé que sincère ». (Bertholet & Gaudet, 2018)

D'après une étude comparative de Stordeur et al. (2007), les hôpitaux conventionnels comptent un nombre très élevé de Contrats à Durée Indéterminés (CDI).

Ce type de contrat est un moyen de rétention du personnel, pouvant être considéré inefficace si on regarde au taux de roulement élevé au sein de ces structures, par rapport aux hôpitaux attractifs, où le nombre de CDI, ainsi que le roulement du personnel sont plus faibles.

En fait, la rétention du personnel et son intégration au sein de l'institution favorise l'enracinement du personnel et une stabilité de celui-ci, en ce qui concerne le nombre de départs et d'engagements. Le personnel ancien peut être constitué de salariés qui n'ont jamais quitté l'hôpital car ils y sont attachés ou qui ne l'ont jamais quitté pour les avantages liés au statut et aux années de carrière. Parmi ceux-ci, la routine de l'emploi, l'avancement au niveau salarial ou les incitations financières. (Steel & Lounsbury, 2009 ; Stordeur et al., 2007)

En conclusion, un plan de rétention va aboutir à une stabilité au niveau des ressources humaines, sans pour autant garantir un bon niveau de performance au travail, ni un engagement du personnel envers l'institution. La rétention peut donc freiner le roulement bénéfique au sein de l'établissement.

2.3.4. La fidélisation

En l'occurrence, fidéliser signifierait « s'attacher durablement une clientèle, un public, par une politique appropriée [...] » (Larousse en ligne, s.d.)

Le processus de fidélisation permet « à l'entreprise de garder les membres de son personnel en renforçant les liens affectifs qui existent entre l'employé et son employeur. » (Beguin, 2019)

Une personne fidèle à son employeur est un employé qui a une faible inclinaison à chercher un emploi ailleurs étant impliqué et engagé envers son institution.

L'engagement et la fidélisation des employés sont des phénomènes interreliés qui ont une incidence positive sur la productivité et la performance au sein de l'organisation. (Fabi et al., 2009 ; Gévart, 2019)

Le processus de fidélisation s'inspire de la *théorie de l'échange social* entre l'employeur et son employé, car la relation de travail peut être vue comme un échange entre les deux parties. Lorsque l'organisation offre un cadre de travail satisfaisant, en mettant en valeur les efforts du personnel et en rendant le travail des employés significatif, les pratiques de gestion des ressources humaines (GRH) permettent de souligner l'engagement de l'employeur envers ses employés. Dès lors, ces derniers vont percevoir le support organisationnel et vont se sentir valorisés et respectés par leur employeur. Dans la plupart des cas, le personnel participe à cette confiance réciproque en apportant sa contribution et adoptant des attitudes et des comportements positifs. Cette réciprocité va développer un engagement affectif envers l'institution. (Paillé, 2014 ; Quenneville, 2007 ; Vandenberghe, 2016)

Les leviers de fidélisation efficace, issus des pratiques de GRH suggèrent d'agir « en matière de santé psychologique et bien-être des employés » (Paillé, 2014)

La culture d'entreprise a aussi un impact sur l'engagement. L'engagement affectif et normatif est favorisé par une culture centrée sur les valeurs interpersonnelles tels que la qualité du climat de travail, l'altruisme et la cohésion interpersonnelle. (Vandenberghe, 2016)

« L'attachement d'un individu à une organisation, la perception de son propre impact social et son niveau de stress au travail sont dépendants de la qualité des relations qu'il développe avec ses pairs, elle-même dépendante du style de leadership adopté dans le service ou dans l'équipe » (Haliday, 2018)

2.4. Fidélisation, management et département RH

Ce chapitre aborde le rôle du département RH (Ressources Humaines), ainsi que le rôle managérial dans le processus de fidélisation du personnel salarié, mettant l'accent sur les modèles managériaux favorables au bien-être des travailleurs.

2.4.1. Le rôle du département des ressources humaines dans la fidélisation du personnel

La théorie de l'échange social, comme nous venons de le constater, souligne l'impact positif du soutien organisationnel sur la fidélisation du personnel.

La reconnaissance et le soutien recherchés par les employés - et nécessaires à l'engagement de ces derniers - sont le fruit d'un parcours, sur le moyen et long terme, où les pratiques de Gestion des Ressources Humaines (GRH) de fidélisation sont adaptées aux besoins réels des salariés et sont mises en avant au sein de l'organisation. (Tillou, 2018 ; Giraud et al., 2012)

Tillou (2018) place l'expert RH au centre du processus de fidélisation car, de par son rôle, il peut se rapprocher des intérêts de l'organisation et de ceux des salariés, dans le quotidien et sur le plus long terme.

L'expert RH va recouvrir quatre rôles clés dans le processus de fidélisation :

1. Leader RH, qui propose des pratiques de fidélisation réalistes, fondées sur les besoins réels de l'organisation et en lien avec les valeurs institutionnelles. Ces pratiques doivent être adoptées par les managers et implémentées dans leur travail quotidien.
2. Avocat des salariés, dont la mission est d'avoir des propositions valorisantes pour les employés. Les pratiques doivent donc prôner la reconnaissance des salariés et leur écoute régulière, ainsi que des conditions de travail adaptées à leurs missions.
3. Agent de développement du capital humain, qui agit plus sur le long terme via, par exemple, un plan de formation qui satisfait les employés, ou via des programmes de développement personnel et professionnel.
4. Partenaire stratégique, toujours sur le long terme via la connaissance des besoins et des activités des acteurs internes à l'organisation, y compris la direction et les employés. Ceci permet d'adapter la stratégie institutionnelle à la réalité institutionnelle et l'implémentation d'audits internes. Les audits facilitent l'analyse et le contrôle des tendances du roulement organisationnel. (Brockbank & Ulrich, 2005 ; Tillou 2018)

En conclusion, le département de RH joue un rôle de partenaire dans la fidélisation du personnel, proposant une forme de gestion plus personnalisée des ressources humaines de l'organisation, ainsi que des pratiques adaptées aux attentes des employés.

Un frein à la réussite de ces pratiques est représenté par la distance relationnelle qu'il y a entre les experts RH et les infirmiers, dans notre cas. Pour que la stratégie de fidélisation arrive à bon port, le personnel RH doit placer les équipes de management au cœur des projets, car elles

constituent le point de contact avec le terrain. L'expert RH doit donc créer une relation de proximité avec eux, leur transmettre les outils de GRH et les impliquer dans l'implémentation des pratiques et des stratégies institutionnelles. (Brockbank & Ulrich, 2005 ; Giraud et al., 2012; Tillou, 2018)

2.4.2. Le rôle managérial dans la fidélisation du personnel

Le manager peut être défini comme étant la personne mandatée par l'organisation pour gérer différents aspects liés au travail et à la carrière des employés. (Paillé, 2010)

La littérature permet de cibler six rôles du manager : la gestion économique de son unité de travail, la gestion RH, le management des collaborateurs, l'organisation du travail, le management technique et la gestion de la production. (Bellini, 2005)

Dans ce chapitre nous allons plutôt aborder la figure du chef de service, qu'on peut aussi définir comme manager de proximité et qui représente le premier niveau de la structure hiérarchique (N+1).

Le manager recouvre un rôle clé dans le processus de fidélisation du personnel de par sa proximité physique, géographique et technique avec le personnel infirmier. Il recouvre une position délicate car il est à la fois supérieur hiérarchique et à la fois subordonné : il est placé entre les attentes du terrain et les attentes des plus hauts niveaux hiérarchiques. (Bellini, 2005 ; Haliday, 2018)

Les managers mobilisent, motivent, encouragent et communiquent avec leur équipe afin d'améliorer les performances individuelles et collectives et afin d'initier le soutien organisationnel (Bellini, 2005 ; Paillé, 2010)

En fait, selon la théorie de l'échange sociale, la perception du soutien hiérarchique « favorise la créativité dans le travail, améliore le partage des informations et développe des attitudes liées au travail, telles que la satisfaction au travail et l'engagement. » (Paillé, 2010)

Le rendement de l'équipe est, de plus, influencé par le type de leadership du manager de proximité. (Gévart, 2019) Néanmoins, le leadership du manager de proximité peut se révéler inefficace lorsqu'il se heurte avec une rigidité de la réglementation interne ou une centralisation excessive des décisions majeures. (Bellini, 2005)

Nous pouvons distinguer deux grandes catégories de leadership.

D'une part, on relève des formes de leadership centrés sur les personnes et les relations interpersonnelles. De l'autre des formes de leadership centrés sur les tâches sont relevées, par exemple les délais de travail et les directives. (Gévert, 2019)

Les institutions se doivent d'investir dans le développement du leadership. En fait, l'absence de leadership, identifiée aussi comme le *leadership laisser-faire*, est un catalyseur de certains stresser au travail, tels que l'ambiguïté et les conflits de rôle, ainsi qu'un traitement inéquitable de la part du superviseur. Ce type de leadership influence positivement l'intention de quitter du personnel. (Paillé, 2014)

Le développement du leadership favorise par contre une collaboration interdisciplinaire, un travail d'équipe efficace, ainsi que la fidélisation du personnel, grâce à un management qui tient compte des besoins individuels des travailleurs et qui montre du soutien et de la reconnaissance aux travailleurs. (Gévert, 2019)

2.4.3. Les modèles managériales et le bien-être des travailleurs

Afin de favoriser un équilibre entre la vie professionnelle et personnelle, le temps de travail peut être revisité, avec une majeure flexibilité au niveau des horaires et une programmation du travail. (Petit, 2012)

Le roulement volontaire peut être réduit par une stratégie combinant un investissement en formation, avec une rémunération adaptée aux compétences acquises, l'implication du personnel dans le processus décisionnel ou des débouchés de carrière. (Larose, 2003 ; Stordeur et al., 2007)

Néanmoins, pour aboutir à un cadre de travail sain, centré sur la qualité de vie au travail et sur la réduction des risques psycho-sociaux liés à celui-ci, Haliday (2018) propose de déployer trois modèles alternatifs de management en santé: la démarche participative, le care et un leadership transformationnel.

- a. La démarche participative se base sur un management de type participatif et pose ses racines sur quatre piliers : les réunions pluriprofessionnelles, la formation interne, le soutien aux équipes et, enfin, la démarche projet. Ce type de démarche lutte contre un management traditionnel et son manque de communication, transparence et reconnaissance. La démarche participative se penche sur la création d'un environnement propice à l'échange entre les différents acteurs et à la responsabilisation de ceux-ci.
- b. Le « care ». Il s'agit d'un management attentif à l'autre, aux talents et aux compétences de chacun.

Ceci favorise :

- le développement et l'épanouissement personnel,
- la mise en relation entre les objectifs personnels et collectifs.

Le manager pose son attention aussi sur l'intégration et la socialisation de chaque membre au sein de l'équipe et implique les personnes dans les projets institutionnels, selon leurs talents et compétences personnelles.

- c. Leadership transformationnel, prônant la responsabilisation des travailleurs et leur autonomie, leur formation, leur reconnaissance et valorisation et leur soutien dans les moments difficiles. Il s'agit d'un soutien au développement professionnel et personnel des collaborateurs : chaque employé peut avoir une influence sur le processus de décision.

En conclusion, les managers de soin et la hiérarchie directe (N+1) jouent un rôle crucial dans le maintien d'une satisfaction professionnelle de leurs employés, dans la motivation au travail et, donc, dans le sentiment d'engagement envers l'employeur.

Il est en effet important que les employés aient des objectifs spécifiques, qu'ils sachent ce que l'on attend d'eux, qu'on sache leur témoigner de la reconnaissance pour les tâches qui le méritent et enfin qu'ils aient le sentiment de participer aux décisions via des pratiques d'autonomisation. (Paillé, 2014)

Le dernier chapitre qui clôture le cadre théorique de ce mémoire aborde les hôpitaux magnétiques, comme exemple d'institutions pionnières dans la rétention de son personnel.

2.5. Hôpitaux magnétiques et fidélisation

Les hôpitaux magnétiques (ou « magnet hospitals » en anglais) sont ainsi nommés par leur capacité à attirer et retenir ses travailleurs comme des aimants. (Brunelle, 2009 ; Lecocq, 2016)

Ce type d'hôpital place au centre des soins la personne, ce qui inclut ses employés aussi.

Les variables à la base du succès de ces structures sont surtout constituées des incitatifs non-économiques. Il résulte en fait que la différence de revenus au sein des structures attractives n'est pas exceptionnelle, comparée aux hôpitaux conventionnels. (Brunelle, 2009 ; Stordeur et al., 2007)

Les hôpitaux magnétiques offrent plutôt un climat de confiance réciproque entre l'administration et le terrain et des conditions qui génèrent de l'enthousiasme et de l'engagement dans les employés, en plus du sentiment de satisfaction à évoluer au sein de l'organisation. (Brunelle, 2009 ; Lecocq, 2016).

2.5.1. Les traits distinctifs des hôpitaux magnétiques

La littérature met en évidence huit conditions communes aux hôpitaux magnétiques.

D'après Brunelle (2009) et Lecocq (2016) les caractéristiques qui jouent un rôle dans l'attractivité et la fidélisation du personnel infirmier sont :

1. L'autonomie professionnelle, avec une décentralisation de la gestion des unités et dans la capacité d'innover. Dans ces structures, il y a une horizontalisation du système hiérarchique, qui devient plus accessible. Ceci prône le sentiment d'être écouté et de confiance envers l'administration, ce qui favorise à son tour la perception et la réception du changement. L'erreur étant humaine, elle est tolérée et corrigée tandis que la faute est sanctionnée. L'autonomie se traduit par une certaine liberté laissée aux équipes dans la gestion et la coordination de leurs soins, qui sont basés sur des données probantes.
2. Le support fourni au personnel lui permet de se concentrer sur son rôle principal et de réduire le stress lié aux tâches complémentaires d'un côté (par exemple, chercher des médicaments dans d'autres services, la recherche de l'information, etc.) et à la vie personnelle de l'autre (par exemple grâce à un service de crèche garanti et adapté aux différents shifts de travail). Le sentiment d'équité est renforcé par des avantages extra-salariaux et des opportunités de carrière.
3. Une bonne collaboration interprofessionnelle, par le respect et la reconnaissance mutuelle. Les conflits sont gérés via des stratégies qui s'appuient sur une réflexion autour du rôle de l'hôpital dans la communauté.
4. La valorisation professionnelle et le leadership infirmier. La valorisation peut se traduire dans l'encouragement à la formation et évite de stagner dans ses propres acquis, ce qui va engendrer une déqualification progressive et un sentiment d'insécurité. Les nouvelles recrues sont accueillies, entourées et formées par les pairs. La qualité du leadership et de l'administration en général va jouer un rôle, entre autres, dans le sentiment de respect et confiance du personnel envers son institution.
5. La relation avec les pairs. Au sein des hôpitaux magnétiques les personnes se sentent comme en famille : il y a du soutien, de l'entraide, de l'appartenance, de la motivation et de l'implication. Considérer les pairs comme des professionnels compétents permet d'instaurer des relations de confiance et entamer un travail d'équipe.
6. Un ratio de personnel adéquat, ce qui représente une proportion adaptée de patients par infirmier. De plus, le personnel infirmier est très qualifié.

7. Focus client. Le patient est au centre de tout objectif et attention de l'organisation.
8. L'importance de la qualité. La capacité de prester des soins de qualité est un indice significatif dans le sentiment de satisfaction au travail et dans la capacité à attirer et retenir le personnel infirmier.

2.6. Conclusion du cadre théorique

En conclusion à cette première partie, nous pouvons retenir que le profil d'un patient gériatrique n'est pas dicté que par l'âge. Il s'agit d'un public fragilisé qui requiert des compétences et connaissances spécifiques, ainsi qu'une prise en soins pluridisciplinaire.

Le problème est que le personnel infirmier, soumis à une charge de travail importante au niveau physique et psychologique, face à un marché de l'emploi dynamique, peut facilement opter pour une mobilité interne ou externe à l'hôpital.

Un turnover important est source d'insatisfaction pour le personnel qui reste, et initie un cercle vicieux qui peut être illustré ainsi :

Un roulement accru, en plus de causer une détresse pour le personnel restant, a un impact négatif sur la satisfaction du patient et sur la productivité. Il génère des coûts pour l'employeur liés à la sélection et à la formation des nouvelles recrues ainsi qu'à la perte d'expertise engendrée par le départ.

Idéalement, l'employeur doit empêcher le roulement dysfonctionnel, c'est-à-dire les départs des employés les plus performants.

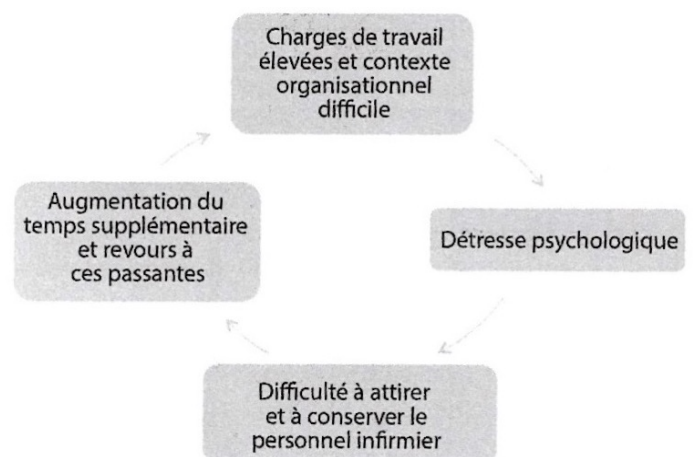


Figure 1: Paillé, P. (2014). *Attirer, retenir et fidéliser les ressources humaines, nouveaux enjeux, nouvelles réponses*. Le cercle vicieux des pénuries d'infirmières. Image. 212

Si le roulement est un processus dépendant de plusieurs variables, il repose sur les piliers suivants :

- Le sentiment de satisfaction au travail (ST), influencé entre autres par des aspects liés au travail, comme le sens de la tâche, l'autonomie, le soutien social et la demande psychologique du travail ;

- L'engagement organisationnel (EO), qui va dicter les efforts que le personnel soignant, dans notre cas, effectue en faveur de son employeur.

RÉTENTION	FIDÉLISATION
• Priorité aux conditions de travail • Comparaison avec le marché du travail (externe) • Responsabilité : les hauts dirigeants et les services des ressources humaines	• Priorité à la qualité relationnelle • Amélioration de l'expérience à l'interne • Responsabilité : le collectif (organisation, collègues, supérieur immédiat)

Figure 2: Bertholet, J.-F., & Gaudet, M.-C. (2018). Fidélisation ou rétention : Pourquoi vos employés restent-ils ? *Gestion*, 43(3), 110. Les deux approches. Tableau. <https://doi.org/10.3917/riges.433.0110>

Un plan de fidélisation permet à l'employeur de garder ses employés sur le long terme et, à la différence du processus de rétention, a un impact positif sur la performance et la productivité de ses employés.

La rétention du personnel se base surtout sur l'amélioration des conditions extrinsèques de travail, mais pour que le personnel soignant soit fidèle à son institution, il faut tisser et travailler sur un lien affectif entre l'employé et son employeur. Ce dernier, posant les fondements d'un échange basé sur un sentiment de confiance, de respect et de soutien, stimule un engagement affectif de la part des

employés qui adoptent des comportements positifs.

Nous pouvons encore retenir que le manager de proximité est une figure clé dans le processus de fidélisation car il initie le sentiment de soutien, d'autonomie et de reconnaissance envers ses collaborateurs.

L'équipe managériale peut compter sur l'expertise des Ressources Humaines afin de mettre en œuvre des politiques de fidélisation qui répondent aux besoins des employés tout en restant fidèles aux valeurs de l'institution. Le département RH joue aussi un rôle dans la stratégie de fidélisation grâce à une vision globale de l'institution et de ses différents niveaux organisationnels et hiérarchiques.

Le processus de fidélisation n'est pas inatteignable et les hôpitaux magnétiques en sont la preuve.

Ces structures sont capables de fidéliser leur personnel grâce à une série de caractéristiques parmi lesquelles on retrouve une autonomie professionnelle importante, une collaboration interprofessionnelle, un encouragement à la formation, un ratio patient/infirmier adéquat et, enfin, un focus sur la qualité des soins dispensés.

3. Partie pratique

3.1. Méthodologie de recherche

Dans cette deuxième partie du mémoire, nous allons expliquer les étapes nécessaires à la collecte des données, la méthodologie abordée lors de la récolte, ainsi que pour l'analyse des informations obtenues.

3.1.1. L'objectif de la recherche

L'objectif principal de cette recherche est de découvrir les facteurs qui favorisent la fidélisation du personnel infirmier, au sein du département de gériatrie, d'un C.H.U. bruxellois.

Pour ce faire, des objectifs secondaires se dessinent et permettent de poser les bases pour explorer les facteurs de fidélisation. Les buts étant de :

- Déterminer le type d'engagement organisationnel des professionnels de santé ;
- Découvrir les sources de satisfaction du personnel infirmier concernant leur travail ;
- Découvrir le rôle des divers acteurs dans le processus de fidélisation.

3.1.2. L'hôpital

Le choix de l'hôpital a été dicté par mon expérience professionnelle, me permettant d'avoir un accès plus aisé aux informations et aux contacts des professionnels de santé.

La méthode qualitative a été privilégiée de par sa capacité à favoriser une libre expression des acteurs, ainsi que la compréhension de leur vécu et de leur ressenti.

La technique de collecte des données s'est basée sur des entretiens individuels semi-dirigés par un guide d'entretien préparé au préalable.

L'hôpital où les professionnels de santé interviewés travaillent est un Centre Hospitalier Universitaire (CHU), situé à Bruxelles. Il s'agit d'un hôpital public faisant partie d'un réseau de cinq hôpitaux et articulé en trois sites géographiquement distincts.

Le CHU compte 853 lits agréés et 2 500 équivalents temps pleins (ETP) dont 1 300 infirmiers et paramédicaux.

Le département de gériatrie de l'hôpital englobe un hôpital de jour gériatrique, une équipe de liaison interne gériatrique et cinq unités d'hospitalisation situées sur deux sites distincts.

3.1.3. Les autorisations

Aucune demande n'a été introduite au comité d'éthique, étant donné qu'il est spécifié dans le vade-mecum du mémoire (2022) qu'il n'était pas obligatoire de soumettre les études interrogeant les professionnels de santé au comité d'éthique.

En revanche, une autorisation du manager de soin du département de gériatrie a été nécessaire à l'avancement de ce mémoire. Son accord a été obtenu à la suite d'un entretien en vidéo-conférence après un courriel envoyé à son adresse e-mail professionnelle. Cet e-mail a été joint en annexe à ce travail (certaines parties de l'e-mail sont effacées/ajustées afin de garantir l'anonymat de l'acteur).

L'entretien avec le manager a favorisé une discussion autour du mémoire et a permis de trouver une entente sur la façon de mener la recherche, pour que le travail puisse être un terrain fertile pour d'autres études plus spécifiques ou pour la mise en place de projets institutionnels, si cela est jugé nécessaire à la suite des résultats de cette étude.

Une dernière autorisation concernant les enregistrements des entretiens a été demandée oralement au début de chaque interview, pour autant que l'anonymat des participants soit garanti.

3.1.4. L'échantillonnage

Afin d'avoir plusieurs points de vue et pour avoir une vision globale du phénomène de fidélisation, des entretiens ont été proposées :

- Aux infirmiers qui travaillent actuellement au sein du département de gériatrie ;
- Aux infirmiers en chefs (niveau hiérarchique N+1) des services de gériatrie ;
- Aux infirmiers qui ont quitté le service de gériatrie pour une mobilisation interne ou pour une autre structure ;
- À un expert du département des Ressources Humaines (RH).

Lors de la rencontre avec le manager, il a été convenu de créer trois guides d'entretiens différents : un pour les infirmiers et les infirmiers en chef des services de gériatrie, un pour les infirmiers qui ont quitté le département et un troisième pour avoir le point de vue du

département RH sur la question de la fidélisation du personnel. Les chefs opérationnels (CO) ont donc été mis sur le même plan que les infirmiers de terrain pour les raisons suivantes :

- Uniformiser les résultats des acteurs du département de gériatrie afin d'avoir une vision d'ensemble ;
- Les CO comptent dans l'effectif minimum au niveau de la charge de travail ;
- Les CO sont des acteurs de terrain qui peuvent aussi avoir envie de partir et qui doivent donc être fidélisés.

Le premier guide d'entretien a donc été proposé aux infirmiers de terrain et aux CO des services de gériatrie. Les critères d'inclusion de cet échantillon étant :

- Être infirmier au sein du département de gériatrie de l'hôpital ;
- Être chef opérationnel au sein du département de gériatrie de l'hôpital.

Les critères d'exclusion pour cet échantillon étant :

- Avoir une ancienneté de moins d'un an dans un service de gériatrie ;
- Avoir plus de 60 ans.

Le premier critère d'exclusion était dû au fait qu'une ancienneté minime sur le terrain aurait permis de faire un cadastre des conditions de travail, ainsi que du sentiment de satisfaction au travail et d'engagement. L'ancienneté aurait permis, de plus, d'avoir des suggestions au niveau des améliorations possibles plus réalistes et en lien avec l'institution.

L'âge de 60 ans a été fixé car une personne en fin de carrière serait moins encline à changer de travail, risquant de perdre les bénéfices en lien avec son ancienneté au sein de l'institution.

Concernant le deuxième guide d'entretien, il a été proposé aux infirmiers qui ont quitté le département de gériatrie. Le seul critère d'inclusion étant :

- Être infirmier et avoir travaillé en gériatrie au sein de l'institution, au moins un an.

Aucun critère d'exclusion n'a été retenu pour cette catégorie.

Le dernier guide a été proposé à un expert RH, responsable des entretiens de sortie du personnel au sein de l'institution, jugé à même d'expliquer à la fois la situation du turnover au sein de l'établissement et à la fois le rôle des différents acteurs dans le processus de fidélisation des infirmiers.

Les trois guides d'entretien ont été joints en annexe à ce travail.

3.1.5. Les interviews

Les professionnels ont été contactés via e-mail professionnel ou via WhatsApp. Le message explicitait le cadre du mémoire et les invitait à prendre contact avec moi pour fixer un rendez-vous pour un entretien, d'environ 30 minutes.

La modalité de rencontre privilégiée a été par média interposé, afin de faciliter la prise de rendez-vous et trouver, de manière plus aisée, un créneau au niveau de l'agenda.

3.1.6. Fin des interviews

Les interviews ont été programmées sur trois semaines, afin de respecter le calendrier de ce mémoire.

Les services de gériatrie de l'hôpital étant répartis sur deux sites géographiques distincts, l'échantillon minimum prévoyait :

- Deux infirmiers travaillant dans un service de gériatrie, un par site ;
- Un infirmier en chef d'une unité de soins gériatrique ;
- Un infirmier qui est un ancien membre de l'équipe soignante d'un service de gériatrie ;
- Une personne du département des ressources humaines, responsable des entretiens de sortie du personnel qui pose sa démission.

3.1.7. L'échantillon

L'échantillon final est composé de neuf professionnels, dont :

- Quatre infirmiers actuellement engagés au sein du département de gériatrie ;
- Deux infirmiers en chef au sein du département de gériatrie ;
- Deux infirmiers anciennement engagés au sein du département de gériatrie ;
- Un expert du département des ressources humaines (RH).

Tableau n. 1 : Caractéristiques de l'échantillon

Participant	Âge	Sexe	Fonction actuelle au sein de l'institution	Ancienneté	Fonction antérieure au sein de l'institution	Ancienneté
1	41	F	Infirmière chef adjointe	2 mois	Infirmière	5 ans
2	26	F	Infirmière en gériatrie+ référente ICANE	3 ans	/	/
3	40	F	Infirmière en chef	2,5 ans	Infirmière	1,5 ans
4	34	M	Infirmier responsable des programmes de soins gériatrique	1 mois	-Infirmier en chef -Infirmier	8 ans 3 ans
5	31	M	Infirmier équipe mobile	2 ans	Infirmier en gériatrie	3,5 ans
6	31	M	Infirmier en gériatrie	4 ans	/	/
7	34	F	Infirmière One Day	2,5 ans	Infirmière en gériatrie	1 an 2 mois
8	40	F	Infirmière en gériatrie	1,5 ans	/	/
9	/	M	Psychologue pour le personnel	7 ans	/	/

3.1.8. L'analyse

Les données récoltées ont été étudiées par le biais d'une analyse thématique des entretiens réalisés.

Chaque interview a été retranscrite mot à mot dans le cas où l'autorisation d'enregistrer avait été donnée, ou par une prise des notes, le cas contraire.

L'analyse des propos à l'aide de thèmes prédéfinis a fait suite à une première lecture.

Les thèmes étaient des hypothèses des facteurs de fidélisation émises suite à la revue de littérature, faisant l'objet du premier chapitre de ce mémoire.

Les thèmes d'analyse retenus pour ce travail ont été :

- Le roulement du personnel au sein des services de gériatrie ;
- La satisfaction au travail et l'engagement organisationnel ;
- Les conditions de travail ;
- Les attentes et les améliorations en termes de fidélisation du personnel.

Malgré les thèmes prédéfinis, j'ai laissé libre cours à une méthode inductive. Si des nouveaux thèmes ressortaient des entretiens au fil des lectures, je les aurais pris en considération pour mon analyse.

Pour chaque thème, un travail systématique de synthèse des propos a permis de passer à la présentation des résultats et à la discussion de ce mémoire.

En synthèse, l'analyse s'est articulée en quatre phases.

Phase 1 : retranscription des interviews avec numérotation des lignes ;

Phase 2 : lecture des interviews et mise en évidence des propos dans le texte

Phase 3 : création d'un tableau où pour chaque thème et pour chaque entretien j'ai mis en lien la référence des lignes correspondantes ;

Phase 4 : création d'un tableau où pour chaque thème et chaque entretien j'ai procédé à la synthèse des propos ressortis lors des interviews.

Les tableaux des phases 3 et 4 ont été joints en annexe à ce travail.

3.2. Les résultats

Ce chapitre présente les résultats issus des entretiens avec les professionnels. .

Comme anticipé lors du précédent chapitre, au cours de la rédaction et de la réflexion autour de la méthodologie de ce travail, les quatre thèmes retenus pour l'analyse étaient :

- le roulement du personnel,
- la ST et l'EO,
- les conditions de travail,
- les attentes et améliorations.

Au vu des informations qui sont ressorties des interviews, lors de mon analyse j'ai décidé de revoir et reformuler les thèmes initiaux comme suit :

1. **Le roulement du personnel** au sein du département de gériatrie, associé à :
 - a. La situation au niveau de l'effectif minimum au sein du service,
 - b. Le roulement volontaire,
 - c. La gestion d'un éventuel sous-effectif de personnel,
 - d. Le personnel intérimaire.

2. **L'engagement organisationnel**, qui se distingue en :
 - a. Engagement envers l'institution,
 - b. Engagement envers le service de soin.
3. **La satisfaction au travail**, par rapport à :
 - a. La fonction, en mettant en évidence :
 - i. Les points positifs du métier,
 - ii. Les points négatifs du métier,
 - b. Les conditions de travail, ce qui inclut :
 - i. L'ambiance de travail et les relations avec les collègues,
 - ii. La charge de travail,
 - iii. La relation avec le chef direct,
 - iv. L'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée,
 - v. La rémunération.
4. **La fidélisation**, en considérant :
 - a. L'apport personnel pour la fidélisation du personnel,
 - b. L'apport de l'institution,
 - c. L'apport du département RH,
 - d. Les améliorations nécessaires pour la fidélisation du personnel.

3.2.1. Les données collectées

Avant de passer aux thèmes précités, je commence en reportant deux sujets ressortis des entretiens : le choix de départ du secteur gériatrique et l'intention de quitter (IQ).

Concernant le **choix du département de gériatrie**, parmi les personnes (actuellement et anciennement engagées), il ressort que six personnes n'ont pas choisi ce secteur : pour trois la gériatrie était le seul choix pour pouvoir venir en Belgique, deux ont accepté à la suite de la proposition de l'hôpital et une personne a choisi au hasard après avoir terminé ses études. Une personne a choisi le domaine après avoir effectué la majorité de ses stages en gériatrie, tandis que quelqu'un d'autre a pris la décision après avoir rencontré le responsable ICANE (Infirmier en Charge de l'Accueil de Nouveaux Engagés) de l'hôpital qui a tenu compte de ses préférences personnelles.

Cinq professionnels travaillant en gériatrie, sur les six interviewées, ont eu **l'intention de quitter** le service. Les raisons à cela sont les suivantes :

- Un long trajet maison-travail suite à un déménagement ;
- Des difficultés avec la hiérarchie ;
- Des problèmes de santé ;
- Les conditions de travail et la peur de s'épuiser et de devenir un mauvais soignant ;
- Un domaine qui n'est pas adapté à l'expérience et à l'expertise de la personne.

3.2.1.1. Le roulement du personnel

Le **turnover du personnel** « est vraiment important » d'après l'expert RH. Néanmoins, le département RH ne dispose pas d'outil pour quantifier et mesurer le turnover. Le manque de logiciel ne nous permet pas de savoir si les départs sont plus importants en gériatrie par rapport à d'autres départements. Pour le professionnel, le phénomène de roulement s'est amplifié depuis que la durée de la formation en soins infirmiers est passée à quatre ans : ceci a créé des postes vacants. Ensuite la situation s'est stabilisée pendant la crise sanitaire pour reprendre par après. Les raisons du turnover sont surtout :

- Se rapprocher du domicile,
- Changer de profession,
- Un effet domino. Un départ au sein d'une équipe peut signifier le départ d'un ami pour les collègues qui restent et peut déclencher, dans un contexte d'un marché de plein emploi, d'autres départs au sein de la même équipe.

Concernant le personnel employé au sein du département de gériatrie, dans un seul cas on parle d'équipe presque au complet. Pour les autres : « le staff n'est pas suffisant pour exécuter le travail » ; « il y a toujours un problème d'effectif » ; « il y a un manque de personnel partout » ; « en gériatrie, on est en manque d'effectif, sous-effectif ». De plus, il en résulte un problème d'effectif minimum la nuit (car il y a un seul infirmier pour la totalité des patients avec un aide-soignant volant). En outre, il émerge qu'il serait idéal d'avoir un aide-logistique en plus l'après-midi, tandis qu'au matin l'effectif minimum a été vu à la hausse au cours de derniers mois. Par ailleurs, à cause de la pénurie du personnel, il arrive souvent qu'on n'arrive pas à obtenir l'effectif normal ou l'effectif minimum.

Concernant la **gestion du sous-effectif** et de la **pénurie du personnel soignant**, le personnel du département de gériatrie gère la situation en se dépassant (1 personne), sans prendre de pause (2 personnes), en courant toute la journée (1 personne), avec l'entraide des collègues en arrangeant les horaires et en mettant le bien-être des infirmiers après celui des patients (1 personne). Une des personnes interviewées dit gérer la situation en utilisant les ressources humaines à disposition pour libérer les infirmiers des tâches complémentaires qui sont chronophages et énergivores. La gestion des horaires et des absences absorbe 70-80 % du temps de travail d'un professionnel qui avoue se sentir parfois impuissant.

En abordant les **raisons qui poussent au roulement volontaire** du personnel, un infirmier déclare intégrer une équipe assez stable. Les départs, d'après deux professionnels interviewés, concernent plutôt le personnel « migrant » (faisant référence aux infirmiers qui immigreront en Belgique) qui, depuis le début n'était pas intéressé par la gériatrie et qui s'attend à autre chose en arrivant en Belgique. Trois personnes disent que les départs sont attribuables à des raisons personnelles, surtout à la suite de déménagements. Les collègues, d'après une interview, décident de partir aussi à cause d'un événement au travail, comme des conflits. Une personne explique que le personnel n'est pas stable, qu'il y a beaucoup de gens qui ont quitté l'unité de soins (US) et d'autres personnes qui ne sont pas stables au niveau physique et/ou psychologique et s'absentent du travail pour des raisons médicales : les départs sont liés aux conditions de travail.

En ce qui concerne le personnel anciennement engagé au sein du département de gériatrie, les deux personnes ont opté pour une mutation interne à l'institution. Par rapport aux raisons de leur départ, une personne me dit que, en plus de problèmes de santé, elle a changé en raison de la surcharge de travail et de la mauvaise organisation. Elle serait probablement restée s'il y avait une meilleure organisation, de nouvelles idées ou s'il y avait une réelle intention de revoir la coordination du travail. L'autre professionnel a eu besoin d'une flexibilité plus importante au niveau des horaires (pour reprendre des études) et, de plus, a senti le besoin de découvrir d'autres choses. Il ressort que de nombreuses personnes au sein de l'institution envisagent un départ pour aller travailler dans le privé où le personnel serait mieux payé (avec un barème IFIC supérieur) et où les conditions de travail seraient meilleures car il y a plus de personnel et moins de patients en charge par infirmier.

Concernant le **personnel intérimaire**, les soignants interviewés n'en sont pas très satisfaits. D'après les entretiens, les intérimaires font plus de dégâts et, malgré leur présence, le personnel

fixe de l'US se retrouve à travailler à leur place, notamment parce que la plupart du personnel intérimaire dans le département de gériatrie est actuellement constitué de nouveaux diplômés, qui n'ont pas l'expertise d'un ancien. Deux personnes soulignent un manque de proactivité et de volonté de ce personnel. Il ressort aussi que les intérimaires préfèrent travailler ailleurs qu'en gériatrie, une personne nous dit avoir eu comme retour de l'intérimaire une phrase comme « À quoi bon ? On est payés la même chose, qu'on soit dans une unité classique ou une unité gériatrique [...] alors que les patients sont autonomes et que j'ai moins à faire ». Il est intéressant de souligner qu'au vu des nombreuses personnes externes à l'US (intérimaires ou équipe mobile de l'hôpital), il est difficile de travailler sur la qualité des soins. Il est compliqué de bien accueillir et d'expliquer le fonctionnement au personnel intérimaire si le turnover de ces derniers est aussi important.

3.2.1.2. L'engagement organisationnel

Il convient d'abord de se pencher sur ce qui ressort des entretiens en ce qui concerne **l'engagement à l'institution hospitalière**. Parmi les interviewés, trois personnes disent ne pas avoir de liens avec l'hôpital : « Je ne suis pas vraiment liée à l'hôpital, c'est trop dire », « Je ne me sens pas spécialement lié à l'hôpital », « Je ne me sens pas liée à l'hôpital ». Les trois professionnels voient l'hôpital comme un employeur, ils y trouvent leur compte, et ce serait la même chose dans un autre hôpital.

Si un professionnel se sent lié car le contrat engendre des droits et de devoirs envers l'institution, quelqu'un d'autre reconnaît que cette institution lui a permis d'arriver en Belgique et d'avancer dans sa carrière. Une certaine réorganisation demeure essentielle. Enfin, un seul professionnel nous fait part de son attachement ayant toujours gravité autour de cet hôpital : il y a été soigné, un membre de sa famille y a été employé et soigné, il y a fait ses études et ses stages et, enfin, c'est à côté de chez lui.

En ce qui concerne **l'engagement au service de soins**, une personne utilise le mot « maison » où on se sent bien ; elle se dit liée aux personnes et aux endroits ; une autre utilise le mot « famille » pour expliquer le lien envers ses collègues qui l'ont formée, accompagnée et qui l'ont aidée à supporter une situation difficile avec son ancien chef. Le lien avec les collègues est abordé par deux autres personnes : une personne qui les compare à des amis, à des gens avec qui il a vécu ce qui rend l'idée du départ moins anodine ; l'autre dit que c'est du temps investi avec l'équipe, ce sont des liens avec eux et aussi une part d'habitude. Une seule personne

ne se dit pas attachée au service, pour elle, ce serait la même chose dans ce service ou dans un autre.

3.2.1.3. *La satisfaction au travail*

Au vu des différents sujets pris en considération au sein de cette rubrique, plusieurs paragraphes vont se succéder, afin de rendre la lecture plus fluide.

3.2.1.3.1. *La satisfaction en lien avec la fonction*

Une seule personne se dit satisfaite de sa fonction, sans aucun « mais ». Une personne utilise le terme « ça va », en disant que parfois c'est compliqué, mais qu'elle a choisi ce métier et elle a appris à l'aimer. Un professionnel se dit satisfait de lui, mais pas de sa fonction car il n'a pas assez de temps pour tout faire. Quelqu'un d'autre déplore aussi le manque de temps et de moyens pour pouvoir être entièrement satisfait de la fonction. Une personne déclare ne pas être satisfaite à 100 % à cause de la charge de travail importante, ce qui l'empêche de dispenser les soins qu'elle voudrait. Enfin quelqu'un se dit inconfortable en raison du rôle ambigu de l'infirmier qui n'a pas de tâche bien définie et qui n'est pas assez protégé, car il se retrouve entre les médecins et les activités de support, entre l'administratif et le patient.

Parmi les **éléments positifs du métier**, du point de vue des professionnels engagés au sein du département de gériatrie, nous retrouvons :

- L'esprit d'équipe (deux personnes),
- L'accompagnement et l'aide à la personne (trois personnes),
- L'approche pluridisciplinaire de la discipline (deux personnes) ;
- L'échange et le contact avec les patients (quatre personnes).

Les professionnels anciennement engagés au sein du département de gériatrie mettent en avant la prise en charge des patients gériatriques, leur accompagnement et l'approche multidisciplinaire ainsi que le lien avec le patient, les séjours y étant plus longs par rapport à d'autres services.

Comme **éléments négatifs** en lien avec le métier, le personnel travaillant dans les US de gériatrie met en évidence des sujets à chaque fois différents :

- Les horaires inconfortables et les consignes médicales qui ne sont pas toujours claires ;
- La charge physique due aux mobilisations ;

- Les imprévus, lorsqu'ils deviennent exagérés ;
- La gestion des horaires en ce qui concerne les remplacements et les absences ;
- Le manque de temps, de ressources et de personnel qui est à la source d'une frustration due au sentiment de ne pas fournir un travail de qualité ;
- La spécialité gériatrique.

Les deux personnes anciennement engagées au sein du département de gériatrie mettent en évidence, comme élément négatif, l'organisation du travail. D'après eux, une bonne partie du rôle infirmier se perd en gériatrie car l'infirmier se retrouve à devoir recouvrir le rôle d'aide-soignant, n'ayant donc pas le temps de se consacrer à ses tâches d'infirmier.

3.2.1.3.2. La satisfaction en lien avec les conditions de travail

En ce qui concerne les **conditions de travail**, une seule personne se dit satisfaite car il y a une meilleure répartition des tâches quotidiennes, un staff renforcé pour le travail et une aide de la part de son actuel infirmier en chef, ce qui n'était pas le cas avec son ancien supérieur hiérarchique. Un professionnel s'exprime en disant qu'il est satisfait des conditions lorsqu'il se sent écouté (surtout en ce qui concerne les horaires). Il se plaint du stock, au niveau du matériel et des médicaments, qui n'est pas suffisant, ce qui fait perdre du temps supplémentaire à l'infirmier qui est obligé d'en chercher dans d'autres US. De plus, il semblerait que l'infirmier fasse tout : « On est à la fois aide logistique, on est parfois ménage » par manque de personnel ou car d'autres ne veulent pas faire la tâche. Un dernier point négatif relatif aux conditions de travail concerne l'encodage : « C'est trop, on perd du temps ».

Le manque de temps (deux personnes) et de ressources en personnel (une personne) revient dans les propos comme source d'insatisfaction. Les sentiments de frustration et de colère sont utilisés pour décrire le ressenti par deux professionnels différents. Une personne déclare ne pas être tout à fait satisfaite à cause d'un manque de respect à l'égard du profil de la fonction (elle doit faire des tâches d'aide logistique ou autre pour couvrir des absences et assurer la continuité) et un manque de respect de soi-même et des conditions de travail : elle se retrouve à travailler plus d'heures que prévu sans récupération, à cause de la responsabilité ressentie envers ses collaborateurs.

Le personnel anciennement engagé remet en cause deux points liés aux conditions de travail :

1. La charge de travail, surtout pendant le shift de la nuit où un seul infirmier doit assurer les soins pour tout un service, avec un public à risque d'escarre et ayant besoin de mobilisations récurrentes ;

2. Une « sorte de harcèlement » : les infirmiers sont souvent appelés pour des changements d'horaires et de remplacements. « Le manque de personnel fait que les conditions de travail ne sont pas bonnes » (cf. entretien n. 5).

Nous retrouvons une certaine unanimité par rapport à **l'ambiance de travail et à la relation avec les collègues** : tout le monde en est satisfait. Les gens utilisent des mots comme : « groupe » (une personne), « cohésion » (une personne), « entraide » (deux personnes), « échange », « solidarité », « collaboration », « communication » (deux personnes). Par ailleurs, les entretiens font état des spécificités suivantes :

- Des réunions organisées au sein de l'US tous les trois mois afin de discuter de choses qui ne vont pas bien dans le but de les améliorer et afin d'avancer des suggestions concernant l'organisation du travail dans le service ;
- Le travail étant difficile, les personnes de la même profession entretiennent des rapports plus étroits.

Un infirmier anciennement engagé décrit la relation avec les collègues « comme ailleurs » en disant qu'il peut y avoir plus d'affinité avec certaines personnes que d'autres, mais que dans l'ensemble il n'a pas eu aucun gros souci avec quiconque.

Au sujet de la **charge de travail**, une personne dit être plutôt satisfaite, car il y a actuellement une meilleure organisation au sein du service, ce qui permet une répartition équitable des tâches. Les après-midis sont considérés plus problématiques et plus lourds à cause de la présence de personnel intérimaire. L'organisation du travail revient dans les propos d'un autre infirmier qui se rend compte que la charge de travail peut être lourde, mais qui voit cela comme une question de priorités : on fait ce qui est urgent et important pour la sécurité des patients, on demande de l'aide, on va mettre de côté des choses superflues qui peuvent attendre. Quatre personnes définissent la charge de travail comme « énorme » (une personne), « lourde » (deux personnes), « trop » (une personne). Pour une des personnes interrogées, la charge de travail est l'obstacle majeur en gériatrie, car cela empêche de bien prendre soin des patients. Le ressenti de la charge de travail était plutôt psychologique à ses débuts au sein de l'US pour devenir aujourd'hui plus physique, avec des répercussions sur la vie privée (deux personnes). Un professionnel nous fait part que les conditions de travail ne sont pas toujours optimales, la charge de travail est énorme, sans d'aides possibles à cause de la pénurie au niveau du personnel et un sentiment d'impuissance qui s'instaure. Une personne explique que la situation peut vite déborder car il y a peu de personnel soignant pour le nombre de patients, surtout en ce qui concerne le shift de

la nuit. Des sentiments de solitude et frustration sont exprimés en lien avec la difficulté d'aider les personnes qui vont mal.

Un infirmier anciennement engagé dans le département de gériatrie décrit la charge de travail infirmière comme étant très importante, car le personnel soignant se retrouve à devoir faire les soins d'hygiène des patients grabataires, en plus des actes techniques.

En analysant **la relation avec les supérieurs hiérarchiques**, cinq personnes sont satisfaites de celle-ci, en exprimant que :

- Le chef est quelqu'un de bienveillant, même lors de feedbacks ;
- Le chef le pousse vers l'autonomie, lui donne des responsabilités car il en demande, « c'est du donnant-donnant », on sent qu'il y a des efforts des deux côtés et on a envie que la dynamique perdure ;
- Le chef est une référence et a permis d'avoir un cadre ;
- Le chef est une personne à l'écoute, qui laisse de l'autonomie dans la gestion et dans l'organisation du travail ;
- Un chef compréhensif qui tient compte des capacités et des expériences de ses collaborateurs, qui encourage et supporte son personnel.

Une personne décrit la relation avec le chef comme « simple et courte ». Une autre exprime des problèmes avec son ancien supérieur hiérarchique, avec qui elle subissait un « harcèlement moral » en raison du non-respect des horaires de travail et des jours de repos, d'erreurs dans l'encodage du planning et du sentiment d'être infantilisée ou rabaissée dans son travail. Quelqu'un déclare avoir travaillé une certaine période sans supérieur hiérarchique, ce qui a été compliqué car il y avait plusieurs remplaçants avec qui le professionnel ne partageait pas la même vision des soins.

Un professionnel anciennement engagé explique avoir rencontré des incompréhensions avec le chef à l'époque à cause de la mauvaise organisation du travail.

Concernant **l'équilibre entre le travail et la vie privée**, quatre personnes disent qu'il est compliqué de gérer les deux volets :

- Deux personnes, avec des enfants, y arrivent à l'aide de leur partenaire respectif, qui est compréhensif et qui prend le relais quand l'autre n'est pas là. Une personne néanmoins trouve difficile de gérer les imprévus dus au manque de personnel : parfois elle se retrouve à faire des longues journées et elle n'arrive pas à voir ses enfants.

- Une personne s'est accommodée de la situation en ce qui concerne la famille très proche, mais elle ne se sent pas comprise par le noyau plus large de la famille. Elle se retrouve à rater beaucoup d'occasions à cause des horaires de travail décalés.
- Une personne a repris des études, ce qui rend souvent incompatibles les deux activités. De plus, elle fait part de son impression de passer tout son temps à l'hôpital.

L'expérience a aidés des employés à faire la part des choses :

- Un professionnel raconte qu'avant il regardait sa boîte mail même pendant les vacances, tandis que maintenant il consacre son temps libre à sa famille,
- Une personne nous parle d'épuisement physique et psychologique au début de sa fonction, ce qui avait entraîné des répercussions sur sa vie privée. L'expérience l'a aidée à mieux gérer sa vie professionnelle et à être plus présente dans sa vie familiale.

Les deux infirmiers anciennement engagés au sein du département de gériatrie, se disent plus satisfaits dans leur fonction actuelle quant à la gestion de la vie privée. Une personne ne travaille plus les week-ends ni la nuit, ce qui lui permet d'être plus présente pour ses enfants. L'autre définit ses horaires comme étant beaucoup plus flexibles, ce qui lui permet de suivre ses études sur le côté.

Enfin, à propos de la **rémunération**, si une personne ne se sent pas valorisée au niveau salarial par rapport aux services rendus, les autres se disent assez satisfaites, avec certaines nuances :

- La rémunération s'est améliorée grâce à l'indexation et au système IFIC, mais le coût de la vie a augmenté ;
- L'augmentation du salaire résulte de l'indexation. plus qu'un infirmier de gériatrie ;
- Une personne trouve la rémunération équitable, mais elle est déçue par le système IFIC ;
- Deux personnes sont satisfaites, sans aucune nuance.

On nous fait part de deux sources d'insatisfaction :

- La première née d'une comparaison entre le salaire de l'infirmier avec celui de celui de son/sa partenaire qui, avec le CESS (Certificat d'Enseignement Supérieur Secondaire) et avec un travail qui engendre moins de responsabilité, ne gagne que 200 euros de moins ;
- La deuxième source découle d'une inégalité salariale au niveau de l'institution, où on a découvert que les infirmiers d'une unité de chirurgie cardiaque sont payés plus qu'un infirmier de gériatrie.

3.2.1.4. *La fidélisation*

En abordant le thème de la **fidélisation**, deux personnes ne se disent pas inquiètes car :

- chaque professionnel doit trouver ce qui est meilleur pour lui,
- le professionnel lui-même ne se fidélisera pas tant qu'il ne trouve pas ce qu'il cherche.

Une personne s'en soucie afin d'éviter les départs des collègues, mais pas au point de les fidéliser. Trois personnes se disent préoccupées par la fidélisation :

- « C'est de garder les mêmes gens, les former »
- Une personne nous dit que les départs concernent souvent de bons éléments et, en fidélisant le personnel, on peut créer une cohésion d'équipe, ce qui permet d'avoir confiance dans le travail fourni par les collègues ;
- Une personne nous dit que la fidélisation est un challenge d'actualité. Il y a une pénurie de personnel soignant et, sans eux, on ne peut pas aboutir à la principale mission de l'hôpital qui est de fournir des soins de qualité au patient. S'il n'y a pas de personnel compétent ou s'il n'y a pas assez de personnel pour assurer une continuité de soins, l'hôpital doit faire appel à du personnel externe, ce qui a une influence négative sur la qualité des soins dispensés.

L'expert du département RH se dit préoccupé par ce thème en nous expliquant que, lorsqu'un professionnel est engagé, il faut plus ou moins un an pour qu'il soit autonome dans sa fonction, deux ans pour qu'il ait une certaine maîtrise et trois ans pour qu'il soit complètement opérationnel. Le départ provoque donc une perte de compétences et de maîtrise pour l'employeur. Au vu de l'évolution des carrières aujourd'hui, il est rare d'avoir des personnes qui restent 20 ans dans un même endroit, donc pour que l'objectif de fidélisation soit réaliste si les gens restent 4-5 ans « c'est déjà pas mal ».

Au sujet de l'**apport personnel** pour fidéliser les collègues :

- Un infirmier explique pouvoir agir lorsqu'un collègue lui fait part de son intention de quitter son poste. C'est alors le moment de mettre en avant les avantages qu'il aurait à rester, ainsi que de montrer l'importance que le collègue a pour le service ;
- Deux personnes déclarent pouvoir agir en termes de cohésion d'équipe, de bonne continuité des soins et de bonnes relations entre collègues. Une personne ajoute qu'elle agit en réorganisant le travail, en motivant les collègues et en formant les nouvelles recrues ;

- Quelqu'un dit pouvoir agir en faisant remonter à la hiérarchie le problème de sous-effectif, même si, d'après lui, tout le monde est au courant de ce problème ;
- Un infirmier se focalise plutôt sur l'attractivité du personnel, en disant pouvoir agir en expliquant le fonctionnement au personnel intérimaire, en accompagnant les étudiants et en valorisant la spécificité de la gériatrie ;
- Une personne pense ne pas pouvoir agir pour fidéliser ou retenir le personnel.

Le personnel anciennement engagé s'est plutôt exprimé sur la capacité des infirmiers de terrain à fidéliser les collègues. Un infirmier dit qu'il est possible d'agir en sécurisant ses collègues. Si l'infirmier ne se sent pas en sécurité car il n'y a pas de protocoles, s'il n'y a pas de continuité de soins, si les collègues n'assurent que le minimum et qu'il y a un écart très important entre le travail fourni par un infirmier et le travail fourni par d'autres collègues, alors il est normal que la personne ait tendance à partir.

Une autre personne nous dit par contre que le personnel de terrain court toute la journée à cause de la charge importante et qu'il n'a donc pas le temps de faire en sorte de maintenir la bonne ambiance au travail et de fidéliser les personnes.

L'expert RH nous dit que le rôle majeur pour la fidélisation du personnel est joué par le chef opérationnel. Pour que les gens restent, explique-t-il, il faut que les professionnels aient un responsable bienveillant, qui soit à l'écoute et qui apporte son soutien. Il est nécessaire de fournir le matériel dont les professionnels ont besoin, de rendre leur travail clair, de fournir les compétences pour effectuer leurs tâches et donc d'assurer les formations nécessaires ou un accompagnement avec des pairs.

Au niveau de la direction et de l'institution de manière plus générale, d'après les personnes interviewées (personnel actuellement et anciennement engagé au sein du département de gériatrie), il est possible d'agir :

- En négociant avec les personnes qui veulent partir pour essayer de trouver des compromis ;
- En donnant des avantages sociaux, des petites attentions de temps à autre et, surtout, en se concertant avec le personnel de terrain pour les décisions importantes (en faisant référence à la décision de supprimer le repas pour les veilleurs de nuit et à l'adaptation des horaires de la navette entre les sites de l'hôpital qui a été revue en fonction de l'affluence sans tenir compte des shifts du personnel soignant). Consulter les employés pour les décisions, « c'est de se préoccuper du personnel » ;
- En revoyant l'organisation du travail (deux personnes) ;

- En offrant des possibilités d'évolution (deux personnes), en travaillant en parallèle sur l'attractivité (faire de la publicité, attirer le personnel intérimaire) ;
- En améliorant les conditions de travail, en valorisant le personnel soignant, en fournissant les ressources en temps et en matériel.
- En adaptant l'offre de formation aux besoins du personnel et en rendant les formations plus accessibles (trois personnes) ;
- En recrutant (deux personnes), en s'attachant au personnel compétent, en prenant compte de l'expertise des personnes ;
- En suggérant une prime gériatrique pour attirer les personnes et spécialement en augmentant donc le nombre d'infirmiers et d'aides-soignants, car on peut augmenter le ratio de patients par infirmier si ce dernier est déchargé des soins d'hygiène et des soins accessoires ;
- En descendant sur le terrain pour rencontrer le personnel.

Une personne s'exprime en disant que pour le moment l'hôpital ne fait rien pour la fidélisation, il n'y a pas de nouveautés à part une augmentation de la charge de travail à cause des départs.

L'expert RH pense que la ligne hiérarchique essaie d'être attentive à la fidélisation. Ils cherchent à détecter le mal-être au travail via le taux d'absentéisme et tentent d'intervenir en cas de conflits ou de problèmes de motivation. Ce rôle incombe au chef opérationnel qui a une vision plus globale de son équipe. Et au niveau institutionnel, « il y a tout ce qui est en termes de formation, d'accompagnement, de mobilité ». De plus, il faut valoriser les infirmiers qui développent certains projets et essayer de dégager du temps pour ça. Les gens disent qu'ils ne se sentent pas valorisés : « On va peut-être pointer du doigt quand ça va mal ou quand il y a des choses qui ne sont pas faites, mais on va peut-être pas leur dire merci vous avez fait du bon travail [...] ».

D'après les propos recueillis, le **département RH** pourrait œuvrer à la fidélisation du personnel en mettant en place les choses suivantes :

- Au moment d'engager du personnel, proposer plus de flexibilité au niveau des horaires ou une prime gériatrique en échange d'un contrat de deux à trois ans en gériatrie. Ceci permettrait de fidéliser le personnel dans le secteur, car il est difficile de fidéliser quelqu'un s'il ne reste qu'un an. De plus, cela représente un investissement d'enseigner les bases à des nouveaux arrivants, mais qui n'est pas « amorti » si la personne part peu de temps après ;
- Faire des enquêtes auprès des personnes qui quittent l'hôpital ;

- Négocier avec les personnes qui veulent partir ;
- Avoir un référent RH par département qui connaisse les spécificités des secteurs et qui puisse orienter les recrues, réorienter les personnes qui ne sont pas intéressées par la gériatrie pour les garder au niveau institutionnel ;
- Montrer plus de réactivité au niveau des candidatures spontanées ;
- Recruter des personnes compétentes et motivées, ne pas accepter le « tout venant » (deux personnes).

L'expert RH éclaire le rôle du département au niveau de la fidélisation en disant qu'actuellement ils font les entretiens de sortie qui sont présentés tous les six mois à la direction de l'hôpital. Ensuite le département RH peut agir en :

- Faisant remonter les besoins en formation des membres du personnel ;
- Analysant comment les métiers vont évoluer ;
- Fournissant les outils aux supérieurs hiérarchiques en termes de posture de valorisation, reconnaissance et accompagnement du personnel ;
- Assurant un suivi et un éventuel recadrage de la ligne hiérarchique concernant la manière de mener les entretiens de fonctionnement ;
- Aidant les responsables à comprendre les éventuelles raisons d'absentéisme.

Le département RH « a un rôle de soutien, d'aide, de formation, d'accompagnement de la ligne des responsables ».

Pour conclure, il convient de passer en revue les suggestions au sujet des **améliorations** nécessaires à la fidélisation du personnel, d'après les professionnels actuellement et anciennement engagés au sein du département de gériatrie.

Deux personnes disent qu'il est important que la hiérarchie vienne sur le terrain et écoute les besoins du personnel, en plus de créer des moments d'échange et de discussion. Un professionnel exprime un besoin de transparence et d'équité entre infirmiers de secteurs différents, tandis que quelqu'un d'autre aborde la nécessité de réévaluer l'image de l'infirmier (si on veut de soins de qualité, l'infirmier ne doit pas avoir à courir pour changer un linge ou faire une toilette de dernière minute).

Deux personnes mettent l'accent sur la reconnaissance du personnel, qui ne reçoit pas de « merci » spontanés.

Trois personnes parlent d'une augmentation des effectifs, en particulier au niveau du shift de la nuit, et de la nécessité de recruter pour ne pas épuiser le personnel qui reste.

Proposition est faite de revoir l'organisation (deux personnes), en faisant appel au service de qualité et en mettant en place un plan de développement.

Enfin, l'idée d'un plan de formation continue du personnel revient dans les propos, afin d'incrémenter l'intérêt pour le domaine et afin que les professionnels puissent dispenser des soins de manière plus aisée.

L'expert RH nous dit que les personnes sont plus enclines à rester lorsqu'elles ont l'impression que leur travail est important pour l'institution, si les conditions de travail permettent un bon équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée et que la rémunération est perçue comme satisfaisante par rapport à la tâche accomplie. De plus, les professionnels seront fidèles s'ils ont l'opportunité d'aller dans d'autres secteurs et s'ils peuvent se développer au niveau hiérarchique, mais aussi en ce qui concerne les compétences horizontales et la possibilité de devenir des experts. Il serait donc intéressant de donner du temps et de valoriser les référents étudiants ou les différentes expertises et d'assurer un accompagnement et une formation au personnel qui désire se former. Il explique que certaines choses sont pensées au niveau du département infirmier en ce qui concerne la fidélisation : organiser une fête du personnel, instaurer du feedback positif. Il remarque, par contre, un manque de synergie et de partage d'information entre les différents départements.

3.3. Conclusion partie pratique

En conclusion à cette partie, des tableaux récapitulatifs synthétisent les résultats obtenus lors des entretiens.

Tableau n. 2 : Synthèse des résultats obtenus

Légende :

 Infirmier engagé au sein du dép. de gériatrie

 Infirmier anciennement engagé au sein du dép. de gériatrie

 Expert département RH

Thèmes	Réponses obtenues	Échantillon
Choix du service de gériatrie	Choix dicté par le hasard ou par l'hôpital	    
	Choix dicté par les stages effectués	 
IQ : Motivation	Long trajet domicile-travail	
	Problèmes avec la hiérarchie	
	Problèmes de santé	 
	Conditions de travail	
	Domaine	
	Surcharge de travail, mauvaise organisation	
	Flexibilité des horaires	
Turnover	Turnover important, problème d'effectif	     
	Équipe (quasi) au complet	
Gestion du sous-effectif	Se dépasser	
	Pas de pause	 
	Courir toute la journée	
	Entraide avec les collègues	
	Libérer les infirmiers des tâches complémentaires	
	Révision du planning	
EO : institution	Pas de lien spécial envers l'institution	  
	Engagement d'après contrat	
	Engagement affectif	

 Départs envisagés au sein de l'institution vers le secteur privé

 Personnel Intérimaire

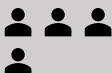
EO : service de soins	Lien étroit avec collègues		Sources d'insatisfaction  • Manque de temps et de moyens ; • Charge de travail et charge physique ; • Manque de clarté des tâches effectuées et des consignes médicales ; • Manque de protection et support ; • Horaires et gestion du planning ; • Le domaine gériatrique • L'organisation du travail • Perte du rôle propre de l'infirmier
	Pas d'attachement		
ST : la fonction	Non/ Pas tout à fait		Sources de satisfaction :  - Amélioration de l'organisation, - Ambiance de travail et relation avec les collègues, - Staff renforcé
	Oui		
Gériatrie +	Esprit d'équipe		Shift de la nuit 
	Accompagnement de la personne		
	Approche pluridisciplinaire		
	Contact avec les patients		
Les conditions de travail : sources d'insatisfaction	- Manque d'écoute ; - Problème de stock de matériel et médicament ; - L'infirmier doit tout faire et doit pallier à tout ; - Trop de temps consacré à l'administratif ; - Profil de fonction pas respecté ; - Pas de respect des horaires de travail		Expérience 
	- Harcèlement pour assurer des remplacements		
	- Charge de travail excessive		
Les difficultés en termes d'équilibre travail - vie privé	- Adaptation grâce à l'aide des partenaires, - Événements ratés à cause des horaires décalés - Incompatibilité suite à une reprise des études		
	- Épuisement suite au travail avec des répercussions sur la vie privée - Travail même pendant les moments de repos		
	- Flexibilité importante au niveau des horaires dans la nouvelle fonction		

Figure 3. Synthèse des résultats concernant le rôle des acteurs de la fidélisation

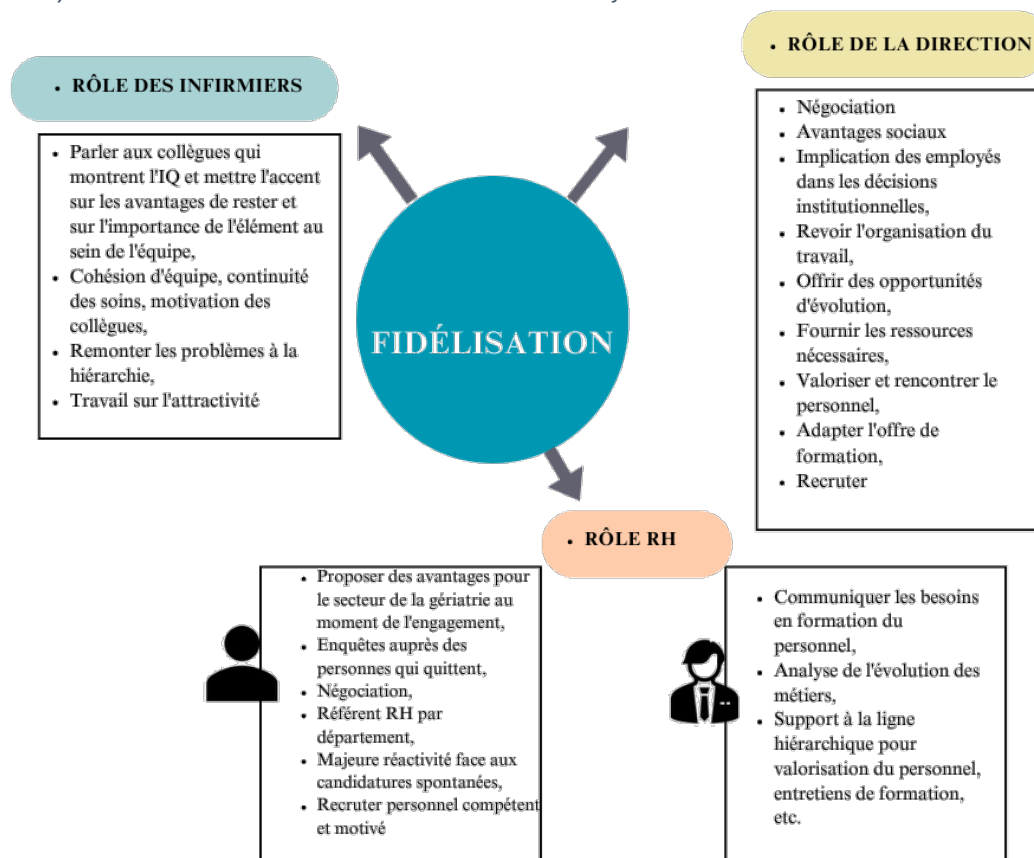


Tableau n. 3 : Synthèse des résultats concernant les améliorations nécessaires pour la fidélisation du personnel

Améliorations nécessaires pour fidéliser	- Création de moments d'échange entre hiérarchie et personnel	
	- Besoin de transparence et équité	
	- Réévaluer l'image de l'infirmier	
	- Montrer de la reconnaissance envers le personnel	
	- Augmenter l'effectif minimum, surtout la nuit,	
	- Revoir le plan de formation continue	
	- Développer des compétences horizontales, - Valoriser l'expertise, - Reconnaissance, - Conditions de travail satisfaisantes	

Ces résultats, issus des entretiens, vont nous permettre de poursuivre ce travail avec une partie de discussion, où des suggestions ainsi que les limites et perspectives du mémoire futures sont aussi abordées.

4. Discussion

Dans cette partie, compte tenu des bases théoriques et des données issues du terrain, nous cherchons à répondre à la question de recherche suivante :

« Comment l'hôpital peut-il favoriser la fidélisation du personnel infirmier au sein du département de gériatrie ? »

Bien que l'échantillon ne puisse pas être considéré comme représentatif de tous les infirmiers du secteur gériatrique, les données collectées lors des interviews nous permettent d'analyser la situation et de proposer quelques pistes de développement.

Nous pouvons remarquer que, lors des entretiens, le processus de fidélisation est souvent confondu avec les notions d'attractivité et de rétention du personnel.

Parmi les améliorations, il nous est proposé de ce fait, de travailler sur les conditions extrinsèques (rémunération, avantages sociaux, cadeaux pour le personnel, etc.) ou sur un plan de recrutement et de partenariat avec les écoles de soins infirmiers.

La fidélisation du personnel dépend de plusieurs variables et inclut différents acteurs. Comme nous avons vu au cours de ce mémoire, le personnel se montre loyal lorsqu'il se sent investi dans l'institution pour laquelle il travaille. Pour se sentir fier et investi, il a besoin d'être satisfait de son travail et des conditions dans lesquelles il l'exécute. Il est important que le professionnel ait aussi l'opportunité de se former et d'évoluer au sein de l'institution.

L'engagement au travail implique l'existence d'un lien ressenti par l'employé envers son institution. L'engagement va avoir des répercussions en termes de comportements et d'attitudes au travail. (Herrbach, 2005)

L'employé a un état d'esprit différent en fonction du lien ressenti envers l'entité cible. « L'engagement calculé est ainsi associé à l'état d'esprit de coût perçu, l'engagement affectif à l'état d'esprit de désir et l'engagement normatif à l'état d'esprit d'obligation. » (Herrbach, 2005)

Lors des interviews, aucun répondant n'a mis en avant une identification avec les valeurs et les buts de son organisation. Ceci aurait posé en fait les bases d'une loyauté et un sens d'appartenance telles de stimuler le désir de rester membre de l'entité. (Petit, 2012)

Lors des échanges, l'accent a plutôt été mis sur les obligations qui découlent du contrat de travail ou sur un sentiment de redevance envers l'institution, notions reprises par l'engagement de type normatif. (Baret et al., 2013)

En revanche, les professionnels se sentent davantage liés à leur équipe et à leur unité de soins, ce qui est positif étant donné que la qualité de la relation avec les collègues a un impact positif sur la performance et la conduite de la personne. (Nasr et al., 2009)

Les infirmiers se disent satisfaits de la dynamique de l'équipe, du contact avec les patients et de la multidisciplinarité de la prise en soins gériatrique.

En dépit du fait que la ST dépende de variables interpersonnelles et des relations tissées avec les collègues, les médecins, le supérieur hiérarchique et les patients (Baret et al., 2013), le personnel soignant interviewé pense ne pas avoir beaucoup d'emprise dans la fidélisation des collègues. Néanmoins, quand l'employé « estime que ses pairs valorisent ses contributions et se soucient de son bien-être il répond par des comportements bénéfiques au groupe ». (Nasr et al., 2009)

En termes d'améliorations nécessaires afin de fidéliser le personnel soignant, lors des interviews on nous exprime la nécessité de bénéficier d'une formation. Les infirmiers nous font part d'une difficulté d'accès aux formations ce qui peut être ressenti comme un manque de possibilité de développement au sein de l'institution et qui peut donc les pousser à partir. (Baret et al., 2013)

La formation reste le pilier d'une valorisation professionnelle au sein des structures magnétiques.

En effet, il résulte que le manque de formation continue engendre une déqualification du personnel soignant, ce qui peut avoir des répercussions sur la capacité d'offrir des soins de qualité, indice de la ST. (Brunelle, 2009 ; Lecocq, 2016)

Concernant la capacité de dispenser des soins de qualité, la compétence et la motivation de certains collègues infirmiers est remise en question lors des interviews, ce qui engendre une différence au niveau des soins fournis. Ceci va avoir des conséquences au niveau de la motivation du personnel soignant et de la relation de confiance envers les pairs. Nous rappelons que la confiance représente un « indicateur très satisfaisant de la qualité des relations d'échange social. » (Nasr et al., 2009)

De plus, le manque d'effectif a une influence sur la charge de travail qui s'avère élevée avec un ratio de patients dépassant les normes de 15 patients/infirmier pendant le shift de la nuit et de 8 patients/infirmiers pendant la journée. (Van den Heede et al., 2019)

L'infirmier en gériatrie a un rôle d'interface entre les familles et l'équipe médicale : c'est lui qui communique et organise les soins en garantissant la qualité de ceux-ci ainsi que le respect du projet de vie de la personne âgée. (Avet, 2008)

Ce rôle d'interface est parfois une source d'insatisfaction pour les infirmiers qui se retrouvent à devoir pallier l'une ou l'autre tâche complémentaire, avec l'impression que leur activité est peu définie et que les limites du profil de fonction sont un peu floues.

La surcharge de travail ainsi que l'ambiguïté de rôle représentent, pour le personnel soignant, deux importants facteurs de stress. (Stordeur et al., 1999)

Les participants sont satisfaits de la relation avec leurs supérieurs hiérarchiques respectifs, lesquels se montrent à l'écoute, poussent à l'autonomie et prennent en considération les compétences des collaborateurs. Les qualités mises en avant lors des interviews démontrent un intérêt pour le développement du « care » et d'un leadership transformationnel (Haliday, 2018). Toujours en ce qui concerne le rôle du manager de proximité dans le processus de fidélisation du personnel, deux témoignages ont montré l'influence du soutien du supérieur hiérarchique sur la ST et sur l'intention de quitter l'organisation. (Fabi et al., 2009) Les situations étant :

- Une absence de leadership, pendant un certain moment, qui a engendré un manque de cadre au niveau du travail;
- Un manque de soutien de la part du supérieur hiérarchique.

Les participants expriment leur envie de prendre part aux décisions institutionnelles. Cet aspect est intéressant puisque, pour qu'un processus de fidélisation résulte efficace, les employés devraient participer activement à la recherche de solutions pour l'amélioration des pratiques existantes. Les pratiques de Gestion des Ressources Humaines (GRH) doivent correspondre en fait aux besoins et aux attentes de ses destinataires. (Fabi et al., 2009)

Pour que le processus de fidélisation puisse aboutir, il est encore nécessaire qu'il y ait un équilibre dans l'échange entre l'employé et l'employeur. Néanmoins, le besoin exprimé de valorisation et de reconnaissance du travail fourni montre un manque de réciprocité dans la

relation d'échange. Ce déséquilibre est source de stress au travail et de souffrance. (Loriol, 2011)

Enfin, les professionnels ont envie d'être écoutés et de pouvoir discuter avec leur hiérarchie indirecte. Ce propos se révèle intéressant pour deux raisons :

1. Le type de leadership des équipes managériales se manifeste « par l'écoute, le respect, la disponibilité et la confiance dont ils font preuve à l'égard des employés qu'ils supervisent » (Fabi et al., 2009) ;
2. Donner au personnel la possibilité d'exprimer leur mécontentement, privilégie la prise de parole, permet le dialogue et réduit l'intention de quitter l'institution. (Cossette & Gosselin, 2012)

Au vu des différentes informations, nous allons avancer par la suite quelques suggestions pratiques pouvant avoir un impact positif sur le processus de fidélisation.

4.1. Suggestions

Abordons tout d'abord la question du domaine gériatrique, qui n'est pas très attractif pour les nouvelles recrues (Garnaud, 2005). Si le personnel intérimaire a tendance à échapper à ce secteur, les infirmiers qui y travaillent arrivent à apprécier le contact humain et la prise en charge pluridisciplinaire, ce qui permet d'améliorer le jugement clinique de l'infirmier. Ce volet pluridisciplinaire pose les bases pour une collaboration entre plusieurs professionnels, caractéristique socle des hôpitaux magnétiques. (Brunelle, 2009 ; Lecocq 2016)

Une vision positive et attractive de la gériatrie, mettant en avant la cohésion d'équipe, un leadership bienveillant, un travail interdisciplinaire et un important rôle infirmier en lien avec la discipline pourraient peut-être permettre de réévaluer le secteur et de tordre le cou aux préjugés liés au domaine.

De plus, les entretiens ont mis en évidence une surcharge de travail et une moins bonne qualité des soins dispensés lors de la collaboration avec le personnel intérimaire : le roulement élevé est vu comme une source de dysfonctionnement qui engendre une réduction de la productivité et de la qualité des services offerts. (Brunelle, 2009 ; Paillé 2014)

Il en ressort que les intérimaires sont souvent différents, que « ça tourne tellement vite », (cf. entretien n° 2) et que c'est au personnel fixe de l'US qu'incombe le rôle de les accueillir, de présenter le service et de pallier les erreurs. Un système d'encadrement à l'accueil, par le

réfèrent ICANE du service, pourrait permettre une meilleure qualité des soins dispensés et un sentiment d'intégration au sein de l'unité. Pour que ceci soit possible, il serait par contre opportun de remplacer les missions quotidiennes des intérimaires par des missions d'un mois, trois mois, six mois. Ceci permettrait au personnel fixe de l'unité d'avoir une charge de travail moins importante et de pouvoir travailler avec les mêmes personnes pendant une période plus longue, un meilleur accueil pour les intérimaires (ce qui pourrait favoriser l'attractivité entre autres) et une valorisation du rôle ICANE au sein du service.

Des missions plus longues seraient plus adaptées au personnel fraîchement diplômé, qui ne dispose pas de l'expertise et du jugement clinique adéquats pour renforcer les équipes en difficultés.

La rémunération n'est pas vécue comme une réelle source d'insatisfaction pour le personnel soignant. Néanmoins, un manque d'équité au niveau institutionnel et au niveau du paysage hospitalier, de façon plus large, est ressenti par les professionnels. L'hôpital ne peut rien faire vis-à-vis du fait que les autres institutions offrent un salaire plus élevé. Il peut y avoir néanmoins des solutions pour faire face au sentiment d'inégalité exprimé. S'il est réellement nécessaire pour l'institution de payer les infirmiers d'un autre département avec un barème différent que celui des infirmiers de gériatrie, il est préférable d'être transparent envers les employés et de faire part des raisons à cela. Cela éviterait les bruits de couloir entre collègues et permettrait de connaître les vraies motivations derrière ce choix.

Concernant la transparence au sein de l'institution, une fluidité au niveau de la communication ainsi qu'une implication des employés dans les décisions institutionnelles va avoir une incidence sur le roulement du personnel. (Rhnima et al., 2014 ; Stordeur et al., 2007)

Pour que le processus de fidélisation puisse aboutir, le type d'engagement qui relie les employés à leur institution recouvre une certaine importance.

Le manque d'engagement institutionnel évoqué auparavant pourrait être attribué à la présence de silos au sein de l'institution. S'il n'y a pas de partage d'informations ou de synergie entre les différents départements ou si les infirmiers ont l'impression de n'être qu'« un numéro, un chiffre » (cf. entretien n. 9), alors nous pouvons comprendre pourquoi les employés tissent plus de liens envers l'unité de soin qu'envers l'institution en général.

Une stratégie institutionnelle, qui exploite toutes les ressources à disposition – de l'équipe managériale, aux équipes de terrain avec l'expertise et l'aide du département des ressources humaines –, peut contribuer à stimuler le sentiment d'appartenance à l'institution. Le rôle du

département RH est en fait méconnu par le personnel de terrain et son action est peu mobilisée par les équipes managériales.

De plus, la fidélisation est vécue comme une problématique qui ne peut être gérée que par la hiérarchie, mais le management humain est l'affaire de tous. Tout le monde a un rôle à jouer dans le processus de fidélisation, que ce soit en faisant preuve de bienveillance, en entretenant la bonne ambiance de travail ou en remerciant les collègues pour le travail fourni, ou encore en assurant la formation et l'accueil des pairs ou du personnel externe, sans parler des aspects plus macro comme l'organisation de la journée du personnel ou les avantages sociaux.

Les employés font part d'un besoin en formation. Une réadaptation du plan de formation – avec un nombre de formations obligatoires par an – qui tienne compte de la réelle possibilité du personnel soignant de pouvoir y prendre part, ainsi que des intérêts et des objectifs du personnel et du service, peut contribuer à une satisfaction accrue au travail et au développement des compétences et expertises, nécessaires sur plusieurs niveaux :

- Qualité des soins dispensés,
- Décentralisation et liberté dans la gestion des soins,
- Croissance en compétences du personnel soignant,
- Sentiment de sécurité et confiance entre collègues,
- Délégation efficace des actes complémentaires au personnel de support.

Certaines formations peuvent être fournies par les pairs qui sont formés ou experts dans certains domaines (plaies, transfusions, dossier électronique, nutrition, etc.).

Les horaires de travail sont aussi une source de stress pour le personnel soignant. Une stratégie de coping pourrait consister à rendre le personnel soignant acteur des plannings de travail. En respectant les effectifs minimums, il incomberait au personnel soignant de proposer une ébauche d'horaire via un fichier partagé, qui serait ensuite réadapté par le chef du service. Avoir la possibilité de gérer soi-même les horaires permettraient au personnel d'avoir un sentiment de maîtrise au niveau de son agenda et une plus large autonomie des professionnels avec une décentralisation de la gestion des US.

Enfin, la réorganisation du travail, nécessaire pour décharger l'infirmier des tâches complémentaires et pour valoriser le rôle de ce dernier, pourrait faire l'objet de réflexions via un travail en plusieurs phases. Dans un premier temps, on pourrait repenser la réorganisation,

par US, lors des moments d'échange entre le personnel de terrain, le cadre et le service de qualité.

Les différentes idées et informations récoltées pendant les moments de discussion peuvent, par après, faire l'objet d'un travail par des groupes plus restreints composés entre autres des représentants des US. L'hôpital peut dès lors s'appuyer sur l'expertise et les nécessités du terrain pour revoir le cadre de travail institutionnel et favoriser une organisation bienveillante et stimulante pour tout employé.

En conclusion et en guise de résumé, afin de fidéliser le personnel soignant au sein du département de gériatrie, l'hôpital pourrait :

1. Revoir l'offre de formation du personnel soignant et l'adapter à leurs horaires décalés ;
2. Accompagner le personnel externe de l'hôpital et réduire sa mobilité ;
3. Rendre les infirmiers acteurs du planning et de l'organisation des unités de soins ;
4. Travailler sur la communication institutionnelle, afin de rendre les informations plus transparentes et éviter les mécontentements et les malentendus ;
5. Valoriser l'hôpital et travailler en tant qu'entité avec une synergie dans les projets ainsi qu'un échange de savoirs et d'informations entre départements.

4.2. Limites et perspectives de l'étude

Certaines **limites** du mémoire sont abordées par la suite.

Concernant la partie théorique, plusieurs thèmes (comme l'absentéisme ou l'évolution du marché de l'emploi) auraient pu être abordés. J'ai choisi, dans un souci de clarté et de synthèse et dans le but de créer un périmètre solide autour de ma question de recherche, de rester étroitement liée à mon noyau de travail.

Il en reste que le thème de la fidélisation du personnel, de par son aspect multidimensionnel, multifactoriel, multisectoriel peut être davantage analysé et étudié, surtout au vu du changement du paysage hospitalier actuel.

Les répondants de l'étude sont des personnes avec qui j'ai collaboré, de manière directe ou indirecte, pendant mes années à l'hôpital. Il pourrait y avoir donc un biais de sélection. C'est un parti pris car le fait de connaître les personnes interviewées a facilité la prise de contact, d'un côté, et favorisé l'expression de la pensée, de l'autre. L'expérience professionnelle commune

n'a pas impacté les résultats de l'étude et a apporté, en revanche, une authenticité et une ouverture dans les réponses fournies.

Les infirmiers restent difficilement joignables, étant donné leurs horaires décalés et leur sollicitation constante pendant les heures de travail. L'échantillon, comme mentionné plus haut, n'est donc pas représentatif de toutes les unités de gériatrie et les résultats ne peuvent donc pas être généralisés.

Ce travail ouvre, d'après moi, des **perspectives** intéressantes.

Il serait important de fournir un regard plus attentif à la figure managériale du chef opérationnel (niveau hiérarchique N+1). Ce professionnel, figure centrale dans le processus de fidélisation des infirmiers, doit jongler entre les directives et les objectifs institutionnels, tout en connaissant la réalité et les difficultés du personnel de terrain, avec qui il travaille au quotidien et de qui il est responsable.

Au vu des informations issues de certains entretiens, il serait intéressant de mener un travail concernant l'absentéisme du personnel et ses causes. L'absentéisme pourrait être à la base d'un épuisement professionnel en lien avec un rythme et une charge de travail soutenus. Des mauvaises conditions de travail auraient donc des répercussions sur la santé des infirmiers et sur l'institution.

De plus, au vu de la difficulté des institutions de soins de recruter des infirmiers et de la baisse du nombre d'inscriptions au sein des Hautes Écoles, il serait bon d'initier un processus de valorisation de la figure et du rôle infirmier.

5. Conclusion

En conclusion, ce travail nous a permis de cerner certaines sources d'insatisfaction néfastes au processus de fidélisation concernant le personnel infirmier du département de gériatrie d'un CHU bruxellois.

Malgré les difficultés du secteur, les infirmiers ont une vision plutôt positive de la gériatrie. Ils sont conscients que chaque département a ses spécificités.

Le personnel est guidé par des valeurs d'aide et de soutien à la personne et est disposé à donner de soi pour assurer le confort et la sécurité des patients.

Néanmoins, les infirmiers expriment certaines frustrations en lien avec un manque de reconnaissance du travail et des sacrifices fournis.

La réalité marquée par le manque de personnel soignant au sein de l'institution fait que les employés sont souvent sollicités pour effectuer des prestations supplémentaires ou, pendant leurs jours de repos, pour un changement d'horaire.

En revanche, les infirmiers ne se sentent pas valorisés ni écoutés par leur employeur.

Pour que le processus de fidélisation du personnel puisse s'initier, il faudrait revoir, principalement, l'organisation du travail pour que l'infirmier puisse être déchargé de toute tâche complémentaire et se focaliser sur son rôle.

De plus, une restructuration de l'offre en formation et une vision positive du secteur gériatrique peuvent aussi aider à rendre le métier attractif aux yeux des recrues (ce qui permettrait de réduire le ratio de patients par infirmier).

Il reste important d'inclure les employés dans les décisions institutionnelles, afin de favoriser l'échange entre eux et l'institution.

En conclusion, que faire pour rester ?

Il faudrait un cadre institutionnel qui prône l'écoute et combat les barrières hiérarchiques pour que chaque employé puisse être acteur du changement et du challenge de fidélisation du personnel. Il faudrait initier l'échange entre les différentes parties en partant du principe qu'il n'y a pas de chef sans équipe, il n'y a pas de cadre sans hiérarchie, il n'y a pas d'hôpital sans patients, mais qu'il n'y pas de soins sans soignants.

Pour rester, il faudrait poser les bases d'un partage : de management, d'expertise, d'information. Il serait opportun de ne pas attendre qu'un soignant démissionne pour demander ce qui n'a pas été. Il conviendrait d'anticiper, via une communication transparente, bienveillante, inclusive et constructive.

6. Bibliographie

- Archambault, H. (2006). Stimuler les motivations pour les métiers de la gérontologie: *Gérontologie et société*, 29 / n° 118(3), 85-100. <https://doi.org/10.3917/gs.118.0085>
- Arrêté royal fixant, d'une part, les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé et, d'autre part, des normes complémentaires spéciales pour l'agrément d'hôpitaux et de services hospitaliers, § Chapitre II (2007). <https://wallex.wallonie.be/eli/arrete/2007/01/29/2007022208/2007/09/01?doc=8617&rev=7754-18#1472c907-0500-4a9a-8b14-72bf654f58a2>
- Aujoulat, I. (2021). Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique. WFSP2106. Récupéré sur le site de l'Université Catholique de Louvain à l'adresse : <https://moodle.uclouvain.be>
- Avet, S. (2008). Les compétences infirmières en gériatrie. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 8(43), 3-7. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2008.01.003>
- Baret, C., Dumas, F., Mairesse, C., & Randon, S. (2013). Exploiter une enquête de satisfaction pour identifier les principaux facteurs de fidélisation des personnels : Le cas du centre hospitalier de Versailles. *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, n° 8, 2(4), 124-134. <https://doi.org/10.3917/rimhe.008.0124>
- Beguin, Alexandra. En quoi promouvoir la rétention de son personnel est un enjeu clef pour les entreprises actuelles? Étude de cas : les techniciens chez BIA Group SA.. Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication, Université catholique de Louvain, 2019. Prom. : Auquier, Bauduin. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:18525>
- Bellini, S. (2005). Éviter le marteau, glisser sur l'enclume. Comment les managers de proximité ajustent leurs rôles face aux contraintes de l'organisation: *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, Numéro 65(1), 13-25. <https://doi.org/10.3917/cips.065.0013>
- Bertholet, J.-F., & Gaudet, M.-C. (2018). Fidélisation ou rétention : Pourquoi vos employés restent-ils ? *Gestion*, 43(3), 110. <https://doi.org/10.3917/riges.433.0110>

- Bliez, V. (2006). *La gériatrie recrute. Attractivité et fidélisation en gériatrie. Quelle stratégie pour le directeur des soins*. 80.
- Brockbank, W., & Ulrich, D. (2005). Higher knowledge for higher aspirations. *Human Resource Management*, 44(4), 489-504. <https://doi.org/10.1002/hrm.20086>
- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress: *Recherche en soins infirmiers*, N° 67(4), 68-83. <https://doi.org/10.3917/rsi.067.0068>
- Brunelle, Y. (2009). Les hôpitaux magnétiques : Un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner: *Pratiques et Organisation des Soins*, Vol. 40(1), 39-48. <https://doi.org/10.3917/pos.401.0039>
- Chen, C.-M., & Lou, M.-F. (2014). The effectiveness and application of mentorship programmes for recently registered nurses : A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 22(4), 433-442. <https://doi.org/10.1111/jonm.12102>
- CHU Brugmann. (2021). Visite guidée du CHU Brugmann. CHU Brugmann. Consulté le 03 mai 2023 sur <https://www.chu-brugmann.be/fr/virtual.asp>
- CHU Brugmann. (2022). Brugmann en quelques chiffres. CHU Brugmann. Consulté le 03 mai 2023 sur <https://www.chu-brugmann.be/fr/virtu/0123456789.asp>
- CHU Brugmann. (2022). Gériatrie. CHU Brugmann. Consulté le 03 mai 2023 sur <https://www.chu-brugmann.be/fr/med/geria/>
- Closon, M.-C., Gobert, M., Pepersack, T., Falez, F., Baeyens, J.-P., Kohn, L., Swaertenbroekx, N., & Léonard, C. (2008). *Financement du programme de soins pour le patient gériatrique dans l'hôpital classique : Définition et évaluation du patient gériatrique, fonction de liaison et évaluation d'un instrument pour un financement approprié*. 262.
- Cossette, M., & Gosselin, A. (2012). Quitter, rester ou progresser ? Les profils d'intentions des agents en centre d'appels. *Relations industrielles*, 67(4), 703-725. <https://doi.org/10.7202/1013201ar>
- Daïeff, S., & Babadjian, P. (2008). Fidéliser le personnel soignant dans la filière gériatrique. *Gérontologie et société*, 31 / n° 126(3), 105. <https://doi.org/10.3917/gs.126.0105>

- Dehaspe, P. (2022). Gestion Financière des Hôpitaux en Belgique WFSP2250. Récupéré sur le site de l'Université Catholique de Louvain à l'adresse <https://moodle.uclouvain.be>
- Djessas, Meryem. Défi de l'attractivité des services de gériatrie aiguë pour le personnel infirmier. Faculté de santé publique, Université catholique de Louvain, 2021. Prom. : Gobert, Patrice. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:30867>
- Fabi, B., Lacoursière, R., Morin, M., & Raymond, L. (2009). Pratiques de gestion des ressources humaines et engagement envers l'organisation: *Gestion*, Vol. 34(4), 21-29. <https://doi.org/10.3917/riges.344.0021>
- Garnaud, I. (2009). Contribution du cadre supérieur de santé au recrutement infirmier en gériatrie. *Recherche en soins infirmiers*, N° 97(2), 116. <https://doi.org/10.3917/rsi.097.0116>
- Gévart, Matthieu. L'impact de l'accréditation des institutions hospitalières sur la rétention du personnel infirmier : une recherche exploratoire. Faculté de santé publique, Université catholique de Louvain, 2019. Prom. : Louiset, Mathieu. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:18786>
- Giraud, L., Roger, A., & Thomines, S. (2012). La fidélisation des Ressources Humaines en période de crise économique: *Revue de gestion des ressources humaines*, N° 84(2), 44-60. <https://doi.org/10.3917/grhu.084.0044>
- Gobert, M., Darras, É., Hubinon, M., & Delfloor, T. (2010). Belgique. *Recherche en soins infirmiers*, N° 100(1), 8-13. <https://doi.org/10.3917/rsi.100.0008>
- Haliday, H. (2018). Le management en santé au service de la qualité de vie au travail des professionnels. *Éthique & Santé*, 15(2), 118-124. <https://doi.org/10.1016/j.etique.2018.03.003>
- Halter, M., Pelone, F., Boiko, O., Beighton, C., Harris, R., Gale, J., Gourlay, S., & Drennan, V. (2017). Interventions to Reduce Adult Nursing Turnover : A Systematic Review of Systematic Reviews. *The Open Nursing Journal*, 11(1), 108-123. <https://doi.org/10.2174/1874434601711010108>

- Haute Autorité de Santé. (2016). *L'interruption de tâche lors de l'administration des médicaments « Comment pouvons-nous créer un système où les bonnes interruptions sont autorisées et les mauvaises bloquées (5) »*. Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments. www.has-sante.fr
- Hebditch, M., Daley, S., Wright, J., Sherlock, G., Scott, J., & Banerjee, S. (2020). Preferences of nursing and medical students for working with older adults and people with dementia : A systematic review. *BMC Medical Education*, 20(1), 92. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02000-z>
- Hein, F. (2003). Infirmier en gériatrie. *Gérontologie et société*, 26 / n° 104(1), 63. <https://doi.org/10.3917/gs.104.0063>
- Herrbach, O. (2005). États affectifs et formes d'engagement. Analyse et conséquences pour le concept d'engagement organisationnel. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 11(3), 135-150. <https://doi.org/10.1016/j.pto.2005.07.002>
- Hinse, E., & Mathieu, C. (2022). Le coaching de gestion et la satisfaction au travail ; liens entre le coaching, le leadership et la satisfaction au travail: *Gestion 2000, Volume 38*(6), 165-183. <https://doi.org/10.3917/g2000.386.0165>
- Iglesias, K., Renaud, O., & Tschan, F. (2010). La satisfaction au travail : Une conséquence du choix des outils statistiques et des instruments de mesure en GRH. *Revue internationale de psychosociologie*, Vol. XVI(40), 245-270. <https://doi.org/10.3917/rips.040.0245>
- KCE. Année internationale des infirmiers : il en faut davantage ! 2020 [consulté le 14 juillet 2022]. Disponible à l'adresse : <https://kce.fgov.be/fr/a-propos-de-nous/communiquer-de-presse/annee-internationale-des-infirmiers-il-en-faut-davantage>
- Larousse. (s.d.). Fidélisation. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté le 12 novembre 2022 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/fidelisation/33597>
- Larousse. (s.d.). Fidéliser. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté le 12 novembre 2022 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/fideliser/33598>
- Larousse. (s.d.). Retenir. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté le 12 novembre 2022 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/retenir/68829>

- Larose, K. (2003). *L'influence de sept politiques et pratiques de gestion des ressources humaines sur le taux de roulement volontaire de la main-d'oeuvre*. Université de Montréal.
- Leclercq, Ségolène. *Les bienfaits d'un espace relaxant pour les infirmiers d'un service de gériatrie : Utopie ou réalité ?*. Faculté de santé publique, Université catholique de Louvain, 2018. Prom. : Van Durme, Thérèse ; Lambert, Anne-Sophie.
- Lecocq, D. (2016). L'hôpital magnétique. Enthousiasme du personnel de santé et sécurité des patients.: Décryptage. *En question*, (118), 13-19.
- Loriol, M. (2011). *Sens et reconnaissance dans le travail*. 43-67. <https://shs.hal.science/halshs-00650279>
- Nasr, M. I., El Akremi, A., & Vandenberghe, C. (2009). Justice organisationnelle, confiance et comportements de citoyenneté : Test d'un modèle multi-sources multi-cibles de l'échange social au travail. *Revue de gestion des ressources humaines*, N° 74(4), 3-23. <https://doi.org/10.3917/grhu.074.0003>
- OCDE/Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (2022), *Belgique : Profils de santé par pays 2021*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/17c34ec7-fr>.
- Paillé, P. (2008). Les comportements de citoyenneté organisationnelle : Une étude empirique sur les relations avec l'engagement affectif, la satisfaction au travail et l'implication au travail: *Le travail humain*, Vol. 71(1), 22-42. <https://doi.org/10.3917/th.711.0022>
- Paillé, P. (2010). Le rôle du supérieur sur la fidélisation du personnel infirmier. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 28(3), 101. <https://doi.org/10.3917/jgem.103.0101>
- Paillé, P. (2014). *Attirer, retenir et fidéliser les ressources humaines, nouveaux enjeux, nouvelles réponses*. Hermann Editions.
- Paillé, P. & Mucchielli, A. (2012). Chapitre 11 - L'analyse thématique. Dans : P. Paillé & A. Mucchielli (Dir), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (pp. 231-314). Paris: Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.paill.2012.01.0231>

- Petit, R. (2012). Le développement du couple attractivité-fidélisation des organisations auprès des jeunes entrants sur le marché du travail : Eléments de réponse aux problématiques générationnelles: *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, n°4, 1(4), 3-26. <https://doi.org/10.3917/rimhe.004.0003>
- Petit, R., & Zardet, V. (2017). Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : Une problématique sectorielle et de management: *GRH*, n° 22(1), 31-54. <https://doi.org/10.3917/grh.171.0031>
- Poirier, B. (2022, septembre 21). *Entretiens de sortie du personnel Département infirmier et Paramédical*. Réunion des cadres infirmiers et paramédicaux CHU Brugmann.
- Quenneville, N. (2007). *La théorie de l'échange social pour expliquer le rôle des pratiques de gestion des ressources humaines et des valeurs organisationnelles dans les comportements de mobilisation des employés*. Université du Québec à Montréal.
- Ricour, C., Desomer, A., Pouppez, C., Primus, C., & Vinck, I. (2020). *COMMENT MIEUX LUTTER CONTRE LA MALTRAITANCE DES PERSONNES ÂGÉES EN BELGIQUE ?* 61.
- Rhnima, A., Wils, T., Pousa, C. E., & Frigon, M. (2014). Conflits travail-famille et intention de quitter dans le domaine de la santé. *Relations industrielles*, 69(3), 477-500. <https://doi.org/10.7202/1026755ar>
- Rubenstein, A. L., Eberly, M. B., Lee, T. W., & Mitchell, T. R. (2018). Surveying the forest : A meta-analysis, moderator investigation, and future-oriented discussion of the antecedents of voluntary employee turnover. *Personnel Psychology*, 71(1), 23-65. <https://doi.org/10.1111/peps.12226>
- Service Public Fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. (2022). *Séjours à l'hôpital des patients âgés de 65 ans et plus en 2019* (p. 14). https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/13052022_rapport_ziekenhuisverblijven_65_fr.pdf
- SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. (2020). *Données phares dans les soins de santé : Hôpitaux généraux*. 38.

- StatBel. *Personnel des soins de santé*. 2020 [consulté le 14 juillet 2022]. Disponible à l'adresse : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/datalab/personnel-des-soins-de-sante>
- Statbel. (2022, juillet 14). *Tables de mortalité et espérance de vie*. <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/mortalite-et-esperance-de-vie/tables-de-mortalite-et-esperance-de-vie>
- Steel, R. P., & Lounsbury, J. W. (2009). Turnover process models : Review and synthesis of a conceptual literature. *Human Resource Management Review*, 19(4), 271-282. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2009.04.002>
- Stordeur, S., D'Hoore, W., & the NEXT-Study Group. (2007). Organizational configuration of hospitals succeeding in attracting and retaining nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 57(1), 45-58. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04095.x>
- Tillou, C. (2018). Analyse des rôles des professionnels de GRH face à l'enjeu de la fidélisation des consultants: *Management & Avenir*, N° 103(5), 91-112. <https://doi.org/10.3917/mav.103.0091>
- Vade-mecum. Conseils et exigences académiques pour la réalisation d'un mémoire de Master en Sciences de la Santé Publique*. (2022) UCLouvain- Faculté de Santé Publique. Cours d'accompagnement du mémoire WFSP2298. Récupéré sur le site de l'Université Catholique de Louvain à l'adresse <https://moodle.uclouvain.be/course/view.php?id=1778>
- Van den Heede Koen, Bruyneel Luk, Beeckmans Dorien, Boon Niels, Bouckaert Nicolas, Cornelis Justien, Dossche Dorien, Van de Voorde Carine, Sermeus Walter. Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus. Health Services Research (HSR). Bruxelles. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 325B.
- Vandenberghe, C. (2016). Engagement organisationnel. Dans : Gérard Valléry éd., *Psychologie du Travail et des Organisations: 110 notions clés* (pp. 175-178). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.valle.2016.01.0175>

7. Annexes

7.1. Courriel pour le manager de soins du département de gériatrie

Monsieur,

Bonjour,

Je suis une ancienne infirmière de l'hôpital.

Je vous écris car mon mémoire de master en sciences de la santé publique consiste en une étude exploratoire des facteurs de fidélisation des infirmières au sein du département de gériatrie d'un CHU Bruxellois.

L'idée à la base du mémoire c'est d'analyser ce qui peut aider l'institution à fidéliser son personnel dans cette période où les infirmiers se font rares sur le marché de l'emploi. J'espère, de par mon mémoire, pouvoir arriver à trouver des pistes pour une politique de fidélisation institutionnelle.

Je voudrais solliciter votre aide et expertise car ma méthodologie de mémoire se base sur des entretiens semi-dirigés de certains professionnels :

- infirmiers
- chefs opérationnels
- manager de soin
- RH
- personnel qui a quitté le département/ l'hôpital.

J'aimerais donc avoir votre accord pour commencer avec les entretiens.

Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire ou rendez-vous pour mieux expliciter mon projet, si nécessaire.

Je reste joignable via email à cet adresse ou par téléphone.

En attendant un retour de votre part,

je vous souhaite une bonne fin de weekend et un bon début de semaine.

Bien Cordialement

Alessandra Lombardo

7.2. Guides d'entretien

7.2.1. Pour les infirmiers et chefs opérationnels

➤ Introduction

Se présenter, expliquer le cadre du mémoire, demander l'accord pour enregistrer en abordant l'anonymat des réponses

➤ Questions générales

- Quel âge avez-vous ?
- Quelle est votre fonction au sein de l'institution ?
- Quelle est votre ancienneté dans la fonction actuelle ? Et dans l'hôpital ?
- Quelles fonctions vous avez occupé jusqu'à présent ?
- Pourquoi vous les avez quittés ?
- Dans quelle mesure vous avez choisi le service dans lequel vous travaillez ?
- Dans quelle mesure le staff est suffisant pour exécuter le travail dans votre service ?
 - Comment vous gérer cette situation ?
- Dans quelles mesure le personnel est fidèle/stable dans votre unité de travail ?
 - Si faible fidélité, Qu'est-ce qu'il explique leur départ ?

➤ Questions autour de la satisfaction et de l'engagement

- Est-ce que vous êtes satisfait de votre fonction ?
 - Qu'est-ce que vous aimez de votre travail ?
 - Qu'est-ce que vous aimez moins ?
- Dans quelle mesure vous êtes satisfait des conditions de travail ?
- Dans quelle mesure vous êtes satisfait de l'ambiance de travail ?
- Avez-vous déjà pensé à quitter le service ?
 - Pourquoi ?
- Dans quelle mesure vous vous sentez lié(e) à votre hôpital ?
- Dans quelle mesure vous êtes lié(e) à votre service ?
 - Qu'est-ce que vous lie à votre service ?
- Pouvez-vous me parler de la relation que vous avez avec votre chef ?

➤ Questions autour des conditions de travail

- Comment vous ressentez la charge de travail ?

- Dans quelle mesure vous pouvez rendre compatible votre vie de travail et votre vie privée ?
- Comment vous évaluez votre rémunération par rapport à votre travail ?
- Qu'est-ce qui pourrait contribuer à vous fidéliser au sein de l'institution/ service ?

➤ **Questions autour des attentes et améliorations possibles**

- Dans quelle mesure la fidélisation du personnel vous préoccupe-t-il ?
- Dans quelle mesure vous pouvez agir pour fidéliser le personnel ?
- Quelles sont les actions/ interventions de votre part pour fidéliser le personnel ?
- Quelles sont les interventions qui peuvent être adoptées par la direction de l'hôpital ?
 - Et par le service RH ?
- Quelles sont les actions prioritaires à mener pour assurer la fidélisation du personnel ?

➤ **Conclusion de l'entretien**

Remercier pour le temps et la disponibilité.

Spécifier que je reste à disposition pour toute information ou ajout complémentaire

- Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ?

Remercier à nouveau.

7.2.2. Pour les infirmiers anciennement engagés en gériatrie

➤ **Introduction**

Se présenter, expliquer le cadre du mémoire, demander l'accord pour enregistrer en abordant l'anonymat des réponses

➤ **Questions générales**

- Quel âge avez-vous ?
- Voulez-vous m'expliquer votre parcours pendant la période au sein du département de gériatrie ?
- Pourquoi vous avez choisi le service de gériatrie à l'époque ?
- Combien de temps vous êtes resté ?

➤ **Questions autour de la satisfaction et de l'engagement**

- Qu'est-ce qui a fait que vous avez eu envie de changer ?
- Qu'est-ce que vous aimiez dans ce secteur ?
- Qu'est-ce que vous aimiez moins ?

➤ **Questions autour des conditions de travail et de la satisfaction**

- Dans quelle mesure il y a eu des interventions initiées par l'hôpital ou par un de ses membres pour vous retenir ?
 - De la part de qui ?
- En pensant à votre travail au sein du service de gériatrie, comment vous considérez vos conditions de travail ?
- Qu'est-ce qu'il y a de plus ou de différent dans votre nouvelle fonction (qu'il n'y avait pas avant) ?
- Qu'est-ce que vous avez perdu ou qui n'est plus semblable dans cette nouvelle fonction ?
 - Dans quelle mesure votre nouvelle fonction a amélioré votre qualité de vie si c'est le cas ?
- Quels éléments vous auraient fait rester au sein du service de gériatrie ?
- **Questions autour des attentes et améliorations possibles**
- Dans quelle mesure la fidélisation du personnel préoccupe-t-elle les infirmiers du terrain ?
- Dans quelle mesure les infirmiers en gériatrie peuvent-ils contribuer à fidéliser/attirer les collègues ?
- Quelles sont les interventions qui peuvent ou pourraient être adoptées par la direction de l'hôpital ?
 - Et par le service RH ?
- Quelles sont les actions prioritaires à mener pour assurer la fidélisation du personnel au sein du département de gériatrie ?

➤ **Conclusion de l'entretien**

Remercier pour le temps et la disponibilité.

Spécifier que je reste à disposition pour toute information ou ajout complémentaire

- Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ?

Remercier à nouveau.

7.2.3. Pour l'expert du département RH

➤ **Introduction**

Se présenter, expliquer le cadre du mémoire, demander l'accord pour enregistrer en abordant l'anonymat des réponses

➤ **Questions concernant la fidélisation du personnel**

- Quelle est votre fonction au sein de l'institution ?
- Dans quelle mesure le turnover des infirmiers est-il important au sein de votre hôpital?
 - Et au sein du département de gériatrie ?
- Quelles sont les raisons qui poussent les infirmiers à remettre leur démission ?
- Dans quelle mesure la fidélisation du personnel vous préoccupe-t-elle ?
- D'après vous, qui sont les acteurs qui jouent un rôle dans la fidélisation du personnel ?
 - Comment ? Qu'est-ce qu'ils font ?
- A aujourd'hui, quelles sont les interventions que l'hôpital a mis en place pour fidéliser le personnel infirmier ?
- Dans quelle mesure le département RH contribue-t-il aux actions de fidélisation ?

➤ **Questions autour des améliorations possibles**

- Quelles sont les actions que l'hôpital met en place aujourd'hui pour assurer la fidélisation ?
- Quelles sont les actions que l'hôpital pourrait et / ou va mettre en place pour la fidélisation du personnel ?

➤ **Conclusion de l'entretien**

Remercier pour le temps et la disponibilité.

Spécifier que je reste à disposition pour toute information ou ajout complémentaire

- Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ?

Remercier à nouveau.

7.3. Tableau d'analyse, phase 3

Echantillon	Autres	Roulement	ST et EO	EO	Conditions de travail	Fidélisation	Améliorations
1) Femme 41 Ancienneté 5 ans	Choix du service: ligne 49 et 50 + 62. Importance des stages: 50,51 QUITTER: oui 190 (motifs personnels)	-Problème d'effectif (70, 72). -Interims (80; 82-85). -Roulement volontaire (104-110) -	ST: -métier (126,127) -points + travail (137-140,142) -points négatifs travail (146-150) -ST liée aux conditions de travail (154, 159-160, 164-165, 169) -ambiance de travail 185	EO: -hôpital 207 -service 214	-impression que l'infir fait tout 172-173 -relation chef 221, 224 -Charge de travail 246,247 -travail vs privé: 259-260+ 125, 126 -Rémunération: 265, 267	-Fidélisation : 309-311, 313, 315, 330-331 -rôle institutionnel 337, 346 -rôle personnel: 322, 326 -rôle collègues	-Offrir plus (114-119) -reconnaissance 275, 277-278, 303-304 -Fermeture hiérarchie, RH 340,341
2) Femme 26 ans Ancienneté 3 ans	CHOIX DU SERVICE : 374, 377, 383-384 QUITTER : 473-474, 479-480, 486- 487 -importance stage 504-505 -Pg ressenti est meilleur: 466- 468- 520- 521	- Interims 543, 545-547.; 551, 555, 557, 560, 569- 572, 580 - pb d'effectif 414-415. -Roulement volontaire 419, 423	-Ambiance de travail 415-416, 453- 459 -points +travail 429, 430, 432-433, 436 - points nég : 442	EO hôpital: 502- 504-505 -service 511-516	- relat° chef 412, 444-445, 521, 522, 524-525 - Charge de travail 534, 536, 538, 541-542 -travail vs. Vie privée 594, 596, 601, 606- 607, 611, 617 - remuneration 622, 623, 626- 629, 631- 633	- institution: 640, 642- 647, 649- 650, 692, 694- 696, 704 -rôle du chef 664-665- 479 etc. -rôle collègues 668-670 -rôle personnel: 673, 676-677, 679-680, 684, 686- 687	- manque transparence 712 -concertat° pour décisions importantes 696 -manque équité 716
3) Femme 40 ans Ancienneté 3,5 ans	-Choix service 755- 757, -Quitter 803, 806- 808	-pb effectif 761- 762 , 797- 800, 876- 881 -gest° sous-effectif : 765, 767 -roulement volontaire 777-779	-fonction 782- 784 -points + travail 787-789 - points négatifs 793-794	EO hôpital 811, 824, 826-827 EO service 814, 817- 820	- relat° chef 830, 832- 836 -rôle infir: 961-971 -réorganisation du travail 907-911 -Charge de travail 839- 847 -travail vs. Famille: 852- 855 -remuneration 863, 865	- service 774- 776 -personnel: 884- 890 - hiérarchie 872- 873	- image infir 972- 976 - réévaluation de l'infir 951-957 - RH 921, 924- 929, 932-934 -hôpital 904, 907-909, 938, 941-945
4) Homme 34 ans Ancienneté 8 ans	- Choix du service 1010 -Quitter	-pb effectif 1029- 1041, 1045- 1051, 1100-1109 -gestion sous effectif 1110- 1119, 1188- 1191 -roulement volontaire 1060, 1078- 1089	- fonction 1094- 1099, 1123- 1129, -points + : 1141- 1148 -points nég: 1110-1119	EO hôpital 1207, 1213-1214	-charge de travail 1196-- 1187, 1193-1204, 1241- 1251, 1254- - 1265 -relat° chef 1231- 1236 -travail vs. Vie privée 1270-1274, 1277- 1288 -remuneration: 1292- 1297, 1298- 1301	-importance 1316-1323 -interims 1323- 1327 -personnel 1312- 1313 -apport chef 1333- 1348	- hôpital 1352- 1369 -RH 1373- - 1383
5) Homme 31 ancienneté 4 ans	-Choix service 1668, 1672- 1674 -Quitter: 1731- 1734	-pb effectif 1678- 1681 - gest° sous- effectif 1684-1687 -roulement volontaire 1691- 1693	-fonction 1696- 1702 - points +: 1705- 1708 -points négatifs: 1711- 1713 -Conditions de travail 1716-1718 -Ambiance de travail 1721- 1721	EO hôpital 1737, 1741-1742 EO service : 1745- 1747	- relation chef 1753- 1755 -charge travail: 1758- 1762 -travail vs privé 1766-1767, 1769- 1770 -remuneration: 1773- 1775	-éléments pour fidéliser 1781-1787 -préoccupation 1792- 1794 -personnel : 1798- 1810	-personnel 1814 - 1822, 1838- 1840 -hôpital 1844- 1845, 1855- 1857, 1864, 1869- 1871 , 1875- 1881 RH: 1884- - 1892 -institution (prioritaire): 1896 - 1902
6) Femme 40 ans ancienneté 1 an	Choix service 2456- 2457 Quitter 2568, 2571- 2573	-pb effectif 2467- 2469 - gestion 2472- 2477, 2495- 2498 -roulement 2501- 2507	-fonction 2517- 2521, 2523- 2525 -Ambiance de travail 2564- 2565 -condition de travail 2533-2534, 2554- 2558 -points + 2537- 2540 -points négatifs : 2544- 2549	EO hôpital 2576- 2581 EO service 2585- 2587	-charge de travail 2521- 2522, 2601- 2609 -travail vs privé 2609, 2612- 2615; 2619- 2621 -remuneration: 2625, 2628 -relation chef 2593- 2598 -formation 2721- 2724	-éléments 2635. 2646- 2648 -préoccupation 2658- 2659	-hôpital: recrutement, 2676- 2680 2686- 2685 RH 2693- 2696 - institution (prioritaire) 2700- 2703, 2710- 2714
7) Femme 34. Travail en gériat pdt 1 an.	Choix service 1929- 1931 Quitter: 1937- 1943		-points + : 1950- 1952 -points négatifs : 1955, 1959- 1961, 1965- 1967			-interventions: 1974- 1975, 1982 -conditions de travail: 1988- 1999 -différences avec nouvelle fonction: 2002- 2006. 2020- 2021, 2027- 2030 -interventions: 2033- 2035	-Fidélisation service: 2043- 2047, 2051- 2059 -institution: 2067- 2073 -RH 2081- 2084, 2087- 2090 -priorités 2095- 2098, 2101- 2102
8) Homme 31 ans. Travail en gériat pdt 3,5 ans.	Choix service: 1399-1402, 1418-1419, 1422 -Quitter: 1430- 1431,	-décision roulement: 1435-1439	-points + gériat: 1425- 1430, 1442-1442-1448, 1451 -points nég: 1454- 1461			- interven°: 1474, 1477-1478, 1482 -Conditions de travail 1489- 1495, 1548- 1550 -interimaires : 1502- 1503 -Changements: 1512- 1516,, 1526- 1529 -remuneration/ roulement 1537-1538, 1541- 1542, 1545 ; -Améliorations nouvelle fonction 1556- 1563	-Conditions actuelles: 1572- 1581, 1587- 1593 AF hiérarchie- hôpital : 1598- 1604 , 1610-1611 -RH: 1620- 1624, 1627- 1630; Priorités: 1634- 1638, 1642- 1643

7.4. Tableau d'analyse, phase 4

7.4.1. Autres

Choix du service	1. Le département de gériatrie ça a été choisi par moi. Donc quand j'ai postulé je voulais la gériatrie, je ne voulais pas un autre service... J'ai toujours fait mes stages en gériatrie, pas en milieu hospitalier. J'ai choisi l'hôpital pour pouvoir acquérir pour pouvoir développer mes connaissances en soins. Mon choix était clair en tout cas pour la gériatrie donc
	2. Je ne savais pas le service, mais je savais que c'était dans cet hôpital. J'ai rencontré la référente ICANE qui m'a fait faire une liste des préférences et ensuite elle a pris les premières 2 préférences : gériatrie et chirurgie.
	3. Ce n'est pas moi qui a choisi, c'est le seul secteur qui m'ont proposé pour pouvoir venir travailler en BE et j'ai accepté.
	4. Je n'ai pas vraiment choisi, il m'ont proposé un poste de chef dans un service de gériatrie et j'ai accepté
	5. Je n'ai pas tellement choisi, je me suis fixé quelque part et j'ai assumé. En sortant de l'école on a pas vraiment l'idée, on a des notions relatives.
	6. Pour quitter mon pays et venir en BE il n'y avait pas d'autre choix que de travailler en gériatrie pour un an. Moi je suis une infirmière pédiatrique.
	7. Non, je n'ai pas choisi le service de gériatrie. L'agence qui m'a permis de venir en Belgique m'a dit qu'il n'y avait que disponibilités en gériatrie. Il n'y avait pas d'autres choix
	8. J'ai postulé partout une fois mes études achevées, c'était le premier hôpital à me répondre. Je n'ai pas vraiment fait le choix de travailler en gériatrie, j'avais fait la candidature volontaire pour l'hôpital. Ils m'ont proposé la gériatrie et j'ai accepté.
IQ	1. Oui, quand j'avais déménagé en Flandre car il y avait beaucoup de trajet
	2. Oui, j'ai déjà pensé à quitter à cause de mon ancien chef. Je subissais une sorte d'harcèlement moral : elle changeait nos horaires sans autorisation, elle nous appelait pendant les jours de récup pour nous demander de travailler. Elle se trompait dans l'encodage des horaires et une fois arrivés à l'hôpital elle nous renvoyait à la maison. Elle nous rabaisait, nous infantilisait. Si plainte de surcharge, elle disait qu'on manquait d'organisation. C'était à nous de faire la demande de stock ou logistique. Je me suis rendu compte de son incompétence quand, j'ai été dans d'autres services et j'ai vu comment les autres chefs travaillaient.
	3. Oui, pour des raisons personnelles. A cause du manque de personnel et étant quelqu'un d'actif, j'aime bien aider mais ça devient compliqué pour moi vu mes problèmes de santé
	4. Nouvelle fonction.
	5. Oui, pour des raisons personnelles. Pour cette frustration, cette colère. Si on dépasse une limite on va devenir des mauvais soignants et il faut se protéger. (Frustration de ne pas pouvoir accomplir ce qu'on veut ou comment on voudrait, dans un sens de qualité car manque de temps ; de ressources ou de personnel).
	6. Oui j'ai pensé à quitter depuis que j'ai commencé. Je ne me suis pas sentie intégrée dans cette unité, je n'aime pas travailler avec les adultes du coup je n'ai pas d'autres choix que de partir.
	7. J'ai eu envie de changer pour la surcharge de travail et la mal organisation. (hygiène de 8 patients et 1 AS lave 6 patients, tandis que l'infi doit s'occuper encore des pansements, médicaments, etc.)
	8. J'ai changé parce que j'avais envie de voir autre chose, mais j'ai gardé un pied en gériatrie étant en équipe mobile. Ma 1 ^{ère} raison était que je voulais commencer un master et au niveau des horaires m'arrangeaient travailler en équipe mobile et 2 ^{ème} chose c'est que j'avais fait le tour, c'était mon premier travail, j'y suis resté trois ans, j'avais envie de voir autre chose.

7.4.2. Roulement

Pb effectif	1. Il y a toujours un problème d'effectif, mais dans notre service on sait s'accommoder. On essaie d'offrir une bonne qualité de soins
	2. On est presque au complet, c'est génial car on a une bonne cohésion d'équipe, on est tous jeunes, on est motivés
	3. Pour le moment le staff n'est pas suffisant pour exécuter le travail p/r aux cas des patients. C'est qqch qui est connu le manque de personnel. Je me pose des questions lorsque ce manque peut affecter la sécurité des patients. C'est une histoire d'effectif qui date et tout le monde est au courant mais jusqu'à là je trouve que il y a pas eu, il y a du boulot à faire.
	4. Pb d'effectif minimum la nuit car une infi pour tout le service avec un AS volant. Pb d'effectif l'après où 3 infis ou 2 infi et 1 AS. Mais AL en plus pour distribution repas serait opportun. Augmentation de l'effectif minimum le matin avec 5 soignants : ok, mais si maladie ou absence pas de remplacement possible. Au vu de la pénurie même si j'avais pleine d'idée je savais rien faire.
	5. Il y a un manque de personnel un peu partout et encore plus dans un service de gériatrie étant de personnes dépendantes qui nécessitent d'aide pour les AVJ
	6. Oh non en gériatrie on est en manque d'effectif, sous-effectif.
Roulement volontaire	1. Il y a eu des départs qui peuvent être bien justifiés. Il s'agit des personnes qui vient d'ailleurs et qui n'étaient pas trop dans la gériatrie, ils avaient de l'expérience dans d'autres services et ce sont des départs qui blessent car c'est compliqué si tu prends quelqu'un et qui après un an il quitte. Ils ne donnent pas les moyens de fidéliser la personne.
	2. Les départs concernent surtout le personnel migrant pour une désillusion : elles s'attendent à quelque chose. Sinon ce sont pour des déménagements.
	3. Avec la réorganisation du service qui permet de dégager l'infi de tout ce qui peut être déchargé permet une certaine fidélisation. On a parfois des démissions due à la proximité au temps. Ce sont plus de raisons personnelles que professionnelles (pas due aux conflits ou à une mauvaise organisation)
	4. Je pense que le personnel est fidèle à l'unité jusqu'au moment où il arrive un événement dans la vie privée (changement de domicile, naissance) qui pousse les personnes à changer sans hésitation. Parfois il y a aussi des événements au travail (conflits, etc.) qui font que les personnes décident de partir. 10-15 départs en 8 ans pour des raisons spécifiques pas forcément en lien avec les conditions de travail.
	5. Il y a eu des petits mouvements mais moins de mobilité par rapport à d'autres US.
	6. Le personnel n'est pas stable : il y en a beaucoup qui ont quitté l'US et d'autres qui ne sont pas stable physiquement et psychologiquement. Il y en a beaucoup qui prennent congé maladie pour se reposer, ou pour le mal de dos. Et psychologiquement parce qu'ils sont en surmenage, ils ne peuvent plus continuer et d'autres qui aiment, qui démissionnent ou qui vont dans d'autres US où il y a moins de charge de travail. Pour moi les départs sont liés aux conditions de travail.
	7. Je serai restée s'il y avait plus d'organisation, de nouvelles idées, si je voyais qu'il y a une motivation, que quelqu'un voulait vraiment changer ou même qu'il y avait une intention de changer
	8. il y a eu des départs qui s'envisagent et beaucoup vont vers le privé pour la question d'argent et des conditions de travail. Les conditions de travail sont meilleures Il y a, il y a beaucoup plus de personnel maintenant. Maintenant, ici, par exemple dans notre hôpital ils ont commencé à diviser les salles en deux. Ça veut dire que tu vas avoir 12 patients. Dans le privé, tu trouveras jamais ça. Seulement 8 patients. Je sais parce que mon frère fait des interims partout et il dit que c'est comme ça maximum 8 patients, de 6 à 8 patients. C'est une charge importante de travail qu'on a ici.
Intérimaires	1. Oui il y a des intérimaires mais il faut être derrière eux ce qui augmente la charge. Quand ils arrivent dans le service ce sont plutôt des dégâts et le fixe se retrouve à travailler pour deux.
	2. Avec les intérimaires ça ne se passe pas très bien. On essaie au max de se aider mais on se rend compte que faire les paramètres, les médicaments, les repas ; l'échange nous on s'arrête pas on n'a jamais notre pause. Il faut leur montrer comment faire le repas, il faut les pousser à répondre aux sonnettes, il n'y a pas assez d'autonomie et au final qu'on soit 2 ou 3 c'est un peu la même chose. C'est fatigant, les intérimaires sont dégoûtés par la gérie et il ne reviennent plus. C'est un autre public. On a souvent des remarques comme : Je suis payée la même chose si je suis dans une unité d'oncologie ou peu importe de médecine interne alors que les patients sont autonomes et que j'ai beaucoup moins à faire. Il y a tellement de boulot partout que voilà
	3. Accompagnement intérimaires. Ici il y a des gens qui sont démotivés si leurs collègues qui sont à côté d'eux sont involontaires.
	4. Au vu de la pénurie on ne sait pas travailler sur la qualité car il y a beaucoup de personnes externes à l'unité (intérimaires et équipe mobile)
	5. Il y a beaucoup de personnes extérieures qui viennent (étudiants, intérimaires) qui ne sont pas toujours bien accueillis. On devrait prendre le temps d'expliquer et tout mais si vous êtes 3 fixes et que vous devez systématiquement accueillir tous les étudiants et tous les intérimaires, bah au bout d'un moment t'en peux plus quoi tout simplement.
	6. /
	7. /
	8. Il n'y avait pas beaucoup d'intérimaires car ils ont tendance à aller dans d'autres services. La gériatrie c'est le dernier choix, il y a tout ce qu'il y a pas de place ailleurs.
Gestion sous-effectif	1. L'effectif réduit ce n'est pas de notre faute mais il faut que le travail soit fait. On pense d'abord au patient donc on va s'entraider pour faire des horaires en plus, pour avoir un effectif plus complet. Le bien-être des infis passe après mais c'est fatigant
	2. Équipe complète
	3. J'essaie de gérer mon budget de manière à aider logistiquement. Je profite des ressources que j'ai pour libérer les infirmiers des tâches complémentaires qui consomment beaucoup de temps (distribution des repas, refection des lits).
	4. A cause de la pénurie je passais 70 à 80% de mon temps à gérer les horaires et les absences. Ça me bouffait vraiment l'énergie et le temps. Au vu de la pénurie je n'arrivais pas toujours à avoir l'effectif normal ou l'effectif minimum, ce qui empire les conditions de travail pour l'équipe avec une charge de travail énorme et un chef impuissant car il ne sait pas mettre plus de personnel.
	5. On se dépasse. On prend pas de pause, on commence à 7h du matin, on finit à 15h et on espère pouvoir essouffler entre les 2. LA tâche nous incombe et on la fait du mieux et du plus rapidement qu'on peut.
	6. Moi je ne gère pas vraiment, c'est la chef qui répartit les côtés. Moi je cours toute la journée pour continuer et terminer le boulot. Parfois je ne prend même pas la demi-heure de pause, je prends à peine un quart de pause et je mange en encodant à l'ordinateur. Je n'ai pas le temps. Ce qui nous dépanne un peu c'est la présence des stagiaires. Ils nous aident.

7.4.3. ST

Fonction	1. En tant qu'infi ça va. Il y a des moments où c'est lourd ou que ça peut être compliqué de gérer ma vie professionnelle et familiale mais c'est un métier que j'ai choisi et que j'ai fini par aimer, donc ma fonction d'infi ça va.
	2. Actuellement je suis satisfaite de mon travail
	3. Moi je suis satisfaite de moi-même mais de la fonction non je trouve que je n'ai pas assez de temps donc je suis satisfaite à 75% de ma fonction
	4. Je ma fonction de chef j'étais satisfait à 70-80%, il me manquait un peu plus de temps et de moyens, des ressources humaines pour travailler sur la qualité des soins.
	5. Oui et non. J'aime bien mon métier mais les infirmiers sont toujours entre les 2, entre les MD et les tâches de support ils ont pas de rôle hyper bien défini donc ils peuvent quasiment tout faire. On est entre les patients et la hiérarchie, entre l'administratif et le patient, je trouve que ce n'est pas très protégé à ce niveau là.
	6. Je suis pas satisfaite à 100% car quand une infi elle peut tout donner, qu'elle est perfectionniste et elle ne peut pas à cause de la charge de travail alors elle est insatisfaite. J'aime mon métier mais je me vois incapable de donner les soins que je veux donner
Points +	1. J'aime l'esprit d'équipe, de pouvoir donner du bien, aider, accompagner la personne. J'aime l'échange et le côté pluridisciplinaire de la discipline ce qui permet d'avoir une vision globale et de grandir dans le jugement clinique.
	2. J'aime aider les gens et depuis qu'on a ouvert à nouveau l'US je trouve que la charge est moindre, à la fin de mes journées j'ai le sentiment que j'ai fait un travail complet et de qualité tandis qu'avant j'étais frustré car je devais faire ça et ça et je n'avais pas le temps de parler avec un tel ou une tel et rien était encodé. Maintenant je peux dire j'ai bien fait mes soins, aps dans le stress ou dans la précipitation, c'est ça qui me fait beaucoup plaisir.
	3. J'aime l'approche et la motivation. J'aime le contact humain avec les patients
	4. C'est le côté humain, relationnel que j'avais avec mon équipe, savoir reconnaître les besoins de mes collaborateurs, pouvoir les aider dans le trajet de carrière.
	5. Contact humain, la relation avec les personnes qui soient en difficulté ou pas. J'aime bien parler avec les gens, rencontrer des nouvelles têtes.
	6. J'aime aider les gens. C'est la priorité pour moi de voir les besoins, de les aider vers le bien-être et leur autonomie. J'aime tout ce qui est contact avec les gens et leur famille pour travailler avec eux et les aider surtout.
	7. C'est la prise en charge des patients gériatriques, l'accompagnement et l'approche
	8. LA charge de travail est importante donc tu apprend beaucoup de choses et tu t'habitues avec le travail. J'aimais surtout la prise en charge du patient parce qu'on faisait des réunions multidisciplinaires ce qui permet un suivi sur le long terme du patient. et puis si il y avait un lien avec le patient car les hospitalisations sont plus longues ; tu as le temps de bien prendre le patient en charge et de faire bien les choses.

	Points nég	1. Ce sont les horaires, parfois on est obligés de faire 6 jours défilés ou parfois aussi gérer les imprévus pour des personnes qui ne sont pas là et on nous demande de faire des longues ce qui a un impact sur la vie de famille. Ou bien le médecin lorsqu'il n'est pas clair dans ses consignes et il change d'avis après 2 minutes sur ce qu'il faut faire et tu cours partout et tu es perdu dans ce que tu dois faire 2. La charge physique. Il ya beaucoup de manutention avec les kiné qui ne font même pas une manutention par jour pour le moment et au final c'est le chef qui nous aide pour tout. La chose négative c'est la manutention pour les patients grabataires. C'ets compliqué. 3. Je n'aime pas les imprévus, je sais que ils existent mais j'aime pas quand ils deviennent trop exagérés 4. Je passais 70 à 80% de mon temps à gérer les horaires, à refaire les horaires dus à des changements ou des absence. Voilà a faire des remplacement de dernière minute, ça me bouffait énormément d'énergie et je sentais que mon travail de chef je ne pouvais pas l'exploiter comme je voulais 5. Frustration de ne pas pouvoir accomplir ce qu'on veut ou comme on voudrait dans un sens de qualité car on manque de temps ; de ressources ou de personnel. 6. Je n'aime pas la spécialisation car je ne me sens pas à l'aide à travailler avec les adultes. Je travaille dans un milieu qui ne m'appartient pas 7. La mal organisation globale, entre les MD et les infir entre chefs et infir, entre infir et AS. C'est l'organisation de tout le travail car l'infir n'a pas le temps de faire ses propres tâches. Le travail infir ce n'est pas que de laver des personnes. il y a un grand rôle infir qui est perdu en gérie. 8. L'organisation du travail car en plus de tout le reste tu te retrouvait à faire 5 toilettes complètes de patients grabataires. C'était difficile.
	Condition de travail	1. Je suis satisfaite des conditions quand on est à notre écoute, surtout au niveau des horaires. Avoir un horaire qui nous permet de construire aussi. Ex. fille crèche 7h30. Le côté humain qui existe dans le métier est très important. Avoir un stock de matériel en suffisance nous faciliterait le travail. Parce que si on doit s'arrêter un moment donné et qu'on doit commencer chercher tel médicament ou un truc dans un autre service on perd du temps. Et voilà il y a une dynamique à respecter. Et le point le plus compliqué c'est l'encodage, c'est trop. On perd du temps. Et aussi on a l'impression que l'infir fait tout : on est parfois AL, on est dans le ménage soit pour manque de personnel soit car les autres ne veulent pas faire la tâche. Si tu sort de la chambre et que tu dis à l'AL de faire qqch et qu'elle te répond qu'elle ne peut pas tu vas le faire toi car on peut pas laisser la chambre en désordre et qu'il y a des visites. 2. Charge est diminué car le nouveau chef a une meilleure vision de la charge infir. Il a renforcé le staff, il nous aide avec les prise de sang et il a mis un quota max de prise de sang par jour. Il a amélioré la répartition des toilettes : il en donne 7 aux AS en plus des paramètres ce qui nous soulage beaucoup. 3. Je suis quelqu'un de perfectionniste et je trouve que je n'ai pas beaucoup de temps pour faire ce que je dois faire. 4. J'étais content et pas content car le chef il est amené à faire des tâches qui sortent de sa fonction : s'il y a une absence il fait la remplacer au chevet du patient, en salle ou comme aide logistique. Il faut donc assurer cette continuité de soin donc il n'y avait pas de respect du profil de fonction. Et en plus de respect de moi-même et de mon temps de travail : j'ai été amené souvent à sortir plus tard pour gérer des absences ou des urgences en salle ou je ne pouvais pas les récupérer pour remplacer une absence. Donc je n'aimais pas mes conditions de travail. Il y avait pas de respect de mon travail car je sentais le poids de la responsabilité envers mes collaborateurs et pour assurer la continuité. 5. On manque des ressources de personnel. Il y a une espèce de colère grandissante. 6. Quand tu as bcp de boulot et de patients lours et tu veux donner, parler avec les patients, tu n'as pas le temps. Tu cours. Tu parles avec les patients 2-3 minutes et après tu dois faire autre chose, tu dois aller pour un autre soin. C'est frustrant. Je suis satisfait quand le n° de patient diminue 7. Mais si on va dire alors, mais du point de vue horaire, du point de vue travail, dans la gériatrie, spécialement moi je trouve que il y a il y a pas il y avait parfois une grande, c'est une grande malentendu entre moi et le chef. Je t'explique pourquoi, parce que c'est pas possible qu'une infirmière elle va faire la nuit pour 24 patients parfois toute seule. Il y a le risque d'escarres bien sûr, parce que toi toute seule la nuit en 12h00, c'est pas possible que tu vas tourner le patient chaque 2h. le problème c'est pour moi en gériatrie le problème, c'était la mal organisation globale de tout le service. 8. Il y a une sorte d'harcelement. Tout le monde t'appelle pour un changement d'horaire... le manque de personnel fait que les conditions de travail sont pas bonnes, pour le reste au niveau logistique et tout tout est nickel.
	Ambiance de travail / relation avec collègues	1. Oui je suis satisfaite de m'ambiance de travail, ce sont des personnes respectueuses. On crée un groupe., on se sent bien. 2. On a une bonne cohésion d'équipe, pour le moment c'est génial. On est beaucoup mieux qu'avant, on a une bonne dynamique, on fête les anniversaires, Noel, les départs pour les grossesses ? c'est dans le respect et la bienveillance. L'équipe elle est géniale, on rigole bien ensemble, et en même temps on travaille, on a un but commun. On peut parler de tout et on s'entraide par rapport aux horaires s'il y a des soucis ou des changements. On est une équipe soudée et c'est ça qui est chouette. Ce qui a changé par rapport à avant : on fait + réunions d'équipe par rapport aux choses qui nous dérangent et on essaie de les changer. Si on a des suggestions à apporter pour l'unité on est libres d'en discuter là. C'est une réunion tous les 3 mois. 3. Je fais beaucoup pour garder une ambiance agréable, pour motiver les gens. J'augmente la bienveillance entre les collègues pour que chacun se sente soutenu 4. Ça va me manquer le contact et l'échange avec mes collègues et mes collaborateurs. Le travail actuel est plus solitaire. 5. L'ambiance c'est quelque chose dont on est satisfait car dans la difficulté on est solidaires dans le sens où tout le monde a les mêmes contraintes et donc ça renforce les liens entre collègues de la même profession. 6. En tant qu'équipe infirmière on est soudés, on travaille ensemble, on s'entraide. Je suis satisfaite de l'ambiance. On communique, on collabore. 7. C'est comme ailleurs : il y a des gens avec qui on est plus proches et d'autres avec qui on ne peut pas s'entendre ou qu'on ne peut pas s'entendre ou qu'on ne peut pas s'entendre mais des gros malentendus je n'ai pas eu avec personne.
	Charge de travail	1. La charge est lourde mais ce n'est pas tout le temps comme ça. Je crois que les supérieurs ont compris qu'ils ont besoin de nous aménager. Ça comme me peser de devoir gérer les étudiants en plus du travail d'infirmière mais je me dis qu'avec de l'organisation et de la planification ça peut le faire. Il faut anticiper 2. La charge est bcp mieux car on est + organisés. Avant on attribuait pas les toilettes, c'était brouillon maintenant le chef ou le responsable attribue qui fait quoi et ça se passe beaucoup mieux. Tandis que les après c'est plus compliqué car on travaille avec des interims. 3. Je sais que la charge est lourde mais moi je suis quelqu'un d'organisé, j'oriente la réflexion vers des solutions. Je ne stresse pas, j'essaie de trouver des solutions et de procéder par priorités. Je pense que chacun voit la charge d'une façon différente. Mais je pense que la charge est une question de priorité : pq pas demander de l'aide ? q pas organiser ? expliquer que aid il y a un manque, qu'on va pas faire certaines choses en tenant compte de la sécurité des patients et de la qualité 4. Il y a une charge de travail qui est énorme avec un chef impuissant à cause de la pénurie. Les conditions de travail ne sont pas toujours optimales, mais moi j'ai toujours essayé d'offrir des bonnes conditions à mes collaborateurs dans la mesure de mes capacités. 5. Je ressens mal la charge. C'est bcp trop pour. Le n° qu'on est ou pour une seule personne. Quand tu fais la nuit il y a bcp des personnes, on sent bcp de frustration et ça peut vite déborder sur les patients qui vont mal et on sait pas les aider. Ce n'est pas humain non plus. 6. La charge de travail c'est l'obstacle pour tout en gériatrie. C'est lourd. L'infirmière en gériatrie c'est comme un robot, tu vois, c'est juste terminer le travail, la charge de travail qui compte, c'est pas c'est pas l'être humain qui compte. 7. / 8. La charge infirmière est importante donc tu dois faire les actes techniques et les soins d'hygiène des patients grabataires.
	Relation avec chef	1. Le chef c'est quelqu'un qui est bienveillant. Au début on n'avait pas bcp d'échanges, c'était moi qui n'allait pas vers lui. Quand il devait me dire des choses c'était sous forme de feedback et moi j'aime bien les FB quand ils sont dans le respect, avec lui ça a toujours été une relation de bienveillance, de respect même quand il fallait critiquer le travail c'était toujours dans la meilleure des choses. 2. Elle a pensé de quitter à cause de l'ancien chef qui rabaisait etc (cf. quitter). Avec l'actuel chef elle a une bonne relation il nous pousse vers l'autonomie, à nous développer. Il me donne des responsabilités car je suis demandeuse. C'est du donnant donnant : si je demande qqch il me le donne et je suis toujours prête à aider si besoin. en tout cas des efforts qui se font dans les 2 sens et donc on a envie en fait, que cette dynamique, voilà, perdure 3. Actuellement elle est bien. Je suis passée par des moments où il n'y avait pas de chef fixes, il y avait des personnes qui n'avaient pas la même vision que moi. Moi j'avais besoin de plus de cadre car je suis nouvelle dans ma fonction, dans le système. Mais maintenant ça va car c'est plus cadré et que j'ai une référence. 4. C'est une nouvelle fonction pour lui aussi mais je sens qu'il est à l'écoute. C'est quelqu'un qui nous laisse notre autonomie, notre façon de gérer, c'est pas quelqu'un qui vient nous imposer une façon de travailler. Il y a des obj pour les départements, mais il nous laisse une bonne marge pour gérer notre organisation. 5. Relation simple et courte, quand elle a des choses à nous dire elle nous le dit. on n'a pas énormément de relation je ne crée pas bcp de soucis et je ne viens pas non plus qu'on m'envoie des choses. 6. Chef compréhensif qui a tenu compte de mes capacités et de mes expériences. Il m'a encouragé et supporté. Je n'ai pas eu de problèmes avec lui. 7. Incompréhension avec chef. 8.
	Travail vs. vie privée	1. Pour le moment ça va grâce à mon compagnon qui essaie de gérer quand je ne suis pas là. Heureusement j'ai un compagnon compréhensif qui sait que je peux finir tard 2. C'est compliqué pas avec mon copain car on est arriver s'accommoder car il a pu changer son weekend de travail. Mais le reste de la famille ne comprend pas. Il y a beaucoup de choses qui sont organisées à l'improviste auxquelles je ne peux pas participer. Et ils ne sont pas ouverts aux changements ou aux adaptations (ex. Noel). Ils comprennent pas non plus mon métier. Lorsque j'élargie le cercle, ils ne comprennent pas. 3. C'est avec le temps et l'expérience que j'ai appris à déconnecter ma vie professionnelle de ma vie privée. Avant je regardais mes mails même en vacances ou le week-end. maintenant je consacre les après-midi à ma famille et j'ai demandé de ne plus m'appeler quand je suis à la maison 4. Maintenta ça va parce qu'il y a plus de flexibilité dans ma nouvelle fonction mais avant c'était compliqué surtout quand j'ai démarré comme chef c'était pas évident de gérer. Il y avait des choses au niveau privé qui ne suivaient pas. Car je rentrais tard et j'arrivais jamais à récupérer. Et aussi au niveau physique car c'était épuisant. Et au niveau psychologique car ça me consommait bcp d'énergie. Parfois j'arrivais à la maison et je n'avais pas même envie de parler, juste de dormir. Après avec les années l'expérience m'a aidé à mieux gérer et être plus présent dans ma vie privée. 5. Ah difficile à temps plein car on a l'impression qu'on passe tout notre temps à l'hôpital. En plus maintenant je fais un master et donc les 2 ne sont pas toujours compatibles. Une activité déborde sur l'autre. 6. J'essaie de gérer les 2, j'ya arrive difficilement. On s'entraide avec mon mari.
	Remunération	1. Je crois que pour le moment ça va. Il y a quand même un bonus avec l'indexation des salaires donc c'est satisfaisant mais la vie est chère. Je crois que le système IFI aussi c'est bien maintenant. Donc pour moi c'est bon mais on veut toujours plus. 2. Elle s'est améliorée mais grâce à l'inflation, mais si je compare mon salaire à celui de mon copain qui n'a pas de BAC je gagne 200 euros en plus de lui avec un titre en plus et + d'heures incontestables avec plus de responsabilité : je repare des gens alors qu'il repare des mètres. Je trouve ceci injuste. Et aussi j'ai appris qu'à l'hôpital les infis de chir cardiaque sont payés un barème en plus de nous car considéré comme US aigue mais je trouve que c'est inégal car chaque unité à ses difficultés pour nous aussi c'est lourd pour notre dos, les patients sont grabataires. 3. Elle est équitable. J'ai cru dans l'IFIC mais je trouve que ce n'est pas un système correcte, je ne vois pas une augmentation assez élevée. C'est + qu'au Liban mais c'est un autre système d'économie 4. Ça va même en tant que chef car il y avait un confort aussi au niveau des horaires, je ne fais pas vraiment de nuits ou de weekends. 5. On est pas assez valorisés au niveau salariale par rapport aux services qu'on rend à la société 6. Dans l'hôpital ils m'ont considéré mes années d'expérience donc ça fait un salaire assez haut. Alors pour moi ça va. Il va augmenter encore après la spécialisation en pédiatrie quand je quitterai l'hôpital pour la pédiatrie. Mais pour l'instant je suis satisfaite.

7.4.4. EO

EO hôpital	1. Je ne suis pas vraiment liée à l'hôpital, c'est trop dire. Mais j'y retrouve mon compte 2. Depuis toute petite j'ai toujours gravité autour de cet hôpital. Ma mère y travaillait. J'y ai fait mes études et mes stages. C'est l'hôpital francophone le plus proche de chez moi. 3. 70%, c'est grâce à eux que je suis ici en BE, ils m'ont ouvert plusieurs opportunités, j'ai pu avancer dans ma carrière mais je trouve qu'il y a une certaine organisation à revoir pour que je me sente qu'ils m'écoutent ; 4. Je me sens liée à l'hôpital car j'ai un contrat avec l'hôpital j'ai des devoirs et des droits, une hiérarchie à respecter. 5. Je me sens pas spécialement liée à l'hôpital c'est un employeur. 6. Je ne me sens pas liée à l'hôpital je travaille et je touche un salaire. Dans un autre hôpital c'est la même chose. Pour moi l'infirmerie dans un hôpital est un chiffre
EO service	1. Je suis bien. C'est maison. Si je devais aller dans d'autres services ce serait bizarre. C'est comme une maison, on se sent bien et je suis liée à ça, aux murs, aux personnes qui sont là 2. Si je me sens liée au service c'est grâce aux collègues. C'est grâce à eux que j'ai pu supporter mon ancien chef pendant si longtemps. Elles m'ont accompagné et formé à mes débuts. Je suis très attachée à mes collègues, c'est un peu comme ma famille. 3. 90% car tu connais les gens, c'est une histoire d'habitude, les liens, c'est l'équipe médicale ou infirmerie. C'est le temps que j'ai investi avec ces gens-là. 4. / 5. Surtout par rapport aux rapports aux collègues, ce sont des personnes avec qui on a vécu des histoires. Des amis groupés, donc c'est plus difficile de les quitter. 6. Ça revient au même que à l'hôpital

7.4.5. Fidélisation

Importance	1. C'est important car parfois on a de bons éléments qui partent. La fidélisation nous permet de créer une cohésion d'équipe qui permet d'avoir confiance dans le travail des autres et permet d'avoir une équipe qui évolue et qui donne du meilleur. C'est important surtout quand c'est un bon élément 2. Ça me préoccupe pour éviter les départs des collègues mais pas au point de les fidéliser. 3. Ça me préoccupe beaucoup. C'est de garder les mêmes gens, les former 4. Ça me préoccupe car c'est la réalité : il y a une pénurie du personnel soignant et sans eux on ne sait pas effectuer la principale mission de l'hôpital qui est de donner des soins de qualité au patient. Donc si on n'arrive pas à engager du personnel compétent c'est un problème. Et si on n'a pas assez de personnel pour assurer la continuité il faut aller en chercher ailleurs (cf. personnel intérimaire) ce qui a une incidence négative sur la qualité. 5. Je ne suis pas préoccupé par ça. Moi non plus je ne me fidéliserai pas tant que je trouve pas ce que je cherche. 6. Je ne suis pas inquiet par la fidélisation. Les personnes savent leur objectif
Apport personnel	1. On essaie de se dire qu'on reste car on se sent bien. Et je peux agir en donnant mon avis quand les personnes me disent qu'ils veulent partir et c'est le moment de dire à la personne qui elle est et ce qu'elle apporte de bien pour qu'elle décide de rester. Je ne sais rien faire d'autre pour le moment que de montrer à la personne quels sont les avantages de rester. Mais quand ce sont de bons éléments il faut trouver des moyens, il y a toujours une solution. 2. Quand elles vont voir ailleurs et qu'ils y pensent je dis de rester. Ça fait toujours quelque chose quand un collègue part pas non plus au point de les fidéliser. S'ils ont des meilleures offres ailleurs qu'elles y aillent. Moi je peux agir par rapport à la cohésion d'équipe, une bonne dynamique, une bonne continuité des soins, des bonnes relations hors professionnel. 3. Je fais beaucoup de team building pour essayer de changer, pour donner du sens au nursing, motiver les gens, garder une ambiance qui est agréable. Réorganisation du service et dégager les infirmiers de ce qui peut être déagagé. JE fais déjà beaucoup ; je forme les nouveaux, je les accompagne. 4. Je peux agir au niveau du personnel intérimaire pour les attirer, expliquer le fonctionnement, au niveau étudiants aussi en les accompagnant. Expliquer la spécificité de la gériatrie 5. Faire remonter à la hiérarchie les problèmes. En vérité tout le monde sait le problème de sous-effectif mais le travail on le fait quand même. Il faudrait peut-être commencer à montrer que on y arrive pas mais ça va à l'encontre de nos valeurs. Pour fidéliser je peux aussi prendre le temps de bien accueillir le personnel externe à l'US. 6. / 7. JE ne sais pas comment on peut faire car chaque infirmier a une préférence c'est un vécu personnel. Les autres infirmiers peuvent jouer un rôle dans la fidélisation lorsqu'il sécurisent les collègues. S'il y a pas de protocoles et procédures tu ne te sens pas en sécurité, s'il y a pas de continuité, s'il voit que son collègue ne travaille pas de la même façon si moi je fais bien tout mes soins et après tu ne fais rien alors c'est quoi ? il y a des gens qui n'assurent même pas le minimum. 8. Il y a une bonne ambiance mais beaucoup de tensions se créent à cause de la charge de travail. Le personnel de terrain court toute la journée du coup il n'a pas le temps de faire des activités et créer l'ambiance entre collègues.
Rôle institutionnel	1. C'est la négociation avec les personnes qui veulent partir, comprendre ce qu'elle veut et voir si elles peuvent accepter. 2. Le max d'avantages sociaux. Pour les primes on est taxé 50% tandis que les chèques consommations c'est directement dans notre poche. Et aussi des petites actions gratuites, les petits cadeaux de temps en temps. Et aussi de nous concerter pour les décisions importantes. Par ex. les veilles n'ont plus de repas, ce n'est pas logique : elles n'ont qu'un repas du samedi au dimanche. Et aussi ils ont changé l'horaire des navettes pour l'adapter à l'affluence mais le personnel finit à 15h00 du coup ils ne peuvent plus en profiter. C'est de se préoccuper du personnel. 3. L'institution peut pas toujours agir car si les gens veulent partir car ils déménagent ou autre alors on ne sait pas agir on sait agir en revoyant l'organisation du travail. Les gens sont frustrés car ça fait 2 ans qu'ils ont plus d'AL. 4. Faire de la publicité vers l'extérieur, aller vers l'école, organiser des journées portes ouvertes pour montrer une vision positive de la gériatrie. Offrir des opportunités d'évolution, de formation, un bon accueil et collaborer avec l'agence d'intérim pour voir dans quelle mesure ce personnel peut être attiré vers l'hôpital. 5. On sait bien qu'au niveau salarial ce n'est pas possible de fidéliser à cause des barèmes préétablis, ils pourraient nous payer quelque barème en plus mais on sait que ce n'est pas possible financièrement. Il peut agir sur les conditions de travail, protéger le personnel soignant et le valoriser. Dire aux autres que ce n'est pas forcément à l'infirmerie de donner un verre d'eau au patient, que les médecins aussi peuvent le faire, que les personnes de nettoyage peuvent aussi allumer la télé si le patient le lui demande. On a l'impression que l'infirmier est le bouche-trou de toutes les actions dont on ne sait pas qui est le responsable. Adapter l'offre de formation pour qu'elle soit accessible au personnel et communiquer l'information car on n'a pas le temps d'aller chercher les infos partout pour pouvoir s'inscrire. 6. Il faut recruter. Il ne peut pas empêcher les personnes de partir, mais peut-être qu'il peut prendre en compte l'expertise car il y a des gens qui travaillent très bien et qu'on laisse partir. Il faut s'attacher les infirmiers qui sont compétents. Peut-être en donnant des postes, en augmentant leur salaire. 7. Suggester une prime de gériatrie. Augmenter le n° d'infirmerie et AS. L'infirmerie peut s'occuper de plus de patients si on la décharge des soins d'hygiène et des soins accessoires. Il faut donner aux infirmiers ce qui est aux infirmiers et aux AS ce qui est aux AS. 8. Descendre sur le terrain nous voir (à part ma chef je ne vois personne et en gériatrie c'était pareil), travailler sur le recrutement, organiser les services. Si tu vas en médecine tu as 6 spécialités différentes donc s'il y a un problème tu dois appeler 6 MD différents.

Rôle RH	1. Peut-être dans la discussion avec l'RH de négocier. La personne dit que pour rester elle veut ça ça et ça et à eux de voir ce qu'ils peuvent faire et trouver de compromis. Mais eux parfois ils sont fermés ils se disent qu'ils vont trouver mais ils sont fermés, ils se disent qu'ils vont trouver mais ils ne trouvent pas si facilement.
	2. /
	3. Il faut qu'on soit sur la même longueur d'onde ? il faut engager des gens bien formées, compétent. il faut bien recruter. Les gens il se demotivent si les collègues sont involontaires, ne veulent pas avancer.
	4. Je ne sais pas trop. Avoir une personne spécifique des RH par département. Qui puisse avoir une bonne connaissance du département. Plus de réactivité aux candidatures spontanées et, lorsque une personne n'est pas intéressée par la gériatrie la réorienter.
	5. On a l'impression qu'on accepte le tout venant donc être plus sélectif dans l'engager des personnes. Parfois il vaut mieux n'avoir personne que d'engager des personnes juste pour cocher des cases. Il faut des personnes compétentes et motivées. je ne sais pas comment ils peuvent cibler mais c'est leur boulot.
	6. JE ne connais pas la fonction des RH, peut être faire des enquêtes aux personnes qui quittent
	7. Il peut donner plus de flexibilité au niveau des horaires en gériatrie. mais ils doivent signer un contrat de 2-3 ans minimum. Ce n'est pas pour les obliger mais tu ne peux pas fidéliser qqun s'il reste qu'un an et qu'après il va partir. Tu investi du temps pour la former pour qu'elle parte.
	8. Ils peuvent présenter au nouveau la possibilité d'évoluer, te proposer des formations ça fait longtemps que j'en fais pas. Il y a des gens qui font la journée d'accueil après un an de travail.
Améliorations	1. C'est la reconnaissance qu'on peut donner à la personne. C'est ce qu'il manque dans l'hôpital ou à nos chefs d'être un peu plus reconnaissants à ce qu'on donne parce qu'on donne du sien, on est présents quand on a besoin de nous la plupart du temps mais on n'a pas un « merci » qui vient de manière spontanée. Je sais que beaucoup donnent parce que parfois on nous appelle quand on est à la maison ou bien quand on a un horaire et que le chef dit « Écoute, j'ai besoin ici est-ce que, est-ce que... ? » Parfois on réfléchit et on se dit ok si je buscule ça de mon programme privé juste pour aider voilà et je sens qu'après le merci arrive parce que tu as donné mais si tu n'avais pas donné, ils vont pas te dire merci. Pour moi il y a ce manque de... il y a cette prime d'attractivité qui donnent, ils ont ça mais pour moi ce n'est pas suffisant. La reconnaissance ce n'est pas...ce n'est pas de l'argent. Moi je ressemblerai les gens, j'apporterai des trucs et je lui dirai voilà ça c'est pour vous remercier ce que vous faites et de ce que vous donnez. C'est important selon moi. Gérer aussi les horaires. On veut pas des horaires à la carte mais accepter que quelqu'un préfère faire tel horaire par rapport à un autre et ça ça amène une certaine fidélisation car on a l'impression qu'on nous écoute, qu'on nous comprend.
	2. Je trouve qu'ils pourraient un peu plus nous écouter, il n'y a personne comme manager qui vient nous demander concrètement qu'est-ce qu'on veut. Il faudrait des moments de discussion et de parole, d'être écouté. il y a un manque de transparence et équité entre toutes les infirmières.
	3. Être sur le terrain et écouter. Les valoriser. Ils viennent me dire qu'ils sont satisfaits de l'encodage fourni, mais il ne les disent pas aux gens qui le font. Il est important de réévaluer l'image de l'infirmière. si vous voulez que l'infirmière fasse attention à la pharmacie, à la date de péremption, à rendre les médicaments, les médicaments qui ne sont plus utiles, à bien réfléchir ses soins, à bien assurer la sécurité transfusionnelle, elle peut pas être occupée à changer un linge, à faire une toilette de dernière minute. Il faut dégager
	4. /
	5. Augmenter les effectifs. On tire sur la corde des personnes qui restent jusqu'au moment ils partent aussi.
	6. Formation continue du personnel car si le personnel est formé il sera peut être plus intéressé du domaine et il sera plus à l'aise dans les soins. Et soulager la charge de travail en recrutant. Il ne faut pas recruter que les infirmiers, mais aussi du personnel d'aide qui puisse soulager la charge de travail. Ils ont adopté l'ifc mais il y a des gens qui sont maintenant mieux payées que d'autres avec ce système. Il faut donc voir une solution. En un an de travail je n'ai reçu qu'une formation banale.
	7. Augmenter le personnel soignant, mettre une prime de spécialisation, mettre 2 la nuit et revoir l'organisation. Il faut que le service de qualité doit aller sur place et voir ce qu'on peut faire.
	8. Améliorer l'organisation du travail, recruter. Après quand on va avoir une bonne ambiance et une bonne organisation on va aimer faire le travail. Mettre en place de politiques de développement
Qu'est-ce qu'on peut faire pour te fidéliser ?	1. Les avantages extra-salariaux. J'aime quand ils organisent les journées du personnel. Une dynamique saine au niveau du service, des possibilités d'évolution, autonomie personnelle, prise de responsabilité, de confiance entre chaque personne de l'équipe.
	2. Plus d'écoute
	3. /
	4. Flexibilité au niveau horaire, salaire, possibilité d'évolution et de formations
	5. Les ressources en temps, en matériel et après avoir une mission et un objectif avec les moyens dans un temps imparti. Dans la démarche de qualité. Une augmentation salariale c'est pas de refus et de flexibilités plus de vacances ou + de flexibilité au niveau du temps de travail.
	6. On peut pas me fidéliser car j'ai déjà choisi de partir. Mon objectif est clair et précis, je veux aller en pédiatrie.
	7. /
	8. Moi je ne peux pas partir car ils paient mon master mais d'autres restent car il y a la crèche des enfants.
Autres	- Il y a eu des interventions de la hiérarchie, mais étant des causes médicales on ne pouvait rien faire pour la retenir.
	- Pour le moment l'hôpital est en train de rien faire pour la fidélisation. Il y a pas de nouveauté à part une augmentation de la charge chaque année, à cause des départs.

LOUVAIN-LA-NEUVE | **BRUXELLES** | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR
Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 Woluwe-Saint-Lambert, Belgique | www.uclouvain.be/fsp