

Faculté de santé publique

Facteurs de rétention des infirmiers au sein des institutions hospitalières

Quelles actions sont instaurées par les différents
niveaux hiérarchiques du département infirmier ?»

Mémoire réalisé par
Camille Hannecart

Promoteur
Walter Hesbeen

Année académique 2021-2022
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Facteurs de rétention des infirmiers au sein des institutions hospitalières

Quelles actions sont instaurées par les différents
niveaux hiérarchiques du département infirmier ?»

Mémoire réalisé par
Camille Hannecart

Promoteur
Walter Hesbeen

Année académique 2021-2022
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

1. Remerciements

Je voudrais commencer par adresser mes remerciements à mon promoteur, Monsieur Walter Hesbeen. Sa disponibilité, son écoute et ses précieux conseils m'ont guidé durant toute la rédaction de ce mémoire.

J'aimerais exprimer ma reconnaissance aux différents témoins privilégiés, qui ont pris le temps de me partager leur expertise concernant mon sujet. Chacune de ces rencontres m'a permis de développer ma vision et mes connaissances.

J'aimerais également exprimer ma gratitude à tous les acteurs de terrain avec qui j'ai eu la chance de m'entretenir. Leurs témoignages, plus qu'enrichissants, m'ont été essentiels tant dans ma recherche que dans mon analyse.

J'adresse mes plus profonds remerciements à tous les professeurs et intervenants de l'Université Catholique de Louvain pour leur enseignement de qualité tout au long de ce master. Leur apprentissage m'a guidé durant l'ensemble de ce mémoire.

Je tenais à remercier ma maman, Isabelle, pour son soutien inconditionnel ; et mon papa, Stephane, qui, de là où il est, m'envoie chaque jour la force d'atteindre mes objectifs. Je remercie mon compagnon, Fabian, pour ces encouragements et sa patience. Et pour finir, je voulais remercier l'ensemble de ma famille et de mes amis pour leur présence et leurs attentions durant ces deux ans.

2. 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 étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

3. Table des matières

1. Remerciements	4
2. Le plagiat	5
3. Table des matières	6
4. Introduction	8
5. Méthodes	9
1. Cadre théorique	9
2. Témoins privilégiés	11
3. Acteurs de terrain	12
1. Objectif de la recherche	12
2. Méthodologie	12
3. Stratégie d'échantillonnage	13
4. Outils	14
5. Méthode d'analyse	14
6. Résultats	15
1. Cadre théorique	15
1. Mise en contexte	15
2. Population infirmière en Belgique	16
3. Contexte historique	16
4. Portrait de la situation actuelle	17
5. Description de la formation infirmière	18
6. Cadre légal	18
7. Détresse psychologique au sein de la population infirmière	19
8. L'intention de quitter	20
9. Facteurs de rétention	22
10. Magnet Hospitals	26
11. Littérature profane	27
12. Conclusion du cadre théorique	28
2. Témoins privilégiés	30
1. Compte-rendu de l'entretien avec Gauthier Saelens	30
2. Compte-rendu de l'entretien avec André Néron	32
3. Compte-rendu de l'entretien avec Didier Van Wymersch	33
4. Compte-rendu de l'entretien avec Edgard Peters	36
5. Conclusion des entretiens avec les témoins privilégiés	38
3. Entretiens avec les acteurs de terrain	40
1. Définition de l'attraction et de la rétention	42
2. Situation actuelle des infirmiers au sein du paysage hospitalier	43
3. Contenu significatif du métier d'infirmier	44
4. Rôles de chaque professionnel au sein de sa fonction	46
5. Turnover du personnel infirmier au sein de l'hôpital	48
6. Raisons qui poussent les infirmiers à quitter un hôpital	49
7. Rôle de la santé psychologique au travail	51
8. Raisons d'absence à long terme	51
9. Facteurs de rétention et d'attraction du personnel en milieu hospitalier	52

10.	Contraintes face à la mise en place de solutions	55
11.	Rôles de chaque professionnel dans la problématique de rétention	56
12.	Proposition d'améliorations / innovations	59
13.	Connaissance des professionnels concernant le « Magnet Hospital »	59
14.	Projet d'accréditation et lien avec la rétention	60
15.	Illustration de la participation des professionnels dans la rétention	60
16.	Synthèse des entretiens avec les acteurs de terrain.....	61
7.	<i>Discussion et perspectives.....</i>	64
8.	<i>Conclusion</i>	70
9.	<i>Bibliographie</i>	75
10.	<i>Annexes.....</i>	77
	Annexe 1 : Tableau Burn-out.....	77
	Annexe 2 : Guide d'entretien – Témoins privilégiés	77
	Annexe 3 : Guide d'entretien – Acteurs de terrain	78
	Annexe 4 : Informations des professionnels interrogés.....	82
	Annexe 5 : Retranscription entretien directrice du département infirmier.....	83
	Annexe 6 : Tableaux comparatifs – entretiens avec les acteurs de terrain	98
	Tableau : Rôles dans leur fonction	98
	Tableau : Situation actuelle des infirmiers au sein du paysage hospitalier	101
	Tableau : Contenu significatif du métier d'infirmier	103
	Tableau : Turn-over du personnel infirmier au sein de l'hôpital	105
	Tableau : Raisons qui poussent les infirmiers à quitter les institutions	106
	Tableau : Rôle de la santé psychologique au travail.....	108
	Tableau : Raisons d'absence à long terme.....	109
	Tableau : Définitions attraction et rétention	110
	Tableau : Facteurs de rétention et d'attraction du personnel en milieu hospitalier.....	111
	Tableau : Connaissance des professionnels concernant le « Magnet hospital »	114
	Tableau : Contraintes face à la mise en place de solutions.....	115
	Tableau : Rôles de chaque cadre de santé dans la rétention	116
	Tableau : Proposition d'améliorations.....	120
	Tableau : Illustration de la participation des intervenants à la rétention.....	122
	Tableau : Accréditation	123
	Tableau : Thématiques émergentes des autres entretiens.....	124

4. Introduction

Pour comprendre le choix de mon sujet, j'estime qu'il est important de comprendre qui je suis et d'où je viens. Je m'appelle Camille Hannecart. J'ai 24 ans et je vis dans la région de Charleroi. Je suis actuellement étudiante en Master en Sciences de la santé publique à l'Université Catholique de Louvain. Depuis près d'un an et demi, je travaille dans l'équipe mobile de remplacement infirmier (EMRI) du Grand Hôpital de Charleroi (GHDC). Mon travail consiste à effectuer des remplacements, dans quasiment tous les services des 4 hôpitaux (IMTR, Saint-Joseph, Sainte-Thérèse et Notre-Dame), afin de renforcer les équipes en manque de personnel. Mon affectation est susceptible de changer tous les jours en fonction des nouvelles absences, écartements prophylactiques, maladies, etc.

Au cours de ces premiers mois de travail, j'ai pu observer que certains services étaient systématiquement en manque de personnel, à l'inverse d'autres services où je n'étais que très rarement affectée. Pourtant, tous les services engagent de façon équivalente le même nombre de personnel et les conditions de travail sont relativement identiques pour tous les infirmiers du GHDC (salaires, congés, etc.). Je me suis alors questionnée : pourquoi certains services conservaient plus difficilement leurs personnels ? Quels éléments pouvaient jouer dans la rétention de ces infirmiers ? Quels sont les éléments qui peuvent expliquer qu'un infirmier quitte son emploi ?

Je suis bien sûr consciente de l'importante pénurie d'infirmiers dans le secteur hospitalier. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (2006), il existerait une pénurie de près de 4,3 millions de médecins, sages-femmes et infirmiers dans le monde. A cela, s'ajoute un turnover très élevé avec un remplacement souvent difficile des infirmiers dans le milieu hospitalier. C'est un phénomène qui rythme mon quotidien d'infirmière volante car notre équipe tente de combler au maximum les conséquences de ces deux problématiques majeures.

J'ai donc décidé d'approfondir mes recherches en lien avec les différents facteurs de rétention et les rôles de chacun des intervenants d'une institution, notamment l'infirmier chef d'unité, l'infirmier chef de service et le directeur du département infirmier. Je souhaiterais déterminer tant les différents facteurs permettant aux institutions hospitalières de conserver leur personnel sur le long terme, que le rôle et les possibilités d'actions de chacun des intervenants dans la rétention du personnel infirmier au sein d'une institution hospitalière. Ma question de

recherche serait donc : « **Quels facteurs permettraient d'augmenter la rétention des infirmiers au sein des institutions hospitalières ? Et quelles actions pourraient être mises en place par l'infirmier chef d'unité, l'infirmier chef de service et le directeur du département infirmier afin d'augmenter cette rétention ?** »

5. Méthodes

1. Cadre théorique

Afin de trouver une piste de réponse en lien avec cette question de recherche, j'ai décidé de réaliser une recherche exploratoire à l'aide de trois méthodes. J'ai d'abord réalisé une recherche documentaire dont l'objectif était de rechercher des informations sur la rétention des infirmiers dans le milieu hospitalier déjà disponibles dans la littérature. Pour cela, je me suis intéressée tant à la littérature scientifique qu'à la littérature profane. Selon moi, ces deux types de littérature sont nécessaires afin de comprendre au mieux les différents enjeux de cette problématique.

Concernant la littérature scientifique, j'ai procédé de différentes façons afin d'obtenir des articles pertinents en lien avec mon sujet. J'ai utilisé différents moteurs de recherches. Par exemple, je me suis rendue sur le moteur de recherche Pudmed. J'ai réalisé une recherche avec les mots clés suivant : nursing, environment et magnetism. J'ai utilisé l'opérateur booléen « and » de façon à obtenir l'équation suivante « Nursing and environment and magnetism ». J'ai sélectionné plusieurs filtres afin d'affiner mes recherches notamment : Free full text, 10 years et English. Cela m'a permis de réduire ma recherche à 82 résultats. Après lecture des différents résumés, j'ai trouvé l'article « The nursing work environment and quality of care: Content analysis of comments made by registered nurses responding to the Essentials of Magnetism II scale » de Oshodi TO et al. (2017). J'ai réalisé d'autres recherches avec les mots clés « Nursing and retention and manager » et les filtres : abstract, From 2002 to 2022 et English. Cela m'a permis d'obtenir, grâce à la lecture du résumé, à travers les 3439 résultats, l'article « The nurse manager : job satisfaction, the nursing shortage and retention » de Andrews (2005).

J'ai également obtenu trois articles conseillés par mon promoteur sur le site du Groupe Francophone d'Etudes et de Formations en Ethique de la Relation de Service de soin (GEFERS). Ces trois articles sont : « Ambiance professionnelle, implication personnelle et

qualité du service » par Walter Hesbeen (2007), « Des organisations apaisantes pour des pratiques pertinentes et attrayantes » par Walter Hesbeen (2015) et « L'éthique organisationnelle dans le secteur de la santé » de Michel Dupuis (2014).

Ensuite, j'ai utilisé Google Scholar de deux façons différentes. D'abord comme un moteur de recherche avec les mots clés suivant : magnets hospitals nurse rétention pdf. J'ai obtenu près de 62 000 résultats. J'ai sélectionné 3 articles sur base de l'abstract qui sont : « Factors Affecting Nurse Retention at an Academic Magnet Hospital » de Buffington et al. (2012), « A Comparison of Working Conditions Among Nurses in Magnet and Non-Magnet Hospitals » de Trinkoff et al. (2010) et « Nurse Outcomes in Magnet and Non-Magnet Hospitals » de Kelly, Mc Hugh & Aiken (2012). J'ai réalisé d'autres recherches avec d'autres mots clés de la même manière notamment en français avec « infirmier et rétention et environnement » ce qui m'a permis de trouver l'article « Le rôle de l'environnement psychosocial de travail dans la rétention des infirmières oeuvrant dans les hôpitaux québécois de soins généraux et spécialisés » de Nadeau-Gauthier (2012). De plus, j'ai utilisé Google Scholar afin de trouver le texte intégral de certains articles indisponibles sur les autres moteurs de recherche que j'ai utilisé.

J'ai également cherché sur Google des textes bien précis dont je connaissais l'existence comme par exemple le « Décret fixant des conditions d'obtention des diplômes de bachelier sage-femme et de bachelier infirmier responsable de soins généraux, renforçant la mobilité étudiante et portant diverses mesures en matière d'enseignement supérieur » de 2008.

Une autre méthode que j'ai très fréquemment utilisée est le fait de rechercher dans les bibliographies d'articles pertinents pour mon sujet, d'autres références d'articles dont le titre me semblait intéressant. Je recherchais ensuite sur Google Scholar l'abstract ou le texte intégral de cet article afin d'approfondir ma recherche.

Pour la littérature profane, j'ai réalisé mes recherches de façon différente. J'ai utilisé le moteur de recherche Google. J'ai fait ce choix car je souhaitais me mettre dans la peau de la majorité de la population qui s'informe sur l'actualité, via ce type de moteur de recherche. L'objectif était de se mettre à la place d'un futur étudiant infirmier ou alors du grand public afin de comprendre la vision et les ressentis de ces derniers. J'ai donc cherché dans la barre de recherches « pénurie infirmières », « infirmier Belgique » ou encore « Étude infirmier » comme

l'aurait fait une personne voulant se renseigner sur cette thématique. Cela m'a permis d'accéder aux articles suivants : « Pénurie de personnel soignant : quelle ampleur et comment l'expliquer ? » publié par la RTBF en décembre 2021, « La Belgique confrontée à une grave pénurie de personnel soignant » publié par Euronews en novembre 2021 ou encore « Belgique : une prime de 7 000 euros pour attirer du personnel infirmier » publié par Le Quotidien en janvier 2022.

2. Témoins privilégiés

Après la rédaction de ce cadre théorique grâce à la littérature scientifique et profane, j'ai réalisé des entretiens individuels avec plusieurs témoins privilégiés qui me permettront de compléter le cadre théorique par des informations apportées par des personnes de terrain maîtrisant cette problématique. Un échange avec ces témoins privilégiés sera l'occasion pour moi de sortir du cadre, de mes idées préconçues et de m'ouvrir l'esprit sur certains aspects de cette problématique. J'ai donc interrogé 4 professionnels sous forme d'entretiens semi-dirigés. Pour cela, j'ai rédigé un guide d'entretien se trouvant en annexe 2. Cependant, mon questionnaire a été parfois fortement modifié lors des rencontres afin de m'adapter au mieux à chacun d'entre eux et à l'orientation qu'ils voulaient donner à la problématique. J'ai, en effet, laissé une grande liberté à chacun de s'exprimer et de mettre en avant les éléments qui leur semblaient les plus importants en lien avec la problématique. Les rencontres se sont déroulées soit par vidéo conférence, soit par appel téléphonique ou encore directement sur le lieu de travail du professionnel. Chacune de ces rencontres a été enregistrée avec l'accord de tous, afin de retranscrire le plus fidèlement possible leurs témoignages. J'ai porté une attention particulière au choix de ces témoins privilégiés. J'avais vraiment pour objectif de sélectionner des professionnels pouvant apporter des éléments différents des acteurs de terrain et abordant des orientations singulières afin de rendre ces échanges les plus complémentaires possible. Il s'agit de professionnels que j'ai rencontrés dans le cadre de mon métier, de ma vie privée ou encore qui m'ont été conseillés par mon promoteur Walter Hesbeen. Ces témoins privilégiés ont tous été très intéressés de m'exposer leur point de vue sur ce sujet qu'est la rétention. Ayant des professions, des vécus et expériences différentes, l'orientation de l'entretien a parfois été très différente d'un professionnel à l'autre.

J'ai donc eu l'occasion d'interroger 4 professionnels qui sont :

- Monsieur Gauthier Saelens : Directeur Général au Grand Hôpital de Charleroi
- Monsieur André Néron : Directeur du Bureau Partenariat Patient de l'ULB
- Monsieur Didier Van Wymersch : Directeur du Pôle Femme Mère Enfant au Centre Hospitalier de Luxembourg
- Monsieur Edgard Peters : Directeur des Soins infirmier à la Fédération de l'aide et des soins à domicile

3. Acteurs de terrain

1. Objectif de la recherche

Pour finir, j'ai décidé de réaliser plusieurs entretiens semi-directifs avec des acteurs de terrain afin de compléter les informations obtenues dans la littérature et auprès des témoins privilégiés. En effet, la littérature scientifique, profane et les entretiens avec les témoins privilégiés m'ont permis de répondre en partie à mes questions de recherche qui étaient : « **Quels facteurs permettraient d'augmenter la rétention des infirmiers au sein des institutions hospitalières ? Et quelles actions pourraient être mises en place par l'infirmier chef d'unité, l'infirmier chef de service et le directeur du département infirmier afin d'augmenter cette rétention ?** ». J'ai obtenu des réponses en particulier à ma première question concernant les facteurs permettant l'augmentation de la rétention des infirmiers au sein des institutions hospitalières. Il était donc important d'approfondir mes connaissances concernant les actions des différents professionnels de la santé, à savoir l'infirmier chef d'unité / infirmier chef de service / directeur du département infirmier, permettant d'augmenter cette rétention. Ma recherche de littératures et les différentes rencontres avec les témoins privilégiés ont également fait émerger certains concepts que j'aurais souhaité approfondir au contact des acteurs de terrain. L'objectif de ces entretiens avec les acteurs de terrain va donc être de développer mes connaissances sur ces différents concepts, mais aussi de générer de nouvelles hypothèses qui n'étaient pas abordées précédemment.

2. Méthodologie

Ma démarche est de type exploratoire. Il s'agit d'une étude qualitative par entretien. J'ai fait le choix de cette méthode car elle me semble la plus adaptée à la thématique de la rétention

du personnel soignant au sein des hôpitaux. En effet, ce sujet complexe est influencé par de nombreuses dimensions qui ne peuvent pas être abordées au travers d'un questionnaire. De plus, l'objectif de ce mémoire est de faire émerger des nouveaux éléments, ce qui semble compliqué dans le cas d'une étude quantitative. Ce sujet nécessite de laisser aux intervenants « l'espace » disponible afin qu'ils abordent l'ensemble des concepts, de leur vécu, de leur expérience et de leur ressenti.

3. Stratégie d'échantillonnage

Le choix des personnes interviewées a été déterminé par plusieurs critères notamment : leur fonction actuelle, leur parcours professionnel ou encore l'institution dans laquelle il travaille. Ce choix était, à nouveau, primordial, afin d'obtenir une diversité de points de vue sur ce thème, mais également de pouvoir comparer les avis des professionnels exerçant les mêmes fonctions. J'ai donc sélectionné 10 professionnels ayant des postes différents, provenant d'institutions de taille et de localisation géographique différentes. J'ai veillé à interroger au minimum deux intervenants pour chaque fonction provenant d'institutions différentes. Cela me semblait essentiel afin d'avoir une possibilité de comparaisons systématiques entre les éléments décrits. De plus, j'ai veillé à ce que les personnes interviewées soient intéressées, à leur niveau, par la problématique de la rétention. Enfin, j'ai choisi des professionnels provenant de spécialités différentes afin d'ouvrir le plus possible mon champ d'observation.

J'ai commencé mes entretiens avec 3 directrices de département infirmier ou des soins, 2 infirmiers chef de service (ou cadre infirmier de pôle) et 2 infirmières chef d'unité. J'ai fait le choix de me tourner vers des professionnels directement en lien avec la profession infirmière afin de correspondre le plus possible à l'orientation de ma question de recherche. J'ai fait le choix de ne m'intéresser qu'à une seule profession afin de cibler mes objectifs de recherche. Je suis cependant consciente que certains principes pourraient être applicables à d'autres professions soignantes comme par exemple les aides-soignants, les médecins ou encore les kinésithérapeutes. De plus, le choix de cette profession me semblait évident car je l'exerce maintenant depuis près de 2 ans, et j'ai pu y observer plusieurs interrogations qui m'ont amenée à m'orienter vers le sujet de ce mémoire.

Après cela, j'ai pris la décision de rencontrer 3 infirmiers afin d'obtenir leurs témoignages en lien avec leur changement d'emploi. Je me suis tournée vers deux infirmiers ayant quitté

l'hôpital pour travailler exclusivement à domicile et un infirmier ayant quitté un hôpital belge pour un autre hôpital au Luxembourg.

La sélection de ces différents professionnels s'est faite majoritairement par le biais d'un échange de mails, de rencontres directes ou par contacts téléphoniques afin de leur expliquer l'objectif de ma recherche. J'ai donc construit cet échantillon de convenances sur base des différents critères énoncés précédemment. Les moments de rencontres ont été déterminés en accord avec les professionnels. Les interviews, de la même façon que les rencontres avec les témoins privilégiés, se sont déroulées soit par vidéo conférence, soit par appel téléphonique ou encore directement sur le lieu de travail du professionnel.

4. Outils

Ces entretiens exploratoires semi-directs ont été structurés à partir de thèmes qu'il me semblait intéressant d'aborder avec chacun des acteurs de terrain. J'ai cependant veillé à laisser la personne s'exprimer au maximum. J'ai conçu un guide d'entretien qui se trouve en annexe 3. A nouveau, le questionnaire a souvent évolué en fonction du professionnel que j'interrogeais. J'ai été attentive à formuler mes questions de façon ouverte afin de permettre aux professionnels de s'exprimer le plus librement possible concernant la thématique. J'ai aussi veillé, dans la mesure du possible, à rédiger mes questions de façon neutre afin de ne pas induire de réponses. Mon guide d'entretien se compose de différents thèmes ayant un lien avec ma question de recherche afin d'avoir une vision globale de la problématique.

5. Méthode d'analyse

Afin d'analyser et de faire ressortir les notions les plus importantes de ces entretiens, j'ai utilisé le cours d' « Introduction aux méthodes qualitatives » donné par le Professeur Isabelle Aujoulat (Aujoulat, 2021). J'ai d'abord commencé par retranscrire l'entretien de Madame Materne, directrice du département infirmier des hôpitaux de Marche et de Bastogne. Celui-ci se trouve en annexe 5. Suite à cela, j'ai procédé à une analyse thématique qui, comme son nom l'indique, m'a permis de faire ressortir les thèmes prédominants de cette interview. Certains étaient déjà définis préalablement dans le guide d'entretien et d'autres ont émergé à la suite de l'analyse de l'interview. J'ai ensuite créé un tableau, pour chacun des thèmes, subdivisé en 4

colonnes : le thème abordé, l'avis de madame Materne sur cette thématique, les avis divergents des différents professionnels et le nombre de personnes en accord. J'ai noté les éléments obtenus dans la retranscription d'entretien de Madame Materne dans la colonne correspondante. Puis, j'ai réécouté les 9 entretiens restants afin d'identifier les points de vue convergents, divergents ou émergents, à replacer dans chacune des colonnes des tableaux. De plus, j'ai pris note des phrases ou éléments « chocs » qui ressortaient de chacun des entretiens et nécessaires à la rédaction des résultats.

Afin de synthétiser les informations relatives à chacune des personnes interrogées, j'ai réalisé un tableau se trouvant en annexe 4. Celui-ci reprend pour une majorité des intervenants : la fonction actuelle, l'âge, le sexe, le total des années d'ancienneté, les années d'ancienneté au sein de la fonction actuelle et enfin le nombre de fonctions exercées durant l'ensemble de la carrière.

6. Résultats

1. Cadre théorique

1. Mise en contexte

Comme l'explique Nadeau-Gauthier (2012) dans son article « Le rôle de l'environnement psychosocial de travail dans la rétention des infirmières œuvrant dans les hôpitaux québécois de soins généraux et spécialisés », il y a, ces dernières années, un vieillissement de la population active qui s'ajoute à une augmentation de la rareté de certaines catégories de travailleurs, notamment les infirmiers. Il est donc, de plus en plus nécessaire, de veiller à augmenter la rétention du personnel soignant au sein de ces organisations.

D'ailleurs, l'article « Nurse retention: A review of strategies to create and enhance positive practice environments in clinical settings » de Twigg & McCullough (2014) précise que selon l'Organisation Mondiale de la Santé, il existerait une pénurie de médecins, sages-femmes et infirmiers qui s'élèverait à 4,3 millions de travailleurs.

2. Population infirmière en Belgique

On peut évaluer à 180 000 le nombre actuel de prestataires de l'art infirmier en Belgique avec environ 75% de femmes. Cependant, parmi ceux-ci, seuls 110 000 travailleraient pour le moment. Ils se répartiraient entre l'hôpital (près de 60 000), les structures de long séjour (environ 14 500) et pour finir, près de 14 000 travailleraient dans les structures de long séjour pour personnes âgées comme par exemple les maisons de repos et de soins. De plus, 15% des infirmiers exercent aussi à domicile dont les 2/3 exercent comme indépendants. Le rapport infirmier par habitant est donc de 11 pour 1000. Le niveau de qualification du personnel soignant est particulièrement élevé avec 80% de prestataires de l'Art infirmier. Cependant, au sein des structures de long séjour pour personne âgées, il n'y aurait que 20 à 30% d'infirmiers. (Gobert et al., 2010)

L'hypothèse selon laquelle une majorité des pays de l'Union Européenne manquent d'infirmiers actifs est confirmée par Hasselhorn, Tackenberg & Müller (2003) dans leur article « Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe ». Et selon eux, les changements démographiques des 30 prochaines années pourraient d'autant plus aggraver la situation. Ces changements démographiques peuvent être expliqués par trois aspects. Il y a d'abord la proportion de personnes jeunes dans la population en âge de travailler. Ensuite, on observerait une augmentation du vieillissement de la population en âge de travailler. Et pour finir, le nombre de personnes de plus de 64 ans, susceptibles de partir à la retraite, augmentera également.

3. Contexte historique

La profession infirmière a relativement évolué durant ces dernières années. La fonction et les différents rôles qui lui sont attribués sont très variables en fonction des époques. En effet, selon l'article « La profession infirmière » de Jean-Bernard Calbéra (2003), le soignant tire son origine au Moyen âge, lorsque l'on isolait et écartait les malades difficiles de maîtriser. Il semblait être un assistant, dirigé par les ordres religieux chargés de mettre en place des lieux de rassemblement. L'origine du mot « infirmier » serait donc dérivé de l'enfermerie.

La Renaissance s'accompagne, en Europe, de l'ouverture d'établissements destinés aux « fous », vénériens, malades, miséreux mais aussi aux exclus encadrés par des médecins et des religieux n'ayant pas de statut déterminé. Les soins se font de manière bénévole et associés à la charité pour l'amour de Dieu. Les découvertes de Pasteur offre un nouveau tournant aux soins. Les nouveaux gestes d'hygiène sont refusés par les religieuses. La laïcisation des soins fait naître la profession infirmière. Cela pousse donc les médecins à se tourner vers d'autres assistantes, acceptant ces nouvelles pratiques. L'infirmière est alors décrite comme une fille vaillante du peuple, intelligente et énergique. Cette dernière doit de préférence être mariée et mère de famille car cela lui apportera des compétences comme par exemple la délicatesse de sentiments pour les faibles et les enfants. Les religieux resteront, pourtant, encore fort présents dans les lieux de soins notamment en prenant en charge de nombreuses écoles ainsi que leur formation. Les infirmières deviennent donc des « auxiliaires de soins techniciennes » soumises au corps médical.

Les deux guerres mondiales ont chacune apporté une contribution à l'évolution de la profession infirmière. La Première Guerre mondiale permet aux infirmières de commencer à s'affirmer. Ce nouveau corps professionnel a pour mission de servir le malade en veillant sur lui, sur ce qui l'entoure mais surtout de seconder assidûment et docilement le médecin. La Seconde Guerre mondiale aura un autre impact : les infirmières s'affranchissent des médecins. L'arrivée massive de gestes techniques, en lien avec les antibiotiques par exemple, oblige les médecins à en déléguer aux infirmières. Le mouvement de mai 1968 ouvre l'esprit des infirmières sur leur profession. Elles prennent conscience qu'elles exercent une profession comme une autre et se libèrent de l'obéissance, la soumission et la charité tant mises en avant précédemment. L'infirmière n'hésite plus à s'opposer aux demandes et avis des médecins, qu'elle considère de moins en moins comme son patron.

4. Portrait de la situation actuelle

Comme l'explique Primeau (2015) dans son article « Les facteurs explicatifs de la réussite de l'intégration et de la rétention des infirmières diplômées hors Québec », en 2010, plusieurs pays ont décidé de s'appliquer à une certaine standardisation des processus éducationnels afin de faciliter la mobilité du personnel entre eux. Il en a découlé l'accord de Bologne au sein de l'Espace Européen de l'Enseignement Supérieur qui favorise une harmonisation, notamment pour le cursus des soins infirmiers, dans 47 pays dont la Belgique. Cependant, il a été démontré

dans cet article que les facteurs de rétention étaient différents en fonction que les infirmières aient été formées à l'étranger ou localement. Il faut donc veiller à cette différence lorsque l'on aborde les différents critères de rétention dans les articles.

5. Description de la formation infirmière

La formation des infirmiers a subi des modifications dernièrement, ce qui peut également expliquer en partie la pénurie actuelle. En effet, suite à la modification du « Décret fixant des conditions d'obtention des diplômes de Bachelier Sage-femme et de Bachelier Infirmier Responsable de Soins Généraux (BIRSG), renforçant la mobilité étudiante et portant diverses mesures en matière d'enseignement supérieur » qui a été mise à jour au 17 novembre 2017, la formation s'intitule « Bachelier Infirmier Responsable de Soins Généraux ». Elle comporte 240 crédits ECTS et nécessite au minimum 4600 heures d'enseignement théorique (1/3) et clinique (1/2). Ce passage en 4 ans a donc engendré une quasi absence de nouveaux diplômés Bachelier infirmier durant une année. (Gouvernement de la Communauté française, 2017)

6. Cadre légal

Selon l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant sur la fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, la structure infirmière s'établit sur 4 niveaux : le chef du département infirmier (direction infirmière), les infirmiers chefs de service (cadre intermédiaire), les infirmiers en chef (chef d'unité, chef de service = cadre infirmier) et pour finir les staffs infirmiers (personnel infirmier et soignant). Le chef du département infirmier doit être un infirmier gradué (ou accoucheuse) de niveau universitaire. Il a plusieurs missions notamment : organiser et coordonner des soins infirmiers dans le cadre de son département, assurer la gestion journalière des infirmiers / aides-soignants / personnel de soutien, assurer l'évaluation qualitative des soins ou encore définir la vision stratégique du département infirmier et veiller à son intégration de la vision stratégique de l'hôpital. L'infirmier chef de service est régi par une norme de 1 par 150 lits. Il a pour mission d'assister le chef du département infirmier. Il prend en charge plusieurs unités de soins et supervise les infirmiers en chef. Cet infirmier gradué (bachelier) doit avoir suivi une formation de cadre, si possible universitaire. L'infirmier chef d'unité est responsable de l'organisation, de la continuité et de la qualité de l'activité infirmière au sein de l'équipe qui lui a été confiée. Son responsable

hiérarchique est l'infirmier chef de service. Il doit, dans la mesure du possible, être en phase avec la vision stratégique de son département et de l'hôpital.

7. Détresse psychologique au sein de la population infirmière

Dans son article Nadeau-Gauthier (2012) décrit un taux d'absentéisme pour maladies et un taux de détresse psychologique plus important chez les infirmiers que dans la population générale. Le manque de personnel au travail a des effets négatifs tant sur le bien-être au travail, la satisfaction au travail mais également sur l'augmentation du nombre d'heures supplémentaires à prester par le travailleur et l'absence au travail justifiée par une maladie. Les infirmiers subissent une plus grande fatigue émotionnelle. Ils expriment un plus grand nombre de plaintes à la suite de l'augmentation de la charge de travail. D'ailleurs, il a été démontré que dans les hôpitaux ayant un ratio patients / infirmier élevé, le risque de développer des problèmes d'épuisement professionnel était doublé.

Ces informations sont corroborées par l'article de Boivin, Ntetu & Poirier (2009) qui décrit les infirmiers comme figurant parmi les professionnels affichant un taux élevé d'absentéisme et d'incapacité. Ils sont décrits comme stressés et plus sujets aux blessures dans l'exercice de leur fonction. Cette situation peut alors perturber le bon déroulement des soins et la planification. Il en découle un coût important pour le système de soins de santé. Un milieu de travail moins stressant et adapté aux besoins des soignants permettrait donc un meilleur maintien en poste des travailleurs.

De plus, depuis l'arrivée du Covid-19, les soignants sont d'autant plus mis à rude épreuve avec des conditions de travail particulièrement difficiles ces derniers mois. Comme l'explique Noel (2020) dans son article « Protéger la santé mentale des soignants pour endiguer la pandémie », les soignants, vivant de plein fouet cette crise sanitaire, sont soumis à une pression psychologique très importante, notamment car leur jugement est devenu vital pour contenir le risque de mortalité des patients. Ces soignants, qui sont en contact rapproché avec les patients atteints du covid-19, ont plus de symptômes représentatifs de la dépression (50,4%), de l'anxiété (50,4%) ou encore de l'insomnie (34%). Ces chiffres sont un bon témoin indiquant la grande fragilité émotionnelle des soignants dans la situation actuelle.

Ces éléments sont corroborés par « Une étude sur le burnout et l'enthousiasme chez le personnel médical et infirmier dans les établissements hospitaliers de Belgique » écrit par Vandebroek et al. (2012). Ils expliquent qu'un infirmier belge sur quatre courait un risque de burnout. Ce dernier est défini comme une forme d'extrême fatigue psychique de longue durée provoquée par l'activité professionnelle. C'est donc un syndrome lié au travail qui se caractérise par trois symptômes : un épuisement émotionnel ou mental, une dépersonnalisation et une diminution de l'accomplissement personnel. Concernant les chiffres, les infirmiers ont obtenu un score relativement élevé en terme d'épuisement émotionnel (15%), de dépersonnalisation (28%) et de diminution de l'accomplissement personnel (43%). (voir annexe 1) Il a été démontré que davantage d'infirmiers souffraient de burnout mais qu'à l'inverse, ce sont les médecins qui couraient le plus grand risque de développer un burnout (17,8% pour les médecins contre 12,4% chez les infirmiers).

8. L'intention de quitter

Dans son article, Primeau (2015) donne trois causes pour expliquer l'action de quitter un emploi. Elle s'explique : soit par un départ à la retraite, soit un licenciement ou soit un départ volontaire. Les deux premiers sont plutôt influencés par des décisions de gestion alors que la troisième cause est une décision individuelle de la part de l'employé. C'est sur cette dernière que je souhaiterais particulièrement m'attarder.

Dans leur article, Buffington et al. (2012) déterminent une série de motifs de départ invoqués par le personnel soignant notamment le type de gestion de l'institution, la charge de travail en lien avec dotation en personnel, les conditions salariales et avantages, les horaires de travail, etc. Le ressenti par les soignants d'un manque de soutien et de reconnaissance par l'institution est un type de gestion souvent invoqué pour expliquer les départs des infirmiers. L'insatisfaction en lien avec la charge de travail concernait plutôt le ratio infirmier / patient ainsi que l'épuisement et le stress qui en découle. Il y avait également une demande de rémunération plus importante, ainsi qu'un désir d'améliorer la flexibilité et la prévisibilité des horaires qui pourrait expliquer le départ des infirmiers lorsque cela n'était pas accordé par l'institution.

Boivin, Ntetu & Poirier (2009) avancent, dans leur article « Facteurs explicatifs de la non-rétention du personnel infirmier : étude de la situation au Service régional Info-Santé et Info-Social du Saguenay-Lac-Saint-Jean » d'autres arguments pour expliquer les départs du personnel. Selon eux, cette intention de quitter leur emploi est la résultante d'une combinaison de facteurs que sont : un horaire comprenant des pauses durant la soirée / la nuit / la fin de semaine, la présence de technologies nécessitant des connaissances particulières et des ajustements continus, la présence de l'usage d'un téléphone fréquemment sans contact avec les clients, un travail routinier notamment lorsque l'infirmière doit rester durant de longues périodes devant l'ordinateur, une sécurité de l'emploi non garantie et donc une insécurité financière, l'impossibilité d'être réorienté vers un autre secteur lui permettant notamment d'adopter un horaire de bureau (du lundi au vendredi). D'autres critères indépendants de l'institution sont énumérés comme par exemple, la distance entre la résidence et le lieu de travail ou encore le fait que certains infirmiers avaient un double emploi. À l'inverse, les critères cités comme aidant fortement à conserver en poste les soignants sont de travailler avec des horaires qui permettent de concilier travail / famille et-ou études, d'exercer un travail stimulant, de bénéficier d'une grande autonomie et d'une formation adéquate permettant d'acquérir certaines compétences lors de l'embauche ou encore pouvoir disposer de nombreux outils cliniques performants.

D'après Trinkoff et al. (2010), les infirmiers confrontés à des exigences professionnelles excessives sont plus susceptibles de quitter leur emploi. Être infirmier est un travail physiquement et psychologiquement exigeant notamment en terme d'horaire. Il peut en découler des performances altérées suite à un épuisement ou une diminution de l'acuité cognitive notamment la vigilance, la précision et la motivation. Une diminution dans l'effectif ou des roulements importants au sein de l'équipe peuvent être observés dans le personnel infirmier à la suite de blessures surtout musculo-squelettiques.

Ces éléments sont également mis en avant par Oshodi et al. (2019) dans leur article. Selon eux, le manque d'infirmiers dans les services entraîne une charge de travail accrue de laquelle découle des effets négatifs d'un point de vue physique mais également psychologique avec un niveau de stress élevé. Cette pression accrue sur les infirmières en poste engendre une baisse de leur moral. La charge de travail augmente également progressivement suite à l'accumulation de la quantité de « paperasse » à réaliser telles que la vérification des dossiers, la rédaction de documents, des admissions qui réduit le temps des soins au chevet du patient.

Un autre élément à prendre en compte dans le fait de rester en poste est le rôle du chef de service ou des gestionnaires. Oshodi et al. (2019), dans leur article « The nursing work environment and quality of care: Content analysis of comments made by registered nurses responding to the Essentials of Magnetism II scale », expliquent l'importance de l'infirmier en chef dans le fonctionnement de l'unité de soins. Il est un déterminant clé dans la décision de l'infirmière de quitter l'institution. Le chef d'unité doit avoir un rôle de soutien. Il doit être accessible, abordable et favoriser la cohésion du personnel, en plus de fournir à ses infirmiers des commentaires tant positifs que négatifs, afin d'éviter un départ anticipé du personnel soignant. Le chef d'unité est également connu sous le nom d'infirmier gestionnaire de première ligne. Ce dernier est défini par Andrews (2005), dans son article « The nurse manager : job satisfaction, the nursing shortage and retention », comme une personne responsable de la gestion de soins infirmiers et de leurs qualités au sein d'une zone de soins avec des patients définis.

Hasselhorn, Tackenberg & Müller (2003) dans leur article expliquent que dans une institution, le manager, également appelé superviseur, est une des personnes les plus importantes pour représenter la culture de l'organisation et pour influencer directement les comportements des subordonnés, dans ce cas le personnel soignant. De plus, un climat favorable est généré, au sein de leurs équipes, par les superviseurs, lorsqu'ils permettent aux employés de participer à la prise de décisions et les encouragent dans un processus de communication. Le retour adéquat d'informations et le soutien émotionnel est la meilleure stratégie afin d'augmenter, auprès des infirmières, l'estime d'elle-même. Ce style de gestion est appelé « leadership transformationnel ». A l'inverse, les managers jouant un rôle de « surveillant » auprès du personnel soignant, afin d'éviter les erreurs, créent un épuisement émotionnel pour ces infirmières. En effet, cette étroite surveillance est souvent perçue comme un manque de confiance par ces dernières.

9. Facteurs de rétention

Depuis le début de ma rédaction, j'utilise le terme « rétention du personnel ». Cependant, comme expliqué dans l'article de Boivin, Ntetu & Poirier (2009), d'autres termes peuvent être utilisés comme par exemple le maintien à l'emploi, la réduction de la rotation, la loyauté des employés envers leur employeur, la fidélisation des infirmières ou encore le maintien du personnel infirmier sur une unité de soins.

Il est particulièrement important de déterminer les différents facteurs de rétentions du personnel soignant dans le milieu hospitalier car cela permet d'identifier les points d'intérêt sur lesquels travailler, afin de diminuer le roulement du personnel infirmier. Comme expliqué précédemment, cela permet de comprendre l'intention pour les soignants de partir et d'identifier les facteurs indispensables à la rétention à long terme du personnel. Bien que, comme l'expliquent Hayes et al. (2006) dans leur article « Nurse turnover : A literature review », le « turnover », ou « renouvellement du personnel » est parfois bénéfique pour l'institution car il offre une opportunité de réduction des coûts avec notamment une baisse des salaires, des avantages sociaux ou encore des congés payés.

Dans son article, Nadeau-Gauthier (2012) dit qu'il faut prendre en compte plusieurs facteurs avec des interrelations parfois floues dans la rétention des travailleurs. Ceux-ci sont les dimensions individuelles, organisationnelles et économiques. De plus, dans l'article « Factors Affecting Nurse Retention at an Academic Magnet Hospital » de Buffington, A., Zwink, J., Fink, R., DeVine, D., & Sanders, C. (2012), quatre déterminants sont identifiés comme prédictifs de la rétention des infirmières. Ceux-ci sont la satisfaction au travail, la cohésion et la collaboration dans un groupe de travail, l'engagement organisationnel des infirmières et pour finir les caractéristiques personnelles. L'un des éléments essentiels de la satisfaction au travail est le fait d'avoir le soutien de l'infirmier responsable, souvent appelé infirmier en chef. Certaines caractéristiques du travail de l'infirmier, comme par exemple l'autonomie, la reconnaissance et la communication, ont aussi été considérées comme déterminantes dans le fait de rester en poste. De plus, un environnement de travail plus sain contribue également à la satisfaction au travail des infirmières. Les horaires de travail sont des éléments influençant le ressenti de l'environnement de travail par le personnel. Le bon accueil de toutes les générations d'infirmières est également un point important dans la perception de l'environnement de travail. (Buffington et al., 2012)

Ce dernier est également dépendant du personnel disponible afin de travailler dans le service. En effet, comme l'expliquent Oshodi et al. (2019) dans leur article « The nursing work environment and quality of care: Content analysis of comments made by registered nurses responding to the Essentials of Magnetism II scale », les infirmières risquent de compromettre la qualité des soins quand il n'y a pas suffisamment de personnel dans les unités de soins. Ils utilisent le slogan « Les infirmières ont besoin d'infirmières pour soigner » afin de défendre cet

argument selon lequel le manque de personnel entraîne une incapacité à fournir des soins de haute qualité. Cela peut s'expliquer par le fait qu'en l'absence de personnel, l'infirmière se voit attribuer un plus grand nombre de patients. Selon eux, le travail d'équipe, et notamment le soutien, est un élément important à prendre en compte dans leur environnement de travail. Ce sont, pour les soignants, des aspects facilitant dans leur environnement de travail qui leur permettent de fournir aux patients une prise en charge de qualité. Ces arguments sont également décrits dans l'article de Coomber & Barriball (2007) intitulé : « Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature ». Selon l'article de Boivin, Ntetu, & Poirier (2009), un environnement de travail de qualité pour les infirmières regroupe trois grandes catégories de caractéristiques qui sont l'administration, la pratique professionnelle et le développement professionnel.

Selon moi, l'amélioration de la rétention du personnel soignant passe par de grands thèmes régulièrement abordés dans la littérature tels que les conditions salariales et avantages, la charge de travail, etc. Mais, j'estime que d'autres éléments doivent être pris en compte car ils sont plus importants si l'on souhaite une rétention à long terme comme par exemple le type de gestion et de leadership présent dans l'institution, l'autonomie laissée au soignant, l'environnement de travail mais aussi la reconnaissance de leur travail par les gestionnaires de l'institution. L'article « L'éthique organisationnelle dans le secteur de la santé – Ressources et limites contextuelles des pratiques soignantes » écrit Par Michel Dupuis (2014) corrobore cette idée en soulignant qu'il est nécessaire d'introduire une éthique organisationnelle dans le secteur de la santé notamment, en ajoutant de l'éthique de la relation personnelle. Cette éthique organisationnelle prend notamment en compte les différentes techniques de management, les différents styles de leadership, les politiques institutionnelles mais aussi le « climat éthique » des institutions.

De plus, dans son article, Walter Hesbeen (2007) explique qu'une bonne ambiance professionnelle permet une implication notable du professionnel, une certaine subtilité et délicatesse ainsi que le développement d'une esthétique relationnelle. Ces différents éléments permettent à leur tour de développer une qualité du service dans la relation au patient. Cela signifie que le professionnel, pour n'importe quelles techniques, se montre présent pour son patient auquel se destinent les actes, gestes ou soins. Il s'agit de l'implication du soignant dans les actes qu'il pose de façon à se vouloir un humain présent pour d'autres. Il faut cependant veiller à ce que le soignant ne se sente pas considéré comme une simple ressource productrice de travail, plutôt que comme un sujet sensible, ou qu'il se sente épuisé dans un environnement

peu propice face à son souci de prise en compte de singularité du patient. Le rôle des cadres et des dirigeants est alors d'accompagner les soignants dans la recherche d'un sens suite aux expériences professionnelles qu'il traverse. Ils doivent guider l'engagement des infirmiers dans la recherche d'un sens afin qu'ils deviennent acteurs du système dans l'unité de soins mais aussi dans l'hôpital.

L'autonomie est également discutée dans l'article de Boivin, Ntetu & Poirier (2009). Il la décrit comme la liberté d'agir à partir de ses propres connaissances mais aussi comme une prise d'initiative clinique appropriée allant au-delà de la pratique habituelle dans l'intérêt du patient. Le personnel doit se sentir respecté et avoir le sentiment de contrôler en partie son travail notamment en participant à la planification des soins, l'élaboration des politiques mais aussi l'expérimentation des nouvelles méthodes de travail. La rétention des infirmiers passe alors par le fait de leur accorder une plus grande latitude, de quoi résulter une plus grande satisfaction tant pour le personnel que pour les patients.

Walter Hesbeen (2015) décrit, dans son article « Des organisations apaisantes pour des pratiques pertinentes et attrayantes », les structures apaisantes comme des institutions qui ont une atmosphère de paix et une ambiance de sérénité, malgré une activité importante et la présence d'imprévus, d'urgences. On peut déduire de cela que l'attractivité d'une organisation ne se limite pas à une dimension financière comme le niveau de rémunérations et les conditions matérielles de travail car leurs effets sont superficiels et peu durables. Il faut plutôt s'intéresser à l'atmosphère de l'institution et à la manière dont les infirmiers peuvent exercer leur métier. En effet, comme le précisent Hayes et al. (2006) dans leur article, l'amélioration de la rémunération ne pallie uniquement, à court terme, qu'à la pénurie d'infirmières.

Comme l'explique Nadeau-Gauthier (2012) dans son article, il existe de nombreux modèles théoriques concernant la rétention du personnel, notamment le modèle de l'abandon, le modèle intégratif du roulement de personnel de Hom et Grieffeth ou le modèle du déroulement (Unfolding model) de Lee et Mitchell. Ce dernier souligne l'influence de certains facteurs comme la satisfaction au travail, le processus de prise de décision, l'engagement envers l'organisation ou encore les échanges sociaux.

10. Magnet Hospitals

Plusieurs articles ont mis en avant les caractéristiques présentes dans un « Magnet Hospital » notamment Buffington et al. (2012) mais aussi Trinkoff et al. (2010) dans leur article « A Comparison of working conditions among nurses in magnet and non- magnet hospitals ». Ces derniers abordent l'accréditation « Magnet Hospital » selon 5 composants qui sont : le leadership transformationnel, la responsabilisation structurelle, la pratique professionnelle exemplaire, les nouvelles connaissances / innovations / améliorations et pour finir la qualité empirique des résultats. Ces hôpitaux ont été identifiés comme attrayant pour les infirmières car ils permettraient notamment une certaine autonomie, une gestion soutenante, un niveau d'épuisement plus faible ou encore une satisfaction au travail plus élevée. Il en découle alors une intention plus importante de rester dans leur emploi actuel en comparaison aux soignants ne travaillant pas dans un « Magnet Hospital ». Dans ces derniers, les infirmières ont déclaré ne pas devoir obligatoirement réaliser des heures supplémentaires et avoir des exigences physiques significativement plus faibles.

Kelly, McHugh & Aiken (2012) expliquent, dans leur article « Nurse Outcomes in Magnet and Non-Magnet Hospitals », que les objectifs de ces « Magnet Hospitals » sont de créer des environnements de soins infirmiers professionnels soutenant. De plus, cet article est en adéquation avec les notions abordées ci-dessus. Kelly, McHugh & Aiken (2012) expliquent que les « Magnet Hospitals » ont des caractéristiques organisationnelles communes qui ne sont pas présentes dans les autres hôpitaux et que celles-ci sont associées à une plus grande satisfaction du personnel infirmier mais surtout une plus grande rétention. Les mêmes caractéristiques sont mises en avant, à savoir : un meilleur environnement de travail pour les infirmières, une satisfaction professionnelle plus élevée, une diminution du taux d'épuisement professionnel (calculé avec l'échelle Maslach Burnout Inventory Human Services Survey – MBI-HSS, qui évalue 3 domaines : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel), sans oublier une intention de ne plus faire de partie de l'institution. De nouvelles caractéristiques importantes sont exprimées dans cet article comme par exemple : une collaboration importante infirmière / médecin et un environnement de travail plus sécuritaire. Il ne faut pas négliger le fait qu'ils ont pu aussi observer de meilleurs résultats pour les patients, comme par exemple une mortalité hospitalière plus faible. L'importance de la relation entre les infirmiers et les médecins est également décrite comme un aspect essentiel de l'environnement de pratique professionnelle par Twigg & McCullough dans son article. De plus, cette définition

des hôpitaux magnétiques est corroborée par l'article « The nursing work environment and quality of care : content analysis of comments made by registered nurses responding to the Essentials of Magnetism II scale » de Oshodi et al. (2019).

11. Littérature profane

Bien consciente que la littérature profane n'a pas le même poids que la littérature scientifique, j'estime cependant qu'il est important de consulter ces articles afin d'analyser ce qui est transmis au grand public, et donc peut-être aux futurs infirmiers postulant dans les hôpitaux.

Selon l'article « Pénurie de personnel soignant : quelle ampleur et comment l'expliquer ? » publié par la RTBF le 7 décembre 2021, seulement 152 067 infirmiers étaient actifs et en droit de prêter sur le territoire belge en 2020 alors que près de 214 000 équivalents temps plein d'infirmiers seraient en droit d'exercer en Belgique. Ils justifient l'abandon de la profession par les infirmiers au bout de dix ans à cause de la charge de travail, encore décuplée depuis la crise du Covid-19, mais aussi les horaires atypiques ou la pression ressentie par le personnel. Ils exposent également une diminution majeure du nombre d'inscriptions dans les écoles depuis l'année académique 2017-2018.

L'article « La Belgique confrontée à une grave pénurie de personnel soignant » publié par Euronews en novembre 2021 confirme la situation critique des hôpitaux en décrivant un taux d'absentéisme de près de 30% dans les hôpitaux belges. Il semble donc indispensable pour les soignants de mettre en place des mesures structurelles pour redorer l'image de leur profession, notamment des hausses de salaire et une amélioration sensible des conditions de travail. Ces mesures sont déjà mises en place dans certains hôpitaux en Belgique comme l'explique l'article « Belgique : une prime de 7 000 euros pour attirer du personnel infirmier » publié par Le Quotidien en janvier 2022. En effet, pour pallier au manque de personnel et augmenter l'attractivité du métier sans oublier de permettre la rétention du personnel en place, les hôpitaux belges de Vivalia offre une prime de 7 000 euros pour les infirmiers engagés entre le 1^{er} janvier 2022 et le 20 septembre 2023 à condition de rester trois années consécutives dans un hôpital de Vivalia.

En conclusion, la littérature profane met en avant les mêmes observations que la littérature scientifique, à savoir une pénurie d'infirmiers dans les hôpitaux, un turn-over important du personnel et surtout une nécessité de revaloriser la profession infirmière.

12. Conclusion du cadre théorique

Les recherches liées à la rédaction de ce cadre théorique m'ont permis d'approfondir mes connaissances sur différentes notions ayant une influence sur la rétention des infirmiers en milieu hospitalier. J'ai également eu l'occasion de découvrir des outils comme le label « Magnet Hospitals » qui réoriente la vision de la profession infirmière.

J'ai commencé par introduire le contexte général de la problématique notamment à travers une description de la population infirmière de Belgique, du contexte historique de la profession, de l'évolution du milieu hospitalier mais aussi de la formation infirmière actuelle. Plusieurs grands éléments sont ressortis de mes recherches sur ces thématiques. Il existerait une pénurie de médecins, sages-femmes et infirmiers qui s'élèverait à 4,3 millions de travailleurs selon l'OMS. En effet, le nombre actuel de prestataires de l'art infirmier en Belgique peut s'évaluer à 180 000 alors que seulement 110 000 travailleraient à ce jour. Ce manque de personnel flagrant risque de s'aggraver durant les 30 prochaines années suite aux changements démographiques. Le métier d'infirmier a fortement évolué au cours des années. Celui-ci a débuté au Moyen Age. Durant cette période, le soignant semblait être un assistant dirigé par les ordres religieux. Il est passé par de nombreuses étapes pour terminer par le métier que nous lui connaissons aujourd'hui. Et il est probable qu'il continue à évoluer notamment suite à l'indépendance prise par les infirmiers vis-à-vis des médecins. Un autre élément essentiel est le passage en 4 ans de la formation qui a engendré une quasi absence de nouveaux diplômés Bachelier infirmier durant une année.

J'ai ensuite abordé la détresse psychologique des infirmiers. Les différents articles exprimaient un taux d'absentéisme pour maladie et un taux de détresse psychologique plus important chez les infirmiers que dans la population générale. Le taux d'incapacité semble aussi important au sein des professions soignantes. Cet épuisement professionnel était par exemple expliqué par un ratio patients / infirmier particulièrement élevé au sein des hôpitaux.

J'ai également réalisé des recherches sur l'intention qu'avaient les infirmiers à quitter leur institution. L'action d'abandonner son emploi peut être expliquée par trois causes : un départ à la retraite, un licenciement ou un départ volontaire. Plusieurs motifs ont été exprimés afin de justifier ce départ. En lien avec l'institution, il y avait par exemple : la charge de travail, les conditions salariales ou encore les horaires de travail. Un des déterminants clé dans la décision de quitter l'institution était aussi l'importance du chef d'unité dans le fonctionnement des services de soins. De plus, des critères indépendants de l'institution sont énumérés comme la distance avec le lieu de résidence ou encore le double emploi parfois exercé par les infirmiers.

J'ai mis en lien cette intention des infirmiers de quitter leur institution avec les différents facteurs de rétention. La rétention peut également être exprimée selon d'autres termes comme par exemple : la fidélisation des infirmiers ou le maintien du personnel dans une unité de soins. Les différents facteurs de rétentions sont abordés de plusieurs façons dans les articles. Certains les expriment à partir de grandes thématiques comme : l'administration, la pratique professionnelle et le développement professionnel. D'autres sont beaucoup plus précis et parlent de la bonne ambiance professionnelle, de l'atmosphère de l'institution ou encore de l'autonomie.

Je me suis attardée sur une accréditation nommée « Magnet Hospitals » qui avait, selon moi, un lien direct avec cette thématique, qu'est la rétention. Elle aborde cinq composantes qui sont : le leadership transformationnel, la responsabilisation structurelle, la pratique professionnelle exemplaire, les nouvelles connaissances / innovations / améliorations et pour finir la qualité empirique des résultats. Elle rendrait l'institution plus attrayante pour les infirmières en permettant une certaine autonomie, une gestion soutenante, un niveau d'épuisement plus faible ou encore une satisfaction au travail plus élevée.

Pour finir, j'ai décidé de consulter la littérature profane afin d'observer les informations transmises au grand public concernant la profession infirmière et la question de la rétention dans les hôpitaux belges. L'abandon de la profession est justifié par la charge de travail, les horaires atypiques ou encore la pression ressentie par le personnel. Les hôpitaux subiraient un taux d'absentéisme d'environ de 30%. Des pistes de solutions sont mises en place afin de pallier au manque de personnel comme des primes pour les nouveaux engagés.

2. Témoins privilégiés

1. Compte-rendu de l'entretien avec Gauthier Saelens

Gauthier Saelens a réalisé une formation d'ingénieur de gestion suivie d'une licence en gestion hospitalière à l'Université Catholique de Louvain (UCL). Il a occupé un poste de directeur financier durant 21 ans aux Cliniques Universitaires Saint Luc. Après cela, il a travaillé durant un an en tant que directeur financier au Grand Hôpital de Charleroi (GHdC). Il a, depuis 2010, accédé au poste de directeur général du GHdC. Il occupe toujours ce poste actuellement.

Monsieur Saelens a commencé par décrire son rôle actuel en tant que directeur général d'une institution hospitalière, tel qu'est le GHdC. Il le définit comme très vaste et touchant à de nombreux secteurs. Il insiste sur le fait que sa première fonction est de créer autour de lui une équipe de direction représentative des différents secteurs de l'institution, qui reprenne tant des compétences techniques que des compétences humaines. Il dit : « Un seul homme n'est pas capable de gérer un hôpital ». Il poursuit en précisant qu'il a un réel rôle à l'exemplarité. S'il souhaite faire passer une valeur, comme par exemple l'entraide, au sein de l'institution, il est essentiel que les collaborateurs du GHdC ressentent cette même valeur au niveau de l'équipe de direction. L'objectif est toujours de transmettre ces valeurs dans l'équipe N-1. Sa seconde mission est d'effectuer le relais entre la direction et le conseil d'administration. Cela consiste à faire état de la gestion auprès de conseil d'administration chaque mois. Il exerce également un rôle de représentation vers l'extérieur. Il porte la voix du GHdC. Il termine de décrire sa fonction par une mission d'impulsion. Il a pour objectif d'amener des orientations, des visions. Il les partage et essaye de les mettre en œuvre.

Ensuite, Monsieur Saelens décrit la situation actuelle des infirmiers en milieu hospitalier. Il reconnaît que la sortie de crise (Covid-19) est particulièrement difficile actuellement car elle aurait ajouté une couche de lassitude sur une situation qui était déjà tendue avant cette crise. Il pouvait déjà observer un problème d'encadrement notamment en terme de nombre de personnel, et non en terme de qualité. La situation tenait par la bonne volonté des gens et par la routine qui était présente. Malheureusement, la période de crise est venue se greffer sur cet édifice qui n'était pas solide au départ. Il peut observer, au sein du personnel, des gens touchés par la situation. Il dit : « La lassitude en fond est venue s'exprimer de manière beaucoup plus

forte. Elle est venue à remettre en cause le choix professionnel de certains, ou en tout cas, leur niveau d'investissement au sein de l'hôpital. ».

Cependant, quand j'aborde la question du turn-over de personnel au sein des équipes soignantes, il exprime sentir le GHdC moins touché que d'autres structures. Il ressent le turn-over de façon plus présent qu'auparavant, le phénomène se serait accentué. Il l'observe de façon très importante au travers d'articles ou de témoignages extérieurs. Il a pourtant l'impression que les effets d'efforts importants qui ont été menés ces dernières années autour de la qualité de vie au travail a permis de traverser un peu mieux la crise sanitaire. Il admet que les effets de travail de longue haleine sont difficiles à mesurer objectivement. Les différents projets qui composent cet objectif d'améliorer la qualité de vie au travail étaient : la création de la cellule sport et bien-être, la mise en place d'une psychologue pour le personnel et d'une assistante sociale, des actions comme la journée bien-être ou encore les écoutes téléphoniques durant la crise du Covid-19. Une philosophie de travail au sein de l'institution lui semble également primordiale afin d'agir sur cette problématique. Il explique qu'il est important de véhiculer des valeurs, notamment la solidarité et le respect, surtout auprès des nouveaux engagés. Cet ensemble de points lui semble utile afin de surmonter un peu mieux ces problématiques.

Selon Monsieur Saelens, plusieurs raisons peuvent expliquer les départs des infirmiers des institutions hospitalières. La première est la qualité du management direct (N+1) de façon générale. Il dit : « On peut avoir un métier lourd, quand on a un bon chef qui encadre bien, qui a du lien avec son équipe, l'équipe est capable de traverser des situations très difficiles sans casse. On observe une équipe unie. A l'inverse, certaines équipes ne sont pas écrasées par une surcharge de travail, mais subissent pourtant un turn-over important. Et c'est souvent une déficience du management qui en est la cause ». Il introduit alors le sujet de ce mémoire en portant attention sur l'importance de la participation des différents cadres infirmiers à la question de la rétention du personnel.

Il exprime que l'équipe de direction réfléchit régulièrement sur la question de l'augmentation de la rétention des soignants. Un des projets novateurs sur lequel ils travaillent actuellement est l'engagement d'un philosophe hospitalier afin de compléter l'équipe « Qualité de vie au travail ». Cette idée est venue de la directrice du département des soins du GHdC, Mademoiselle Buchin, qui observait une crise de sens, au sein même de la crise sanitaire. Conscient qu'il n'était pas possible, à partir de l'hôpital, de changer la vision du monde difficile

en cette période, ils avaient cependant l'envie de s'interroger que ce qui était possible de faire à leur niveau, à l'intérieur de l'hôpital. Monsieur Saelens affirme qu'on ne choisit pas le métier d'infirmier par hasard, qu'il nécessite une motivation franche et un réel engagement dans l'aide aux personnes. Il est donc fondamental de comprendre pourquoi, après quelques années, ces mêmes soignants ne trouvent plus de sens et décident de quitter le métier.

Monsieur Saelens exprime d'autres facteurs de rétention notamment l'environnement de travail. Il lui semble important d'offrir un cadre de travail positif et remet en question le bien-être au travail dans les infrastructures usées d'anciens hôpitaux. Il défend vraiment la construction du nouvel hôpital « Les Viviers » comme étant un facteur permettant d'augmenter la rétention de l'ensemble du personnel. Ce nouvel outil de travail global, rassemblé et moderne semble attirer autant que retenir. Il admet que certains facteurs sont difficilement modifiables pour des questions financières, que leur pouvoir d'action est limité car le milieu hospitalier est un secteur subsidié. Par exemple concernant les salaires du personnel soignant, il leur est impossible de proposer plus que les subsides reçus. L'équipe de direction tente alors de retenir le personnel à travers d'autres actions comme les chèques repas ou encore les titres particuliers professionnels. Il dit : « Nos marges de manœuvres sont petites, mais on essaye de faire ce qu'on peut ». Cela s'exprime aussi par une culture d'entreprise et l'organisation de différentes fêtes : la fête du personnel, la fête des familles, etc.

Il conclut en abordant aussi la question de l'attractivité des soignants avec une campagne de recrutement plus jeune et plus dynamique. L'image de l'institution est souvent remise en question.

2. Compte-rendu de l'entretien avec André Néron

André Néron est d'origine québécoise. Il est arrivé en Belgique il y a 5 ans. Il a travaillé dans le domaine politique pendant de nombreuses années avant de se tourner vers le secteur médical. Il est devenu directeur du bureau « partenariat patient » de l'ULB, premier bureau de ce type en Europe, et a participé à la création du premier certificat mondial en partenariat patient. Il a de l'expérience dans le domaine des maladies chroniques car il est atteint de 3 d'entre elles. En parallèle de cela, il est conférencier et donne des cours dans les écoles de santé publique et de sciences infirmières.

Monsieur Néron a une vision particulière de la rétention des infirmiers en milieu hospitalier. Selon lui, le problème n'est pas de garder les infirmiers au long terme dans les services. L'objectif premier est la continuité des soins. Contrairement à la pensée générale que le soignant le plus proche du patient est l'infirmier, il déplore les changements importants de soignants dans la prise en charge patient. Il défend l'idée que durant son séjour, le patient va être confronté à de nombreux soignants entraînant une mauvaise continuité. Plusieurs causes peuvent expliquer cela, notamment qu'ils ne lisent pas les notes ou qu'ils ne consultent pas les dossiers. Le patient doit donc quasi systématiquement réexpliquer son historique et cela peut mettre le patient en difficulté. Il dit « La rétention n'est pas une question d'années de carrière, mais plutôt de suivi ».

Une des solutions proposées serait la construction de l'horaire de travail en fonction des soins. Cela serait alors l'occasion de se pencher sur la qualité « DU soin », et non pas la qualité « DES soins ». Il propose également que les infirmières mobiles prennent en charge les patients venant d'être hospitalisés plutôt qu'un patient déjà présent depuis un plus long moment. Il prône l'importance du suivi du dossier de l'accompagnement. Malgré que le patient soit souvent le trait d'union le plus important lorsqu'il en est capable, il y a une réelle nécessité de faire un suivi adéquat.

Il se tourne ensuite sur les différences culturelles entre le Québec et la Belgique. Il admet que les différences viennent plutôt du lieu de fonction de l'infirmier plutôt que de son lieu de vie à proprement parlé. Et malgré ces différences au sein de la formation, il estime important que chaque patient soit soigné en fonction de sa culture propre. Le patient a besoin de soignants formés et non « formatés ». C'est alors l'occasion de « soigner » la personne que je suis, et non pas uniquement la pathologie.

Il termine par aborder le bien-être du professionnel dans son lieu de travail. Il est probant pour lui que cela influence le bien-être du patient. Il dit : « Il est important de prendre en considération le bien-être de l'humain, qu'il soit patient ou soignant. ».

3. Compte-rendu de l'entretien avec Didier Van Wymersch

Didier Van Wymersch a suivi une formation de médecin avec une spécialité en gynécologie à l'UCL. Après sa formation, il a exercé en Belgique durant 4 ans avant de s'expatrier au

Luxembourg où il est gynécologue depuis près de 23 ans maintenant. Depuis 15 ans, il est monté, en parallèle de sa fonction de gynécologue, dans la hiérarchie des fonctions dirigeantes au niveau du Centre Hospitalier du Luxembourg (CHL). Il a d'abord été chef de service pour l'obstétrique et ensuite chef de département reprenant la chirurgie gynécologique, l'obstétrique et la fécondation in vitro. Depuis 8 ans, il a été successivement directeur médical adjoint et directeur du pôle pour la maternité et la clinique pédiatrique. En parallèle de cela, il exerce des fonctions de directeur médical remplaçant.

Docteur Van Wymersch décrit la situation des infirmiers luxembourgeois au sein du paysage hospitalier comme étant favorable mais aussi défavorable. Les points positifs sont notamment un environnement de travail agréable, innovant, motivant, avec des possibilités pour les soignants de mener à bien des projets. En effet, le Luxembourg dispose de moyens financiers importants permettant une certaine qualité de travail, de respect des normes et la possibilité de se faire certifier. Les points négatifs sont représentés par un paysage hospitalier fragile au Luxembourg qui dépend fortement des soignants frontaliers, venant de Belgique, de France et d'Allemagne. En effet, les écoles d'infirmières Luxembourgeoises ne forment pas assez de soignants pour le pays. Par conséquent, on retrouve souvent des problèmes de mobilité et de trajets car il n'est pas rare pour les soignants de devoir réaliser 1h30 de route pour venir travailler. Cela entraîne des difficultés pour le personnel notamment en terme de fatigue. L'horaire de travail est de 40h par semaine, il devient donc de plus en plus rare que des soignants réalisent un temps plein tout au long de leur carrière. Il observe également un taux de maladie et d'absentéisme élevé avec un épuisement du personnel soignant qui a été exacerbé par la crise du Covid-19.

Il commence par définir sa vision de la rétention et de l'attraction. La rétention est, selon lui, le fait que le personnel reste fidèle. Elle s'applique à des soignants à qui il a fait confiance en les engageant et qui restent sur le long terme dans la structure. L'attraction est plutôt la proposition d'un cadre de travail qui convient aux attentes des futurs collaborateurs, et qui fait qu'ils vont choisir son institution parce qu'elle est plus attractive qu'une autre notamment en terme d'horaire de travail, de salaire et de type de fonctions exercées.

Concernant le turn-over des infirmiers au Luxembourg, il admet en observer plus ces derniers temps. Selon lui, beaucoup de soignants arrêtent la profession après quelques années. A cela vient s'ajouter une réorientation importante vers une carrière libérale. De moins en moins

d'infirmiers réalisent des carrières complètes à l'hôpital. Ce turn-over a, tout d'abord, des conséquences pour le patient, qui est confronté à des jeunes soignants qui, malgré leur motivation, n'ont pas beaucoup d'expériences. L'équipe peut également ressentir des problèmes notamment dans la transmission d'apprentissages et dans l'accueil du nouveau collaborateur car cette formation, la transmission des routines, des contraintes demandent beaucoup d'énergie tant pour l'équipe soignante déjà en place que pour les responsables du service. Il dit : « Avec des équipes qui sont très changeantes, le travail n'est jamais terminé. ». Le risque est l'installation d'une certaine lassitude auprès des soignants « plus anciens » à devoir recommencer ce même travail en permanence.

Le docteur Van Wymersch défend l'idée qu'il existe un lien fort entre la santé psychologique au travail et la rétention. Selon lui, si un collaborateur ne peut pas s'épanouir dans son travail, cela devient psychologiquement difficile tant au niveau familial qu'au niveau professionnel. Plusieurs risques sont alors à observer comme l'absentéisme, la réalisation d'erreurs ou encore la malveillance vis-à-vis du patient. Des conditions de travail difficiles peuvent amener à une moins bonne résilience et le risque de ne plus prendre le temps avec le patient. Afin d'éviter au maximum ce type de situation, le CHL propose des séances de relaxation et de bien-être (massage assis du dos, groupe de parole, moment de méditation, etc.) qui ont suscité un grand intérêt de la part du personnel pendant la crise du Covid-19. Le rôle du chef d'unité lui semble également primordiale car il est le plus à même de repérer les problèmes, de pouvoir remonter l'information et parfois de pouvoir y remédier. Il doit également veiller à des relations médico-soignantes de qualité. Pour améliorer cette dernière, des binômes ont été mis en place au sein de l'hôpital. Pour chacune des strates de gouvernance, il y a systématiquement un binôme médecin / infirmier, afin d'améliorer la collaboration de ces deux professions.

Il explique que c'est important que tous les niveaux de gouvernance se penchent sur la question de la rétention parce que le phénomène est de plus en plus présent depuis une vingtaine d'années. Il y aurait un changement de génération sur ces 20 dernières années. Les soignants osent maintenant exprimer qu'il souhaitent une qualité de vie correcte et n'hésitent pas à partir si ce n'est pas le cas. Dans le cas où l'on ne s'y intéresse pas, le risque est de se retrouver avec une équipe déstructurée en quelques mois / années. La direction soignante disposent d'indicateurs (ex : taux d'absentéisme) afin d'appréhender au mieux ces problématiques. Ils ont également la possibilité de travailler sur une série de facteurs de rétention notamment : offrir

un cadre de travail qui correspond aux attentes des soignants, réaliser des interviews annuelles personnalisées leur permettant d'exprimer leurs attentes, offrir des facilités de stationnement, traiter le plus rapidement possible les tensions / conflits entre les équipes, offrir un environnement de travail sécurisé pour le personnel, proposer des moments permettant de renforcer la cohésion des équipes, offrir des marques de reconnaissances de la part de la direction vers le personnel, offrir des formations internes ou externes à l'institution afin de permettre au soignant de s'accomplir professionnellement.

Le docteur Van Wymersch est dans l'idée de rendre le métier attractif. Cela pourrait être possible via une réévaluation des salaires dans les années qui viennent sans quoi il risque d'observer des départs vers des emplois avec de meilleures conditions salariales. Il dit : « La politique globale ne dépendant pas d'un cadre soignant ou d'un directeur des soins, il faut y réfléchir à la politique générale de santé en Belgique. ». Il observe une réelle souffrance des hôpitaux belges frontaliers à la Belgique, et une réelle fuite des soignants vers le Luxembourg, due aux salaires quasiment deux fois supérieurs. De plus, il estime que la formation donnée au soignant pourrait être repensée. Il remarque un fossé important entre ce qui est appris en école d'infirmiers et la réalité de terrain notamment concernant les contraintes auxquelles il faut s'adapter.

4. Compte-rendu de l'entretien avec Edgard Peters

Edgard Peters est infirmier de formation spécialisé en pédiatrie et néonatalogie. Il a successivement exercé des postes d'infirmier, d'infirmier chef adjoint, d'infirmier en chef et enfin d'infirmier chef de service notamment les secteurs mère /enfant et pédiatrie. Il a, en parallèle, participé à l'étude sur le passage du RIM → DIRHM en tant que président de différents groupes de travail (ex : néonatalogie, soins intensifs, etc.). Il a par la suite été détaché au SPF Santé Publique pour former l'ensemble des hôpitaux au DIRHM et participer aux comités d'accompagnement qui a suivi l'implémentation du DIRHM au niveau des hôpitaux. Depuis 2009, il a quitté le secteur hospitalier pour le secteur du domicile et est actuellement directeur soins infirmiers à la fédération d'aide et soins à domicile. Il enseigne également dans la formation de base infirmière et chargé de cours / conférencier au sein des universités et écoles de promotions sociales. Depuis le début de son parcours professionnel, il s'est impliqué dans les associations professionnelles, actuellement président de l'ACN. Dans ce cadre, il participe aux négociations avec les ministres de la santé et de l'affaire sociale. Pour finir, depuis 2013, il

est président du conseil fédéral de l'art infirmier. Il possède donc de nombreuses fonctions et un parcours professionnel particulièrement varié.

Il commence par décrire un certain mal être au sein de la profession infirmière. Celui-ci lui semblait déjà présent depuis plusieurs décennies mais s'est particulièrement imposé durant la crise du Covid-19 avec une saturation complète de la part de la profession. Il ressent un désinvestissement complet de la part des politiques concernant la profession infirmière de manière générale. Il se refuse à dire qu'il existe une pénurie infirmière. Il pense plutôt à une fuite de la profession. Selon lui, une pénurie s'exprime quand on ne trouve pas assez d'infirmiers sur le marché de l'emploi, avec alors une nécessité de créer de nouvelles fonctions pour remplacer des infirmiers absents. A l'inverse, il faudrait s'intéresser à la manière de retenir les infirmiers dans la profession.

Afin d'augmenter cette notion de rétention, il propose différents éléments. D'abord par l'amélioration de la relation vie professionnelle et vie privée. Cela pourrait s'effectuer par la révision de l'organisation du travail. Il propose donc un modèle d'organisation qui permettrait d'alléger la charge de travail en la répartissant sur 12h prestées par la même équipe, plutôt que sur une seule pause comme actuellement. La charge de travail ne serait plus concentrée le matin comme actuellement, permettant des réels temps de pause et une pression de travail moins importante. Ce travail en pause de 12h nécessiterait une adaptation au niveau de la législation sociale. Cependant, cela faciliterait l'organisation familiale des soignants qui travailleraient moins de jours par semaine. Il a pu observer ce type d'organisation en France avec comme avantage que de nombreux soignants augmentaient leur temps de travail à long terme. Ensuite, il met en avant les qualités de savoir-être et de savoir-faire de l'infirmier en chef ou de l'infirmier chef d'unité. Il est important que l'équipe travaille dans une relation de confiance. Pour cela, un cadre doit être fixé, mais à l'intérieur de celui-ci, le soignant doit pouvoir jouir d'une certaine liberté. Selon lui, les institutions hospitalières auraient beaucoup à apprendre du secteur marchand concernant la manière de manager. Une autre proposition serait l'établissement d'horaire fixe cyclique programmé 3 mois à l'avance. Cela permettrait, grâce à la prévision à long terme, la diminution des désidératas de dernières minutes des soignants. Il prône la réflexion en équipe concernant l'organisation du travail au sein d'un service.

Monsieur Peters aborde ensuite le contenu significatif du métier d'infirmier. Comme pour Monsieur Saelens, il observe une réelle perte de sens. On a perdu la notion de valeur et de sens

de la profession infirmière. Le manque de personnel a quasiment été toujours présent, il faut donc repenser la façon de prendre soins. Il s'agit d'une manière d'être au quotidien notamment avec un feeling et une empathie particulière. Il dit : « Quand je travaillais en pédiatrie, je ne réalisais jamais un soin sans faire une activité ludique en parallèle. Mais cette activité ludique n'est pas obligée de durer 1 heure. ». Cette difficulté de trouver du sens pourrait amener à une forme de maltraitance que l'on subit en tant qu'infirmier. Il serait important de s'intéresser à la reconnaissance du métier. Celle-ci n'est pas uniquement financière. Cette reconnaissance peut également être réalisée au quotidien tant par le responsable hiérarchique direct qu'au niveau de la direction, mais aussi par les autres collaborateurs (ex : médecins). La reconnaissance est également importante au niveau politique par exemple par une reconnaissance de l'autonomie de la profession.

Il prône l'implication des infirmiers dans les réunions d'amélioration. Il dit : « Il vaut mieux avoir un rôle dans le groupe, parce qu'un rôle démolit rarement ce qu'il a construit lui-même. Par contre, il risque de démolir lorsqu'il n'est pas dans le groupe de travail. ». L'objectif est d'utiliser ce qui ne fonctionne pas pour avancer et progresser.

Il explique la question du turnover par une saturation complète de la profession. Il dit : « Les infirmiers pensent que l'herbe est plus verte ailleurs. Ils partent mais reviennent aussi. ». C'est, selon lui, un signe de souffrance importante. Il est donc essentiel de le prendre en compte et de pouvoir y travailler. Il décrit un lien entre la santé psychologique au travail, le sens de la profession et la rétention du personnel. Tous les éléments seraient liés. Cependant, il exprime que la détresse psychologique est rarement due à 100% à un burn-out professionnel. Il dit : « On est bien chez soi, on est bien au travail. On est bien au travail, on est bien chez soi. ». Il s'oppose pourtant à ce que le travail soit l'assistant social relatif à des problèmes privés. Il déplore ne pas avoir de solution miracle à part trouver des petits moyens pour faire une coupure travail / vie privée (ex : trajet, passage par le vestiaire, etc.).

5. Conclusion des entretiens avec les témoins privilégiés

En analysant les points de vue des témoins privilégiés, on peut remarquer l'importance de l'aspect bien-être au travail et une vue philosophique qui doit être développée afin de faire face au départ et au turn-over élevé parmi le personnel infirmier. Tant Mr Saelens, Mr Peters et Dr Van Wymersch insistent sur le fait que pour assurer un travail correct, l'individu doit se sentir

bien. Pour cela, il existe différents moyens pour permettre un épanouissement au travail et éviter de voir partir le personnel infirmier. Ainsi, au Luxembourg, le Docteur Van Wymersch, insiste sur des moyens mis en œuvre comme des séances de massage, groupe de paroles, etc. Pour Mr Saelens, l'institution hospitalière a décidé de permettre aux soignants de s'adresser à un philosophe. Pour Mr Peters, il est également important que le personnel trouve un sens à son travail. Cet aspect philosophique est également repris par Mr Néron, mais, pour sa part, il l'oriente plus vers le bien-être du patient. Il mentionne ainsi une approche plus axée sur une qualité du soin donnée au patient par l'infirmier.

Deux des intervenants mentionnent également l'importance du leadership et d'un management correct au sein de l'équipe. Ceci contribue alors au maintien d'une bonne équipe sans devoir faire face à des remplacements incessants. Pour Mr Saelens, si le chef est « bon » et assure un encadrement correct, alors l'équipe suivra et sera soudée pour faire face aux problèmes. Ce point de vue est rejoint par le Docteur Van Wymersch, qui insiste également sur le rôle du chef et ainsi sur la création de binôme médecin / infirmier. Mr Néron indique également que nous sommes humains, tant le patient que l'infirmier. Et donc un bon management, tourné alors vers cette humanité contribue à un épanouissement correct de l'infirmier dans son travail et ainsi minimiser le risque de fuite du personnel. Pour Mr Peters, il faut au point de vue du management de l'équipe revoir la grille des horaires. Il propose donc un planning étalé sur moins de jours et surtout élaboré de façon la plus anticipative possible, afin que la vie privée et familiale de l'infirmier puisse s'organiser au mieux.

Un autre aspect important mis en avant par deux des intervenants est le point de vue financier et environnemental. Pour Mr Saelens, il espère que la construction du nouvel hôpital permettra de réduire ce turn-over important observé depuis des années. Il est également conscient que l'aspect salarial est important même si les subsides limitent les possibilités. Pour le Docteur Van Wymersch, cet aspect salarial est un des motifs majeurs qui entraînent une perte du personnel infirmier. Parallèlement à ce point de vue, il insiste également sur les facilités techniques offertes au personnel : cadre de travail agréable, parking aisé, etc. Ce sont des éléments qui peuvent aider pour maintenir des équipes correctes et habituelles au sein du personnel infirmier.

Mr Néron insiste également sur cette notion d'équipe. Il met ainsi en avant le fait de revoir la prise en charge du patient au sein du service. Il insiste sur le fait que le patient devrait être

pris en charge au maximum par les mêmes soignants. Cette approche plus tournée vers le patient lui semble importante et permettrait ainsi de mettre en valeur le travail effectué par l'infirmier.

Les différents intervenants ont également insisté sur la mise en valeur et la reconnaissance du travail du personnel infirmier. Pour Mr Peters, la reconnaissance de l'infirmier au sein de son équipe, avec son chef, la direction et les autres prestataires de soins reste un axe majeur pour une vie professionnelle épanouie de l'infirmier. Pour Mr Saelens, on doit maintenant développer une culture d'entreprise au sein de l'hôpital. Ce point de vue rejoint celui du Docteur Van Wymersch, qui met en avant les différentes formations proposées au personnel, et ainsi permettre une sorte d'accomplissement dans le parcours professionnel de l'infirmier.

Pour Mr Néron, cette reconnaissance du travail de l'infirmier doit passer également par une transmission optimale des informations. Cette tâche remet alors en avant l'importance de la fonction d'infirmier, qui est le relais entre le patient et le médecin.

Pour terminer, les 4 témoins privilégiés ont insisté sur le bien-être de chaque individu au travail. Pour Mr Peters, si votre vie professionnelle est épanouie, ce sera également le cas pour votre vie familiale. Mr Saelens insiste également sur la possibilité du personnel infirmier de pouvoir consulter un psychologue et/ou une assistante sociale en cas de soucis tant professionnels que familiaux. Pour le Docteur Van Wymersch, ce bien-être au travail permettra de freiner le départ des infirmiers.

En conclusion, on peut mentionner l'aspect « humanité » mis en avant par Mr Néron, tant à l'égard du patient que du personnel infirmier. Cette notion importante peut intervenir et permettre ainsi de retenir le personnel infirmier au sein des institutions hospitalières.

3. Entretiens avec les acteurs de terrain

Les dix répondants que j'avais sélectionnés au début de ma recherche ont accepté de réaliser l'entretien et de répondre à mes questions. Parmi ces 10 acteurs de terrain, il y a 7 femmes et 3 hommes. Huit répondants cumulent plus de 10 années d'expérience, les deux répondants restants ont 5 ans d'expérience ou moins. La moitié des acteurs de terrain ont au minimum 10 ans d'expérience au sein de leur fonction actuelle. L'ensemble des répondants a eu une

expérience professionnelle avant leur poste actuel. Seul un des répondants n'est pas en possession d'une spécialisation ou d'un master. Concernant les 9 répondants détenteurs d'une spécialisation ou d'un master, 8 ont actuellement un poste nécessitant cette spécialisation ou ce master pour y accéder. L'ensemble de ces informations peuvent être retrouvées dans l'annexe 4.

L'ensemble des entretiens avec les 10 acteurs de terrain ont été réalisés pendant une période d'un mois entre le 1 avril 2022 et le 1 mai 2022. Comme expliqué précédemment, les entretiens ont été réalisés soit par vidéo conférence, soit par appel téléphonique ou encore directement sur le lieu de travail du professionnel. Ce choix a été déterminé avec le professionnel interrogé en fonction de ses disponibilités ou encore de sa situation géographique. La priorité lors de ces entretiens était de prévoir une heure durant laquelle ils étaient disponibles afin de prendre le temps de répondre à mes questions. Tous ont, en effet, répondu à chaque question avec intérêt et implication. Lors de chaque début d'entretien, je me suis présentée, j'ai expliqué à nouveau le cadre de ces entretiens en adéquation avec le thème du mémoire. J'ai précisé la raison pour laquelle j'avais sélectionné chaque participant.

Chaque participant avait donné son accord préalable, ou pendant l'entretien, afin d'être enregistré. Cependant, aucun des répondants n'a exprimé le désir de répondre anonymement aux questions. Durant chaque échange, j'ai été attentive à mettre mes représentations et mes attentes de côté afin de ne pas influencer les avis des professionnels. L'objectif était de leur offrir un libre espace de paroles. A la fin de chaque entretien, j'ai proposé de leur transmettre le résultat de cette recherche s'ils ne me le demandaient pas spontanément. Tous les entretiens ont été effectués pendant 40 à 60 minutes.

Après chaque entretien, j'ai évalué la pertinence de mon guide d'entretien. Il a donc été relativement évolutif. J'ai pu observer plusieurs fois que des questions étaient mal comprises par les personnes interrogées. J'ai donc dû réaliser un exercice de reformulation de certaines questions afin qu'elles soient plus claires en terme de compréhension. La définition de certains termes m'était également posée durant des entretiens. J'ai alors pris l'habitude de les définir spontanément lorsque je posais la question. Enfin, j'ai parfois dû reformuler et décomposer mes questions en plusieurs sous-questions afin de faciliter les réponses des acteurs de terrain. Comme je l'ai expliqué précédemment, suite à la retranscription d'un entretien que j'avais sélectionné, j'ai pu faire émerger plusieurs thèmes. Ceux-ci étaient déjà en partie prédéfinis

suite à la conception de mon guide d'entretien. A partir de ces différents thèmes, j'ai réalisé des tableaux afin de mettre en relation l'avis de Madame Materne et celui des 9 autres acteurs de terrain. J'ai écouté chacun des 9 entretiens afin de pouvoir déterminer les points de convergence, de divergence ou encore les idées émergentes. Lors de cette analyse, j'ai pu observer l'émergence d'idées mais pas de grandes thématiques. Le dernier tableau est donc resté vide. Une fois les tableaux finalisés, j'ai déterminé l'ordre de présentation des différents thèmes afin d'apporter une certaine cohérence et continuité dans les propos des répondants.

J'aborderai donc ensuite les thèmes suivants :

- Définition de l'attraction et de la rétention
- Situation actuelle des infirmiers au sein du paysage hospitalier
- Contenu significatif du métier d'infirmier
- Rôles de chaque professionnel au sein de sa fonction
- Turnover du personnel infirmier au sein de l'hôpital
- Raisons qui poussent les infirmiers à quitter un hôpital
- Rôle de la santé psychologique au travail
- Raisons d'absence à long terme
- Facteurs d'attraction et de rétention du personnel en milieu hospitalier
- Contraintes face à la mise en place de solutions
- Rôles de chaque professionnel dans la problématique de la rétention
- Proposition d'améliorations / d'innovations
- Connaissances des professionnels concernant le « Magnet hospital »
- Projet d'accréditation et lien avec la rétention
- Illustration de la participation des professionnels dans la rétention

Je réaliserai ensuite une synthèse des différents éléments abordés dans ces thématiques.

1. Définition de l'attraction et de la rétention

La définition de l'attraction est construite par les acteurs de terrain à partir d'éléments différents, pourtant complémentaires. Elle est définie comme la possibilité dont dispose une institution pour combler ses besoins via les recrutements. Il s'agit alors de donner l'envie à l'infirmier de venir travailler dans l'institution et donc, à terme de l'engager. Afin d'y parvenir, l'institution doit pouvoir offrir des éléments qui ne sont pas présents dans les autres hôpitaux. Cependant, l'attraction ne serait pas uniquement du ressort de l'institution mais nécessiterait

une reconnaissance au niveau fédéral. On remarque une évolution dans le milieu médical, on a quitté l'ère paternaliste, l'objectif maintenant est le « Savoir Devenir ».

La rétention se situe dans la continuité de l'attraction. Madame Henrotin dit : « Juste attirer les infirmières ce n'est pas suffisant. Il faut prendre soin des personnes qui sont déjà en place. ». La rétention pourrait alors être définie comme la mise en œuvre de stratégies pour éviter les départs volontaires. Une fois que le personnel est dans l'institution, la rétention s'apparente à ce qui est mis en place pour que les professionnels restent.

Les deux termes restent cependant assez proches pour les répondants. Par exemple, un répondant relie la rétention avec la mise à disposition d'éléments d'attraction et met en avant la notion de « lien direct avec l'autre ».

2. Situation actuelle des infirmiers au sein du paysage hospitalier

La situation actuelle des infirmiers au sein du paysage hospitalier est définie comme désastreuse et désespérée, notamment à cause de plusieurs éléments. Tout d'abord, les infirmiers ne seraient pas pris au sérieux, ni par la direction, ni par le gouvernement et il y a également un manque de reconnaissance de la part du grand public. Ils devraient pouvoir être mieux reconnus au niveau intellectuel. Le soignant doit prendre la bonne décision par rapport à l'acte effectué comme par exemple lors de l'administration de médicaments, la décision d'appeler un médecin, etc. En effet, les infirmières ne sont plus soumises aux médecins comme c'était le cas auparavant. L'objectif serait de trouver un équilibre entre les actes techniques et la relation avec le médecin. En lien avec cette démarche réflexive, la rémunération des infirmiers est considérée comme trop basse. Ils ne sont pas rémunérés à hauteur des responsabilités qu'ils endossent au quotidien. Plusieurs acteurs de terrain mettent en avant la vision du métier par la population. Il semble mal perçu et en conséquent mal compris. La profession n'attire plus les nouveaux étudiants. Ces derniers se posent des questions sur les réelles motivations du métier.

On pourrait observer une inquiétude permanente. De plus, la crise du Covid-19 aurait créé une mauvaise image pour la profession. Le personnel commence seulement à souffler mais semble fatigué actuellement suite à cette sortie de crise. Ils étaient angoissés pour leur santé et pour celle de leur famille durant ces mois d'épidémie. Les soignants sont décrits comme épuisés

et en souffrance. Madame Materne dit : « Il y a vraiment du personnel en souffrance, et c'est vraiment important d'entendre ces besoins ».

Cette situation compliquée est renforcée par deux éléments : la restriction de personnel et des moyens matériels insuffisants. Plusieurs intervenants disent observer une diminution du nombre de soignants dans les unités suite à des restrictions budgétaires. Les équipes seraient alors en sous-effectif permanent. Ces normes d'encadrement trop basses sont reliées à un manque de reconnaissance de la part du niveau fédéral. Madame Marchal dit : « La situation telle qu'elle est depuis 1 an, 1an et demi, je n'ai jamais connu ça. Je n'ai jamais connu une situation aussi tendue entre ma demande d'infirmières et l'offre d'infirmières qui est sur le marché. Il y a presque une inquiétude permanente. » A cela, s'ajouterait une charge de travail majorée suite au Covid-19 avec des patients se présentant de plus en plus tard à l'hôpital. Une des infirmières déplore les économies réalisées sur le matériel, ce qui engendre des soins de moins bonne qualité. Elle donne comme exemple des protections d'incontinence de mauvaise qualité qui provoquerait des « dermites de langes ». Elle met en relation cette diminution de la qualité des soins avec une priorité financière portée sur un environnement hospitalier « esthétiquement agréable ».

Le personnel infirmier semblerait insatisfait du travail procuré auprès des patients. Ils sont tiraillés entre leurs valeurs et une réalité comprenant un manque de personnel et de temps. Les soignants sont alors à la recherche de sens dans ce paysage hospitalier majoritairement technique. Ils se posent également des questions sur la qualité de vie et le bien-être à l'hôpital bien que ce dernier soit de plus en plus mis en avant, selon un cadre intermédiaire.

3. Contenu significatif du métier d'infirmier

Le contenu significatif du métier d'infirmier serait d'abord en lien avec tous les aspects des soins. On retrouve : la réalisation des soins avec un contact patient, l'écoute du patient dans ses difficultés afin de réaliser une prise en charge globale, la mise en place de l'éducation thérapeutique, la réponse aux besoins des gens, la relation d'aide à la personne ou encore le don de soi et don aux autres. La prise en soins de façon globale est mise en avant par 3 des répondants à l'inverse de la relation d'aide et la réponse aux besoins cités respectivement par deux acteurs de terrain.

Ce contenu significatif doit être en adéquation avec la possibilité de réaliser le métier selon leurs valeurs pour trois des intervenants. Plusieurs valeurs sont énoncées notamment l'empathie, l'humanité ou encore la qualité technique. Le métier n'aurait alors du sens que si les infirmiers ont le temps de réaliser des soins humains pour 3 des acteurs de terrain. Madame Labbé dit : « Pour moi le métier, c'est donner, pas pour recevoir, mais pour avoir un retour humain des gens, de la reconnaissance. ».

Une des infirmières a mis en avant que le sens du métier d'infirmière avait évolué lors de l'arrivée de ses enfants. Elle dit : « Avant que je devienne maman, je faisais passer mon métier avant ma vie privée. Je m'investissais énormément. Je pouvais remplacer n'importe quelle collègue. Faire des heures à l'hôpital, me donner dans mon travail ; »

Trois des répondants veulent encourager les binômes médecin / infirmier afin d'arriver à un partage adéquat des responsabilités. Madame Materne dit : « A partir du moment où ce respect existe et / ou cette interaction existe, je pense alors que le métier prend vraiment son sens. Il ne faut pas attendre des infirmières qu'elles soient des petits médecins, on n'attend certainement pas que les médecins aient une vision aussi globale que l'infirmière, il est peu là. Mais c'est dans l'échange que le sens du métier va prendre son importance. » La valorisation des compétences de chaque prestataire de soins, et donc de la pluridisciplinarité, favoriserait les interactions entre les acteurs de soins. L'objectif serait de revaloriser l'expertise de chaque métier, de recentrer le rôle de l'infirmier, et donc une modification du paradigme du soin. Madame Marchal explique : « On nous a formaté dans les soins globaux et intégrés et que c'était indispensable, ça vient de notre formation. J'étais la première à trouver cela génial parce que ça permettait d'observer le patient. Mais dans le cadre d'une pénurie d'infirmiers où à un moment donné, les soins intégrés globaux s'apparentent davantage à une course contre la montre, il faut y réfléchir et revaloriser l'expertise de chaque métier. »

Deux répondants valorisent la formation permanente notamment au travers d'une spécialisation ou d'un master. Une autre actrice de terrain fait le lien avec une certaine réflexion intelligente des soins. L'infirmière aurait un réel besoin d'autonomie et pas d'être une simple exécutante. Madame Henrotin illustre cette idée par ces propos : « C'est un peu un triangle que les infirmières voudraient réaliser. Il faut accorder humainement du temps au patient, tout en exerçant des soins de qualité avec une approche intellectuelle des soins. C'est vraiment avoir

une démarche réflexive. Ce n'est pas qu'une exécutante, nous ne sommes plus des assistantes de docteurs. »

Un lien est établi par deux répondants entre le contenu significatif du métier et la rétention du personnel soignant. Il est décrit comme étant composé de 3 éléments fondamentaux : l'humanité, la qualité des soins et la démarche réflexive. A l'inverse, un infirmier défend l'absence de lien entre le contenu significatif et la rétention car ce « sens » du métier pourrait être retrouvé dans tous les emplois d'infirmiers à travers le monde. Selon lui, la rétention est plutôt en lien avec le respect de ses envies et de ses objectifs.

4. Rôles de chaque professionnel au sein de sa fonction

Les différents rôles en lien avec un poste de direction du département infirmier s'établissent sur différents axes. Le premier, exprimé par les répondants, est l'importance des ressources humaines. Deux acteurs de terrain expliquent que la directrice du département infirmier a pour mission d'engager le personnel infirmier et de déterminer le service correspondant le mieux à leurs compétences. Madame Materne confirme ces propos en énonçant : « La bonne personne à la bonne place ». Pour cela, il est nécessaire d'être à l'écoute des souhaits des soignants notamment dans la recherche d'un équilibre entre vie professionnelle et vie de famille. L'objectif est de répondre aux besoins prioritaires des soignants avec, pour exemple, leur besoin de formation. La deuxième mission en tant que direction du département infirmier concerne l'organisation du travail. Une des directrices du département infirmier explique ses missions comme : veiller au bon fonctionnement des services d'un point de vue quantitatif, mettre à disposition du matériel nécessaire et un accès à la littérature scientifique, mettre en place des binômes infirmier chef service / médecin chef de service et établir des tutorats pour épauler le nouvel engagé. Une autre directrice de département complète cette vision organisationnelle par : se positionner sur des projets architecturaux et veiller à ce que les départements logistiques soient au service du département des soins. Un troisième axe est abordé par deux des directrices de département infirmier sous l'angle de gestionnaire. Une gestion tant économique, des investissements, du personnel et donc du département infirmier en général doit être exercée. De plus, elles auraient un réel rôle dans l'ensemble des prises de décisions de l'institution. Selon Mademoiselle Buchin, ce rôle de gestionnaire éloigne du terrain. Elle explique : « Dans le vaste centre hospitalier comme celui-ci, notre rôle, il est malheureusement éloigné du terrain. Sur le terrain nous avons avant tous les cadres. Il est éloigné car nous sommes amenés à gérer avec le

comité de direction. ». A l'inverse, Madame Marchal exprime une réelle intention de se rapprocher des soignants en passant dans les services. Selon elle, les soignants ne comprennent pas toujours cet éloignement de la direction. Elle dit : « Pour les infirmiers, c'est une boîte noire. On commence à se rendre compte du travail de la direction quand on est infirmier en chef ou peut-être cadre intermédiaire. ». Pour finir, la dernière mission décrite par un des répondants est la mise en place de projets avec une vision et des objectifs clairs.

L'élément majeur mis en évidence concernant le rôle de l'infirmier chef de service est la notion du lien. Il est mis en avant par les deux infirmiers chefs de service. Ce poste permettrait de faire le lien entre l'infirmier chef d'unité et la directrice du département infirmier. Il exercerait un réel soutien de l'infirmier chef d'unité concernant le management de son équipe mais aussi un support hiérarchique à leur disposition et nécessite donc une certaine disponibilité. Ils doivent faire valoir l'importance de la profession infirmière comme étant une profession à part entière face aux autres professions, selon Madame Henrotin. Afin d'exercer au mieux ce rôle de lien, l'infirmier chef de service se devrait d'être présent sur le terrain afin de rencontrer les soignants et les infirmiers en chef, en passant au sein des services. Toujours dans cette idée de faire le lien, l'un des infirmiers en chef met en avant le travail en tripartite. A chaque poste de cadre infirmier, devrait être associé un médecin et un gestionnaire de performance.

Les rôles décrits concernant l'infirmière chef d'unité comprennent également plusieurs dimensions. Le premier élément est le management. L'infirmier chef d'unité devrait : gérer une unité de soins, assurer le bon fonctionnement de l'unité et assurer une gestion de l'équipe. Cette vision est défendue par une infirmière chef d'unité et une infirmière chef de service. Selon Madame Henrotin, le rôle de l'infirmière chef d'unité est un poste clé. Elle doit être capable, selon une autre chef d'unité, de « fédérer » au sein de son personnel et d'être à l'écoute.

Le métier d'infirmier est lui décrit par deux des répondants comme un contact humain et la prise en soins des gens. Il nécessiterait une empathie importante afin d'améliorer la santé de la personne mais aussi de réaliser des rôles de prévention et d'éducation du patient. L'infirmier doit cependant être en capacité de se renouveler et d'apprendre des nouvelles notions. Cependant, l'une des infirmières appuie sur le fait que ce n'est plus un métier de vocation.

5. Turnover du personnel infirmier au sein de l'hôpital

Tous les répondants disent pouvoir observer un turn-over important au sein de leur institution. Par exemple, Monsieur Fallay explique : « Depuis que je suis arrivé dans ce nouvel emploi, sur les 8 nouveaux engagés en même temps que moi, seuls 3 sont encore présents. »

Plusieurs causes ont été décrites par les répondants afin d'expliquer le turn-over du personnel infirmier au sein des institutions hospitalières. La première est partagée par deux des acteurs de terrain et est en lien avec la pyramide des âges du personnel au sein des services. Auparavant, les équipes étaient visiblement stables. Le turn-over serait alors une conséquence des « cycles d'âge » du personnel entraînant des départs simultanés à la pension au sein des équipes. A l'inverse, deux autres acteurs de terrain mettent plus l'accent sur des départs pour réorientation complète. Le deuxième élément est la situation géographique du personnel par rapport à son emploi. Elle pourrait exacerber le phénomène de changement d'emploi selon une directrice du département infirmier. Toujours en terme de géographie, la localisation de l'hôpital serait aussi une conséquence d'un turn-over plus important selon un infirmier. Il y aurait moins de turn-over dans un petit hôpital de campagne. Le troisième élément mis en avant par trois des acteurs de terrain est une diminution de l'attachement des professionnels envers leur institution. Ce changement de valeurs s'illustrerait par une moins grande flexibilité du personnel, une envie « d'aller voir ailleurs » des infirmiers et une nouvelle génération qui ne reste plus en poste au long terme. Ce changement s'est accentué depuis la crise du Covid-19, les soignants n'hésitent plus à partir. En effet, trois des acteurs de terrain avancent que le nombre de postes vacants, et donc l'offre, augmente, permettant aux soignants de réaliser un choix entre les différentes institutions. Un autre élément majeur est l'importance du rôle de manager direct, à savoir l'infirmier chef d'unité. Madame Materne dit : « infirmière en chef est un boulot terriblement important et terriblement lourd. C'est un des métiers les plus durs de l'hôpital. Mais, c'est sa qualité aussi qui va faire qu'une équipe va être stable ».

Plusieurs pistes de solutions sont décrites par les acteurs de terrain afin de diminuer ce turn-over du personnel infirmier au sein des hôpitaux. Deux répondantes prônent l'importance d'épauler les nouveaux engagés et de leur donner la possibilité de suivre des formations permanentes. Cela leur permettrait d'acquérir des nouvelles compétences de la manière de la plus adéquate possible. En lien avec cela, les intervenants pensent qu'il faut réduire la pression de l'ensemble de l'équipe concernant l'apprentissage des nouveaux engagés. Madame

Bakkouche explique : « L'équipe doit former les nouveaux engagés et une fois la personne bien intégrée, elle part. Il faut donc tout recommencer à zéro. C'est décourageant pour le personnel plus ancien lors de l'arrivée de nouveaux. ». Cette idée est commune avec Madame Materne qui explique : « Quand vous avez quatre infirmières qui partent en écartement prophylactique en 4 mois et que 4 nouvelles doivent être intégrées, c'est extrêmement compliqué, et pour l'équipe qui doit se reformer et qui doit intégrer les nouveaux avec toutes les différences et avec tout l'apprentissage et le tutorat qu'il faut donner. C'est très fatigant pour une équipe, c'est très insécurisant. ». Il serait indispensable de stabiliser l'équipe et permettre aux membres de rester soudés. Les écartements prophylactiques sont à nouveau pris comme exemple par Madame Marchal qui dit : « Entre le moment où l'on doit écarter la personne, et le moment où l'on trouve quelqu'un pour la remplacer, il y a des délais très longs, ce qui n'était pas le cas avant. Avant, les infirmières devaient travailler jusqu'à 6 mois, sauf problèmes évidemment. On avait un temps intermédiaire pour trouver une solution, voir même un temps de chevauchement. ». Le dernier élément avancé est que les différents cadres encouragent le respect de l'équipe infirmière par les autres professions, notamment les médecins.

6. Raisons qui poussent les infirmiers à quitter un hôpital

Plusieurs raisons ont été avancées par les acteurs de terrain afin d'expliquer le départ des infirmiers de l'institution hospitalière dans laquelle ils travaillent.

La première cause qui a été donnée par 7 des répondants est de trouver un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée notamment avec un aménagement des horaires en adéquation avec la vie familiale. Par exemple, Madame Labbé dit : « Je suis quelqu'un qui préfère faire des très grosses journées et moins travailler sur le mois, pour pouvoir être plus à la maison pour mes enfants. On fait des très grosses journées. On fait 10,12, 15h parfois sur la journée mais je ne travaille que 10 jours sur le mois. ». Les professionnels seraient à la recherche de meilleures conditions de travail. Une réorientation vers un poste plus léger est alors envisagée. De plus, deux des répondants expriment que les soignants quittent leur institution suite à un éloignement géographique à cause d'un déménagement dans un cadre personnel. D'autres, venant de l'étranger, ont l'envie d'y retourner.

La deuxième grande cause de départ, qui est avancée par 4 des acteurs de terrain est l'attractivité vers un autre poste avec une meilleure rémunération comme par exemple vers les

soins infirmiers à domicile. L'un de ces quatre répondants déplore les différences salariales importantes des infirmières par rapport à d'autres postes comme par exemple, les médecins. A l'inverse, deux répondants affirment que l'attraction du personnel ne se joue pas uniquement sur des conditions financières.

Le troisième élément important serait, selon trois acteurs de terrain, que le poste ne correspond plus aux attentes des infirmiers, par exemple après la réalisation d'une spécialisation ou d'un master. Monsieur Ghérus dit à ce propos : « La bonne personne au bon endroit. Les gens s'en vont parce qu'ils n'ont pas obtenu ce qu'ils voulaient. ». Dans cette continuité, deux autres intervenants soulignent le manque de possibilité d'évolution au sein du service, par exemple, accéder au poste « d'infirmier de tri » aux urgences. L'inadéquation entre les valeurs de l'institution et du soignant est citée par 3 acteurs de terrain. Une de ces conséquences serait l'impression des infirmiers d'être maltraitant envers les patients alors que ce n'est pas leur objectif. Selon une infirmière, cette inadéquation des valeurs irait de pair avec un manque de matériel, rendant le travail in sûr et les soins de moins bonne qualité.

La quatrième thématique abordée par les répondants est l'ambiance de travail, avec comme élément central les mésententes dans les unités de soins. Mademoiselle Buchin explique : « On a des gens qui nous quittent parce qu'il y a incompatibilité avec l'infirmière en chef, avec une collègue, aussi entre les jeunes infirmières et les anciennes infirmières. Une jeune infirmière va être beaucoup plus stricte sur les horaires, ce qui est légitime. Mais, elles vont être moins malléables pour les changements. Les anciennes, ont été habituées autrement. Je ne dirais pas malléable et corvéable à merci mais beaucoup plus... Et ça crée un conflit. C'est vraiment une raison majeure. On a presque 3 générations différentes. » Mais ils abordent aussi une hiérarchie trop imposante ou encore un manque de communication au sein de l'équipe. L'une des infirmières a, par exemple, quitté l'hôpital afin de réaliser un temps plein en tant qu'infirmière indépendante car l'entente avec la gestionnaire de tournée était meilleure qu'avec sa chef d'unité.

Le cinquième élément est l'état psychologique des infirmiers. Deux d'entre eux ont répondu que l'environnement de travail avait une influence sur l'état psychologique des soignants. A cela, peut venir s'ajouter un sentiment de manque de reconnaissance des institutions fédérales et des patients, ce qui pousse les infirmiers vers une autre recherche de sens.

7. Rôle de la santé psychologique au travail

Concernant le rôle de la santé psychologique au travail, plusieurs causes ont été énoncées par les répondants. D'abord, elle serait influencée par une intégration difficile dans le service créant un épuisement moral de l'infirmier. De plus, l'un des infirmiers exprime que le métier confronte les soignants à des situations parfois compliquées psychologiquement. Madame Iser dit : « La prise en compte des risques psychosociaux au sein de l'institution à toute son importance et on n'est pas assez informé de ce qui existe, de ce que l'on peut mettre en place. » A nouveau, la reconnaissance de la part des patients envers les soignants est citée comme un élément pouvant impacter la santé psychologique. Il serait donc nécessaire d'être bien psychologiquement pour rester au long terme dans son emploi car un professionnel qui n'est pas bien dans « sa peau » ne saurait pas effectuer des soins de bonne qualité. Une autre cause qui est décrite par un infirmier est un épuisement de l'équipe causé par le turn-over important de soignant.

Afin de remédier à cette problématique, l'un des infirmiers a insisté sur la nécessité que la direction se penche sur les raisons de la mauvaise santé psychologique au travail avec pour objectif d'en extraire des pistes de solutions.

Plusieurs pistes de solutions ont été proposées spontanément par les répondants comme par exemple : un juste équilibre vie professionnelle / vie privée ou encore favoriser le bien-être au travail via l'attention, l'écoute et l'accessibilité. Cependant, deux des acteurs de terrain mettent l'accent sur la mise en œuvre de solutions et pas seulement l'objectivation de points de tensions. A nouveau, Madame Iser explique : « On constate cependant que, malgré certaines plaintes des équipes, il y a eu peu de retour vers les psychologues. Et on l'a analysé comme à partir du moment où ce que nous avons à offrir ce n'est qu'une oreille, ce n'est pas suffisant. »

8. Raisons d'absence à long terme

Les répondants abordent les absences à long terme des soignants selon deux aspects bien différents. Ils les relient soit à des problématiques physiques et psychologiques, soit à un « absentéisme gris ». Ils donnent deux causes fréquentes que sont : des douleurs musculaires et le burnout.

Les douleurs musculaires sont accentuées par l'âge du soignant. Le burnout, lui, surviendrait lors de conditions de travail difficiles pour les soignants, qui n'osent pas partir pour plusieurs raisons comme par exemple les années d'ancienneté ou la sécurité de l'emploi. Un autre acteur de terrain exprime plutôt des difficultés de trouver une place ailleurs et par conséquent, un désir de rester au sein de l'institution. Selon l'un des infirmiers, le burnout est un sujet tabou au sein de la profession.

L'absentéisme gris est défini par l'une des directrices de département comme le fait de remettre un certificat alors que le soignant n'est pas malade. Il serait souvent en lien avec des causes familiales, notamment les enfants de l'infirmier. De plus, le taux d'absentéisme semble avoir augmenté depuis la crise du Covid-19.

9. Facteurs de rétention et d'attraction du personnel en milieu hospitalier

Lorsque j'ai interrogé les dix acteurs de terrain concernant les différents facteurs de rétention du personnel infirmier au sein des institutions hospitalières, certains d'entre eux m'ont énoncé des facteurs d'attractions. Je les ai donc intégrés dans ce paragraphe afin de suivre la continuité de pensée des répondants.

L'attraction de nouveaux soignants peut se faire grâce à plusieurs facteurs selon les répondants. Le premier concerne les étudiants infirmiers. L'une des directrices de département propose de les engager, lors de leur 4^{ème} année d'étude, comme étudiant jobiste afin de créer avec eux un sentiment d'appartenance et de sécurité au sein de l'institution. Une autre des directrices insiste sur l'importance des stages dans le recrutement des nouveaux engagés. Monsieur Ghérus explique : « Si on est mal accueilli, on ne voudra pas y travailler. Et on reproduit, c'est comme dans tout. Les gens refont ce qu'ils ont connu, ils refont le même schéma. Beaucoup de gens ont connu une « maltraitance » durant les stages et ils vont la reproduire quand eux auront des stagiaires en se disant « moi j'ai été considéré comme ça, pourquoi eux ne le seraient pas ? ». En lien avec ce premier élément, le deuxième thème serait l'image du métier auprès de la population. Deux des répondants expriment l'idée que le grand public n'est plus attiré par la discipline car elle est mise en défaut. En effet, l'image donnée par les médias et la presse n'est pas très bonne. Il est alors essentiel d'attirer les professionnels grâce à un environnement de travail stimulant comme par exemple le projet du nouvel hôpital du GHDC selon Mademoiselle Buchin. Le dernier facteur de rétention est d'offrir des avantages

spécifiques aux nouveaux engagés comme par exemple : des congés supplémentaires, des activités sportives ou encore une assurance pension.

Les facteurs de rétention énoncés par les répondants sont eux beaucoup plus nombreux. Je les ai donc à nouveau classés par thèmes afin de synthétiser au mieux ces éléments. La première thématique est le fait d'avoir une équipe dynamique. Quatre des acteurs de terrain précisent qu'il est essentiel d'organiser différentes activités permettant de créer un lien entre les membres de l'équipe et d'encourager un esprit d'équipe. Madame Henrotin dit : « L'ambiance est vraiment importante pour souder une équipe. Et quand on a une équipe soudée, on a moins envie de partir. ». Ces activités pourraient inclure les autres professionnels de la santé, comme les médecins, afin de renforcer la dynamique entre les différentes professions. Cette nouvelle culture d'entreprise vise le respect de chaque profession. En effet, quatre autres acteurs de terrain insistent sur la nécessité d'une bonne ambiance sur le lieu de travail. La bonne communication entre les membres de l'équipe semble alors essentielle. La création d'une équipe dynamique passerait aussi par l'accueil, la formation, l'accompagnement et l'intégration des nouveaux engagés selon un des intervenants.

La seconde thématique abordée en lien avec les facteurs de rétention est l'environnement de travail. Deux répondants décrivent l'importance de bénéficier d'une belle infrastructure. Pour cela, il est indispensable d'encourager les politiques d'extensions, de rénovations et d'agrandissement de l'hôpital. D'autres petits éléments peuvent améliorer l'environnement de travail comme la mise à disposition d'une crèche pour le personnel de l'hôpital comportant des horaires adéquats par rapport aux horaires de travail des infirmiers.

La troisième thématique est la mise en avant des projets. Par exemple, trois répondants proposent de favoriser les projets personnels et d'encourager la formation du personnel. Cela permettrait de favoriser les perspectives d'avenir et améliorer la situation hospitalière. Madame Marchal explique à ce propos : « Un moyen de rétention c'est d'être attentif au talent. C'est-à-dire savoir, et ça, c'est un travail que font déjà les infirmiers en chef, encourager à faire des formations, lui dire « comme je te verrai bien comme infirmière adjointe ». C'est pouvoir montrer que ce n'est pas toujours une carrière plane, qu'il y a moyen de prendre des responsabilités. ». Concernant la conception des projets, la création de groupes d'infirmiers de référence désignés à la création de projets devrait systématiquement être réalisée selon une des directrices de département infirmier. Cela permettrait une participation active des prestataires

de soins et de valoriser leur sens du métier. Enfin, deux des répondants insistent sur le respect des choix et des envies des infirmiers concernant le lieu de travail comme par exemple, une spécialité ou un service. Monsieur Fallay fait, à propos de cette thématique, une comparaison entre la Belgique et le Luxembourg : « C'est une mentalité très différente au Grand Duché du Luxembourg, ils mettent des projets en place. Rien que le fait de discuter de projets, c'est valorisant dans le sens où l'on se sent écouté et on a émis l'idée d'un projet. Ils émettent des pistes de solutions à ces demandes. »

La quatrième thématique est le bien-être au travail. Elle est abordée par beaucoup d'intervenants. Ils semblent essentiels pour eux de mettre en place des éléments permettant d'apporter un bien-être assez large aux infirmiers. Cela passe par l'écoute, avoir une forme d'attention afin de comprendre comment les soignants se sentent. L'objectif est de pouvoir répondre aux besoins des professionnels sans mettre l'organisation en difficulté. Il est donc important d'accorder du temps de décompression aux soignants, par exemple grâce à la mise à disposition d'une salle de sport.

La cinquième thématique est en lien avec la précédente et concerne les horaires de travail des infirmiers. Ces derniers subissent souvent des changements d'horaires à l'improviste avec une alternance des différentes pauses. Le manque de personnel amène les infirmiers chef d'unité à refuser certains congés. L'une des pistes de solutions, proposée par une des répondantes, est de proposer des horaires flexibles dans les services, si cela ne met pas l'institution en difficulté.

La sixième thématique est le management exercé par la ligne hiérarchique infirmière. Selon les répondants, il est important d'avoir un bon infirmier en chef et un bon cadre infirmier qui exercent un management correspondant aux infirmiers. Ils doivent oser accompagner le changement. Deux des répondants prônent les moments d'échange et d'écoute permettant, dans la mesure du possible, de répondre aux besoins des soignants. Les managers doivent également montrer de la reconnaissance envers le travail des infirmiers, les valoriser et leur dire « merci » selon deux répondants. Le management concerne aussi l'encadrement de l'équipe. Les répondants proposent la réalisation d'entretien formel et informel fréquent entre l'ICAN et le nouvel engagé. Cet ICAN pourrait également assurer une présence, les premiers jours de travail afin d'aider à l'intégration, selon deux acteurs de terrain. En parallèle de ce suivi par l'ICAN, des binômes peuvent être créés entre un nouvel engagé et un professionnel avec plus

d'expérience, appelé système de parrainage. Pour finir, la réalisation des 3 journées d'intégration sont exprimées par une répondante, comme utiles afin de s'imprégner de l'ambiance de l'institution.

La septième thématique concerne la sécurité de l'emploi. A l'inverse des autres thématiques, elle ne correspond pas à une action à mettre en place, mais plutôt au statut confortable d'un employé. Par exemple, Monsieur Lobet explique : « A l'hôpital il y a un côté salarié qui est agréable. Quand le boulot est fini, à 15h00, tu n'as plus à t'occuper des papiers, de la tournée. Il y a aussi le côté où si on est malade, on a le droit d'être malade. En indépendant, qu'il arrive n'importe quoi, on doit aller « faire nos patients ». ». Selon deux intervenantes, ce dernier apporte des avantages comme : une obtention d'horaire un mois à l'avance, une coupure une fois de retour à la maison, un salaire fixe et des conditions salariales appréciables. L'infirmier semble avoir le besoin de se sentir en sécurité pour se sentir confortable dans son emploi.

La dernière thématique porte sur des actions en lien avec le niveau fédéral. Trois des acteurs de terrain remettent en cause les normes d'encadrement du personnel infirmier au sein des institutions hospitalières. Ils réclament de renforcer les normes d'encadrement des services mais surtout de sortir l'infirmière en chef de ces normes afin pouvoir recentrer son rôle.

10. Contraintes face à la mise en place de solutions

Lors de la description des facteurs d'attraction et de rétention, les acteurs de terrain ont exprimé plusieurs obstacles à la mise en place de solutions. La première contrainte est la gestion du temps. Il semble visiblement compliqué, de la part de la direction, de dégager du temps pour se rendre sur le terrain. L'une des infirmières en chef exprime également un manque de temps et de disponibilité concernant la formation du personnel.

La situation tendue de l'effectif infirmier ne permet pas systématiquement de doubler le nouvel engagé par un système de parrainage les premières semaines. Cela va de pair avec les contraintes financières empêchant une augmentation de personnel au sein d'une unité.

La deuxième contrainte, ressentie par l'un des infirmiers chef de service est l'impossibilité de se passer de l'avis de la « direction du nursing » pour communiquer des problèmes majeurs

au comité de direction. Il ressent une certaine frustration car il est « coincé entre le personnel en dessous et la direction au-dessus ».

Enfin, des difficultés isolées ont été énoncées par les répondants. Il y a d'abord la difficulté de se positionner en tant qu'infirmière chef d'unité par rapport à une équipe dans laquelle on a travaillé. Madame Iser dit : « Étant dans l'équipe avant, on attrape la posture du chef mais, on reste la personne qui était là dans l'équipe. Parfois c'est le chef qui parle, et parfois c'est Fabienne, l'ancienne collègue. ». Ensuite, il y a le manque de motivation de l'équipe dans la réalisation de projet. Madame Henrotin exprime : « Ce manque de motivation vient du fait que comme elles sont déjà un peu insatisfaites dans leur travail de base, qui est des soins de qualité, humains, c'est difficile de rajouter de la motivation pour encore aller plus loin. ». Et pour finir, la culpabilité de l'infirmier en chef face à un départ d'un professionnel pour une autre institution.

11. Rôles de chaque professionnel dans la problématique de rétention

Lors de mes entretiens, chacun des acteurs de terrain a énoncé ses rôles permettant d'augmenter la rétention des infirmiers au sein des institutions hospitalières. Chaque répondant a également décrit les rôles des autres managers infirmiers de la ligne hiérarchique dans cette problématique. Des éléments plus « méta » ont également été proposés. Ce sont ces derniers éléments que je vais décrire pour commencer.

Trois des répondants se sont accordés pour dire que chaque professionnel avait un rôle à jouer dans la problématique de la rétention qu'il soit cadre, médecin, infirmier ou autres prestataires de soins. L'humanisme et le respect doivent provenir de tous les niveaux, l'implication doit donc être linéaire. A ce propos, Mademoiselle Buchin dit : « La rétention est un projet d'institution et pas uniquement un projet de département, notamment infirmier. ». De plus, la direction est décrite comme pouvant agir sur la rétention notamment : en proposant des contrats à durée indéterminée aux nouveaux engagés, en augmentant les chèques repas, en défiscalisant les heures supplémentaires ou encore en majorant le poids du département infirmier dans la prise de décisions. La mise en place d'une campagne de communication plus attractive est également proposée. Enfin, des entretiens ciblés, permettant de comprendre les raisons de départ des soignants, semblent essentiels à deux des répondants.

Le poste de directeur du département infirmier a été décrit comme ayant plusieurs grands rôles dans l'augmentation de la rétention des soignants au sein des hôpitaux. Le premier est repris par 6 des répondants. Il s'agit, pour le directeur du département d'être à l'écoute des équipes et cela nécessite d'être présent le plus possible sur le terrain. Quatre autres acteurs de terrain pensent qu'il doit respecter les choix et les envies des infirmiers, notamment en terme de service ou de spécialité. Il doit encourager au maximum les professionnels à réaliser des formations en externe ou locale, selon 4 des intervenants. De plus, trois acteurs de terrain s'accordent pour dire que le directeur du département infirmier doit pouvoir encourager les réunions de services et une bonne communication entre les équipes. Plusieurs rôles ont également été cités individuellement par chaque répondant comme exemple : connaître les infirmiers, encourager le recrutement grâce aux équipes et infirmiers en chef, soutenir la fixation d'objectifs, déterminer les causes de départ et enfin soutenir / piloter / guider / motiver les cadres de terrain notamment les chefs d'unité et chefs de service.

A l'inverse du poste de directeur du département, les rôles de l'infirmier chef de service dans la rétention sont décrits de façon assez disparate par les répondants. Hormis le fait d'être à l'écoute des besoins, de conseiller et de rassurer, cité par deux des répondants, tous ont donné des rôles assez différents. Concernant la thématique du management, le chef de service devrait : donner des conseils à l'infirmier chef pour un management adéquat, orienter le management afin de rendre le service attractif, prôner l'adaptation à chaque professionnel ou encore participer au minimum à un entretien d'évaluation. Le rôle de celui qu'on appelle « N+2 » serait donc de travailler sur le « N+1 », sans en prendre la place afin d'agir sur cette question de la rétention et de les pousser vers un management participatif. Comme le directeur du département infirmier, il devrait s'intéresser aux raisons de départ des infirmiers et pour cela, se rendre à la rencontre des soignants quand le départ est annoncé. Il doit également pouvoir amener des projets positifs, relancer ceux abandonnés lors de la crise du Covid-19 et permettre de les élaborer entre référents. Cela implique, de la part de l'infirmier chef de service, de susciter la motivation au travail afin de sortir d'une vision à court terme. Il aurait aussi un rôle majeur dans la transmission d'informations. Cependant, l'un des chefs de service exprime les difficultés du poste, il dit : « En tant que cadre, on a beaucoup de frustration parce que les gens en-dessous de nous, attendent beaucoup et les gens au-dessus de nous attendent beaucoup de nous. On est vraiment entre le marteau et l'enclume. ». Il devrait être capable de remonter les informations vers la direction notamment quand le cadre n'est pas atteint et qu'il y a un manque de personnel ou quand l'ambiance se dégrade. L'un des chefs de service compare alors son poste avec un

« feu clignotant ». Dans cette continuité, il réclame une augmentation de l'autonomie notamment dans le recrutement des infirmiers.

Les répondants s'accordent de façon beaucoup plus importante sur les rôles des infirmiers chef d'unité dans la rétention. Ceux-ci peuvent à nouveau être classés en fonction de thématiques. La première thématique est le leadership. Madame Henrotin explique : « Après 25 ans d'ancienneté, j'ai déjà souvent remarqué que la personnalité et le type de management de l'infirmier en chef a un fort impact sur l'équipe et sur la façon de réagir aux problématiques. ». Au moins trois des acteurs de terrain décrivent qu'il doit être à l'écoute des doutes et espoirs des infirmiers, favoriser une bonne ambiance au sein de l'équipe et savoir déterminer les problèmes permettant la mise en œuvre d'actions. Au moins deux des répondants mettent en avant le fait qu'il doit : encourager la participation de tous les infirmiers à la conception de nouveaux projets, favoriser le double échange d'informations avec l'infirmier, accompagner son équipe ou encore favoriser l'intégration du nouvel engagé. D'autres rôles en lien avec le leadership ont été cités par les répondants individuellement comme par exemple : réaliser des entretiens de fonction réguliers, favoriser la cohésion de l'équipe infirmière, adopter un esprit d'ouverture / d'écoute / de charisme / d'innovation, encourager les formations ou encore réaliser régulièrement des entretiens de fonctionnement. Comme le directeur du département infirmier et l'infirmier chef de service, l'un des infirmiers interrogés exprime le besoin que les infirmiers chef d'unité s'intéressent aux raisons de départ de leurs infirmiers. La deuxième thématique abordée est à nouveau la transmission d'informations. Selon deux acteurs de terrain, il doit être capable de remonter les informations vers les niveaux hiérarchiques supérieurs mais aussi vers les infirmiers notamment lors des entretiens de fonctionnement. Ces derniers constituent la dernière thématique. Ils auraient pour but de comprendre : comment se sent l'infirmier, ce qui lui apporte du sens, ce qui est important pour lui, ce qui lui donne envie de travailler, à l'inverse ce qui est difficile à vivre pour lui, ses projets et dans quoi il a envie de s'investir. Madame Henrotin explique à ce propos : « En sortie de crise Covid, il faut encourager le personnel à arrêter de ruminer. Les orienter vers des projets qui leur tiennent à cœur, qui amènent de la motivation et donc directement à la rétention. ». Les entretiens de fonctionnement ont donc pour but d'apporter de nouvelles idées au service et sont assez différents des entretiens d'évaluation basés sur des critères prédéfinis. Ils rejoignent une certaine conception du management plutôt participatif.

12. Proposition d'améliorations / innovations

En plus des éléments déjà cités précédemment, les acteurs de terrain ont cité des pistes d'améliorations qui ne sont pas encore mises en place dans leur institution. Certaines s'apparentent même à des innovations.

La première concerne l'amélioration de la balance vie professionnelle / vie familiale. L'un des répondants propose la création d'un système de crèche, mais surtout de garderie, pour les enfants du personnel de tout âge, avec un système de ramassage scolaire. La deuxième, plutôt du point de vue gestionnaire, serait de réaliser des réunions ayant pour thème le manque d'effectifs au sein des services. Tous les professionnels concernés par la thématique seraient alors rassemblés autour de la table. La troisième piste proposée par trois des acteurs de terrain porte sur la création de « team building » afin de renforcer la cohésion au sein des équipes. Des activités en dehors de l'hôpital sont également proposées afin de renforcer les liens de l'équipe infirmière. Monsieur Lobet avance : « On ne donne pas assez d'importance au temps de décompression. On a la pause de midi mais on reste dans les murs de l'hôpital. D'autres professions peuvent sortir sur le temps de midi, ne serait-ce que pour manger dans un resto. ». La quatrième piste sort totalement du cadre classique selon le répondant qui l'a proposé et consiste en l'adaptation de l'activité hospitalière en fonction des effectifs présents sur le terrain. Madame Henrotin explique : « C'est le personnel soignant qui doit sans cesse s'adapter à un hôpital qui fonctionne à fond, surtout en post Covid-19. Et jamais on ne se dit : est-ce qu'on ne ferait pas l'inverse ? ». La cinquième est de redéfinir les rôles de chaque poste au sein du service notamment entre l'aide-soignante et l'infirmière. La sixième, et dernière piste, consiste en la rédaction d'un plan d'accompagnement des nouveaux engagés solide, explicatif, clair et précis avec des objectifs d'apprentissage. Celui-ci est décrit comme devant être « pratico-pratique » selon l'infirmière chef d'unité qui le propose.

13. Connaissance des professionnels concernant le « Magnet Hospital »

Il me semblait important d'estimer les connaissances qu'avaient les acteurs de terrain concernant des labels / accréditations tel que le « Magnet Hospital » mais également l'intérêt pour leur mise en place dans l'institution.

Les répondants relient le « Magnet Hospital » à l'élaboration d'un management participatif. Selon eux, il permettrait : une multidisciplinarité entre l'équipe soignante, une proximité entre le chef d'unité et la direction, une direction proche du terrain et une co-construction de projets par exemple architecturaux. Il mettrait en avant la formation. Il aurait pour objectif principal la diminution de la pénurie d'infirmiers grâce à plusieurs éléments : une diminution du turnover, une satisfaction du personnel, un travail basé sur des éléments scientifiques, des normes d'ETP suffisantes et un matériel dernière génération efficace. Une importance particulière serait accordée à la qualité avec des valeurs telles que l'humanisme et le respect. Deux des répondants mettent aussi en avant la reconnaissance institutionnelle et le respect du personnel par la direction.

Les acteurs de terrain ont exprimé leur intérêt pour ce genre de label mais surtout le fait que la direction le présente aux équipes. C'est une bonne occasion de s'imprégner de ce qui existe. Deux des répondants insistent cependant sur le fait qu'il est nécessaire de passer à des actions concrètes, et pas seulement d'en parler. Madame Bakkouche décrit : « Je pense qu'une des choses importantes, comme dans le « Magnet Hospital », c'est d'écouter. Mais pas seulement, il faut agir sur les demandes, les plaintes du personnel. ».

14. Projet d'accréditation et lien avec la rétention

Les avis concernant le lien entre les projets d'accréditation et la rétention sont assez partagés. Certains répondants y expriment de nombreux avantages notamment : apporter de la reconnaissance et des valeurs au travail effectué dans l'institution, augmenter la réputation de l'hôpital par ce signe de qualité de soins et d'excellence, harmoniser les pratiques ou encore améliorer la communication intra-hospitalière et intra-service. Cependant, plusieurs répondants remettent en doute le lien avec la rétention pour plusieurs raisons notamment l'importance des ressources et du temps nécessaire au projet, ce qui pourrait mettre à mal le personnel qui n'ont « pas envie » d'y consacrer du temps actuellement.

15. Illustration de la participation des professionnels dans la rétention

Afin de conclure l'entretien, j'ai proposé aux répondants d'illustrer leur vision de la rétention par un symbole. Ils ont quasiment tous choisi l'image du rouage. Ils défendent ce

choix par plusieurs explications : « Une seule personne peut arrêter la synergie », « Si le rouage grippe, cela peut bloquer la problématique », « Tous les professionnels sont sur le même pied d'égalité et ont donc la même force » ou encore « On peut entraîner les autres professionnels sur cette roue ». Seuls deux acteurs de terrain ont choisi l'image du puzzle. Cependant, le nouvel engagé devrait se trouver au centre du puzzle. De plus, cette représentation a un aspect tant positif que négatif car le puzzle est décrit comme ayant beaucoup de pièces manquantes, mais avec une possibilité de toujours y trouver des nouvelles.

16. Synthèse des entretiens avec les acteurs de terrain

Les professionnels interrogés ont une vision relativement identique, mais surtout complémentaire des notions d'attraction et rétention. Actuellement, la rétention semble être la suite logique de l'attraction. Il faudrait donc tout mettre en œuvre pour garder le professionnel de santé au sein de l'hôpital.

Tous les acteurs de terrain ressentent les conséquences de l'épidémie du Covid-19 sur le moral du personnel infirmier. En plus de la fatigue ressentie et du stress vécu lors des différentes phases de l'épidémie, ils pointent le manque flagrant de moyens humains et financiers. Cette notion de rémunération est également abordée par la majorité des intervenants, trop faible par rapport au degré de responsabilité demandée au soignant. Une meilleure reconnaissance des facultés intellectuelles et techniques de l'infirmier, tant au niveau du public, des autorités politiques et des médecins pourrait être un moteur dans la rétention du personnel.

En lien avec la notion de contenu significatif du métier d'infirmier, la plupart des interviewés insiste sur des valeurs d'humanité, tant au niveau du patient qu'au niveau de l'infirmier. Un autre aspect mis en avant pour la majorité des intervenants est la gestion du temps octroyé par l'institution à l'infirmier afin de répondre aux besoins du patient de façon globale et avec une mise en valeur de son expertise dans la prise en charge du malade. Quelques intervenants insistent également sur l'élaboration constructive de binômes médecin /infirmier avec la possibilité de suivre également des formations permanentes.

Chaque intervenant a sa propre vision quant au rôle joué par le professionnel au sein de sa fonction. Les ressources humaines ont une réelle importance pour la majorité des répondants : « La bonne personne à la bonne place ». Être également présent sur le terrain est une condition

essentielle pour une bonne gestion du travail de tous. Garder le lien entre la direction du département infirmier, infirmier chef d'unité, infirmier chef de service et infirmier serait un élément clé pour tous.

Concernant le turnover du personnel infirmier dans l'hôpital, les intervenants admettent que le problème est bien présent et s'est d'ailleurs accentué depuis la crise du Covid-19. D'après certains intervenants, il y a une nouvelle génération qui n'est plus en adéquation avec le système antérieur : moins grande flexibilité et envie plus prononcée de changement. Des pistes différentes sont proposées suivant les acteurs de terrain pour faire face à ce turnover : localisation de l'hôpital, intégration optimale du nouveau au sein de l'équipe ou encore respect du travail de tous.

Plusieurs raisons ont été mises en avant par la plupart des intervenants, concernant le départ des infirmiers : il y a une recherche pour certains d'un meilleur équilibre entre vie familiale et vie professionnelle, une rémunération plus élevée à un autre endroit ou dans une autre fonction, au sein de l'hôpital ou en dehors, une meilleure reconnaissance du diplôme après une spécialisation ou un master, la recherche d'une autre ambiance de travail et d'une meilleure compatibilité entre collègues et enfin, pour deux des intervenants, un meilleur épanouissement au niveau psychologique.

Concernant justement ce rôle de la santé psychologique au travail, les intervenants pointent le danger pour le personnel infirmier de ne pas être assez écouté. Il est temps, pour la plupart des interviewés, de trouver des pistes de solutions afin d'améliorer le bien-être au travail.

Ce mal-être au sein de la profession infirmière se manifeste par des absences à long terme. Pour certains répondants, les douleurs musculaires, engendrées par leur métier et le burnout sont les deux principales raisons des absences à long terme. L'une des directrices d'un département infirmier met également en avant l'absentéisme gris.

En interrogeant les dix intervenants concernant les facteurs de rétention, on peut souligner également leur lien fort avec les facteurs d'attraction. Les répondants énoncent huit thématiques différentes qui pourraient expliquer ces deux facteurs : avoir une équipe dynamique et encourager les échanges entre tous, favoriser un bel environnement de travail, mettre en œuvre des projets innovants, encourager le bien-être au travail, être à l'écoute de tous concernant les

horaires de travail, reconnaître le travail de l'infirmier en prônant un management judicieux au sein de l'équipe, insister sur l'aspect sécuritaire de l'emploi (statut indépendant /salarié), renforcer les normes d'encadrement des services.

Une contrainte exprimée par certains intervenants pour faire face à la mise en place de solutions, est la gestion du temps. A cela, s'ajoutent également des difficultés financières qui pèsent sur la qualité du travail de l'infirmier. Une autre contrainte est un problème de communication au sein de l'équipe et le positionnement hiérarchique du chef d'unité par rapport à ses collègues.

En ce qui concerne les différents rôles de chaque professionnel dans la problématique de rétention, les intervenants ont expliqué leurs visions, fort différentes, suivant chaque point de vue : poste de direction du département infirmier, infirmier chef de service, infirmier chef d'unité. Une ligne directrice pour tous reste un management adéquat et à l'écoute, à tout niveau avec une communication optimale de toutes les informations recueillies en aval et en amont auprès de tous. Certains mettent ainsi en avant un management participatif.

Les personnes interrogées donnent également des propositions d'améliorations et innovations comme : améliorer la balance vie professionnelle et vie familiale, organiser des activités pour renforcer les liens entre membres du personnel, apporter des facilités organisationnelles pour la garde des enfants du personnel, adapter l'activité hospitalière en fonction de l'effectif présent ou encore mieux accompagner les nouveaux engagés.

Concernant la mise en place de labels, tel que le Magnet Hospital, les différents intervenants le relient à un management plus participatif, avec comme points positifs, l'élaboration de nouveaux projets et une diminution probable du turnover du personnel. Pour certains, il ne faut cependant pas oublier de rester à l'écoute, pour faire face aux plaintes et aux demandes des infirmiers. Les projets d'accréditation ne suscitent pas le même enthousiasme pour tous. Certains insistent sur les avantages qu'ils peuvent apporter en terme d'excellence de soins, mais d'autres intervenants doutent que ces projets apportent un plus (ex : trop de perte de temps).

Pour conclure, la représentation du rouage a suscité le plus d'adhésions parmi les répondants : synergies, blocages, forces. Différents mots-clés utilisés par les différents

intervenants pour résumer les facteurs de rétention du personnel infirmier au sein des institutions hospitalières.

7. Discussion et perspectives

Afin de rédiger cette discussion, j'ai choisi de repartir de ma question de recherche. Cette dernière était : « Quels facteurs permettraient d'augmenter la rétention des infirmiers au sein des institutions hospitalières ? Et quelles actions pourraient être mises en place par l'infirmier chef d'unité, l'infirmier chef de service et le directeur du département infirmier afin d'augmenter cette rétention ? ». Afin d'y répondre, ma discussion fera la synthèse des trois méthodes de recherche que j'ai utilisées à savoir :

- Le cadre théorique
- Les entretiens avec les témoins privilégiés
- Les entretiens avec les acteurs de terrain.

Ces trois méthodes m'ont permis de récolter des informations complémentaires afin de répondre au mieux à ma question de recherche. Elles m'ont permis de faire ressortir des éléments concordants, discordants mais aussi émergents à propos de cette thématique. Il me semble important de prendre en compte le contexte entourant ces deux questions afin d'y répondre au mieux.

D'abord, la rétention du personnel est définie par Boivin, Ntetu & Poirier (2009) comme le maintien à l'emploi, la réduction de la rotation, la loyauté des employés envers leur employeur, la fidélisation des infirmiers ou encore le maintien du personnel infirmier sur une unité de soins. Cette définition est en adéquation avec les témoins privilégiés mais également les acteurs de terrain. Didier Van Wymersch décrit la rétention comme le fait que le personnel reste fidèle au long terme dans la structure. Les acteurs de terrain positionnent la rétention comme une continuité de l'attraction et consisterait en la mise en œuvre de stratégies pour éviter les départs volontaires.

La santé psychologique semble être un élément central au sein de la profession infirmière. Nadeau-Gauthier (2012) dans son article décrit une causalité importante entre le ratio patient/infirmier élevé et le risque de développer des problèmes d'épuisement. D'autres

causes de l'épuisement professionnel sont données par les acteurs de terrain notamment : l'intégration difficile dans l'équipe, l'obligation de faire face à des situations compliquées, le manque de reconnaissance ou encore le turn-over important de soignants. Cette pression psychologique sur les soignants n'a visiblement fait qu'augmenter depuis l'arrivée de la crise du Covid-19. Selon l'article de Noel (2020), les soignants en contact rapproché avec les patients atteints de Covid-19 ont des symptômes représentatifs de dépression, d'anxiété ou encore d'insomnie. Gauthier Saelens approuve cette vision et reconnaît une sortie de crise Covid-19 particulièrement difficile. Didier Van Wymersch et Edgard Peters défendent l'idée d'un lien fort entre la santé psychologique au travail et la rétention des infirmiers dans les institutions.

Les causes de départ décrites par le personnel soignant dans l'article de Buffigton et al.(2012) sont : le manque de reconnaissance par l'institution, le type de gestion de l'institution, la charge de travail en lien avec la dotation en personnel, les conditions salariales et avantages ou encore les horaires de travail. Ces derniers sont également repris par sept des acteurs de terrain. Selon eux, un aménagement des horaires en adéquation avec la vie familiale est primordial. Gauthier Saelens décrit lui, les départs majoritairement dus à la qualité du management direct, à savoir l'infirmier chef d'unité. Pour le Didier Van Wymersch, ils résultent plutôt de conditions salariales insuffisantes. Quatre des acteurs de terrain expliquent aussi que les infirmiers partent afin d'obtenir un autre poste proposant une meilleure rémunération. En opposition à cela, certains acteurs de terrain estiment que les départs ne sont pas uniquement financiers mais plutôt en lien avec l'inadéquation entre les valeurs de l'infirmier et de l'institution. Boivin, Ntetu & Poirier (2009) avancent eux, une autre cause importante : la distance entre les lieux de résidence et de travail. Cette raison a également été citée par deux des acteurs de terrain. Ils y ajoutent les départs des infirmiers étrangers, qui décident de rentrer dans leur pays d'origine.

L'Organisation Mondiale de la Santé (2006) décrit un turnover très élevé du personnel soignant avec un remplacement difficile des infirmiers dans le milieu hospitalier. Cet élément se retrouve dans la littérature profane, tel que l'article « Pénurie de personnel soignant : quelle ampleur et comment l'expliquer ? » publié par la RTBF le 7 décembre 2021, mais également au travers de tous les entretiens avec les témoins privilégiés et les acteurs de terrain. Edgard Peters l'explique par exemple par une saturation complète de la profession. A l'inverse, Hayes et al. (2006) estime que le turnover du personnel est parfois bénéfique pour l'institution car il

permet une réduction des coûts en lien avec une diminution des salaires, des avantages sociaux ou encore des congés payés.

Buffington et al. (2012) ont mis en avant quatre déterminants prédictifs de la rétention des infirmiers : la satisfaction au travail, la cohésion et la collaboration dans un groupe de travail, l'engagement organisationnel des infirmiers et pour finir les caractéristiques personnelles. Ils insistent particulièrement sur le soutien de l'infirmier en chef, l'environnement de travail ou encore les horaires. Gauthier Saelens ajoute qu'un cadre de travail positif, notamment des infrastructures agréables, sont des notions importantes. Cet élément est en accord avec les dires des acteurs de terrain. Il est important pour eux d'encourager les politiques d'extensions, de rénovations et d'agrandissements de l'hôpital.

Walter Hesbeen (2007) prône lui la bonne ambiance professionnelle. Pour cela, le soignant ne doit pas se sentir considéré comme une ressource productive de travail mais plutôt comme un sujet sensible. Le rôle des cadres et de la direction est alors d'accompagner l'infirmier dans la recherche d'un sens afin qu'il devienne acteur du système dans l'unité de soins et dans l'institution. Le bien-être au travail est également prôné par les acteurs de terrain notamment grâce à la mise à disposition de temps de décompression pour les infirmiers.

Boivin, Ntetu & Poirier (2009) s'intéressent eux à l'autonomie du professionnel. Il leur semble nécessaire d'accorder plus de latitude aux infirmiers avec pour conséquence, une plus grande satisfaction tant pour le personnel que pour les patients.

Didier Van Wymersch donne d'autres facteurs de rétention sur lesquels travailler comme : offrir un cadre de travail qui correspond aux attentes des soignants, réaliser des interviews annuelles personnalisées leur permettant d'exprimer leurs attentes, offrir des facilités de stationnement, traiter le plus rapidement possible les tensions / conflits entre les équipes, offrir un environnement de travail sécurisé pour le personnel, proposer des moments permettant de renforcer la cohésion des équipes, offrir des marques de reconnaissance de la part de la direction vers le personnel, offrir des formations internes ou externes à l'institution afin de permettre au soignant de s'accomplir professionnellement.

Les acteurs de terrain abordent d'autres éléments notamment : avoir une équipe dynamique, mettre en avant des projets, avoir un infirmier en chef exerçant un management

correspondant aux infirmiers, proposer une sécurité d'emploi et pour finir renforcer les normes d'encadrement.

Peu d'articles reprennent le rôle des cadres infirmiers dans la problématique de la rétention du personnel soignant. Souvent, l'accent est mis sur l'infirmier en chef en occultant totalement les rôles des autres niveaux hiérarchiques du département infirmier, à savoir l'infirmier chef d'unité et le directeur du département infirmier. Hasselhorn, Tackenberg & Müller (2003), dans leur article, mettent par exemple en avant l'importance du manager direct dans la culture de l'organisation. Ils estiment qu'il peut influencer directement les comportements des subordonnés comme les infirmiers, par exemple. Cette conception des rôles du manager rejoint une théorie assez ancienne, appelée « l'effet Pygmalion ». Elle consiste à avancer que la performance et l'évolution des soignants dépendraient de l'attente et de l'attitude du gestionnaire à l'égard de ses collaborateurs. Le « Bon » manager serait donc celui capable de créer une attente importante à laquelle les collaborateurs s'efforceraient de répondre. Les professionnels feraient ce qu'ils pensent que l'on attend d'eux. (Thunus, S. & Pierre, M. 2022) L'infirmier en chef aurait pour mission d'instaurer un climat favorable au sein de l'équipe, notamment en permettant aux soignants de participer à la prise de décisions et en encourageant le processus de communication. Cette vision est partagée par Oshodi et al. (2019) dans leur article qui ajoute que l'infirmier en chef est un déterminant clé dans la décision prise par l'infirmier de quitter l'institution. Il devrait avoir un rôle de soutien et de nombreuses qualités notamment : être accessible, abordable ou encore favoriser la cohésion du personnel. Monsieur Saelens est en adéquation avec ces principes. Il défend l'idée selon laquelle des moments compliqués peuvent être traversés sans encombre par des équipes ayant un manager direct de qualité. Didier Van Wymersch met en lien le rôle du chef d'unité avec la rétention pour d'autres raisons. Selon lui, il serait le poste le plus à même de repérer les problèmes, de pouvoir remonter l'information et de pouvoir, dans la mesure du possible, y remédier.

Lors de mes entretiens avec les différents acteurs de terrain, des pistes de solutions plus approfondies ont été abordées concernant le rôle des différents niveaux hiérarchiques infirmiers dans la rétention. Tout d'abord, trois des répondants considèrent que tous les professionnels ont un rôle dans ce travail de rétention, qu'il soit infirmier, cadre ou encore médecin. Ensuite, ils décrivent les rôles de chacun des managers infirmiers. Concernant le directeur du département infirmier, les rôles les plus fréquemment cités par les répondants sont : être à l'écoute des équipes en étant présent sur le terrain, encourager la communication notamment pendant les

réunions de service, respecter les choix / envies des infirmiers notamment dans le choix de la spécialité ou du service ou encore encourager les formations locales et externes. Les rôles de l'infirmier chef de service sont plus disparates. On retrouve par exemple : être à l'écoute des besoins, conseiller, rassurer, remonter les informations importantes vers la direction, lancer des projets et une certaine dynamique ou encore soutenir les managers directs sur la question de la rétention notamment en installant un management participatif. L'infirmier chef d'unité a, lui aussi, des rôles qui reviennent fréquemment notamment : permettre aux infirmiers de suivre des formations, être à l'écoute des doutes et des espoirs des soignants, favoriser les doubles échanges infirmier / infirmier en chef, favoriser une bonne ambiance au sein de l'équipe ou encore détecter les problèmes et mettre en œuvre des actions.

Des pistes de solutions novatrices ont également été proposées par les acteurs de terrain afin d'améliorer la rétention des infirmiers au sein des institutions hospitalières. Ils citent par exemple : mettre à disposition un système de crèche et de garderie pour les enfants du personnel de tout âge avec un ramassage scolaire, orienter certaines réunions sur le manque d'effectifs au sein des services, créer des journées de « team building », adapter l'activité hospitalière en fonction de l'effectif infirmier présent sur le terrain, redéfinir les rôles des infirmiers et des aides-soignants au sein des services ou encore rédiger un plan d'accompagnement des nouveaux engagés.

Des contraintes sont exprimées par les acteurs de terrain face à la mise en place de ces pistes d'amélioration afin d'augmenter la rétention. Ils citent : une difficulté de la part de la direction de dégager du temps pour se rendre sur le terrain, une impossibilité de dédoubler le personnel pour encadrer le nouvel engagé, une difficulté de se faire entendre auprès de la direction par les infirmiers chef de service et pour finir une difficulté de la part de l'infirmier chef d'unité de trouver sa place face à l'équipe, qui sont aussi ses anciens collègues.

Il est possible de décrire la situation actuelle des infirmiers en milieu hospitalier comme étant un leadership transactionnel. Il est construit sur un système de contrôles, d'objectifs et de récompenses. Il serait cependant intéressant de tenter de se rapprocher d'un leadership transformationnel. Il reprend les 4 grandes caractéristiques que devraient avoir un leader, et donc dans notre cas un manager. Ce dernier devrait exercer un leadership charismatique ou une influence idéalisée. Il serait donc respecté, admiré et agirait pour le bien collectif. Le manager devrait être une inspiration. Sa façon de se comporter inspire, motive et donne un sens au travail

de l'équipe. Il devrait prôner la stimulation intellectuelle notamment en encourageant les infirmiers à développer des efforts avec, pour objectif, des innovations. Il devrait avoir une certaine considération individualisée. Il agit comme un coach, afin d'amener les infirmiers à un niveau de potentiel plus élevé. (Thunus, S. & Pierre, M. 2022)

Après la réalisation de cette recherche exploratoire, à l'aide des trois méthodes citées précédemment, j'ai pu constater que des améliorations pourraient y être apportées. En effet, si je me pose la question « Et si c'était à refaire ? », plusieurs éléments me semblent importants à développer. Les plus grands changements concerneraient la méthodologie utilisée. Avec le recul, il me semblerait intéressant de réaliser des focus groupes, après la réalisation avec des entretiens avec les témoins privilégiés et les entretiens avec les acteurs de terrain. Ces focus groupes permettraient de rassembler des managers de niveaux hiérarchiques équivalents afin de confirmer les hypothèses portant sur leur rôle dans la rétention des infirmiers en milieu hospitalier. Ce type de focus groupe permettrait aussi d'émettre des pistes de solutions sur : « Comment mettre en place techniquement les facteurs de rétention par les différents managers ? ». Le deuxième changement concernerait l'échantillonnage des acteurs de terrain. Concernant les infirmiers interrogés, il me semblerait intéressant de sélectionner des infirmiers qui ont quitté les institutions hospitalières après un nombre d'années d'ancienneté plus important. En effet, j'ai pu observer lors de mon parcours professionnel, mais aussi de mes entretiens, que les infirmiers présents dans les hôpitaux étaient particulièrement jeunes. Il serait intéressant de comparer les causes de départ des infirmiers en début, au milieu, et en fin de carrière.

Lors de la réalisation de cette recherche, j'ai été particulièrement vigilante à la provenance des articles. En effet, beaucoup d'articles étaient écrits par des auteurs anglophones. D'autres articles étaient écrits en français par des auteurs provenant du Canada ou du Québec. Pourtant, le contexte de ces pays est parfois très différent de la situation belge. Toutes les notions ne sont donc pas systématiquement transposables d'un pays à l'autre.

Dans le cadre d'une prochaine recherche, il serait intéressant de se pencher sur les éléments qui ont émergé lors de cette recherche exploratoire. D'abord, il pourrait être intéressant d'essayer de comprendre pourquoi le turnover des infirmiers en milieu hospitalier est plus important que dans d'autres professions, notamment les médecins, kinésithérapeutes ou aides-soignants. Cela permettrait peut-être de comprendre les différents facteurs de rétention de ces

professions et éventuellement de les appliquer chez les infirmiers. La deuxième perspective, déjà abordée précédemment, est de se poser la question : comment les différents managers pourraient appliquer de façon pratique des facteurs de rétention à leur niveau ? Cette thématique nécessiterait une recherche ciblée, basée sur les éléments émergents de la recherche exploratoire que j'ai réalisée.

8. Conclusion

Pour conclure, j'ai décidé de réaliser mon mémoire sur la rétention des infirmiers au sein des institutions hospitalières mais aussi sur le rôle des différents niveaux hiérarchiques du département infirmier concernant cette problématique. J'ai choisi ce thème car il était particulièrement en lien avec ma vie professionnelle. En effet, étant infirmière volante au sein d'un hôpital, je suis confrontée chaque jour à la pénurie d'infirmiers mais aussi au turnover important au sein des services. Il me semblait donc important de rechercher les différents facteurs permettant de conserver en poste les soignants au long terme, mais aussi de déterminer les possibilités d'actions de chacun des managers infirmiers.

J'ai donc abouti à la question de recherche suivante : « **Quels facteurs permettraient d'augmenter la rétention des infirmiers au sein des institutions hospitalières ? Et quelles actions pourraient être mises en place par l'infirmier chef d'unité, l'infirmier chef de service et le directeur du département infirmier afin d'augmenter cette rétention ?** »

Afin de répondre à cette question de recherche, j'ai pris la décision, en accord avec mon promoteur Monsieur Walter Hesbeen, d'utiliser 3 méthodes. La première méthode était de réaliser une recherche documentaire scientifique mais aussi profane afin de construire mon cadre théorique. Cette méthode m'a permis de percevoir les principaux enjeux de la problématique, mais également de construire mes guides d'entretiens pour les deux méthodes suivantes.

J'ai ensuite réalisé des entretiens avec quatre témoins privilégiés : Monsieur Gauthier Saelens, Monsieur André Néron, Docteur Didier Van Wymersch et pour finir Monsieur Edgard Peters. Ces entretiens avaient pour but de compléter les informations obtenues dans le cadre théorique. Cet échange avec les quatre témoins privilégiés m'a permis de sortir du cadre, de

mes idées préconçues et de m'ouvrir l'esprit sur certains éléments de la problématique. Ces rencontres se sont déroulées sous la forme d'entretiens semi-dirigés. J'avais réalisé un guide d'entretien afin de m'en servir comme base lors de nos rencontres. Cependant, les questions posées ont évolué au fil des interviews afin de m'adapter au mieux à chaque témoin privilégié mais aussi à l'orientation qu'il souhaitait donner à la problématique. J'ai tenté de leurs laisser le plus grand espace d'expression possible afin qu'ils aient la possibilité de s'exprimer librement.

J'ai, pour finir, fait de choix de réaliser plusieurs entretiens semi-directifs avec des acteurs de terrain afin d'apporter des éléments nouveaux aux deux premières méthodes. En effet, j'ai obtenu plusieurs pistes de réponses concernant la première partie de ma question de recherche à savoir : « **Quels facteurs permettraient d'augmenter la rétention des infirmiers au sein des institutions hospitalières ?** ». Cependant, il me semblait nécessaire de confirmer ces réponses grâce à des entretiens avec les acteurs de terrain.

Je souhaitais également trouver des pistes de solution pour la deuxième partie de ma question de recherche à savoir : « **Et quelles actions pourraient être mises en place par l'infirmier chef d'unité, l'infirmier chef de service et le directeur du département infirmier afin d'augmenter cette rétention ?** ». J'ai pu constater, lors de mes recherches documentaires scientifiques et profanes, que je trouvais peu d'informations sur le rôle des différents niveaux hiérarchiques infirmiers concernant la problématique de la rétention du personnel soignant à l'hôpital. La majorité des articles parlaient des rôles du manager direct, à savoir l'infirmier chef d'unité, mais très peu des autres niveaux hiérarchiques comme par exemple l'infirmier chef de service ou de directeur du département infirmier. L'objectif de ces entretiens était donc de développer mes connaissances sur ces concepts mais aussi de générer de nouvelles hypothèses qui n'avaient pas encore été abordées précédemment. Il s'agit donc d'une étude qualitative par entretiens et d'une recherche exploratoire.

Concernant ma stratégie d'échantillonnage, j'ai utilisé plusieurs critères notamment : leur fonction actuelle, leur parcours professionnel ou encore l'institution dans laquelle ils travaillent. Le choix des personnes interrogées était important car il devait me permettre d'obtenir une diversité de points de vue sur ce thème, mais également de pouvoir comparer les avis des professionnels exerçant les mêmes fonctions.

J'ai donc choisi 10 professionnels exerçant des postes différents, provenant d'institutions de taille et de localisation géographique différentes. J'ai réalisé des entretiens avec 3 directrices de département infirmier ou des soins, 2 infirmiers chef de service (ou cadre infirmier de pôle) et 2 infirmières chef d'unité. Après cela, j'ai pris la décision de rencontrer 3 infirmiers afin d'obtenir leurs témoignages en lien avec leur changement d'emploi. Je me suis orientée vers deux infirmiers ayant quitté l'hôpital pour travailler exclusivement à domicile et un infirmier ayant quitté un hôpital belge pour un autre hôpital au Luxembourg. Les interviews, de la même façon que les rencontres avec les témoins privilégiés, se sont déroulées soit par vidéo conférence, soit par appel téléphonique ou encore directement sur le lieu de travail du professionnel. Comme lors de mes entretiens avec les témoins privilégiés, mes interviews avec les acteurs de terrain ont été basées sur un guide d'entretien.

Ces trois méthodes m'ont permis de faire émerger des pistes de réponses concernant ma question de recherche. En effet, mes résultats ont été structurés en 3 parties correspondant aux trois méthodes de recherche à savoir : le cadre théorique, les entretiens avec les témoins privilégiés et pour finir les entretiens avec les acteurs de terrain. Chacune de ces trois parties a été subdivisée en plusieurs thématiques. Concernant le cadre théorique, 12 thématiques ont été abordées. Pour les entretiens avec les témoins privilégiés, j'ai rédigé un compte rendu pour chacune des quatre interviews. Et enfin, les entretiens avec les acteurs de terrain reprennent 15 grandes thématiques. De plus, j'ai rédigé une synthèse reprenant les informations majeures de chacune des trois parties de résultats.

Après cela, j'ai mis en relation, au sein de la partie « Discussion et perspectives », les informations obtenues dans les trois méthodes. J'ai comparé les informations obtenues dans le cadre théorique avec les éléments apportés par les témoins privilégiés et les acteurs de terrain. J'ai également mis en relation certains éléments avec de grandes théories de management comme « l'effet Pygmalion » ou encore « le management transactionnel et transformationnel ». Par la suite, j'ai exprimé, dans cette discussion, deux points d'améliorations possibles concernant ma recherche mais aussi deux différentes perspectives qui pourraient être réalisées à la suite de ce mémoire. Enfin, j'ai exprimé une limite de la recherche concernant la provenance des articles utilisés dans le cadre théorique.

Suite à la réalisation de ce mémoire, j'ai pu faire émerger plusieurs pistes de réponses concernant la rétention des infirmiers en milieux hospitaliers et les rôles des différents niveaux

hiérarchiques infirmiers dans cette thématique. De façon très synthétique, j'ai pu faire ressortir notamment les suivantes.

La rétention est définie comme le maintien à l'emploi, la fidélisation du personnel infirmier à une institution ou encore la réduction de la rotation. Des signes d'épuisement majeur sont constatés au sein de la profession infirmière, majoritairement depuis la crise du Covid-19, causés notamment par une intégration difficile dans l'équipe, le manque de reconnaissance vis-à-vis des soignants ou encore le turn-over important du personnel. Plusieurs causes de départ ont été abordées notamment : le type de gestion de l'institution, la charge de travail, les conditions salariales, les horaires en lien avec la vie familiale, l'adéquation entre les objectifs de l'infirmier et les possibilités au sein de l'institution ou encore la distance géographique entre l'institution et le domicile. Ce turn-over infirmier est observé tant dans la littérature que par les témoins privilégiés et les acteurs de terrain. De nombreux facteurs de rétention sont abordés lors des trois méthodes de recherche. On retrouve de grandes thématiques comme : la satisfaction au travail, la cohésion dans un groupe, l'engagement organisationnel des infirmiers et les caractéristiques personnelles. Mais aussi des éléments plus précis comme : l'environnement de travail, les horaires, le bien-être au travail, l'autonomie du professionnel, le stationnement, la mise en avant de projets, le management correspondant aux infirmiers, etc. Les rôles des différents niveaux hiérarchiques infirmiers en lien avec la rétention sont abordés tant au niveau « méta » que concernant l'infirmier chef d'unité, l'infirmier chef de service ou encore le directeur du département infirmier. Par la suite, plusieurs pistes de solutions mais aussi des innovations sont proposées afin d'augmenter cette rétention. Elles concernent tant les managers que l'institution en général.

En conclusion, la réalisation de ce mémoire m'a appris de nombreuses choses tant sur le plan personnel que sur le plan professionnel. Cette expérience particulièrement enrichissante m'a vraiment permis de mettre en relation les notions apprises durant le Master en Sciences de la Santé Publique, mes expériences professionnelles mais aussi une démarche de recherches sur une thématique. Chaque rencontre avec les différents professionnels m'a permis d'élargir mes connaissances en lien avec la rétention des infirmiers au sein des institutions hospitalières. Ces rencontres extrêmement riches m'ont permis de faire face à mes propres représentations sur le sujet abordé. Au fil de ma recherche, j'ai pu découvrir que ce sujet, à mes yeux, primordial, intéressait de nombreux professionnels de la santé. Il me semble donc important que ces

derniers se penchent sur cette problématique, qu'est la rétention, afin de limiter le plus possible ces phénomènes de turnover et de pénurie des infirmiers.

9. Bibliographie

- Andrews, D. R., & Dziegielewski, S. F. (2005). The nurse manager: job satisfaction, the nursing shortage and retention. *Journal of nursing management*, 13(4), 286-295.
- Arrêté royal portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, arrêté (23 octobre 1964). *Wallex – Le droit en wallonie*, s.d.
- Aujoulat, I. (2021). Introduction aux méthodes qualitatives. Woluwé, UCL.
- Boivin, J., Ntetu, A. L., & Poirier, D. (2009). Facteurs explicatifs de la non-rétention du personnel infirmier: étude de la situation au Service régional Info-Santé et Info-Social du Saguenay-Lac-Saint-Jean. *L'infirmière clinicienne*, 6(1), 38-47.
- Buffington, A., Zwink, J., Fink, R., DeVine, D., & Sanders, C. (2012). Factors affecting nurse retention at an academic Magnet® hospital. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 42(5), 273-281.
- Calbéra, J. B. (2003). La profession infirmière. *VST-Vie sociale et traitements*, (3), 55-57.
- Coomber, B., & Barriball, K. L. (2007). Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature. *International journal of nursing studies*, 44(2), 297-314.
- Dupuis, M. (2014). L'éthique organisationnelle dans le secteur de la santé: ressources et limites contextuelles des pratiques soignantes. Editions Seli Arslan.
- Gobert, M., Darras, É., Hubinon, M., & Delfloor, T. (2010). Belgique. *Recherche en soins infirmiers*, (1), 8-13.
- Gouvernement de la Communauté française. (2017). Décret fixant des conditions d'obtention des diplômes de bachelier sage-femme et de bachelier infirmier responsable de soins généraux, renforçant la mobilité étudiante et portant diverses mesures en matière d'enseignement supérieur.
- Hasselhorn, H. M., Tackenberg, P., & Müller, B. H. (2003). Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe.
- Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., ... & Stone, P. W. (2006). Nurse turnover: a literature review. *International journal of nursing studies*, 43(2), 237-263.
- Hesbeen, W. (2007). Ambiance professionnelle, implication personnelle et qualité du service. *Perspective soignante*, 30, 39-51.
- Hesbeen, W. (2015). Des organisations apaisantes pour des pratiques pertinentes et attrayantes. Editions Seli Arslan, 13-23.

- Kelly, L. A., McHugh, M. D., & Aiken, L. H. (2012). Nurse outcomes in Magnet® and non-Magnet hospitals. *The Journal of nursing administration*, 42(10 Suppl), S44.
- La Belgique confrontée à une grave pénurie de personnel soignant. (2021, 8 novembre). Euronews. En ligne, <https://fr.euronews.com/2021/11/08/la-belgique-confrontee-a-une-grave-penurie-de-personnel-soignant>, consulté le 20 février 2022.
- Nadeau-Gauthier, S. (2012). Le rôle de l'environnement psychosocial de travail dans la rétention des infirmières oeuvrant dans les hôpitaux québécois de soins généraux et spécialisés.
- Noël, X. (2020). Protéger la santé mentale des soignants pour endiguer la pandémie. *The Conversation*.
- Noulet, J-F. (2021, 7 décembre). Pénurie de personnel soignant : quelle ampleur et comment l'expliquer. RTBF. En ligne, <https://www.rtbf.be/article/penurie-de-personnel-soignant-quelle-ampleur-et-comment-lexpliquer-10893214>, consulté le 20 février 2022.
- Oshodi, T. O., Bruneau, B., Crockett, R., Kinchington, F., Nayar, S., & West, E. (2019). The nursing work environment and quality of care: Content analysis of comments made by registered nurses responding to the Essentials of Magnetism II scale. *Nursing Open*, 6(3), 878-888.
- Primeau, M. D. (2015). Les facteurs explicatifs de la réussite de l'intégration et de la rétention des infirmières diplômées hors Québec.
- Thunus, S. & Meurens, S. (2022). *Management humain et comportement organisationnel*. Syllabus, Université Catholique de Louvain, Bruxelles.
- Trinkoff, A. M., Johantgen, M., Storr, C. L., Han, K., Liang, Y., Gurses, A. P., & Hopkinson, S. (2010). A comparison of working conditions among nurses in magnet® and non-magnet® hospitals. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 40(7/8), 309-315.
- Twigg, D., & McCullough, K. (2014). Nurse retention: A review of strategies to create and enhance positive practice environments in clinical settings. *International journal of nursing studies*, 51(1), 85-92.
- Vandebroek, S., Vanbelle, E., De Witte, H., Moerenhout, E., Sercu, M., & De Man, H. (2012). Une étude sur le burn-out et l'enthousiasme chez le personnel médical et infirmier dans les établissements hospitaliers de Belgique. *SPF Santé Publique et SPF Emploi*.
- Wiessler, S. (2022, 26 janvier). Belgique : une prime de 7 000 euros pour attirer du personnel infirmier. Le Quotidien. En ligne, <https://lequotidien.lu/grande-region/belgique-une-prime-de-7-000-euros-pour-attirer-du-personnel-infirmier/>, consulté le 20 février 2022.
- World Health Organisation, 2006. Working Together for Health. The World Health Report 2006. Geneva, World Health Organisation.

