

**Faculté de santé publique**

# **Quels sont les facteurs qui poussent les infirmier.ère.s à quitter leur profession ?**

**Analyse quantitative auprès d'ancien.ne.s infirmier.ère.s ayant exercé en Belgique francophone dans les domaines hospitaliers, les maisons de repos (et de soins), les soins à domicile et en santé communautaire**

Mémoire réalisé par  
**Lidwina Louviaux**

Promotrice  
**Hélène Garin**

Année académique 2023-2024  
**Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée**



**Faculté de santé publique**

# **Quels sont les facteurs qui poussent les infirmier.ère.s à quitter leur profession ?**

**Analyse quantitative auprès d'ancien.ne.s infirmier.ère.s ayant exercé en Belgique francophone dans les domaines hospitaliers, les maisons de repos (et de soins), les soins à domicile et en santé communautaire**

Mémoire réalisé par  
**Lidwina Louviaux**

Promotrice  
**Hélène Garin**

Année académique 2023-2024  
**Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée**

## *Remerciements*

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

Tout d'abord, je souhaite remercier chaleureusement ma promotrice, Hélène Garin, qui contre vents et marées, m'a apporté un soutien sans faille tout au long de ce travail. Sa disponibilité, ses encouragements ainsi que ses précieux conseils ont été une véritable source de motivation et ont largement contribué à la qualité de ce mémoire.

Je remercie également ma lectrice, Alexia Bigorne, pour avoir accepté de consacrer du temps à l'évaluation de mon travail et pour ses remarques constructives.

Je tiens à exprimer ma reconnaissance à la Faculté de Santé Publique de l'UCLouvain pour m'avoir fourni les outils et les ressources nécessaires à la bonne réalisation de cette étude.

Enfin, je souhaite remercier ma famille et mes amis pour leur soutien constant, plus particulièrement lors de l'élaboration de ce mémoire, mais également tout au long de mon parcours académique. La conciliation d'une vie estudiantine avec des vies privée et professionnelle n'a pas toujours été de tout repos, mais l'aboutissement n'en est finalement que plus savoureux. Je remercie plus particulièrement mes deux filles, Eloane et Maélie, qui ont eu le don de m'apaiser et de recharger mes batteries en un baiser ou un câlin. Et finalement, je ne pourrais jamais remercier suffisamment mon tendre époux sans qui rien de tout cela n'aurait été possible. Il m'a encouragé depuis ma reprise d'études jusqu'à la dernière seconde de ce master, et ce, même dans les moments où je voulais tout abandonner. Il a toujours cru en moi et œuvre sans cesse à mon épanouissement. Il est de ces partenaires que beaucoup rêveraient d'avoir à leurs côtés et pour tout cela, je l'en remercie infiniment.

## **Le plagiat**

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

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

## Table des matières

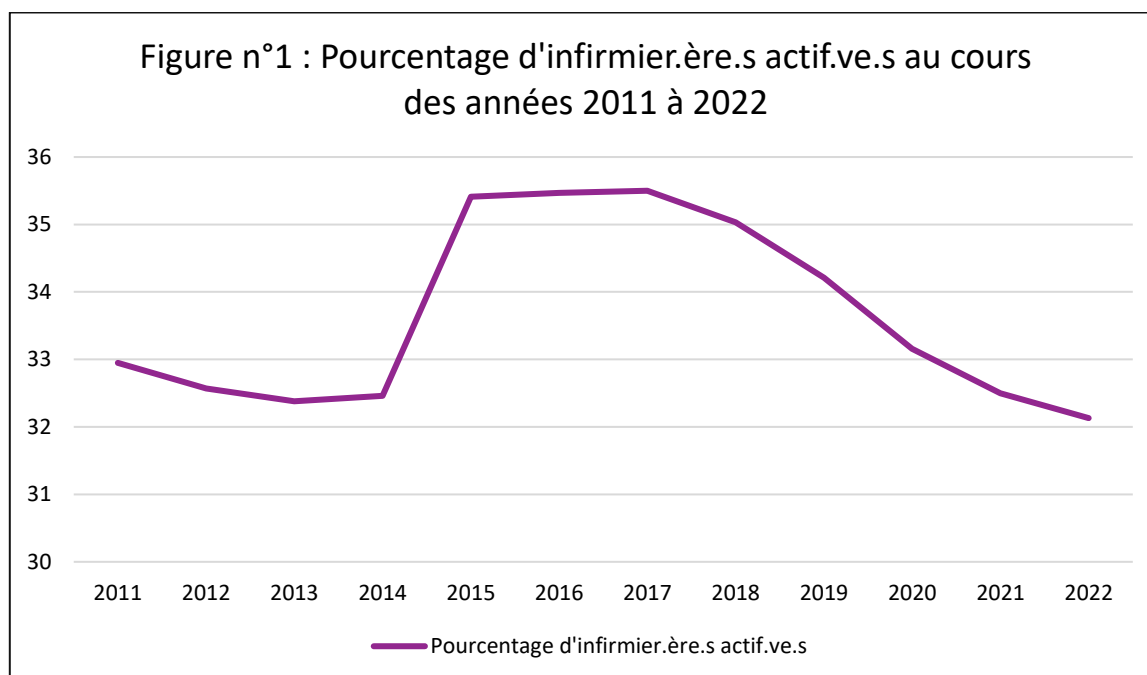
1.	Introduction	1
2.	Cadre théorique	4
2.1.	La satisfaction au travail	4
2.1.1.	Théorie de l'échange social	4
2.1.2.	Théorie de l'ajustement personne-environnement	5
2.1.3.	Théorie des besoins	5
2.1.4.	Théorie de la divergence	6
2.1.5.	Théorie de l'autodétermination	6
2.1.6.	Théorie du modèle des caractéristiques du travail (Job Characteristics Model)	7
2.1.7.	Synthèse des modèles théoriques choisis	7
2.2.	Les facteurs influençant l'intention de quitter la profession	8
2.2.1.	Leadership	8
2.2.2.	La reconnaissance/considération et le soutien	9
2.2.3.	Le travail collaboratif et la répartition des tâches	9
2.2.4.	La dynamique d'équipe	10
2.2.5.	Le conflit entre vies privée et professionnelle	10
2.2.6.	Les capacités personnelles	11
2.2.7.	La qualité des soins	11
2.2.8.	L'image de la profession	12
2.2.9.	La spécificité de certains services	13
2.2.10.	La rémunération	13
2.2.11.	Conclusion	13
3.	Matériel et méthode	15
3.1.	Considérations méthodologiques	15
3.2.	Dispositif de collecte des données	16
3.2.1.	Outil de collecte des données	16

3.2.2.	Élaboration de l'outil	16
3.2.3.	Technique de collecte des données et processus de recrutement du public cible	17
3.2.4.	Public cible et échantillon	18
3.3.	Dispositif d'analyse des données	19
3.3.1.	Méthode choisie	19
3.3.2.	Nettoyage des données, outils employés et type d'analyses réalisées	19
3.3.3.	Recul réflexif	20
4.	Résultats	22
4.1.	Description de l'échantillon	23
4.2.	La satisfaction professionnelle	25
4.2.1.	Le score de satisfaction dans la profession infirmière	25
4.2.2.	Le score de satisfaction dans la profession de reconversion	25
4.2.3.	Comparaison entre la satisfaction en tant qu'infirmier.ère et la satisfaction dans le nouveau métier	26
4.3.	Les facteurs favorisant l'abandon de la profession infirmière	26
4.3.1.	Vue globale	26
4.3.2.	Classement des facteurs les plus décisifs	28
4.3.3.	Les facteurs de rétention	30
4.3.4.	Un retour envisageable ?	32
4.4.	La reconversion professionnelle	33
4.5.	Améliorations potentielles et recommandations	35
5.	Discussion	37
5.1.	Discussion des résultats	37
5.2.	Limites de la recherche	39
5.3.	Perspectives	40
6.	Conclusion	43
7.	Bibliographie	45



## 1. Introduction

Malgré des chiffres encourageants sur le nombre de dispensateur.rice.s de soins individuels en 2021 présentés par l'INAMI, démontrant un accroissement annuel moyen de la profession infirmière qui témoigne d'une pratique attestée de 2,95% entre 2012 et 2021 (INAMI, s. d.), la pénurie de professionnel.le.s infirmier.ère.s se fait bien ressentir sur le terrain. Cela s'explique notamment par le fait que les chiffres quantifiant le nombre de personnes en droit d'exercer le métier infirmier ne distinguent pas les professionnel.le.s actif.ve.s de ceux.celles qui ne le sont pas ou plus. Ainsi, un contact avec Monsieur Victor Maton, statisticien à l'INAMI, m'a permis d'obtenir un tableau comparant le nombre total d'infirmier.ère.s en droit d'exercer et la proportion d'entre eux.elles actif.ve.s entre 2011 et 2022 (cf. Annexe 1 – Nombre d'infirmier.ère.s et nombre d'infirmier.ère.s accoucheur.se.s actif.ve.s de 2011 à 2022). Néanmoins, comme Monsieur Maton me l'a précisé lors de la remise de ces chiffres, « *le statut « actif » est uniquement basé sur l'activité ambulatoire et que comme les infirmier.ère.s travaillant en hôpital n'attestent pas en leur nom, il n'existe pas de données d'activité les concernant* ». Cette nuance est très importante car elle atteste également du contraste entre les chiffres officiels et la réalité sur le terrain. Toutefois, comme le graphique ci-dessous peut en témoigner, nous pouvons remarquer que le pourcentage d'infirmier.ère.s actif.ve.s dans les services ambulatoires n'a jamais été aussi bas depuis 2011, avec un taux de 32,13% en 2022.



Semblablement, le rapport KCE de 2019 apporte des précisions supplémentaires sur cette part de professionnel.le.s actif.ve.s en présentant les chiffres belges pour l'année 2016 qui attestent « 202 402 infirmiers, dont 143 470 étaient actifs sur le marché du travail belge tous secteurs d'activité confondus, et parmi eux, 124 196 actifs dans les soins de santé ». (Van den Heede Koen et al., 2019).

Une autre cause de la pénurie ressentie sur le terrain s'explique également par la grande proportion d'infirmier.ère.s qui démontre une volonté de quitter leur emploi actuel, constat qui a été exacerbé par la pandémie de COVID-19 (Buchan et al., 2022). En effet, les derniers chiffres de 2019 évaluaient à environ 27% le pourcentage d'infirmier.ère.s insatisfait.e.s de leur travail, et cette insatisfaction amène environ 10% de la population infirmière à concevoir de quitter définitivement les soins infirmiers (Van den Heede Koen et al., 2019).

Aussi, certain.e.s infirmier.ère.s souffrant de leurs conditions de travail sont placé.e.s en incapacité de travail et ne sont donc plus actif.ve.s sur le terrain. De même, certain.e.s bénéficient d'un reclassement pour raisons de santé et n'exercent donc plus leur profession, tout en continuant d'être reconnu.e.s comme infirmier.ère.s auprès de l'employeur.se. Nous pouvons également constater qu'en Belgique, la dotation infirmière est largement insuffisante si l'on se réfère aux recommandations européennes. En effet, la moyenne belge est de 9,4 patient.e.s par infirmier.ère en 2019, alors que la moyenne européenne est située à 8,3 patient.e.s par infirmier.ère et qu'au-delà du ratio de 8 patient.e.s par infirmier.ère, les soins ne sont plus considérés comme sécuritaires (Van den Heede Koen et al., 2019).

En ce qui concerne les inscriptions à un Bachelier Infirmier Responsable de Soins Généraux (BIRSG), elles laissent prédire une aggravation de la pénurie. En effet, les taux d'inscriptions diminuent en passant de 3336 premières inscriptions au bachelier pour l'année académique 2015-2016, à 2367 inscriptions pour l'année 2019-2020 (dernière année où les données sont actuellement disponibles) (Académie de Recherche et d'Enseignement Supérieur, 2022a). A savoir que parmi ces inscriptions, les dernières données disponibles témoignaient que seuls 64,44% des étudiant.e.s poursuivaient leur cursus après un an d'études en 2018-2019 ; c'est le deuxième pourcentage le plus faible, après l'année académique 2015-2016 où 63,13% des étudiant.e.s poursuivaient leurs études en soins infirmiers (Académie de Recherche et d'Enseignement Supérieur, 2022b). Tout cela entraîne une chute du nombre de diplômé.e.s en fin de cursus, majoré par les abandons survenus après plus d'un an d'études, et qui aggrave

davantage la pénurie de personnel infirmier ; depuis l'année 2011-2012, le pourcentage de diplômé.e.s ne fait que diminuer et atteint seulement 23,74% en 2015-2016 (Académie de Recherche et d'Enseignement Supérieur, 2022c).

En conclusion, il semble donc urgent de se préoccuper des différents facteurs favorisant la pénurie infirmière, présente en Belgique mais qui est également ressentie mondialement (Buchan et al., 2022). Dans ce travail, **nous nous intéressons aux facteurs qui poussent les infirmier.ère.s à quitter leur profession afin de pouvoir développer plus efficacement des objectifs de rétention.** Pour cela, ce mémoire ambitionne de réaliser une comparaison entre ce que l'on trouve dans la littérature concernant les facteurs précipitant les infirmier.ère.s dans la fuite de leur profession (y compris pour ce qui concerne des études réalisées dans d'autres pays européens dont les conditions infirmières sont similaires à ce qui se passe en Belgique), et les réelles raisons auprès d'une proportion d'ancien.ne.s infirmier.ère.s belges.

## 2. Cadre théorique

### 2.1. La satisfaction au travail

Dans la littérature, plusieurs théories tentent de mieux comprendre les concepts sous-jacents à la satisfaction professionnelle. Etudiée depuis les années 30, elle a été théorisée par plusieurs chercheur.se.s en psychologie du travail, donnant des explications complémentaires sur ce concept complexe qu'est la satisfaction au travail.

Ci-dessous, nous passerons en revue plusieurs modèles théoriques afin de mieux comprendre ce qu'est la satisfaction professionnelle. Il s'agit d'une liste non exhaustive, tant les théories sont nombreuses.

#### 2.1.1. Théorie de l'échange social

Etablie par Peter Blau en 1964 et inspirée des travaux de George Homans (1961), la théorie de l'échange social « *conçoit les relations d'emploi comme étant structurées par des schémas de dons et de contre-dons et régies par une norme de réciprocité* » (Delobbe, 2019). Peter Blau distingue l'échange social de l'échange économique par la nature des échanges des ressources. Alors que dans le cadre d'un échange économique les relations sont encadrées par des obligations à remplir, l'échange social, lui, fonctionne davantage sur des relations de confiance entre les deux parties (Tahri, 2014).

Selon cette théorie, les individus évalueraient les coûts et les bénéfices avant de s'investir dans une relation sociale. La satisfaction professionnelle émanerait donc d'un équilibre dans la nature des échanges de ressources entre les différent.e.s acteur.ice.s (entre collègues, entre employeur.se et employé.e, entre employé.e et institution, ...) (Tungisa Kapela & Pohl, 2020). Par exemple, une collaboration interprofessionnelle efficace entre les milieux médicaux et infirmiers permettrait un partage des connaissances propres à chacun, et illustrerait ainsi un équilibre dans les échanges de ressources, contribuant à une plus grande satisfaction professionnelle.

### 2.1.2. Théorie de l'ajustement personne-environnement

La théorie de l'ajustement personne-environnement, aussi connue sous le nom de « modèle P-E » (Person-Environment Fit) est une théorie selon laquelle la satisfaction professionnelle résulte des qualités adaptatives du (de la) travailleur.se, ou de l'équilibre de ce.tte dernier.ère avec son environnement, qu'il soit physique ou social (Parmentier, 2022). Par exemple, pour les infirmier.ère.s, cet équilibre pourrait concerner une charge de travail adaptée ou encore des participations à des programmes de soutien par les pairs.

### 2.1.3. Théorie des besoins

La pyramide d'Abraham Maslow (1943) peut également permettre de mieux comprendre la satisfaction professionnelle. En 2003, Charles Bilodeau et Elisabeth Laughrea ont fait le parallèle avec cette théorie des besoins en créant une pyramide des besoins pour les jeunes diplômé.e.s dans la profession infirmière (Bilodeau & Laughrea, 2023).

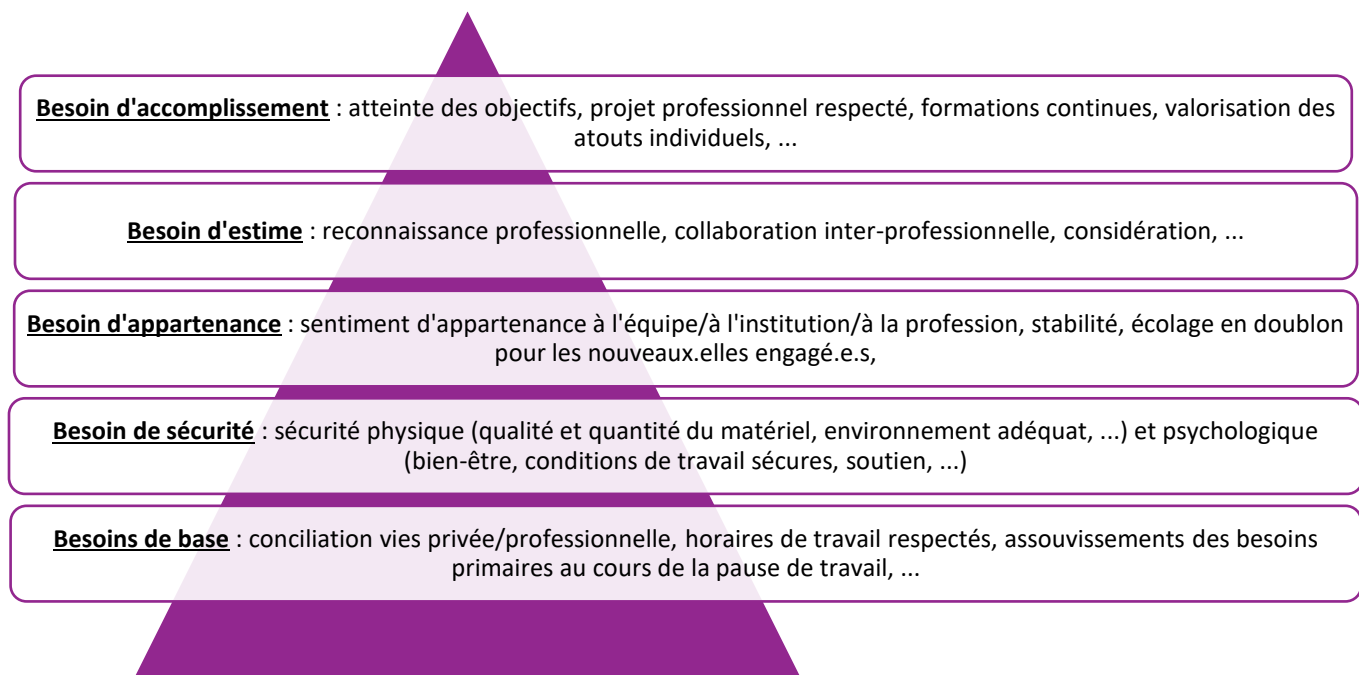


Figure n°2 : illustrations des différents besoins repris dans la pyramide proposée par Charles Bilodeau et Elisabeth Laughrea (2003)

#### 2.1.4. Théorie de la divergence

Dans la théorie de la divergence, l'auteur, Edwin A. Locke (1969), définit la satisfaction professionnelle comme l'équilibre entre ce que le.a travailleur.euse désire, et ce que son emploi lui offre factuellement (Louche, 2018). Plus précisément, il la décrit dans sa publication de 1969 comme « *l'état émotionnel agréable résultant de l'évaluation de son travail comme la réalisation ou la facilitation de la réalisation de ses valeurs professionnelles* » (Locke, 1969). Selon lui, il s'agit donc bien d'une évaluation subjective, qui se fait dans trois dimensions : *la perception de certains aspects du travail, une norme de valeur implicite ou explicite et un jugement conscient ou subconscient entre sa(ses) perception(s) et sa(ses) norme(s)*.

#### 2.1.5. Théorie de l'autodétermination

Co-construite par Edward Deci et Richard Ryan, cette théorie a été publiée en 1985. Selon les auteurs, un comportement motivé passe d'abord par la satisfaction de « *trois besoins psychologiques essentiels : le besoin de compétence, le besoin de lien et le besoin d'être à l'origine de ses comportements (autonomie)* » (Aujoulat, 2020). Des processus de motivations intrinsèques et extrinsèques, ou d'amotivation, peuvent permettre la satisfaction de ces besoins fondamentaux (Lachapelle et al., 2022). Par analogie, sur un lieu de travail, la possibilité pour les travailleur.euse.s de satisfaire ces trois besoins psychologiques essentiels entraînera une satisfaction professionnelle, et ainsi un accroissement de la motivation des employé.e.s. Une illustration possible de satisfaction professionnelle chez les infirmier.ère.s d'après cette théorie pourrait, par exemple, concerner une implication des soignant.e.s dans les différentes prises de décision de l'institution de soins. Cette responsabilisation des soignant.e.s permettrait ainsi la satisfaction des trois besoins psychologiques expliqués ci-dessus :

- *le besoin de compétence* par l'influence que les soignant.e.s pourraient amener dans les prises de décision et l'atteinte des objectifs ainsi fixés
- *le besoin de lien* qui serait satisfait par l'amélioration du sentiment d'appartenance à l'institution de soins
- *le besoin d'être à l'origine de ses comportements* qui serait comblé par un renforcement de l'autonomie et du sentiment de contrôle des soignant.e.s participant.e.s aux prises de décisions

### 2.1.6. Théorie du modèle des caractéristiques du travail (Job Characteristics Model)

Ce modèle a été créé par Richard Hackman et Greg Oldham en 1980. La satisfaction professionnelle est ici corrélée à des compétences variées, une identité et une signification de la tâche, ainsi qu'à l'autonomie et la possibilité de recevoir un feedback (Andrew et al., 2016). Par exemple, en ce qui concerne la caractéristique de l'identité de la tâche, la satisfaction professionnelle des infirmier.ère.s pourrait être accrue en leur permettant de prendre en soin le.a patient.e pour l'entièreté de son parcours, et pas uniquement pour une petite partie d'un processus de soins.

### 2.1.7. Synthèse des modèles théoriques choisis

Les six modèles présentés ci-dessus permettent de mieux comprendre comment la satisfaction professionnelle peut être atteinte, ainsi que les éléments qui peuvent représenter des freins et donc, de mettre en évidence des éléments susceptibles d'alimenter une intention de quitter la profession. Les différentes théories proposent ainsi de concevoir la satisfaction professionnelle sous différents angles tels qu'un équilibre à viser, des objectifs à atteindre ou encore des besoins à satisfaire. A l'exception de la théorie des besoins, les modèles décrits antérieurement peuvent être généralisés à d'autres milieux professionnels que celui des soins infirmiers.

Nous pouvons également constater que certains modèles se reposent entièrement sur l'individu et ses propres capacités, alors que d'autres vont prendre en compte les relations avec les pairs. Aussi, de manière beaucoup plus globale, certains modèles semblent plus systémiques, incluant des déterminants de la satisfaction qui se situent au niveau institutionnel par exemple.

Finalement, certains modèles vont plutôt pointer des aspects spécifiques de la satisfaction professionnelle, alors que d'autres vont plutôt aborder la question d'un point de vue plus général. Mais dans tous les cas, ces différentes théories permettent de mieux comprendre les facteurs qui peuvent influencer l'intention de quitter la profession.

## 2.2. Les facteurs influençant l'intention de quitter la profession

Dans cette partie, je vais présenter les différents facteurs influençant l'intention de quitter la profession que j'ai pu retrouver dans la littérature, à savoir : le leadership, la reconnaissance/considération et le soutien, le travail collaboratif et la répartition des tâches, la dynamique d'équipe, le conflit entre vies privée et professionnelle, les capacités personnelles, la qualité des soins, l'image de la profession, la spécificité de certains services ainsi que la rémunération.

### 2.2.1. Leadership

Les attentes des professionnel.le.s ne seront pas les mêmes pour les infirmier.ère.s fraîchement diplômé.e.s que pour ceux.celles qui ont une plus grande expérience. Selon la littérature, pour les premier.ère.s, les attentes concerneront plutôt un leadership managérial alors que pour les second.e.s, la satisfaction professionnelle sera accrue par une prise en considération de leur expérience ainsi que de leur expertise, et de facto, de la possibilité d'évolution dans les perspectives professionnelles et la rémunération (Baek et al., 2019). Une revue systématique de la littérature réalisée par Bayan Alilyyani, Carol A. Wong et Greta Cummings en 2017 avait également pointé l'importance des compétences relationnelles pour les dirigeant.e.s d'organisations de soins. Une considération sincère à l'égard du personnel de soins, associée à la possibilité pour eux.elles de s'exprimer authentiquement, est corrélée à une meilleure efficacité des soins (Alilyyani et al., 2018).

Philippe Colombat, Antonia Altmeyer et Chantal Bauchetet (2020) soulignent également dans leur article que « *si un bon manager doit avoir recours aux quatre types de management (directif, persuasif, participatif et délégué) selon les situations et les circonstances (management situationnel), l'utilisation exclusive des managements directif et persuasif provoque, elle, de la souffrance au niveau des équipes* » (Colombat et al., 2020). Ainsi, ces deux derniers types de managements peuvent être à l'origine d'une insatisfaction professionnelle, provoquée par des tensions ressenties au sein de l'équipe qui peuvent elles-mêmes altérer l'environnement de travail.

Aussi, il a été démontré que la première année de travail est une période charnière en ce qui concerne l'intention de rester ou de quitter le métier ; il s'agit en effet d'une phase

d'adaptations, emplies de stress et de difficultés, au cours de laquelle les jeunes diplômé.e.s vont confronter les représentations qu'ils.elles ont fondé.e.s durant leurs études à la réalité de la profession. Il paraît donc important que les managers puissent porter une attention toute particulière au bien-être des nouvelles.aux engagé.e.s afin de maintenir un bon niveau de satisfaction professionnelle et de prévenir d'éventuelles désillusions (Ulupinar & Aydogan, 2021).

### 2.2.2. La reconnaissance/considération et le soutien

Si le style de leadership est important, l'inclusion des infirmier.ère.s aux différentes prises de décisions qui concernent l'établissement de soins dans lequel ils.elles travaillent est également un élément primordial pour la satisfaction professionnelle. Cela permet aux professionnel.le.s de se sentir reconnu.e.s dans leurs compétences, leurs connaissances, et ainsi favoriser leur bien-être (Ferramosca et al., 2023).

La satisfaction professionnelle peut également être accrue par un soutien plus performant, que ce soit de la part de la hiérarchie mais aussi de la part des collègues de travail. Ce soutien passe par une attitude bienveillante les un.e.s envers les autres, quels que soient les origines, les parcours de formation, la présence ou l'absence d'une expérience antérieure, les caractéristiques physiques et émotionnelles des individus, ... (Kox et al., 2020).

Une méta-agrégation qualitative réalisée sur treize années (de 2010 à 2023) a pu mettre en évidence que certain.e.s infirmier.ère.s se sentaient peu soutenu.e.s par leur hiérarchie (Stemmer et al., 2022). Les reproches à l'égard des responsables d'institution concernent essentiellement des attentes utopiques vis-à-vis du personnel soignant au regard de la réalité de terrain.

### 2.2.3. Le travail collaboratif et la répartition des tâches

L'importance d'une bonne collaboration est rappelée dans le code de déontologie des praticien.ne.s belges de l'art infirmier, que ce soit avec les autres professionnel.le.s de la santé mais aussi pour tout ce qui concerne le travail en équipe (SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, 2018). Cette collaboration interprofessionnelle est un facteur de bien-être au travail, qui peut donc avoir un impact sur la satisfaction professionnelle.

Aussi, il semble important pour les soignant.e.s que les tâches soient le plus judicieusement réparties : cela concerne la répartition équitable entre les infirmier.ère.s, mais aussi le respect des attributions de chaque profession, afin que chacun puisse se concentrer sur des tâches qui relèvent de leur rôle propre. Une revue systématique d'études publiées entre 2000 et 2016 a par exemple mis en évidence que les infirmier.ère.s étaient insatisfait.e.s lorsque la réalisation de tâches administratives (telles que de l'encodage de données par exemple) les empêchaient de passer plus de temps au chevet de leurs patient.e.s (Halcomb et al., 2018).

#### 2.2.4. La dynamique d'équipe

Il a déjà été démontré dans des études réalisées à plusieurs endroits dans le monde que l'environnement de travail a une grande influence sur l'intention de rester des infirmier.ère.s (Neves et al., 2022). La satisfaction professionnelle sera ainsi dépendante de plusieurs facteurs tels que la stabilité des équipes, des dotations infirmières suffisantes (pour rappel, un ratio supérieur à 8 patient.e.s par infirmier.ère engendre une insécurité dans les soins), la possibilité de travailler en binôme et/ou en équipe ou encore la qualité des relations interprofessionnelles ou avec la hiérarchie (Sasso et al., 2019).

#### 2.2.5. Le conflit entre vies privée et professionnelle

La profession infirmière est un métier majoritairement exercé par des femmes ; les données récentes pour l'année 2022 recensaient 86,6% de femmes exerçant la profession infirmière contre 13,4% d'hommes (Cellule Planification de l'Offre des Professions des Soins de Santé, 2023). Une méta-analyse a pointé l'influence non négligeable des normes sociales envers la population féminine, de laquelle il est régulièrement attendu de gérer de front le foyer, les enfants et le travail (Yildiz et al., 2021). Cette charge qui incombe encore souvent aux femmes entraîne des déséquilibres entre les vies privée et professionnelle, qui peuvent provoquer de l'insatisfaction et la volonté pour ces femmes d'explorer d'autres horizons professionnels qui permettent une meilleure conciliation avec les impératifs familiaux.

Aussi, parmi les autres facteurs influençant l'intention de quitter la profession infirmière, nous pouvons également retrouver plusieurs études qui mentionnent les difficultés, pour certain.e.s soignant.e.s, de concilier un travail à pauses avec une vie familiale/sociale (d'autant plus s'il

s'agit d'un travail de nuit, et encore davantage si les pauses de nuit alternent avec des pauses de jour) (Kox et al., 2020).

#### 2.2.6. Les capacités personnelles

Lorsque les individus sont face à des environnements de travail inconfortables, ils peuvent développer plusieurs stratégies pour y faire face ; l'intention ne sera donc pas de modifier l'environnement, mais de pouvoir s'y adapter positivement pour améliorer la satisfaction professionnelle (Alderson, 2004). Parmi ces stratégies, les infirmier.ère.s peuvent utiliser la résilience. Une analyse conceptuelle réalisée par Alannah L. Cooper, Janie A. Brown, Clare S. Rees et Gavin D. Leslie suggère de concevoir la résilience comme un processus dynamique plutôt que comme un trait de caractère. Dans leur article, ils.elles ont ainsi mis en évidence 6 caractéristiques pouvant favoriser la résilience des infirmier.ère.s, dont certaines se croisent avec des éléments précités : *le soutien social, le sentiment d'auto-efficacité, l'équilibre travail-vie personnelle/prise en charge personnelle, l'humour, l'optimisme et être réaliste* (Cooper et al., 2020). En outre, le caractère dynamique de la résilience sous-entend des possibilités d'évolutions positives, qui peuvent notamment être soutenues par les institutions de soins.

Enfin, d'autres stratégies dites « défensives » ont également été mises en évidence dans la littérature telles que « *le manque d'engagement, le retrait, l'individualisme, la réduction du temps de travail, la rationalisation des sources de souffrance ou encore le déni de perception* » (Boivin-Desrochers & Alderson, 2014).

#### 2.2.7. La qualité des soins

Un autre facteur pouvant être responsable de l'abandon de la profession concerne l'incapacité pour l'infirmier.ère d'effectuer son travail de manière optimale et dans des conditions sécuritaires. Il a notamment été démontré que l'incapacité d'assurer une bonne qualité de soins peut être un facteur d'insatisfaction professionnelle pour les soignant.e.s, que ce soit par manque de ressources humaines et/ou matérielles, mais aussi par l'accapitation des infirmier.ère.s à des tâches qui ne relèvent pas du rôle infirmier propre comme par exemple des tâches administratives ou de secrétariat (Sasso et al., 2019). Cela est fortement lié à la question

de la dotation infirmière que l'on sait par ailleurs insuffisante en Belgique (Van den Heede Koen et al., 2019).

#### 2.2.8. L'image de la profession

Pour ce déterminant, abstraction sera faite sur la période de crise durant la pandémie de COVID-19, où l'image sur la profession infirmière a fortement été modifiée. Nous nous concentrerons sur une vision globale et qui semble se pérenniser depuis plusieurs années.

Deux aspects semblent importants à aborder ici : celui de l'image de la profession par les professionnel.le.s eux.elles-mêmes et le regard que porte la société.

En ce qui concerne le premier aspect, il a été démontré que l'identité professionnelle des infirmier.ère.s était quelque chose qui évoluait au cours du temps ; l'image que les professionnel.le.s ont au début de leur carrière ne sera pas la même qu'à l'approche de la retraite (Philippa et al., 2021). L'identité professionnelle joue un rôle important dans la rétention des professionnel.le.s de l'art infirmier, via la cohérence entre les attendus et la réalité dans la pratique, ainsi que par le sentiment d'appartenance à un groupement professionnel (Kristoffersen, 2021).

Ensuite, pour ce qui concerne l'image que porte la société, nous pouvons observer qu'elle est majoritairement pessimiste, mettant davantage l'accent sur ses aspects négatifs et sur ce qui devrait être amélioré, plutôt que sur ce qui pourrait attirer vers la profession infirmière (McCormack, 2023). Aussi, elle est souvent façonnée de stéréotypes, qui perdurent parfois depuis plusieurs siècles, ou encore d'a priori faussés sur les compétences dont les infirmier.ère.s doivent faire preuve, qui ne renvoient pas une image valorisante de la profession infirmière (Van Der Cingel & Brouwer, 2021). Parmi ces stéréotypes nous pouvons citer, par exemple, celui selon lequel les infirmier.ère.s sont subordonné.e.s aux médecin.e.s, réduisant les professionnel.le.s à de simples exécutant.e.s. Dans une récente étude allemande (2022), des infirmier.ère.s ont souligné qu'ils.elles avaient un rôle à jouer par rapport à cette image de leur profession vis-à-vis du grand public, cela en commençant par dépasser eux.elles-mêmes leurs propres discours péjoratifs à l'égard de leur métier et à faire la promotion des aspects positifs de leur profession (Roth et al., 2022).

### 2.2.9. La spécificité de certains services

Le rapport KCE portant sur la dotation infirmière a démontré que « *l'intensité des soins infirmiers a augmenté dans presque tous les services hospitaliers généraux* » (Van den Heede Koen et al., 2019). Cette augmentation de la charge de travail peut entraîner de l'épuisement professionnel, et donc une insatisfaction chez les infirmier.ère.s et ce, davantage encore si les services souffrent déjà d'une dotation infirmière insuffisante.

Il a aussi été démontré, en particulier chez les jeunes diplômé.e.s, qu'il est important de respecter les choix des infirmier.ère.s pour ce qui concerne leurs préférences de service ; cela permet aux soignant.e.s de maintenir une satisfaction professionnelle et ainsi de s'adapter plus aisément à l'environnement de travail et ses contraintes (Ulupinar & Aydogan, 2021).

### 2.2.10. La rémunération

Associée à d'autres améliorations dans la profession infirmière, une revalorisation salariale a été identifiée comme un élément qui permettrait d'accroître la satisfaction professionnelle ainsi que l'attractivité pour la profession (Roth et al., 2022). Bien qu'elle ne soit qu'un paramètre qui, à lui seul, ne suffirait pas à améliorer considérablement la satisfaction professionnelle, une revue systématique réalisée en 2019 a toutefois mis en évidence que cette variable était toujours associée positivement à la satisfaction professionnelle (Yasin et al., 2020).

### 2.2.11. Conclusion

La satisfaction professionnelle est un sujet qui demeure complexe, tant les façons de la conceptualiser sont nombreuses. Le chapitre que nous venons d'aborder permet de mieux comprendre les différentes facettes qui la constitue grâce à une liste non exhaustive de différents facteurs influençant l'intention de quitter la profession infirmière, et donc par extension, à des éléments qui permettent de mieux identifier les sources potentielles d'insatisfaction professionnelle pour les infirmier.ère.s.

Aussi, les différents modèles de la satisfaction professionnelle qui ont été présentés au début de ce travail permettent de théoriser ce qui vient d'être présenté. Chacun des facteurs influençant

l'intention de quitter la profession peut en effet trouver aisément une explication à l'aide d'une ou de plusieurs des six théories expliquée(s) précédemment. Cela nous permet ainsi de porter un regard élargi sur la problématique que représente la pénurie des infirmier.ère.s, et de nous donner des pistes de compréhension de celle-ci en examinant ce qui a pu pousser d'ancien.ne.s infirmier.ère.s à quitter leur métier.

### 3. Matériel et méthode

Pour rappel, la question de recherche qui guide ce travail porte sur les facteurs qui poussent les infirmier.ère.s à quitter leur profession. Ce mémoire a pour but de réaliser une comparaison entre les facteurs favorisants identifiés dans la littérature scientifique et ceux retrouvés dans un échantillon d'ancien.ne.s infirmier.ère.s ayant quitté leur profession.

Le but derrière cette démarche est de pouvoir émettre quelques recommandations en termes de rétention du personnel infirmier et d'agir sur la pénurie de personnel qui touche actuellement le secteur.

#### 3.1. Considérations méthodologiques

D'une importance majeure dans l'intention de rester ou de quitter un travail, la satisfaction professionnelle semble difficile à définir précisément car elle peut être abordée sous différentes dimensions. Toutefois, « *il existe un consensus pour l'envisager comme la conséquence d'une évaluation du travail des individus* » (Tavani et al., 2019). Pouvant être positive ou négative, elle ne doit dans tous les cas pas être considérée comme une « *réaction affective ou émotionnelle à son travail* », tel que le précisent Howard M. Weiss et Kelsey L. Merlo dans un article paru dans l'*International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (Weiss & Merlo, 2015). En effet, lorsque nous parlons de satisfaction professionnelle, il s'agit bien d'un jugement émis par le.a professionnel.le, qui peut être évalué de deux manières différentes : soit via une mesure de satisfaction globale, soit via une mesure « à facettes ». Dans la première proposition d'évaluation, comme son nom l'indique, la mesure de la satisfaction se fait sur l'emploi dans sa globalité, alors que dans la deuxième proposition, les différents aspects distincts du travail seront soumis à l'évaluation. Une récente revue de la littérature (Yanchovska, 2022), a permis de relever 25 échelles de mesure de satisfaction globale et 36 échelles de mesure « à facettes ». Bien que plus fastidieuses dans leur encodage, les échelles de mesure « à facettes » performant par leur validité et leur fiabilité. Irina Yanchovska met ainsi en exergue que « *les facteurs les plus fréquemment utilisés dans les échelles « à facettes » sont la rémunération, la relation avec le superviseur, la relation avec les collègues, les possibilités d'avancement professionnel et la nature du travail* ».

Au cours de ce travail de recherche, c'est une mesure de la satisfaction « à facettes » qui a été privilégiée. Ce choix m'a permis de reprendre les différents facteurs favorisant l'intention de quitter la profession infirmière mis en évidence dans la littérature, et de les confronter avec les réelles raisons des participant.e.s quant à leur réorientation professionnelle.

### 3.2. Dispositif de collecte des données

#### 3.2.1. Outil de collecte des données

Pour recueillir les données nécessaires à mes analyses, j'ai diffusé un questionnaire en ligne me permettant de faire une analyse principalement quantitative des données (cf. Annexe 2 - Questionnaire). Il s'agissait d'un questionnaire de 19 énoncés, avec des questions variées alternant des champs libres, des questions à choix multiples, des questions demandant un classement des réponses ou encore des questions d'évaluation d'un degré d'accord sur une échelle numérique de Likert.

#### 3.2.2. Élaboration de l'outil

Le questionnaire utilisé a été construit sur base de plusieurs variables identifiées dans le cadre théorique. Une phase de test avait été réalisée auprès d'une dizaine de volontaires non éligibles pour devenir répondant.e.s (la plupart étaient soignant.e.s).

Ainsi, les deux premières questions permettaient de s'assurer que les participant.e.s étaient bien consentant.e.s et qu'ils.elles correspondaient aux critères d'inclusion présentés ci-après. Les questions 3 à 6 permettaient de fournir des données sur le profil des répondant.e.s et l'éventuelle représentativité de l'échantillon.

Ensuite, les questions 7 et 8 permettaient de s'intéresser à la carrière dans l'art infirmier des répondant.e.s, en les interrogeant sur le(s) secteur(s) dans le(s)quel(s) ils.elles ont exercé ainsi que la(les) durée(s) d'exercice.

Pour ce qui concerne la question 9, elle permettait d'évaluer la satisfaction professionnelle dans l'exercice de l'art infirmier (cf. point 2.1.La satisfaction au travail), en prenant la durée

charnière d'une année d'exercice, telle qu'elle avait été mise en évidence dans la partie théorique relative aux facteurs influençant l'intention de quitter la profession (cf. point 2.2.1.Leadership).

Les questions 10, 11 et 12 s'intéressaient au processus ayant mené à la reconversion professionnelle : délai de réflexion, cheminement jusqu'à la reconversion dans le nouveau métier et domaine de reconversion. La question 13 concernait également la reconversion professionnelle mais en se préoccupant de la satisfaction au travail, dans des délais similaires à ceux qui avaient été proposés pour évaluer la satisfaction professionnelle lors de l'exercice de l'art infirmier.

Les questions 14 et 15 abordent le sujet des facteurs décisifs qui ont poussé les participant.e.s à quitter la profession infirmière (cf. point 2.2.Les facteurs influençant l'intention de quitter la profession). Elles ont permis d'identifier les éléments qui ont été réellement contributifs à cette décision, mais aussi de permettre de les classer selon l'ordre d'importance que les répondant.e.s leur attribuaient.

Finalement, les questions 16, 17 et 18 étaient relatives à la potentialité pour les répondant.e.s de retourner exercer l'art infirmier ainsi que les éléments qui justifient leur décision. Quant à la question 19, il s'agissait d'une question ouverte permettant aux répondant.e.s de partager des commentaires et/ou des observations.

### 3.2.3. Technique de collecte des données et processus de recrutement du public cible

En amont à l'élaboration et la diffusion du questionnaire, j'avais partagé sur les réseaux sociaux ma question de recherche et mon intention de publier un questionnaire à destination des ancien.ne.s infirmier.ère.s ayant quitté la profession. J'avais alors proposé aux personnes concernées et intéressées de me laisser une adresse mail afin de reprendre contact lorsque le questionnaire serait prêt pour la diffusion : cela m'avait permis de recueillir d'emblée une cinquantaine d'adresses mail et de pouvoir trancher entre une approche quantitative ou qualitative (dépendant du nombre de répondant.e.s que je pouvais espérer avoir). Les ancien.ne.s infirmier.ère.s ayant exercé en Belgique francophone étant un public difficilement joignable, j'avais beaucoup misé sur l'effet « boule de neige » que pouvaient m'offrir les réseaux sociaux (principalement LinkedIn et Facebook).

Une fois le questionnaire élaboré, je l'ai diffusé sur les réseaux sociaux en demandant un partage le plus étendu possible, mais j'ai également contacté individuellement chaque personne pour qui j'avais obtenu une adresse de contact. De même, j'avais identifié (grâce aux premières coordonnées recueillies avant la diffusion du questionnaire) les principaux domaines de reconversion des ancien.ne.s infirmier.ère.s et j'avais alors davantage ciblé ces derniers (cf. Annexe 3 – Liste des contacts permettant la diffusion ciblée du questionnaire). J'avais alors contacté divers établissements en leur demandant de diffuser mon questionnaire à leurs collaborateur.ice.s ; au total, j'ai abordé 115 écoles secondaires, 26 hautes écoles proposant un cursus de soins infirmiers, 3 facultés de Santé Publique, 13 firmes pharmaceutiques, 29 organismes d'aide à l'emploi, 21 associations professionnelles autour de l'art infirmier ainsi que 257 établissements proposant des services de crèche, de milieu d'accueil, d'accueil extrascolaire ou encore de soutien à la parentalité.

La première vague de diffusion a eu lieu en mars 2024 et une relance a été faite un mois plus tard ; j'ai alors repartagé le lien vers mon questionnaire sur les réseaux sociaux. De même, j'ai repris contact individuellement avec chaque personne qui m'avait communiqué une adresse mail mais que je ne retrouvais pas dans la liste des adresses qu'il était possible de laisser en répondant au questionnaire, ainsi qu'avec chaque personne qui avait commencé à compléter le questionnaire mais qui n'avait pas été jusqu'au bout : cela représentait 68 personnes à recontacter au total.

#### 3.2.4. Public cible et échantillon

Les critères d'inclusion à respecter pour pouvoir participer à ma recherche étaient :

- avoir exercé l'art infirmier en Belgique francophone
- être concerné par une reconversion professionnelle dans un autre métier que celui d'infirmier

Grâce à la diffusion du questionnaire, 198 réponses ont été récoltées mais seulement 84 ont pu être retenues en raison de questionnaires incomplètement remplis ou encore de non-respect des critères d'inclusion. En effet, certaines personnes ont complété le questionnaire alors qu'elles exerçaient toujours la profession infirmière ou bien qu'elles étaient retraitées.

### 3.3. Dispositif d'analyse des données

#### 3.3.1. Méthode choisie

En raison de la nature de notre question de recherche, une analyse quantitative a été privilégiée. Cependant, il a été donné un peu de place à des éléments qualitatifs via quelques questions ouvertes posées dans le questionnaire.

#### 3.3.2. Nettoyage des données, outils employés et type d'analyses réalisées

Le questionnaire diffusé a été établi sur le logiciel Qualtrics<sup>XM</sup>. Une fois les données récoltées, elles ont été exportées du logiciel sur Excel où un nettoyage des données a dû être réalisé. Outre les éléments éliminés parce que non contributifs pour les analyses postérieures (comme les durées de complétion ou encore les consentements à la participation), le fichier Excel a également permis d'exclure de l'analyse, parmi les 198 répondant.e.s initial.e.s, les personnes qui n'avaient pas suffisamment complété le questionnaire ou qui ne correspondaient pas aux critères d'inclusion de l'étude. Cela a diminué le nombre final de participant.e.s à 84.

Ensuite, un important travail de codage a été réalisé afin de faire correspondre les données du fichier Excel au codebook (cf. Annexe 4 - Codebook) que j'avais établi. En effet, lors de l'export du fichier de données depuis Qualtrics<sup>XM</sup>, les réponses catégorielles avaient pris d'autres valeurs que celles initialement choisies. Une fois le travail de nettoyage et de codage réalisé, les données ont été importées dans le logiciel SPSS afin de faire les analyses statistiques. Différentes analyses ont été réalisées : des statistiques descriptives permettant de décrire l'échantillon final, les scores de satisfaction ressentie lors de l'exercice du métier infirmier et dans l'exercice de la nouvelle profession ainsi que des tests T pairés pour comparer ces scores entre eux.

Dans le questionnaire, des champs libres avaient été laissés à disposition des participant.e.s pour proposer des éléments d'amélioration de la profession infirmière. Ces éléments ont été résumés sous forme d'une synthèse.

### 3.3.3. Recul réflexif

Finalement, un recul réflexif sur le travail effectué m'a permis de mettre plusieurs éléments en évidence. Tout d'abord, pour ce qui concerne l'échantillonnage, j'ai pu identifier plusieurs limites. En effet, les personnes recrutées dans l'échantillon l'ont été majoritairement via les réseaux sociaux. Cela souligne le problème de la fracture numérique ; les personnes éventuellement concernées par l'étude mais qui ne disposent pas ou n'utilisent pas/plus les réseaux sociaux n'ont pas pu être atteintes. Il en va de même avec le fait que le questionnaire informatisé nécessitait que les répondant.e.s disposent de technologies de l'information et de la communication (TIC) pour pouvoir le lire et le compléter. Aussi, un biais de sélection pourrait influencer la composition de l'échantillon final puisque j'ai ciblé certains organismes dans la diffusion de l'enquête ; j'ai en effet sélectionné plusieurs établissements où d'ancien.ne.s infirmier.ère.s étaient susceptibles de s'être reconverti.e.s comme des écoles, des firmes pharmaceutiques, des crèches, ... De même, je me suis heurtée à beaucoup de réticences à diffuser mon questionnaire, notamment dans les associations professionnelles et les écoles de Santé Publique, qui m'ont expliqué vouloir limiter les sollicitations de leurs collaborateur.ice.s pour des recherches. Ces éléments peuvent mener à un biais de recrutement car les participant.e.s potentiel.le.s étaient difficilement retrouvables. Enfin, un biais de mémoire peut être mentionné car le questionnaire demandait aux répondant.e.s d'évaluer leur satisfaction professionnelle dans le métier infirmier, c'est-à-dire a posteriori, parfois même plusieurs années après avoir changé de cap professionnel.

Ensuite, le logiciel de collecte de données est également responsable d'un biais de conception de l'instrument. De fait, des restrictions de format pour les questions étaient présentes et cela a notamment posé des difficultés pour la question portant sur le classement (en fonction de leur importance dans la prise de décision) des facteurs qui ont poussé les répondant.e.s à quitter la profession infirmière. De surcroît, étant donné qu'il s'agissait d'une question dont la réponse était exigée pour passer à la suite du questionnaire, cela pourrait être responsable d'un abandon de complétion ; certain.e.s répondant.e.s m'ont fait part de leur impossibilité de répondre à cette question sur leur téléphone portable.

Aussi, lors de l'analyse des réponses, certains résultats ont dû être interprétés avec précaution. Par exemple, en ce qui concerne la durée de carrière dans la profession infirmière, il semble évident qu'il est impossible de cumuler 48 ans dans les soins infirmiers en plus d'une

reconversion professionnelle. Cette longévité concernant la durée de carrière peut s'expliquer aisément par le fait que cela correspond aux années cumulées dans les différents secteurs ; ainsi, si quelqu'un a travaillé simultanément dans plusieurs secteurs, les années de carrière peuvent se multiplier.

Enfin, en ce qui concerne la question relative à la classification des facteurs qui ont été les plus décisifs dans la décision de quitter la profession infirmière, je me suis également confrontée à un problème de taille. En effet, 12 répondant.e.s sur les 84 ont établi exactement le même classement, qui correspond aux 5 derniers items proposés : sentiment d'insécurité au travail, manque de moyens logistiques, mauvaise qualité des soins, incapacité ou trop grandes difficultés à concilier vies privée et professionnelle et salaire insuffisant, qui ne reflète pas les qualifications. Cette probabilité que 14,29% de l'échantillon donnent exactement la même combinaison étant mince, j'en déduis qu'il s'agissait du classement établi « par défaut » lorsque les répondant.e.s ne donnaient pas leur propre classement.

## 4. Résultats

Dans les sections précédentes, je vous ai présenté, dans un premier temps, les concepts théoriques pouvant permettre de mieux comprendre ce que représente la satisfaction professionnelle. Ensuite, je vous ai établi une brève revue de la littérature reprenant les facteurs influençant l'intention de quitter la profession infirmière. À présent, je vais vous présenter les résultats que j'ai pu obtenir grâce aux matériel et méthode présentés antérieurement.

Pour rappel, la question de recherche de ce travail est la suivante : « *Quels sont les facteurs qui poussent les infirmier.ère.s à quitter leur profession ? Analyse quantitative auprès d'ancien.ne.s infirmier.ère.s ayant exercé en Belgique francophone dans les domaines hospitaliers, les maisons de repos (et de soins), les soins à domicile et en santé communautaire.* »

Dans ce chapitre, je présente tout d'abord l'échantillon des participant.e.s à l'enquête. Puis, je décris la satisfaction ressentie par les répondant.e.s lors de l'exercice de leur métier infirmier ainsi que dans leur nouvelle fonction, avant d'établir une comparaison entre la satisfaction en tant qu'infirmier.ère et la satisfaction dans le nouveau métier. Je présente ensuite les différents éléments qui les ont poussé.e.s à quitter cette profession, dans un premier temps depuis une vue globale, puis en établissant un classement des facteurs les plus décisifs et en terminant par une présentation des facteurs de rétention de même que des possibilités éventuelles de retour dans l'art infirmier. Finalement, je conclus cette partie en présentant les réponses des participant.e.s relatives à la reconversion professionnelle et aux améliorations potentielles ainsi qu'aux recommandations.

#### 4.1. Description de l'échantillon

<b>Tableau n°3 : caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon (N=84)</b>	
Variables	Médiane (P <sub>25</sub> ; P <sub>75</sub> ) ou n (%)
Genre	
- Femme	77 (91,67)
- Homme	7 (8,33)
Âge	
- 25-34 ans	24 (28,57)
- 35-44 ans	17 (20,24)
- 45-54 ans	23 (27,38)
- 55-64 ans	19 (22,62)
- 65-74 ans	1 (1,19)
Nombre de cursus suivis en lien avec le métier infirmier :	
- 0	36 (42,86)
- 1	29 (34,52)
- 2	12 (14,29)
- 3	7 (8,33)
Nombre de secteurs différents où le.la répondant.e a exercé le métier infirmier :	
- 1	43 (51,19)
- 2	17 (20,24)
- 3	11 (13,09)
- 4	12 (14,29)
- 5	1 (1,19)
Type de secteurs :	
- Hôpital public	49 (58,33)
- Hôpital privé	44 (52,38)
- Maison de repos et/ou maison de repos et de soins	24 (28,57)
- Soins à domicile	24 (28,57)
- Autre	18 (21,43)
- Santé communautaire	4 (4,76)

Durée totale de la carrière (en années)	12 (6,75;19,00)
---	-----------------

Les personnes qui ont répondu au questionnaire et qui rentrent dans les critères d'inclusion forment un échantillon total de 84 personnes, essentiellement féminin, avec 77 femmes contre 7 hommes, soit un panel à 91,67% féminin.

En ce qui concerne les classes d'âge, nous pouvons observer que les quatre premières catégories contiennent environ un quart de l'échantillon chacune avec 28,57% parmi les 25-34 ans, 20,24% de 35-44 ans, 27,38% de 45-54 ans, 22,62% de 55-64 ans et seulement un.e répondant.e qui a entre 65-74 ans. Chaque catégorie d'âge est donc plutôt bien représentée, à l'exception des plus de 65 ans.

Aussi, il a été mis en évidence que plus de la moitié de l'échantillon dispose d'une formation supplémentaire au cursus « de base » en soins infirmiers. En effet, si 36 répondant.e.s sur les 84 (soit 42,86%) se sont arrêté.e.s à la réalisation d'un brevet ou d'un bachelier en soins infirmiers, 48 autres répondant.e.s (soit 57,14%) ont au minimum une formation supplémentaire, que ce soit une spécialisation, un master, ou une autre formation continuée telle que la formation de cadre de santé (souvent appelée « école des cadres ») ou la formation en médecine tropicale. Ainsi, parmi ces 48 répondant.e.s, 29 ont suivi un programme académique supplémentaire, 12 répondant.e.s totalisent deux formations supplémentaires et 7 répondant.e.s sont même allé.e.s jusqu'à trois. La majorité des participant.e.s ont donc tenté de « s'ouvrir d'autres portes » dans la filière infirmière, avant de quitter le métier.

Finalement, les parcours professionnels ont été analysés et ont montré qu'environ la moitié de l'échantillon (51,19% exactement) a réalisé l'ensemble de sa carrière dans un seul secteur, que ce soit dans un hôpital privé, un hôpital public, une maison de repos/maison de repos et de soins (MR/MRS), les soins à domicile ou encore un autre secteur. 20,24% ont exercé dans 2 secteurs différents avant de quitter les soins infirmiers, 13,09% des participant.e.s en ont fait trois, 14,29% en ont totalisé quatre et un.e répondant.e a même essayé cinq secteurs différents avant sa reconversion. À nouveau, une moitié (bien que non majoritaire cette fois) de l'échantillon a essayé plusieurs secteurs d'exercice du métier avant de le quitter définitivement.

La durée de carrière de l'ensemble de l'échantillon est une variable qui ne suit pas la loi normale. Toutefois, il est mis en évidence que la durée totale de la carrière est d'en moyenne 13,89 ans, avec des extrêmes allant de 0 à 48 ans.

## 4.2. La satisfaction professionnelle

Dans cette rubrique, je vais présenter les résultats qui concernent les différents scores de satisfaction, à savoir ceux relatifs à l'exercice du métier infirmier ainsi que ceux relatifs à la profession de reconversion. Ensuite, j'établirai une comparaison entre la satisfaction déclarée en tant qu'infirmier.ère et celle dans le nouveau métier.

### 4.2.1. Le score de satisfaction dans la profession infirmière

Parmi les 84 répondant.e.s à l'enquête, 73 personnes ont évalué leur satisfaction dans la profession infirmière, soit 86,90%. Les 11 autres répondant.e.s ayant coché la case « pas applicable », ce qui correspond à 13,09% de réponses manquantes dans l'échantillon.

À la fin de la première année de travail dans les soins infirmiers, la satisfaction professionnelle des répondant.e.s a été évaluée à une moyenne de 7,29 sur 10. En comparaison, cette satisfaction diminue à une moyenne 4,53 sur 10 à la fin du contrat de travail en tant qu'infirmier.ère.

Le test T païré a permis d'identifier une p-valeur inférieure à 0,000 et ainsi de déduire qu'au seuil de 5%, il existe une différence significative entre la satisfaction professionnelle des répondant.e.s à la fin de leur première année de travail et la satisfaction professionnelle en fin de carrière dans les soins infirmiers. En l'occurrence, les répondant.e.s étaient significativement moins satisfait.e.s en fin de carrière infirmière qu'après un an d'exercice du métier.

### 4.2.2. Le score de satisfaction dans la profession de reconversion

En ce qui concerne l'évaluation de la satisfaction professionnelle dans le métier de reconversion, 77,38% de l'échantillon a répondu à cette question (n = 65). Ce score de satisfaction a obtenu une moyenne de 8,28 sur 10 à la fin de la première année et de 7,55 sur 10 pour la satisfaction ressentie actuellement.

Des analyses statistiques via un test des échantillons appariés ont mis en évidence une significativité bilatérale de 0,012. Cela me permet de conclure qu'au seuil de 5%, j'ai suffisamment d'évidence pour affirmer qu'il existe une différence significative entre la satisfaction professionnelle des répondant.e.s à la fin de la première année de travail dans le

métier de reconversion et l'évaluation de cette satisfaction actuellement. En d'autres termes, les répondant.e.s semblent également moins satisfait.e.s dans l'exercice de leur nouveau métier au moment où ils.elles ont répondu à l'enquête que un an après avoir commencé ce nouveau métier.

#### 4.2.3. Comparaison entre la satisfaction en tant qu'infirmier.ère et la satisfaction dans le nouveau métier

La comparaison entre la satisfaction professionnelle moyenne en tant qu'infirmier.ère et celle dans le nouveau métier, à la fin de la première année, a pu se faire avec un échantillon de 63 répondant.e.s (soit 21 réponses manquantes). La moyenne de la satisfaction professionnelle à la fin de première année dans les soins infirmiers est de 7,25 sur 10 et celle dans le métier de reconversion est de 8,19 sur 10.

Le test des échantillons appariés a permis d'identifier une p-valeur de 0,006. Ainsi, il est possible d'en déduire qu'au seuil de 5%, j'ai suffisamment de preuves pour affirmer qu'il existe une différence significative entre la satisfaction professionnelle des répondant.e.s à la fin de la première année de travail dans les soins infirmiers par rapport à celle à la fin de la première année dans le métier de reconversion. La satisfaction après un an serait a priori plus grande dans l'exercice du nouveau métier.

Enfin, la satisfaction professionnelle en fin de contrat infirmier ne sera pas comparée à la satisfaction professionnelle actuelle car la comparaison pourrait être biaisée du fait d'une période d'exercice du métier potentiellement différente.

### 4.3. Les facteurs favorisant l'abandon de la profession infirmière

#### 4.3.1. Vue globale

Dans ce paragraphe, je souhaite vous présenter les facteurs qui ont été factuellement à l'origine de l'abandon de la profession infirmière par les répondant.e.s (cf. tableau n°4 ci-dessous). Pour rappel, il a été demandé aux participant.e.s de cocher, dans une liste de déterminants proposés, quels sont ceux qui les avaient poussé.e.s à quitter le métier.

Parmi les facteurs les plus fréquemment pointés comme responsables, la charge de travail trop importante est celui qui a été le plus souvent cité : 49 répondant.e.s sur les 84 (58,33%) l'ont mentionné. Ensuite, les autres facteurs qui ont été repris par plus de la moitié des répondant.e.s sont le manque de personnel (n = 48 ou 57,14%), l'absence ou le peu de considération par la hiérarchie (n = 45 ou 53,57%) ainsi qu'une incapacité ou de trop grandes difficultés à concilier vies privée et professionnelle (n = 42 ou 50,00%). Viennent ensuite le salaire insuffisant, qui ne reflète pas les qualifications, ainsi que l'absence ou le manque de soutien par la hiérarchie ; ces facteurs ont été cités par 41,67% de l'échantillon (n = 35).

<b>Tableau n°4 : fréquence des facteurs qui ont poussé les répondants à quitter la profession infirmière (N=84)</b>	
<b>Facteurs</b>	<b>n (%)</b>
Charge de travail trop importante	49 (58,33)
Manque de personnel	48 (57,14)
Pas ou peu de considération par la hiérarchie	45 (53,57)
Incapacité ou trop grandes difficultés à concilier vies privée et professionnelle	42 (50,00)
Pas ou peu de soutien par la hiérarchie	35 (41,67)
Salaire insuffisant, qui ne reflète pas les qualifications	35 (41,67)
Charge administrative trop importante	31 (36,9)
Travail qui ne correspondait pas à l'image que le.la répondant.e avait de la profession infirmière et les attentes n'étaient donc pas respectées	30 (35,71)
Mauvaise qualité des soins	29 (34,52)
Pas ou peu de considération par les collègues	19 (22,62)
Supérieur.e.s hiérarchiques qui ne répondaient pas aux demandes	19 (22,62)
Turnover dans l'équipe, instabilité de l'équipe	18 (21,43)

Image que porte la société sur la profession infirmière	15 (17,86)
Sentiment d'insécurité au travail	15 (17,86)
Pas ou peu de soutien par les collègues	14 (16,67)
Mauvaise répartition des tâches dans l'équipe	14 (16,67)
Pas ou peu de collaboration interprofessionnelle	12 (14,29)
Pas ou peu de collaboration dans l'équipe	12 (14,29)
Manque de moyens logistiques	7 (8,33)

De même, 16 répondant.e.s ont mentionné des facteurs « autres » tels que le besoin de s'éloigner de la maladie, des obligations de faire certaines pauses comme les nuits, une fatigue physique et émotionnelle (y compris burn-out), des problèmes de santé, le manque d'humanité (y compris de l'entourage du(de la) patient.e envers ce dernier), une opportunité professionnelle qui s'est présentée, le besoin de reprendre soin de soi, la dégradation de la « *culture des soins infirmiers* », la rentabilité exigée par les institutions de soins, une société en pleine mutation avec des mœurs changeantes ou encore des problèmes de harcèlement sur le lieu de travail par la hiérarchie.

#### 4.3.2. Classement des facteurs les plus décisifs

Ensuite, dans le questionnaire, il était demandé aux répondant.e.s de classer les facteurs de manière à mettre en évidence les cinq déterminants qui avaient été les plus décisifs dans leur choix de quitter l'art infirmier (cf. Annexe 5 – Classement des facteurs les plus décisifs dans le choix de quitter la profession infirmière). Malheureusement, je n'ai pas pu prendre en considération les résultats relatifs à cette question car ils n'étaient pas du tout concordants avec ce que les répondant.e.s avaient dit précédemment dans le questionnaire. Par exemple, les facteurs qui avaient antérieurement été sélectionnés comme des facteurs décisifs ne se retrouvaient pas dans le « top 5 » du classement demandé. Cela s'explique par une mauvaise complétion de la question, voire une absence de classement des facteurs pour plusieurs répondant.e.s, ce qui a provoqué des résultats faussés.

De manière totalement arbitraire, j'ai décidé de vous présenter ici le classement des facteurs les plus décisifs dans la décision de quitter la profession, en les catégorisant en fonction du nombre de répondant.e.s qui les ont sélectionnés.

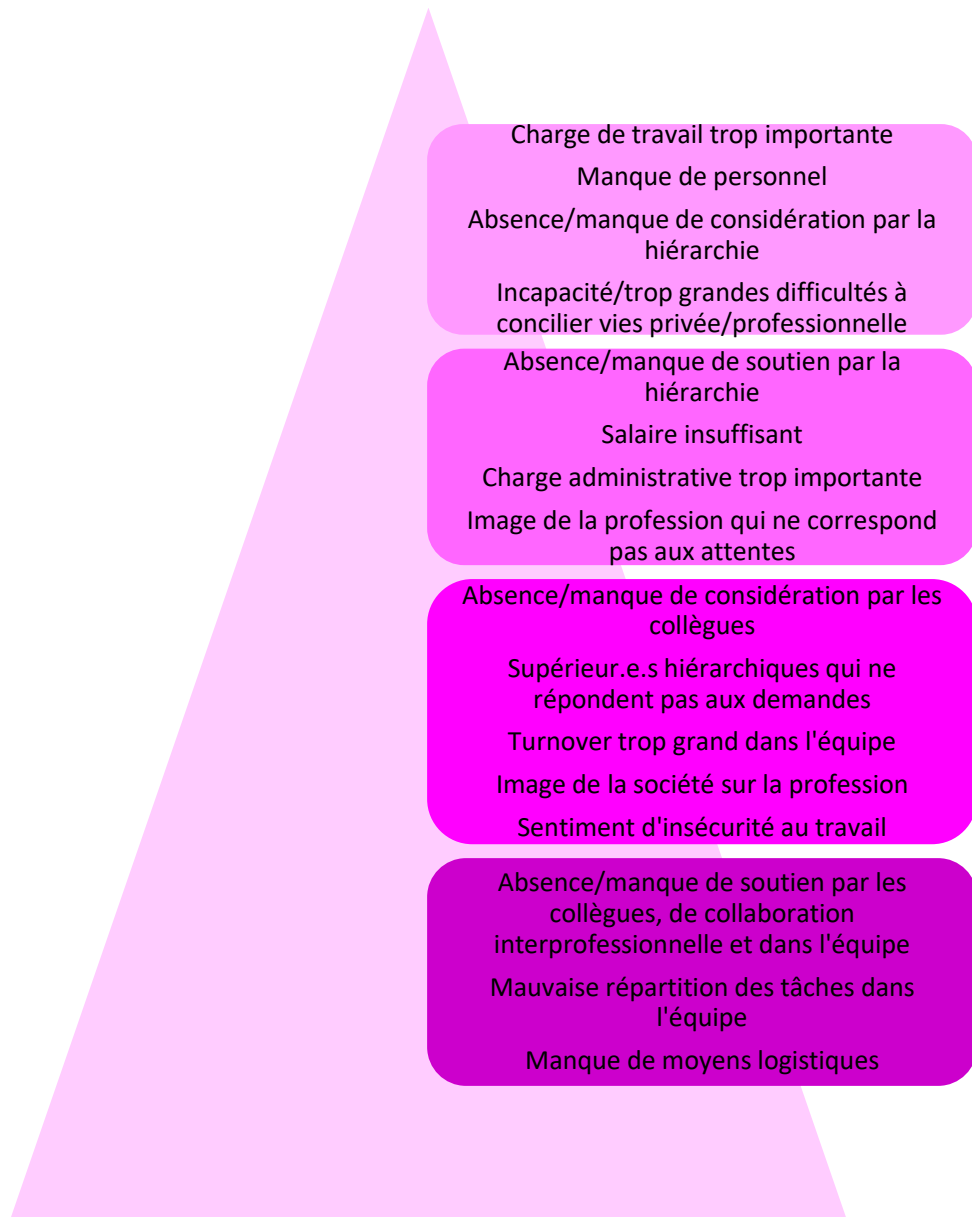
Tout d'abord, la première catégorie qui concerne les facteurs décisifs qui ont été cités par plus de 50,00% des répondant.e.s ; parmi eux, nous retrouvons la charge de travail trop importante, le manque de personnel, l'absence ou le manque de considération par la hiérarchie ainsi que l'incapacité ou les trop grandes difficultés à concilier vies privée et professionnelle.

Ensuite, la deuxième catégorie regroupe les déterminants qui ont été sélectionnés par moins de la moitié, mais plus d'un tiers des participant.e.s : l'absence ou le manque de soutien par la hiérarchie, le salaire insuffisant (qui ne reflète pas les qualifications), la charge administrative trop importante, une mauvaise qualité des soins ou encore un travail qui ne correspondait pas à l'image que le.la répondant.e avait de la profession infirmière et donc des attentes qui n'étaient pas respectées.

Quant à la troisième catégorie, elle réunit les facteurs qui ont été choisis par 15 (17,86%) à 19 (22,62%) répondant.e.s, soit environ une personne sur quatre à une personne sur cinq : l'absence ou le manque de considération par les collègue.s, des supérieur.e.s hiérarchiques qui ne répondaient pas aux demandes, un trop grand turnover dans l'équipe (instabilité de l'équipe), l'image que porte la société sur la profession infirmière ou encore un sentiment d'insécurité au travail.

Finalement, le dernier groupe associe les déterminants qui ont été évoqués comme décisifs par un sixième des répondant.e.s, soit moins de 14 personnes (16,67%) : l'absence ou le manque de soutien par les collègue.s, une mauvaise répartition des tâches dans l'équipe, l'absence ou le manque de collaboration interprofessionnelle/dans l'équipe ainsi que le manque de moyens logistiques.

**Tableau n°5 : classement par catégories de facteurs qui ont été les plus décisifs dans la décision de quitter la profession infirmière**



#### 4.3.3. Les facteurs de rétention

Lorsqu'il est demandé aux répondant.e.s ce qui aurait pu, rétrospectivement, les convaincre de continuer à exercer la profession infirmière, un tiers des répondant.e.s s'accorde sur le fait qu'ils.elles auraient persisté dans le métier avec une équipe mieux staffée et plus stable, dans laquelle les tâches auraient été réparties équitablement. De même, 29,76% des 84 répondant.e.s ont mentionné que des aménagements au niveau de leurs horaires auraient pu les convaincre de rester dans la profession ; ils.elles parlent notamment du retrait des prestations de week-end, de

la cessation des remplacements à répétition, de la majoration de l'octroi du nombre de congés mais aussi d'une meilleure conciliation entre les vies privée et professionnelle. Aussi, 23,81% évoquent qu'une meilleure reconnaissance, essentiellement de la part des politiques, aurait été persuasive : celle-ci concerne aussi bien la pénibilité de la profession que l'expertise des professionnel.le.s exerçant l'art infirmier. Ensuite, 22,62% répondant.e.s auraient continué à exercer s'ils.elles avaient fait face à davantage de bienveillance, directement au sein de l'équipe, mais aussi entre prestataires de soins et envers les stagiaires. Le manque de bienveillance a également été évoqué dans la relation avec les patient.e.s et leur entourage, ainsi qu'avec la hiérarchie, à qui il est reproché un mauvais management, manquant d'écoute et de propositions de solutions réellement applicables. Un autre critère qui aurait influencé 21,43% de ces ancien.ne.s infirmier.ère.s à rester dans la profession a trait à la revalorisation salariale, avec de meilleurs avantages en-dehors de ceux qui concernent les prestations extraordinaires. Parmi les facteurs de rétention cités par de plus petites proportions de l'échantillon (moins de 15%) nous retrouvons :

- une meilleure qualité des soins en terme de prévention, mais aussi plus en adéquation avec ce qui avait été enseigné lors des études, avec davantage de temps au chevet du (de la) patient.e et moins de charge administrative
- une charge de travail moins lourde, physiquement mais aussi psychiquement
- une valorisation professionnelle via une opportunité de collaboration, la possibilité d'évolution professionnelle ou encore le respect des affinités pour ce qui concerne le choix d'un secteur de prédilection
- une meilleure formation, davantage en accord avec la réalité de terrain

Toutefois, 17 répondant.e.s (20,24%) s'accordent sur le fait que rien n'aurait pu les faire rester dans les soins infirmiers.

<b>Tableau n°6 : fréquence des facteurs de rétention dans la profession infirmière (N=67)</b>	
<b>Facteurs</b>	<b>n (%)</b>
Equipe mieux staffée et plus stable, répartition équitable des tâches	28 (33,33%)
Aménagement des horaires (prestations de week-end, remplacements, nombre de congés, conciliation vies privée et professionnelle)	25 (29,76%)

Meilleure reconnaissance, essentiellement de la part des politiques (pénibilité, expertise)	20 (23,81%)
Bienveillance (au sein de l'équipe, entre prestataires de soins, envers les stagiaires, dans la relation avec les patient.e.s et leur entourage, avec la hiérarchie)	19 (22,62%)
Revalorisation salariale (avantages hors prestations extraordinaires)	18 (21,43%)
Meilleure qualité des soins (prévention, en adéquation avec le cursus, avec davantage de temps au chevet du (de la) patient.e et moins de charge administrative)	11 (13,10%)
Charge de travail moins lourde (physiquement et psychologiquement)	5 (5,95%)
Valorisation professionnelle (opportunité de collaboration, possibilité d'évolution professionnelle ou encore respect des affinités de secteur)	4 (4,76%)
Meilleure formation (en accord avec la réalité de terrain)	1 (1,19%)

#### 4.3.4. Un retour envisageable ?

Enfin, à la question de savoir s'il serait possible pour les répondant.e.s, dans un avenir proche ou lointain, d'exercer à nouveau le métier infirmier, la majorité (59,52%) s'accorde sur la réponse « jamais ». Les principales raisons évoquées par les participant.e.s sont la lourdeur du travail, le fait d'avoir trouvé un emploi qui plaît davantage, la gestion politique des soins de santé qui n'est plus en accord avec la vision de l'art infirmier des professionnel.le.s, les contraintes horaires, le salaire insuffisant, la mauvaise qualité des soins ou encore le manque d'esprit d'équipe.

**Tableau n°7 : évaluation de la possibilité, dans un avenir proche ou lointain, d'exercer à nouveau le métier infirmier (N=84)**

Réponses	n (%)
Oui	8 (9,52)
Oui sous conditions	26 (30,95)
Jamais	50 (59,52)

26 répondant.e.s sur 84 (30,95%) seraient prêt.e.s à revenir travailler dans la profession infirmière sous conditions telles que : la perte de l'emploi actuel, l'occupation d'un poste hiérarchiquement plus élevé, le retour dans des soins à domicile afin d'être pleinement autonome et indépendant.e, une meilleure reconnaissance de la part des politiques, des aménagements d'horaire (stabilité, absence d'heure supplémentaire, davantage d'emprise sur l'établissement des horaires, moins de week-ends, diminution du temps de travail, ...), une revalorisation salariale, une meilleure qualité des soins (notamment plus de temps au chevet des patient.e.s, plus d'humanité, diminution de la charge de travail), des équipes mieux staffées, une hiérarchie bienveillante qui considère les collaborateur.ice.s, l'opportunité de travailler dans le secteur de son choix, ou encore des modifications de la dynamique familiale actuelle (un retour est envisagé lorsque les enfants auront grandi). Cela ne laisse finalement que 9,52% de répondant.e.s qui seraient prêt.e.s à retourner exercer la profession infirmière sans condition.

#### 4.4. La reconversion professionnelle

Cette section ambitionne de comprendre comment s'est déroulée la reconversion professionnelle des ancien.ne.s infirmier.ère.s et les domaines vers lesquels ils.elles se sont dirigé.e.s.

Plus d'un tiers des répondant.e.s (32,14%) a cessé de pratiquer l'art infirmier du jour au lendemain et a directement commencé à exercer sa nouvelle activité professionnelle. A contrario, 17,86% des participant.e.s ont, eux, expliqué avoir fait une transition progressive vers le métier de reconversion, avec une diminution graduelle du temps de travail dans l'art infirmier et une augmentation progressive du temps de travail dans la nouvelle activité professionnelle. Près d'un quart des répondant.e.s (n = 20 ou 23,8%) a opté pour une reprise d'études afin de se former à un nouveau métier : 11 d'entre eux.elles (13,10%) l'ont fait de manière franche avec

un arrêt de l'exercice dans l'art infirmier et 9 participant.e.s (10,71%) ont plutôt choisi une transition graduelle via une diminution progressive du temps de travail dans l'art infirmier.

Parmi les autres manières de procéder, plus minoritaires, nous retrouvons une transition d'un métier à l'autre avec un congé sabbatique entre les deux activités professionnelles (7,14%), un arrêt pour raisons médicales (7,14%), voire un arrêt non suivi d'un nouveau projet professionnel (4,76%), ou une combinaison de plusieurs de ces façons de procéder entre elles (7,14%).

<b>Tableau n°8 : évaluation du déroulement de la reconversion professionnelle (N=84)</b>	
Réponses	n (%)
Cessation de l'exercice dans l'art infirmier du jour au lendemain et commencement immédiat de l'exercice dans la nouvelle activité professionnelle	27 (32,14)
Diminution progressive du temps de travail dans l'art infirmier et augmentation progressive du temps de travail dans la nouvelle activité professionnelle	15 (17,86)
Cessation de l'exercice dans l'art infirmier du jour au lendemain puis reprise d'études pour se former à un nouveau métier	11 (13,10)
Diminution progressive du temps de travail dans l'art infirmier et reprise d'études pour se former à un nouveau métier	9 (10,71)
Cessation de l'exercice dans l'art infirmier du jour au lendemain puis congé sabbatique avant de commencer l'exercice dans la nouvelle activité professionnelle	6 (7,14)
Autre	16 (19,05)

Pour ce qui a trait aux métiers de reconversion, 80 participant.e.s sur les 84 ont répondu à la question. Parmi eux.elles, un peu moins de la moitié (36 répondant.e.s, soit 45%) travaille dans l'enseignement, qu'il soit secondaire ou supérieur, dans des domaines comme les soins infirmiers pour la plus grande majorité, mais aussi dans la puériculture ou la formation des assistant.e.s logistiques par exemple. Toutefois, 17 répondant.e.s sur les 80 qui ont communiqué un métier déclarent ne pas avoir repris d'activité professionnelle ou être en reprise d'études. J'ai également eu dans mon échantillon 6 participant.e.s qui occupent un poste de direction, soit dans une crèche, dans une maison de repos ou une école. 3 répondant.e.s travaillent comme assistant.e.s de cours à l'université tout en réalisant une thèse de doctorat. Mon échantillon comptait aussi deux conseiller.ère.s : un.e en politique de santé et l'autre en prévention. Deux

autres répondant.e.s travaillent pour le dossier patient informatisé : soit comme conseiller.ère aux utilisateur.ice.s ou comme coordinateur.ice fonctionnel.le. Enfin, le reste de l'échantillon comptait une multitude de métiers différents, dont certains maintiennent un lien avec les soins : calltaker dispatcher en centrale d'urgence 112, encadrant.e en milieu d'accueil de la petite enfance, inspecteur.ice médico-social (AVIQ), chargé.e de projet assuétudes, masseur.se bien-être, encodeur.se, chargé.e de communication en santé publique, agent.e de voyage, agent.e de pompes funèbres, inspecteur.ice de police, employé.e administratif.ve, responsable commercial dans une société médicale ou bien travailleur.se dans un CPMS.

#### 4.5. Améliorations potentielles et recommandations

Dans ce dernier point des résultats, je vais présenter brièvement les améliorations qui pourraient, selon les répondant.e.s, rendre l'exercice du métier infirmier plus satisfaisant ou épanouissant, en me focalisant sur des éléments nouveaux par rapport à ce qui a déjà été mis en évidence auparavant. Ainsi, parmi les propositions partagées par les participant.e.s je retiendrai notamment :

- le dépassement de la logique de rendement (capitaliste mais aussi financière) dans les soins, suite au ressenti d'avoir été « *pressé comme un citron* » pour plus de rendement
- la suppression du nouveau poste d'assistant.e en soins infirmiers qui dévalorise le métier
- la nécessité de bien encadrer les étudiant.e.s en soins infirmiers sur leurs lieux de stage et la possibilité d'envisager la dernière année de cursus comme une année de stages qui pourraient être rémunérés
- la nécessité d'une uniformisation des soins
- le besoin de faire une publicité positive du métier
- l'utilité d'augmenter la dotation infirmière
- l'envie d'être guidé par une hiérarchie qui connaît la réalité de terrain et qui y est sensibilisée, qui est bienveillante et qui promeut la collaboration
- l'exigence de repenser le fonctionnement du système de soins de santé car « *le monde change de paradigme, nous devons réinventer la santé également* »
- la nécessité d'une révision des normes d'encadrement (qui n'ont plus été revues depuis plusieurs dizaines d'années) mais aussi une « *remise à niveau dans les différents services plus conséquente et plus fréquente que chacun puisse être polyvalent à terme* »

- l'urgence de remettre l'humanité au centre des soins infirmiers, notamment en étant à l'écoute du personnel, de ses difficultés et de ses besoins
- la révision de la rémunération car l'IFIC crée de l'injustice, notamment à cause de sa variabilité d'une institution à l'autre, et du besoin de valoriser toutes les spécialisations à un niveau égal
- le besoin ressenti par les infirmier.ère.s de prendre part aux décisions qui les concernent
- l'exigence d'encadrer correctement les nouveaux.elles engagé.e.s

## 5. Discussion

### 5.1. Discussion des résultats

Un des objectifs principaux de cette recherche était de comparer ce que dit la littérature quant aux facteurs qui encouragent des infirmier.ère.s à quitter la profession, à ce qui les a réellement poussé.e.s à quitter l'art infirmier. Pour cela, un questionnaire a été envoyé à d'ancien.ne.s infirmier.ère.s ayant exercé l'art infirmier en Belgique francophone et m'a permis d'établir plusieurs comparaisons.

Tout d'abord, dans la littérature, il avait été mis en évidence que la pandémie de COVID-19 avait exacerbé le souhait de certain.e.s professionnel.le.s de quitter la profession infirmière. Cependant, seulement un répondant.e sur les 84 a mentionné un regret de manque de soutien de la part de la hiérarchie durant la crise COVID. Dans cette recherche, cette pandémie ne semble pas avoir eu une influence majeure dans les choix des infirmier.ère.s de notre échantillon de quitter la profession. Aussi, ceux/celles qui ont déjà fait le choix de quitter la profession, ne l'ont visiblement pas fait de manière impulsive, en témoignent la proportion de soignant.e.s qui a expérimenté plusieurs secteurs de soins (48,81% de l'échantillon) et celle qui a tenté d'élargir son horizon professionnel en reprenant un cursus complémentaire à celui du brevet ou du baccalauréat en soins infirmiers (57,14% des participant.e.s). Une analyse de la mobilité professionnelle chez les infirmier.ère.s, réalisée par la *Cellule de Planification des professions de soins de santé, DG Soins de santé*, a notamment publié des chiffres alarmants dans ce sens (Berwouts & Durand, 2023). Ils ont étudié l'évolution du pourcentage de professionnel.le.s qui quitte les différents secteurs de soins de santé, soit vers un autre secteur ou en-dehors de l'art infirmier. Une mobilité professionnelle entre les différents secteurs, mais également en dehors des soins de santé a été mise en évidence, avec un « *pourcentage annuel de départs vers des activités ne relevant pas du secteur des soins de santé [qui] oscille autour de 1%* » (Berwouts & Durand, 2023). Toutefois, ces analyses ont été réalisées pour les années 2009 à 2018 ; nous devons donc envisager une aggravation de la situation secondaire à la pandémie COVID-19.

Il est aussi à noter qu'une majorité de ces ancien.ne.s infirmier.ère.s exerce dans un métier de reconversion conservant un lien avec l'art infirmier (essentiellement dans l'enseignement pour 45% de l'échantillon), ce qui témoigne bien de l'affection de ces praticien.ne.s pour leur profession.

Pour ce qui concerne l'évaluation de la satisfaction professionnelle, j'ai pu observer une différence entre l'évaluation après un an d'activité, que ce soit dans le domaine infirmier ou dans le métier de reconversion. En effet, pour ce qui concerne les soins infirmiers, l'évaluation de la satisfaction professionnelle après un an d'exercice était évaluée à 7,29 sur 10, alors qu'elle était de 8,28 après un an dans le métier de reconversion. De même, j'ai pu constater une diminution de la satisfaction professionnelle après quelques temps d'exercice du métier, quel qu'il soit. Toutefois, dans mon échantillon, j'ai observé une tendance à une diminution plus importante de cette satisfaction après un an d'exercice dans le métier infirmier par rapport à celui de reconversion. Ce point confirme ce qui avait été présenté dans le cadre théorique portant sur les facteurs influençant l'intention de quitter la profession infirmière : la première année d'exercice est une période charnière au cours de laquelle les managers devraient apporter une attention toute particulière.

Ensuite, si nous nous intéressons aux différents facteurs qui ont favorisé l'abandon de la profession infirmière, plusieurs parallèles peuvent être faits avec ce qui a été observé dans la littérature. De manière générale, tous les facteurs que j'avais identifiés dans la littérature ont été confirmés par les participant.e.s de l'enquête comme des facteurs ayant effectivement contribué à l'abandon de la profession infirmière. La charge de travail trop importante, le manque de personnel, l'absence ou le manque de considération par la hiérarchie ainsi que l'incapacité ou les trop grandes difficultés à concilier vies privée et professionnelle ont été mentionnés par au moins la moitié de l'échantillon comme des facteurs les ayant poussés à quitter l'art infirmier. Ce dernier facteur cité est en relation avec la population essentiellement féminine de l'échantillon (91,7%) ; nous avons en effet vu dans le cadre théorique que les femmes peuvent ressentir des difficultés à honorer les dictats sociaux qui leur incombent simultanément à une activité professionnelle. Pour ce qui concerne la collaboration (qu'elle soit interprofessionnelle ou dans l'équipe) et le manque de moyens logistiques, ces facteurs n'ont été évoqués que par moins de 15% de l'échantillon : ce sont les facteurs qui semblent être les moins décisifs dans le choix de quitter la profession infirmière.

Finalement, plus de la moitié de l'échantillon (59,52%) déclare ne vouloir jamais retourner dans la profession infirmière, que ce soit à cause de la lourdeur, d'une meilleure opportunité professionnelle, de la gestion politique des soins de santé qui déçoit, des contraintes horaires, du salaire insuffisant, de la qualité des soins médiocres mais aussi du manque d'esprit d'équipe (en ce compris l'accompagnement des stagiaires). Ainsi, je pense que ces différents points sont des éléments essentiels à travailler dans l'objectif d'améliorer la politique de rétention des praticien.ne.s de l'art infirmier. Certains éléments rejoignent d'ailleurs les suggestions d'améliorations faites par d'autres répondant.e.s.

## 5.2. Limites de la recherche

La principale limite de la recherche concerne la constitution de l'échantillon en lui-même car les ancien.ne.s infirmier.ère.s forment un public qui est difficilement identifiable dans la population générale, si ces dernier.ère.s ne se manifestent pas. J'ai pour cela beaucoup misé sur un effet « *boule de neige* », avec pour point de départ principal les réseaux sociaux (Facebook et LinkedIn). Cette limite m'a notamment poussée à solliciter spécifiquement certains milieux dans lesquels je devinais qu'une grande partie de ces ancien.ne.s infirmier.ère.s aurait pu se retrouver ; à savoir les milieux de l'enseignement, de la petite enfance et des entreprises pharmaceutiques. Aussi, si la conception de l'échantillon avait pu prendre davantage de temps, le nombre de données collectées aurait pu être plus grand et j'aurais pu avoir une plus grande hétérogénéité dans les métiers de reconversion.

Une autre limite à la recherche que j'ai suspectée se rapporte à la possibilité d'une absence de participation de certain.e.s ancien.ne.s infirmier.ère.s par un tel dégoût qu'ils/elles ne trouveraient même plus l'énergie de répondre au questionnaire.

Ensuite, j'ai été confrontée à une incohérence dans les résultats pour ce qui a trait au(x) cursus des répondant.e.s. En effet, il y avait une question qui concernait le niveau d'études puis une autre question qui interrogeait les répondant.e.s sur la ou les étude(s) qui correspondait(ent) à leur cursus. Ainsi, les réponses concernant le niveau d'études n'étaient pas toujours en adéquation avec celles relatives au(x) cursus. L'hypothèse étant que certaines personnes auraient considéré avoir déjà donné la réponse en présentant leurs études, et qu'elles ne se seraient pas répétées dans la question suivante. De même, pour la question portant sur le(s)

diplôme(s) des répondant.e.s, je devrais avoir 84 personnes pour l'ensemble des catégories « brevet soins infirmiers » et « bachelier soins infirmiers » car tout le monde a au moins un de ces 2 diplômes. Toutefois, ce n'est pas le cas : ces 2 catégories totalisent 68 personnes seulement. Même si les répondant.e.s ont compris qu'il ne fallait cocher que le plus haut niveau d'études (et donc si j'ajoute master et spécialisation), je n'arrive qu'à un total de 82 personnes car une personne a déclaré avoir un bachelier hors soins infirmiers et une personne posséder un autre diplôme. Malheureusement, ce n'est pas la seule incohérence à laquelle j'ai dû faire face. De fait, pour ce qui concerne la question relative au classement des facteurs décisifs dans le choix de quitter la profession infirmière, j'ai pu observer une aberration dans les réponses par rapport à celles de la question précédente, qui était à choix multiples et qui permettait ainsi de mettre en évidence les facteurs concernés par l'abandon de la profession. En toute logique, les facteurs les plus souvent cochés dans le choix multiples devraient apparaître comme étant classés parmi les cinq facteurs les plus décisifs mais cela n'a pas été le cas. Ce problème, qui a nécessité des adaptations méthodologiques, peut s'expliquer par l'abandon des participant.e.s à répondre à cette question de classement : parce qu'ils.elles n'ont pas pris le temps de faire le classement, ou parce qu'ils.elles n'y sont tout simplement pas parvenu.e.s (il m'a été fait part de quelques soucis pour effectuer ce classement sur certains téléphones).

### 5.3. Perspectives

À la suite de ce travail de recherche, plusieurs perspectives pourraient être envisagées, principalement pour ce qui relève de la politique de rétention des professionnel.le.s de l'art infirmier qui sont encore en poste actuellement. Ces améliorations qui seraient apportées pourraient également permettre à une partie des ancien.ne.s infirmier.ère.s d'envisager un retour dans la profession. En effet, nous avons vu dans les résultats que 40,48% de l'échantillon seraient prêts à revenir exercer l'art infirmier, dont 26 (30,95%) sous des conditions sur lesquelles il est possible d'avoir une influence.

Afin d'illustrer concrètement que des solutions sont envisageables, je souhaite introduire ici un concept managérial encore peu connu en Belgique et qui mériterait probablement de l'être davantage si des actions veulent être effectivement mises en place : le « *Magnet Hospital* » (ou « *Hôpital Aimant* ») (American Nurses Association et al., s. d.). Ce dernier est né en 1983 à la suite d'une étude réalisée par l' « *American Academy of Nursing (AAN)* » auprès de 163

institutions de soins. L'objectif principal était de mettre en évidence les facteurs d'attraction et de rétention des professionnel.le.s de l'art infirmier, ce qu'ils ont appelés des « *forces de magnétisme* », qu'ils ont pu observer au sein de 41 institutions qui fidélisaient davantage leurs infirmier.ère.s. Au nombre de 14, ces forces sont classées dans 5 catégories : *le leadership transformationnel, la reconnaissance structurelle, les pratiques professionnelles exemplaires, les nouvelles connaissances, innovation et amélioration ainsi que les résultats qualitatifs empiriques* (cf. Annexe 6 – Les 14 forces de magnétisme du modèle de l' « Hôpital Magnétique »). Nous pouvons observer que ces différentes forces se retrouvent dans les résultats de l'enquête que j'ai réalisée ; elles apparaissent donc comme fondamentales dans la réalité du terrain des professionnel.le.s de l'art infirmier. De même, une revue systématique portant sur l'influence de l' « *hôpital magnétique* » sur les infirmier.ère.s, les patient.e.s et les organisations a démontré que ces forces magnétiques avaient un effet bénéfique sur plusieurs aspects tels que la capacité de rétention des professionnel.le.s, le bien-être au travail des infirmier.ère.s, l'environnement de travail, la qualité des soins mais aussi les aspects financiers liés aux soins (Rodríguez-García et al., 2020).

Cette stratégie commence timidement à se développer en Belgique : par exemple, le CHU Brugmann l'utilise largement dans sa politique de soins et l'Universitair Ziekenhuis Antwerpen a été le premier hôpital européen à obtenir le label « *hôpital magnétique* » (mais il ne l'a pas conservé). Elle pourrait ainsi être une piste en vue d'une meilleure politique d'attraction et de rétention du personnel infirmier.

Finalement, au vu de la pénurie de soignant.e.s, un dernier point sur lequel il me semblerait important de travailler concerne le recours à du personnel intérimaire. Ces dernier.ère.s permettent de pallier aux conséquences du manque de personnel, notamment suite aux problèmes d'absentéisme, mais cela devrait également soulever plusieurs questionnements. En effet, selon l'enquête MAHA de 2022, « *le recours au personnel intérimaire a progressé de près de 75% depuis 2019* » (Belfius Banque & Assurances, 2022). De manière assez intuitive, nous pouvons percevoir que ce contrat de travail permettrait de lever plusieurs freins à un épanouissement dans la profession infirmière, rencontrés et cités précédemment dans ce travail. Ainsi, j'extrapole que l'intérim permettrait notamment de mieux concilier vies privée et professionnelle en ayant le choix d'accepter ou de refuser une mission. Aussi, le salaire semble plus attractif que pour les salarié.e.s des hôpitaux ou des maisons de repos (et de soins) par exemple. Il serait donc intéressant d'étudier plus précisément ce phénomène de travail par

intérim, qui pourrait également être la source d'un manque de personnel infirmier attaché à une institution de soins ; cette analyse pourrait notamment mettre en évidence des améliorations qui pourraient être envisagées afin d'encourager davantage l'engagement au sein d'établissements de soins.

## 6. Conclusion

*« Quand j'ai quitté mon poste d'infirmière, un patient m'a dit : « Quand tous les dégoûtés seront partis, il ne restera que les dégoûtants » »*

Cette phrase, c'est une participante à mon enquête qui l'a inscrite. Au regard de toutes les réponses que je recevais, cette dernière a profondément fait sens pour moi. Les professionnel.le.s qui quittent l'art infirmier, ce sont en effet des personnes qui semblent « dégoûtées » : elles aimaient leur métier, et l'aiment pour la plupart toujours, mais certainement pas dans les conditions qui sont imposées pour l'exercer. Toutefois, les différents facteurs qui engendrent cet écœurement pour la profession ne sont pas fatalistes. Ce travail ne prétendait pas à des conclusions d'ordre politique ou managérial, mais plutôt à donner des pistes sur lesquelles il semble urgent d'agir si nous voulons conserver des soins de santé de qualité. La pénurie d'infirmier.ère.s est un processus qui dure depuis trop longtemps déjà, et qui affecte de plus en plus notre système de santé.

Les différents facteurs de l'intention de quitter la profession décrits dans la littérature se confirment comme des causes réelles de l'abandon du métier par les répondant.e.s à l'enquête. Des efforts sont à fournir dans différents domaines et à différents niveaux, en apportant une attention particulière aux nouveaux.elles engagé.e.s qui sont dans une période de transition pouvant amener des fragilités. Au niveau micro, nous retiendrons l'importance de fournir les ressources humaines et matérielles aux infirmier.ère.s afin de leur permettre d'exercer dans de bonnes conditions. Pour ce qui concerne le niveau méso, nous retiendrons principalement la nécessité de prendre en considération les besoins et les attentes des équipes. Mais aussi d'accroître la collaboration interdisciplinaire, notamment en respectant les qualifications de chacun. Quant au niveau macro, les répondant.e.s regrettaient un manque de connaissance des réalités de terrain de la part des politiques. Le besoin de rentabilité s'est fait ressentir par plusieurs participant.e.s, qui ont subi une pression qu'ils.elles ne pouvaient plus tenir. Les infirmier.ère.s ressentent le besoin de se sentir soutenu.e.s et considéré.e.s, et cela passerait notamment par une revalorisation salariale.

En conclusion, il me semble primordial de garder à l'esprit que le système des soins de santé est un milieu où les professionnel.le.s travaillent quotidiennement avec l'humain : une majorité

de répondant.e.s ont d'ailleurs exprimé ce besoin d'humanité de la part de la hiérarchie et des dirigeant.e.s. Le plus souvent, l'art infirmier apparaît comme une vocation, dans laquelle fournir des soins de qualité à autrui est un objectif. Lorsque cette ambition n'est plus atteignable et que les infirmier.ère.s se retrouvent contraint.e.s d'abandonner ce pourquoi ils.elles se sont battu.e.s souvent des années durant, que les patient.e.s ressentent et pâtissent de la situation, que les institutions de soins et le système de santé à plus large échelle commencent à s'essouffler, il est impératif de mettre en place des solutions concrètes. Et cette conjoncture, elle s'apparente à ce que nous vivons actuellement en Belgique francophone.

## 7. Bibliographie

- Académie de Recherche et d'Enseignement Supérieur. (2022a). *Évolution du nombre d'étudiants entrants pour la première fois en BSI* [Tableau]. [https://public.tableau.com/views/BIRSG-DashBoard/Entrants?%3Adisplay\\_static\\_image=y&%3AbootstrapWhenNotified=true&%3Aembed=true&%3Alanguage=fr-FR&:embed=y&:showVizHome=n&:apiID=host0#navType=0&navSrc=Parse](https://public.tableau.com/views/BIRSG-DashBoard/Entrants?%3Adisplay_static_image=y&%3AbootstrapWhenNotified=true&%3Aembed=true&%3Alanguage=fr-FR&:embed=y&:showVizHome=n&:apiID=host0#navType=0&navSrc=Parse)
- Académie de Recherche et d'Enseignement Supérieur. (2022b). *Suivi 1—Réorientation après un an* [Tableau]. <https://public.tableau.com/app/profile/ares.data/viz/BIRSG-DashBoard/Entrants>
- Académie de Recherche et d'Enseignement Supérieur. (2022c). *Suivi 2—Résultats après 3 ans* [Tableau]. <https://public.tableau.com/app/profile/ares.data/viz/BIRSG-DashBoard/Entrants>
- Alderson, M. (2004). La psychodynamique du travail : Objet, considérations épistémologiques, concepts et prémisses théoriques 1. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 243-260. <https://doi.org/10.7202/008833ar>
- Alilyyani, B., Wong, C. A., & Cummings, G. (2018). Antecedents, mediators, and outcomes of authentic leadership in healthcare: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 83, 34-64. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.001>
- American Nurses Association, American Nurses Credentialing Center, & American Nurses Foundation. (s. d.). *About Magnet : NEW 2020 Magnet Mission and Vision Statement*. Nursing World. <https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/about-magnet/>
- Andrew, L., Haris, N., Zakariah, H., & Athirah Bt. Zekaria, N. (2016). Job Characteristics and Job Satisfaction Among Employees : A Case Study At Craun Research Sdn. Bhd.,

- Kuching, Sarawak Article Information. *International Academic Research Journal of Business and Technology*, 2(2), 165-171.
- Aujoulat, I. (2020, novembre 12). *Santé subjective—Vécu de la maladie chronique et self-management—Prise en compte des facteurs psychologiques dans les politiques et dispositifs de soins et prévention* [Séance de cours]. Introduction à la psychologie de la santé, Woluwé.
- Baek, H., Han, K., & Ryu, E. (2019). Authentic leadership, job satisfaction and organizational commitment : The moderating effect of nurse tenure. *Journal of Nursing Management*, 27(8), 1655-1663. <https://doi.org/10.1111/jonm.12853>
- Belfius Banque & Assurances. (2022, novembre 16). *Analyse MAHA 2022*. <https://www.walloniesante.be/assets/60efabb4-a60e-4b9b-a240-ff1190ae91d4/etude-maha-2022-communique-de-presse.pdf>
- Berwouts, J., & Durand, C. (2023). *Infirmiers : Mobilité professionnelle*. [https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/article\\_infirmiers\\_mobilite.pdf](https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/article_infirmiers_mobilite.pdf)
- Bilodeau, C., & Laughrea, E. (2023, mars 6). *Une pyramide des besoins de la relève infirmière : Une démarche pour comprendre les besoins du personnel infirmier*. Infirmière Canadienne. <https://www.infirmiere-canadienne.com/blogs/ic-contenu/2023/03/06/pyramide-des-besoins-releve-infirmiere>
- Boivin-Desrochers, C., & Alderson, M. (2014). Les difficultés/souffrances vécues par les infirmières : Stratégies permettant de préserver leur santé mentale, leur sens au travail et leur performance au travail: *Recherche en soins infirmiers*, N° 118(3), 85-96. <https://doi.org/10.3917/rsi.118.0085>

- Buchan, J., Catton, H., & Shaffer, F. (2022). Pérenniser et fidéliser les effectifs en 2022 et au-delà : Les personnels infirmiers dans le monde et la pandémie de covid-19. *Conseil International des Infirmières*.
- Cellule Planification de l'Offre des Professions des Soins de Santé. (2023, mai 23). *Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique : Nombre de professionnels en droit de prester au 31/12/2022 et influx 2022*. Dirk Ramaekers. [https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/statan\\_2022\\_fr.pdf](https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/statan_2022_fr.pdf)
- Colombat, P., Altmeyer, A., & Bauchetet, C. (2020). Après la crise du Covid : Vers la démarche participative d'équipe: Approche éthique d'un modèle organisationnel. *Laennec, Tome 68(3)*, 15-28. <https://doi.org/10.3917/lae.203.0015>
- Cooper, A. L., Brown, J. A., Rees, C. S., & Leslie, G. D. (2020). Nurse resilience : A concept analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(4), 553-575. <https://doi.org/10.1111/inm.12721>
- Delobbe, N. (2019). Contrat psychologique: In *Psychologie du Travail et des Organisations : 110 notions clés* (p. 140-142). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.valle.2019.01.0140>
- Ferramosca, F. M. P., De Maria, M., Ivziku, D., Raffaele, B., Lommi, M., Tolentino Diaz, M. Y., Montini, G., Porcelli, B., De Benedictis, A., Tartaglino, D., & Gualandi, R. (2023). Nurses' Organization of Work and Its Relation to Workload in Medical Surgical Units : A Cross-Sectional Observational Multi-Center Study. *Healthcare*, 11(2), 156. <https://doi.org/10.3390/healthcare11020156>
- Halcomb, E., Smyth, E., & McInnes, S. (2018). Job satisfaction and career intentions of registered nurses in primary health care : An integrative review. *BMC Family Practice*, 19(1), 136. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0819-1>

- INAMI. (s. d.). *Tableau 3—Nombre de praticiens de soins avec une pratique attestée par profession et par spécialité—Évolution 2012-2021*. Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité.
- <https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/soinsdesante/2021/Pages/nombre-dispensateurs-soins-individuels.aspx>
- Kox, J. H. A. M., Groenewoud, J. H., Bakker, E. J. M., Bierma-Zeinstra, S. M. A., Runhaar, J., Miedema, H. S., & Roelofs, P. D. D. M. (2020). Reasons why Dutch novice nurses leave nursing: A qualitative approach. *Nurse Education in Practice*, *47*, 102848. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102848>
- Kristoffersen, M. (2021). Does professional identity play a critical role in the choice to remain in the nursing profession? *Nursing Open*, *8*(4), 1928-1936. <https://doi.org/10.1002/nop2.862>
- Lachapelle, Y., Fontana-Lana, B., Petitpierre, G., Geurts, H., & Haelewyck, M.-C. (2022). Autodétermination : Historique, définitions et modèles conceptuels: *La nouvelle revue - Éducation et société inclusives*, *N° 94*(2), 25-42. <https://doi.org/10.3917/nresi.094.0025>
- Locke, E. A. (1969). What is job satisfaction? *Organizational Behavior and Human Performance*, *4*(4), 309-336. [https://doi.org/10.1016/0030-5073\(69\)90013-0](https://doi.org/10.1016/0030-5073(69)90013-0)
- Louche, C. (2018). Fiche 25. La satisfaction au travail. In *Introduction à la psychologie du travail et des organisations* (p. 148-154). Dunod. <https://www.cairn.info/introduction-a-la-psychologie-du-travail-et-des-or--9782100776917-p-148.htm>
- McCormack, B. (2023). Face à la pénurie mondiale de personnels infirmiers, n'oublions pas « la personne ». *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, *9*(1), 100288. <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2023.100288>

- Neves, T., Parreira, P., Rodrigues, V., & Graveto, J. (2022). Organizational Commitment and Intention to Leave of Nurses in Portuguese Hospitals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 2470. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042470>
- Parmentier, C. (2022). *Étude des effets du travail temporaire dans le cadre d'un rapprochement théorique des approches de l'ajustement personne-environnement et de l'identité sociale* [Thèse de doctorat]. Université Bourgogne Franche-Comté.
- Philippa, R., Ann, H., Jacqueline, M., & Nicola, A. (2021). Professional identity in nursing : A mixed method research study. *Nurse Education in Practice*, 52, 103039. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103039>
- Rodríguez-García, M. C., Márquez-Hernández, V. V., Belmonte-García, T., Gutiérrez-Puertas, L., & Granados-Gámez, G. (2020). Original Research : How Magnet Hospital Status Affects Nurses, Patients, and Organizations: A Systematic Review. *AJN, American Journal of Nursing*, 120(7), 28-38. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000681648.48249.16>
- Roth, C., Wensing, M., Breckner, A., Mahler, C., Krug, K., & Berger, S. (2022). Keeping nurses in nursing : A qualitative study of German nurses' perceptions of push and pull factors to leave or stay in the profession. *BMC Nursing*, 21(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00822-4>
- Sasso, L., Bagnasco, A., Catania, G., Zanini, M., Aleo, G., Watson, R., & the RN4CAST@IT Working Group. (2019). Push and pull factors of nurses' intention to leave. *Journal of Nursing Management*, 27(5), 946-954. <https://doi.org/10.1111/jonm.12745>
- SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. (2018, janvier 12). *Code de déontologie des praticiens de l'art infirmier belges*.

[https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/code\\_de\\_deontologie\\_des\\_praticiens\\_ai.pdf](https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/code_de_deontologie_des_praticiens_ai.pdf)

Stemmer, R., Bassi, E., Ezra, S., Harvey, C., Jojo, N., Meyer, G., Özsaban, A., Paterson, C., Shifaza, F., Turner, M. B., & Bail, K. (2022). A systematic review : Unfinished nursing care and the impact on the nurse outcomes of job satisfaction, burnout, intention-to-leave and turnover. *Journal of Advanced Nursing*, 78(8), 2290-2303. <https://doi.org/10.1111/jan.15286>

Tahri, N. (2014). Chapitre II. Cadre théorique et hypothèses de recherche. In *Responsabilité sociale des entreprises et comportements citoyens* (p. 69-107). EMS Editions. <https://www.cairn.info/responsabilite-sociale-des-entreprises--9782847695748-p-69.htm>

Tavani, J. L., Lo Monaco, G., & Collange, J. (2019). Validation complémentaire d'une mesure de satisfaction au travail: *Santé Publique*, Vol. 31(2), 223-232. <https://doi.org/10.3917/spub.192.0223>

Tungisa Kapela, D., & Pohl, S. (2020). Les effets du soutien organisationnel, de la qualité de la relation leader membre et du soutien social sur l'engagement et les comportements de citoyenneté organisationnelle : Le rôle modérateur de la pauvreté subjective. *Pratiques Psychologiques*, 26(1), 19-30. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2018.11.007>

Ulupinar, S., & Aydogan, Y. (2021). New graduate nurses' satisfaction, adaptation and intention to leave in their first year : A descriptive study. *Journal of Nursing Management*, 29(6), 1830-1840. <https://doi.org/10.1111/jonm.13296>

Van den Heede Koen, Bruyneel Luk, Beeckmans Dorien, Boon Niels, Bouckaert Nicolas, Cornelis Justien, Dossche Dorien, Van de Voorde Carine, & Sermeus Walter. (2019). *Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus* (Health Services

- Research (HSR) 325B; KCE Reports). Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). <https://doi.org/10.57598/R325BS>
- Van Der Cingel, M., & Brouwer, J. (2021). What makes a nurse today? A debate on the nursing professional identity and its need for change. *Nursing Philosophy*, 22(2), e12343. <https://doi.org/10.1111/nup.12343>
- Weiss, H. M., & Merlo, K. L. (2015). Job Satisfaction. In *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (p. 833-838). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.22029-1>
- Yanchovska, I. (2022). Scales for measuring employee job satisfaction. *Mechanics Transport Communications : Academic journal*, 11(1), 31-38.
- Yasin, Y. M., Kerr, M. S., Wong, C. A., & Bélanger, C. H. (2020). Factors affecting nurses' job satisfaction in rural and urban acute care settings : A PRISMA systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 76(4), 963-979. <https://doi.org/10.1111/jan.14293>
- Yildiz, B., Yildiz, H., & Ayaz Arda, O. (2021). Relationship between work–family conflict and turnover intention in nurses : A meta-analytic review. *Journal of Advanced Nursing*, 77(8), 3317-3330. <https://doi.org/10.1111/jan.14846>

## 8. Annexes

Annexe 1 - Nombre d'infirmier.ère.s et nombre d'infirmier.ère.s accoucheur.se.s actif.ve.s de 2011 à 2022

Annexe 2 - Questionnaire

Annexe 2 - Liste des contacts permettant la diffusion ciblée du questionnaire

Annexe 3 - Codebook

Annexe 4 - Classement des facteurs les plus décisifs dans le choix de quitter la profession infirmière

Annexe 5 - Les 14 forces de magnétisme du modèle de l' « Hôpital Magnétique »

