

Faculté de santé publique

Les différents facteurs influençant l'intention de quitter la profession infirmière

Revue de la littérature & état des lieux au sein des facultés de santé publique à l'UCL, l'ULB et en master en sciences infirmières à Bruxelles

Mémoire réalisé par

Shauny Vellut

Promoteur

Niko Speybroeck

Année académique 2022-2023

Faculté de santé publique

**Les différents facteurs influençant l'intention de quitter
la profession infirmière**

Revue de la littérature & état des lieux au sein des facultés
de santé publique à l'UCL, l'ULB et en master en sciences
infirmières à Bruxelles

Mémoire réalisé par

Shauny Vellut

Promoteur

Niko Speybroeck

Année académique 2022-2023

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier mon promoteur, Monsieur Speybroeck, pour tous ses conseils tout au long de la réalisation de ce mémoire ; ainsi que Madame Garin d'en avoir accepté le rôle de lectrice.

Je remercie également monsieur Bruyneel, infirmier de formation, assistant à l'Université Libre de Bruxelles et administrateur du KCE pour son aide dans l'élaboration de mon questionnaire.

Je souhaite remercier les différentes facultés qui ont participé à la diffusion de mon questionnaire et toutes les personnes qui ont pris le temps d'y répondre.

Je souhaite également exprimer toute ma gratitude à Madame Péteïn, pour m'avoir conseillée et soutenue dans la gestion de mes données et le début de mes analyses statistiques.

Enfin, je souhaite particulièrement remercier mon compagnon pour son soutien, sa patience et sa confiance en moi tout au long de ces deux années d'études.

LE PLAGIAT

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

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

Table des matières

Introduction	1
Cadre théorique	3
I. Méthode de recherche	3
II. Le turnover dans le monde infirmier	4
III. L'intention de quitter	5
IV. Les déterminants favorisant l'intention de quitter	6
1. La satisfaction au travail	6
2. Environnement de travail	7
a) Perception liée à la nature de l'emploi.....	8
b) Perception liée au rôle professionnel.....	8
c) Perception liée à la qualité du leadership.....	10
d) Perception liée à la qualité de l'équipe	11
e) Perception de l'organisation dans son ensemble.....	12
V. Limites de la recherche.....	13
Cadre empirique	14
I. Matériel & Méthode	14
1. Instrument de collecte des données.....	14
2. Population étudiée.....	14
3. Élaboration du questionnaire	14
4. Période d'essai	17
5. Distribution des questionnaires.....	17
6. Considérations éthiques	17
7. Conflits d'intérêts.....	17
8. Traitement des données.....	17
II. Résultats.....	23

1.	Taux de participation estimé.....	23
2.	Statistiques descriptives.....	24
3.	Régressions multinomiales univariées et multivariées	29
III.	Discussion.....	34
1.	Facteurs influençant l'intention de quitter la profession.....	35
2.	Facteurs favorisant l'intention de quitter l'organisation.....	37
IV.	Limites de la recherche.....	38
V.	Implications pour la pratique.....	39
VI.	Perspectives d'avenir.....	41
	Conclusion.....	42
	Bibliographie.....	43
	Annexes.....	47
I.	Questionnaire	47
II.	Sorties SPSS — Statistiques descriptives.....	58
III.	Régressions logistiques multinomiales univariées — tableau synthétique des résultats 77	
IV.	Sorties SPSS de la régression logistique multivariée	87

Liste des abréviations et acronymes

ANCC : American Nurses Credentialing Center
AVQ : Activités de la vie quotidienne
BMC Nursing : BioMed Central Nursing
ICN : International Council of Nurse
KCE : Centre fédéral d'expertise des soins de santé
IJERPH : International Journal of Environmental Research and Public Health
ITL : Intention to Leave
N.A : Non-applicable
MSI : Master en Sciences infirmières
PES-NWI : Practice Environment Scale of the Nursing Work Index
TIS-6 : Turnover Intention Scale
UCL : Université Catholique de Louvain
ULB : Université Libre de Bruxelles

Table des figures

Figure 1 : Relations postulées entre le climat psychologique de travail, la satisfaction au travail et l'intention de quitter l'organisation ou la profession — Gagnon et al.(2008) 7
Figure 2: « The Magnet Hospital » - Un modèle visant à rendre optimal l'exercice professionnel des soignants. Schéma représentant les différentes dimensions essentielles du magnétisme et leurs effets en termes d'attitude et de comportements. 40

Table des tableaux

Tableau 1 : Méthode de recherche — revue de la littérature 3
Tableau 2 : Répartition des étudiants de la faculté de santé publique sur les cinq dernières années 23
Tableau 3 : Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon 24
Tableau 4 : Répartition des effectifs selon le type de service 26
Tableau 5 : Répartition des effectifs selon le type d'hôpital..... 27
Tableau 6 : Répartition des effectifs sur l'intention de quitter..... 27
Tableau 7 : Estimation des paramètres du modèle de régression logistique multivariée..... 30

Introduction

Depuis plusieurs décennies, la pénurie mondiale de personnel soignant préoccupe de nombreux organismes de santé. Selon les estimations, cette pénurie serait déjà estimée à 5,9 millions de personnes, principalement dans les pays à bas et moyens revenus. Ce défi est autant aggravé par le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques, augmentant la demande en soins de santé et en fragilisant davantage les systèmes de soins. [1-2]

En outre, un infirmier sur six (17 %) serait âgé de 55 ou plus. Par conséquent, près de 4,7 millions de personnes supplémentaires seraient nécessaires d'ici 2030 pour pallier les départs à la retraite de la main d'œuvre actuelle [1-3].

La pénurie infirmière peut être qualifiée de « réelle » ou de « pseudo-pénurie ». Dans le cas de cette dernière, elle fait référence à une disponibilité suffisante d'infirmiers qualifiés, mais avec une volonté insuffisante que pour travailler dans les conditions actuelles, se traduisant alors par une décision de quitter la profession. [4]

Selon Fishbein et Ajzen cité par Giraud, l'intention de quitter peut être considérée comme « *le meilleur indicateur de l'adoption d'un comportement de départ réel.* » [4]. En effet, selon Zhao et Li (2012) et Mobley et al. (1978) cités dans les travaux de Wang & Wang (2020), l'intention de quitter représenterait l'ultime expression d'un mécontentement global vis-à-vis du travail, avant le départ effectif de l'employé [5].

Dans notre pays, en 2019, un infirmier sur quatre (27 %) était insatisfait de son travail et 32 % avaient l'intention de quitter leur emploi, dont 10 % envisageaient de quitter la profession elle-même [6].

Cette situation soulignait déjà l'urgence de trouver des solutions durables afin d'améliorer les conditions de travail et d'encourager la fidélisation des infirmiers. C'était sans compter sur la pandémie de coronavirus qui, selon l'ICN¹, pourrait déclencher un exode de la profession, par le traumatisme de masse causé au personnel soignant [1]. Plusieurs associations membres de l'ICN ont vu une augmentation du nombre de départs de la profession en 2020 et des études menées dans le monde entier ont mis en évidence une augmentation des intentions de quitter les soins infirmiers. [1]. En 2022, le nouveau rapport du KCE sur « la dotation infirmière dans

¹ International Council of Nurse

les soins intensifs belges» a confirmé ces propos en révélant à présent que **43,9 % des infirmiers avaient l'intention de quitter leur emploi, dont 26,5 % la profession infirmière.** [7]

Selon un article de presse évoquant les propos de Candice De Windt, l'ambassadrice des soins de santé, la Belgique manquerait actuellement entre 25.000 et 30.000 infirmiers [8].

Face à cette réalité, il est impératif de comprendre les différents aspects modifiables de l'organisation pouvant influencer l'intention de quitter, et ce, afin de prendre les mesures nécessaires pour éviter cette finalité. En effet, une meilleure compréhension de cette problématique pourrait permettre le développement de stratégies managériales efficaces [1,9].

Pour ce faire, ce travail sera composé de deux parties distinctes :

La première partie consiste en une approche théorique du sujet par une revue de la littérature, permettant d'aborder le principe du turnover, de l'intention de quitter et des différents facteurs favorisant cette intention. La méthodologie ainsi que les limites de la recherche y seront également présentées.

La seconde partie de ce travail consistera en un état des lieux de la situation actuelle par la réalisation, la diffusion et l'analyse d'un questionnaire envoyé aux étudiants du master en santé publique à l'UCL, l'UBL et en sciences infirmières à Bruxelles. L'objectif de cette enquête est de déterminer la proportion d'étudiants ayant l'intention de quitter leur travail, voire la profession infirmière durant l'année suivant leur proclamation ainsi que de déterminer les différents facteurs pouvant être à l'origine de cette décision. Au terme de ce travail et suite à la comparaison entre la revue de littérature et les données récoltées, il s'agira de proposer d'éventuelles pistes de solutions pour tenter d'endiguer cette problématique.

Cadre théorique

I. Méthode de recherche

La présente revue de littérature a été réalisée entre le 1^{er} août 2022 et le 1^{er} avril 2023. Les différentes bases de données consultées sont reprises dans le tableau ci-dessous (cf. Tableau 1) ainsi que la liste des mots clés utilisés. Les articles retenus sont issus de la revue internationale et ont été rédigés en anglais ou français, publiés entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 décembre 2022.

Cette recherche s'est principalement centrée sur les infirmiers exerçant dans le milieu hospitalier. Tout autre environnement de travail ne sera pas pris en compte.

Tableau 1 : Méthode de recherche — revue de la littérature

Recherche via bases de données
PubMed
Cairn.info
Researchgate.net
Wiley, online library
Google Scholar
Mots clés pour la recherche : Titre, résumé
Intention to leave OR turnover intention AND nurs*
Intention de quitter ET infirmier*
Turnover
Critères d'inclusion
Articles publiés entre 01.01.2012 et 31.12.2022
Documents rédigés en français et en anglais.
Belgique & International
Critères d'exclusion
Environnements de travail extra-hospitaliers
Autres professions que la profession infirmière

II. Le turnover dans le monde infirmier

Le taux de turnover (ou taux de rotation du personnel) représente un indicateur mesurant le nombre de départs de salariés sur une période donnée, au sein d'une entreprise. [4]

Dans un article de 2022 reprenant la définition de Holtom et al. (2008), le turnover, quant à lui, désigne alors « *la situation dans laquelle un collaborateur quitte une institution* ». Aussi, il peut être classifié comme un départ « *volontaire* » (à la demande de l'employé) ou « *involontaire* » (à la décision de l'employeur). [10] Dans ce même article, l'auteur fait également référence aux travaux de Griffith et Hom (2001), précisant une subdivision au turnover volontaire. En effet, ce dernier peut également être qualifié de « *fonctionnel* » et « *dysfonctionnel* », faisant respectivement référence au départ des travailleurs peu performants et très performants. [10]

Malheureusement, le départ volontaire d'un ou plusieurs employés performants peut avoir des conséquences négatives sur l'ensemble de l'organisation et sur sa performance [4].

En effet, selon une étude publiée par le « *Journal of Hospital Administration* » faisant référence aux travaux d'Aiken et al. (2009), le turnover impacterait fortement la qualité et la sécurité des soins ; augmentant le risque d'évènements indésirables tels que des pneumonies, des chutes ou une augmentation de la mortalité. [1,9,11]

En outre, le turnover engendrerait des effets néfastes au niveau de l'équipe « *restante* » et sur leur niveau de bien-être. L'augmentation de leur charge de travail et, par conséquent, du stress peut mener à un épuisement professionnel et à un turnover supplémentaire [11]. Dans leur revue de la littérature de 2016, Maillet et al. font référence aux travaux de Hayes et al. (2006) en évoquant l'impact du turnover sur la cohésion d'équipe, l'efficacité et la productivité liées aux soins [12].

Ensuite, il aurait un impact au niveau de l'organisation elle-même, car il engendre des coûts significatifs liés à plusieurs étapes fondamentales telles que les frais de remplacement, le recrutement, l'accueil et la formation des nouveaux engagés [11,12].

Enfin, le turnover professionnel engendre une perte considérable de savoir et d'expertise accumulés par l'expérience de terrain [12].

III. L'intention de quitter

L'intention de quitter peut alors se définir comme « *la volonté consciente et délibérée de quitter l'organisation ou la profession dans un avenir rapproché* » [12]. En effet, dans leur article de 2015, Mazurenko et al. font également référence aux travaux de Kirschenbaum et Weisberg (2001) en évoquant la distinction entre le « *turnover organisationnel* » et le « *turnover professionnel* », relatif au choix de la destination du futur emploi. Ainsi, pour un infirmier, le premier principe renvoie au fait de changer d'organisation, mais de continuer à travailler dans le secteur des soins de santé ; alors que le deuxième se rapporte au fait de quitter le domaine des soins infirmiers pour un tout autre secteur [11].

Plusieurs modèles conceptuels ont ainsi vu le jour afin de tenter de fournir une explication face à cette problématique. Ainsi, certains abordent la problématique selon l'impact des facteurs individuels (l'âge, le genre, le niveau d'éducation, l'ethnicité, etc.), des facteurs liés à l'organisation du travail, de l'environnement social professionnel ou liés à la santé (présence de maladies, de handicap ou encore de burnout) [11].

Bien que la relation entre l'intention de quitter la profession infirmière et le burnout fut largement explorée et démontrée dans la littérature, ce mémoire n'abordera pas ce sujet de manière plus approfondie. De même, les facteurs liés à la santé ne seront pas étudiés, par souci de concision et afin de rester concentré sur le sujet initial. En effet, l'approche adoptée est de porter une attention particulière sur les aspects organisationnels modifiables de l'environnement de travail, afin de proposer d'éventuelles pistes d'amélioration sur lesquelles intervenir.

IV. Les déterminants favorisant l'intention de quitter

1. La satisfaction au travail

Élaborée par Tett et Meyer (1993), reprise par Fabi et al (2011) dans les travaux de Giraud (2015), la définition de la satisfaction au travail renvoie à « *l'attachement qu'a un individu à l'égard de son emploi, que ce soit de façon globale ou par rapport à différentes facettes de celui-ci* ». [4]

Très souvent, l'intention de quitter fut étudiée en lien avec la dimension de la satisfaction au travail. Selon les propos de Frijters et al. cités dans une étude publiée dans le *JHA*², la satisfaction au travail aurait une influence bien plus significative sur l'intention de quitter que les facteurs personnels ou les opportunités d'emploi extérieures. [11]

D'autres recherches suggèrent que la satisfaction au travail jouerait plutôt un rôle de modérateur dans le processus de rétention des infirmiers [12-14]. Le rôle du modérateur pourrait alors être décrit selon les propos de Bennett (2000) : « *A moderator is an independent variable that affects direction and/or strength of the association between another independent variable and an outcome variable.* » [12]. Par conséquent, il s'agirait alors d'étudier la force et la direction de la relation entre une variable indépendante et une variable de résultat (l'intention de quitter). Ainsi, le concept de satisfaction au travail serait le mécanisme par lequel l'individu passerait d'une perception défavorable de son environnement de travail à l'intention de quitter. [11-14].

Cette idée du rôle modérateur de la satisfaction au travail constitue un des éléments centraux dans le modèle conceptuel de Gagnon et al. (2008), abordant l'influence des différentes dimensions perceptuelles de l'environnement de travail sur l'intention de quitter son organisation ou sa profession. Leur modèle, tel que présenté ci-dessous, servira de structure dans cette partie du travail. Il permet d'aborder de manière globale différents aspects de l'environnement de travail, même si certains concepts ne sont pas systématiquement étudiés dans les articles retenus. En fonction des données probantes récoltées, certains points seront ajoutés à ce modèle pour qu'il soit le plus complet possible.

² Journal of Hospital Administration

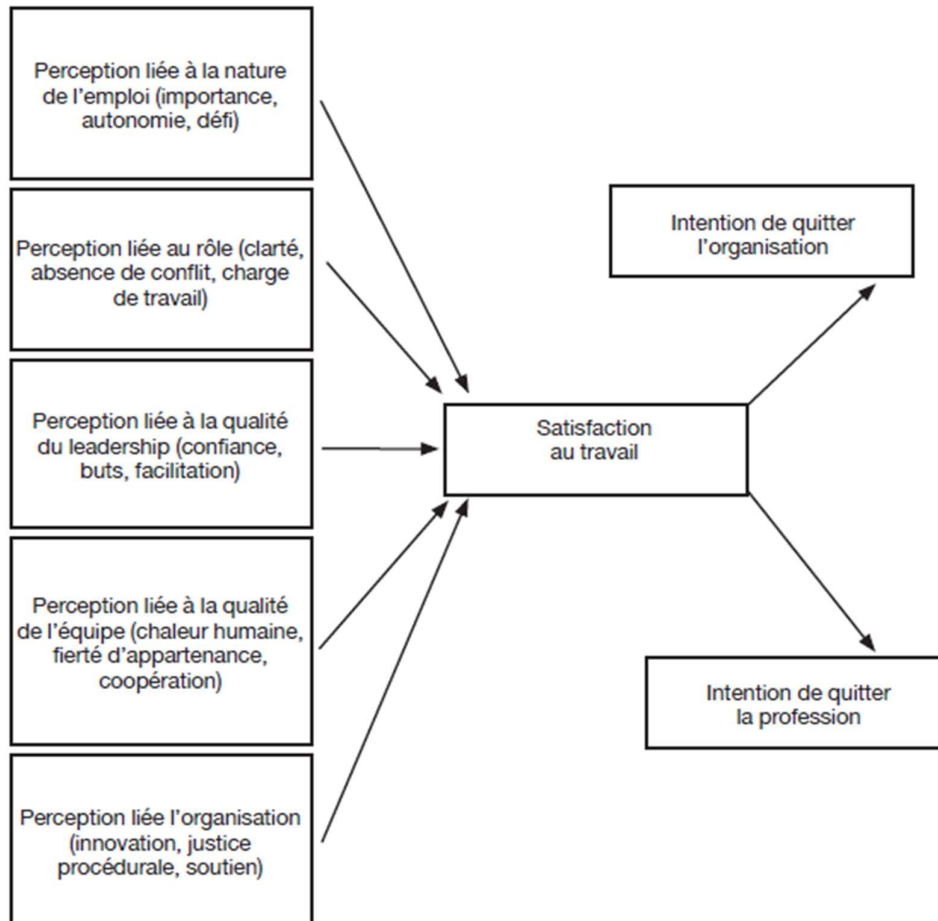


Figure 1 : Relations postulées entre le climat psychologique de travail, la satisfaction au travail et l'intention de quitter l'organisation ou la profession — Gagnon et al.(2008)

2. Environnement de travail

Gagnon et al. (2008) ainsi que Parker et al (2012), comme repris dans les travaux de Maillet, Courcy et Leblanc (2016), définissent l'environnement de travail comme « *la perception qu'entretient un individu à l'égard des aspects de son environnement de travail qui lui sont psychologiquement importants* ». [12]

Ainsi, un environnement de travail favorable occasionnerait une intention de quitter moindre, ainsi qu'une meilleure perception de la qualité des soins [15].

Le modèle utilisé ici aborde donc l'environnement de travail selon cinq dimensions perceptuelles distinctes : la perception liée à la nature de l'emploi, au rôle professionnel, à la qualité du leadership, à l'équipe de travail et enfin, à l'organisation dans son ensemble [12].

a) Perception liée à la nature de l'emploi

La première dimension sur la nature de l'emploi fait référence à la perception des infirmiers vis-à-vis de l'importance de leur travail dans le processus de soins, du degré d'autonomie qui leur est confié ainsi que les défis professionnels auxquels ils doivent faire face [12].

Le premier indicateur en lien avec la nature de l'emploi se rapporte aux perceptions des infirmières quant à l'importance de leur contribution à la pratique professionnelle. De manière similaire, une étude qualitative allemande souligne que la reconnaissance et la valorisation du travail infirmier constituent des facteurs clés de rétention ; et que cette reconnaissance devrait débiter avant tout par les infirmiers eux-mêmes afin d'être reconnue par les autres professions et la société [1].

Le second indicateur renvoie au degré d'autonomie octroyé au personnel soignant et se définit comme « *la liberté d'agir à partir de ses connaissances ainsi que le droit de prendre des initiatives cliniques appropriées allant au-delà de la pratique habituelle, et ce, dans l'intérêt fondamental du patient* »³. [12] Par ailleurs, le KCE aurait constaté une augmentation de la satisfaction concernant cet aspect professionnel dans notre pays [6].

Enfin, le dernier indicateur concerne les défis que le personnel soignant peut rencontrer au cours de sa carrière. En effet, l'opportunité de relever des défis intéressants et de développer ses compétences professionnelles peut avoir un impact sur la satisfaction et l'évaluation de la qualité du climat de travail et donc l'intention de quitter. L'importance de la formation continue et des possibilités d'épanouissement professionnel ne doit donc pas être sous-estimée. A savoir que la perspective limitée de carrière serait un facteur incitant [16], particulièrement pour les hommes. [1;11]

b) Perception liée au rôle professionnel

La deuxième dimension concerne la perception infirmière liée à leur rôle professionnel, renvoyant ainsi aux concepts de la clarté du rôle, de l'absence de conflits de rôles et de la charge de travail.

³ Définition du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers (CCCSI) (2002)

Le premier concept fait référence à la clarté du rôle ou autrement dit à l'absence d'ambiguïté dans les rôles professionnels de chacun. Afin de limiter un maximum cette ambiguïté, les tâches et responsabilités doivent être correctement délimitées entre les différents intervenants. [6,12]

Le second évoque l'absence de conflits de rôles. Le conflit de rôle peut être défini comme « *une situation dans laquelle un individu est confronté à plusieurs demandes ou obligations qui sont perçues comme étant incompatibles entre elles* ». [12]

Ce dernier concept est donc intrinsèquement lié à la troisième dimension, qui est la surcharge de travail. Celle-ci peut se définir comme étant des « *demandes et aux obligations trop nombreuses et qui excèdent le temps et les ressources disponibles de l'infirmière* »⁴ [12]. Et, d'après Pérot (2004), cité par Maillet et al. (2016), il est possible que les conflits de rôles et l'intention de quitter soient indirectement liés [12].

Avec ces trois notions s'ouvrent alors deux problématiques soulevées par le KCE dans leur rapport de 2019 : celle des « *tâches non liées aux soins infirmiers* » et celle des « *soins infirmiers non réalisés* » (appelés également « *missed nursing care* » ou « *care left undone* »). [6]

Comme son nom l'indique, les « *tâches non-infirmières* » renvoient à toute une série d'actes qui ne devraient pas être réalisés par les infirmiers (par exemple, la distribution ou le débarrassage des plateaux repas, le transport de patient à l'hôpital, la gestion des stocks et du matériel, etc.).

Les tâches non liées aux soins infirmiers représentent un exemple pouvant engendrer des conflits de rôles et alourdissent la charge de travail des infirmiers. Ainsi, certains actes infirmiers seraient délaissés, faute de temps nécessaire ; c'est ce que le KCE appelle les « *soins infirmiers non réalisés* ». Ces derniers renvoient ainsi à l'impossibilité pour certains infirmiers d'accomplir certaines de leurs tâches, et ce, à cause d'une charge de travail trop élevée. Ils peuvent être répertoriés en deux catégories [6] :

1. Les activités cliniques, telles que « *surveillance adéquate des patients, soins de la peau, hygiène buccale, lutte contre la douleur, traitements et procédures, administration des médicaments en temps opportun et changement de position* ».

⁴ Définition de Dionne S. et Rhéaume A. (2008)

2. Les activités de planification et de communication, telles que « *réconfort et dialogue avec les patients, éducation des patients et de leur famille, préparation des patients et de leur famille à la sortie de l'hôpital, développement et mise à jour de plans de soins infirmiers ou de trajets de soins infirmiers, et planification des soins.* »

En outre, le KCE aurait étudié l'impact de l'environnement de travail et de la dotation infirmière sur le bien-être et le confort du personnel soignant. La dotation infirmière peut se mesurer par le ratio patient/infirmier, faisant référence au « *nombre de patients soignés par un infirmier* ». Plusieurs constats ont pu être établis lors de cette étude : d'abord, il existerait un lien entre la dotation infirmière et les *outcome* mesurés, tant chez les infirmiers qu'auprès des patients. Ainsi, un ratio patient/infirmier plus élevé augmenterait le risque d'épuisement, de dépersonnalisation, d'insatisfaction au travail et d'intention de quitter l'hôpital pour le personnel soignant [6, 9]. Enfin, « *le ratio patients/infirmier et le nombre de tâches non liées aux soins infirmiers seraient des facteurs prédictifs importants des soins infirmiers non réalisés.* » [6]

Par ailleurs, une revue systématique combinée à une méta-analyse sur la dotation en personnel infirmier fut réalisée en 2018. Au total, près de 13 recherches quantitatives provenant de six pays différents furent utilisées. Celle-ci a permis de démontrer qu'un ratio patient/infirmier plus élevé augmentait l'insatisfaction au travail ainsi que l'intention de quitter [17]. Cependant, une étude transversale menée en 2013 dans dix pays⁵ européens a montré que ni le ratio patient/infirmier, ni la perception d'une dotation suffisante en personnel, ni la qualité des soins perçue n'étaient significativement associés à l'intention de quitter dans aucun des pays étudiés [15]. Pour ce qui est de la sécurité des soins perçue, seule la Belgique aurait démontré une corrélation significative avec l'intention de quitter parmi les 10 pays étudiés [15].

c) Perception liée à la qualité du leadership

Selon ce modèle théorique, la qualité du leadership serait définie à partir des trois critères suivants : le degré de confiance que peut avoir l'équipe soignante envers son supérieur hiérarchique, les efforts déployés par ce dernier dans le partage des informations et enfin, le sentiment de pouvoir compter sur son soutien lors de situations difficiles. [12]

⁵ Belgique, Finlande, Allemagne, Irlande, Pays-Bas, Norvège, Pologne, Espagne, Suisse et Royaume-Uni.

Bien sûr, le rôle d'un leadership adéquat est crucial pour maintenir la satisfaction et la motivation de son personnel. En effet, un leadership adéquat peut réduire le risque de burnout, d'insatisfaction au travail et d'intention de quitter [6,15]. Mazurenko et al. vont jusqu'à suggérer que l'influence du supérieur hiérarchique est encore plus importante que les relations de travail entre collègues dans l'intention de quitter [11].

Dans leur article de 2018, Pishgooie et ses collaborateurs ont étudié la relation entre le style de leadership, le stress au travail et une rotation anticipée du personnel. Les auteurs mettent notamment en avant le leadership transformationnel comme permettant de réduire le stress et l'intention de quitter. [16] Selon une revue parue en 2018 dans la Revue Internationale des Sciences Administratives faisant référence aux travaux de Jung et Avolio (2000), le leadership transformationnel « *désigne les efforts déployés par les leaders pour élaborer, partager et faire vivre une vision qui renforce la motivation des exécutants et les amènent à améliorer leurs performances.* » [17]. Il s'agit de partager et de faire adhérer la vision de l'entreprise aux membres de son équipe, en leur faisant comprendre l'importance des résultats organisationnels et de susciter un sentiment de confiance en l'avenir de l'entreprise [17].

d) Perception liée à la qualité de l'équipe

La quatrième dimension vise la perception de la qualité de l'équipe soignante selon trois indicateurs : la chaleur humaine, la fierté d'appartenance et la coopération.

En effet, à plusieurs reprises, une corrélation aurait été établie entre l'intention de quitter et les relations professionnelles. Ainsi, une dynamique de groupe favorable, avec des relations professionnelles positives et chaleureuses sont autant d'éléments pouvant favoriser la satisfaction au travail et auraient été démontrées comme étant des facteurs de rétention. [4,15]. La collaboration et l'esprit d'équipe à tout niveau sont alors primordiaux pour permettre la rétention du personnel. [11]

Le sentiment d'appartenance renvoie « *à la capacité de se considérer et de se sentir comme faisant partie intégrante d'un groupe* »⁶ [12]. Celui-ci ne s'étend pas uniquement à l'équipe, mais aussi à l'organisation voire même à la profession infirmière. Dans une étude de 2022, certains participants auraient indiqué que la mauvaise image de la profession infirmière

⁶ Définition de Bourdonnais et al. (2000) cité par Maillet et al. (2016)

véhiculée par les médias pourrait être un des facteurs incitant à quitter la profession. En effet, cela sous-estimerait les compétences requises et les responsabilités liées à ce métier [1].

Enfin, la coopération renvoie aux échanges spontanés entre les individus engagés dans une même activité professionnelle⁷[12]. De façon analogue, le fait de favoriser l'implication des infirmiers dans le processus décisionnel quant aux soins à administrer aux patients améliorerait ainsi le sentiment de faire partie intégrante de l'équipe multidisciplinaire et l'intention de rester [6,12].

e) Perception de l'organisation dans son ensemble

La cinquième dimension concerne la perception des infirmiers quant à l'organisation en tant que telle, avec comme composants « *l'ouverture aux innovations* », « *l'importance octroyée à la justice procédurale* » et « *la qualité du soutien organisationnel* ».

Comme tout autre secteur, le monde hospitalier peut être sujet à des changements structurels. Adopter une attitude positive face aux changements et encourager les collaborateurs à adopter ces nouvelles pratiques serait un rôle déterminant dans le maintien d'un environnement de travail sain. Jouer sur la culture de l'entreprise permettrait donc d'augmenter la satisfaction au travail et constituerait alors un facteur de rétention. [12]

Ensuite, on entend par « *justice procédurale* » que « *les décisions relatives au travail des employés soient prises en collaboration avec ceux-ci et non exclusivement par les décideurs et les administrateurs de l'organisation* »⁸. Cet aspect est très fréquemment retrouvé dans les différentes études consultées et prend généralement l'intitulé « *participation in hospital affairs* ». Ainsi, il fut démontré qu'impliquer les infirmiers dans les politiques de décisions et favoriser leur participation à la gouvernance interne de l'hôpital permettrait de réduire significativement le risque d'épuisement émotionnel, d'insatisfaction au travail et d'intention de quitter [9,12,15]. De plus, elle permettrait de renforcer le sentiment d'autonomie qui, comme nous l'avons vu plus haut, était également associé à une moindre intention de quitter [12].

⁷ Définition de Grise P ; Moreau JL (2009)

⁸ Eisenberger R, Huntington R, Hutchinson S, Sowa D. (1986)

En dernier lieu, la perception du soutien organisationnel repose sur la conviction que l'organisation reconnaît et apprécie les contributions de ses employés et qu'elle porte une attention particulière à la satisfaction et au bien-être de ses collaborateurs. [12]

V. Limites de la recherche

Au travers de ce chapitre, les concepts de turnover et d'intention de quitter ont été explorés, ainsi que les différents éléments pouvant influencer cette intention, au travers du modèle conceptuel de Gagnon et al. portant sur la perception de l'environnement de travail et du rôle médiateur de la satisfaction au travail.

Cependant, il convient de préciser que cette première partie ne représente pas l'exhaustivité des différentes composantes favorisant l'intention de quitter, au vu du nombre important de variables étudiées dans la littérature.

En outre, il est important de souligner que l'insatisfaction au travail, l'intention de quitter et la pertinence des facteurs associés peuvent varier de manière significative selon le pays étudié [15,18-19]. La présente revue de la littérature est basée au niveau international, parfois même hors européenne et ne peut refléter la réalité belge.

Ainsi donc se conclut la première partie théorique de ce mémoire.

La suite de ce travail portera sur l'explication de la méthodologie utilisée dans la réalisation et la distribution d'un questionnaire destiné aux étudiants inscrits en master en santé publique à l'UCL, l'ULB ou en MSI à Bruxelles et issus de la profession infirmière. L'objectif de cette démarche est de déterminer la proportion d'étudiants ayant l'intention de quitter la profession dans l'année suivant leur proclamation, ainsi que les raisons qui en découlent. Les méthodologies utilisées pour le traitement et l'analyse des données recueillies seront ensuite développées. Enfin, les résultats seront présentés, suivis d'une discussion incluant également les limites du travail réalisé.

Cadre empirique

I. Matériel & Méthode

1. Instrument de collecte des données

L'enquête réalisée dans le cadre de ce travail est donc quantitative. La plateforme utilisée est Qualtrics, un logiciel de plateforme d'enquête gratuit en ligne.

2. Population étudiée

Les étudiants de master en santé publique à l'UCL, ULB et en MSI à Bruxelles sont le public cible de cette étude. Les différents critères d'inclusion étaient les suivants : les répondants devaient être issus de formation infirmière et avoir au moins deux ans d'expérience dans les soins de santé.

3. Élaboration du questionnaire

Le questionnaire fut notamment élaboré sur base d'enquêtes existantes, telles que l'étude réalisée par le KCE sur les normes d'encadrement du personnel infirmier dans les hôpitaux aigus (2019) ; ou encore celle de Sasso et al. (2019). Le questionnaire a également été validé par un acteur extérieur qui occupe les fonctions d'administrateur au KCE, d'assistant à l'Université Libre de Bruxelles et de co-auteur de différents articles scientifiques publiés⁹.

Le questionnaire commence par un préambule, comprenant un texte introductif expliquant le but de la recherche, le caractère volontaire de la participation, le maintien de l'anonymat et le respect de la réglementation en vigueur sur la protection des données récoltées. Pour encourager la participation, le temps de réponse moyen fut également indiqué. Les participants ont ensuite été invités à marquer leur accord (ou leur désaccord) pour accéder (ou non) à la suite du questionnaire en cochant « *J'accepte de participer* » ou « *Je n'accepte pas de participer* ».

La première partie du questionnaire consiste en une série de questions portant sur les différentes caractéristiques sociodémographiques, telles que le genre, l'âge, le statut marital, la présence d'enfants, le niveau de formation, la faculté, l'ancienneté professionnelle et le type de service. Cette dernière question offrait la possibilité de réponses multiples afin de connaître au mieux la réalité professionnelle de chacun. Selon les réponses des participants à cette dernière question

⁹ Journal of Emergency Nursing, The World of Critical Care Nursing

(s'ils avaient coché le service des urgences, des soins intensifs, unité de soins hospitalière, service psychiatrique hospitalier, quartier opératoire ou unité médicotechnique), une question supplémentaire leur était proposée afin de connaître le type d'hôpital dans lequel ils exerçaient.

Une seconde section a regroupé les différentes questions sur l'analyse de l'environnement de travail. Cette analyse via une échelle de Likert en cinq items allant de : « *pas du tout d'accord* », « *plutôt en désaccord* », « *plutôt d'accord* », « *tout à fait d'accord* » et « *non applicable à ma fonction* » au travers de différents critères, tels que :

- La perception de l'adéquation en dotation infirmière pour effectuer le travail requis et pour fournir des soins de qualité, l'adéquation des services logistiques permettant de consacrer du temps aux patients et la perception d'avoir du temps et des opportunités suffisantes pour discuter entre collègues des problèmes de soins rencontrés ; l'adéquation de l'offre en formation continue et de l'encadrement des nouveaux engagés ainsi que les possibilités de développement de carrière ;
- L'éloge et reconnaissance du travail réalisé, les capacités de management et de leadership du supérieur hiérarchique ainsi que sa capacité d'écoute et de soutien ;
- La relation entre médecins et infirmiers, la qualité de leur relation de travail et du travail d'équipe ainsi que de la perception de la prise en compte des observations et du jugement clinique infirmier par le corps médical ;
- L'accessibilité de la direction hospitalière, son autorité et son pouvoir comparé aux autres directions et des possibilités pour les infirmiers de participer à des comités hospitaliers.

Les différentes perceptions concernant la qualité de l'environnement de travail global, la qualité et la sécurité des soins furent également évaluées grâce à une échelle de Likert à quatre items, allant de « *médiocre* », « *correct(e)* », « *bon(ne)* », « *excellent(e)* ».

Dans le cadre de ce travail, une troisième section comprend également « *la réalisation d'actes non infirmiers* » ainsi que sur « *les soins infirmiers non réalisés* ». L'objectif de cette partie était de déterminer s'il y avait une corrélation entre l'un de ces deux éléments sur l'intention de quitter la profession infirmière. Les participants ont été invités à préciser la fréquence à laquelle ils ont réalisé certaines tâches lors de leur dernière prestation de travail, avec comme options de réponse : « *jamais* », « *parfois* », « *souvent* » ou « *non applicable à ma fonction* ». Les différents items abordés ont été repris selon l'étude du KCE, c'est-à-dire : « *la distribution et la récupération des plateaux-repas, le transport de patients, le nettoyage des chambres et du*

matériel, la commande du matériel et la gestion des stocks » ainsi que « la réponse au téléphone et d'autres tâches administratives. »

Ensuite, les participants ont été invités à préciser, pour leur dernière prestation de travail, lesquels de ces différents actes n'ont pu être réalisés par manque de temps, tels que : *« la surveillance adéquate et le changement de position du patient, les soins cutanés, l'hygiène buccale, la gestion de la douleur, les traitements et procédures, l'administration des médicaments en temps opportun, le dialogue et le réconfort du patient, l'éducation de celui-ci et de sa famille, la préparation du patient à la sortie de l'hôpital, le développement de plans de soins, la planification des soins et la documentation adéquate du dossier infirmier »*. Pour chaque élément, les options de réponses étaient *« oui » (activité non réalisée), « non » (activité réalisée) et « non applicable à ma fonction »*.

Enfin, la dernière partie du questionnaire aborde trois thématiques : la satisfaction, l'intention de quitter et l'influence potentielle du coronavirus sur cette intention. Les participants ont eu l'occasion de donner leur niveau de satisfaction vis-à-vis de leur choix de carrière et de leur travail actuel. Ils ont également évalué leur satisfaction concernant différents aspects organisationnels tels que la *« flexibilité des horaires, les opportunités de carrière et de formation, l'autonomie au travail, le statut professionnel, le salaire et le jour de congé »*. Ces évaluations ont été réalisées via une échelle de Likert à quatre items, allant de *« Très satisfait(e) »* à *« Très insatisfait(e) »*.

Ensuite, l'intention de quitter a été étudiée via deux questions. La première consistait à déterminer si les participants avaient l'intention de quitter leur travail dans l'année suivant leur proclamation. Les trois options de réponses possibles étaient *« Oui », « Non »* et *« Je ne sais pas encore »* ; cette dernière option permettant l'ajout d'un éventuel commentaire.

Pour les personnes ayant répondu *« Oui »*, il leur a été demandé de préciser le type de travail recherché ainsi que l'influence du coronavirus sur leur décision. Les cinq options de réponse pour le type de travail recherché étaient : *« Soins infirmiers dans le même hôpital », « soins infirmiers dans un autre hôpital », « soins infirmiers en dehors de l'hôpital », « travailler dans un autre domaine que les soins infirmiers »* ou *« autre : »*.

Enfin, l'influence du coronavirus a été questionnée via une échelle numérique allant de 0 à 10.

Il convient de noter que toutes les questions incluant la proposition *« Autre »* ont offert un espace d'écriture aux répondants pour qu'ils puissent fournir des informations supplémentaires sur leur situation.

4. Période d'essai

Avant sa diffusion officielle, l'enquête fut testée pour soulever d'éventuelles erreurs de mise en page et pour clarifier certaines questions. Le groupe-test était composé d'une douzaine de proches partageant les caractéristiques suivantes : ils étaient âgés de 25 à 55 ans et comprenaient 5 hommes et 7 femmes. Ils travaillaient dans différents services tels que la salle d'opération, la salle de réveil, la gériatrie, l'oncologie, la pédiatrie, les soins intensifs ou les soins à domicile. En outre, ils avaient ou étaient en train de réaliser un master en santé publique ou en sciences infirmières.

5. Distribution des questionnaires

Les demandes de diffusion ainsi qu'un exemplaire du questionnaire ont été envoyés par email aux responsables des différentes facultés concernées. Après avoir obtenu l'accord des différents responsables académiques et grâce à la contribution des différents secrétariats, l'enquête fut diffusée par email via leurs répertoires facultaires. Ainsi, la période de récolte des données est de mi-octobre à fin décembre 2022, avec un rappel réalisé mi-novembre pour susciter un maximum de réponses.

6. Considérations éthiques

Aucun comité d'éthique ne fut nécessaire pour conduire cette enquête. Selon l'institut de recherche santé et société (IRSS) de l'UCL, cette recherche s'inscrit dans le cadre d'une analyse de pratique professionnelle, sans données de santé ou de données sensibles.

7. Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts ne pourrait venir altérer les résultats de ce travail.

8. Traitement des données

L'ensemble des données récoltées sur la plateforme Qualtrics ont été importées et analysées dans le programme d'analyse statistique SPSS.

a) Taux de participation estimé

Afin d'estimer le taux de participation parmi le public cible interrogé, il a été demandé lors de la prise de contact avec chaque faculté leur nombre total d'inscrit pour l'année académique 2022-2023 ainsi que la proportion d'entre eux issus de la profession infirmière.

Ainsi, pour le cas de l'UCL, il fut possible d'estimer la proportion d'étudiants infirmiers inscrits durant l'année académique 2022-2023 par extrapolation grâce aux données académiques des années précédentes.

Pour ce qui est de l'ULB, le secrétariat ne fut en mesure de nous obtenir que le nombre total d'inscrit en master en santé publique. Le même principe d'extrapolation fut alors utilisé tel que précédemment, en supposant que la moyenne d'étudiants infirmiers inscrits serait similaire à celle de l'UCL.

Enfin, comme le MSI n'est accessible qu'aux étudiants ayant un parcours professionnel en soins infirmiers, le taux de participation a été calculé directement selon le nombre de répondants et le nombre d'inscrits.

b) Data management de la variable dépendante

La méthode statistique utilisée dans le cadre de ce travail fut la régression logistique multinomiale. En effet, cette dernière permet d'analyser des variables dépendantes nominales de plus de deux catégories, correspondant alors parfaitement à notre question de recherche.

Pour rappel, lors de ce questionnaire, les participants avaient trois options de réponses possibles à la question sur l'intention de quitter : « *Oui* », « *Non* », ou « *Je ne sais pas* ». Pour les personnes ayant répondu « *Oui* », une seconde question leur a été posée pour déterminer le type de travail recherché, offrant cinq options de réponses : « *SI¹⁰ dans le même hôpital* », « *SI dans un autre hôpital* », « *SI en dehors de l'hôpital* », « *Travailler dans un autre domaine que celui des soins infirmiers* » ou « *Autre* ».

Différents constats s'imposent alors : d'abord, analyser uniquement la première question aurait biaisé l'interprétation des résultats, car elle ne permettait pas de faire la distinction entre les personnes souhaitant quitter leur emploi actuel et celles souhaitant quitter la profession. De même, analyser uniquement la deuxième question aurait considérablement réduit la taille de l'échantillon, en ne prenant en compte que les personnes ayant répondu « *Oui* » (n=79).

Dès lors, la fusion de ces deux questions était nécessaire pour créer une nouvelle variable dépendante. Les cinq options de réponses concernant la destination potentielle du futur emploi ont été donc re-catégorisées en deux classifications distinctes, conformément aux travaux de

¹⁰ SI : soins infirmiers

Mazurenko et al. (2015). Les trois premières options furent regroupées en « *Turnover organisationnel* » ; et la quatrième option fut renommée en « *Turnover professionnel* ».

Afin de ne pas perdre les données statistiques des participants ayant répondu « *Autre* » (n=10), ces derniers ont été répartis entre les deux catégories précitées, en se basant principalement sur les commentaires laissés par les répondants et afin de prendre une décision aussi objective que possible. Ainsi, sur les dix répondants, un seul fut re-catégorisé en « *Turnover organisationnel* », ayant confirmé son souhait de continuer les soins infirmiers dans une maison de repos. Les neuf autres furent inclus dans la catégorie du « *Turnover professionnel* ». En effet, quatre d'entre eux ont précisé leur souhait de quitter pour une fonction de cadre supérieur, dans le département des soins infirmiers ou en tant qu'enseignant. Un autre souhaiterait se reconverter soit en « *officier de pompier, officier de police ou en gestion de crise* ». Ensuite, les commentaires « *Indépendant* », « *ONG* », et « *Prévention* » ont été inclus dans la catégorie du « *turnover professionnel* », en partant de l'hypothèse que les masterants réalisaient ces études supplémentaires afin d'accéder à des postes à plus haute responsabilité. Enfin, le dernier commentaire suggérait deux options possibles : « *Soit rester dans le domaine, mais changer de fonction, soit changer complètement de domaine* ». Cependant, cette information seule n'était pas suffisante pour prendre une décision de recatégorisation. Heureusement, le répondant avait fourni un commentaire final au questionnaire, décrivant le métier d'infirmier comme étant « *passionnant, mais éprouvant* », et soulignant l'impact négatif de la pression et des horaires irréguliers sur la viabilité du travail à long terme. Ce commentaire a été pris en compte pour mieux comprendre les raisons sous-jacentes à la réponse initiale du participant et c'est pourquoi il fut inclus dans la catégorie « *Turnover professionnel* ». Bien sûr, il est important de noter que cette redistribution peut avoir impliqué une certaine subjectivité ou interprétation. Il convient de prendre en compte l'éventualité d'une répartition divergente si celle-ci fut réalisée par une autre personne avec un point de vue différent.

En résumé, notre variable dépendante pour la suite des analyses est donc « *l'intention de quitter* » selon quatre possibilités de réponses : « *Non* », « *Turnover organisationnel* », « *Turnover professionnel* » et « *Je ne sais pas* ». Enfin, la catégorie de référence de la variable dépendante est « *Non* », afin de faciliter l'interprétation des résultats.

c) Data management des variables indépendantes

Afin de faciliter l'analyse et l'interprétation des résultats, les variables quantitatives (telles que l'âge et l'ancienneté professionnelle) ont été transformées en variable bicatégorielle en fonction de leur médiane respective.

Aussi, au vu du nombre important de catégories de réponses et de la faible représentativité de certaines d'entre elles, des regroupements ont également été réalisés sur plusieurs variables indépendantes. Cette démarche a pour objectif de renforcer autant que possible la validité des résultats en augmentant la taille de l'échantillon par catégorie étudiée.

Ainsi, la variable sur le *statut marital* a également été scindée en deux catégories : la première incluant les personnes « *célibataires* », « *divorcées* » et « *veuves* » et la seconde comprenant les personnes « *en couple* », « *mariées* » et « *autres* ». Les « *autres* » (n=2) ont été regroupés ainsi suite à la lecture de leurs commentaires.

La variable « *niveau de formation* » a été scindée en deux catégories distinctes : les personnes ayant un niveau de formation de « *brevet* » ou « *bachelier* » et les personnes ayant une certification supplémentaire telle que les « *infirmiers spécialisés* », « *Master* » et « *Autre* ».

Toujours dans ces mêmes buts, le « *type de service* » a également été divisé en deux catégories : d'un côté les « *soins intensifs, les urgences, la salle d'opération et l'unité medicotechnique* » et de l'autre, tous les autres services. Cette décision a été prise en raison de leurs liens avec les soins d'urgence ou à haute intensité, ainsi que de leurs caractéristiques d'environnement de travail relativement similaires. Les personnes ayant répondu « *Autre* » à cette question ont également été re-catégorisées selon les commentaires en vue de la régression logistique multinomiale. À titre d'exemple, les personnes ayant répondu travailler en unité de « *soins intensifs néonataux* », « *bloc d'accouchement* » ont été reclassées dans la première catégorie, alors que les personnes ayant précisé « *oncohématologie* », « *maison médicale* », « *pédiatrie générale* » ont été regroupées dans la catégorie « *tous les autres services* ».

Pour ce qui est du « *type d'hôpital* », 11 répondants ont choisi la catégorie « *Autre* », dont deux n'ont laissé aucun commentaire et cinq annonçaient travailler soit en centre hospitalier, en hôpital ou en maison de soins psychiatriques. Au vu de la particularité de ces établissements de soins, la décision fut prise de rassembler ces sept répondants ensemble, intitulée alors « *Autre/centres et hôpitaux psychiatriques* ». Les cinq autres répondants ayant laissé pour commentaire « *clinique, Chirec, hôpital privé et Bordet* » furent inclus dans la catégorie des « *hôpitaux généraux* ».

Les échelles de Likert à quatre items furent simplifiées en deux : « *Tout à fait d'accord et plutôt d'accord* » d'un côté, et « *plutôt pas d'accord et pas du tout d'accord* » de l'autre ; ou encore « *Excellent et bon* » VS « *Correct et médiocre* ». Les « *non applicables à ma fonction* » n'ont pas été pris en compte durant l'analyse.

La question sur « *les actes non infirmiers réalisés* » fut également recodée : les options « *Jamais* » et « *Non applicable à ma fonction* » ont été regroupées ensemble et prirent la note « 0 ». La note de « 1 » fut attribuée à l'option « *Parfois* » et celle de « 2 » pour l'option « *Souvent* ». Ensuite, une nouvelle variable a été créée en additionnant les réponses des participants à ces différentes questions. La moyenne fut ensuite calculée et la variable fut recodée en deux groupes selon cette moyenne.

Cette même méthodologie fut utilisée pour la question sur les « *tâches infirmières non-réalisées* », en distinguant les activités cliniques, des activités de planification et de communication.

d) Statistiques descriptives

Les caractéristiques sociodémographiques des participants à l'étude ont été présentées dans trois tableaux récapitulatifs, afin de mieux comprendre la composition de l'échantillon.

Les variables catégorielles ont été décrites en utilisant le nombre d'effectifs et la fréquence relative de chaque catégorie, afin d'obtenir une vue d'ensemble sur la distribution des réponses.

Pour les variables quantitatives, la médiane et les percentiles (P25 et P75) ont été utilisés pour décrire ces variables.

Après la présentation de ces tableaux, chaque variable fut commentée pour en faciliter la compréhension et mettre en évidence les caractéristiques les plus marquantes de l'échantillon.

Afin d'assurer une présentation claire et concise des résultats, les échelles de Likert à quatre items ont été regroupées en deux catégories distinctes, à l'exception des réponses « *Non applicable à ma fonction* » qui ont été exclues de l'analyse. De plus, pour éviter de surcharger le lecteur avec de multiples données et au vu du nombre d'items traités, seuls les résultats obtenant un taux de réponse supérieur à 60 % pour l'évaluation de l'environnement de travail seront mis en avant.

L'ensemble des résultats ainsi que les détails des répartitions pour chaque catégorie sont disponibles en annexe II.1.

e) Régressions logistiques multinomiales

Régressions multinomiales univariées

Une régression multinomiale univariée fut conduite pour chaque variable indépendante afin de déterminer leur significativité avec la variable dépendante. Pour chaque variable, un tableau récapitulatif, disponible en annexe III, présente le nombre d'effectifs, la p-valeur, l'odds ratio et l'intervalle de confiance à 90 % pour le turnover organisationnel, le turnover professionnel et les « *Je ne sais pas* ».

Le seuil de significativité a été descendu à 90 % en vue de l'exploration préliminaire des données afin d'inclure davantage de variables et pour diminuer le risque de rejeter à tort des variables potentiellement importantes. Dès lors, toutes les variables indépendantes significatives au seuil de 0.10 ont ensuite été sélectionnées pour la création du modèle de régression multivarié.

Régression multinomiale multivariée

Le modèle retenu pour l'analyse statistique est le modèle « *étape par étape* », utilisant la méthode d'entrée ascendante pour l'inclusion progressive des variables explicatives ainsi qu'une analyse des effets principaux des différents facteurs sur la variable dépendante.

Le tableau récapitulatif des résultats sera présenté dans le corps du texte, avec la p-valeur, l'odds ratio et l'intervalle de confiance à 95 % correspondant. Le choix d'augmenter l'intervalle de confiance de 90 à 95 % se justifie par le souhait d'augmenter la précision de l'estimation statistique.

A contrario, les autres sorties statistiques d'SPSS, telles que le récapitulatif des pas, les informations sur l'ajustement du modèle, la qualité d'ajustement ou les tests du rapport de vraisemblance n'ont ne seront pas présentés dans le corps du texte, mais sont également disponible en annexe IV. Ce choix s'est basé sur le postulat que la plupart des articles consultés ne présentaient pas ce genre de données.

II. Résultats

1. Taux de participation estimé

a) Université Catholique de Louvain — site Woluwe (UCL)

Dans le cas de l'UCL, il fut possible d'estimer la proportion d'étudiants infirmiers inscrits durant l'année académique 2022-2023 par extrapolation grâce aux données académiques suivantes (cf. tableau 2) :

Tableau 2 : Répartition des étudiants de la faculté de santé publique sur les cinq dernières années

UCL	Nouveaux étudiants	Nouveaux étudiants infirmiers	Proportion d'étudiants infirmiers parmi les nouveaux étudiants	Nombre total d'étudiants inscrits
18/19	215	179	83.3 %	549
19/20	206	125	60.7 %	573
20/21	237	159	67.0 %	595
21/22	221	157	71.0 %	617
22/23	190	128	67.4 %	601

En faisant la moyenne de la proportion de nouveaux étudiants infirmiers parmi les nouveaux étudiants sur ces cinq dernières années, la proportion d'infirmiers par année serait de 69.8 %. Ainsi, sur 601 inscrits à l'année académique 2022-2023, près de 419 étudiants seraient de profession infirmière. Étant donné que le nombre de répondants issus de la faculté de l'UCL est de 108, le taux de participation de cette faculté pourrait alors s'estimer à 25.8 %.

b) Université Libre de Bruxelles — site Érasme (ULB)

Pour ce qui est de l'ULB, le secrétariat ne fut en mesure de nous obtenir que le nombre total d'inscrit en master en santé publique ; qui est de 813 étudiants. En reprenant le même principe d'extrapolation utilisée ci-dessus, on peut supposer que la moyenne d'étudiants infirmiers inscrits serait équivalente à celle de l'UCL. Ainsi, ce serait près de 568 étudiants infirmiers y seraient inscrits pour cette année académique 2022-2023. L'échantillon issu de cette faculté ne recense que 18 répondants. Le taux de participation peut alors être estimé à 3.2 %.

c) Master en Sciences infirmières — co-diplomation avec l'ULB, les hautes écoles Ilya Prigogine, Francisco Ferrer, Leonard de Vinci et Galilée.

Enfin, le master en sciences infirmières compte 58 étudiants dont 17 d'entre eux ont participé à l'étude. Le taux de participation dans cette faculté est donc de 29.3 %

2. Statistiques descriptives.

a) Caractéristiques sociodémographiques

Au total, 148 réponses ont été récoltées. Cinq réponses représentaient un refus de participation à l'étude et furent donc exclues de notre analyse. Ainsi, notre échantillon (N) se compose de 143 observations. Les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon étudié sont présentées dans le tableau 3 ci-dessous.

Tableau 3 : Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

<i>Participants</i>	<i>N = 143</i>	<i>100 %</i>
Genre	n	%
<i>Hommes</i>	111	77.6
<i>Femmes</i>	32	22.4
Age	Médiane (P25, P75)	
	30 (28,36)	
Ancienneté	Médiane (P25, P75)	
	6 (3,10)	
Statut marital	n	%
<i>Célibataire</i>	48	33.6
<i>En couple</i>	66	38.5
<i>Marié(e)</i>	33	23.1
<i>Divorcé(e)</i>	4	2.8
<i>Veuf.ve</i>	1	0.7
<i>Autre</i>	2	1.4
Enfants	n	%
<i>Oui</i>	63	44.1
<i>Non</i>	80	55.9
Niveau de formation	n	%
<i>Brevet</i>	3	2.1
<i>Bachelier</i>	59	41.3
<i>Bachelier & spécialisation</i>	68	47.6
<i>Master</i>	8	5.6
<i>Autre</i>	5	3.5

<i>Université</i>	n	%
<i>UCL</i>	108	75.5
<i>ULB</i>	18	12.6
<i>MSI</i>	17	11.9

L'échantillon analysé dans cette étude est majoritairement féminin, avec une proportion de femmes s'élevant à près de 78 % (77,6 %).

Les variables « *âge* » et « *ancienneté professionnelle* » sont décrites par leurs médianes, P25 et P75. Ainsi, l'âge médian de notre échantillon est de 30 ans (28 ; 36) et l'ancienneté professionnelle de 6 ans (3 ; 10). Comme dit précédemment, les tests réalisés ont permis de démontrer la non-normalité de ces variables. Les résultats de ces analyses sont disponibles en Annexe II.2.

Les personnes célibataires (33.6 %) et en couple (38.5 %) sont les catégories les plus représentées dans cet échantillon concernant le statut marital. Aussi, plus de la moitié des répondants n'auraient pas encore d'enfants (55.9 %).

La majorité des personnes interrogées ont un niveau de bachelier (41.3 %) ou bachelier avec une spécialisation (47.6 %).

Comme dit précédemment, la faculté de l'UCL est majoritairement représentée dans cet échantillon et représente 75.5 % des répondants à cette étude.

Le tableau 4 présente la répartition des participants de l'échantillon selon les différents services de soins. Les résultats indiquent qu'une proportion importante de l'échantillon travaille dans une unité de soins hospitalière (26,6 %), tandis que 14,6 % des participants ont déclaré travailler dans d'« *autres types de services* ». Pour rappel, les répondants ayant choisi cette option de réponse auront été re-catégorisés en vue de la régression multinomiale, selon les commentaires laissés.

Au total, 168 réponses furent récoltées pour la question concernant le type de service. Ceci peut s'expliquer par la possibilité de choix multiples laissés aux répondants. Par souci de clarté, ces personnes ont alors été comptabilisées dans une nouvelle catégorie. Ainsi, plus de 20 participants ont déclaré travailler dans deux à trois services différents.

Tableau 4 : Répartition des effectifs selon le type de service

<i>Services</i>	<i>n = 143</i>	<i>%</i>
<i>Urgences</i>	8	5.6 %
<i>Soins intensifs</i>	15	10.5 %
<i>Unités de soins hospitaliers</i>	38	26.6 %
<i>Service Psychiatrique Hospitalier</i>	10	7 %
<i>Centres spécialisés et centres de rééducation</i>	4	2.8 %
<i>Soins à domicile</i>	5	3.5 %
<i>Maison de repos et de soins</i>	6	4.2 %
<i>Première ligne, service ambulatoire</i>	1	0.7 %
<i>Cabinet privé</i>	1	0.7 %
<i>Quartier opératoire</i>	9	6.3 %
<i>Unité médico-technique</i>	5	3.5 %
<i>Autres</i>	21	14.7 %
<i>Services cumulés</i>	20	13.9 %

Enfin, le tableau 5 présente la répartition des effectifs selon les différents milieux hospitaliers. Le tableau final indique que sur les 103 participants travaillant en milieu hospitalier, 38.8 % ont indiqué travailler dans un hôpital général.

Tableau 5 : Répartition des effectifs selon le type d'hôpital

Hôpital	n = 103	100 %
Académique	22	21.4 %
CHU	30	29.1 %
Général	40	38.8 %
Autre	11	10.7 %

b) Satisfaction, intention de quitter et influence du coronavirus

En additionnant le nombre de personnes ayant répondu « *Très satisfaits* » et « *Satisfaits* », les résultats indiquent une satisfaction générale de la part des répondants, que ce soit en ce qui concerne leur choix de carrière (69,2 %) ou leur travail actuel (57,9 %).

Les principales sources d'insatisfaction seraient le salaire (67.8 %) et les jours de congé (55.95 %). A contrario, les opportunités de formation et l'autonomie au travail représenteraient les plus grandes sources de satisfaction avec respectivement 60.8 % et 82.5 %.

Le tableau 6 illustre la répartition des effectifs sur l'intention de quitter son emploi ou sa profession dans l'année suivant la proclamation. Ainsi, 79 personnes ont répondu « *Oui* », 32 « *non* » et 32 seraient indécis.

Tableau 6 : Répartition des effectifs sur l'intention de quitter

Intention de quitter	n	%
Oui	79	55.2
<i>Turnover organisationnel</i>	(22)	(15.4)
<i>Turnover professionnel</i>	(57)	(39.8)
Non	32	22.4
Je ne sais pas	32	22.4
<i>Total</i>	143	100

Plus de la moitié de l'échantillon total (55.2 %) a déclaré avoir l'intention de quitter leur emploi dans l'année suivant leur proclamation. En outre, les personnes souhaitant quitter la profession représenteraient plus d'un tiers (39.8 %) de l'échantillon total.

Pour rappel, les personnes ayant répondu « *Oui* » à l'intention de quitter ont ensuite été interrogées sur l'influence potentielle du coronavirus sur cette décision. La moyenne des réponses récoltées est de 4.61/10 (SD : 3.45).

c) Qualité, sécurité des soins et environnement de travail

Plus de la moitié des répondants auraient une perception plutôt négative quant à la qualité et la sécurité des soins. Pour la première qualité des soins, 51.8 % ont répondu « *correcte et médiocre* » tandis que la sécurité des soins affiche un score de 61,5 %.

L'évaluation globale de l'environnement de travail serait perçue relativement négativement, avec un score de 49.7 % pour l'option de réponse « *correcte* » et 23.8 % pour l'option « *médiocre* ».

Les principales observations quant à l'analyse de l'environnement de travail sont les suivantes : La majorité des répondants (83.2 %) considèrent avoir de bonnes relations de travail avec les médecins et du travail en équipe (60.8 %). En outre, 72.03 % sont d'avis que les médecins prennent en compte les observations et le jugement clinique des infirmiers. 65.0 % seraient « *Plutôt d'accord & tout à fait d'accord* » sur le fait d'avoir des services logistiques adéquats permettant de consacrer du temps à leur patient. Enfin, 66.4 % seraient « *plutôt d'accord & tout à fait d'accord* » quant à l'existence de proposition de programme de formation continue.

Cependant, la dotation en infirmière serait insuffisante, tant pour effectuer le travail requis que pour fournir des soins de qualité pour respectivement 86.0 % et 88.1 % des interrogés. Pour près de deux tiers (64.3 %), il n'y aurait pas de temps ou d'opportunités suffisantes pour discuter avec les collègues des problèmes de soins rencontrés avec les patients. En outre, près de sept personnes sur dix (69.9 %) considèrent ne pas avoir une reconnaissance pour leur travail. Enfin, la direction de l'hôpital ne répondrait pas aux interrogations de ses employés pour 70.6 %.

En ce qui concerne la réalisation de tâches non infirmières, il semblerait que « *les tâches administratives et répondre au téléphone* » serait une tâche « *souvent réalisée* » pour 83.9 % des répondants ; suivi de « *la commande de matériel et de la gestion des stocks* » (46.2 %).

À l'inverse, les activités infirmières non réalisées seraient principalement « *le développement ou mises à jour des plans de soins/itinéraires de soins* » (62.9 %) et « *l'éducation du patient et de sa famille* » (53.2 %).

3. Régressions multinomiales univariées et multivariées

La régression univariée a permis de démontrer plusieurs variables non significatives au seuil de 0.10 telles que : « *la présence ou non d'enfant, le niveau de formation, le type d'hôpital, la relation et le travail en équipe médecin-infirmier, l'observation et le jugement infirmiers pris en compte, l'encadrement des nouveaux engagés, l'éloge et la reconnaissance du travail réalisé, la perception que la direction hospitalière écoute et répond aux besoins de ses employés, l'autorité et les pouvoirs de la direction hospitalière identiques aux autres directions et enfin, le salaire* ».

Un tableau récapitulatif des résultats des analyses univariées pour chaque variable indépendante est disponible en annexe III, reprenant le nombre d'effectifs (n) présents dans chaque catégorie, la catégorie de référence (Ref), la p-valeur associée, l'odds ratio (OR) correspondant ainsi que l'intervalle de confiance (IC 90 %).

Seules les variables significatives au seuil de 0.10 dans l'une des trois catégories de la variable dépendante (« turnover organisationnel », « turnover professionnel » et « je ne sais pas ») ont été sélectionnées pour la création du modèle de régression multivarié, c'est-à-dire : *le genre, l'âge, le statut marital, la faculté, l'ancienneté professionnelle, le type de service, des services logistiques adéquats, la dotation infirmière suffisante pour réaliser le travail requis, du temps et des opportunités d'échange entre collègues, l'adéquation de l'offre en formation continue, les capacités de management et leadership du supérieur hiérarchique ainsi que sa capacité d'écoute et de soutien, l'accessibilité du directeur des soins infirmiers, la possibilité de participation aux comités hospitaliers, évaluation globale de la qualité de l'environnement de travail, de la qualité des soins et de la sécurité des soins, les actes infirmiers-non réalisés ainsi que les actes non infirmiers réalisés, la satisfaction relative aux choix de carrière et de l'emploi actuel, la flexibilité des horaires de travail, les opportunités de carrière, l'autonomie au travail, le statut professionnel, les opportunités de formation et les jours de congé.*

Pour rappel, le modèle utilisé est le modèle « *étape par étape* », utilisant la méthode d'entrée ascendante pour l'inclusion progressive des variables explicatives ainsi qu'une analyse des effets principaux des différents facteurs sur la variable dépendante.

Par cette méthode, sept variables ont ainsi pu être retenues dans le modèle multivarié, à savoir : *la satisfaction de l'emploi actuel, la satisfaction de l'emploi actuel, les opportunités de carrière, la faculté, le management et le leadership du supérieur hiérarchique, l'âge et le type de service.*

Le détail des résultats est disponible dans le tableau 7 ci-dessous.

Tableau 7 : Estimation des paramètres du modèle de régression logistique multivariée

Variables	Non	Turnover organisationnel				Turnover professionnel				Je ne sais pas				Total
	n =32	n = 22				n = 57				n = 32				N = 143
	n ¹¹	n	p ¹²	OR ¹³	IC 95 % ¹⁴	n	p	OR	IC 95 %	n	p	OR	IC 95 %	N
Congés														
I. ¹⁵ et T.I. ¹⁶	5	15	< 0.001	36.01	5.43-238.84	39	< 0.001	12.82	3.07-53.49	21	< 0.001	15.02	3.53-63.85	80
S. ¹⁷ et T.S. ¹⁸	27	7	/	REF ¹⁹	/	18	/	REF	/	11	/	REF	/	63
Satisfaction emploi actuel														
I. et T.I.	2	16	< 0.001	110.40	11.13-1094.91	31	< 0.001	33.54	4.45-252.67	10	0.016	13.00	1.62-104.19	59

¹¹ n : nombre de personnes

¹² p : p-valeur

¹³ OR : Odd Ratio

¹⁴ IC 95 % : Intervalle de confiance à 95 %

¹⁵ I. : Insatisfait

¹⁶ T.I. : Très insatisfait

¹⁷ S. : Satisfait

¹⁸ T.S. : Très satisfait

¹⁹ REF : Catégorie de référence

S. et T.S.	30	5	/	REF	/	24	/	REF	/	22	/	REF	/	81
Opportunités de carrière														
I. et T.I.	4	13	0.059	6.60	0.93-46.64	37	0.003	12.13	2.33-63.13	11	0.161	3.40	0.62-18.83	65
S. et T.S.	28	9	/	REF	/	20	/	REF	/	21	/	REF	/	78
Management et leadership du supérieur hiérarchique														
N.A.²⁰	0	2	< 0.001	> 2x10 ⁹ ²¹	215 x 10 ⁶ – 40 x 10 ⁹ ²²	2	< 0.001	712 x 10 ⁶ ²³	56x10 ⁶ – 8x 10 ⁹ ²⁴	2	.	2x10 ⁹ ²⁵	2x10 ⁹ – 2x10 ⁹ ²⁶	6
I. et T.I.	7	11	0.078	5.07	0.84 -30.75	24	0.044	4.38	1.04-18.50	18	0.003	8.49	2.03-35.52	60
S. et T.S.	25	9	/	REF	/	31	/	REF	/	12	/	REF	/	77

²⁰ Non applicable (à ma fonction)

²¹ OR : 2 940 991 655.10

²² IC 95% : 215 248 747.29 – 40 183 425 102.39

²³ OR : 712 511 562.51

²⁴ IC 95% : 56 695 430.30 – 8 954 385 282.78

²⁵ OR : 2 566 105 893.9

²⁶ IC 95% : 2 566 105 893.91 -2 566 105 893.91

Faculté														
UCL	22	13	0.901	0.87	0.07-9.86	48	0.016	37.77	1.98-722.09	25	0.279	3.47	0.37-33.09	108
ULB	6	1	0.107	0.05	0.01-1.93	8	0.155	10.41	0.41-261.89	3	0.877	0.81	0.05-12.16	18
MSI	4	8	/	REF	/	1	/	REF	/	4	/	REF	/	17
Type de services														
USI. URG. QOP. MT ²⁷	13	2	0.010	0.06	0.01-0.51	19	0.109	0.316	0.08-1.29	11	0.284	0.47	0.12-1.87	45
Tous les autres services	19	20	/	REF	/	38	/	REF	/	26	/	REF	/	103
Age														
[23 ; 30]	15	16	0.042	6.54	1.07-39.96	26	0.728	0.79	0.21-2.96	15	0.988	0.99	0.26-3.72	72
[31 ; 55]	17	6	/	REF	/	31	/	REF	/	17	/	REF	/	71

²⁷ Unités de soins intensifs, urgences, quartier opératoire et service médicotechnique.

Dans le modèle multivarié, il a été observé une corrélation significative entre l'insatisfaction relative aux jours de congé dans les trois catégories étudiées, à savoir : le turnover organisationnel, le turnover professionnel, ainsi que chez les indécis. Ainsi, les jours de congé seraient davantage un critère d'intention de quitter l'organisation (OR : 36.00, IC 95 % : 5,43-238.84) plutôt que la profession en tant que telle (OR : 12.82, IC 95 % : 3.07-53.49).

L'insatisfaction relative à l'emploi actuel semble suivre la même tendance que la variable prédictive précédente ; avec une significativité légèrement moindre dans la catégorie des indécis (p : 0.016). Les personnes insatisfaites quant à leur travail actuel seraient plus à même de quitter l'organisation (OR : 110.40, IC 95 % 11.13-1094.91) suivie de ceux souhaitant quitter la profession (OR : 33.54, IC 95 % : 4.45-252.67).

Aussi, le manque d'opportunités de carrière serait un facteur incitant à l'intention de quitter la profession infirmière (OR 12.13, IC 95 % 2.33-63.13).

En ce qui concerne la variable sur le management et le leadership du supérieur hiérarchique, elle serait significative à l'intention de quitter la profession (OR : 4,38, IC 95 % : 1.04-18.50) ainsi que chez les indécis (OR : 8.49, IC95 % : 2.03-35.52). Les résultats relatifs à la catégorie des « *Non applicables à ma fonction* » seront discutés plus en profondeur dans le chapitre « *limites de la recherche* ».

Les étudiants inscrits en master de santé publique à l'UCL seraient, selon les données récoltées, plus enclins à quitter la profession infirmière (OR : 37.77, IC 95 % : 1.98-722.09) que les étudiants issus du master en sciences infirmières. Aucune corrélation ne serait établie entre la faculté de l'ULB et l'intention de quitter.

Les personnes travaillant aux soins intensifs, aux urgences, en salle d'opération ou en unité médico-techniques seraient moins enclins à quitter leur *organisation* (OR : 0.06, IC 95 % : 0.01-0.51) comparé aux autres services étudiés.

Enfin, les infirmiers plus jeunes seraient plus à même de quitter *l'organisation* (OR : 6.54, IC 95 % : 1.07-39.96). L'âge n'aurait cependant aucune corrélation sur l'intention de quitter la profession chez les indécis.

III. Discussion

Avant d'expliquer les résultats obtenus lors de l'analyse de régression logistique multinomiale, il convient de souligner que ce travail comporte plusieurs limites qui doivent être considérées pour l'interprétation des résultats. Celles-ci seront développées davantage à la fin de ce chapitre afin de nuancer les propos développés ci-dessous.

Dans notre modèle multivarié, cinq des composants étudiés auraient une corrélation positive avec l'intention de quitter la *profession* : celle concernant **la satisfaction de l'emploi actuel, les congés, les opportunités de carrière, le management & leadership du supérieur hiérarchique et la faculté**. Alors que le **type de service et l'âge** se sont révélés significatifs pour l'intention de *turnover organisationnel*.

Cependant, il convient de noter que la plupart des résultats obtenus ne peuvent nous donner qu'une idée relative de l'importance des variables indépendantes sur l'intention de quitter. En effet, plusieurs rapports de cotes sont largement supérieurs aux résultats des études antérieures et les intervalles de confiance comportent des amplitudes très larges, supposant une faible précision des données. Ceci pouvant s'expliquer par la taille relativement faible de l'échantillon étudié et de la faible représentativité de plusieurs sous-catégories.

Dans le cadre de ce mémoire, il a été observé que 39.8 % des infirmiers ayant participé ont exprimé l'intention de quitter la profession. Ce chiffre est très largement supérieur aux études réalisées par le KCE en 2019 et 2022, annonçant respectivement 10 % et 26.5 %. Cette différence peut s'expliquer par le fait que la population cible de ce mémoire consiste déjà en une population spécifique, ancrée dans une démarche de changement à travers l'obtention d'un master.

Pour ce qui est de la variable de genre, la grande majorité des participants à notre étude sont des femmes, représentant 77,6 % de l'échantillon. Cette proportion est en ligne avec les données présentées dans le rapport de l'ICN (2021) indiquant que les femmes constitueraient environ 79 % de la population infirmière [1]. Dans le modèle univarié, la variable de genre présentait une relation significative pour le turnover professionnel et chez les indécis : le fait d'être un homme représenterait ainsi un facteur protecteur à l'intention de quitter. Ces résultats vont à l'encontre de ceux de plusieurs études étant arrivées à la conclusion selon laquelle les hommes seraient plus enclins à quitter la profession d'infirmiers [2,9,15,18]. Cette différence entre les observations réalisées dans le cadre de ce travail et les études antérieures peut s'expliquer par

la faible représentativité de la gent masculine dans notre échantillon. En outre, cette variable ne fut pas retenue dans le modèle multivarié final.

Le fait d'avoir des enfants n'aurait aucune corrélation avec l'intention de quitter. Ce résultat va à l'encontre de l'étude menée par Mazurenko et al. (2015) aux Etats-Unis, ayant démontré que les personnes mariées avec des enfants seraient plus enclins à quitter tant au niveau organisationnel que professionnel. [11]

Aucune corrélation significative ne fut démontrée entre la variable dépendante, le niveau de formation ou la qualité des soins perçue, suivant alors les mêmes résultats obtenus par Heinen et al. (2013) [15].

De même, le présent travail n'a pas pu démontrer de corrélation significative entre la réalisation d'actes non infirmiers ou la non-réalisation d'actes infirmiers sur l'intention de quitter dans le modèle multivarié final.

D'autres variables, pourtant établies comme significatives à travers la littérature, n'ont pas pu être démontrées comme telles. C'est le cas, entre autres, de la relation médecin-infirmière ou de la participation aux affaires hospitalières [15].

1. Facteurs influençant l'intention de quitter la profession

a) La satisfaction au travail

La satisfaction de l'emploi actuel, ou plutôt « l'insatisfaction au travail » concerne 42.1 % de notre échantillon, contre seulement 27 % dans l'étude du KCE en 2019 [6]. Cette différence s'inscrit dans la même logique de cette particularité de la population cible étudiée. Il est donc possible, voir cohérent que leur insatisfaction et leur intention de quitter soient plus élevées que celles des autres professionnels de santé. Lors de l'analyse du modèle multivarié, les personnes insatisfaites de leur emploi seraient comparativement plus à même de quitter l'organisation que la profession infirmière. En outre, la satisfaction de l'emploi semble également jouer un rôle prépondérant chez les indécis.

b) Les congés

Ensuite, en ce qui concerne les congés, le taux d'insatisfaction obtenu dans cette recherche est sensiblement similaire à celui obtenu par le KCE en 2022 (56 % vs 56.4 %). Pourtant, la perception des jours de congés ne semble pas faire l'objet d'étude de la plupart des articles consultés. En effet, la plupart des auteurs semblent se pencher davantage sur la thématique des horaires de travail. Dans une étude de cas réalisée en Suède, l'un des trois thèmes principaux

ressortant de leur analyse sur l'intention de quitter la profession infirmière était « *le fait de ne pas être propriétaire de son temps libre* », une dimension qui pourrait dès lors se relier aux résultats obtenus ici. En effet, cette dimension faisait notamment mention des difficultés rencontrées à l'adaptation des horaires de travail et de la vie personnelle et d'être rappelé à venir travailler en raison de manque de personnel. [20]

c) Les opportunités de carrières

Les opportunités d'avancement de carrière ont été identifiées comme un facteur important dans l'intention de quitter la profession dans de nombreuses études [1,11,19]. Nos résultats confirment cette tendance et sont cohérents avec les travaux de Flinkman et al. (2013), cités par Roth (2022), qui ont mis en évidence l'impact de l'absence de perspectives de développement de carrière et de la peur de rester « bloqué » sur l'intention de quitter [1].

Face à ce constat, les responsables des stratégies de rétention du personnel soignant devraient envisager la mise en place de nouveaux programmes de développement de carrière pour répondre à ces besoins [11,19].

d) Management et leadership du supérieur hiérarchique

Dans le cadre de ce travail, l'insatisfaction relative au management et au leadership du supérieur hiérarchique aurait une corrélation négative avec l'intention de quitter la profession, mais également parmi les indécis. Ce résultat est dans la lignée des autres travaux précédemment réalisés et permet de souligner l'importance particulière des responsables hiérarchiques dans l'intention de quitter. [15].

e) Faculté

Par ailleurs, la faculté fut une des variables retenues dans le modèle final. Selon ce modèle, les étudiants inscrits à l'UCL seraient plus à même de quitter la profession infirmière que les étudiants inscrits en MSI. Cependant, la catégorie de référence (MSI) possède un nombre d'effectifs réduits dans toutes les catégories. Encore une fois, la faible représentativité de l'échantillon ne permet pas de garantir la validité des résultats obtenus ici.

2. Facteurs favorisant l'intention de quitter l'organisation

Comme énoncé plus haut, les variables de l'âge et du type de service ont été incluses dans le modèle multivarié et se sont avérées avoir une corrélation significative avec l'intention de turnover *organisationnel*.

a) L'influence de l'âge

Selon les résultats obtenus, les personnes les plus jeunes (23-30 ans) seraient plus susceptibles de changer d'emploi. Cependant, le nombre d'effectifs présent dans la catégorie opposée était également faible ($n < 10$). De plus, ce résultat contredirait celui d'une étude européenne auprès de 23.159 infirmiers, démontrant que ce seraient les infirmiers plus âgés qui seraient plus susceptibles de quitter la profession [11,18,15]. Cependant, il convient de préciser que cette tendance ne serait pas systématique et dépendrait fortement du pays étudié [21] et, selon les résultats d'Heinen et al (2013), l'influence de l'âge ne serait pas significative en Belgique [15].

b) Le type de service

La problématique de la représentativité intervient également dans la variable relative au type de service : avec seulement deux personnes présentes dans l'intention de quitter l'organisation parmi celles travaillant dans le secteur des soins intensifs, des urgences, de la salle d'opération ou en unité médico-technique. En effet, dans notre modèle multivarié final, ces personnes auraient une intention de turnover organisationnel moindre que ceux travaillant dans les autres services.

IV. Limites de la recherche

Tout d'abord, la méthode d'échantillonnage choisie a engendré un biais de sélection important. En effet, la participation s'est faite sur base volontaire, ce qui signifie que les personnes les plus motivées ou les plus touchées auront potentiellement été plus enclines à répondre au questionnaire. En outre, il est important de noter qu'en raison de contraintes logistiques et temporelles, le cluster de l'ULB est ici sous-représenté. En effet, la collecte des données s'est déroulée sur une période relativement courte en raison des difficultés rencontrées lors de la prise de contact avec cette faculté et du délai nécessaire pour obtenir l'accord de diffusion de l'enquête. Contrairement aux autres facultés, les étudiants de l'ULB n'ont pas bénéficié de rappel (qu'il soit électronique, comme pour le MSI, ou électronique et en présentiel pour l'UCL).

Ensuite, et bien que cela soit l'objectif principal de ce mémoire, le nombre de répondants était insuffisant pour mener des tests statistiques. En effet, certaines catégories comportent un faible nombre de répondants, inférieur à dix voire cinq ou moins... Ceci pouvant s'expliquer par la nécessité de différencier le turnover organisationnel du turnover professionnel pour répondre à la question de recherche. Réaliser une régression multinomiale en étudiant uniquement les facteurs favorisant l'intention de quitter (tous turnovers confondus) aurait permis d'augmenter un peu plus le nombre d'effectifs par catégorie, mais n'aurait pas totalement répondu à la question de recherche.

Dans le même ordre d'idées, les catégories « *N.A* » ont également apporté un biais et une difficulté supplémentaire dans l'analyse et l'interprétation des résultats. Bien qu'inclure cette catégorie dans les analyses semble inapproprié, la re-catégoriser en « *valeur système manquant* » aurait conduit à une analyse statistique avec un effectif encore plus réduit que celui initial. Cette catégorie a été donc maintenue, mais ne peut pas permettre une analyse pertinente des données récoltées ; c'est ce qui s'est produit avec la variable « *management et leadership du supérieur hiérarchique* », ainsi que pour toutes les variables ayant comme option de réponse « *N.A* ». Pour toutes ces raisons, la qualité et la fiabilité des résultats en sont fortement altérées.

En outre, l'influence du coronavirus n'a pas pu être étudiée avec le test statistique de régression logistique multinomiale. En effet, cette question fut posée uniquement aux personnes ayant répondu « *oui* » à la question relative à l'intention de quitter. Ainsi, les seules catégories de comparaisons sont le turnover professionnel VS le turnover organisationnel.

De même, certaines variables telles que la qualité et la sécurité des soins, ou encore l'intention de quitter, ont été mesurées à l'aide d'une seule question, ce qui peut réduire leur validité par rapport à une mesure obtenue à l'aide d'une échelle d'évaluation validée.

V. Implications pour la pratique

Les résultats de cette étude ainsi que de différents articles consultés visent à avoir des implications pour la pratique infirmière, en particulierité pour les responsables des soins de santé. En effet, aborder l'intention de quitter la profession permet de comprendre davantage les raisons du turnover et d'adopter des stratégies adaptées. [9,15] Plus encore, il convient de trouver des solutions à moyen et long terme en vue d'accroître l'attractivité et la rétention dans la profession.

Ce mémoire a permis de démontrer l'importance de la satisfaction au travail, de la nécessité de développer de nouveaux programmes de développement de carrière et de l'importance primordiale du leadership et du management du supérieur hiérarchique.

Dans son rapport de 2019, le KCE fait mention du ANCC²⁸, une nouvelle approche en vue d'améliorer l'environnement de travail des infirmiers : le modèle du « Magnet Hospital » [6].

Le « Magnet Hospital » peut se définir comme étant « *un établissement qui satisfait à un ensemble de critères appréciant les pratiques de ressources humaines, organisationnelles et managériales identifiées pour rendre optimal l'exercice professionnel des soignants.* »²⁹ [21]. Kramer et Schmalenberg cité par Sibé (2020) auraient alors recensé huit dimensions essentielles à ce magnétisme, telle (1) la culture du soin centrée sur le patient, (2) l'expertise des soignants, (3) le soutien de l'institution à la formation de son personnel, (4), un leadership transformationnel, (5), un management participatif et favorisant l'empowerment du personnel soignant, (6) un climat relationnel favorable entre médecins et infirmiers, (7) une autonomie professionnelle et (8) une gestion adéquate des effectifs selon la charge de travail et les besoins du patient.

Ces différentes dimensions auraient pour conséquences (1) une meilleure performance des soins, tant au niveau de la qualité et de la sécurité des soins que sur la satisfaction des patients ;

²⁸ American Nurses Credentialing Center

²⁹ Définition de l'ANCC (2008) cité par Sibé, M. (2020)

(2) une mobilisation du personnel soignant ainsi qu'une augmentation de la satisfaction au travail ; (3) une santé physique et mentale améliorée et (4) une plus grande attractivité et fidélité à l'institution. [21] L'intention de quitter serait alors moindre dans les établissements ayant adopté ce genre de système de gouvernance. Il aurait donc été intéressant de réaliser un travail dans cette angle de vue.

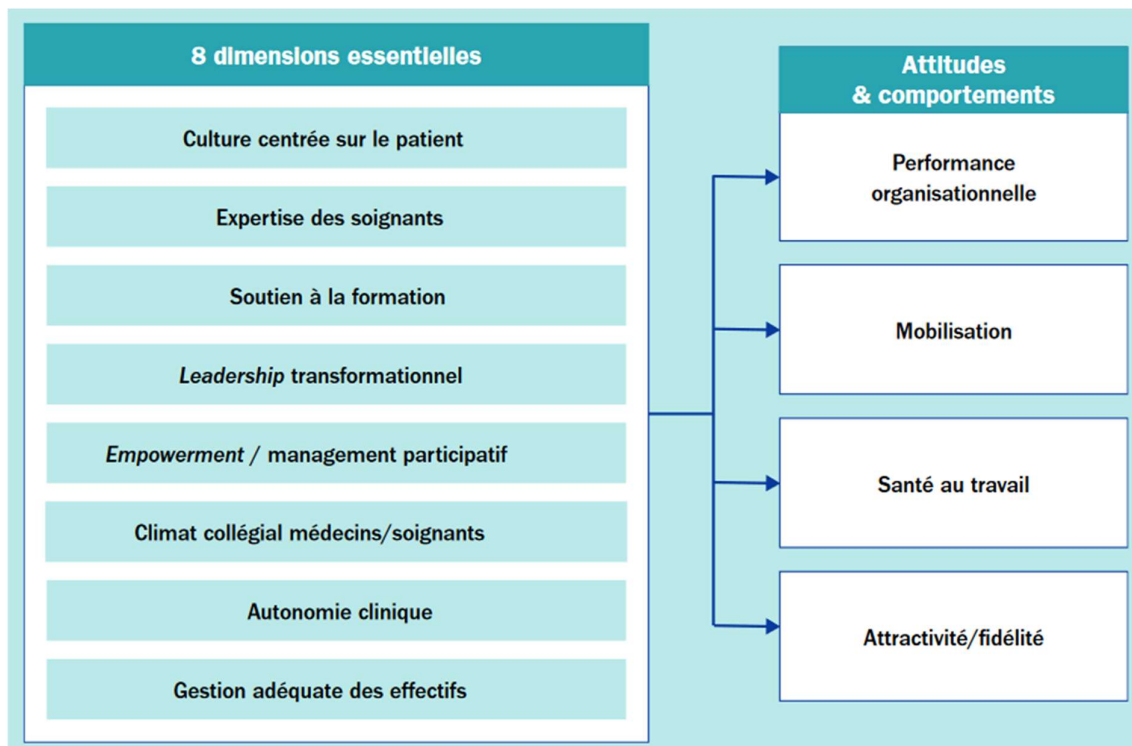


Figure 2 : « The Magnet Hospital » - Un modèle visant à rendre optimal l'exercice professionnel des soignants. Schéma représentant les différentes dimensions essentielles du magnétisme et leurs effets en termes d'attitude et de comportements.³⁰

³⁰ Image issue de l'article de Matthieu Sibé (2020).

VI. Perspectives d'avenir

Au cours de cette étude, la revue de littérature a permis de mettre en lumière de nombreux facteurs expliquant les raisons pour lesquelles les infirmiers envisagent de quitter leur profession. Toutefois, pour les travaux futurs, il serait judicieux de se concentrer sur des aspects spécifiques en ciblant les thèmes à aborder et avec une question de recherche plus précise. Selon les données disponibles, il serait également intéressant de focaliser les recherches au niveau de la Belgique. De plus, il serait pertinent de développer le concept de Magnet Hospital, voire de son applicabilité en Belgique. Cette dernière thématique pourrait également servir de sujet pour un mémoire futur.

Pour la partie empirique de ce travail, il aurait été intéressant de procéder à une méthode de rééchantillonnage aléatoire, telle que le Bootstrap pour obtenir des estimations plus robustes du modèle statistique. Dans le même ordre d'idées, il aurait été pertinent d'étudier l'éventuel rôle modérateur de la satisfaction, tel qu'étudié dans plusieurs ouvrages. Cette dernière manipulation statistique fut également testée, mais les résultats obtenus n'étaient pas suffisants pour permettre quelque interprétation.

De même, afin d'augmenter la validité des résultats, il serait également utile de refaire une étude similaire avec une taille d'échantillon plus importante et en utilisant une échelle validée telle que le PES-NWI et/ou TIS-6 [23].

L'approche quantitative adoptée dans cette étude ne permet pas de comprendre en profondeur les raisons de départ de chaque individu. De même, cette recherche ne prétend pas expliquer de causalité particulière entre les variables dépendantes et l'intention de quitter. Pour des recherches futures, la réalisation d'entretiens individuels ou des focus groups pourraient permettre un angle de vue intéressant pour mieux appréhender la complexité de ce phénomène et fournir des informations plus riches et plus détaillées.

Enfin, le modèle du « Magnet Hospital » semble prometteur et devrait continuer à faire l'objet de recherches futures.

Conclusion

L'objectif de ce mémoire était de mettre en lumière les différents facteurs favorisant l'intention de quitter la profession infirmière. Une revue de la littérature a été menée, les concepts de turnover et d'intention de quitter ont été préalablement définis.

Le cadre théorique a été structuré sur la base du modèle conceptuel de Gagnon et al. qui met en avant les différentes dimensions perceptuelles de l'environnement de travail ainsi que le rôle modérateur de la satisfaction au travail.

Ainsi, l'intention de quitter est influencée par une multitude de facteurs. En comprenant ces facteurs, les gestionnaires de soins de santé et les décideurs politiques pourraient adopter des mesures durables pour améliorer les conditions de travail et la satisfaction au travail afin de redonner un regain d'attractivité à la profession et maximiser la rétention du personnel soignant.

[1,11,9]

La deuxième partie de ce mémoire a consisté en la réalisation et la diffusion d'un questionnaire pour les étudiants de master en santé publique à l'UCL, l'ULB et la MSI à Bruxelles. L'objectif était de déterminer la proportion d'entre eux souhaitant quitter la profession dans l'année suivant la proclamation, de déceler les éventuelles raisons de cette décision et de les comparer avec la littérature. Les données ont été analysées en utilisant le test statistique de régression logistique multinomiale sur le programme SPSS.

Les résultats ont montré que les congés, la satisfaction au travail, les opportunités de carrière, la perception du leadership et management du supérieur hiérarchique et la faculté seraient des éléments influençant significativement l'intention de quitter la profession auprès de l'échantillon étudié. Toutefois, il convient de prendre ces résultats avec précaution en raison de la limite principale de l'étude, à savoir un échantillon trop faible pour garantir la validité des résultats. En conséquence, il est nécessaire de poursuivre les recherches dans ce domaine, en élargissant l'échantillon et en utilisant des échelles validées par la communauté scientifique.

Bibliographie

1. Roth C., Wensing M., Breckner A., Mahler C., Krug K., Berger S. (2022) [Consulté le 24/08/22]. 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*. 21:48. Disponible à l'adresse : <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-022-00822-4>
2. International Council of Nurses (11.03.2021). [Consulté le 23.09.22]. La pénurie mondiale du personnel infirmier et la fidélisation des infirmières. *Note d'orientation*. 1-5. Disponible à l'adresse : https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN%20Policy%20Brief_Nurse%20Shortage%20and%20Retention_0.pdf
3. Buchan J., Catton H., Shaffer F.A. (12.2020). [Consulté le 10.12.22]. Ageing well ? Policies to support older nurses at work. *International Council of Nurses*. 5–45. Disponible à l'adresse : https://www.icn.ch/system/files/2021-07/Ageing%20ICNM%20Report%20_2020.pdf
4. Giraud L., (2015). [Consulté le 01.02.2023]. L'intention de quitter l'entreprise : une approche par l'étape de carrière », *Revue de gestion des ressources humaines* 2015/3 (n° 97), p. 58-86. Disponible à l'adresse : DOI 10.3917/grhu.097.0058
5. Wang Q, Wang C. (2020). [Consulté le 27.01.2023] Reducing turnover intention : perceived organizational support for frontline employees. 14:6 2–16. *Frontiers of business research in China*. Disponible à l'adresse : [Doi.org/10.1186/s11782-020-00074-6](https://doi.org/10.1186/s11782-020-00074-6)
6. Van Den Heede K., Bruyneel L., Beeckmans D., Boon N., Bouckaert N., Cornelis J., Dossche D. et al. (2019). [Consulté le 02/08/22]. Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus. *Health Services Research (HSR)*. Bruxelles. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE Reports 325B. Disponible à l'adresse : <https://kce.fgov.be/fr/publications/tous-les-rapports/dotation-infirmiere-pour-des-soins-plus-surs-dans-les-hopitaux-aigus>
7. Van Den Heede K., Bouckaert N., Detollenaere J., Kohn L., Maertens De Noordhout C., Vanhooreweghe J., et al. (2022). [Consulté le 02.08.22]. Dotation infirmière dans les soins intensifs belges : impact de deux ans de pandémie de COVID-19. *Health Services Research (HSR)*. Bruxelles. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).. KCE Reports 353B. D/2022/10.273/23. Disponible à l'adresse :

- <https://kce.fgov.be/fr/dotation-infirmiere-dans-les-soins-intensifs-belges-impact-de-deux-ans-de-pandemie-de-covid-19>
8. Jobat (21.09.2022) [Consulté le 17.01.23]. La Belgique recherche au moins 25.000 infirmières. Disponible à l'adresse : <https://www.jobat.be/fr/art/la-belgique-recherche-au-moins-25000-infirmieres>
 9. Sasso L., Bagnasco A., Catania G., Zanini M., Aleo G., Watson R. (2019). [Consulté le 26/08/22]. Push and pull factors of nurses' intention to leave. *Journal of nursing management*. 946–954. Disponible à l'adresse : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jonm.12745>
 10. Lazzari M., Alvarez J.M., Ruggieri S. (2022). [Consulté le 05.03.2023]. Predicting and explaining employee turnover intention. 14:279—292. *International Journal of Data Science and Analytics*. Disponible à l'adresse : DOI: 10.1007/s41060-022-00329-w
 11. Mazurenko O., Gupte G., Shan G. (2015) Analyzing U.S. nurse turnover: Are nurses leaving their jobs or the profession itself? *Journal of Hospital Administration*. [consulté le 23/08/22] Vol. 4 (No.4), 48–56. Disponible à l'adresse : DOI:10.5430/jha.v4n4p48
 12. Maillot S., Courcy F., Leblanc J. (2016) [Consulté le 31.10.20]. Évaluation et intervention en matière de climat psychologique de travail chez le personnel infirmier : une revue de la littérature. *Association de recherche en soins infirmiers*, 125, 84-97. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2016-2-page-84.htm>
 13. Al Sabei, S. D., Labrague, L. J., Miner Ross, A., Karkada, S., Albashayreh, A., Al Masroori, F., & Al Hashmi, N. (2020). [Consulté le 12.10.2022] Nursing Work Environment, Turnover Intention, Job Burnout, and Quality of Care: The Moderating Role of Job Satisfaction. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 52(1), 95–104. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1111/jnu.12528>
 14. Koch, P. Zilezinski M., Schulte K., Strametz R., Nienhaus A., Raspe M. (2020). How perceived quality of care and job satisfaction are associated with intention to leave the profession in young nurses and physicians. *International Journal of Environment Research and Public Health*. 17, 2714 [consulté le 06/09/22]. Disponible à l'adresse : DOI : 10.3390/ijerph17082714

15. Heinen M., Van Achterberg, T., Schwendimann, R., Zander, B., Matthews, A., Kózka, M., Ensio, A., Sjetne, I. S., Moreno Casbas, T., Ball, J., & Schoonhoven, L. (2013). [Consulté le 15.12.2022]. Nurses' intention to leave their profession: a cross sectional observational study in 10 European countries. *International journal of nursing studies*, 50(2), 174–184. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.019>
16. Pishgooie, A. H., Atashzadeh-Shoorideh, F., Falcó-Pegueroles, A., & Lotfi, Z. (2019). [Consulté le Correlation between nursing managers' leadership styles and nurses' job stress and anticipated turnover. *Journal of nursing management*, 27(3), 527–534. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1111/jonm.12707>
17. Bøgh Andersen, L., Bjørnholt, B., Ladegaard Bro, L. & Holm-Petersen, C. (2018). [Consulté le 23.12.2022]. Leadership et motivation : étude qualitative sur le leadership transformationnel et la motivation de service public. *Revue Internationale des Sciences Administratives*, 84, 697-714. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.3917/risa.844.0697>
18. Burmeister EA, Kalisch BJ, Xie B, Doumit MAA, Lee E, Ferraresion A, Terzioglu F, Bragadóttir H. (01.2019). [Consulté le 18.09.22]. Determinants of nurse absenteeism and intent to leave: An international study. *J Nurs Manag.*27(1):143–153. Disponible à l'adresse : doi:10.1111/jonm.12659.
19. Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Sermeus, W., & RN4CAST Consortium (2013). [Consulté le 20.11.2022]. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International journal of nursing studies*, 50(2), 143–153. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009>
20. Eriksson A, Vulkan P, Dellve L. (2022). [Consulté le 18.03.2023] A Case Study of Critical Reasons Behind Hospital Nurses Turnover Due to Challenges Across System Levels. *J Multidiscip Healthc.* 2022 May 25;15:1213-1224. Disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9148920/>
21. Sibé, M. (2020). [Consulté le 07.07.23]. Le modèle du Magnet Hospital : concilier qualité de vie au travail et qualité des soins par un management « aimant ». *ADSP.* 110 ; 35-38. Disponible à l'adresse : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad1103538.pdf>
22. Rudman A, Gustavsson P, Hultell D. (2014). [Consulté le 15.11.2022]. A prospective study of nurses' intentions to leave the profession during their first five years of

- practice in Sweden. *Int J Nurs Stud.* 2014 Apr;51(4):612-24. Disponible à l'adresse : DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2013.09.012.
23. Bothma, C.F.C., & Roodt, G. (2013). [Consulté le 18.11.2022] The validation of the turnover intention scale. *SA Journal of Human Resource Management/SA.* 11(1), Art. #507, 12 pages. Disponible à l'adresse : <http://dx.doi.org/10.4102/sajhrm.v11i1.507>.