

UCL

Université
catholique
de Louvain

Faculté de santé publique (FSP)

Les facteurs déterminants de l'intention de quitter du personnel infirmier en bloc opératoire

Mémoire réalisé par
Thilmant Gaëlle

Promoteur
Meurens Pierre

Année académique 2017-2018
Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée

1

UCL

Université
catholique
de Louvain

Faculté de santé publique (FSP)

Les facteurs déterminants de l'intention de quitter du personnel infirmier en bloc opératoire

Mémoire réalisé par
Thilmant Gaëlle

Promoteur
Meurens Pierre

Année académique 2017-2018
Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée

1

Un mémoire demande beaucoup de temps et d'énergie, il nécessite un accompagnement sur la durée et du soutien.

Un grand nombre de personnes m'ont aidées dans la réalisation de ce mémoire, tout d'abord je tiens à remercier mon promoteur Monsieur Meurens sans qui l'élaboration de ce mémoire n'aurait pas été possible, je le remercie surtout pour sa patience et sa compréhension car mon mémoire a dû être reporté pour des raisons personnelles et a donc pris beaucoup plus de temps que prévu, mais il était toujours disponible et à l'écoute avec toujours des conseils justes et adéquats.

Sans oublier toutes les personnes qui m'ont permis d'écrire ce mémoire, les interviewers qui m'ont apportés toutes les données nécessaires, les personnes qui m'ont aidées à entrer en contact avec ces interviewers, ma maman de par son aide précieuse et ses connaissances en informatique indispensables, mon papa pour ses lectures et multiples corrections.

Ainsi que toutes les personnes qui de près ou de loin m'ont apportées soutien, aide et énergie pour arriver au bout de ce mémoire.

Et bien sûr ma fille qui tous les jours me rappelait pourquoi il fallait que j'arrive au bout.

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.

Tables des matières

Introduction.....	1
1. Cadre théorique : « L'intention de quitter » à travers la littérature	3
1.1 Généralités	3
1.1.1 Le turnover	3
1.1.2 L'intention de quitter	5
1.1.3 L'attractivité	7
1.1.4 La fidélisation.....	8
1.2 Les déterminants de l'intention de quitter	10
1.2.1 La satisfaction au travail	10
1.2.2 L'engagement et l'implication organisationnelle.....	12
1.2.3 Le soutien perçu et la reconnaissance	14
1.2.4 Le climat psychologique	16
1.2.5 Le stress au travail	18
1.2.6 La vision du travail à travers les générations	20
1.3 Conclusion	25
2. Cadre empirique : « L'intention de quitter » à travers la réalité du terrain	30
2.1 Introduction	30
2.2 Choix de la méthode de récolte des données.....	30
2.3 Echantillon pour la partie empirique	31
2.4 Le recueil des données	32
2.5 Choix de la méthode d'analyse des données	33
2.6 Analyse des données	35
2.6.1 L'engagement.....	36
2.6.2 La reconnaissance	38
2.6.3 Le soutien perçu	41
2.6.4 Le climat psychologique et le stress perçu.....	43
2.6.5 La satisfaction.....	48
2.6.6 La fidélisation.....	51
2.6.7 L'appartenance à la génération Y.....	51
2.7 Discussion des résultats obtenus	52

2.8 Conclusion.....	54
3. Limites de la recherche	55
4. Recommandations.....	56
5. Perspectives.....	59
6. Conclusion de la recherche	60
7. Bibliographie.....	63
8. Annexes	68
8.1. Tableau concernant l'étude Presst-Next.....	68
8.2. Pyramide des besoins de Maslow	68
8.3. Guide d'entretien	69
8.4. Paroles issues des verbatims.....	71
8.5. Retranscription de deux entretiens.....	75
8.6. Notes issues d'entretiens non enregistrés	94

Introduction

Nous allons à travers ce mémoire nous pencher sur les déterminants de l'intention de quitter le service du quartier opératoire en ce qui concerne le personnel infirmier.

Mais pourquoi s'intéresser aux infirmiers du bloc opératoire ?

Premièrement parce que étant moi-même infirmière et que c'est un milieu qui me tient à cœur, étant donné que j'y ai travaillé pendant 8 ans. J'ai récemment décidé de le quitter car les horaires et les conditions de travail ne me convenaient plus et n'étaient pas compatibles avec ma vie de famille et certaines facettes de l'organisation me déplaisaient. Ce choix fut difficile et a été fait après mûre réflexion. Ces années de travail m'ont permis de me rendre compte que j'étais loin d'être la seule touchée par ce besoin de changement. J'ai vu un nombre incalculable de gens arriver pour débiter leur carrière au sein du bloc opératoire et un nombre tout aussi incalculable de gens partir pour diverses raisons personnelles ou professionnelles. Le taux de turnover y était effarant.

Deuxièmement le bloc opératoire est un service qui occupe une place centrale dans le fonctionnement d'un hôpital, il draine un grand nombre de patients quotidiennement. Ces patients sont transférés de quasi tous les services existants dans un hôpital (services de chirurgie, de médecine interne, de pédiatrie, des soins intensifs, des urgences, de la gériatrie,...), ils sont issus d'un programme électif ou ajouté en cours de journée et ils sont pris en charge à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit. De plus pour un hôpital le bloc opératoire est une source de revenu non négligeable.

Faire tourner un tel service nécessite la participation d'un grand nombre d'intervenants (médecins, infirmiers, aides-soignantes, aides logistiques, techniciens... et bien sûr des infirmiers) qui doivent travailler ensemble dans un but commun. C'est cette dernière population, les infirmiers, qui fait l'objet de cette étude. Pilier central et indispensable pour le bon fonctionnement de ce service, il est une des ressources les plus importantes nécessaire pour le faire tourner de manière continue et efficace. Il s'avère que dans de nombreux hôpitaux Belges il est de plus en plus difficile de garder son personnel et maintenir une équipe constante sur la durée.

Au vu de ces différents arguments et de mon expérience de travail, il a semblé intéressant d'en apprendre un peu plus sur les facteurs déterminant l'intention de quitter le service pour un infirmier en salle d'opération.

Durant ce dernier siècle, le métier d'infirmier a beaucoup évolué, pour diverses raisons tels que les épisodes d'industrialisation et d'urbanisation, les guerres mondiales, les crises économiques, les mouvements féministes et l'évolution de la médecine. L'approche du métier a changé, il y a eu une diversification dans le domaine de la santé qui demande un travail de plus en plus pointu et spécifique et des pratiques de prévention de plus en plus accrues. Ces changements ont eu pour conséquence d'offrir aux infirmiers un panel d'orientations et de lieux de prestations considérables, leur permettant diverses optiques de changements de carrière en fonction de leurs besoins et de leurs aspirations (Kozier B. et al, 2012). Depuis plusieurs années, le personnel infirmier est une denrée de plus en plus rare. Dans l'avenir, il est d'ailleurs susceptible que cette pénurie n'aille pas en s'améliorant (Kozier B. et al, 2012).

Ce mémoire va tenter de mettre à jour les différentes raisons qui sont à l'origine de cette intention de quitter, quels sont les facteurs déclencheurs favorisant un tel turnover et cette envie de partir vers d'autres horizons professionnels, quelle est la place du manager et ses responsabilités face à un tel phénomène, quels sont les moyens qui peuvent être mis en œuvre et dans la mesure du possible en trouver une explication et quelques pistes de solutions capables d'y remédier. Car connaître les causes de départ possible, permet de mettre le doigt sur les insatisfactions du personnel et les incitants au départ.

Le mémoire est scindé en deux grandes parties. La première partie est dédiée aux théories présentes dans la littérature permettant d'expliquer cette intention de quitter son service pour un infirmier en salle d'opération. Nous allons découvrir au travers de recherches, d'articles, d'ouvrages et de différentes études ce qui a déjà été mis en évidence préalablement et qui peut nous éclairer, nous donner des pistes de réflexion et nous permettre de développer des hypothèses de recherche. La seconde partie du mémoire, empirique, est quant à elle consacrée à la recherche qualitative effectuée auprès du personnel infirmier au bloc opératoire. Cette partie débute par une description de la méthodologie utilisée, ensuite, l'analyse des données récoltées sur le terrain afin de tester empiriquement nos hypothèses de recherche. S'en suit une discussion des résultats obtenus, les limites de la recherche, les différentes perspectives et enfin une conclusion. Par ailleurs, nous proposerons des pistes pour des études futures et pour les managers d'équipe d'infirmiers en salle d'opération.

1. Cadre théorique : « L'intention de quitter » à travers la littérature

1.1 Généralités

1.1.1 Le turnover

Dans de nombreux pays européens, les hôpitaux sont confrontés à des problèmes de pénurie et de rétention du personnel infirmier. Un taux de turnover important y est observé, il est donc judicieux de développer cette notion car le turnover est en partie lié à l'intention de quitter, cette petite idée qui a germé dans l'esprit du travailleur et qui l'a poussé vers d'autres horizons de travail. (Zurn et al. 2005).

Le turnover est un nom anglais qui désigne un roulement, il a été étendu au monde de l'entreprise. Selon le Larousse, « c'est la rotation du personnel dans une entreprise ». Il peut aussi être un indicateur qui « calcule la moyenne entre les départs et les entrées des salariés au sein d'une entreprise » (Attali C., 2014). Le taux de turnover est décrit comme « un rapport entre l'ensemble des mouvements du personnel, recrutement et départ d'une période et l'effectif moyen de l'entreprise pour la période » (Peretti, 2011).

Il est important de bien différencier deux types de turnover, car ils auront des impacts différents sur l'entreprise et les mesures à prendre pour le limiter et élaborer des stratégies adéquates pour retenir les travailleurs dans le domaine de la santé. Le turnover interne consiste principalement pour les infirmiers à un changement de service au sein même de l'organisation, le turnover externe consiste quant à lui à un changement d'organisation, soit à un changement de profession. Ce dernier va diminuer le nombre d'infirmiers sur le marché du travail (Derycke H et al, 2012).

Le turnover a plusieurs incidences, sur un plan organisationnel au niveau de l'entreprise et plus particulièrement au niveau du département des ressources humaines. Mais il a aussi une incidence au sein même des services qui subissent ces flux de personnel. Même s'il peut être positif dans le sens où il permet à l'organisation de se développer via le renouvellement de personnel et l'introduction de nouvelles pratiques et d'idées (Hayes et al, 2006), il peut devenir pathologique s'il atteint un taux trop élevé en nuisant le moral du personnel et donc sa rentabilité. Il demeure donc un problème persistant et frustrant auquel les organisations doivent faire face.

Le turnover a également plusieurs origines, selon l'étude PRESST-NEXT (Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail –Nurses Early Exit Study, 2008) menée par un ensemble de chercheurs européens concernant les facteurs personnels et professionnels associés au turnover des soignants, réalisée dans les hôpitaux dont certains en Belgique, la composition des groupes de « partants » et de « restants » lors du phénomène de turnover est similaire :

- 89,9% des « restants » sont des femmes dont la majorité (54%) a des enfants et vit en couple
- 90,4% des « partants » sont des femmes dont la majorité (42,6%) vit en couple et a des enfants.

Et tout cela avec des âges qui sont sensiblement les mêmes et avec un même taux d'ancienneté. Nous pouvons donc déduire de ces résultats, maintes fois repris dans les études, qu'il n'y a pas de profil type concernant l'âge, le sexe ou le statut d'un employé hospitalier qui a recours au turnover.

Il faut donc aller au-delà de cette analyse démographique (âge, genre, statut) pour chercher des facteurs qui influencent le turnover.

Toujours selon cette même étude, les raisons principales qui ont influencé le départ des « partants » pourraient se regrouper en 4 sous-catégories par ordre d'importance (Annexe 1, tableau issu de l'étude). Les conditions de travail trop dures, les raisons privées (famille), le salaire insuffisant (surtout dans les catégories qui changent radicalement de profession après leur départ), la formation continue (évoquée comme un facteur positif de départ). Il y a donc plusieurs facteurs à l'origine du turnover, le facteur individuel, le facteur organisationnel et le facteur économique.

Le turnover inclut deux types de départs ; les départs volontaires et les départs involontaires qui sont initiés par l'employeur. Nous allons dans le cas de ce travail nous intéresser aux départs volontaires, qui sont à mettre en lien avec l'intention de quitter et sont même considérés par certains auteurs comme un indicateur proactif du turnover (Hayes et al, 2006). Cette intention est également étroitement liée à la capacité de l'organisation de retenir ses employés.

1.1.2 L'intention de quitter

Comme dit précédemment les pays européens sont touchés par un manque important d'infirmiers (AIKEN, Clarke, Sloane, Sochalski et Silber, 2002). Il y a, outre un nombre insuffisant d'infirmiers entrant dans la profession, une faible rétention de ceux-ci. Ce qui peut affecter la qualité des soins prodigués aux patients (Newman, Maylor et Chansarkar, 2002), engendrer des difficultés pour le personnel restant, avoir des conséquences économiques importantes et altérer les conditions de travail (Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers, 2015). Un cercle vicieux peut voir le jour, il s'auto-entretient, au moins il y a d'infirmiers qui travaillent au plus la pression est augmentée sur le personnel restant, les conditions de travail se détériorent, les perceptions négatives s'amplifient et l'insatisfaction et l'envie de quitter pointent le bout de leur nez. (Kramer M, Schmalenberg C, 2002).

Un employé qui décide de quitter le service représente des coûts économiques importants pour l'hôpital tels que les coûts associés au départ, au recrutement et à l'attraction du personnel arrivant, à sa sélection, aux entretiens d'embauche, à la formation de ces nouveaux employés (intégration des nouveaux, non-production pendant la formation, perte de productivité...) ainsi qu'un coût en terme d'énergie dépensée par les managers gérant ces équipes d'infirmiers et le personnel chargé de la formation de ces nouveaux arrivants. Le bloc opératoire est un monde à part, qui nécessite un apprentissage technique assez long avant d'être autonome. Former une personne met donc du temps, il est assez décevant et usant à la longue de former des professionnels qui ne vont pas rester pour renforcer l'équipe. Il y a donc une conséquence psychologique due aux changements engendrés, tel qu'une baisse de moral des employés restants. La qualité du travail peut en être diminuée, associées à des risques d'accidents plus élevés (perte de productivité et de motivation, nouveaux employés pas correctement ni suffisamment formés...).

Il va sans dire que passé un certain seuil le roulement élevé en personnel infirmier peut devenir une source de dysfonctionnement pour l'hôpital et être un indicateur de non-qualité. Le coût réel du roulement associé au départ d'un employé est donc beaucoup plus élevé que le simple coût de remplacement. (O'connell et Kung, 2007)

Si un infirmier décide de quitter le service, l'organisation ou de manière plus générale la profession qu'il exerce, il a fallu que préalablement naisse en lui une intention de quitter. Dans cette étude c'est cette étape du processus de départ qui a été retenue, car elle est plus intéressante à étudier que les comportements réels de départ, et ce pour deux raisons : premièrement il est difficile d'avoir accès aux démissionnaires (il est plus facile d'avoir accès aux personnes encore en place), deuxièmement obtenir des données sur des personnes ayant donné leur démission est plus compliqué, certaines organisations ne sont pas toujours réceptives à l'idée de fournir des données les concernant. L'étude, les moyens et les mesures de l'intention de quitter sont donc plus accessibles et permet des résultats plus précis. Pour plus de clarté, il faut préciser que ce mémoire est centré sur l'intention du personnel infirmier de quitter la salle d'opération, c'est-à-dire le service en lui-même et non pas l'intention de quitter l'organisation ni la profession.

Il semble donc primordial de préciser ce qu'est l'intention de quitter proprement dite. L'intention de quitter peut être décrite comme le désir d'un employé de quitter volontairement son lieu de travail. Déjà en 1975, l'intention était décrite comme le précurseur d'un comportement que l'individu pourrait adopter: « la meilleure variable indépendante pour expliquer le comportement d'un individu sera une mesure de son intention d'adopter ce comportement » (Fishbein et Ajzen, 1975).

L'intention de quitter est un des meilleurs prédicteurs du départ d'un employé et du taux de turnover (Griffeth, Hom et Gaertner, 2000). C'est un désir qui a émergé dans l'esprit de l'employé de manière délibérée et consciente. Le départ de l'entreprise est la plupart du temps une démarche contrôlée et entreprise par le salarié en personne, mais le parcours pour arriver à cette décision trouve des origines multiples et qui il va déterminer l'intention de quitter du salarié. Ces origines peuvent être distinguées en deux facteurs principaux, dans un premier temps les facteurs personnels (liés à l'employé) et les facteurs professionnels (liés au service et à l'organisation) (Estryn et al, 2010). Nous allons tenter dans la suite de ce travail de les mettre en évidence et de démêler les déterminants qu'ils soient personnels ou professionnels ayant mené à cette intention de quitter, pour à la fin de cette partie tenter de vous donner un résumé clair et concis de ceux-ci.

Avant toute chose, afin de garantir un nombre suffisant d'infirmiers au sein du service, il faut retenir le personnel existant (Estryn-Behar et al, 2008) en prévenant les départs prématurés et en gardant le personnel en place le plus longtemps possible. Comme ont bien mis en évidence Mitchell et al (2001), l'intention de quitter est le plus proche antécédent du comportement de départ volontaire. Mais pour y parvenir il faut préalablement connaître les facteurs qui ont poussés les infirmiers à quitter leur service.

Deux concepts paraissent importants à développer dans un premier temps, il s'agit du concept d'attractivité et de fidélisation.

1.1.3 L'attractivité

L'attractivité en tant que telle peut-être définie comme : « caractère de ce qui est attractif, qui a la propriété d'exercer une attraction, de plaire, séduire et attirer par son charme » (Larousse).

Ce concept est applicable au monde de l'entreprise car des mesures permettant de dénicher et de convaincre de nouveaux candidats potentiels à venir travailler au sein de leur groupe doivent être mises en place. On peut donc voir ça comme « un ensemble d'actions entreprises par l'organisation pour attirer des candidats possédant les compétences nécessaires pour occuper dans l'immédiat ou dans l'avenir, un poste vacant » (Sekiou et al, 2001).

Il ne faut pas négliger le fait que l'attractivité développée par une organisation ou un hôpital peut avoir des conséquences sur le personnel en place depuis plusieurs années, qui peut également se laisser tenter par une offre plus avantageuse d'un concurrent et donc développer une intention de quitter.

D'où le fait qu'il est important de persévérer dans les pratiques de fidélisation sur le long terme même quand il semble que l'attachement de l'employé à l'entreprise est acquis. Nous allons développer ce concept de fidélisation dans le paragraphe suivant.

1.1.4 La fidélisation

La fidélisation quant à elle peut être définie comme : « le fait de s'attacher durablement un public cible par une politique appropriée » (Larousse).

Elle s'inscrit dans la continuité de l'attractivité, car une fois le candidat attiré est engagé au sein de l'entreprise, il faut garantir son intégration et son épanouissement afin de garantir une certaine rétention du personnel.

La fidélisation est une préoccupation majeure des organisations (Poulain-Rehm, 2012). La mise en place de ces mesures de fidélisation est d'autant plus pertinente lorsque les offres d'emplois sont nombreuses et que les salariés peuvent aisément trouver un poste alternatif (Giraud et al, 2012), ce qui est le cas pour les infirmiers qui ne manquent pas de possibilités de carrière. Pour qu'une entreprise réussisse, il faut qu'elle ait acquises les compétences nécessaires pour s'accroître, mais il faut également qu'elle arrive à maintenir son personnel, lui permette de se développer et le fidéliser (Lachance, 2011).

La fidélisation aurait deux enjeux importants pour l'entreprise, le premier étant la réduction des départs volontaires et le second, la réduction des dysfonctionnements internes et l'amélioration de la mobilisation des salariés (Paillé, 2011).

L'identification des pratiques susceptibles de la favoriser est donc essentielle pour un hôpital. La fidélisation va permettre de produire chez le salarié une certaine fidélité, c'est-à-dire un attachement à l'organisation pour laquelle il travaille. (Thévenet et Neveu, 2002). La fidélité est donc le résultat des pratiques de fidélisation mises en place par l'entreprise.

La pénurie d'infirmiers que l'on connaît à l'heure actuelle augmente les possibilités d'emplois, donc connaître les facteurs qui vont affecter l'intention qu'a un individu de rester fidèle à son travail ou de le quitter est primordial. Il ne suffit pas seulement d'attirer le nouveau travailleur, mais également de répondre à ses attentes et ses besoins sur le long terme. De plus, les départs anticipés des professionnels sont un frein au développement économique et ternissent l'image de l'organisation.

Pour permettre à une organisation de régler les problématiques d'attractivité-fidélisation, une étude réalisée par Renaud Petit a mis en avant 5 axes stratégiques sur lesquels elle peut intervenir :

- Le « ludisme du travail » : travail attirant pour plusieurs critères (horaires, intérêts, conditions, règles de fonctionnement)
- La convivialité interne/externe : communication, relation.
- L'image valorisante
- La prise en compte des projets professionnels et personnels
- La proximité du manager

Une étude réalisée en 2011 auprès d'étudiants infirmiers et d'aides-soignants faisant référence à la théorie de la motivation d'Herzberg, a tenté de mettre en avant les motivations qui les ont poussés à entamer leur formation (Fournier 2011). Il en est ressorti que les principales sources de motivation qui ont poussé ces étudiants vers ce type de carrière sont liées au contenu du travail (réalisation de soi et contenu du travail proprement dit). Mais lorsqu'on demande à ces mêmes individus quels sont les facteurs importants pour eux lorsqu'ils se projettent dans 10 ans, ce sont les facteurs liés au contexte de travail qui deviennent prépondérants (rémunération et avancement) ce qui confirme que l'attractivité et la fidélisation sont deux choses distinctes sur lesquelles les employeurs doivent agir et doivent donc prendre les devants pour satisfaire leurs employés sur le long terme.

Ces concepts sont importants et utiles dans la problématique étudiée dans ce travail, ils vont donc être abordé dans les entretiens, afin de voir ce qui est réellement proposé sur le terrain comme « moyen » d'attrait de fidélisation pour le personnel infirmier et de voir ce que le personnel lui-même exprime comme besoins et attentes.

Pour la suite de ce travail, nous allons mettre en évidence différents déterminants ayant une influence sur l'intention de quitter le service de la salle d'opération, que ces déterminants soient liés positivement ou négativement à l'intention de quitter et qu'ils soient personnels ou professionnels. Nous ne prétendons pas que les éléments dont nous allons parler sont exhaustifs, mais ils représentent une partie des éléments susceptibles de développer cette intention de quitter.

1.2 Les déterminants de l'intention de quitter

1.2.1 La satisfaction au travail

La satisfaction au travail est une des variables incontournable des modèles de turnover (Maertz et Boyar, 2012). C'est un concept qui prédispose au départ (Zangarro, 2001). Qui dit prédisposition au départ présuppose donc intention de quitter. Le concept d'implication organisationnelle a également été mis en avant par ces auteurs comme facteur prédisposant au départ, nous allons l'aborder dans le paragraphe suivant.

La satisfaction peut-être définie comme l'action de satisfaire un besoin, une demande, une tendance ou un désir (Larousse 2017). Cette satisfaction peut nous donner un sentiment de contentement, de jouissance, de fierté, de plaisir et de bien-être. La satisfaction professionnelle correspond quant à elle au sentiment de satisfaction lié au travail par rapport à ses besoins, ses désirs.

D'après le psychologue américain Frederick Irving Herzberg, on ne peut pas s'arrêter à la seule notion de satisfaction au travail, mais il faut également prendre en compte l'absence de satisfaction au travail. Il a mis en avant des facteurs susceptibles de ne pas générer d'insatisfaction dans un premier temps, puis des facteurs capables de faire émerger cette satisfaction chez l'employé. En premier lieu il y a les facteurs d'ambiance, qui sont relatifs au climat et aux conditions de travail, c'est-à-dire qui englobent les éléments matériels et humains (bruit, salaire, statut, relation humaines, espaces, matériel disponible,...). En second lieu il met en évidence les facteurs valorisants ou motivants, c'est-à-dire les éléments qui peuvent répondre aux aspirations personnelles de l'employé et lui assurer un certain épanouissement et donc créer de la satisfaction (autonomie, responsabilité, carrière...) ; ces facteurs correspondent aux besoins supérieurs de Maslow (annexe 2, pyramide des besoins de Maslow).

La satisfaction au travail est un vecteur incontournable de la fidélisation du salarié (Wright et Bonette, 2007). D'anciennes recherches ont montré que la satisfaction est un prédicteur de turnover du personnel (Mobley, Griffeth, Hand et Meglino, 1979).

Les résultats d'une étude (Sinem Kilic, 2014) montrent un lien significatif entre le soutien organisationnel et hiérarchique et la satisfaction au travail. Lorsqu'un salarié est bien entouré, évolue dans un milieu de travail positif, sa satisfaction au travail est améliorée.

Un point important à souligner d'après eux est que la satisfaction au travail peut également dépendre de l'âge (au plus le salarié est âgé, au plus il est satisfait au travail), il ne parle pas en terme de différence générationnelle, mais bien du fait que les salariés plus âgés au vu de leur plus grande expérience dans le milieu du travail ont des attentes plus réalistes et donc plus susceptibles d'être satisfaites. Ces salariés plus âgés seraient également plus loin dans leur carrière et auraient donc moins tendance à en vouloir plus et à se donner des objectifs professionnels plus réalisables.

En 2011 une enquête de grande envergure a été réalisée auprès de 18 536 répondants. S'inspirant des résultats de cette enquête, une étude empirique a été réalisée afin de mettre en avant les facteurs capables d'avoir un impact sur la satisfaction des salariés. (Le Flanchec A. et al, 2015). Il y a des liens de cause à effet observés entre le fait de se sentir satisfait au travail et la reconnaissance, le soutien hiérarchique et des collègues, l'intérêt porté par le salarié à son travail, le sentiment d'autonomie et de prise de décision. Trois autres éléments importants mais novateurs ont également été observés ; il y a un lien significatif entre l'équilibre vie privée-vie professionnelle par rapport à la satisfaction au travail. Un autre lien ; au plus une personne se sent en mauvaise santé, au plus elle sera insatisfaite au travail, ce qui met bien en évidence qu'en ce qui concerne les pathologies liées au travail (pathologies pour lesquelles l'employeur peut avoir une influence comme le burnout), l'environnement de travail proposé par l'employeur est important afin de limiter les arrêts maladie de courte ou de longue durée voir même le départ du travailleur. Et enfin le fait d'avoir un emploi stable et des conditions d'emploi satisfaisants conditionneraient également la satisfaction au travail.

La satisfaction qui est un antécédent et un prédicteur de l'intention de quitter ne dépend pas seulement de facteurs liés au travail mais également de facteurs personnels, il y a donc des éléments propres aux travailleurs qui seront déterminants et importants à prendre en considération pour la compréhension de l'intention de quitter du travailleur. (Hansez et al, 2005).

La satisfaction au travail est donc un élément pouvant avoir une influence sur l'intention de quitter. La satisfaction est une chose, mais l'engagement qu'a l'employé envers son travail en est une autre, nous allons voir quel est le rôle clé de cet autre concept dans le paragraphe suivant.

1.2.2 L'engagement et l'implication organisationnelle

De nos jours, lorsqu'on évoque un engagement, il est soit d'origine privée (mariage/enfant...) soit d'origine professionnelle. Et dès lors il suppose une composante économique de performance.

L'engagement peut-être décrit comme « un état d'esprit positif, enrichissant qui est caractérisé par la vigueur, le dévouement et l'absorption. Plutôt qu'un état spécifique et momentané, l'engagement réfère plus à un état affectif et cognitif constant et envahissant qui n'est pas polarisé ou spécifiquement relatif à un objet, un évènement, un individu ou un comportement particulier » (Schaufeli, Salanova, Gonzalez-Roma et Bakker, 2002).

Meyer et Allen (1991) ont défini l'engagement comme une force qui lie une personne à une cible. Dans leur recherche ils ont privilégié la cible organisationnelle. Dans ce travail, c'est l'aspect de l'engagement au travail ou dit organisationnel qui sera bien entendu développé. L'implication organisationnelle, traduction française du terme « commitment » peut-être décrite comme « l'attachement psychologique ressenti par la personne pour l'organisation » (Ruiller, 2008).

Il semble dès lors important d'introduire une notion théorique en ce qui concerne les types d'engagement, Meyer et Allen (1991) en ont nommé et décrit trois principaux,

L'engagement normatif (moral), qui implique un devoir envers quelqu'un ou quelque chose.

L'engagement de continuité (calculé), qui peut être scindé en 2 autres types d'engagement, l'engagement de type « grand sacrifice » et l'engagement par manque d'alternative (calcul des coûts perçus que devrait supporter l'employé s'il devait quitter son service).

Et enfin l'engagement affectif, par la motivation de l'individu et le désir de partager les objectifs et les valeurs au détriment de ses considérations ou intérêts personnels.

La dimension affective de l'engagement est d'après Meyer, Stanley et Herscovitch (2002) un prédicteur clé en ce qui concerne le bien-être au travail et l'intention de partir. Caldwell, Chatman et O'Reilly (1990) avaient également mis en évidence que ce type d'engagement favorisait la stabilité du personnel.

D'après le modèle d'Hackman et Oldam (1975) sur les caractéristiques de l'emploi, la polyvalence et la variété des tâches permettraient de répondre aux besoins psychologiques de l'individu, tel que l'autonomie, le besoin de compétence et de parenté (Decy et Ryan, 1985) et donc d'avoir un engagement affectif plus élevé. Il en est de même en ce qui concerne le soutien et la reconnaissance fournie par l'employeur, au plus il y a un soutien de la part de l'employeur au plus le niveau d'engagement affectif est élevé (Lapalme, Tremblay et Simard, 2009)

Un autre auteur, Attali C. (2014) assimile l'engagement dans le travail au bien-être du travailleur, il les met en correspondance avec respectivement un objectif stratégique et un objectif personnel. L'objectif stratégique représenté par l'engagement va ainsi permettre au bien-être du travailleur de s'épanouir à travers le travail. Ce qui sous-tend une notion constructive de l'engagement dans le bien-être et au-delà dans l'identité. Idée proposée quelques années plus tôt par l'école des relations humaines.

Attali propose aussi la notion d'une paire entre la motivation et la satisfaction d'où résultera un engagement qui serait le moteur du comportement humain. La motivation serait la source et l'implication la conséquence de cette motivation qui avec la satisfaction du but engendreraient ensemble un engagement profond pour le travail créant ainsi une sorte de rétroaction positive.

Etzioni, quant à lui, explique dans son article paru en 2014 sur l'engagement des soldats lors de la guerre en Afghanistan, que pour qu'un engagement ait lieu il faut qu'il ait un sens (positif ou négatif). Sa thèse est qu'il est nécessaire qu'une force influe et guide les individus vers un choix. Le chemin vers l'engagement ne peut se faire sans cette force. Dans son article, ce qui influence les soldats est le sens profond du devoir accompli, la volonté de bien faire et le patriotisme. Valeurs et normes mises en exergue par l'Etat américain.

Un parallèle entre le monde militaire et le monde hospitalier peut être fait. Entre ces deux mondes de travail, il n'y a qu'un pas qui est assez souvent franchi. Beaucoup de notions qui fondent les bases des professions de santé sont similaires au monde militaire, comme la vocation, la disponibilité accrue, les horaires anarchiques...

Nous pensons que les trois types d'engagement peuvent être transposés au service observé. Nous supputons cependant que ces types d'engagement diffèrent en plus de la personnalité du travailleur et du poste qu'il possède. L'observation sur le terrain nous guidera sûrement vers une réponse empirique.

Chaque hôpital ou institution développe ses propres valeurs professionnelles (adhésion aux buts, normes et valeurs de l'institution). Ces valeurs ou autrement dit cette culture d'entreprise peut avoir un impact sur l'implication du salarié dans ses activités professionnelles et donc sur son engagement.

1.2.3 Le soutien perçu et la reconnaissance

Le métier d'infirmier est bien connu comme étant un métier de vocation, il y a dans ce sens une forte identification aux valeurs et aux compétences en lien avec le métier plutôt qu'une identification aux valeurs et aux compétences en lien avec l'organisation. Les infirmiers seraient donc plus sensibles au soutien et à la reconnaissance démontrée par leurs supérieurs.

Pour bien comprendre le contexte, il faut savoir que dans le domaine des soins infirmiers en Belgique, la gestion est en général assurée par un infirmier chef de service qui est lui-même sous la tutelle d'un infirmier-cadre. Le cadre a un rôle orienté vers la planification, la coordination et le contrôle des activités ayant trait aux soins infirmiers.

L'infirmier chef quant à lui, a également ce rôle de planification et de coordination au sein de son service, mais une autre facette de son travail est la gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles de son service et de son équipe. Les membres de l'équipe sont principalement en contact avec leur chef de service qui est pour eux le représentant principal et le plus accessible de la hiérarchie, il est en première ligne, c'est lui qui est directement impliqué dans plusieurs décisions importantes pour son personnel (évaluation du travail, recommandations pour des récompenses ou des promotions, les horaires...). Il dépend donc du chef de service de garantir un bon contact et de garantir un soutien et de la reconnaissance envers les membres de son équipe. Le soutien perçu du supérieur fait référence à la manière dont l'employé se sent valorisé, reconnu et protégé par son supérieur.

La perception d'être soutenu par le supérieur favorise le partage des informations (Cabrera, Collins et Salgado 2006) et développe des attitudes liées au travail telles que la satisfaction et l'engagement et donc influence l'intention de quitter. (Ng et Sorensen, 2008). Selon O'Brien-Pallas et al (2006), offrir aux employés un soutien managérial adéquat est un des facteurs essentiels pour agir sur le roulement du personnel infirmier en milieu hospitalier.

Paillé en 2007 insiste sur le fait que plus une entreprise a une politique de ressources humaines orientée vers le bien-être des employés, moins les employés sont susceptibles de partir pour une autre entreprise. Il s'agit ici du soutien perçu par l'employé.

La reconnaissance est définie dans le Larousse comme « le fait d'admettre la légitimité de quelqu'un ou de quelque chose », elle peut être décrite comme « un sentiment qui incite à se considérer comme redevable envers la personne de qui on a reçu ce bienfait ». Sans aller plus loin dans les explications on peut déjà faire un rapprochement avec le milieu du travail, si une personne quelle qu'elle soit témoigne de la reconnaissance pour une autre cela générera chez cette autre personne un sentiment de « redevabilité, » comme si elle « devait » quelque chose à la personne qui lui a montré cette reconnaissance. En nous basant sur cette simple définition, on peut déjà mettre en avant qu'un supérieur qui se montre reconnaissant envers son employeur est donc plus susceptible d'obtenir un retour positif.

Christophe Dejour (2002), psychiatre qui a orienté ses travaux dans le domaine de la souffrance professionnelle a mis en évidence le caractère fondamental de la reconnaissance dans la sphère du travail. « Les gens se mobilisent dans leur travail parce qu'en échange de leur contribution, ils espèrent une rétribution. La rétribution principale est symbolique ou morale : c'est la reconnaissance. »

Elle serait même un élément essentiel de la santé mentale au travail (Brun et al., 2003). Dejours met en avant dans ses travaux deux types de reconnaissance, la reconnaissance hiérarchique et la reconnaissance des pairs. (Dejours C, 2002).

Une étude réalisée en France auprès d'infirmiers diplômés d'état met en avant qu'un manque de reconnaissance de la part de l'organisation peut avoir des répercussions sur la pénibilité du travail et sur la qualité des soins (Moisson-Duthoit, 2016). C'est également une des principales raisons d'insatisfaction liée au métier d'infirmier qui conduit souvent à l'abandon de cette profession (Borowski et al, 2007).

Cette reconnaissance peut être associée au soutien organisationnel qui regroupe les décisions et la politique des ressources humaines qui font que l'employé sent que ses efforts sont reconnus, son investissement personnel dans le travail valorisé et son bien-être pris en compte. Dans ce sens, les possibilités de formation et de développement personnel sont des pratiques qui peuvent être révélatrices de l'intérêt porté à l'employé par l'organisation et avoir une influence sur le soutien organisationnel perçu, ainsi que le système de rémunération et les conditions de travail tout en favorisant l'engagement. (Tillou C et Igalens J, 2012).

1.2.4 Le climat psychologique

Le bien-être des employés passe par un climat de travail propice, sain et satisfaisant. Le climat de travail serait « La perception qu'a l'individu vis-à-vis des différents aspects de son environnement de travail qui lui sont psychologiquement importants » (Parker et al, 2003). C'est-à-dire que l'employé a sa propre perception et compréhension de l'environnement qui l'entoure, chaque élément aurait plus ou moins d'importance pour lui, ses réactions dépendent de l'évaluation positive ou négative qu'il recevra, ce qui aura une influence sur son comportement au travail et vis-à-vis du travail. (Gagnon et al, 2012).

L'environnement de travail aurait une influence sur le comportement au travail d'un individu, il serait donc réducteur de penser que seules les caractéristiques personnelles pourraient en être responsable.

Concrètement le climat psychologique serait multidimensionnel, un modèle en cinq dimensions a été établi (Gagnon et al, 2012). Ils ont développé un tableau avec les dimensions, les indicateurs clés et la définition, ce tableau est pour moi un résumé complet du modèle.

Dimensions	Indicateurs clés	Définition: dans un climat positif, les employés,....
Nature de l'emploi	Importance	Connaissent l'importance de leur contribution
	Autonomie	Bénéficient d'un degré d'autonomie approprié
	Défi	Utilisent pleinement leurs connaissances
Rôle professionnel	Clarté	Évoluent dans une structure de rôles claire et sans ambiguïté
	Absence de conflits	Travaillent dans un environnement où il y a peu ou pas de conflits liés aux règles et à la structure décisionnelle
	Charge équilibrée	Expérimentent une charge équilibrée de travail
Leadership	Confiance	Entretiennent une relation de confiance et de soutien avec leur gestionnaire
	Insistance sur les buts	Sont régulièrement informés par leur gestionnaire des buts de leur travail et des objectifs d'amélioration
	Facilitation du travail	Peuvent compter sur leur gestionnaire pour faciliter leur travail lorsque nécessaire
Equipe	Chaleur humaine	Sont membres d'une équipe caractérisée par la qualité des relations humaines
	Fierté d'appartenance	Sont fiers d'appartenir à leur équipe de travail
	Coopération	Expérimentent un degré élevé de coopération au sein de l'équipe
Organisation	Innovation	Se sentent encouragés par l'organisation à innover
	Justice procédurale	Ont un sentiment de justice vis-à-vis des décisions qui touchent directement leur travail et leur rôle
	Soutien	Savent que l'organisation cherche à favoriser la satisfaction au travail et la qualité de vie au travail

Ici nous nous intéressons surtout aux dimensions qui touchent au leadership et à l'équipe de travail. Un climat positif de travail est associé à un personnel informé des buts et objectifs, un soutien, une reconnaissance et une rétroaction de la part de l'infirmier-chef. En ce qui concerne les relations avec l'équipe, une fierté d'appartenance, un haut degré de coopération et une chaleur et une ambiance de travail seraient des éléments indispensables au climat de travail satisfaisant. Ces éléments entrent en compte dans la satisfaction au travail et réduiraient donc l'intention de quitter l'organisation et/ou la profession.

Une méta-analyse sur les relations entre le climat psychologique et les attitudes au travail montre qu'une bonne perception du climat psychologique au travail par l'employé aurait un effet positif sur le bien-être au travail, la motivation, la satisfaction, la performance et l'engagement (Parker et al. 2003). Dans la continuité l'intention de quitter en serait donc améliorée.

1.2.5 Le stress au travail

D'après Lazarus et Folkman (1984), « le stress est une transaction particulière entre la personne et l'environnement, dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme taxant ou excédant ses ressources et pouvant menacer son bien-être ».

L'objectif de ce paragraphe est de voir si de fortes tensions perçues par l'individu au travail peuvent accentuer l'épuisement professionnel perçu et par conséquent l'intention de quitter son emploi. Le stress ou syndrome général d'adaptation peut être bénéfique pour l'organisation en jouant un rôle moteur, mais lorsque le stress devient trop intense et tiré en longueur il peut devenir pathologique au point de devenir un facteur clé en ce qui concerne l'absentéisme du personnel. Un absentéisme de courte durée et de longue durée tel que le burnout peut être observé. Le stress de l'environnement de l'hôpital a longtemps été cité comme un facteur clé qui influe sur la satisfaction au travail et la rétention (Stolzenberger, 2003; Unruh, 2005).

L'évaluation du stress professionnel est primordial dans le monde du travail, il concerne la façon dont l'individu évalue l'intensité, la gravité ou encore l'ambiguïté d'une situation.

En 2005 une méta-analyse a fait ressortir une relation entre le conflit vie privée-vie professionnelle et une perception accrue des stressors professionnels (tension entre collègues, pressions, heures supplémentaires) et non professionnels (exigence liée au rôle de parent, conflits familiaux,) (Mesmer-Magnus et Viswesvaran, 2005).

Au plus le salarié aura une gestion efficace en ce qui concerne l'organisation vie privée et professionnelle, au plus ce sera un prédicteur de bon comportements organisationnels, tel que l'implication, l'engagement, la satisfaction.

Cette situation est particulièrement présente dans le secteur des soins de santé (Galletta et al, 2010). Plus les conflits travail-famille sont élevés, plus l'intention de quitter se fait sentir (Greenhaus et al, 2003), (Kilic S, 2014), (Le Flanchec et al, 2015).

Une étude réalisée en 2011 auprès de plus de 600 infirmières issues de différents services hospitaliers a tenté de montrer en quoi l'environnement relationnel peut avoir une influence sur l'épuisement professionnel. L'environnement relationnel englobe dans cette étude trois axes principaux : les relations avec l'organisation, l'entourage et le couple travail-famille. A ces variables indépendantes est rajouté dans l'étude des variables dépendantes, tel que l'assèchement émotionnel (fatigue), le cynisme et l'efficacité professionnelle. Il ressort de cette étude que l'environnement relationnel a effectivement un rôle dans l'épuisement professionnel, tout en y rajoutant des précisions. La relation travail-famille est influencée par le soutien organisationnel, un individu soutenu par son organisation, aura une relation moins conflictuelle entre son travail et sa vie de famille. Pour les 3 variables dépendantes, en ce qui concerne la fatigue on voit qu'une relation conflictuelle entre le travail et la famille peut avoir une incidence. Pour ce qui est de l'enthousiasme et du cynisme ressenti par les individus, on voit que c'est le soutien social et organisationnel qui a une influence, idem pour ce qui est de l'efficacité professionnelle. On remarque que plus un conflit travail-famille est présent, moins l'individu est enthousiaste et efficace, l'individu qui est investi dans son travail est donc plus à risque de développer un burnout. En conclusion de cette étude on voit que le burnout n'est pas seulement une conséquence de difficultés internes de l'individu, mais il peut trouver sa source dans les relations et interactions que l'individu a avec son environnement de travail et familial. Le manager n'est donc pas démuni face à cette problématique, il peut développer des actions susceptibles de diminuer les tensions au travail (management participatif, reconnaissance, soutien...) et diminuer les contraintes pouvant

exister entre le travail et la vie familiale de l'individu (flexibilité des horaires, crèches d'entreprise...).

Dans son article « L'allocation travail-loisir, un outil pour fiabiliser la relation, entre conditions de travail et stress professionnel », Sari Mansour (2015) nous fait part de sa recherche sur la relation entre les conditions de travail et le stress professionnel directement ou au travers du conflit-travail loisir. Cette étude a été réalisée auprès de salariés travaillant dans la restauration ou l'hôtellerie, ce qui est un milieu que l'on peut comparer au milieu infirmier en termes de service donné au client/patient et en termes de conditions de travail (horaire de travail atypique, heures supplémentaires). D'après lui, les conditions de travail sont le principal conflit travail-loisir. Il ressort de son étude que les heures supplémentaires, la charge physique et la demande psychologique induisent un stress dû au conflit travail-loisir. De plus il ressort qu'un soutien hiérarchique efficace diminue le stress du salarié.

Ces différentes recherches s'orientent de manière générale vers les mêmes conclusions. C'est-à-dire que le stress est en partie une conséquence directe des conditions de travail et de la relation travail-vie privée.

1.2.6 La vision du travail à travers les générations

Dans un grand nombre d'articles, les différences générationnelles en ce qui concerne la relation au travail sont abordées, il nous a donc semblé important d'approfondir ce point de vue, car il n'est pas rare dans les organisations actuelles que quatre générations d'employés différentes soient présentes, ces générations doivent pouvoir coopérer entre elles et les managers doivent pouvoir être à l'écoute et répondre aux besoins de toutes ces générations qui ont chacune des attentes différentes en matière de leadership (Society of human resource management, 2009).

Kupperschmidt (2000) définit la génération comme un groupe d'individus qui sont nés aux mêmes périodes et qui, de ce fait, partagent les mêmes expériences d'événements historiques. Ces générations, de par leurs expériences communes (contextes sociétaux et événements marquants de leur époque), partageront des repères et des valeurs qui leur sont propres, le monde du travail n'en est pas épargné, chaque génération aura sa vision du management et de l'organisation ainsi que ses valeurs de travail (Petroulas, Brown, Sundin, 2010).

Pour bien comprendre ces différences générationnelles, nous vous proposons une brève « définition » et explication de chaque génération qui sont présente sur le milieu du travail actuellement.

Il y a en premier la génération Baby-Boomers (1943-1959), c'est une génération caractérisée par un désir d'accomplissement dans le travail et de valorisation sociale liée à la carrière. Respect de la hiérarchie et développement d'un grand sens d'appartenance pour l'organisation où ils travaillent. Ils ont une vision du travail pour la vie. La réussite demande des sacrifices et un travail dur.

Ensuite il y a la génération X : (1959-1977), c'est une génération qui veut apprendre, développer et qui a besoin de défis, de participer aux décisions, d'être gratifiée. Ils cherchent un équilibre entre vie de famille et travail.

La génération Y (1978-1994) est quant à elle une génération ouverte sur le monde, née dans l'hyper commercialisation et la technologie. Cette génération recherche du plaisir dans le travail, nécessité d'un épanouissement professionnel et personnel. Pour eux l'employeur doit avoir quelque chose à offrir et non l'inverse. Leur travail n'est pas leur priorité, ils sont donc plus enclins à changer de travail. Actuellement cette génération est la plus active sur le marché du travail.

Et enfin il y a la génération Z à partir de 1995, c'est une génération qui n'est pas encore fort représentée dans les soins infirmiers étant donné qu'il s'agit des jeunes fraîchement diplômés. Ce serait une génération proche de la génération Y en ce qui concerne le rapport au travail, mais le recul nécessaire pour s'avancer sur de plus amples explications n'est pas encore assez élevé que pour pouvoir en conclure des généralisations.

On peut voir que chaque génération a sa vision du travail et de l'épanouissement personnel.

D'après Baudet (2008), « l'ancien modèle du cadre dévoué à une entreprise et attaché à la sécurité de l'emploi a basculé vers un modèle où l'individu souhaite s'épanouir dans son travail sans y sacrifier sa vie privée ». En 2010, Twenge exprimait que l'arrivée sur le marché du travail de la génération Y risquait d'augmenter les difficultés de fidélisation, car ces jeunes travailleurs semblent plus individualistes et accorder moins d'importance à l'éthique professionnelle ainsi qu'à la place du travail dans la vie. Il s'agirait donc d'une population très mobile, capable de changer facilement de travail pour une meilleure qualité de sa vie privée.

Une méta-analyse (Twenge et Campbel, 2008) a permis de mettre en évidence qu'il semblerait qu'il existe effectivement un décalage entre les valeurs et les motivations des différentes générations présentes sur le marché du travail. Cette méta-analyse décrit les différences de personnalité et de vision du travail, elle permet donc de mettre le doigt sur un problème potentiel, mais elle ne donne aucune piste en termes d'outil de gestion de ces différences. Selon une étude réalisée par la société Kelly Services, pour toutes générations confondues ce n'est pas la rémunération qui entre comme facteur principal pour attirer ou garder un employé. Il s'avère même que ce facteur entre en dernière position (derrière les facteurs bien-être au travail - équilibre vie professionnelle et privée- les opportunités de carrière). Les jeunes fraîchement diplômés ne sont plus seulement appâtés par un salaire attrayant, ils mettent dans la balance les conditions de travail et les contraintes qui peuvent en découler (Petit, 2012). Il faut donc évoluer avec son temps et prendre en considération l'évolution du concept de carrière. Il est démontré que les jeunes actifs sur le marché de l'emploi, étant donné leur niveau d'exigence plus élevé en termes de satisfaction personnelle, ont plus tendance aux changements d'organisation (Bender, 2009).

Une autre étude réalisée auprès d'infirmiers rapporte quant à elle que peu importe la génération à laquelle ils appartiennent, ils sont unis dans leur but premier qui est de prodiguer des soins de qualité au patient. Mais également qu'un besoin de reconnaissance, de valorisation, de respect et d'opportunités de croissance est présent (Peck et al, 2011). Néanmoins, il semblerait que le personnel plus âgé de par son expérience et ses années de carrière qui sont derrière lui est plus susceptible de développer des objectifs de travail réalisables et de voir les choses plus posément et avec plus de recul que la nouvelle génération de travailleurs (Sinem Kilic, 2014).

Dans les résultats de son étude, Jurkiewicz (2000) montre que les actions entreprises par les ressources humaines basées sur les différences générationnelles se sont avérées inefficace. Il suggère même qu'au-delà de la différence de génération il faut prendre en compte les différentes étapes de la vie, qui elles sont semblables pour tous les employés, il s'agit de la progression de carrière, de l'acquisition de responsabilités familiales (cohabitation, mariage, paternité ou maternité, prise en charge de parents) et l'acquisition de responsabilités financières (indépendance, achat immobilier).

Ce qui permettrait mieux de répondre aux besoins et aux attentes des travailleurs en fonction de leur génération, mais surtout de leurs étapes de vie. (Jurkiewicz, 2000).

Une autre approche est celle de la gestion des âges, toutes les entreprises sont concernées par cette problématique, quel que soit leur pyramide des âges, que ce soit par le maintien des compétences ou par l'adaptation des conditions de travail en fonction des caractéristiques des employés. D'après Naegele et Walker (2009), la gestion des âges se définit comme : « une politique générale d'emplois ou de ressources humaines qui aide à créer un environnement dans lequel les employés ont la possibilité de développer leur potentiel sans être désavantagés par leur âge ». Mais avant toute chose, il faut savoir ce qui motive le travailleur à rester ou à quitter l'organisation, qu'il soit jeune ou plus âgé. D'après De Lange (2006), on ne peut pas se limiter à la seule prise en compte de l'âge chronologique pour établir une gestion adéquate des âges au sein de l'organisation, car l'âge serait multifactoriel, il y ajoute la notion d'âge fonctionnel (santé physique-cognitive), d'âge psychosocial (auto-perception et perception sociale), d'âge organisationnel (ancienneté, niveau de compétence) et enfin d'âge qui serait lié au style de vie et à la situation familiale. Si on suit sa logique, l'âge de la personne dépendrait également de plusieurs aspects de la vie indépendants de l'âge chronologique. Il sera donc important dans ce travail de tenir également compte des différents aspects psycho-sociaux et de l'histoire professionnelle du travailleur sans se limiter à la seule notion d'âge et de génération.

Dans une étude de 2010 (Bertrand F, Hansez I., 2010), les auteurs ont voulu voir quels étaient les facteurs d'insatisfaction au départ et à l'intention de quitter en fonction des groupes d'âges. Les résultats de cette étude ont mis en évidence trois facteurs d'insatisfaction qui incitent les employés de tout âge à quitter, il s'agit ; des changements organisationnels, du manque de développement personnel et enfin des facteurs personnels. Ce sont les jeunes (25-35 ans et donc issus de la génération y) qui ont une intention de quitter plus élevée, qui serait dû d'après eux à des possibilités d'emplois plus vastes. Pour eux, il est primordial de mettre en place une gestion des âges dans le but de faire perdurer le partage des connaissances et le transfert d'expertise, il faut tenir compte des caractéristiques personnelles des travailleurs qui évoluent tous différemment mais pas entreprendre des actions ciblées à chaque groupe d'âge dans le but de diminuer l'insatisfaction et l'intention de quitter par la même occasion.

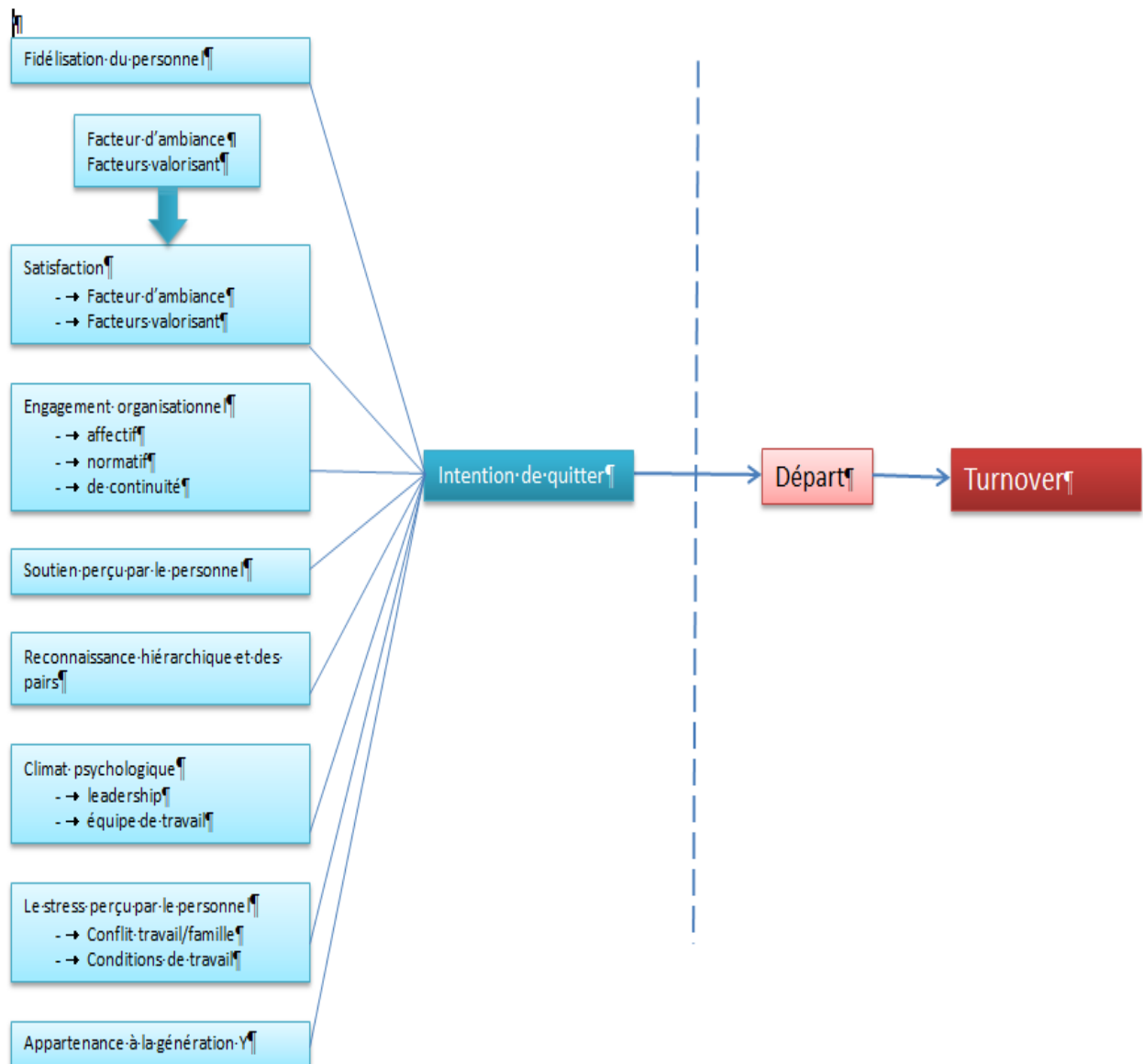
Cette notion de différence générationnelle est abordée de manière récurrente dans les articles consultés, mais le manque de littérature et d'études pertinentes sur le sujet est néanmoins frappant. Devant ses différences de point de vue selon les auteurs, il semble judicieux d'aborder ce sujet dans nos hypothèses afin de vérifier l'influence de cette variable dans l'intention de quitter du personnel infirmier au bloc opératoire et de voir si une telle différence générationnelle est à ce point marquante, car il est approprié de croire qu'une meilleure réponse aux besoins des employés en fonction de leur génération et/ou de leur âge, favorisera la satisfaction des employés et donc une limitation de l'intention de partir. Mais pour ça il est important de voir si une telle différence existe et est ressentie.

1.3 Conclusion

Dans ce chapitre, le but était de faire un brassage des informations disponibles dans la littérature concernant l'intention de quitter le service des infirmiers en salle d'opération. Bien sûr nous n'avons pas la prétention de dire que nous avons été exhaustifs sur le sujet. Les informations sur le sujet sont très vastes et diversifiées, les facteurs qui reviennent de manière récurrente dans la littérature consultée sont ceux qui ont été mis en évidence dans ce travail. Chaque facteur abordé dans cette partie plus théorique est susceptible d'avoir une corrélation avec l'intention de quitter du personnel infirmier en salle d'opération. Les hypothèses ont été formulées sur base des informations récoltées afin de voir si ce que la littérature a apporté comme information est une réalité observée sur le terrain proprement dit.

Elles sont formulées de manière précise et ont un lien direct avec l'intention de quitter. Il est vrai qu'il a pu être observé que ce sujet est très vaste et que tous les sujets s'entremêlent et sont liés entre eux. Par exemple, il a pu être observé que la satisfaction du travailleur est un vecteur de la fidélisation de celui-ci. Donc la satisfaction aurait un lien indirect avec l'intention de quitter mais aussi un lien direct comme mis en avant dans les hypothèses. Tout comme il a été vu que la satisfaction, la reconnaissance et le soutien perçu auraient une influence sur l'engagement du personnel infirmier, engagement qui lui-même aurait une influence sur l'intention de quitter, en particulier l'engagement affectif. Nous avons également mis le doigt sur le fait que le climat psychologique est en lien direct avec l'intention de quitter. Nous avons également tenu compte du stress et plus précisément du stress engendré par le conflit entre le travail et la vie privée. Notre attention s'est également portée sur les différences de perception et de vision du travail qui peuvent apparaître entre les générations présentes sur le marché du travail.

Pour plus de clarté, un tableau conceptuel a été réalisé, il met en évidence de manière très visuelle les liens qui existent entre les facteurs mis en évidence et l'intention de quitter en elle-même.



Pour clôturer ce chapitre nous vous présentons les hypothèses de recherche sur lesquelles nous allons nous baser pour la suite de ce mémoire. Chaque hypothèse est en lien avec un facteur ayant une possible influence sur l'intention de quitter.

- Hypothèse 1: La fidélisation.

Je cherche à vérifier à travers cette hypothèse si il y a un lien entre les pratiques de fidélisation possiblement mises en place pour le personnel et le développement de l'intention de quitter chez le personnel infirmier en salle d'opération, en d'autres termes, lorsqu'un employé développe une intention de quitter évoque-t-il le fait que c'est en lien avec des mauvaises pratiques de fidélisation.

- H 1 : « La fidélisation du personnel est inversement associée à l'intention de quitter du personnel infirmier en salle d'opération ».

- Hypothèses 2 : La satisfaction au travail.

A travers ces hypothèses, je cherche à vérifier s'il y a un lien entre la satisfaction du personnel infirmier au bloc opératoire et l'intention de quitter de ce personnel. C'est-à-dire que je cherche à savoir si le personnel qui développe une intention de quitter est satisfait ou non dans son travail. Je cherche également à savoir si certains éléments comme les facteurs d'ambiance (conditions et climat de travail) et les facteurs valorisants (intérêt, autonomie, carrière, santé) ont une influence sur la satisfaction du personnel, qui par la suite à elle-même une influence sur l'intention de quitter.

- H 2 A : « L'absence de facteurs d'ambiance influence négativement la satisfaction du personnel infirmier au bloc opératoire ».
- H 2 B : « L'absence de facteurs valorisants influence négativement la satisfaction du personnel infirmier au bloc opératoire ».
- H 2 C : « L'absence de satisfaction au travail est associé positivement à l'intention de quitter du personnel infirmier au bloc opératoire ».

- Hypothèse 3 : L'engagement.

A travers ces hypothèse j'ai voulu voir si comme abordé fréquemment dans la littérature, l'engagement affectif est une des formes d'engagement qui a le plus d'influence sur le développement de l'intention de quitter chez le personnel infirmier au bloc opératoire.

Je voudrais vérifier si le personnel qui a une faible part d'engagement affectif est plus susceptible de développer une intention de quitter mais également voir quel type d'engagement est le moins ou le plus rencontré auprès des personnes qui développent une intention de quitter.

- H 3 A : « L'engagement affectif est associé négativement à l'intention de quitter ».
- H 3 B : « L'engagement affectif est la forme d'engagement la moins importante dans le public cible ».

- Hypothèse 4 : Le soutien perçu.

A travers cette hypothèse je cherche à me rendre compte si un lien existe entre le développement de l'intention de quitter auprès du personnel infirmier en salle d'opération et le sentiment de se sentir soutenu, plus précisément je cherche à voir si un employé qui se sent peu soutenu développe une plus grande intention de quitter.

- H 4 : « Le manque de soutien perçu est associé positivement à l'intention de quitter ».

- Hypothèse 5 : La reconnaissance.

Je cherche à voir s'il y a un lien entre la reconnaissance perçue par le personnel infirmier au bloc opératoire et le développement de l'intention de quitter. C'est-à-dire voir si le manque de reconnaissance est un facteur favorisant de l'intention de quitter du public cible. Plus précisément le manque de reconnaissance de la hiérarchie et le le manque de reconnaissance des pairs.

- H 5 A : « Le manque de reconnaissance perçu de la part du supérieur hiérarchique serait associé positivement avec l'intention de quitter du personnel infirmier en salle d'opération »
- H 5 B : « Le manque de reconnaissance de la part des pairs serait associé positivement avec l'intention de quitter du personnel infirmier en salle d'opération ».

- Hypothèse 6 : Le climat psychologique.

A travers cette hypothèse je cherche à voir si la perception du climat psychologique influence le développement de l'intention de quitter du personnel infirmier en salle d'opération. Notamment est-ce que le stress ou le conflit travail-famille qui sont fréquemment abordés dans la littérature peuvent avoir une influence sur l'intention de quitter.

- H 6 A : « Un climat psychologique ressenti comme positif est inversement associé à l'intention de quitter du personnel infirmier en salle d'opération »
- H 6 B: « Le stress perçu comme important pour le personnel infirmier en salle d'opération est associé négativement à l'intention de quitter ».
- H 6 C: « La perception d'un conflit travail-famille est une source de stress majeure pour le personnel infirmier en salle d'opération ».

- Hypothèse 7 : Le travail à travers les générations.

A travers ces hypothèses, je cherche à me rendre compte si d'une part le personnel infirmier au bloc opératoire appartenant à la génération Y est plus à même de développer une intention de quitter, c'est-à-dire les employés qui sont nés entre les années 1978 et 1994, d'autre part je voulais voir si les différentes étapes de la vie peuvent avoir une influence sur l'intention de quitter. Les étapes de la vie sont dans cette hypothèse considérée comme la progression de carrière, l'acquisition de responsabilités familiales (cohabitation, mariage, paternité ou maternité, prise en charge de parents) et l'acquisition de responsabilités financières (indépendance, achat immobilier).

- H 7 A : « Le personnel infirmier en salle d'opération appartenant à la génération Y est plus à risque de quitter le service ».
- H 7 B: « Le personnel infirmier en salle d'opération vivant un passage notoire dans une des différentes étapes de la vie est plus à risque de développer une intention de quitter ».

2. Cadre empirique : « L'intention de quitter » à travers la réalité du terrain

2.1 Introduction

La première partie de ce mémoire a permis de mettre en évidence grâce à la littérature disponible sur le sujet différents déterminants susceptibles d'expliquer l'émergence de « l'intention de quitter le service » dans l'esprit des infirmiers en salle d'opération. Un tableau conceptuel a pu être développé avec ces différents déterminants et a permis l'émergence d'hypothèses de recherche, ce qui a permis d'aborder cette partie théorique de manière orientée. Les hypothèses ont pu être testées grâce à des entretiens réalisés auprès d'infirmiers ou infirmières travaillant exclusivement au sein d'un quartier opératoire et ayant l'intention de le quitter. Ces entretiens ont été réalisés jusqu'au moment où une saturation des données récoltées était observée, c'est-à-dire jusqu'au moment où les entretiens réalisés n'apportaient plus de nouvelles données pertinentes et utiles. Ce procédé a permis de réaliser 12 entretiens au sein de 6 hôpitaux différents.

2.2 Choix de la méthode de récolte des données

Le choix de la méthode qualitative pour la partie empirique n'est pas anodin, la méthode qualitative est une approche empathique qui permet d'explorer comment s'articulent les attitudes, les comportements, les expériences dans le but d'apporter des explications concernant le phénomène observé, qui dans le cas de ce travail est la recherche des déterminants de l'intention de quitter du personnel infirmier en salle d'opération. Etant donné que c'est un sujet à aborder qui peut s'avérer sensible ce type de recherche est appropriée.

Le choix de la méthode de récolte des données s'est porté vers la réalisation d'entretiens semi-directifs. Dans un premier temps un guide d'entretien sur lequel se baser a été créé afin de donner un certain canevas au déroulement de la conversation et ne pas perdre le fil des idées, ni manquer un sujet indispensable, tout en essayant de laisser une liberté de parole à l'interlocuteur afin de créer un climat propice à l'expression la plus libre. En cas de nécessité dans le cours de la conversation des techniques de relance, de reformulation, de clarification et de précision ont été utilisées.

Ce type d'entretien comporte bien entendu des limites, telles que le fait qu'il est plus difficile de tirer des conclusions générales, que ça prend beaucoup de temps mais également que la qualité des données recueillies dépendra de ce que les personnes interrogées veulent bien nous transmettre et des compétences de l'intervieweur. Le choix des personnes interrogées est donc crucial. Sachant les limites, il s'est avéré important d'en tenir compte. Au niveau des avantages, les entretiens permettent de mieux cerner le vécu des personnes, il est vrai que les données qualitatives recueillies de cette manière peuvent être soumises à l'interprétation de la personne qui les analyse, mais elles sont souvent très riches en informations. Ces données permettent de récupérer des informations plus complètes et nuancées en ce qui concerne les expériences sociales et humaines auxquelles un individu peut être confronté. Ce qui dans le cas de cette recherche est très bénéfique car les sujets abordés avec ces employés de bloc lient tant le vécu personnel que le vécu au travail. Ce qui parfois est un sujet délicat qui nécessite un dialogue et une recherche de petits détails qui peuvent être importants et significatifs pour la recherche.

2.3 Echantillon pour la partie empirique

Un critère indispensable a été déterminé, il fallait absolument qu'il s'agisse de soignants infirmiers ou infirmières travaillant en salle d'opération exclusivement, ayant fait une spécialité en salle d'opération ou non et ayant l'intention de quitter ce service. Aucune limite d'âge n'a été imposée, par contre une limite d'ancienneté, les personnes interrogées devaient au minimum avoir travaillé un an en salle d'opération.

Pour entrer en contact avec des répondants ayant les caractéristiques requises, dans un premier temps le réseau social et le bouche-à-oreille a été privilégié. Cette manière de faire a été choisie car l'intention de quitter est un sujet sensible et délicat, il y avait un désir de ne pas passer par la hiérarchie afin de garantir l'anonymat des répondants, leur garantir la discrétion et montrer que j'étais tout à fait extérieure à leur lieu de travail et qu'en aucun cas les réponses obtenues ne seraient ébruitées ou utilisées à d'autres fins. De cette manière un climat de confiance était d'emblée plus facile à obtenir.

Mais le choix de cette méthode a très vite montré une faille, les répondants rentraient tous dans la même tranche d'âge, j'ai d'abord pensé qu'il s'agissait d'un biais lié au fait que le réseau social était fermé et restreint et qu'il y avait des affinités pour des personnes appartenant à ma génération. Un choix a donc été fait de se rendre spontanément dans 2 blocs opératoires (dont

un où je faisais mon stage de management) où des tentatives d'entrée en contact avec des personnes rentrant dans les caractéristiques requises pour l'échantillon ont été faites. J'ai pu y interroger une personne en plus, mais je n'ai pas su pour autant élargir la tranche d'âge de mon échantillon qui est resté entre 25 ans et 39 ans, avec une moyenne de 30,6. Ce qui peut en partie expliquer une de mes hypothèses sur les différences générationnelles, et que je développerai plus tard dans le travail.

Au total 12 entretiens ont été réalisés dans six hôpitaux différents, il y avait un hôpital Bruxellois et cinq hôpitaux du Brabant Wallon. Il y avait 1 homme et 11 femmes. L'ancienneté au bloc opératoire allait de 1 an à 12 ans avec une moyenne de 5,67.

Les personnes interrogées avaient toutes exprimées leur intention de quitter à court ou moyen terme, 4 d'entre elles avaient un projet précis pour leur avenir.

2.4 Le recueil des données

Un premier guide d'entretien a été construit sur base des hypothèses mises en évidence grâce à la partie théorique, ce qui permettait d'avoir un fil conducteur, une voie à suivre lors des entretiens réalisés afin de ne pas oublier d'aborder tous les thèmes importants.

Après deux entretiens test (ne rentrant pas dans les 12 entretiens retenus pour ce travail) je me suis rendue compte que les questions étaient trop nombreuses et trop précises, elles orientaient de manière trop prononcée les réponses des interviewés. Un second guide d'entretien a donc été créé, les questions étaient beaucoup plus générales et vagues. Les entretiens suivants se sont donc beaucoup mieux déroulés.

Les lieux des entretiens étaient variables et en fonction des desideratas des personnes interrogées.

Dix entretiens se sont déroulés au domicile du répondant, un entretien sur le lieu de travail du répondant et un dans un endroit neutre.

La durée des entretiens varie de 21 minutes à 43 minutes avec une durée moyenne de 32 minutes.

La durée des entretiens n'était pas très longue, mais s'est avérée suffisante pour obtenir les informations recherchées. Les répondants savaient en moyenne deux semaines à l'avance quand la date et bien sur le but de l'entretien. D'emblée des réponses et des données intéressantes étaient obtenues, les interventions servaient principalement à préciser certains sujets abordés, à reformuler leurs paroles pour avoir une confirmation de la bonne compréhension ou à obtenir des renseignements sur des sujets que les répondants n'avaient pas abordés.

Il y a quatre personnes interviewées qui n'ont pas souhaité se faire enregistrer. Lors de ces entretiens, j'ai donc pris des notes à la volée et très vite traité les données recueillies pour ne pas perdre un contenu précieux. Pour les huit autres personnes les entretiens ont été enregistrés, dont deux ont été retranscrits intégralement. A titre d'exemples, deux entretiens retranscrits sont mis en annexe 8.5 et les notes de deux entretiens n'ayant pas été enregistrés en annexe 8.6.

2.5 Choix de la méthode d'analyse des données

Les données recueillies lors des entretiens sont des données riches en informations, mais ce sont des données brutes, le sens de ces données n'est pas compréhensible et utilisable d'emblée, elles doivent donc faire l'objet d'un traitement préalable adéquat. Cette analyse des données permettra alors de faire ressortir des informations utilisables pour la recherche.

Il faut savoir qu'une des limites de la recherche qualitative et de l'analyse qualitative des données est le fait que les informations récoltées sont nuancées par la subjectivité des personnes interviewées. De plus, la récolte, le traitement et l'analyse de ces données sont également soumis à la subjectivité du chercheur, plus précisément par rapport à son avis, son opinion, et les à priori qui peuvent orienter par exemple les questions lors des entretiens ou lors de l'analyse des données. Etant donné que j'ai moi-même longtemps travaillé au bloc opératoire, que j'avais mes propres raisons d'en être partie, mes propres expériences et bien sur mon à priori, il a fallu que j'en tienne compte et que je fasse abstraction de mes idées reçues et de mon expérience propre. D'un autre côté, dans cette recherche, c'est néanmoins une force car la salle d'opération est un milieu très spécifique et le fait d'y avoir travaillé a permis avec certaines personnes de se sentir plus comprise et elles ont eu plus de facilités à s'exprimer et à dévoiler certains détails et subtilités.

Les résultats obtenus ne sont bien entendu pas généralisables à toute la population concernée, mais ils peuvent servir d'indicateur pour la population ayant des caractéristiques similaires.

Pour ce mémoire, une analyse interprétative a été choisie, ma subjectivité et les connaissances issues de la littérature consultée au préalable ont permis d'interpréter les données récoltées lors des entretiens.

Des unités d'analyse ont préalablement été créées, c'est-à-dire des rubriques. Dans ces rubriques certains thèmes rencontrés au cours des différents entretiens ont été notés. De cette manière il a pu être observé si des thèmes étaient abordés dans plusieurs entretiens et avoir une vue large de tous les sujets abordés. Afin que l'analyse soit claire et structurée, un tableau comme celui-ci-dessous a été utilisé pour chaque rubrique.

	Rubrique			
	Thème 1	Thème 2	Thème 3	...
Entretien 1				
Entretien 2				
Entretien 3				
Entretien 4				
.....				

2.6 Analyse des données

Cette partie du travail sera abordée à travers les différents facteurs susceptibles de développer l'intention de quitter du personnel infirmier en salle d'opération mis en évidence durant la première partie du travail. Afin de tester les hypothèses qui ont été développées ultérieurement, il faut dans un premier temps dégager et analyser les données brutes recueillies durant les entretiens.

A titre d'exemple, un grand nombre de paroles sur lequel l'analyse a été basée se trouve en annexe 8.4. En annexe 8.5, deux retranscriptions intégrales d'entretiens ont également été mises et en annexe 8.6 se trouve les notes de deux entretiens pour lesquels les personnes ne voulaient pas se faire enregistrer, les notes prises au vol ont été mises au propre pour les analyser par la suite.

Ce qui est repris comme thématique et comme note dans les différents tableaux présenté ci-dessous ne sont pas les verbatims et les paroles des personnes interrogées tels quels, mais bien une première interprétation des dires des interviewés regroupés en thème et par mots clés.

Par exemple, dans un verbatim, une personne interviewée exprime : « Le chirurgien arrive, il dit bonjour à tout le monde mais pas à l'infirmière », ces dires ont été interprétés comme un manque de considération de la part des chirurgiens. De même que « Sentiment d'être à leur service, petite main juste là pour se taire et faire tourner la boutique ». Dans un autre verbatim la personne dit : « c'est un travail solitaire, les seuls moments où on voit nos collègues c'est pendant les pauses, pas l'impression qu'il y a beaucoup de soutien, on travaille seul, on se débrouille seul », ces dires ont été interprétés comme un manque de soutien entre collègues et un travail individuel, pas de sentiment d'appartenance à équipe. Cette manière de travailler et d'interpréter les paroles des personnes interviewées a été utilisée pour tous les entretiens, ce qui a permis d'arriver à la construction des tableaux.

Les tableaux ne sont pas présentés en fonction des hypothèses, mais en fonction des liens établis entre les différents sujets abordés.

2.6.1 L'engagement

L'analyse des données relatives à l'engagement a été faite grâce à un tableau mettant en parallèle les différents types d'engagement (affectif, de continuité, normatif). Est indiqué dans le tableau ci-dessous une synthèse de ce que j'ai pu repérer dans les verbatims qui avait trait à un type ou l'autre d'engagement.

Exemples de verbatims :

« J'ai choisi cette hôpital car il est près de chez moi, mais pas le service, la salle d'op était libre »

« La salle d'op avait des horaires qui étaient compatibles avec ma vie de famille, moins de week-end qu'à l'étage »

« Pas par choix, place qui restait dans l'hôpital, nouveauté, je n'avais pas d'expérience préalable »

Entretiens	ENGAGEMENT		
	Engagement de continuité	Engagement affectif	Engagement normatif
1	Proximité du lieu de travail	Désirs et intérêts de partager son expérience (limité par le fait que la transmission de l'expérience n'est pas favorisée par l'employeur)	
2	Premier travail proche de son domicile. Travail qui lui sert de soutien financier pour réaliser son master en parallèle.		Aménagement des horaires, temps de travail accepté à 50% pour l'aider à réaliser son master->se doit donc de rester là pour le moment
3	Proximité du lieu de travail, très facile pour les trajets (hôpital de son choix pour cette raison, mais pas spécialement en salle d'op)		
4	Actuellement engagement de continuité->avantages salarial.	Au départ engagement affectif, réelle vocation infirmière, partage de valeurs.	
5	Travail avec des horaires qui l'arrange dans son organisation personnelle.		

6	Travail= stabilité et sécurité qui lui permet de faire des projets personnels Moins bons horaires, peu de weekend comparé à l'étage. 7h30 plus facile. Crèche à l'hôpital		
7	Besoin d'un travail stable, fixe, sûr et proche de chez lui.		
8	Devenu un gagne-pain = seule utilité.	Au départ un réel engagement affectif, mais travail qui ne correspond plus à ses valeurs	
9	Proximité domicile		
10	Travail proche du domicile		
11			Devoir de rester là après autant d'années, elle détient les connaissances, ne peut pas « abandonner » son service.
12	Horaires et salaire attrayants Proximité du domicile		Elle va travailler car s'est engagée à le faire.

Ce tableau a permis de montrer à quel type d'engagement appartient chaque personne interrogée, ce qui a mis en évidence que l'engagement de continuité est le principal engagement évoqué auprès du personnel infirmier qui a l'intention de quitter la salle d'op, les arguments principalement retrouvés sont la proximité du lieu de travail du domicile et les avantages personnels que procure ce travail. Ce type d'engagement se retrouve chez toutes les personnes interrogées sauf auprès d'une personne qui exprime un engagement normatif (c'est une ancienne dans le service, elle détient les connaissances et ne peut pas partir dans un contexte de travail où il y a beaucoup de nouveau personnel à former). Dans les 11 personnes présentant un engagement de continuité, 3 personnes avaient au départ de leur travail une part d'engagement affectif, mais qui n'a pas été maintenue sur le long terme, 2 présentent également une part d'engagement normatif.

En ce qui concerne l'hypothèse 3 B « L'engagement affectif est la forme d'engagement la moins importante dans le public cible », on peut voir que pour les personnes interrogées, l'engagement affectif est la forme d'engagement la moins spontanément abordée et mise en évidence par les répondants.

Pour ce qui est de l'hypothèse 3A: « L'engagement affectif est associé négativement à l'intention de quitter », étant donné que les personnes interrogées ont toutes l'intention de partir et que seulement 3 présentent une part d'engagement affectif, tout porte à croire qu'au moins il y a d'engagement affectif, au plus il y a l'intention de quitter.

2.6.2 La reconnaissance

La reconnaissance a également été analysée grâce à un tableau qui met en évidence les différents types de reconnaissances qui ont été abordés durant les entretiens. Ce qui a été indiqué dans le tableau ci-dessous est ce que j'ai pu repérer dans le matériel recueilli ayant trait à une forme de reconnaissance quelle qu'elle soit.

Exemples de verbatims sur lesquels je me suis basée :

« Le chirurgien arrive, il dit bonjour à tout le monde mais pas à l'infirmière »

« Sentiment d'être à leur service, petite main juste là pour se taire et faire tourner la boutique »

« On dit jamais si on a bien travaillé, on nous dit juste si ça va mal, mais si ça va bien on ne le sait pas »

Entretien	RECONNAISSANCE				
	Hiérarchie	Chef direct	Des collègues	Du corps médical	Reconnaissance personnelle
1	Pas d'implication (sentiment d'être oublié par la direction)	Les heures supplémentaires, l'investissement fourni sont reconnu par l'octroi de récupération des heures prestées.	Collègues qui viennent poser des questions.	Très peu (parfois un merci).	Par la nécessité de l'infirmière, elle est indispensable
2				Manque de reconnaissance du corps médical. Pas de reconnaissance de la charge de travail.	

3		Manque de valorisation et de mise en avant des personnes qui ont de l'expérience et des compétences.	Reconnaissance du travail effectué et par le transfert de connaissance ? Collègues qui viennent la voir comme personne de ressource Reconnaissance à travers	Conscient de la charge de travail	
4	aucune	aucune		Reconnaissance de la charge de travail Remerciement.	
5	aucune	aucune		Manque de reconnaissance et de considération.	
6	aucune	aucune		Pas de reconnaissance (ne lui manque pas, c'est pas nécessaire pour elle)	
7	Pas de contact	Manque de valorisation des connaissances, manque d'octroi de responsabilité, pas de confiance.		Pas de reconnaissance du travail fourni, pas de considération « petite main »	
8	Reconnaissance du travail bien fait (ok pour un changement de poste)	Reconnaissance du travail bien fait (défense du personnel)		aucune	
9				Pas de reconnaissance envers le personnel et envers la facilité d'accès au matériel (confort de travail)	
10	Manque de soutien, ne vient jamais, ne sait pas ce qu'il se passe au bloc. Impression d'être des pions.			Un peu de reconnaissance, mais c'est rare. Pas une attente, on sait qu'on n'en a pas.	

11		Reconnaissance des compétences (octroi de responsabilité/faire les commandes)	Peu, travail de nuit-soir Ne connaît pas tout le monde.	Un rare merci. Charge de travail banalisée (c'est normal).	
12		Manque d'octroi de responsabilité. Pas de reconnaissance des capacités.		Pas de reconnaissance (l'investissement de l'infirmière est « normal », il va de soi).	

La reconnaissance hiérarchique est à différencier, il y a la reconnaissance des chefs de services directs et la reconnaissance du niveau supérieur de la hiérarchie du personnel infirmier. La moitié des infirmiers interrogés estime qu'ils n'ont aucune reconnaissance de leur hiérarchie infirmière et de leur chef direct, ce qui est fréquemment abordé est le manque d'octroi des responsabilités. Très peu abordent la reconnaissance des pairs. Par contre il est à noter que seulement une personne sur les 12 estime avoir de la reconnaissance du corps médical. L'importance que les infirmiers au bloc accordent à cette reconnaissance s'explique sans doute par le fait que les chirurgiens et les anesthésistes font partie intégrante du quotidien des infirmières au bloc, ce sont des personnes qu'elles côtoient plus que leur chef ou leurs collègues.

En ce qui concerne l'hypothèse 5. A « Le manque de reconnaissance perçu de la part du supérieur hiérarchique serait associé positivement avec l'intention de quitter du personnel infirmier en salle d'opération », tout porte à croire que la reconnaissance de la hiérarchie a une influence sur l'intention de quitter, mais une recherche plus approfondie serait utile à plus grande échelle pour permettre de préciser ce manque de reconnaissance, notamment en terme d'octroi des responsabilités, sujet fréquemment abordé lors des entretiens.

Pour ce qui est de l'hypothèse 5.B : « Le manque de reconnaissance de la part des pairs serait associé positivement avec l'intention de quitter du personnel en salle d'opération », le peu de témoignages obtenu sur ce sujet ne permet pas de mettre en évidence un lien de cause à effet entre l'intention de quitter du personnel infirmier en salle d'op et le manque de reconnaissance des pairs.

Par contre au vu de ces résultats on se rend compte que le manque de reconnaissance de la part du corps médical est corrélé positivement avec l'intention de quitter.

Nous ne pouvons pas intégrer le corps médical dans la hiérarchie ni dans les pairs, il s'agit ici d'une catégorie de collègues particuliers au bloc opératoire.

2.6.3 Le soutien perçu

Le soutien perçu est également analysé par l'intermédiaire d'un tableau mettant en évidence les différentes sources de soutien évoquées dans les entretiens par les personnes interrogées, il s'agit ici d'une synthèse thématique sur base des verbatims.

Exemples de verbatims sur lesquels je me suis basée :

« Il manque une chef digne de ce nom, à commencer par-là, quelqu'un avec qui on peut aller discuter sans être puni, jugé et surtout qui va pas raconter au reste de l'équipe »

« On n'est pas une équipe, on est un groupe qui partage une tâche et qui partage un endroit »
 « C'est un travail solitaire, les seuls moments où on voit nos collègues c'est pendant les pauses, pas l'impression qu'il y a beaucoup de soutien, on travaille seul, on se débrouille seul »

Entretien	SOUTIEN			
	Chef de service	Collègues	Famille	Patient
1	Aucun, manqué d'intégration dans l'équipe. Feedback négatif (pas positif). Donne seulement des ordres.	En fonction des affinités-clan. Aide logistique=aide	Présence de la famille qui est importante	
2	Aucun, manque de disponibilités sur le terrain. Pas de défense du personnel infirmier.	Aide importante, bonne entente-très bénéfique. Collègues qui servent de soupape		
3	A l'écoute, mais manque de suivi et de soutien sur le long terme, sentiment d'être délaissé. Mauvais exemple au niveau de la solidarité et de l'entraide.	Solidarité, entraide.		
4	Disponible, mais très peu de soutien, Peu d'écoute de l'équipe infirmière.	Soutien entre collègue, très bénéfique.		

5	Aucun, pas de chef. Pas de garde-fou.	Aide entre collègues		
6	Pas de réelle écoute. Ecoute passive	Si besoin de soutien, se tourne vers une collègue avec qui elle a des affinités.	Ne parle pas trop du travail à la maison	
7	Pas de feedback, impression d'être au second rang. Pas de prise en compte de l'avis des infirmières. Aide fournie si nécessaire, mais peu utile	Pas de cohésion, aide si nécessaire dans les cas plus sérieux.		
8	Ok soutien, écoute et disponibilité. Mais pas de soutien de la cadre.	Individualisme, chacun pour soi. Équipe peu soutenant, pas unie	Recherche de soutien auprès de sa famille (mari)	
9	Disponibilité soutien ok.	Travail solitaire, individualiste. Pas de travail d'équipe. Soutien/aide fait volontiers mais à la demande Tout le monde s'investit car manque de personnel		
10	Pas de soutien des chefs directs. Manque de stimulation de la cohésion d'équipe. Sentiment d'être des pions. Que du feedback négatif. Ne dit pas ce qui va bien.	Travail solitaire, individualiste. Pas de travail d'équipe. Aide en fonction des affinités.		
11	Soutien si elle va le chercher, tout est fait pour les nouveaux arrivants, anciens sont délaissés.	Ne les connaît quasi pas, équipe jeune, elle fait souvent les nuits donc voit peu de monde.		
12	Manque de soutien, reste dans son bureau. Infirmière = des petits soldats. Feedback négatif-ordre.	Peu de contact entre collègues, aide en fonction des affinités.	Vie privée/famille/amis	les patients, positifs de pouvoir les déstresser, avoir un sourire.

Au niveau du soutien hiérarchique, ici nous considérons le soutien du chef du bloc opératoire, nous remarquons que seulement deux infirmières sur douze considèrent qu'elles bénéficient d'un soutien de leur chef. Les arguments mis surtout en avant sont le fait d'une part que le feedback du chef est souvent marqué par des éléments négatifs, très peu de feedback positif, il y aurait une communication de ce qui ne va pas, mais très peu de ce qui

va, quatre interviewés sur douze ont émis spontanément cet avis. D'autre part, un manque d'écoute est abordé dans deux entretiens, une infirmière interviewée dit que le soutien du chef est présent, mais qu'il y a un manque de continuité sur le long terme.

En ce qui concerne le soutien des collègues, neuf infirmiers sur douze estiment avoir de l'aide de leurs collègues, mais une nuance est à mettre en évidence, il y a du soutien, mais souvent ça se fait par affinités, en fonction de l'entente avec certaines collègues ou groupe de collègues.

Quatre interviewés évoquent également l'importance du soutien familial, on remarque que pour deux d'entre elles, un manque de soutien est observé au niveau de la hiérarchie et des collègues, le soutien est donc recherché ailleurs, auprès de la famille, des amis ou même pour une d'entre elles auprès du patient.

En ce qui concerne l'hypothèse 4 : « Le manque de soutien perçu est inversement lié à l'intention de quitter », dans la population rencontrée, on peut se rendre compte que les infirmiers qui ont développés une intention de quitter sont pour dix d'entre eux non soutenu par leur hiérarchie, dans ces dix, le soutien des collègues est absent pour trois d'entre eux, dans ces trois restants, deux vont chercher le soutien ailleurs. Tout porte à croire que les infirmiers qui développent une intention de quitter sont des infirmiers qui ne se sentent pas soutenu par leur hiérarchie et dont les autres sources de soutien potentiel sont peu présentes également.

2.6.4 Le climat psychologique et le stress perçu

L'analyse du climat psychologique et du stress perçu a été faite grâce à un tableau où sont mis en évidence les différents facteurs ayant une influence sur ceux-ci d'après les personnes interrogées. L'écoute et l'analyse des verbatims a permis de faire ressortir quatre thèmes importants. En premier lieu il y a la nature de l'emploi qui regroupe les éléments tels que l'importance de la contribution, l'autonomie et le sentiment de défi. En second lieu il y a les éléments tels que la charge de travail et les horaires. Troisièmement les éléments liés au leadership tels que la confiance, la notion de facilitateur du travail, la transmission des valeurs et des buts et la communication. Et quatrièmement il y a les éléments entrant dans la convivialité interne, il s'agit ici de l'ambiance de travail, les contacts et la communication entre les différents intervenants travaillant au bloc opératoire.

Exemples de verbatims sur lesquels je me suis basée :

« Je me vois pas faire infirmière en salle d'op toute ma vie, je me disais que faire ce diplôme ça m'ouvrirait plein de portes pour avoir des postes avec plus de responsabilités »

« Quand on a tout appris, il faut changer » « ce n'est pas agréable se rendre au boulot sans continuer à apprendre quelque chose et se dire c'est toujours la même chose ».

« En situation plus critique, tu cours partout comme une poule sans tête, tout est nickel, tout roule et puis le chef il se barre en jetant sa blouse par terre à côté de la poubelle, bien sûr sans un mot, c'est du respect ça ? »

Entretien	Climat psychologique/stress			
	Nature de l'emploi	Charge de travail/Horaires	Leadership	Convivialité interne
1	Manque de valorisation (nécessité d'une valorisation personnelle) Manque de responsabilité Manque d'autonomie	Organisation familiale qui doit s'adapter aux horaires.		Clans dans l'équipe infirmière, aide des collègues en fonction des affinités Manque de considération (plus de considération pour les assistants)
2	Manque de responsabilité Manque d'autonomie Routine vite installée Sentiment d'inutilité.	Lourds, non compatible avec une vie de famille, faut se lever tôt	Manque de communication	Les médecins sont toujours sur le dos de l'infirmière. Manque de communication entre équipes pluridisciplinaires
3	Manque de valorisation des compétences de l'infirmière Monotonie/routine Manque de responsabilité (pas de possibilités de s'investir d'avantage)	Horaires de gardes chargés. Perspectives de vie de famille compliquées dans ces conditions.	Manque de communication	Manque de communication entre équipes pluridisciplinaires
4	Autonomie dans le travail mais limité par le manque d'octroi de responsabilité.		Manque de communication et de transmission des informations.	Manque de communication entre les équipes pluridisciplinaires.

5	Travail solitaire	Travail lourd, physique	Manque de communication	Manque de communication entre les équipes pluridisciplinaires. Pas de cohésion d'équipe Manque de considération des médecins-distance -infirmière=soupape de sécurité du médecin en cas de tension il se décharge
6			Manque d'écoute empathique	Affinité entre collègues Manque de compréhension-considération des chirurgiens Manque d'un travail en équipe/cohésion (travail solitaire)
7	Manque de valorisation Travail routinier/monotone Manque d'autonomie Manque de responsabilité (alors que demandeur d'en avoir).	Beaucoup d'heures supplémentaires (équilibre grâce à son conjoint qui a des horaires de bureau) Charge de travail importante, non reconnue		Clan dans les équipes, manque de cohésion d'équipe. Manque de communication avec le chef et entre les différentes équipes (anesthésistes, chirurgiens, infirmières)
8	Manque de valorisation. Monotonie dans le travail.	Trop élevée-demande toujours plus. (charge de travail/heures supplémentaires)	Positive, ok écoute, disponibilité	Stress-chirurgiens qui déchargent leur stress sur les infirmières. Pas de considération, manque de respect. Clan dans l'équipe infirmière-individualisme Manque de communication entre équipes pluridisciplinaires. Travail isolé

9	Monotonie Manque de perspective d'évolution	Charge de travail importante Manque de personnel Heures supplémentaires	Disponibilité, mais manque de proactivité. Manque d'intégration dans l'équipe.	-Groupes-clan dans les équipes infirmières. -Manque de cohésion
10	Travail autonome Manque de perspective, d'évolution de carrière. Salaire peu évolutif.	Heures supplémentaires, investissement.		Stress car pas de soutien si situation délicate, si on ne demande pas d'aide, on a rien. Travail individualiste, pas de cohésion d'équipe.
11	Manque de perspective de carrière Manque de responsabilité.	Surcharge de travail Heures supplémentaires Manque de personnel		
12	Manque de responsabilité (pas possible de prendre des initiatives) -Travail autonome, solitaire, individuel	Surcharge de travail Heures supplémentaires	Peu présent Distance Elle ne connaît pas le travail sur le terrain. Manque de communication Manque de transmission des informations.	Contact professionnel avec les médecins, rien à leur dire->manque de respect et de considération des infirmières. Manque de communication entre les médecins (anesthésistes et chirurgiens) et les infirmières Aide des collègues en fonction des affinités Equipe décousue, manque de cohésion. Manque de collaboration

Le climat psychologique au travail est un sujet très vaste qui est influencé par un grand nombre de facteurs.

Premièrement il y a le facteur en lien avec la nature du travail. Cinq personnes évoquent le manque de valorisation de leur travail (une se sent inutile), six évoquent le manque de responsabilité dont deux associées au manque d'autonomie, six évoquent le fait qu'il s'agit d'un travail monotone (deux ne le pensent pas) et enfin deux mettent en cause un manque

de perspective d'avenir. Aucune des personnes interrogées n'est satisfaite de la nature de son travail.

Le second facteur abordé est relatif aux horaires et à la charge de travail. Huit personnes interrogées ne sont pas satisfaites de leurs horaires car ils doivent notamment faire des heures supplémentaires. Six personnes estiment que la charge de travail est trop importante et enfin quatre personnes évoquent le fait que le travail et la vie de famille ne sont pas compatibles. Seules deux personnes n'ont pas parlé de cet aspect de leur travail qui serait en cause dans leur intention de quitter.

Troisièmement il y a le facteur en lien avec le leadership, sur douze personnes interrogées cinq mettent l'accent sur un manque de communication avec leur chef dont un manque de transmission des informations, une sur un manque d'écoute et d'empathie et deux sur le fait qu'il y a un manque d'intégration dans l'équipe de la part de leur chef. Cinq ne se prononcent pas sur cet aspect.

Et en quatrième lieu il y a le facteur lié à la convivialité interne. Sur douze personnes interrogées, dix estiment qu'il y a un manque de cohésion dans l'équipe infirmière, des clans et un manque d'esprit d'équipe, ce qui est fréquemment expliqué par le fait que les infirmières sont seules en salle. Six infirmiers estiment qu'il y a un manque de considération de la part des médecins envers eux. Six estiment qu'il y a un manque de communication entre les équipes pluridisciplinaires, c'est-à-dire entre les anesthésistes, les médecins.

En ce qui concerne notre hypothèse 6 A : « Un climat psychologique ressenti comme positif est inversement corrélé à l'intention de quitter du personnel infirmier en salle d'opération » et à la lueur des données recueillies chez les personnes interrogées, nous pouvons considérer que le climat psychologique néfaste favorise l'intention de quitter. Notre hypothèse 6A « Un climat psychologique ressenti comme positif est inversement corrélé à l'intention de quitter de l'employé » est donc confirmée.

Pour l'hypothèse 6B « Le stress perçu des employés est associé négativement à l'intention de quitter », tout porte à croire que le stress perçu aurait une influence sur l'intention de quitter si on considère que tous ces facteurs de mécontentement en ce qui concerne le climat psychologique sont des stressseurs probables et donc des sources de difficultés pour les infirmiers interrogés.

Et enfin pour l'hypothèse 6C « La perception d'un conflit travail-famille est une source de stress majeure pour le personnel infirmier en salle d'opération », nous pouvons considérer sur base des paroles retenues des personnes interrogées que le conflit travail-famille peut effectivement être vu comme une source de stress mais pas de là à pouvoir confirmer qu'il s'agisse d'une source majeure de stress. Cette hypothèse nécessite une recherche plus approfondie car les données recueillies ici sont insuffisantes.

2.6.5 La satisfaction

La satisfaction est quant à elle également analysée par l'intermédiaire d'un tableau, mais pas seulement, il est important de tenir compte des éléments mis en évidence dans les points précédents qui sont également susceptibles d'influencer la satisfaction. Dans le tableau ci-dessous, les thèmes principalement retenus sur base de l'analyse des verbatim sont le contenu du travail, le ludisme au travail (horaires, intérêts, conditions et le fonctionnement) et enfin le contexte de travail (rémunération, avancement, formation, évaluation, facteurs valorisants).

Exemples de verbatims sur lesquels je me suis basée :

« Le patient passe du statut d'être humain à un statut d'instrument de travail »

« Manque de respect du patient, il est considéré comme une chose sur laquelle on travaille, comme un meuble qu'on doit restaurer »

« J'ai l'impression de courir pour remplir les papiers, les bons de commande, le dossier,... et puis de rien faire de très intéressant et nécessaire pour le patient »

Entretien	Satisfaction		
	Contenu du travail	Ludisme au travail	Contexte de travail
1	Manque de contact avec les patients Déshumanisation des soins Technicité en priorité Trop de travail administratif (papier, informatisation)	Mauvaise communication avec la stérilisation, trop de délai d'attente du matériel. Mauvaise préparation du matériel Manque de matériel Horaires non adaptables	Souhait d'un meilleur salaire.
2			Responsabilité personnelle de se former, faut se débrouiller.

3	Beaucoup d'administratif. Ne retrouve pas le sens premier de son travail.		Possibilité de se former, mais à charge personnelle, alors que c'est un avantage pour l'organisation. Entretien de fonctionnement mis en route, très positif, mais pas appliqué dans la réalité.
4			Responsabilité personnelle de se former, faut se débrouiller.
5	Manque de structure		
6			
7	Patient = une pathologie et pas une personne		Petites formations à un nouveau matériel organisées, sinon aux frais personnels (financier et temps)
8	Perte du sens de son travail, pas de soin pour le patient.		De soi-même, pas pris en charge par hôpital sauf formation déléguées-nouveau matériel
9			Formation chère, à ses frais et pas le temps, manque de personnel
10			Pas de formation proposée, ça doit venir de nous-même. Salaire pas suffisant
11			
12	Manque de contact avec le patient. Manque de respect du patient. Manque d'empathie. Perte de sens de son travail. (patient instrument de travail, plus une personne)	Délai d'attente matériel stérilisation parfois long.	Manque de possibilités d'avoir des responsabilités. Pas de formation, parfois délégué qui viennent expliquer, pas de motivation à se former.

La satisfaction au travail est un concept vaste, les éléments décrits dans ce tableau ne sont pas les seuls éléments pouvant expliquer la satisfaction ou plus particulièrement dans ce cas-ci l'insatisfaction du personnel infirmier en salle d'opération, il faut bien entendu tenir compte des éléments précédents tels que la reconnaissance, le soutien psychologique et le soutien perçu, car ces éléments auront également une influence non négligeable sur la satisfaction de l'employé. Etant donné que ces éléments ne sont pas perçus positivement dans leur intégralité par les personnes interviewées, la satisfaction ne peut donc pas être garantie.

Dans ce tableau le contenu du travail est fréquemment abordé, sept personnes interrogées estiment que le contenu de leur travail n'est pas satisfaisant que ce soit par le manque de contact avec les patients (deux personnes), la déshumanisation des soins donnés au patient (quatre personnes), un surplus de travail administratif (deux personnes) ou encore un manque de structure dans les soins.

Le ludisme au travail est également abordé par deux personnes, cet élément a donc une influence sur l'intention de quitter mais n'est pas prédominant auprès des personnes interrogées.

Par contre le contexte de travail est quant à lui très fréquemment abordé. Pour huit personnes interviewées il y a un manque d'accès à la formation et aux possibilités de se former même personnellement, que ce soit à cause du coût des formations, du temps octroyé pour y aller où encore par un manque de motivation à se former. Deux personnes estiment que leur salaire n'est pas suffisant et une estime que l'évaluation de ses progressions n'est pas satisfaisante.

En ce qui concerne l'hypothèse 2 C. « L'absence de satisfaction au travail est associée positivement à l'intention de quitter du personnel infirmier en salle d'opération », sur base des éléments qui viennent d'être abordés il est possible d'observer un lien entre l'insatisfaction et le développement d'une intention de quitter chez le personnel infirmier en salle d'opération.

L'hypothèse 2 A « L'absence de facteurs d'ambiance (conditions et climat de travail) influence négativement la satisfaction du personnel infirmier au bloc opératoire » est quant à elle explicable, car un lien est établi entre les différents points vus précédemment et la satisfaction, notamment dans le point concernant le climat psychologique et le stress perçu. Il est donc possible de considérer que dans la population rencontrée il y a une insatisfaction liée entre autres aux différents facteurs d'ambiance qui sont perçus négativement.

Il en va de même pour l'hypothèse 2 B « L'absence de facteurs valorisants influence négativement la satisfaction du personnel infirmier en salle d'opération ». Il faut dans ce cas-ci tenir compte des éléments vu dans ce tableau mais également de la nature du travail et de l'engagement qui va notamment montrer quel est l'intérêt du personnel infirmier pour son travail.

2.6.6 La fidélisation

La fidélisation est un élément assez abstrait qui englobe tous les éléments abordés. La fidélisation du personnel dépend des mesures mises en place pour garantir cette fidélité et donc empêcher le développement de l'intention de quitter. Les mesures mises en place ont donc une influence sur l'engagement, la reconnaissance, le soutien, le climat psychologique et la satisfaction. Nous pouvons considérer qu'un infirmier ayant une mauvaise perception de tous ces points n'est pas fidèle à son entreprise et par conséquent qu'il y a un manque de fidélisation. Mon point de vue est que c'est un résumé trop rapide de la situation, afin de tester l'hypothèse 1 « La fidélisation du personnel est inversement associée à l'intention de quitter du personnel infirmier en salle d'opération », il faudrait une étude plus approfondie pour ne pas tirer des conclusions hâtives et non fondées sur des éléments concrets.

2.6.7 L'appartenance à la génération Y

Les entretiens se sont déroulés auprès de personnes dont l'âge variait de 25 à 39 ans (ce qui équivaut en année de naissance de 1979 à 1993). La génération Y comprend des individus nés entre 1978 et 1994. Toutes les personnes interrogées font partie de cette génération Y, nous pouvons donc considérer qu'il y a un lien entre l'intention de quitter et l'appartenance à la génération Y comme évoqué dans l'hypothèse 7 A ; « Les employés de la génération Y sont plus à risque de quitter leur service »

Il est important de mettre en évidence qu'il pourrait s'agir d'un biais lié à la méthode d'échantillonnage, mais vers la fin des entretiens étant donné que je voyais ce biais potentiel, j'ai tenté d'aborder des infirmiers susceptibles d'avoir une intention de quitter au sein d'un bloc opératoire ou j'étais en stage de management, les gens ayant une intention de quitter exprimée appartenaient aussi tous à la génération Y.

En ce qui concerne l'hypothèse 7 B : « Le personnel infirmier en salle d'opération vivant un changement notoire dans une des différentes étapes de la vie est plus à risque de développer une intention de quitter », dans la population interrogée, les raisons familiales ne sont pas évoquées de manière récurrente comme facteur déclenchant une intention de quitter, mais il est à noter que notre population est de manière unanime issue de la génération Y, il s'agit donc de personnes qui ont entre 24 et 40 ans, c'est donc une tranche d'âge où beaucoup de changements s'opèrent que ce soit par l'acquisition de responsabilité, d'indépendance, d'un

mariage, l'achat d'un bien plus onéreux (voiture, bien immobiliers...), ou encore une ou plusieurs naissances. C'est donc une tranche d'âge où de nombreux changements dans la vie privée sont en général observés. Le matériau collecté ne permet donc pas de répondre correctement à l'hypothèse posée, il serait nécessaire d'approfondir le sujet afin d'obtenir des informations précises et utilisables.

2.7 Discussion des résultats obtenus

Dans la discussion, nous allons voir de manière plus approfondie les résultats obtenus et tenter de les comprendre afin de voir ce que les personnes interrogées ont voulu transmettre comme message et comme information.

- L'engagement :

A travers les entretiens réalisés il a été mis en évidence que l'engagement de continuité est l'engagement dominant chez le personnel infirmier interviewé, plus précisément l'engagement de continuité par manque d'alternatives. Les infirmiers interrogés expriment pour la plupart qu'ils ont été travailler dans l'hôpital où ils sont employé actuellement car c'est celui qui se trouve le plus près de leur domicile, c'est donc un avantage et une facilité pour eux. En règle générale quand ils parlent de leur lieu de travail, ils parlent de l'hôpital et non de la salle d'opération en elle-même, seulement deux ont exprimé que la salle d'opération était un premier choix, notamment pour les horaires et le salaire.

Lorsque ce type d'engagement est le principal rencontré, les risques de voir ses employés moins attachés au service sur la durée sont donc augmentés. Dans la littérature, il est mis en avant que la dimension affective de l'engagement est un prédicteur clé de l'intention de partir (Meyer, Stanley et Herscovitch. 2002) dans le sens qu'au plus un employé aura un engagement affectif au moins il développera une intention de quitter.

- La reconnaissance :

En ce qui concerne la reconnaissance, on remarque que c'est la reconnaissance de la part du corps médical, toutes spécialités confondues (anesthésiste, chirurgiens,...), qui est importantes pour les infirmiers au bloc opératoire interrogés, que c'est une reconnaissance qui les touche dans leur travail au quotidien et qui est perçue comme un élément négatif lorsqu'elle vient à manquer.

A travers les entretiens on se rend compte que les infirmiers sont pour ainsi dire blasés, comme si ce manque de reconnaissance était normal ou comme si le travail fourni ne méritait pas d'être reconnu à sa juste valeur. L'infirmier doit se plier aux demandes du corps médical, mais de son côté ne reçoit pas le soutien ou la considération méritée pour son investissement. Le manque de reconnaissance hiérarchique aurait également mais à moindre mesure une influence sur le développement de l'intention de quitter. Or, au début de cette recherche, il a pu être mis en évidence, notamment via les travaux de Christophe Dejour (2002) que les gens se mobilisent dans leur travail parce qu'en échange de leur contribution, ils espèrent une rétribution, c'est-à-dire de la reconnaissance. Une moindre reconnaissance accentuerait donc l'intention de quitter et aurait également une influence sur la satisfaction de l'employé et par la suite sur son engagement au travail.

- Le soutien :

Au niveau du soutien perçu pour les infirmiers développant une intention de quitter c'est principalement le manque de soutien de la part de la hiérarchie qui est évoqué. Souvent ce sont les échos ou les informations négatives qui sont communiquées, mais très peu de remerciements, d'encouragements. Ce qui revient également dans beaucoup d'entretien est le manque de présence de la chef directe sur le terrain quand une aide s'avère nécessaire, que ce soit en cas d'urgence ou de situations plus délicates. Le manque de soutien de la part des collègues est quant à lui présent également mais de manière plus subtile, car le manque de soutien se fait sentir par le fait que les relations et l'aide entre collègues est fortement influencée par les affinités d'entente préexistantes. Ce qui met bien en évidence que la stimulation d'une bonne cohésion d'équipe est très importante. Comme nous avons pu voir préalablement dans la littérature, les infirmiers de par la nature de leur travail sont plus sensibles aux marques de reconnaissance et de soutien de leur hiérarchie ce qui explique en partie le fait que ce soit le manque de soutien le plus fréquemment abordé auprès de la population interrogée.

- Le climat psychologique :

Le climat psychologique est quant à lui perçu négativement par les infirmiers ayant développé une intention de quitter, plusieurs facteurs entrent en ligne de compte comme la communication avec le leadership, la communication entre les équipes pluridisciplinaires présentes au bloc opératoire, la cohésion de l'équipe infirmière, le manque de considération, les horaires pénibles, la charge de travail et enfin les aspects relatifs à la nature du travail. Il faut également inclure le soutien, la reconnaissance qui a également une influence sur le

climat psychologique de manière générale. Etant donné que la perception du climat psychologique a un effet sur le développement de l'intention de quitter, il ne faut pas en négliger ses différents aspects. De même que le climat psychologique est imbriqué et a une influence sur la satisfaction.

- La satisfaction :

On remarque que les infirmiers au bloc opératoire ayant développé une intention de quitter sont marqués par une insatisfaction frappante sur des points très variés. Or, au début de cette recherche, il a nettement été mis en évidence que la satisfaction est un prédicteur du turnover en personnel. La satisfaction a également une influence sur l'engagement, un employé satisfait aura plus de prédisposition à développer un engagement propice et donc limitant l'intention de quitter.

Une constatation évidente est que tous ces différents éléments s'entremêlent et ont une influence réciproque, il est donc judicieux dans le management d'une équipe d'infirmiers au bloc opératoire de savoir quels sont les éléments les plus problématiques et de développer des stratégies d'action ciblées et diversifiées.

2.8 Conclusion

Durant toute cette partie empirique nous avons analysé les différents facteurs mis en évidence dans la littérature susceptible de faire émerger une intention de quitter du personnel infirmier en salle d'opération à travers les données récoltées auprès des personnes interrogées par l'intermédiaire d'entretiens semi-directifs. Ces analyses nous ont permis d'obtenir les éléments nécessaires pour répondre à nos hypothèses de départ mais elles nous ont également permis de mieux comprendre les mécanismes menant au développement de l'intention de quitter en tant que tel auprès de la population interrogée.

Au fil de l'analyse des résultats, on se rend compte que c'est un enchevêtrement de multiples facteurs qui conduisent à l'intention de quitter, en tout cas dans notre population interrogée. Identifier un facteur prédominant n'est pas possible, d'autant plus que tous les éléments observés ont une influence l'un sur l'autre.

3. Limites de la recherche

Les limites auxquelles j'ai dû faire face dans cette recherche sont de plusieurs ordres, en tout premier lieu il faut tenir compte du fait que pour ma part c'était la première recherche qualitative que j'ai dû mener de A à Z, j'ai été confrontée à tout un tas de nouvelles expériences et de nouvelles méthodes qui ne m'étaient pas familière, à des problèmes et à des questionnements auxquels je n'avais pas pensé dès le départ. La première limite vient donc du chercheur en tant que tel. Une plus grande expérience et expertise que ce soit dans l'élaboration des hypothèses, du guide d'entretien ou tout simplement dans l'analyse des données aurait sans aucun doute permis de faire ressortir un plus grand nombre d'informations pertinentes et utilisables.

La seconde limite est que toute recherche qualitative ne permet pas une généralisation mais permet d'obtenir des pistes à prendre en considération. De plus la taille de mon échantillon ne permet pas une représentativité complète de la population.

Troisièmement, une des limites est la nature particulière de l'échantillon en termes d'âge. Toutes les personnes interrogées appartiennent à la génération Y. Afin de garantir qu'il ne s'agisse pas d'un biais lié à ma méthode de sélection des personnes interrogées, il serait intéressant de tester l'intention de quitter à travers toutes les générations ou de manière aléatoire peu importe l'âge de la personne.

Les résultats obtenus dans cette recherche permettent de se faire une idée des facteurs qui développent une intention de quitter chez le personnel infirmier au bloc opératoire. Les informations récoltées vont pouvoir permettre à des managers d'équipe de bloc opératoire d'avoir des pistes d'actions et peut-être une autre vision de la manière dont ils gèrent leur équipe, qui serait sans doute plus en conformité avec les attentes et les besoins du personnel.

4. Recommandations

Comme dit précédemment ces résultats ne sont pas généralisables ni applicables à toute la population concernée, mais les informations obtenues auprès des personnes interrogées durant la recherche empirique permettent de voir quels sont les éléments susceptibles de faire émerger une intention de quitter chez le personnel en salle d'opération. Il est, dès lors, possible de proposer des recommandations, que ce soit pour les organisations de manière plus générale ou que ce soit de manière plus proche et personnelle pour les différents chefs et managers de telles équipes.

Par exemple, en ce qui concerne l'engagement ; la dimension principalement rencontrée est l'engagement de continuité. Etant donné que ce type d'engagement n'est pas aussi propice au maintien du personnel que les dimensions normatives et surtout affectives de l'engagement, il semble judicieux de mettre en œuvre des actions dont le but est de les stimuler d'avantage. Comme par exemple une plus grande adhérence aux valeurs de l'hôpital, un leader/manager qui inspire confiance, à l'écoute, qui communique, qui donne envie de se dépasser et qui motive le personnel à rester à son poste. Mais aussi des initiatives d'équipe et l'évaluation du travail fourni. L'offre de travail pour le personnel infirmier ne manque pas, agir sur l'engagement de continuité n'est pas à exclure totalement non plus afin de concurrencer le marché de l'emploi, notamment en proposant des avantages comme les crèches d'entreprise, la flexibilité des horaires, les primes, les chèques repas ou autres.

L'engagement est stimulé par les autres éléments qui ont été abordés tout au long de cette recherche, tels que la satisfaction, la reconnaissance, le soutien, le climat psychologique et le stress perçu. Il y a bien entendu des éléments sur lesquels le gestionnaire et l'organisation peuvent avoir une influence et d'autre pas.

Dans un premier temps, au niveau du climat psychologique, il y a la nature du travail qui était un élément très fréquemment évoqué négativement par les personnes interrogées. Il s'agit d'un élément sur lequel le gestionnaire peut agir, notamment en accordant plus de responsabilité dans le travail, une variation des tâches et par la même occasion valoriser le travail fourni et, bien sûr, le reconnaître. Le gestionnaire peut également agir sur la convivialité interne en stimulant la cohésion d'équipe et en favorisant la communication. Il peut également permettre une meilleure répartition de la charge de travail.

C'est le gestionnaire qui a les cartes en mains pour améliorer le climat psychologique et les stressors auxquels est soumis son personnel. Le gestionnaire doit être à l'écoute de son équipe et être un observateur actif et facilitateur du travail. Par exemple en ce qui concerne les relations avec le corps médical, il doit garantir un respect du travail fourni et une bonne communication entre les équipes pluridisciplinaires.

Un climat positif de travail est associé à un personnel informé des buts et objectif, un soutien, une reconnaissance et une rétroaction de la part de l'infirmier-chef. En ce qui concerne les relations avec l'équipe, une fierté d'appartenance, un haut degré de coopération, une chaleur et une ambiance de travail seraient des éléments indispensables au climat de travail satisfaisant. Ces éléments entrent en compte dans la satisfaction au travail et réduiraient donc l'intention de quitter l'organisation et/ou la profession.

D'un autre côté, d'un point de vue managérial, il est difficile d'agir sur certains facteurs comme le salaire qui dans les hôpitaux est défini selon un indice barémique où d'agir sur les raisons privées qui, comme elles l'indiquent, ne sont pas du domaine professionnel. L'axe principal sur lequel il est facile et nécessaire d'influer est celui relatif aux facteurs dépendant du travail. Dès lors, les facteurs tels que l'engagement, la motivation, la reconnaissance, la satisfaction ainsi que le développement d'une culture d'entreprise, deviennent des enjeux que le manager se doit de comprendre et de maîtriser. Tous ces facteurs sont interconnectés et étroitement liés l'un à l'autre et ont un effet indéniable dans le cheminement et la réflexion que se fait l'employé quant à l'émergence de l'intention de quitter son lieu de travail.

En ce qui concerne la reconnaissance au travail, c'est au gestionnaire d'arriver à la créer afin que le personnel se sente bien au travail en diminuant les situations de pénibilité et de souffrance. Ce qui permet d'augmenter l'efficacité et l'engagement émotionnel des employés et est donc un bénéfice non négligeable pour l'organisation en influençant la performance et la productivité (Dejours C, 2002). Le gestionnaire, dans ce cas-ci particulièrement, doit essayer d'avoir un rôle diplomatique de facilitateur entre les équipes pluridisciplinaires travaillant en collaboration au bloc opératoire, notamment en facilitant la communication et en stimulant la reconnaissance et le respect entre ces différentes équipes de travail qui doivent être vues comme complémentaires et non pas comme substituables et impersonnelles.

La reconnaissance peut être associée au soutien organisationnel qui quant à lui regroupe les décisions et la politique des ressources humaines qui font que l'employé sent que ses efforts sont reconnus, son investissement personnel dans le travail valorisé et son bien-être pris en compte. Dans ce sens, les possibilités de formation et de développement personnel sont des pratiques qui peuvent être révélatrices de l'intérêt porté à l'employé par l'organisation et avoir une influence sur le soutien organisationnel perçu, ainsi que le système de rémunération et les conditions de travail tout en favorisant l'engagement (Tillou C et Igalens J, 2012).

Il faut néanmoins tenir à l'œil que certains aspects de la vie privée du personnel ont également une influence sur le stress perçu et influencent entre autre le conflit vie privée/vie professionnelle. L'employeur peut intervenir sur certains aspects capables de diminuer ce conflit, mais n'est en aucun cas capable d'intervenir sur les facteurs de la vie privée qui polluent le stress ressenti par le salarié. C'est la gestion de cette interface entre vie privée et professionnelle par le salarié lui-même qui est également une source de conflit et de stress. Chaque employé est différent, un travail à la carte serait l'idéal, mais irréalisable dans la vie réelle, mais dans la mesure du possible il faut essayer de s'adapter à chaque cas.

C'est dans cette optique qu'entre en jeu la fidélisation, c'est un des facteurs susceptible d'avoir une influence sur l'intention de quitter mais que je n'ai malheureusement pas pu analyser comme je l'aurais voulu dans ma partie empirique, néanmoins, dans la littérature beaucoup d'informations circulent à ce sujet, notamment L.Giraud dans son article «la fidélisation des ressources humaines en période de crise économique » (2012) qui donne des pistes en ce qui concerne les processus de fidélisation. D'après lui, les organisations fidélisent indirectement que ce soit via la transmission des valeurs de l'entreprise auxquelles le salarié adhère ou non, via la possibilité qui est donnée aux salariés de suivre des formations, c'est-à-dire en travaillant sur le développement des collaborateurs, via le feedback, la communication et la reconnaissance du travail, ce qui englobe également le fait d'avoir un gestionnaire efficace présent et à l'écoute de son personnel.

Les organisations et les gestionnaires ne sont donc pas dépourvu de moyens afin de faciliter le travail de ses employés et de limiter le développement de leur intention de quitter, mais c'est un travail qui demande de l'investissement, de l'empathie, de la patience, de la compréhension et une vision sur l'avenir à long terme.

5. Perspectives

Il va sans dire que toute recherche permet d'obtenir des connaissances supplémentaires mais fait également surgir de nouveaux questionnements et de nouveaux sujets à creuser plus en profondeur. Cette recherche ouvre donc de nouvelles perspectives et points de vue à explorer.

Dans l'avenir, des recherches complémentaires peuvent être faites, notamment en ce qui concerne l'engagement, il serait intéressant de voir dans une équipe d'infirmiers au bloc opératoire quel est la dimension principale d'engagement qui est observée, afin de voir s'il est réellement utile d'avoir une action sur la dimension affective dans le désir des managers à diminuer l'intention de quitter de leurs employés.

La fidélisation reste un point à développer car si la fidélisation est liée à l'intention de quitter, les mécanismes qui y mènent sont complexes, une recherche de plus grande envergure et plus précise sur les données à obtenir serait indispensable.

Comme dit précédemment, il serait intéressant de tester l'intention de quitter à travers toutes les générations ou de manière aléatoire peu importe l'âge de la personne. Dans le but de voir s'il existe une réelle différence générationnelle et dans ce cas savoir quels sont les attentes et les besoins de chacune d'entre elles.

6. Conclusion de la recherche

Au tout début de ce travail, une explication a été donnée sur les raisons qui ont motivées le choix de ce sujet ainsi qu'une explication des raisons qui ont poussées à vouloir s'intéresser aux facteurs déterminants de l'intention de quitter pour le personnel infirmier en salle d'opération. Il y avait notamment le fait que j'ai moi-même travaillé pendant plusieurs années en salle d'opération et que le turnover infirmier y était impressionnant, ce n'était pas toujours facile à gérer émotionnellement et pratiquement dans le travail de tous les jours.

Le but de ce mémoire était donc de comprendre les facteurs faisant émerger une « intention de quitter » la salle d'opération pour le personnel infirmier y travaillant, c'est-à-dire mettre à jour les raisons qui sont à l'origine de cette intention de quitter. Quels sont les facteurs déclencheurs favorisant un tel turnover et cette envie de partir vers d'autres horizons professionnels? Quelle est la place du manager et ses responsabilités face à un tel phénomène ? Quels sont les moyens qui sont à sa disposition? Connaître les causes de départ possible, permettre de mettre le doigt sur les insatisfactions du personnel et les incitants au départ.

Dans un premier temps une consultation de la littérature a été réalisée afin de voir ce qui avait déjà été dit sur le sujet et les recherches qui avaient déjà été menées préalablement. Cette étape cruciale a abouti au développement d'hypothèses de recherche. Sept sujets principaux ont été retenus comme facteurs hypothétiques déterminant l'intention de quitter du personnel infirmier en salle d'opération. Il s'agit de la fidélisation, de la satisfaction au travail, de l'engagement, du soutien perçu, de la reconnaissance, du climat psychologique et de l'appartenance générationnelle.

Par la suite, dans la partie empirique, ces hypothèses ont été testées par l'intermédiaire d'entretiens semi-directifs menés auprès de 12 infirmiers travaillant dans différents blocs opératoires et ayant une intention effective de quitter leur service. Aucune limite d'âge n'a été imposée, par contre une limite d'ancienneté a été fixée ; les personnes interrogées devaient au minimum avoir travaillé un an en salle d'opération. Pour entrer en contact avec des répondants ayant les caractéristiques requises, le bouche-à-oreille a été utilisé. Un guide d'entretien a été réalisé pour donner un certain canevas au déroulement de la conversation, pour ne pas perdre le fil des idées, ni manquer un sujet indispensable, tout en essayant de laisser une liberté de parole à l'interlocuteur afin de créer un climat propice à l'expression.

En cas de nécessité dans le cours de la conversation, des techniques de relance, de reformulation, de clarification et de précision ont été utilisées.

Les résultats obtenus ne sont pas généralisables puisque le nombre de personnes interrogées est assez restreint.

Il a été mis en évidence que l'engagement affectif n'est pas le type d'engagement principal rencontré mais bien l'engagement de continuité.

Un manque de reconnaissance et de considération de la part de l'équipe médicale ont été fortement pointés du doigt. La reconnaissance hiérarchique l'est également mais à moindre mesure.

Concernant le soutien, c'est le manque de soutien de la part de la hiérarchie et des chefs qui a été évoqué, notamment par un manque de feedback et d'écoute. Pour ce qui est du soutien des collègues il serait à stimuler de manière plus uniforme car il se fait principalement par affinité.

Le climat psychologique est quant à lui décrit comme négatif à cause d'un manque de responsabilité, d'autonomie et de valorisation et de la monotonie du travail qui seraient fortement ressentis par le public cible. A ce sujet, la charge de travail due aux heures supplémentaires est également abordée, tout comme la cohésion d'équipe et la communication entre équipes pluridisciplinaires.

La satisfaction au travail n'est pas idéale, et même s'il s'agit d'un élément très vaste et subjectif, les éléments principaux ayant un effet négatif sur cette satisfaction sont le contenu du travail, le ludisme au travail et le manque d'accès à des formations.

Au niveau de l'appartenance générationnelle les personnes interrogées sont toutes issues de la génération Y, génération plus susceptible de changer de travail.

La fidélisation quant à elle est un élément qui a été difficilement analysé dans la recherche empirique.

Prendre conscience de l'existence de certains facteurs déterminants de l'intention de quitter et en tenir compte permet de bien manager et minimiser le risque de voir les infirmiers quitter leur travail. Cette recherche met en évidence certains facteurs évoqués fréquemment et susceptibles d'influencer cette intention de quitter. Des recommandations pour les organisations et les managers ont également été proposées.

Je tiens également à dire que cette recherche m'a permis de découvrir un pan de la recherche qualitative, ce type de méthode m'était totalement inconnue. Bien sûr nous avons vu ce genre de méthode durant nos cours de master, mais pour la mener à bien correctement et en connaître tous les détails il faut la réaliser depuis le début, s'investir, se questionner, se l'approprier et faire preuve d'empathie et du recul nécessaire.

7. Bibliographie

AIKEN L.H., Clarke S.P., Sloane D. M., Sochalski J et Silber J.H. (2002) *Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction*, Jama, 288 (16).

ATTALI C. (2014) *L'engagement des salariés*, disponible sur le site du CREG à l'adresse : <http://www.creg.ac-versailles.fr/L-engagement-des-salaries> et consulté le 12/09/2016.

BENDER A.-F. (2009) *Le rapport au temps de travail des jeunes salariés*, in *En âge de travailler – recherches sur les âges au travail*, Ed. AGRH – Vuibert, 197 pages, p. 65-79.

BERTRAND F., HANSEZ I. (2010) *Facteurs d'insatisfaction incitant au départ et l'intention de quitter le travail : analyse comparative des groupes d'âge*. Le travail humain 2010/3, (vol. 73, p. 213-237.

BRUN, J.-P. et al. (2003) *L'évaluation de la santé mentale au travail : une analyse des pratiques de gestion des ressources humaine*», Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.

CABRERA A , COLLINS C., SALGADO J. (2006) *Detreminants of individual engagement in knowledge sharing*. International journal oh human resource management, Feb 2006 Vol 17, issue 2, p 245-264.

CALWELL D., CHATMAN J., O'RRILLY C. (1990) *Building organizational commitment: a multi-firm study*. Journal of occupational psychology - 63, 1990, p.245-261.

Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers. Notre santé, notre avenir : un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes. (2015), Disponible sur : http://www.hs-sg.gc.ca/hcs-sss/alt_formast/hpb-dgps/pdf/pubs/2002-cnac-cccsi-final/2002-cnac-cccsi-final-fra.pdf

DECI E., RYAN RM., (1985) *Intrinsec motivation and self-determination in human behavior*. New-York : Edition Plenum press.

DEJOURS C., *De la reconnaissance à l'estime de soi*. Sciences Humaines N°131, Octobre 2002.

ESTRYN-BEHAR M.,(2008) , *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*. Résultats de l'enquête presst-next. P 387.

Enquête kelly service sur le turnover et le bien être : disponible sur le site : www.kellyservices.fr

ETZIONI A., (2014) *Rules of engagement and abusive citizen*. Features 4(4) p 87-102 disponible à l'adresse: [HTTP://www.cionet.org/attachments/25044/uploads](http://www.cionet.org/attachments/25044/uploads) consulté le 21/01/2018.

FISHBEIN M & AJZEN I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: an introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.

FOURNIER C., (2011), *La prise en compte des motivations des élèves soignants : éléments clé d'un recrutement et d'une fidélisation réussie*. Journal d'économie médicale 6/2011 (Vol. 29), p. 323-335

GAGNON S., PAQUET M., COURCY F., (2012) *Climat psychologique et santé du milieu de travail*. Acte de congrès à l'association internationale de psychologie du travail de langue française. Disponible en ligne : http://criso.ca/CMS/Media/69_14_fr-CA_0_123.pdf consulté le 12/12/2018.

GIRAUD L. et al., (2012), *La fidélisation des Ressources Humaines en période de crise économique*. Revue de gestion des ressources humaines 2012/2 (N° 84), p. 44-60. DOI 0.3917/grhu.084.0044

GREENHAUS J. H., COLLINS K. M., SHAW J. D., (2003), "The relation between work-family balance and quality of life, Journal of Vocational Behavior, 63, 510-531.

GRIFFETH RW, HOM P. GAERTNER S, (2000): *A meta-analysis of antecedents and correlates of employee turnover*. Journal of management, 06/2000, vol. 26, numéro 3.

HACKMAN, J. R., & OLDHAM G. R., (1975), *Development of the Job Diagnostic Survey*, Journal of Applied Psychology, 60, 159-170.

HANSEZ L., BERTRAND F., DE KEISER V. , PEREE F. , (2005), *Fin de carrière des enseignants : vers une gestion du stress et des retraites prématurées, le travail humain*, Université de Liège.

HAYES L.J., O'BRIEN-PALLAST L., DUFFIELD C., SHAMIAN J., BUCHAN J., HUGHES F. et al., (2006), *Nurse Turnover: a literature review*, International Journal of Nursing Studies 43(2), 237–263.

JURKIEWICZ, CAROLE L., (2000) *Generation X and the public employee*. Public personnel management, vol 29, numéro 1.

KILIC S., (2014), *Perception de l'équilibre travail – hors-travail et satisfaction au travail*, Management & Avenir 2014/3 (N° 69), p. 89-105.

KRAMER M, SCHMALENBERG C.E., (2002) *Best quality patient care. A historical perspective on magnet hospitals*. Nurs Adm, vol 29, page 275-87.

KUPPERSCHMIDT, B.R, (2000), *Multigeneration Employees: Strategies for Effective Management*, The Health Care Manager, n°19, pp.-65-76.

LACHANCE, R. (2011). *Le rôle de la marque employeur comme agent de fidélisation des ressources humaines*

LAPALME ME, TREMBLAY M, SIMARD G, (2009) : *The relationship between career plateauing, employee commitment and psychological distress: the role of organizational and supervisor support*. International journal of human resource management, vol 20, issue 5, page 1132-1145.

LAROUSSE (s.d). *Motivation*. Disponible à l'adresse :

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/motivation/52784> consulté le 11/11/2017

LAROUSSE (s.d). *Turnover*. Disponible à l'adresse :

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/turnover/80298> consulté le 14/11/2017

LAZARUS R., FOLKMAN S. (1984), *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company. 456 p.

Le FLANCHEC A. et al, *Favoriser la satisfaction au travail : les apports de l'enquête REPONSE 2011*. Management et avenir, 2015/7 (N°81), p.37-55.

MEYER J. P., STANLEY D. J., HERSCOVITCH L., TOPOLNYSKY L., (2002), *Affective, continuance, and normative commitment to the organization: A meta-analysis of antecedents, correlates, and consequences*, Journal of Vocational Behavior, 61, 20-52.

MAERTZ, C. P., & BOYAR, S. L. (2012), *Theory- driven development of a comprehensive turnover-attachment motive survey*. Human Resource Management, 51(1), 71-98.

MEER J., ALLEN N., (1991), *A three component conceptualization of organizational commitment*, Human resource management review, 1, 1991, p. 24-33.

MESMER-MAGNUS J. R., VISWESVARAN C. (2005), *Convergence between measures of work-to-family and family-to-work conflicts: A meta-analytic examination*. Journal of Vocational Behavior, Vol. 67, N°2, pp. 215-232.

Mobley W. H., Griffeth R. W., HAND H. H., MEGLINO B. M., (1979), *Review and conceptual analysis of the employee turnover process*, Psychological Bulletin, 86(3), 493-522.

NAEGELE G., WALKER A., (2009) *Social policy in ageing societies: Britain and Germany compared*.

NEWMAN K., MAYLOR U., CHANSARKAR B., (2002), *The nurse satisfaction, service quality and nurse retention chain: implication for management of recruitment and retention*, Journal of Management in Medicine, 16(4), 271-291.

PARKER C.P., BALTES B.B., YOUNG S.A., HUFF J.W, ALTMAN R.A., LA COST H.AA et al., (2003) *Relationship between psychological climate perception and work outcomes, a meta-analytic review*, Journal of organizational behavior. Issue 24: pg 389-216

PAILLÉ P., (2007) *Les relations entre le soutien organisationnel perçu, les comportements de citoyenneté organisationnelle et l'intention de quitter l'organisation*, Bulletin de psychologie 2007/4 (Numéro 490), p. 349-355. DOI 10.3917/bupsy.490.0349

PAILLÉ, P., (2011), *La fidélisation des ressources humaines : les dimensions négligées*. In P. Paillé (Éd.), *La fidélisation des ressources humaines : Ap- proches conceptuelles et recherches empiriques*. (p. 119-136). Québec: Les Presses de l'Université Laval.

PETROULAS E, BROWN D, SUNDIN H (2010):, *Generational Characteristics and Their Impact on Preference for Management Control System*, Australian Accounting Review, vol. 20, n°3, pp.-221-240.

PERETTI J. M. (2011). *Dictionnaire des Ressources Humaines* (6e éd.). Paris : Vuibert.

PETIT R, *Le développement du couple attractivité-fidélisation des organisations auprès des jeunes entrants sur le marché du travail : Eléments de réponse aux problématiques générationnelles*, RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise 2012/4 (n°4), p. 3-26. DOI 10.3917/rimhe.004.0003

POULAIN-REHM, T. (2012). *Les théories de la fidélisation*. In J. Allouche (Éd.), *Encyclopédie des ressources humaines* (3e éd., p. 611-617). Paris : Vuibert.

RUILLER, C., (2008), *Le soutien social au travail : conceptualisation, mesure et influence sur l'épuisement professionnel et l'implication organisationnelle : l'étude d'un cas hospitalier*, (Thèse de doctorat). Université Rennes 1, Rennes.

SEKIOU L., BLONDIN L., FABI B., BAYAD M., PERETTI J.-M., ALIS D., CHEVALIER F. (2001), *Gestion des ressources humaines*, DeBoeck Université, collection Management, 2^e édition, 814 pages, p. 227.

SARI M. , *L'allocation travail-loisirs, un outil pour fiabiliser la relation entre conditions de travail et stress professionnel. Une étude auprès de personnel en contact avec la clientèle travaillant dans le secteur hôtelier*, *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels* 2015/51 (Vol. XIX), p. 75-98.

SCHAUFELI W., BAKKER A., GONZALEZ V., SALANOVA M., (2002): *The measurement of engagement and burnout: a two sample confirmatory factor analytic approach*. *Journal of happiness studies*, vol 3, numéro 1.

THÉVENET M., NEVEU J.-P. (2002), *L'implication au travail*, Paris : Vuibert.

TILLOU C., IGALENS J., (2012) *Pourquoi les consultants français veulent-ils quitter leur employeur*. *Revue de gestion des ressources humaines*, volume 84, numéro 2.

UNRUH L., (2005) *Employed condition at the bedside*. *Journal of nursing administration*, vol 35, num 1.

WRIGHT T. A., BONETT D.G., (2007), *Job satisfaction and psychological well-being as non-additive predictors of workplace turnover*, *Journal of Management*, 33(2), 141-160.

ZANGARRO G. A., Soeken K. L., (2007), *A meta-analysis of studies of nurses job satisfaction*, *Research in Nursing and Health*, vol.30, n°4, p. 445-458.

ZURN P., DOLEA C.,STILWELL B., (2005), *Nurse Retention and Recruitment: Developing a Motivated Workforce*, World Health Organization – Department of Human Resources for Health, ICN 2005 Issue 4, Geneva, Switzerland.

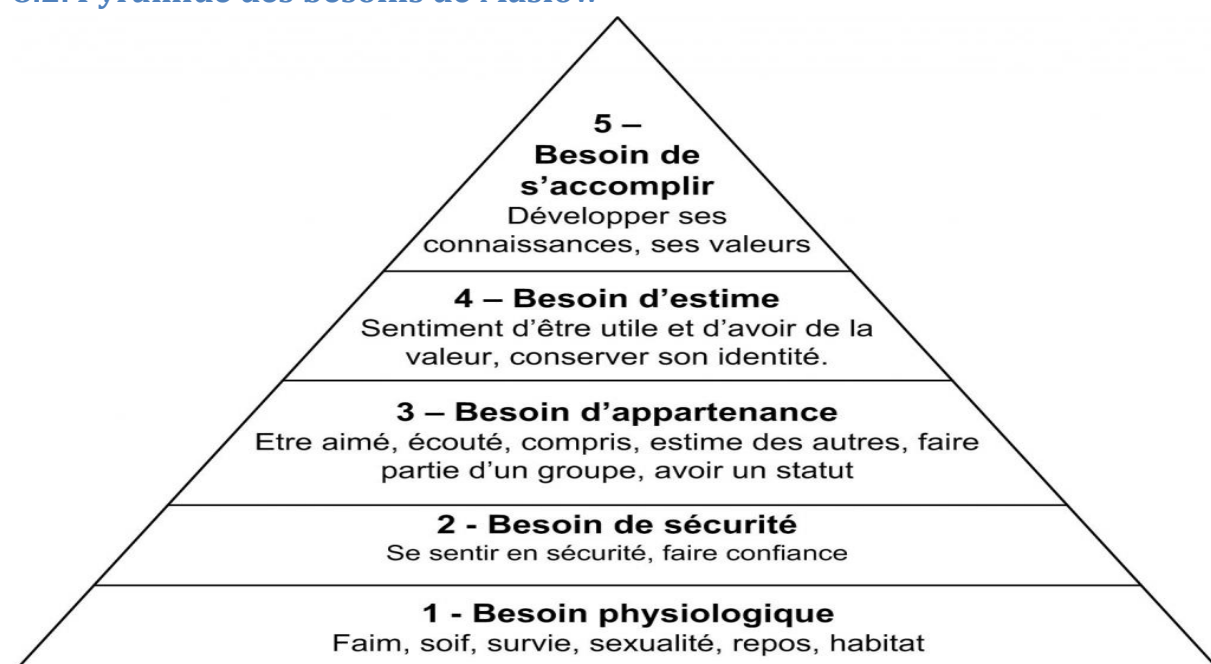
8. Annexes

8.1. Tableau concernant l'étude Presst-Next

Tableau 4.
Raison principale de départ choisi parmi six raisons proposées pour les soignants ayant quitté leur institution

	Raison principale de départ de l'institution selon les groupes de pays avec faible, élevée ou moyenne IAP					Raison principale de départ de l'institution pour les soignants qui ont changé de lieu de travail et ceux qui ont quitté les soins parmi l'ensemble de l'échantillon					Groupe 1 Faible IAP			Groupe 2 IAP élevée			Groupe 3 IAP moyenne		
What was the main reason for termination of job?	Total Groupe 1 Faible IAP	Total Groupe 2 IAP élevée	Total Groupe 3 IAP moyenne	Total	p	n	Ont changé de lieu de travail	Ont quitté les soins	p	Ont changé de lieu de travail	Ont quitté les soins	p	Ont changé de lieu de travail	Ont quitté les soins	p	Ont changé de lieu de travail	Ont quitté les soins	p	
Nombre de départs	302	581	116	999		895	696	199		232	56		391	102		73	41		
Formation continue	10,2%	13,8%	8,6%	12,1%		112	13,9%	7,5%		11,2%	5,4%		15,9%	10,8%		12,3%	2,4%		
Conditions de travail	36,8%	30,1%	29,3%	32,0%		296	35,9%	23,1%		41,4%	19,6%		33,0%	26,5%		34,2%	19,5%		
Autres raisons professionnelles	21,1%	11,5%	7,8%	14,2%		132	14,2%	16,6%		22,4%	25,0%		10,7%	15,7%		6,8%	7,3%		
Raisons de santé	6,3%	7,4%	12,1%	7,6%	<.001	53	3,7%	13,6%	<.001	3,4%	16,1%	<.001	2,8%	10,8%	<.001	9,6%	17,1%	<.001	
Salaire	0,7%	6,5%	25,0%	6,9%		66	7,0%	8,5%		0,4%	1,8%		8,2%	2,9%		21,9%	31,7%		
Soins à des proches	2,3%	6,5%	8,6%	5,5%		48	3,3%	12,6%		1,7%	5,4%		3,3%	17,6%		8,2%	9,8%		
Autres raisons privées	21,9%	24,1%	8,6%	21,6%		188	21,8%	18,1%		19,4%	26,8%		26,1%	15,7%		6,8%	12,2%		

8.2. Pyramide des besoins de Maslow



8.3. Guide d'entretien

Bonjour,

Je suis une étudiante en master de la santé publique, afin de clôturer mes études et utiliser les différents apprentissages acquis durant celles-ci, je réalise un mémoire dont le but est de mettre en évidence les déterminants de l'intention de quitter du personnel infirmier au bloc opératoire.

J'aimerais discuter avec vous et aborder différents sujets pertinents pour cette recherche.

Cet entretien restera anonyme et les données obtenues ne seront utilisées que dans le cadre de ce travail. Etes-vous d'accord pour que cet entretien soit enregistré ?

Généralité:

- Age
- Situation familiale
- Quel est votre parcours professionnel?
- Pouvez-vous me parler de votre choix de carrière, pourquoi la salle d'opération ?

Climat psychologique/stress :

- Pouvez-vous me parler de votre travail en salle d'opération.
- Comment vous sentez-vous au travail ?
- Comment gérez-vous votre travail et votre vie de famille ?
- Pouvez-vous me parler des relations que vous entretenez avec le corps médical ?
- Pouvez-vous me parler de l'organisation de votre travail ? (accessibilité au matériel, matériel en suffisance, sources de tension...)

Satisfaction:

- Pouvez-vous me parler de vos attentes au niveau professionnel ?
- Pouvez-vous me dire dans quelle mesure votre emploi actuel répond à vos attentes.
- Quels sont pour vous les difficultés que vous rencontrez dans votre travail ?

Soutien:

- Pouvez-vous me parler des relations que vous entretenez avec votre supérieur hiérarchique. (Ecoute, disponibilité, accessibilité, aide, transmission de l'information...)
- Pouvez-vous me parler des relations que vous entretenez avec vos collègues.
- Quelles sont pour vous les sources de soutien dans votre travail ?

Reconnaissance:

- Pouvez-vous me dire quelles sont les principales sources de reconnaissance du travail fourni ?

Engagement:

- Pouvez-vous me parler des avantages que vous avez au sein de votre travail actuellement.
- Parlez-moi du sens de votre travail. Quel sens donnez-vous à votre travail ?
- Parlez-moi de votre épanouissement au travail.
- Dans quelle mesure, conseillerez-vous à un de vos amis de venir travailler dans votre emploi actuel?
- Pouvez-vous me parler de l'organisation de votre formation continue. (Accès à la formation/condition)
- Quel est votre niveau d'engagement au travail ?

Autres :

- Comment voyez-vous votre avenir professionnel?
- Quelles sont les raisons qui incitent votre désir de quitter votre emploi actuel ?

Conclusions :

- Avez-vous encore un sujet que vous souhaiteriez aborder dont nous n'avons pas parlé durant cet entretien ?

Si jamais vous souhaitez encore ajouter un élément dont nous n'avons pas parlé et qui vous semble important, n'hésitez pas à revenir vers moi.

Je vous remercie pour votre collaboration, vous serez d'une grande aide pour contribuer à l'élaboration de mon mémoire.

8.4. Paroles issues des verbatims

« Manque de respect du patient, il est considéré comme une chose sur laquelle on travaille, comme un meuble qu'on doit restaurer »

« Le patient passe du statut d'être humain à un statut d'instrument de travail »

« J'ai choisi cette hôpital car il est près de chez moi, mais pas le service, la salle d'op était libre »

« La salle d'op avait des horaires qui étaient compatibles avec ma vie de famille, moins de week-end à prester qu'à l'étage »

« Pas par choix, c'est la place qui restait dans l'hôpital, et une nouveauté car je n'avais pas d'expérience préalable »

« Le travail devrait apporter stabilité et sécurité ce qui permet d'avancer dans la vie privée »

« Hôpital près de chez moi, service disponible. J'avais besoin d'un travail en revenant de mes missions, le bloc est un super apprentissage pour l'avenir »

« Premier travail et le plus près de chez moi »

« On passe 40h/semaine au travail, mais distante, chacun pour soi » (en parlant de ses collègues)

« C'est très « démerde-toi », la chef devrait être plus présente, parfois elle répond « fais le toi-même »

« Quand un chirurgien te dis, là ça a pas été, la chef ne te défend pas, elle n'est pas derrière toi »

« Quand il y a une urgence, c'est jamais la chef qui va venir pour aider, elle passe juste sa tête pour montrer qu'elle est là, elle va jamais aider pour des choses pratiques »

« Il manque une chef digne de ce nom, à commencer par-là, quelqu'un avec qui on peut aller discuter sans être puni, jugé et surtout qui va pas raconter au reste de l'équipe »

« On est pas une équipe, on est un groupe qui partage une tâche et qui partage un endroit »

« Mais beaucoup de groupes, pas bon pour l'ambiance de travail. Ça se ressent certaines personnes sont mise à l'écart »

« Chef dans son bureau, dans son coin, dispo quand besoin de quelque chose, mais manque de proactivité »

« C'est un travail solitaire, les seuls moments où on voit nos collègues c'est pendant les pauses, pas l'impression qu'il y a beaucoup de soutien, on travaille seul, on se débrouille seul »

« Impression d'être tous des pions et que chaque jour la chef décide de nous mettre dans une salle et elle vient à peine voir si tout va bien, si on a besoin d'aide »

« On dit jamais si on a bien travaillé, on nous dit juste si ça va mal, mais si ça va bien on ne le sait pas »

« Equipe morcelée-anciens-nouveaux. Repère difficiles à trouver »

« Les collègues ; on ne se voit pas beaucoup, chacun dans sa salle. Bonne entente générale, mais affinités. Certaines sur qui tu peux compter, d'autre pas. Aide de ses 'amis' »

« Pas de soutien de la chef, laisse courir les histoires et de toute façon elle est toujours dans son bureau, le terrain, elle connaît pas ».

« On sera toujours les petites mains facilement remplaçables »

« Je sais au fond de moi que sans moi ils ne sont rien, la salle ne pourrait pas tourner »

« J'ai l'impression d'être la petite merde des chirurgiens et de tout le monde, tu tournes dans tous les sens, tout le monde te dit j'ai besoin de ça, j'ai besoin de ci, fais ci, fais ça et eux ils demandent jamais ; tiens est ce que tu as besoin d'aide ? »

« Des fois ils se rendent pas compte qu'on court dans tous les sens, on fait tout pour qu'ils aient tout et oui, on n'est pas reconnu pour ce qu'on fait »

« Il faudrait que les chirurgiens et les anesthésistes comprennent plus notre boulot et la charge de travail qu'on peut avoir sur une journée,..., des fois ils disent ; allez, allez on attend ! Mais moi je suis que une personne, je ne peux pas me couper en deux »

« un rare merci »

« Dès qu'on oublie quelque chose, ils ont le pouvoir de nous le faire sentir comme si on était vraiment la pire personne »

« Sentiment d'être à leur service, petite main juste là pour se taire et faire tourner la boutique »

« En situation plus critique, tu cours partout comme une poule sans-tête, tout est nickel, tout roule et puis le chirurgien il se barre en jetant sa blouse par terre à côté de la poubelle bien sur sans un mot, c'est du respect ça ? »

« Pour un chirurgien il n'y a jamais rien de bien, jamais comme il faut, toujours dans la plainte et le négatif. Ne se rendent pas compte du luxe qu'ils ont au niveau matos et personnel. Ils claquent des doigts et ils ont tout ce qu'ils veulent, c'est facile. C'est un truc qui me rend dingue ! »

« Un peu de reconnaissance des médecins, mais c'est rare, ce n'est pas une attente, on sait qu'on en a pas »

« Je suis délaissée en tant qu'ancienne, c'est normal avec les compétences qu'on a de pouvoir garder la barque, de la reconnaissance ce serait sympa »

« Je me vois pas infirmière en salle d'op toute ma vie, je me disais que avoir ce diplôme ça m'ouvrait plein de portes pour avoir des postes avec plus de responsabilités ».

« J'attends de m'amuser au boulot, de m'éclater, de me sentir un peu importante comme ça ! D'avoir de la reconnaissance des autres... si je travaille en équipe, d'avoir une bonne cohésion d'équipe, avoir un poste un peu important, avoir des responsabilités, de me sentir utile quoi »

« En salle d'op je trouve que tu fais ton taf, au début tu apprends les choses, mais une fois que c'est acquis, c'est la routine et je trouve plus ça si important»

« Quand on a tout appris, il faut changer » « ce n'est pas gai d'aller au boulot sans apprendre quelque chose et se dire c'est toujours la même chose » (routine).

« Ya des jours ou je me sens inutile, je ne serais pas venue c'est pareil »

« J'aimerais me sentir plus utile, plus importante, que je ressente qu'on ait besoin de moi »

« Il faut donner plus de responsabilité, qu'on puisse plus travailler de manière autonome »

« C'est dur, charge de travail, courir dans tous les sens, te lever tôt »

« Le chirurgien arrive, il dit bonjour à tout le monde mais pas à l'infirmière »

« Dès qu'il y a un peu de tension vous êtes vraiment la soupape de sécurité du médecin »

« Ici patient=une pathologie, c'est plus une personne, c'est l'appendicite, la vésicule, le clou gamma de ce matin... »

« Je supporte plus la pression que les chirurgiens nous mettent, ils défoulent leur stress sur nous. Si moindre défaillance c'est l'explosion »

« Ce manque de respect m'a fait perdre confiance en moi »

« Toujours la même chose, installer patient-endormir-installer équipe chirurgicale-être à leur service-désinstaller-préparer pour le suivant-éternel recommencement »

« Travail pépère, un peu toujours la même chose, ne faut pas trop réfléchir. Malheureusement travaille qui est et qui restera le même, c'est difficile d'évoluer »

« Quand ça fait 8 ans qu'on est là et qu'on veut être actif dans l'équipe, a part être chef ou donner plus de responsabilité, ça reste répétitif »

« Comme la charge de travail est de plus en plus au quotidien, ça devient quelque chose de normal »

« Anesthésistes et chirurgiens font leur popote, on transmet les infos à la chef quand on entend ce qu'ils disent »

« Je pense retourner en revalidation ou c'est un travail avec le patient sur le long terme, travail avec une équipe ou on se transmet l'avancement du travail et ou on collabore. Besoin de considération, de se sentir utile »

8.5. Retranscription de deux entretiens

Légende : PI= personne interviewée, C= chercheur.

Entretien retranscrit n°3 :

C : je me présente, je suis infirmière et étudiante en master en santé publique. Pour mon mémoire j'ai choisi comme sujet ; les déterminants de l'intention de quitter des infirmières en salle d'op. J'aimerais donc un peu discuter avec toi et aborder les différents sujets qui pourraient être sensibles et qui feraient que tu n'as plus spécialement envie de rester là où tu es pour le moment. C'est un entretien anonyme, j'aimerais garder les données pour pouvoir les analyser par la suite, je voudrais donc savoir si tu es d'accord que cet entretien soit enregistré.

PI : oui, d'accord, il n'y a pas de soucis

C : on va donc commencer par des questions plus générales, si tu peux me donner ton âge, ta situation familiale et un peu me parler de ton parcours professionnel.

PI : j'ai 28 ans, je suis mariée depuis quelques mois, je travaille au bloc opératoire depuis mai 2013, donc ça fera bientôt 5 ans. J'ai d'abord travaillé un an aux soins-intensifs dans un autre hôpital, où j'ai malheureusement connu un petit souci de parcours. J'ai donc atterri au bloc opératoire par choix, parce que ça me plaisait bien et là j'ai pu évoluer progressivement au cours des 5 années. J'ai pu être circulante, puis instrumentiste et actuellement j'ai quitté le post d'instrumentation pour seulement continuer à être circulante, pour avoir un allègement au niveau de mes horaires par rapport aux gardes qui étaient prédominantes sur 1 mois de temps. Je suis toujours au bloc, mais je cherche à savoir si je veux continuer là-dedans où m'orienter vers une autre discipline où un autre service, où complètement changer d'orientation.

C : Sais tu me dire ce qui a fait que tu as voulu aller en salle d'op ?

PI : Le facteur décisif c'était surtout que j'étais proche de l'hôpital, par rapport aux trajets je voulais trouver quand même un emploi dans cet hôpital en particulier, idéalement j'aurais voulu trouver soit dans les soins-intensifs soit aux urgences puisque je suis infirmière SIAMU mais il n'y avait pas de postes à pourvoir, il y avait 1 poste à pourvoir au bloc opératoire et c'est vrai que pendant mes études c'est un service qui me plaisait assez bien, j'avais même fortement hésité de me former au niveau de la spécialisation, j'avais préféré la SIAMU parce je trouvais que c'était une formation plus complète. Donc je me suis dit que mon expérience et ma

spécialisation ne poseraient pas problème au quartier opératoire, ce qui n'a pas été le cas. Et donc ça m'a permis d'évoluer avec toutes les connaissances que j'avais déjà et pouvoir les mettre en pratique de manière un peu différente.

C : Donc si je comprends bien au départ c'était une question pratique ?

PI : c'était vraiment ça et puis finalement c'est vrai que c'est un boulot qui ne me déplaisait pas, j'y allais avec un peu d'appréhension quand même car quand on est stagiaire on a jamais vraiment un regard objectif sur le travail qui nous attend et finalement au fur et à mesure des semaines et des mois j'ai vraiment apprécié le travail, le côté multidisciplinaire, le fait qu'on a l'opportunité de pouvoir assister à beaucoup d'opérations et avoir un rôle tout à fait différent en fonction des disciplines chirurgicales.

C : Qu'attend tu d'un point de vue professionnel ?

PI : Je me dis que c'est un milieu relativement technique, ou il y a pas mal d'administratif pour notre rôle d'infirmière et c'est vrai que moi je m'attends à un peu plus de responsabilités par personne. Chacun à ses affinités avec les disciplines chirurgicales et donc par rapport à ça, de laisser les personnes qui ont plus d'affinités d'avoir une sorte de rôle de référent, un point de repère par rapport aux autres infirmières qui n'ont pas spécialement envie de prendre plus de responsabilités ou des choses comme ça.

C : Dans quelle mesure retrouves tu cette responsabilité dans ton travail ?

PI : Je le retrouve difficilement. De par mon rôle d'instrumentiste j'avais une sorte de rôle de référent auprès de mes autres collègues parce que j'avais l'habitude de travailler avec du matériel, d'être là pour les préparations. C'est vrai que c'est agréable quand on a les collègues qui viennent demander comment on prépare telle ou telle chose, mais depuis que j'ai quitté ce poste j'ai vraiment l'impression qu'on vient moins vers moi pour me demander des détails alors je continue à circuler dans ma discipline. C'est vraiment ce manquement-là qui se fait sentir au jour le jour.

C : Que te faudrait-il en plus ?

PI : Déjà un soutien des chefs de service, du fait que quand on propose des idées ou quand on suggère de faire telle ou telle chose qu'on sente qu'il y a un appui derrière, un suivi, chose que je ne vois pas à l'heure actuelle.

C : Que manque t'il en terme de soutien ?

PI : Au fur et à mesure des années j'ai constaté qu'il y avait la possibilité de faire pas mal de changements au niveau logistique en termes de rangement par exemple. Et voilà, on avait soulevé une idée, qui a été réalisée, mais au fur et à mesure de l'avancement du projet j'avais moins de soutien alors que finalement tout le côté financier ce n'est pas moi qui doit regarder à ça car je n'ai pas les règles en main à ce niveau-là. Du coup de la part d'un de mes chefs, j'ai été confrontée à une réponse du genre : j'ai plus la capacité de t'aider, tu vas devoir te débrouiller. Je trouvais ça un peu fort de tout me donner comme ça alors que c'est pas moi qui ai les contacts avec les fournisseurs et avec la direction et c'est pas le genre de projet qu'on fait comme on le fait chez soi, il y a des règles à respecter et donc je me suis sentie délaissée. Finalement on a trouvé un terrain d'accord, on a continué ensemble et quand tout le matériel est arrivé pour être installé, je me suis retrouvée toute seule, il a fallu que je demande à différents collègues de venir m'aider, mais ce n'était pas spontané. Alors que pour d'autres sujets il y a des groupes de réflexion formés ou des choses comme ça. Et là j'ai l'impression d'être abandonnée à mon sort alors que c'était une idée qui allait dans l'intérêt de tout le monde.

C : Comment expliques-tu ce qu'il s'est passé ?

PI : C'est clairement un manque de soutien sur le long terme. Maintenant j'ai laissé ça de côté, le projet a abouti. Mais c'est toutes des petites subtilités. De temps en temps il y a des réunions d'équipe, on suggère des idées, on a une boîte à idées ou chacun vient mettre des sujets et finalement quand on participe à la réunion on se rend compte que ces sujets n'ont jamais été abordés. Soit on lit les papiers de manière anonyme et on voit qui veut développer la question car ça n'engage à rien, car c'est une idée soulevée par quelqu'un et je trouverais ça intéressant de pouvoir l'exprimer surtout à un moment où on a une réunion et où la majorité du personnel est présent.

C : Alors qu'elles seraient tes sources de soutien ?

PI : J'explique mes projets à différentes collègues, voir déjà si elles seraient en accord avec le sujet proposé, voir si il y a vraiment un intérêt d'aller plus loin pour en discuter et à partir de ce moment-là, j'attends que l'idée que j'ai soit vraiment bien formée avant de pouvoir l'exposer à mes chefs de service.

C : Dans quel mesure le soutien est-il disponible ?

PI : Les chefs sont vraiment ouverts, mais après il manque un suivi, on ne revient pas vers toi en disant : écoute, voilà, on a analysé ton idée. Ça ne se présente pas, on écoute, on dit oui oui on va regarder et puis finalement y a pas de suivi.

C : Peux-tu me dire dans quelle mesure il y a une reconnaissance du travail que tu fais ?

PI : On est parfois récompensé c'est vrai que voilà quand il y a eu cette histoire de projet de rangement on a suggéré aux différentes personnes de venir pour se familiariser avec le changement et toute personne qui passait venait me voir après en disant : c'est vraiment super, tu as fait du beau travail, si je peux me permettre il y a telle ou telle chose à améliorer. Mais le remerciement et la reconnaissance se fait vraiment par ce biais-là, du fait que les collègues sont reconnaissantes par rapport au travail effectué. Je parle pour moi et pour d'autres projets aussi, que parfois notre nom est cité au niveau d'une petite note d'information qui sort de temps en temps. Mais il n'y a pas le chef, la personne référente qui vient te voir en disant que c'est bien, que c'est une bonne réflexion. Donc voilà, ce n'est toujours un peu... pas sournois mais plutôt à demi-teinte, on ne sait pas très bien si vraiment on est remercié pour ce qu'on a fait ou c'est parce qu'il faut le faire pour que ça fasse bien ou des choses comme ça.

C : Au niveau de la charge de travail comment ça se passe ?

PI : C'est par période, il y a eu des périodes où c'était plus difficile parce qu'il y a eu beaucoup de départs au bloc opératoire, mais à ce niveau-là il y a énormément de solidarité entre collègues, seulement entre collègues parce le chef a uniquement un rôle de chef et les deux chefs adjointes ont également le rôle de circulante et donc, quand il s'agit de reprendre des horaires ou ce genre de choses, elles ne se proposent que très rarement. On vient toujours voir les infirmières en disant qu'il y a tel ou tel jour à reprendre, mais on se dit : « et toi tu as regardé de ton côté ? » Tout le monde est toujours bon pour reprendre des choses, mais on n'a pas l'impression que de leur côté il y a beaucoup qui bouge, alors qu'elles font aussi partie du

groupe de circulantes, donc elles doivent aussi s'arranger de leur côté. Ce n'est agréable pour personne de reprendre des horaires à la volée, mais il faut y mettre du sien et au moins comme ça pour l'équipe ce sera beaucoup plus confortable d'être en nombre. Donc dans ces périodes-là, la charge de travail se fait sentir et est plus lourde, mais comme je l'ai dit, au niveau des collègues il y a beaucoup de compréhension et d'entraide, on n'hésite pas à se tendre la main mutuellement pour telle ou une telle chose. Du coup, la charge de travail est mieux répartie et le côté médical est très compréhensif à ce niveau-là parce qu'ils sont au courant que ce n'est pas facile et que on ne sait pas faire plus que ce qu'on donne.

C : Si je comprends bien c'est les collègues qui servent de soutien ?

PI : oui, soutien, reconnaissance...

C : Dans quelles circonstances ça arrive que du stress soi ressenti ?

PI : Y a du stress, mais je dirais que c'est plutôt dans des périodes où il y a des choses plus rares au niveau des procédures, du coup le stress peut se faire sentir. Il y a forcément des situations beaucoup moins rencontrées, mais de nouveau quand ce sont des situations comme ça qui sont devant nous, on essaye d'aller retrouver les personnes de référence par discipline, essayer de prendre de leur expérience, leurs conseils. Ces personnes-là sont toujours d'une bonne oreille, d'une bonne écoute, donc à ce niveau-là il n'y a pas trop de soucis. J'en ai moi-même fait l'expérience aussi par rapport à différentes situations on vient me voir, je quitte ce que je suis en train de faire et je viens aider. Pour ça l'équipe en générale que ce soit au niveau médical ou infirmier est vraiment très compréhensive. Les périodes de stress sont présentes, il ne faut pas se le cacher mais grâce à l'entraide mutuelle, elles se font beaucoup moins ressentir que le niveau de la charge de travail j'ai envie de dire.

C : Comment est l'ambiance de travail de manière générale ?

PI : de manière générale, c'est une très très bonne ambiance, on a enfin récupéré un bon staff, c'est vrai qu'au quotidien c'est assez agréable parce qu'il y a des personnes qui sont disponibles à tout moment de la journée, donc c'est vrai que l'ambiance est très agréable et même bon enfant, on rigole aisément et on a nos moments sérieux. Les derniers arrivés sont très à l'écoute et ont vraiment envie de progresser et sont attentifs à la remarque, donc voilà, ça c'est vrai qu'il y a un bon roulement ici depuis 1an/ 1.5ans.

Il y a un système d'entretiens de fonctionnement qui aurait dû être mis en place depuis un moment mais moi je n'ai eu que des références à des objectifs parfois émis il y a 3 ans. Ce n'est qu'au bout de 4 ans que j'ai eu un réel entretien de fonctionnement et c'est ce qui permet de se repositionner par rapport à son travail, de savoir aussi comment son travail est perçu de l'extérieur, donc ça je trouve que c'est un bon point à souligner. Au niveau des nouveaux engagés aussi ils ont des « contrôles » de leur évolution dans le service à échéance régulière et ça permet à eux aussi de pouvoir se réorienter et je trouve que par rapport à ça les points négatifs mis en avant durant leur écolage leur permettent d'avancer et de se concentrer sur certaines choses. Je pense que de manière générale quand on travaille en binôme que ce soit avec des nouveaux ou des personnes qui ont plus d'expérience ça se passe relativement bien aussi.

C : Dans quelle mesure on vous donne la possibilité d'évoluer ?

PI : On a l'opportunité de pouvoir suivre des formations à l'extérieur de l'hôpital, des formations à l'hôpital, on y a droit durant nos heures de travail tant que ça ne pose pas problèmes pour l'organisation. Le point négatif que j'ai envie de souligner en ce qui concerne la formation c'est que elle est complètement à notre charge alors que ok, c'est notre loisir à nous d'aller nous former, de choisir les formations mais c'est quand même important d'avoir des infirmières qui sont bien formées par rapport au service où elles se trouvent, notamment ici au bloc opératoire, je trouve que les techniques évoluent particulièrement vite, les disciplines chirurgicales aussi, il y a toujours du nouveau matériel, donc je trouve ça intéressant de pouvoir aller voir avec les firmes, les délégués les présentations de nouveaux modèles et les techniques, mais voilà, ça nous est laissé complètement à notre charge et je trouve que c'est un petit bémol parce que ça gagnerais en qualité au niveau de l'équipe.

C : comment sont les relations avec le corps médical ?

PI : J'ai aucun souci avec le corps médical, j'avoue que ce qui m'a aidé c'est l'instrumentation puisqu'on a vraiment un rapport très proche avec les médecins, bon chacun à son caractère évidemment, mais voilà, on passe quand même la majeure partie de notre journée avec eux, il y en a certains avec qui c'est plus difficile que d'autres. Mais de manière générale je n'ai aucun problème. Y a des médecins avec qui j'ai du mal à parler et avec qui la discussion est plus compliquée, mais au niveau du travail tout se passe très bien, il y a un respect mutuel qui est établi. Je pense qu'à partir du moment où il y a un respect mutuel qui est instauré il n'y a aucun problème au niveau du travail, personne n'est parfait, il faut accepter la remarque d'un côté

comme de l'autre. A partir du moment où j'ai un problème avec un médecin, je lui fais ressentir ou remarquer et en général on a jamais eu trop de soucis à ce niveau-là.

C : Qu'est ce qui t'empêche de quitter ton travail ?

PI : Actuellement ce qui m'empêche de partir c'est que je ne sais pas encore très bien vers quoi je voudrais partir, est ce que je veux rester en milieu hospitalier ou est-ce que je veux éventuellement modifier ma carrière d'infirmière et voir éventuellement comment ça se passe au niveau extrahospitalier. Je parle pas exactement de tout ce qui est soins à domicile mais de tout ce qui est de travailler en entreprise ou ce genre de chose, ça je ne sais pas encore très bien car je ne connais pas les tenants et aboutissants du rôle d'infirmier dans ce genre d'établissement. La deuxième partie et la plus importante qui m'empêche de partir c'est que actuellement je n'ai pas d'enfant et là où je travaille j'ai l'opportunité de pouvoir être écartée en cas de grossesse et c'est un luxe que je veux pouvoir me permettre en tout cas pour un premier et c'est pour ça qu'actuellement je reste là où je suis.

C : A l'inverse tu sais me dire ce qui te pousserait à partir de ton travail ?

PI : Ce qui me pousserait à partir c'est que, je m'étais dit de toute façon en arrivant au bloc opératoire que moi je voulais y travailler une période de 5 ans, c'est un bon timing, je n'avais pas spécialement envie de faire toute ma carrière infirmière dans cet hôpital, j'avais envie d'aller voir ailleurs. Après j'avoue que c'est plus le côté un peu manque de valorisation, au quotidien, c'est un peu pesant, et puis il y a rien à faire, même si tous les jours on voit des choses un peu différentes, ça reste un travail je vais pas dire routinier, mais on sait comment va se passer notre journée et de manière assez habituelle il y a un canevas très similaire de jour en jour et pour cela j'ai un peu envie de changer et aussi par rapport à mon rôle d'infirmier, c'est quand même des gestes qui sont assez administratifs par rapport à ce que moi j'ai étudié, parfois je n'y retrouve plus vraiment mon rôle d'infirmière. J'aime le contact avec les patients, avec le corps médical, à ce niveau-là je n'ai aucun problème, mais voilà, c'est plus une fois que l'opération est lancée des fois on a des moments un peu plus calme, souvent à ce moment-là je me repositionne en me disant j'ai étudié quatre ans, est ce que c'est vraiment ce que je voulais faire, est ce que maintenant que je suis quand même encore relativement jeune, j'ai pas encore 30 ans, est ce que partirais pas vers quelque chose pour encore engendrer un petit peu d'expérience et quitte après à revenir dans ce milieu-là parce que c'est plus par rapport à mon lieu de travail que j'ai envie de partir mais pas par rapport à la discipline que j'exerce.

C : Comment vois-tu ton avenir professionnel ?

PI : Ici c'est vrai que comme on a l'intention de vouloir agrandir la famille, c'est vrai que j'ai plus envie de me retrouver dans une place où j'aurais un travail un peu plus calme avec des horaires plus réguliers, l'absence de garde pour pouvoir vraiment profiter à fond de mes weekend et de mes vacances. C'est quelque chose que je voudrais actuellement atteindre de nouveau pour une période donnée et après retourner en milieu hospitalier en fonction de la famille qu'on aura agrandie, de l'âge des enfants qu'on aura et puis des projets professionnels de chacun, voir vers quoi est ce qu'on va évoluer par rapport à la situation géographique où on veut rester, tout ça c'est beaucoup de choses qui font que au niveau de l'avenir en tant qu'infirmière est incertain, je sais pas encore vers où je veux me diriger mais ce que je sais c'est que je veux du changement, j'en ai pas besoin, j'ai envie.

C : y a-t-il autre chose dont tu as envie de parler ? Ou tu vois que ça pourrait être pertinent dans ton intention de partir du bloc ?

PI : Je trouve que le fait qu'on soit des petites ou des grandes équipes, parce que je suis consciente qu'il y a des blocs plus grands avec une plus grande logistique, il faut vraiment donner de l'importance aux personnes qui ont de l'expérience et qui ont envie de tenir un rôle au sein d'une équipe, parce que il y a des personnes qui adorent circuler et qui se posent pas plus de questions, qui adore faire leur travail en salle mais qui voilà, pour eux du chemin de A à B c'est tout droit et ils ont pas besoin de réfléchir ailleurs et puis il y a des personnes qui ont envie d'avoir plus d'importance, de responsabilité et je trouve qu'il faut donner à ces personnes-là l'opportunité de le faire, de leur donner du poids, parce que justement ce sont des personnes qui ont de l'expérience, qui ont envie d'évoluer, d'apprendre qui peuvent être des points de repère pour le reste de l'équipe et ce sont elles qui peuvent faire évoluer les choses et il faut être reconnaissant envers eux. Y remédier ? Là où je suis est difficile car tout tiens du contact, de la relation entre infirmières et chefs de services. Ça touche à leur qualité d'écoute qui parfois est absente, à moins de les confronter par rapport à ça je ne vois pas très bien comment faire. C'est une discussion difficile à tenir car ça reste des personnes avec un rôle important au sein d'une équipe. Il faut choisir ses mots et venir avec quelques choses de concret, la discussion est ouverte, mais est ce qu'on va vraiment être entendus ou pas ?

C : Merci pour ta collaboration, si jamais tu as encore quelques chose à rajouter plus tard tu pux toujours revenir vers-moi si tu y penses, merci.

NB : 2 mois après j'ai eu un contact avec elle, elle me disait qu'elle ne pouvait plus attendre de partir, elle est en incapacité de travail car ne sais pas vers quoi se diriger, manque d'épanouissement perte de sens.

Entretien retranscrit n°6 :

C : je me présente, je suis infirmière et étudiante en master en santé publique. Pour mon mémoire j'ai choisi comme sujet ; les déterminants de l'intention de quitter des infirmières en salle d'op. J'aimerais donc un peu discuter avec vous et aborder les différents sujets qui pourraient être sensibles et qui feraient que tu n'as plus spécialement envie de rester là où tu es pour le moment. C'est un entretien anonyme, j'aimerais garder les données pour pouvoir les analysées par la suite, je voudrais donc savoir si vous êtes d'accord que cet entretien soit enregistré.

PI : Ça ne me dérange pas.

C : : On va donc commencer par des questions plus générales, si vous pouvez me donner votre âge, votre situation familiale.

PI : J'ai 32 ans, je suis cohabitant légale, j'ai un petit de 4 ans et une petite qui vient d'avoir 9 mois.

C : Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ?

PI : J'ai fait mes études en Espagne après une licence de 4 ans que j'ai terminé en 2008 et après j'ai travaillé dans une clinique pour des prises de sang, des soins à domicile, j'ai travaillé aussi dans une institution de soins de revalidation, des gens qui sortent de l'hôpital après un trauma ou qui ont eu un AVC et qui ont besoin de reprendre leurs activités de la vie courante, j'y suis restée pendant 3 ans. Ensuite j'ai fait un peu de PMO chez moi en tant qu'indépendante et en Espagne ce n'est pas agréable d'être indépendante donc nous avons pris la décision en couple, de venir ici en Belgique. J'ai fait divers entretiens et on m'a demandé de venir travailler au bloc opératoire chose que j'avais jamais essayé même pas en stage donc voilà j'ai appris peu à peu et nous sommes ici depuis 6 ans.

C : Donc ce n'était pas un choix ?

PI : Non pas du tout je n'ai jamais pensé travailler au bloc opératoire. Jamais parce que durant mes études je n'ai jamais connu la réalité d'un stage on ne le fait qu'en intérim. Il faut vraiment faire une formation pour intégrer une salle d'op.

C : Et vous à la base qu'est-ce que vous attendez de votre vie professionnelle ?

PI : Avoir une stabilité, chose que je n'avais pas, ça faisait quelques années qu'on était en couple et on n'y arrivait pas et donc venir en Belgique nous a permis d'avancer un peu dans notre vie privée.

C : C'est toutes des attentes que vous retrouvez dans votre travail actuel

PI : On est venu à 2, lui a aussi trouvé du travail, employé dans la sécurité. La sécurité et la stabilité dans le travail nous a permis d'acheter une maison et maintenant on est bien. Au niveau du travail c'est vrai que j'ai un peu encore du mal parce que il y a pleins de choses qui me manquent et que j'ai connu avant comme le soin au patient et pas la maladie en aigu comme au bloc où on ne soigne pas les patients mais on soigne la maladie.

C : Si je comprends bien c'est un peu la relation au patient qui manque.

PI : Oui la relation, le contact, la parole, il n'y en a pas, on fait juste la check list.

C : Il n'y a pas un moment où vous arrivez à avoir le contact avec eux ?

PI : C'est difficile parce qu'on ne passe pas souvent en salle de réveil, en salle c'est rare quand il y a des rachis et quand c'est le cas c'est assez rapide et on a autre chose à faire et donc on passe juste voir si tout va bien avec les patients, s'il est bien s'il n'a pas mal juste le bouger un petit peu pour que ce soit un petit peu plus confortable mais pas plus, il n'y a pas de relation qui se crée avec le patient.

C : Ça vous arrive parfois de vous sentir stresser au travail et à quel moment ?

PI : Oui quand je suis mise dans une salle dans une discipline que je ne connais pas trop ou que je n'aime pas trop je ne suis pas trop à l'aise ça oui ça arrive.

C : Et donc pour vous les sources de stress au travail ça peut être quoi ?

PI : Quand je suis avec quelqu'un avec qui je ne m'entends pas, une collègue ou un chirurgien ou alors dans une discipline où il y a des interventions que je ne connais pas trop soit parce qu'on ne le fait pas souvent ou alors je ne vais pas souvent dans la salle pour le voir. Il y a des

gens qui comprennent que l'on doit aller partout et qu'on ne peut pas tout connaître donc voilà tout ça c'est source de stress.

C : Vous expliquez ce stress qui vient d'un manque de connaissance comment ?

PI : Parce que je trouve qu'on peut pas être parfaite partout et donc où je travaille on doit circuler dans plusieurs disciplines, neuro, digestif, urologie, vasculaire, gynéco, ortho et avant il y avait de la plastique aussi. Il y a forcément des interventions qu'on ne fait pas toutes les semaines et donc que l'on connaît moins, c'est une source de stress d'autant plus que toute le monde n'est pas sympa et correct vis-à-vis des autres.

C : Comment se passe vos relations avec vos collègues ?

PI : Ca dépend avec qui, il y a des gens qui sont pas sympa, y a des gens qui ont pas un bon fond et d'autre pas mais il faut rester professionnel.

C : Vous retrouvez un certain soutien avec vos collègues ou la hiérarchie ?

PI : Si on a une collègue avec qui on s'entend bien avec qui on peut souffler et raconter de temps en temps ce qui ne va pas, ce qu'on ressent c'est très bien mais les horaires de chacune ne le permettent pas tous les jours. Moi, ce qui me fait aller travailler avec le sourire et l'envie s'enn le journée va être difficile à supporter. Parler avec certaine fait une journée un peu plus ensoleillée.

C : Quand vous dites ça vous parlez plus particulièrement de vos collègues infirmières ?

PI : Il y a une ou 2 que je garde dans mon cœur et qui sont vraiment des amies et ça change beaucoup les journées de travail

C : J'allais dire comment se passe un peu la relation avec le corps médical ?

PI : Ca dépend parce que il y a des gens très sympa, d'autres très faux culs, d'autres avec qui on ne s'entend vraiment pas mais bon il faut faire avec car nous serons toujours les petites mains mais ça influence notre journée de travail ça c'est sûr. Si on a une belle équipe avec qui on s'entend avec qui on peut rigoler, que les gens ont confiance en notre travail on se sent beaucoup plus en sécurité et beaucoup plus à l'aise pour faire les choses et la journée se déroule beaucoup mieux que si on est toujours avec des craintes, ce qu'on doit faire avec de la peur, est ce que quelque chose va arriver..

C : Vous avez l'impression qu'il y a de la reconnaissance de la part du corps médical de votre travail ?

PI : Non, pas du tout, surtout quand ça se passe mal même si on fait tout pour que ça se passe bien même si on prévoit presque tout et bien c'était juste presque et pas tout et voilà c'est la catastrophe parce qu'on a oublié un chargeur, parce qu'on a oublié quelque chose parce qu'on a même pas pensé à ça car c'est toujours « à prévoir » et qu'on a pas prévu donc voilà.. Là il n'y a pas de compréhension.

C : Du corps médical ?

PI : oui, il fallait le faire c'est la même chose par exemple si on oublie de faire la locale de glotte et qu'il fallait parce que c'est obligé avec cet anesthésiste ou si on a oublié une pince Microline.. Dès qu'on oublie quelque chose eux ils ont le pouvoir de nous faire sentir qu'on travaille mal, qu'on est incompétente.

C : Et vous vous faites comment quand ça vous arrive ?

PI : Ba j'essaie de m'excuser de relativiser les choses. Ça me blesse, surtout les paroles qui sont marmonnées entre les dents.

C : Ya des moments où il y a une certaine reconnaissance du travail que vous avez fait ?

PI : Oui oui si tout se passe bien oui mais dès qu'il y a quelques chose qui va pas, un petit oubli .. peu importe ce qu'on a fait de bien !

C : Donc si je comprends bien c'est quand il y a quelque chose de négatif qu'ils vous font tout de suite savoir mais quand il y a quelque chose de positif ils ne vous disent rien. Ils font juste remarquer le négatif ?

PI : Oui parce que c'est ton travail. C'est la même chose que d'applaudir le pilote de Ryan Air quand il atterri, et ba c'est son travail pourquoi on applaudit ?

C : C'est quelque chose qui ne vous manque pas alors qu'on vous félicite ou d'avoir une certaine reconnaissance du travail?

PI : Non, je préférerais ne pas avoir ce genre de compliment et de ne pas être punie quand j'oublie quelque chose que de me dire « merci beaucoup c'est très bien nickel » et dès que j'oublie quelque chose qu'ils râlent vraiment haut et fort et qu'on se fait sentir comme la pire

personne au monde quoi. Surtout des petits oublis pour lequel la vie du patient n'est pas en danger.

C : Quelles sont les sources de soutien dans votre travail ?

PI : Pffff il n'y en a pas beaucoup, c'est vraiment trouver quelqu'un avec qui on s'entend bien avec qui le feeling passe et qui permet d'éclairer un peu la journée parce que bien évidemment il y a pas de fenêtre on est un peu dans la lumière artificielle donc dès qu'il y a quelqu'un avec qui on s'entend et avec qui on peut être nous-même, sans avoir un rôle à suivre parce que sinon c'est toujours comme un rôle dans un film quoi, il faut qu'on reste dans son personnage parce qu'une fois qu'on est nous-même tout le monde nous tombe dessus

C : Qu'est-ce qui vous manque alors en terme de soutien ?

PI : Une chef déjà, digne de ce nom, quelqu'un avec qui on peut aller discuter sans être punie, jugée et surtout qui ne va pas raconter au reste de l'équipe, et ça c'est quelque chose qui se fait tous les jours, on va dire quoique ce soit et tout le monde est au courant.

C : Vous ne vous sentez pas écoutée par votre hiérarchie ?

PI : Non, soit c'est parce que je ne m'exprime pas très bien soit c'est parce que les gens ils aiment bien tourner l'histoire comme ça leur convient et surtout que « oui oui oui » on entend « c'est très bien », « ha oui c'est affreux ça » on entend ça mais il y a rien qui bouge mais pour des remarques négatives, ça oui, et assez vite ?

C : Quand vous avez ce besoin de soutien alors vous allez chez qui ?

PI : Je demande de partir plus tôt car j'ai besoin de prendre l'air, de plus penser, car je sais que je n'aurai pas leur soutien, soit je vais chercher une ou 2 collègues pour pouvoir vider mon sac.

C : Donc pour vous les sources de soutien principales sont vos collègues avec qui vous vous entendez et la famille ?

PI : La famille j'essaie de ne pas en parler. C'est rare quand on parle des choses du boulot à la maison, c'est vraiment rare. Sauf s'il y a vraiment un grand souci ou une grande nouvelle sinon on ne parle pas.

C : Et comment s'organise votre travail par rapport à votre vie de famille ?

PI : Je suis restée au bloc parce que ça m'intéressait au niveau des horaires, ça m'intéresse vraiment beaucoup parce qu'il n'y a pas ou peu de prestations le weekend end, un tous les mois ou un tous les 6 voire 8 semaines donc ça va très bien parce que j'ai 2 enfants. Commencer à 7h30 ça me permet de déposer les enfants à l'école même si je les dépose très tôt le matin à la garderie mais ça me permet le soir de rentrer tôt sauf lors des gardes ou soirs tardifs mais ce n'est pas souvent non plus et c'est faisable, c'est pour ça que je reste.

C : Ça vous aide pour votre organisation pour votre famille ?

PI : Oui parce que je n'ai pas de proches qui peuvent m'aider, ni famille ni amis qui pourraient s'occuper des enfants, aller les chercher plus tôt si je termine plus tard, donc il faut vraiment que l'on gère ça à 2.

C : Et vous avez une certaine compréhension de votre hiérarchie ou de votre chef sur cet aspect-là ?

PI : Au niveau des horaires on est assez écoutées, je ne peux pas dire le contraire même pour les vacances je sais qu'il y a un énorme effort pour nous accorder ce que l'on souhaite. Pour les horaires aussi, si on a besoin de faire toute une semaine le matin et pouvoir compenser la semaine suivante à faire des soirs, c'est assez entendu et dès que c'est faisable elle nous permet d'avoir une bonne stabilité.

C : Dans quelles mesures vous avez parfois l'impression d'être récompensée pour le travail que vous faites ?

PI : Jamais

C : Il n'y a pas une forme de récompense ?

PI : En réunion si un « merci beaucoup pour avoir repris tous les horaires pour les gens qui sont partis ou qui sont malades ou qui sont en écartement merci beaucoup » et basta.

C : J'aimerais juste revenir sur un point sur lequel on a parlé au début, vous disiez que vous deviez aller dans plusieurs salles et de disciplines différentes, pouvez-vous me dire comment cela se passe au niveau des formations et quelles sont les possibilités que vous avez au travail?

PI : Quand on commence au bloc opératoire chez nous on passe deux semaines dans chaque salle. Donc normalement on a des salles et des disciplines spécifiques et deux semaines par salle. Si on a la malchance de tomber sur une semaine de congé, la salle ne sera pas top car on

ne verra pas grand-chose. Et donc voilà on passe deux semaines dans chacune des 8 salles, quand on termine notre formation normalement on termine par l'ortho, et donc au bout de la 16^{ème} semaine on n'a déjà presque oublié ce qu'on a vu en premier. Ensuite on n'est pas lâché dans la nature mais presque.

C : Et comment se passe la formation dans la continuité alors, une fois que vous avez fait ce petit tour des disciplines comment ça se passe?

PI : Après apparemment il y a un entretien de fonctionnement quelques mois après le début. Moi je viens de recommencer après un écartement donc je n'ai pas encore eu mon entretien et je sais pas comment ça se passe.

C : Vous n'en avez pas eu au début ?

PI : Non jamais, jamais je n'ai rempli de grille pour savoir ce qui manque, jamais. J'ai eu une marraine et même deux marraines quand je suis arrivée, normalement je travaillais avec elles, mais pas souvent non plus parce que les horaires n'étaient pas toujours compatibles. Je trouve que c'est un peu dommage parce qu'il y a quand même l'horaire de l'après-midi qu'il faut connaître et que quand on est en salle on n'a pas le temps de savoir ce qui se fait en dehors (où se rangent les choses). On a bien sûr des gens responsables, référent pour chaque discipline, on peut aller les voir pour demander quoi que ce soit, mais ça reste toujours un peu difficile pour certaines personnes, bien sûr ça dépend de la personnalité d'aller voir quelqu'un qu'on connaît pas pour lui demander quoi que ce soit. Y a des gens qui se sentent pas à l'aise d'aller demander, parce que les gens vont dire que ça fait X temps que tu es là tu dois savoir. Ce n'est pas gentil à entendre. Tout le monde n'aime pas entendre une chose comme ça, les gens se permettent de dire des choses qui mettent les autres moins à l'aise pour encore demander quoi que ce soit, donc c'est toujours un peu difficile, la formation elle reste un peu vague et c'est vraiment débrouille toi.

C : Dans quelle mesure est-ce possible d'avoir des formations extérieures au bloc opératoire.

PI : oui il y en a, mais c'est toujours à notre demande, de notre poche et on ne comprend pas que c'est pour un meilleur, pour améliorer notre fonctionnement et notre expérience et pouvoir mieux travailler avec une bonne connaissance des choses. Donc rien quoi...

C : Si je comprends bien au niveau de la formation il y a des lacunes ?

PI : on est très vite lâché et à chaque fois qu'il y a un nouveau matériel qui arrive normalement il y a les délégués qui viennent donner une formation mais ça reste trop vague et après c'est toujours ; mais enfin tu as eu une formation, tu devrais savoir. Ca on entend souvent, tu devrais le savoir.

C : vous êtes donc formées quand du matériel arrive ?

PI : oui normalement il y a un délégué qui vient et qui nous explique mais il faut manipuler ce matériel sinon on oublie.

C : Quels sont les éléments qui entre en compte dans l'ambiance de travail en général ?

PI : La musique, ça manque, quand on est dans une salle avec de la musique je trouve que les gens sont beaucoup plus détendus, il y a souvent de la musique en ortho. Mais moi je ne suis pas du tout ortho, mais je trouve que l'ambiance fait du bien quand on passe une journée en ortho. Même si je ne connais pas, si j'ai mes craintes ou trop peur de ne pas prévoir quelques choses qu'il faut. Mais c'est magnifique d'avoir de la musique tout le temps, franchement ça détend. Et aussi les collègues ne viennent pas te chercher tout le temps, ils ne viennent pas chercher la petite bête à chaque fois. Avec qui tu peux dire quelque chose qui ne va pas ou avec qui tu peux souffler un peu, qui vont pas tout raconter, faire toute une histoire.

C : Dans quelle mesure pouvez-vous compter sur vos collègues quand vous avez besoin d'aide ?

PI : on peut compter dessus, mais il faut compter qu'après on aura toujours une remarque.

C : Dans quel sens ?

PI ; dans le sens : elle a eu besoin d'aide pour ça... même si tu as juste demandé de l'aide parce qu'elles sont en train de rien faire et que toi tu es en salle et que tu as juste dit ; écoute, tu ne veux pas juste me faire une petite faveur d'aller me chercher quelques chose ? Comme ça je ne dois pas courir. Mais après, oui oui on y va, mais toujours des « m'enfin elle ne sait pas aller chercher toute seule, elle ne sait pas prévoir ça, nanana... A la limite on préfère faire soi-même et que finalement le travail en équipe ça te fatigue beaucoup plus, c'est juste idéologique.

C : C'est donc un travail assez solitaire...

PI : oui tout à fait

C : dans quelle mesure avez-vous l'impression d'être indépendante dans le travail ?

PI : oui il faut que je gère ma salle sinon personne vient m'aider, ça ne me plait pas spécialement, il manque vraiment le travail en équipe, le savoir-faire, on n'est pas une équipe, on est un groupe qui partage une tâche et qui partage un endroit. C'est tout.

C : Que manque-t-il ?

PI : une chef digne de ce nom avec de la poigne, qui puisse montrer ce qu'est le travail en équipe, ce qu'est une équipe et qui arrête d'écouter tout et n'importe quoi, des gens qui vont se plaindre toujours pour la même chose, toujours les mêmes gens. Et le problème c'est qu'elle l'écoute et au lieu de dire va régler tes affaires on attend et on a créé un gros problème parce que on est allé dire, même sans savoir si c'est vrai ou pas.

C : quels sont les actions mises en place pour avoir une cohésion d'équipe ?

PI : non rien, même les repas sont organisés par l'équipe et pas la chef ou les responsables, elle ne vient pas. Je trouve que les choses faites en dehors du boulot créent également cohésion, genre un week-end aventure ou sport radical ou un week-end de détente yoga ou quelques choses comme ça, bref quelques choses qui puissent faire qu'on se voit dehors et voir si vraiment les gens sont ce qu'on pense ou pas, pouvoir se connaître. Sinon c'est toujours le rôle de, le rôle qu'on est en train de jouer, on n'est jamais le même. Au travail je ne peux pas être moi-même, il faut que je me serre un peu, que je fasse attention à ce que je dis, à mon comportement parce que je sais que je vais être jugée.

C : qu'est-ce qui vous empêche actuellement de quitter votre travail ?

PI : pour le moment c'est la petite qui est à la crèche de l'hôpital, c'est assez facile, ça me permet de la déposer le matin quand je vais travailler et d'avoir des horaires un peu correctes avec elle, c'est à cause de la situation familiale car mon mari commence super tôt le matin, il ne peut donc pas aller la conduire et, le changement j'ai trop peur du changement. Vous allez dire je suis déjà venue en Belgique donc y a pas plus grand changement que ça, j'ai créé mes racines, je trouve que la plupart des gens me connaissent, certains viennent me parler et je trouve que c'est assez sympa, parce que voilà, je suis étrangère, ni tout le monde est ouvert à ça. Maintenant j'ai trop peur d'avoir à nouveau des défis. Surtout parce que maintenant j'ai une famille, si il y a quelque chose qui ne va pas, ... je ne peux pas dire « je quitte je quitte et je vais aller voir ailleurs », il faut que je continue à gérer tout ce qui est autour.

C : donc c'est ces 2 éléments qui vous empêchent de quitter : un peu votre famille et votre organisation, un peu la peur du changement et de ce qui pourrait avoir ailleurs. Vous savez me dire ce qui vous pousse à partir ?

PI : Tout ce qui me fait pas rester, car je trouve que les gens que j'aime bien je vais continuer à les aimer et à les voir, ça ce n'est pas un souci, j'aime bien le travail et le travail qu'on a dans une équipe multidisciplinaire. J'aime bien le contact avec les chirurgiens, avec les anesthésistes, oui mais, c'est vraiment pour une réalisation personnelle que j'aimerais bien partir, j'aime les soins aux grands-brûlés par exemple, ça c'est un secteur dans lequel j'aimerais bien terminer ma carrière. De nouveau au niveau organisationnel je ne peux pas, j'habite de l'autre côté de la Belgique.

C : de l'autre côté de quoi ?

PI : du centre des grands-brûlés. Pour que je sois épanouie. C'est ce que j'avais vraiment envie de faire dès que j'ai terminé mes études.

C : comment vous voyez votre avenir professionnel ?

PI : Les prochaines années je vais essayer de rester, garder ma place et après on verra bien, mais je ne pense pas avoir le courage de continuer, même si j'ai trop peur du changement, je vais partir.

C : Qu'est-ce qui vous manque en terme de courage ?

PI : De pas être acceptée, de de nouveau devoir creuser pour m'affirmer, pour dire voilà je suis là, il a falloir me supporter. Parce que c'était trop difficile au début, j'ai trop peur de passer par les mêmes choses.

C : le fait que vous avez envie de partir est justifié par quoi ?

PI : Justifié par un manque de soutien, une écoute passive de tous nos problèmes, que les choses sont pas prise au sérieux, je trouve qu'ils jouent un peu avec nous, on est vraiment des pigeons, je trouve que le but est de faire de l'argent, que le bloc tourne et peu importe des conditions de travail.

C : Avez-vous encore un sujet dont vous souhaitez parler que nous n'avons pas abordé ?

PI : non c'était sympa de voir la différence au niveau du travail hospitalier par rapport à chez moi, c'est assez enrichissant. Ce que je souhaite c'est rentrer un jour chez moi. Mais voilà...

C : si il y a un sujet auquel vous pensez et qu'on n'a pas parlé, il ne faut pas hésiter à revenir vers moi pour en parler.

Merci pour votre collaboration.

8.6. Notes issues d'entretiens non enregistrés

Entretien n°1

➤ Ne souhaitais pas se faire enregistrer.

- Age : 36
- Sexe : F
- Statut : mariée, 3 enfants.
- Parcours professionnel : infirmière à l'étage pendant 3 ans, en salle d'op depuis 11 ans, circulante. Travail actuel : travail à 80%, active dans le roulement de garde.
- Notes de l'entretien :

Manque de valorisation du travail d'infirmière à l'étage, j'ai donc opté pour la salle d'opération. Semblait plus attrayant, plus valorisant, plus d'adrénaline et moins de WE.

Valorisation du travail par les médecins que je n'ai pas retrouvée en salle d'opération, idem qu'à l'étage, « on sera toujours les petites mains facilement remplaçables » mais valorisation personnelle améliorée.

Les médecins ne se rendent pas compte du travail fourni par l'infirmière->petite main, pas de considération, on sent une distance marquée. Ils ont plus de considération pour leurs assistants même si on sait plus de choses qu'eux. Mais pas une raison de départ pour autant. Car au fond de moi je sais que sans moi ils sont rien.

« Je sais au fond de moi que sans moi ils sont rien, la salle ne pourrait pas tourner »

Je suis contente du travail que je fais, de toute façon je travaille seule, donc faut que je sois contente de moi.

Je voulais un travail « technique », le contact avec le patient n'était pas indispensable. Mais l'âge avançant ce contact me manque. Travail en salle d'op est très administratif, beaucoup de paperasse et d'informatique.

« Manque de respect du patient, il est considéré comme une chose sur laquelle on travaille, comme un meuble qu'on doit restaurer »

Travail physique, on doit être très organisé, ça doit aller vite. Pas de patience de la part des chirurgiens.

« On ne sait pas se couper en quatre » ->Reformulation de ma part : « le « caractère » des chirurgiens ne vous pose donc pas problème si je comprends bien.

Réponse de l'interviewer : « non, on les connaît, on les changera pas ». Ce qui est fatiguant c'est la perte de temps car le matériel n'est pas toujours prêt correctement, ou matériel manquant, il faut courir le chercher, être derrière la stérili. Pas d'aide, en fonction des collègues, affinités. Parfois on est aidé parfois pas.

Travail indépendant et autonome, mais si rush on a besoin d'aide, aide pas toujours fournie.

Chef enfermée dans son bureau, ne voit pas tout ce qui se passe. (Manque d'intégration dans l'équipe)

Question : pouvez-vous me dire ce qui est fait pour améliorer la cohésion d'équipe ? ->rien, si des réunions de services ou on dit ce qui va pas, les nouveautés. Rien de convivial, froideur, très protocolaire. Que le négatif.

Question : Pouvez-vous me dire dans quelles mesures votre emploi actuel répond-il à vos attentes ?

->Comme dit avant, travail plus valorisant personnellement. Aime son travail, le côté technique. Mais manque de contact avec le patient. Moindre sentiment d'appartenance à une équipe que j'avais à l'étage. Mais chef à l'étage était très « évènementielle », ici pas du tout. Pas toujours facile, mais ça ne me manque pas, famille présente.

« On passe 40h/semaine au travail, mais distance, chacun pour soi »

Le travail était très proche de mon lieu de travail, choix tactique pour une infirmière facile de trouver un emploi. Naissance du 3 ème (il a 23 mois), maison 3 chambres, déménagement prochain pour une plus grande maison avec chambre pour chaque enfant, mais plus loin (45 min de route). Ce ne sera pas possible pour moi, je cherche donc dans cette région un nouvel emploi.

Je m'oriente vers le service de prélèvement (prise de sang), ou dialyse. Si je ne trouve pas je pense me lancer comme infirmière indépendante à domicile. En plus je pense pouvoir gagner mieux ma vie et avoir des horaires adapté à ma famille, pas l'inverse.

Question : Pouvez-vous me parler des relations que vous entretenez avec votre supérieur hiérarchique.

Brève. Nouvelle chef depuis 2 ans, elle avait jamais travaillé au bloc, j'y suis depuis 11 ans, elle a rien à m'apprendre. Pas de remarques, ni positives, ni négatives. Que des ordres. Elle ne cherche pas à s'intégrer, c'est dommage.

Question : Quelles sont pour vous les sources de soutien dans votre travail ?

Au niveau logistique, les aides logistiques. Au niveau du moral, certaines collègues. Mais très scindé comme équipe en fonction des affinités aux différentes chirurgies et des âges. Je me sens vieille dans l'équipe.

Question : Pouvez-vous me dire quelles sont les principales sources de reconnaissance du travail fourni ?

Le fait d'avoir un travail bien fait, sans faux pat, quand la journée roule sans accro. Un petit merci du chirurgien (même si c'est rare).

Quand je peux partir plus tôt, preuve que le travail a été fait, investissement qui est remarqué.

Collègues qui viennent poser des questions (après 11 ans) expérience !

En dehors du travail, sentiment positif de dire ce que je fais-bonne réaction.

Engagement-avantages : la proximité (que je n'aurai plus), l'expérience acquise qui est positive à partager-ailleurs je serai novice.

Le sens donné au travail vient du fait qu'il y a un patient, c'est une des priorités infirmières qui est parfois oubliée. Patient=objet de travail technique, plus une personne (=déshumanisation du patient).

Mon épanouissement est donc limité par cet aspect-là qui me manque et me met hors de moi.

« Le patient passe du statut d'être humain à un statut d'instrument de travail »

Avenir professionnel : pas ici. Travail avec la patient, horaires adaptable, plus flexible. Je cherche toujours, mais ça ne devrait pas tarder.

Nous avons demandés des chèques repas (comme dans beaucoup de lieu de travail, ils ne sont toujours pas arrivés, en plus de travailler dans les sous-sols, impression d'être oublié dans notre « monde ». peu de passage de la direction infirmière, implication ?

Entretien n°8

- Ne souhaitais pas se faire enregistrer. (peur que quelqu'un soit au courant, besoin de parler en étant sûr que ça restera entre nous)
 - Age : 27
 - Sexe : F
 - Statut : en couple, 1 enfant
 - Parcours professionnel et expérience professionnelle: études d'infirmière, spécialisation en salle d'op. Travaille en salle d'op depuis 5 ans. Premier emploi. Travail actuel ->80% jour flexible.
 - Notes de l'entretien

Choix de la salle d'op car sentiment au départ qu'elle aurait une meilleure valorisation de son travail, travail plus « prestigieux », travail technique qui lui semblait plus varié (pas de toilette, tour des pansements-médicaments, etc...)

Mon travail en salle est devenu difficile depuis quelques mois, je supporte plus la pression que les chirurgiens nous mettent, ils défoulent leur stress sur nous. Si moindre défaillance c'est l'explosion. Pas de tolérance. Depuis deux mois : fait seulement l'accueil et les petites salles en accord avec chef. Charge de travail énorme, toujours plus de rendement, plus d'heures.

(Si j'ai bien compris entre les lignes-clash avec un chirurgien à plusieurs reprises)

Le travail=source de stress pour le moment. Plus de distance, je rapporte tout à la maison, devient irritable. Stress d'être en salle, stress de voir certains chirurgiens, incompréhension de certaines collègues et impression d'une incompréhension de ma hiérarchie. Demande de changement de poste en interne qui a été faite, en attente d'une réponse. Y aura pas de soucis, savent que je travaille bien, entretien avec eux, la chef m'a défendue. Ils comprennent pas, mais ok car je travaille bien.

+annotation : travail-vie de famille : vient d'avoir un bébé, mari travaille de la maison (architecte), gestion famille travaille ok. Satisfaite des horaires, mais plus de gardes, stress d'être seule, perte de confiance en elle, se sent détruite par l'attitude des chirurgiens. Voit psy depuis 6 mois. Elle a commencé une formation de fleuriste-dégoutée du milieu hospitalier.

« Ce manque de respect m'a fait perdre confiance en moi »

Relation corps médical : sentiment d'être à leur service, petite main qui doit juste se taire. Pas de respect pour notre travail alors que sans nous pas possible pour eux de travailler. Demande jamais notre avis, se débrouille entre eux pour organiser la journée (anesthésiste-chir). Si on entend quelques choses, on transmet à la chef (qui n'est pas au courant non plus)

« Sentiment d'être à leur service, petite main juste là pour se taire et faire tourner la boutique »

Toujours la même chose, installer patient – endormir - installer équipe chir - être à leur service – désinstaller - préparer pour le suivant-éternel recommencement (monotonie ?-confirmé par interviewée)

Relation avec la chef : ok, écoute, disponibilité, actuellement soutien et compréhension. Initiative de la chef de me mettre à l'accueil patient.

Ré-orientation : Vous m'évoquiez vos collègues tout à l'heure, Parlez-moi d'eux .

->entente ok mais individualisme, chacun pour soi, clan entre collègues-groupes par discipline de travail. Personnalité discrète, bonne entente avec certains sur qui ont peu s'appuyer.

Recherche de soutien auprès de sa famille, mari très présent, aide dans sa réorientation. Construction annexe à la maison pour pouvoir exercer en tant que fleuriste.

Attentes professionnelles : pleine d'illusion. Se voyait dans un travail d'équipe, soutenant, drôle. Travail pour le patient, le rassurer, mais tout le contraire-isolée-équipe peu soutenant et unie. Peu de contact avec le patient. Travail toujours pareil (lit un cahier, applique ce qu'il faut faire et basta)

->difficulté de trouver un sens dans mon travail, correspond plus à ce que j'attends du travail d'infirmier.

Reconnaissance : aucune de la part des chirurgiens-pas de considération pour le travail, ne se rendent pas compte qu'on court dans tous les sens pour eux (pour le patient à la base). Si on se démène, qu'on a l'impression d'avoir bien fait, même pas un merci. Pas de respect.

« En situation plus critique, tu cours partout comme une poule sans-tête, tout est nickel, tout roule et puis le chir il se barre en jetant sa blouse par terre à côté de la poubelle bien sur sans un mot, c'est du respect ça ? »

Engagement : toujours investie dans mon travail, qualité pour le patient, vocation de faire mon travail correctement, mais plus la passion. C'est devenu un gagne-pain=seule utilité.

Avenir prof : demande de place à 50% dans un service de jour-consultation (soins de plaie, prise de sang). Pour prendre distance et lancer activité fleuriste. ->Besoin de liberté, de pouvoir respirer, autonomie-variété. Souhait travail seule, indépendante, d'être responsable de ce que je fais, de la qualité de mon travail.

Pas un métier pour moi sur long terme.

Evocation formation : de soi-même, pas pris en charge par hôpital sauf formation déléguées-nouveau matériel

Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 Woluwe-Saint-Lambert, Belgique www.uclouvain.be/fsp

