

La pénurie de personnel soignant : quelles stratégies managériales et RH peuvent être mises en place pour améliorer leur fidélisation?

Auteur : Bleys, Romane

Promoteur(s) : Naedenoen, Frédéric

Faculté : HEC-Ecole de gestion de l'Université de Liège

Diplôme : Master en sciences de gestion, à finalité spécialisée en management général (Horaire décalé)

Année académique : 2024-2025

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/22571>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative" (BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

La pénurie de personnel soignant : quelles stratégies managériales et RH peuvent être mises en place pour améliorer leur fidélisation ?

Promoteur :

Frédéric NAEDENOEN

Lecteur(s) :

Margaux HERMANT

Mathieu LEFEBVRE

Travail de fin d'études présenté par

Romane BLEYS

en vue de l'obtention du diplôme de

Master en Sciences de gestion à finalité spécialisée

en management général (HD)

Année académique 2024/2025

Préface

Je tiens à exprimer ma sincère gratitude à toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce travail de fin d'études.

Je remercie particulièrement mon promoteur pour son encadrement, ses conseils avisés et sa disponibilité tout au long de ce projet.

Mes remerciements s'adressent également aux professionnels de santé ayant accepté de partager leur expérience, dont les témoignages ont enrichi considérablement ma réflexion.

Je souhaite adresser une mention toute particulière à ma sœur, pour sa présence et son aide lors du focus group essentiel à ce travail, ainsi que pour sa relecture attentive et bienveillante de ce mémoire. Son soutien, ses conseils et ses encouragements m'ont été précieux.

Ce travail s'inscrit pleinement dans la perspective de mon master en management à HEC, en mobilisant des concepts clés de la gestion des ressources humaines, de la conduite du changement et du management stratégique. À travers l'étude des parcours de reconversion infirmière, j'ai souhaité analyser les enjeux organisationnels, managériaux et humains auxquels les institutions de soins sont confrontées. Comprendre les leviers permettant d'attirer, de soutenir et de fidéliser ces professionnels dans un contexte de crise du secteur constitue un enjeu central pour les managers d'aujourd'hui et de demain.

Abstract

Ce mémoire investigue les causes profondes de la perte de sens au travail chez les infirmiers et infirmières, ainsi que les leviers managériaux et organisationnels susceptibles d'enrayer leur départ du secteur des soins. Dans un contexte de pénurie généralisée du personnel soignant, cette recherche vise à comprendre pourquoi de nombreux professionnels quittent leur métier, parfois temporairement, et comment les institutions peuvent renforcer leur fidélisation.

L'étude combine une revue de littérature sur la satisfaction au travail, la construction de sens, et le rôle du management, avec une analyse de terrain : 16 entretiens semi-directifs menés auprès d'infirmiers reconvertis ou en changement de statut, et un focus group réunissant des responsables RH et cadres du secteur hospitalier. L'approche qualitative permet de saisir la complexité des motivations individuelles et des dynamiques institutionnelles.

Les résultats révèlent que l'insatisfaction provient moins du contenu même du métier que du contexte dans lequel il s'exerce : surcharge de travail, manque de reconnaissance, contraintes horaires, conflits de valeurs. Les attentes des jeunes générations évoluent, accentuant le besoin de flexibilité et d'équilibre vie professionnelle/vie privée. Le management apparaît à la fois comme source potentielle de perte de sens et comme acteur clé de sa reconstruction, à travers des pratiques de reconnaissance, de participation, et d'organisation du travail plus humaines.

En conclusion, le mémoire propose des recommandations concrètes pour les managers et responsables RH, allant de la clarification des rôles à la mise en place de politiques de qualité de vie au travail. Il appelle à une gestion plus stratégique et empathique du personnel infirmier, seule capable d'enrayer durablement l'érosion du sens au travail dans le secteur des soins.

Mots clés : Pénurie - Soins de santé – Management - Fidélisation

Table des matières

Chapitre 1 : Introduction	1
1.1 Contexte et objectif général du mémoire.....	1
1.2 Motivations de la recherche	2
1.3 Contributions	3
1.4 Structure du mémoire et méthodologie générale	4
Chapitre 2 : Revue de littérature	6
2.1 Contenu de la revue de littérature	6
2.2 Synthèse de la revue de littérature.....	19
Chapitre 3 : Méthodologie de la partie empirique	21
3.1 Les entretiens-semi directifs.....	21
3.2 Le focus group.....	25
Chapitre 4 : Développements et résultats	28
4.1 Analyse des entretiens semi-directifs	28
4.2 Analyse du focus group.....	37
Chapitre 5 : Discussion	45
Chapitre 6 : Conclusions	52
6.1 Résumé	52
6.2 Implications managériales de l'étude	52
6.3 Implications théoriques de l'étude	53
6.4 Limites et suggestions pour les recherches futures.....	53
Bibliographie	55
Annexes.....	60

Chapitre 1 : Introduction

1.1 Contexte et objectif général du mémoire

Contexte et importance du sujet

Le secteur des soins de santé est confronté à une crise majeure liée à l'abandon croissant de la profession infirmière. En Belgique, comme dans de nombreux pays, le manque de personnel soignant devient une préoccupation centrale pour les établissements hospitaliers, les maisons de repos et d'autres structures de soins. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2024), la pénurie d'infirmiers, bien qu'en recul, constitue l'un des défis les plus urgents à relever pour garantir un système de santé performant et durable.

Cette tendance s'explique par plusieurs facteurs : des conditions de travail difficiles (charge de travail élevée, horaires contraignants, épuisement professionnel), un manque de reconnaissance et des perspectives d'évolution limitées. Le rapport de la Fédération Européenne des Associations d'Infirmiers (EFN, 2022) souligne que ces éléments contribuent directement à un taux de rotation élevé et à une augmentation des départs vers d'autres secteurs.

Ce phénomène pose un défi majeur aux décideurs politiques (niveau macro) ainsi qu'aux dirigeants d'établissements de soins et aux services des ressources humaines (RH) (niveau micro). Ce mémoire s'intéresse particulièrement à ce deuxième niveau micro. En effet, le coût du turnover est considérable, impactant la qualité des soins, la motivation des équipes et les finances des organisations. Face à cette situation, les managers¹ et responsables RH doivent repenser leurs stratégies pour améliorer la rétention du personnel infirmier et proposer des solutions durables.

Problématique et objectifs du mémoire

L'objectif principal de ce mémoire est d'analyser les causes de l'abandon de la profession infirmière et d'identifier des pistes de solutions managériales permettant d'améliorer la rétention des soignants. La question centrale qui guide cette recherche est la suivante : Quels sont les facteurs qui poussent les infirmiers à quitter leur métier et quelles stratégies managériales et RH peuvent être mises en place pour améliorer leur fidélisation ?

Pour répondre à cette problématique, plusieurs sous-questions sont explorées :

1. Quels sont les principaux motifs de satisfaction et d'insatisfaction des infirmiers dans l'exercice de leur métier ?
2. Quel est le rôle du management dans la fidélisation du personnel soignant ?
3. Quelles stratégies innovantes peuvent être mises en place par les RH et les dirigeants pour limiter le turnover et améliorer l'attractivité du métier ?

¹ Le terme de « manager » est fréquemment employé. Dans ce travail, il englobe différentes fonctions : chef infirmier/Responsable d'équipe, cadre de santé, adjoint à la direction de département infirmier,... Car une même fonction ne porte pas le même titre selon les institutions, mais il s'agit des n+1, n+2,... qui supervisent les équipes d'infirmiers sur plusieurs niveaux hiérarchiques. Leur mission commune est de « diriger et de coordonner un ensemble d'individus sous sa responsabilité » selon Barabel, M. et Meier, O. (2015).

Méthodologie et approche

Ce travail repose tout d'abord sur une première partie de revue de littérature permettant d'explorer les recherches académiques et institutionnelles existantes sur le sujet. Ces lectures sont ensuite comparées à une étude de terrain réalisée à partir d'entretiens semi-directifs effectués auprès d'infirmiers qui se sont partiellement ou totalement reconvertis dans un domaine autre que les soins, qui travaillent dans les soins sous un nouveau statut, ou qui se sont reconvertis pour finalement revenir dans la profession de soignant. Enfin, un focus group avec des responsables de départements RH et infirmier permet d'apporter une vision managériale du problème étudié. La finalité de ce travail est de formuler des recommandations现实 pour les managers, responsables RH et institutions en soins de santé.

Ce mémoire vise ainsi à contribuer à la réflexion sur les solutions à mettre en place pour améliorer la gestion des ressources humaines dans le secteur des soins et à offrir aux dirigeants des pistes concrètes pour fidéliser leur personnel.

1.2 Motivations de la recherche

Importance d'examiner ce sujet

L'abandon de la profession infirmière est une problématique critique qui impacte non seulement les soignants eux-mêmes, mais aussi les établissements de santé et la qualité des soins prodigués aux patients. La pénurie d'infirmiers s'intensifie en raison de conditions de travail exigeantes, d'un manque de reconnaissance et de l'épuisement professionnel.

Face à ces défis, il est essentiel de mieux comprendre les facteurs qui poussent ces professionnels à quitter leur métier et d'identifier des stratégies efficaces pour améliorer leur rétention.

Cette recherche vise à combler le fossé entre les attentes des infirmiers et la réalité du terrain en mettant en lumière des solutions concrètes pour maintenir ces professionnels dans le secteur des soins.

Motivations managériales

Les managers et responsables RH jouent un rôle clé dans la gestion des talents et la fidélisation du personnel infirmier. Cependant, ils manquent souvent de données précises sur les causes profondes du turnover dans leur organisation et sur les leviers managériaux efficaces pour améliorer la rétention.

Les gestionnaires ont besoin de davantage d'informations sur les véritables motivations des infirmiers qui quittent leur poste ou changent de statut, ainsi que sur les bonnes pratiques managériales et RH pour favoriser l'engagement et la satisfaction au travail.

Ce sujet est une préoccupation majeure pour les praticiens d'aujourd'hui, car le coût du turnover et la difficulté à recruter de nouveaux infirmiers ont des répercussions directes sur l'organisation des soins et la qualité du service aux patients. En proposant des pistes d'amélioration basées sur des études de terrain, cette recherche espère aider les managers à adapter leurs politiques RH et à réduire l'abandon du métier.

Motivations académiques

Bien que plusieurs études aient analysé l'épuisement professionnel et le stress des infirmiers, il existe une lacune dans la littérature concernant l'impact des politiques managériales et RH sur la rétention des soignants.

Plusieurs points nécessitent une analyse plus approfondie. D'abord, le rôle du management dans la satisfaction et la fidélisation des infirmiers : peu d'études examinent en profondeur l'impact du style de leadership et des pratiques RH sur la décision de rester ou de quitter la profession. Ensuite, les solutions efficaces pour réduire le turnover : il manque une synthèse claire des initiatives réussies, applicables à différents contextes hospitaliers ou extrahospitaliers.

Cette recherche contribue donc à enrichir la littérature académique en apportant des éléments concrets sur ces aspects encore peu étudiés.

Lien entre les questions de recherche et les motivations

Les motivations de cette recherche sont à la fois pratiques et académiques. La question centrale – Quels sont les facteurs qui poussent les infirmiers à quitter leur métier et quelles stratégies managériales et RH peuvent être mises en place pour améliorer leur fidélisation ? – est directement liée aux préoccupations des gestionnaires et aux lacunes dans la littérature scientifique.

D'une part, les managers ont besoin d'outils et de recommandations pour agir efficacement sur la rétention des infirmiers. D'autre part, les scientifiques/universitaires doivent approfondir l'étude du rôle du management et des politiques RH dans ce contexte spécifique. Ce mémoire vise donc à combler ce double besoin en associant une analyse théorique et une confrontation avec la réalité du terrain.

Ce travail se positionne à l'intersection des préoccupations managériales et des enjeux académiques, avec l'objectif de produire des recommandations utiles tant pour les professionnels de santé que pour les chercheurs s'intéressant aux dynamiques du travail infirmier.

1.3 Contributions

Bénéfices attendus et valeur ajoutée

Ce travail de fin d'étude apporte une double contribution, à la fois pratique et académique, en répondant aux défis du turnover infirmier et à la nécessité de stratégies de rétention adaptées.

Sur le plan pratique, il vise à fournir aux gestionnaires et responsables RH des leviers concrets pour améliorer la fidélisation des infirmiers. Sur le plan académique, il enrichit la littérature existante en explorant le rôle du management et des ressources humaines dans la décision de quitter ou de rester dans la profession infirmière.

La valeur ajoutée de cette recherche repose sur une approche intégrée combinant une revue de littérature approfondie et une étude de terrain avec des infirmiers et des managers. Cette méthodologie permet d'obtenir une compréhension nuancée des causes du phénomène et des solutions envisageables.

Apports pratiques pour les gestionnaires

Les responsables des établissements de santé font face à une problématique urgente : comment retenir les infirmiers et améliorer leur engagement ? Ce travail de fin d'étude leur fournira des outils d'aide à la décision en proposant :

- Une identification des causes majeures de l'abandon du métier, fondée sur des témoignages concrets.
- Une sensibilisation accrue aux besoins des soignants, afin d'adapter les politiques internes aux attentes du personnel infirmier et de réduire l'attrition.
- Des recommandations managériales et RH basées sur des pratiques ayant prouvé leur efficacité dans d'autres contextes de soins.

En facilitant la mise en œuvre de solutions adaptées, cette recherche pourra contribuer à améliorer le bien-être des infirmiers, limiter les coûts liés au turnover et garantir une meilleure continuité des soins pour les patients.

Contribution à la littérature universitaire

Bien que plusieurs études aient exploré l'épuisement professionnel et la pénurie d'infirmiers, il existe encore des lacunes dans la compréhension du rôle du management et des ressources humaines dans ce phénomène. Ce travail apporte donc des contributions académiques en :

- Affinant l'analyse des facteurs de satisfaction et d'insatisfaction des infirmiers, en combinant une approche théorique et empirique.
- Explorant l'impact des styles de management sur la fidélisation du personnel infirmier, en identifiant les pratiques les plus efficaces pour retenir ces professionnels.
- Proposant un cadre de recommandations basé sur des données de terrain, pouvant servir de base à de futures recherches sur la gestion des ressources humaines dans le secteur des soins.

En reliant ces éléments aux enjeux managériaux actuels, cette étude contribue à enrichir la réflexion académique sur la gestion des ressources humaines dans un secteur en crise.

Ce travail de fin d'étude se positionne comme une réponse aux besoins identifiés dans les motivations de recherche. Il offre aux gestionnaires des pistes concrètes pour améliorer la rétention des infirmiers. Ensuite, il comble une lacune dans la littérature en étudiant les interactions entre management, reconversion et satisfaction au travail. De plus, il propose une analyse pragmatique, directement applicable dans les établissements de santé.

En intégrant analyse théorique, enquête de terrain et recommandations opérationnelles, cette recherche constitue un apport à la fois pour la communauté scientifique et pour les acteurs du secteur des soins.

1.4 Structure du mémoire et méthodologie générale

Principales étapes du mémoire

Ce mémoire suit une démarche structurée en plusieurs étapes :

1. Revue de littérature : Analyse des recherches existantes sur l'abandon de la profession infirmière, les facteurs de satisfaction et d'insatisfaction au travail, ainsi que le rôle du

- management dans la fidélisation du personnel soignant et les pistes de solutions déjà existantes pour la rétention des soignants dans leurs institutions.
2. Définition du cadre théorique : Identification des concepts clés et des modèles explicatifs liés au management ainsi qu'à la gestion des ressources humaines dans le secteur des soins de santé.
 3. Collecte de données de terrain : Étude qualitative via, d'une part, la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès d'infirmiers² pour confronter les facteurs décrits dans la littérature avec la réalité du terrain, et d'autre part, via un focus group réalisé avec des DRH et une responsable de département infirmier.
 4. Analyse et discussion : Comparaison entre la littérature et les données recueillies et réflexion autour des convergences et divergences rencontrées.
 5. Conclusions et proposition de recommandations : Résumé des principaux constats et contributions de ce travail, et élaboration de solutions pratiques pour améliorer la rétention des infirmiers à l'attention du cadre managérial.

Méthodologie générale

Pour la réalisation de ce travail, une méthodologie déductive et qualitative est utilisée. Cette recherche combine une analyse documentaire, basée sur des sources académiques et institutionnelles pour poser le cadre théorique, avec une enquête de terrain en deux phases. De cette manière, les éléments théoriques sont confrontés aux réalités des soignants et des managers.

L'objectif est de croiser les données issues de la littérature avec des témoignages afin de proposer des recommandations applicables pour les institutions.

Fil conducteur et éléments méthodologiques

La première phase de ce travail est la revue de littérature. Elle permet l'exploration des travaux académiques et rapports institutionnels, mais également l'identification des causes du turnover infirmier et ainsi que des stratégies managériales déjà existantes.

En deuxième lieu, une étude empirique qui suit une méthode qualitative via des entretiens semi-directifs avec des infirmiers permet de confronter la théorie à la réalité de terrain, et également grâce à un focus group organisé avec des DRH et une responsable de département infirmier qui ont leur propre vision et expérience.

La troisième phase consiste en l'analyse des données précédemment récoltées et la formulation de recommandations. D'abord, les résultats de notre collecte de donnée sont mis en relation avec la littérature existante. Ensuite, des pistes d'actions concrètes et de solutions sont formulées pour améliorer la rétention du personnel infirmier.

La méthodologie suit une approche rigoureuse et pragmatique, combinant analyse théorique et validation empirique. Ce cadre méthodologique garantit ainsi la formulation de recommandations finales à la fois pertinentes, applicables et fondées sur des données concrètes.

² Infirmiers en reconversion, soit : à temps partiel, complète dans un autre domaine, complète sous un autre statut dans les soins, ou qui se sont reconvertis pour finalement revenir à la profession d'infirmier.

Chapitre 2 : Revue de littérature

2.1 Contenu de la revue de littérature

Au travers de cette revue de littérature, quatre volets théoriques pertinents en regard des questions de recherche de ce travail sont abordés :

1. La satisfaction et la construction de sens au travail pour les soignants
2. La perte de sens au travail chez les soignants
3. Le rôle des managers infirmiers, des responsables RH et institutions dans la rétention des soignants au travail
4. Les pistes de solutions déjà existantes avec pour objectif la rétention des soignants au travail

Ces quatre volets sont donc abordés dans le domaine des soins de santé et plus spécifiquement pour le métier d'infirmier.

Dans le cadre de cette recherche théorique, il est également intéressant de développer les notions de management des organisations et de GRH dans le secteur des soins de santé, ainsi que la fidélisation institutionnelle.

2.1.1. La satisfaction et la construction de sens au travail pour les soignants

La première partie de cette revue de littérature a pour objectif d'énoncer les différents facteurs qui entraînent la satisfaction au travail et lui donnent un sens, et qui, par conséquent, favorisent la rétention dans le métier d'infirmier.

La notion de satisfaction au travail a, par le passé, souvent été mobilisée comme synonyme de la motivation au travail, ce qui a suscité plusieurs controverses (Larouche & Delorme, 1972). Bien que ces deux concepts soient étroitement liés, nous souhaitons apporter quelques clarifications quant à leur signification, cette recherche portant davantage sur la satisfaction au travail que sur la motivation au travail.

Ainsi, Larouche et Delorme (1972, p.595) proposent de définir la satisfaction au travail comme la « *résultante affective du travailleur à l'égard des rôles de travail qu'il détient, résultante issue de l'interaction dynamique de deux ensembles de coordonnées, nommément les besoins humains et les incitations de l'emploi.* »

Cette définition mobilise deux théories notoires en gestion des ressources humaines sous les termes « *ensembles de coordonnées* ».

En effet, le premier ensemble, les besoins humains, fait référence à la théorie des besoins humains de Maslow (1943), et plus particulièrement à la pyramide des besoins. Cette pyramide comprend cinq niveaux hiérarchiques des motivations humaines : à la base de cette pyramide se trouvent les besoins les plus importants, c'est-à-dire les besoins physiologiques et de sécurité (autrement dit, les besoins de préservation). S'y superposent les besoins d'appartenance, d'estime (de soi et des autres), et d'accomplissement de soi. Pour être atteint, chaque niveau doit reposer sur les précédents, stabilisés.

Pour ce qui concerne le deuxième ensemble de coordonnées, les incitations de l'emploi, les deux auteurs (Larouche & Delorme, 1972) renvoient aux travaux d'Herzberg, Mausner et Snyderman (1959)

et d'Herzberg et al. (1957), et plus particulièrement à leur théorie des deux facteurs. Cette théorie distingue, d'une part, les facteurs d'hygiène ou extrinsèques, tels que la rémunération et les conditions de travail, dont l'absence peut générer de l'insatisfaction, et, d'autre part, les facteurs intrinsèques, comme la reconnaissance ou le sentiment de réussite, qui renforcent la satisfaction professionnelle et les performances.

La satisfaction au travail est donc un « *état émotionnel positif résultant de l'évaluation faite par l'individu de son travail ou de ses expériences au travail* » (Locke, 1976 (traduction de l'anglais) ; voir aussi Weiss, 2002). L'individu retire plus ou moins de satisfaction suivant la comparaison qu'il fait entre les résultats réels et les résultats espérés de son expérience professionnelle (Cranny et al., 1992). La satisfaction au travail est non figée et varie suivant l'équilibre existant entre motivation/besoins et incitations de l'emploi (Larouche & Delorme, 1972). La motivation contribue donc sensiblement à la satisfaction au travail.

C'est à la théorie de l'autodétermination (*self-determination theory*) de Deci et Ryan (1985 ; 2000) que l'on doit une classification des différentes formes de motivation humaine et leur impact sur la quête de satisfaction de trois besoins psychologiques fondamentaux : l'autonomie, la compétence et l'appartenance. Les auteurs considèrent la motivation comme un concept multidimensionnel et distinguent motivations intrinsèque et extrinsèque. La motivation intrinsèque consiste en l'engagement dans une activité car sa pratique procure de la satisfaction et du plaisir à l'individu. La motivation extrinsèque, quant à elle, renvoie à l'investissement de l'individu dans une activité à cause de facteurs externes (e.g., la pression sociale ou des punitions). La motivation extrinsèque se décompose en différents types de régulations présentant un degré d'autodétermination variable (régulation externe, régulation introjectée, régulation identifiée et régulation intégrée). Enfin, dans le cas d'une absence totale de motivation, on parle alors d'amotivation (Deci & Ryan, 1985 ; 2000). La motivation intrinsèque est ainsi directement liée à la satisfaction au travail.

Maintenant que nous avons fourni un éclairage quant à la différence entre satisfaction et motivation au travail, il convient d'investiguer les facteurs de satisfaction au travail, en particulier pour les soignants.

En outre, Gilibert et al. (2008) analysent la satisfaction au travail à travers différentes dimensions :

- Satisfaction liée à la tâche : intérêt et signification du travail.
- Satisfaction relationnelle : relations avec les collègues et les supérieurs.
- Satisfaction liée aux conditions de travail : salaire, possibilités de promotion.

Moisson et Gardody (2021) mettent en évidence les facteurs qui sont les plus importants pour générer de la satisfaction chez les soignants. Ils distinguent trois domaines : les résultats (le travail bien fait), l'environnement de travail (les échanges, l'ambiance entre collègues, l'organisation, les moyens humains) et la reconnaissance (aussi bien de la part des patients que de la hiérarchie). Les travaux de Bonnières et al. (2010) confirment et complètent ces facteurs de satisfaction : ainsi, le contact relationnel avec les patients et les familles, le travail d'équipe, et la qualité de la prise en charge sont des éléments qui apportent de la satisfaction aux soignants (en soins palliatifs).

Enfin, les auteurs soulignent que la satisfaction du travail des soignants « *repose sur une philosophie du soin qui remet le patient acteur au centre d'une prise en charge globale toujours soutenue par un questionnement éthique* » (Bonnières et al, 2010, p.176). Des moyens spécifiques en termes de temps (et donc de personnel suffisant), pluridisciplinarité, formation et supervision, y sont étroitement liés (Bonnières et al, 2010).

Une étude empirique réalisée par IDEA Consult (2025) met en évidence les principaux facteurs pour lesquels les infirmiers belges se disent actuellement satisfaits : les relations avec les collègues, les

relations avec les patients, l'autonomie au travail, les relations avec les autres corps de métier, et le contenu des tâches effectuées.

Ensuite, le sens au travail selon les soignants est notamment exploré par Moisson et Gardody (2021) au travers d'interviews. Les auteurs se basent sur le travail de Morin (1997), qui définit le sens au travail telle une structure affective qui se compose de trois dimensions : la signification, l'orientation et la cohérence.

Ainsi, la signification s'entend comme « *la représentation qu'une personne se fait du travail et la valeur qu'elle lui attribue* » (Moisson & Gardody, 2021, p.54). Ainsi, le travail peut être central, voire vocationnel, pour certains.

L'orientation quant à elle « *se réfère aux motivations qui incitent les personnes à travailler et à ce qu'elles recherchent à travers le travail* » (Moisson & Gardody, 2021, p.54). Le travail peut donc avoir une fonction utilitaire (salaire, subsistance) ou une fonction expressive (prestige, expérience humaine). Enfin, la cohérence renvoie « *au degré d'équilibre qu'une personne atteint en travaillant, [à l'] harmonie entre la personne, sa raison d'être intime et son travail* » (Moisson & Gardody, 2021, p.54). Lagarde (2023) ajoute que l'individu trouve du sens lorsqu'il parvient à établir une cohérence entre lui-même, son activité et son environnement professionnel.

Moisson et Gardody (2021, p.54) expliquent que Morin (1997) a également identifié six autres caractéristiques principales qui donnent du sens au travail, à savoir : l'utilité au travail, la rectitude morale, l'apprentissage et le développement, l'autonomie, la qualité des relations ainsi que la reconnaissance. Un article plus récent de Morin (2008) met en évidence plusieurs aspects essentiels à la réalisation épanouissante du travail tels que la responsabilité sociale, le respect des valeurs humaines et l'importance des relations professionnelles. Les employés recherchent un travail qui leur permet de se sentir utiles, de se réaliser personnellement et de participer à une mission collective.

Karl Weick (1995) propose un modèle de création sens, le *sensemaking*, sous la forme d'un processus continu comprenant trois phases : « l'enactement », la sélection et la rétention. Ainsi, c'est l'individu qui, à la suite d'une action, interprète et façonne son environnement sur base de différents scénarios (enactement), qui attribue ensuite un sens à son environnement (sélection d'un des scénarios) qu'il retiendra et qui servira de base aux futures interprétations (rétention). La construction de sens influence significativement la motivation des employés, mais aussi leur satisfaction et leur performance (Moisson & Gardody, 2021). Gréselle-Zaïbet (2021) souligne que la quête de sens au travail est devenue centrale et qu'elle peut être appréhendée à travers trois dimensions :

- Le sens organisationnel, porté par les décisions et les orientations définies par la direction et les managers.
- Le sens collectif, qui émerge de l'intelligence collective, des relations interpersonnelles, de la coopération et de l'entraide entre collègues.
- Le sens individuel, issu de la réflexion personnelle sur la signification que chacun attribue à sa vie, tant professionnelle que privée, et influencé par la qualité de vie au travail et en dehors.

La création de sens au travail n'est donc pas issue uniquement d'un processus individuel. Le collectif ainsi que le management ont un impact sur la création de sens au travail. Nous revenons plus en détail sur cet aspect dans la sous-section 2.1.3. ci-dessous.

Enfin, concernant la rétention des soignants, une étude récente réalisée par Yamamoto et al. (2024) explore les facteurs de rétention propres au métier d'infirmière, en particulier auprès de travailleuses ayant quitté la profession pour finalement reprendre le travail (l'ensemble des participants à leur étude étant des femmes). Cinq thèmes se démarquent : l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, la reconnaissance au travail et le soutien des collègues ainsi que du responsable d'équipe, le rôle sociétal du travail et le développement des liens autres que familiaux, le développement

professionnel, l'aide et le soutien à la « reformation », et enfin l'enrichissement personnel. Les auteurs soulignent que certains éléments comme un environnement de travail favorable à la vie de famille, le soutien entre collègues ou encore l'accès à la formation continue se sont révélés essentiels pour assurer la stabilité professionnelle des participantes. Leur absence pourrait engendrer un malaise ou les pousser à quitter leur emploi. Par ailleurs, des sources de motivation intrinsèque comme la fierté et la confiance en soi ont contribué à l'épanouissement personnel des infirmières, les incitant à poursuivre leurs objectifs professionnels.

Le Tableau 1 ci-dessous synthétise les différents facteurs de satisfaction, sens et rétention identifiés précédemment. Si certains de ces facteurs se veulent génériques, les études portant sur les soignants et les infirmiers les ont soit confirmés, soit complétés. Cette synthèse souligne également les interconnexions existantes entre facteurs de satisfaction, sens et rétention, comme la reconnaissance et les relations professionnelles, par exemple.

Tableau 1 - Facteurs de satisfaction, sens et rétention

Satisfaction au travail	Sens au travail	Rétention
Gilibert et al. (2008) : <ul style="list-style-type: none"> • La satisfaction liée à la tâche : intérêt et signification du travail • La satisfaction relationnelle : relations avec les collègues et les supérieurs • La satisfaction liée aux conditions de travail : salaire, possibilités de promotion 	Morin 1997 : <ul style="list-style-type: none"> • La signification • L'orientation • La cohérence • L'utilité au travail • La rectitude morale • L'apprentissage et le développement • L'autonomie • La qualité des relations • La reconnaissance 	Yamamoto et al. (2024) : <ul style="list-style-type: none"> • L'équilibre entre vie professionnelle et vie privée • La reconnaissance au travail et le soutien des collègues ainsi que du responsable d'équipe • Le rôle sociétal du travail • Le développement des liens autres que familiaux • Le développement professionnel, l'aide et le soutien à la « reformation » et l'enrichissement personnel
Moisson et Gardody (2021) : <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats : le travail bien fait • L'environnement de travail : les échanges, l'ambiance entre collègues, l'organisation, les moyens humains • La reconnaissance : aussi bien de la part des patients que de la hiérarchie 	Morin 2008 : <ul style="list-style-type: none"> • La responsabilité sociale • Le respect des valeurs humaines • L'importance des relations professionnelles 	
Bonnières et al. (2010) : <ul style="list-style-type: none"> • Le contact relationnel avec les patients et les familles • Le travail d'équipe • La qualité de la prise en charge • La philosophie du soin avec le patient au centre • Le questionnement éthique • Le temps • La pluridisciplinarité • La formation • La supervision 	Lagarde (2023) : La cohérence entre l'individu, son activité et son environnement professionnel	

Source : Production de l'auteure

2.1.2. L'insatisfaction et la perte de sens au travail chez les soignants

Après avoir relevés les facteurs de satisfaction, sens, et rétention, ce second volet de revue de littérature s'intéresse aux facteurs qui, au contraire, engendrent de l'insatisfaction, voire de la perte de sens au travail pour les soignants, ce qui peut avoir pour conséquence l'abandon de la profession et la reconversion professionnelle.

Dans leur étude, Jasseron et al. (2006) listent différents facteurs d'insatisfaction de soignants : le manque de soutien psychologique, le nombre insuffisant de personnel, les attentes professionnelles non satisfaites, le manque de temps et la dégradation des soins qui en découle, la qualité de travail insatisfaisante, la surcharge de travail (associée à l'épuisement des professionnels, voir Galbany-Estragués et al. (2024)), le manque d'opportunité de développement professionnel, le manque de promotion, le salaire bas et les difficultés à combiner vie privée et vie professionnelle, le besoin de prendre soin de ses enfants, ainsi que l'organisation des horaires de travail insatisfaisante (Jasseron et al., 2006, p.48). Galbany-Estragués et al. (2024) ajoutent à cette liste le manque de reconnaissance.

L'étude empirique d'IDEA Consult (2025) confirme une série de ces facteurs et met en évidence les éléments qui satisfont le moins les infirmiers belges, à savoir : la charge de travail, le salaire, la charge émotionnelle, la charge physique et le soutien de la hiérarchie. De plus, six conditions de travail satisfont seulement moyennement les infirmiers : les opportunités de carrière, les outils technologiques à disposition, les outils de travail à disposition, la flexibilité des horaires, les possibilités de formation et le nombre d'heures de travail.

Selon Yamamoto et al. (2024), plusieurs facteurs d'insatisfaction spécifiques peuvent émerger au moment de reprendre le travail à la suite d'un arrêt. Il nomme les difficultés à équilibrer le travail avec les services de garde d'enfants et les responsabilités domestiques, l'anxiété découlant d'un manque perçu de compétences, l'inquiétude face aux lourdes responsabilités du travail et la peur de commettre des erreurs médicales.

Aux côtés de ces facteurs d'insatisfaction, d'autres éléments peuvent pousser les soignants à quitter leur profession. Parmi ces facteurs, Kox et al. (2020) identifient le manque de défi, de passion ou de compétence perçue, l'incapacité de travail en raison de problèmes de santé non liés au travail et pour lesquels il n'y pas d'adaptation de l'emploi ou de l'environnement de travail, et également le manque sentiment d'appartenance.

Ces travaux mettent ainsi en évidence que les facteurs d'insatisfaction soulignés correspondent très souvent aux facteurs de satisfactions non-rencontrés. Ils mettent aussi en lumière les besoins exprimés par les soignants : plus de personnel, une meilleure rémunération, des contrats permanents, des horaires flexibles, une plus grande autonomie et une croissance de carrière. Il apparaît également que ce n'est pas tant « *le contenu de la mission de soins infirmiers mais plutôt le contexte dans lequel les infirmiers doivent accomplir cette mission qui constitue une source d'insatisfaction* » (Clemens-Carpiaux, 2005, p.8).

Ensuite, au travers d'interviews, Moisson et Gardody (2021) identifient quant à eux une série de facteurs menant à la perte de sens chez les soignants. Le premier facteur est un conflit entre leur mission et les impératifs de gestion et de performance : les soignants ne perçoivent plus la finalité et l'utilité sociale de leur travail, ce qui traduit alors une incompréhension face aux pratiques, accentuée par les consignes de travail incohérentes et le glissement des tâches administratives. Les auteurs évoquent aussi d'autres facteurs comme le manque de reconnaissance ou encore la non-atteinte des objectifs, ainsi que les restrictions budgétaires et le manque de moyens.

Van den heed et al. (2019) soulignent que l'impossibilité, pour les soignants, de mettre en œuvre les actes communicationnels et relationnels est source de souffrance et aboutit à une perte de sens.

Une telle perte de sens peut avoir lieu à tout moment de la carrière professionnelle. Chez les infirmiers, il n'est pas rare qu'elle ait lieu dès les stages, durant lesquels les étudiants infirmiers se retrouvent face à de nombreuses difficultés (Grard et al., 2023).

Les conséquences qui peuvent être générées par cette perte de sens sont une démotivation, une diminution de l'estime de soi (voir même un burn-out), une diminution de la loyauté des employés (le désengagement), mais aussi de leur satisfaction et de leur engagement au travail ainsi que la détérioration de la qualité du climat social (Moisson & Gardody, 2021).

Bien que ce travail s'inscrive plusieurs années après la crise de la Covid-19, cette dernière a non seulement remis en lumière mais aussi accentué l'ensemble de ces facteurs d'insatisfaction et de perte de sens des travailleurs soignants.

Dubois et Meunier (2023) expliquent que la gestion de la pandémie de Covid-19 a révélé un cercle vicieux dans lequel des conditions de travail dégradées rendent la profession de plus en plus difficile, ce qui affecte son attractivité et contribue à une pénurie croissante de personnel. Par exemple, pour les travailleurs en place, la surcharge de travail s'intensifie, notamment à cause de l'augmentation de la complexité des soins et du raccourcissement des durées d'hospitalisation. Ces pics de charge de travail, souvent exacerbés par l'absence/le manque de collègues, rendent une prise en charge de qualité difficile. La surcharge administrative est également une source régulière de mécontentement, souvent perçue comme inutile et contraignante.

Risques psychosociaux, incohérence de la hiérarchie (partagée entre exigences médicales et impératifs économiques), perte de reconnaissance pour les soignants, difficultés à concilier vie professionnelle et vie privée devient, horaires instables, salaires reflétant peu la pénibilité du métier, conditions de formation et stages, et décalage entre motivation initiale et réalité quotidienne sont tant de facteurs remis en exergue par la crise sanitaire (Dubois & Meunier, 2023).

Ainsi, cette crise, de même que les réformes nombreuses qui traversent le secteur des soins depuis plusieurs années (création du poste d'assistant en soins infirmiers en 2023, prolongation des études d'infirmiers, etc.) ont conduit certains soignants à éprouver une perte de repères, remettant en question la signification de leurs tâches et l'essence même de leur métier.

Certains facteurs démographiques semblent aussi avoir une influence sur la propension à quitter, ou non, la profession de soignant. L'étude d'IDEA Consult (2025) fait apparaître que le diplôme et l'ancienneté, ainsi que, dans une moindre mesure, la situation familiale et le temps de travail, influencent de façon significative l'intention de quitter la profession. Pour ce qui concerne le diplôme, plus un infirmier à un niveau de qualification élevé, plus une réorientation professionnelle est facilement envisagée. En outre, il apparaît qu'une réorientation professionnelle est plus aisément considérée lorsque le travailleur à peu d'expérience et qu'il lui reste une longue carrière devant lui. De plus, il apparaît que le fait d'avoir des enfants réduit sensiblement le risque de quitter la profession, à l'inverse du fait de travailler à temps partiel qui accroît ce risque.

Comme mentionné en début de sous-section, l'insatisfaction et la perte de sens au travail peuvent notamment engendrer une diminution de la loyauté des employés et de leur engagement au travail, voire leur sortie de la profession. L'abandon de la profession n'est cependant pas toujours la seule issue.

Brasseur et Mejri (2020) ont réalisé une étude dont la conclusion s'appuie sur le modèle « *Exit-Voice-Loyalty* » de Hirschman (1970) pour analyser les réactions des professionnels de santé face à l'insatisfaction au travail. Pour rappel, le modèle d'Hirschman (1970) représente les trois réactions possibles d'un individu lorsqu'il est insatisfait vis-à-vis de son organisation :

- La Sortie (*exit*) : La personne quitte l'organisation. C'est une forme de protestation silencieuse.
- La Prise de parole (*voice*) : Le travailleur reste, mais exprime son mécontentement pour essayer de provoquer un changement, via des revendications, des plaintes, etc.
- La Loyauté (*loyalty*) : L'individu choisit de rester fidèle malgré les difficultés, souvent par attachement ou par espoir de changement, ce qui peut retarder ou modérer la Sortie ou la Prise de parole. Daudé (2007) souligne cependant que, dans le contexte des soins de santé, la loyauté d'un infirmier envers son institution de santé peut être contrainte de plusieurs manières. L'une d'elles découle du fait que, dans certaines régions, les possibilités d'emploi sont limitées, et quitter son poste peut signifier perdre l'accès à un revenu stable ou à des conditions de travail minimales. Cette loyauté peut aussi s'expliquer par des coûts d'entrée ou de sortie très élevés, ou la peur de représailles professionnelles, voire d'une marginalisation dans le milieu.

L'étude de Brasseur et Mejri (2020) enrichit ce modèle en y ajoutant deux nouvelles réponses :

- La Conciliation : Forme de loyauté active, elle permet aux soignants de rester dans leur institution sans renier leurs valeurs, mais maintient la situation d'insatisfaction.
- La Coopération : Inspirée de la notion de « *voice* », elle repose sur l'accueil des prises de parole par le management et la co-construction de solutions satisfaisantes pour toutes les parties. Elle représente une approche plus positive et constructive face à l'insatisfaction, qui est donc présente mais exprimée.

Ainsi, cette étude met à nouveau en lumière le rôle que peut jouer le management dans la création et le maintien de sens au travail. Nous y revenons dans la sous-section 2.1.3. ci-après.

2.1.3. Le rôle des cadres et managers dans la rétention au travail

La perte de sens au sein du secteur des soins de santé engendre des répercussions négatives à la fois sur les comportements individuels et collectifs, mais aussi sur la performance des organisations de soins. Dans ce contexte, une question centrale émerge : comment redonner du sens au travail des équipes médicales ? Les managers et responsables RH, en tant qu'acteurs clés dans la conception des postes, l'organisation du travail et la mise en place des conditions de son exécution, apparaissent comme des leviers essentiels dans la dynamique de construction ou de reconstruction du sens au travail. Ce troisième volet investigue donc la littérature relative aux rôles des managers et responsables RH en ce qui concerne le sens au travail.

Moisson et Gardody (2021) explorent la transformation et la professionnalisation du rôle de cadre de santé. Aujourd'hui, le cadre de santé ne se limite plus à un rôle clinique : il est aussi manager, coordinateur de projets, garant de la qualité des soins et acteur de la performance au sein des établissements. Ce changement s'inscrit dans un contexte de réformes hospitalières, d'introduction d'outils de gestion inspirés du secteur privé (*New Public Management*, NPM) et d'exigences accrues en matière de résultats. Le cadre de santé se retrouve alors à devoir concilier des logiques parfois opposées : celles de la gestion et celles du « prendre soin », tout en maintenant la motivation et la cohésion des équipes dans un environnement complexe et normé (Moisson & Gardody, 2021). Cependant, le rôle du cadre ne se limite pas à un rôle d'organisation et de gestion d'un service. Il doit également assurer le bon déroulement de la vie au sein du service et de *leader* pour ses collaborateurs (Dumas & Ruiller, 2013).

Trois principaux leviers managériaux permettant aux cadres de santé d'agir sur le sens au travail sont proposés par Moisson et Gardody (2021) :

1. Le cadre de santé comme filtre des exigences institutionnelles : Il peut ajuster ou contourner certaines normes pour protéger l'équipe et préserver du sens au travail. Il joue ainsi un rôle tampon entre les attentes organisationnelles et la réalité du terrain.
2. Le cadre de santé comme modèle de sens : Son attitude et son engagement influencent les équipes par un effet de contagion. Un cadre qui trouve du sens dans son travail renforce la motivation et l'engagement des soignants.
3. Le cadre de santé comme facilitateur du dialogue : Il doit préserver des espaces d'échange et de discussion pour favoriser la régulation du travail. Ces moments permettent de clarifier les attentes, de partager les difficultés et de maintenir un sens collectif. Ce levier peut être mis en relation avec la réaction de « coopération » avancée par Brasseur et Mejri (2020) dans la sous-section précédente.

Cette interrogation sur le rôle du cadre de santé en tant que créateur de sens (*sensemaker*) ou transmetteur/influenceur de sens (*sensegiver*) renvoie aux travaux de Weick (1995) relatif au *sensemaking*. Dans le secteur spécifique des soins, le cadre de santé n'est pas un *sensemaker* à proprement parler : le sens du travail des soignants est souvent ancré dans leur vocation. Il agit plutôt comme un *sensegiver*, en favorisant la diffusion du sens et en créant des conditions qui en permettent la préservation. Sans être le seul responsable de la perte de sens, le cadre de santé peut jouer un rôle clé dans sa préservation et sa reconstruction (Moisson & Gardody, 2021). Weick (1995) a aussi développé le concept d'« enactment » mentionné précédemment dans la sous-section 2.1.1. Ce concept joue un rôle clé dans les domaines du changement organisationnel, de la prise de décision et du leadership. Il met en évidence que la réalité au sein des organisations n'est pas simplement donnée, mais résulte d'une construction sociale. Ainsi, les managers, par leurs choix et leur manière de percevoir les situations, contribuent activement à façonner leur environnement. Ainsi, la capacité à s'adapter repose en grande partie sur l'aptitude à réinterpréter les événements et à leur attribuer un sens pertinent, qui se transmet alors à l'équipe.

De plus, Morin (2008) considère que les managers ont d'autres rôles cruciaux : ils doivent clarifier les attentes, veiller à la rectitude morale des pratiques et promouvoir un environnement respectueux de la dignité humaine, de la justice et de l'équité. Les managers peuvent également donner du sens au travail en permettant aux individus d'exercer leurs compétences, de faire preuve de créativité et de participer aux décisions qui les concernent. Il est donc essentiel de favoriser un environnement de travail où les relations professionnelles sont positives, où les employés sont encouragés à se respecter et à s'entraider.

Un autre levier managérial essentiel est décrit par Moisson et Gardody (2021) : il s'agit de l'appréciation portée sur la contribution d'un professionnel, aussi bien en ce qui concerne la qualité de son travail que l'engagement personnel et l'énergie investie. Cette reconnaissance peut s'exercer à trois niveaux : envers la personne elle-même, vis-à-vis du processus de travail, et en lien avec les résultats obtenus. Comme précédemment souligné, elle joue un rôle significatif dans la satisfaction au travail ainsi que la construction du sens au travail. Sur le plan individuel, la reconnaissance permet au professionnel de percevoir que son activité est en adéquation avec ses compétences, ses aspirations et ses besoins. D'autre part, les marques de reconnaissance exprimées par les collègues ou la hiérarchie ont un effet structurant : elles servent de repères valorisants sur le plan technique, comportemental et éthique. Ces marques permettent au salarié de se sentir légitime et reconnu dans son rôle professionnel. Cette reconnaissance permet à chacun d'être perçu comme une personne ayant de la valeur : à la fois en tant qu'individu porteur de besoins, en tant que sujet autonome doté de droits égaux, et comme acteur capable de réalisations concrètes. Elle contribue ainsi à souligner l'unicité et l'importance de chaque professionnel au sein de l'organisation (Moisson et Gardody, 2021).

2.1.4. Les solutions déjà existantes ou proposées

Face à la pénurie persistante de personnel infirmier et à des taux d'absence et de rotation préoccupants³, les établissements de santé sont de plus en plus contraints de mettre en place des stratégies concrètes pour favoriser la rétention de leurs professionnels. Cette problématique, complexe et multifactorielle, est devenue centrale pour assurer la continuité et la qualité des soins et appelle des réponses organisationnelles à la fois durables et adaptées aux réalités du terrain. Divers leviers ont ainsi été explorés dans la littérature. Cette section propose une analyse des principales pistes identifiées, en s'appuyant sur les approches théoriques et des pratiques institutionnelles existantes visant à améliorer la satisfaction et fidéliser les infirmiers au sein des structures de soins.

Une piste de solution manifeste consisterait à augmenter les moyens humains, permettant ainsi de réduire la surcharge de travail et ainsi entraîner la rétention du personnel. Cependant, le contexte de pénurie actuel du secteur rend cette piste difficile à atteindre. En effet, en Belgique, malgré les moyens historiques alloués par le précédent gouvernement pour revaloriser les métiers du secteur du non-marchand « social et santé », dont 500 millions d'euros dédiés au financement structurel des salaires, force est de constater que la pénurie n'est pas pour autant solutionnée (Belga, 2020).

La surcharge de travail met notamment en lumière les normes d'encadrement existantes, c'est-à-dire le nombre de patients par infirmiers. Le ratio actuel est de 9,4 patients pour 1 infirmier en Belgique, contre 8,3 pour 1 au niveau européen (Lavergne & Janssens, 2024). Bien que les institutions n'aient pas de prise sur la définition de ces normes, qui dépend du niveau fédéral, elles peuvent, dans la mesure où elles disposent de moyens (financiers et humains) suffisants, aller « au-delà » de ces normes et augmenter le ratio d'infirmiers disponibles.

En outre, pour pallier le manque de personnel, le gouvernement belge a récemment ajouté une nouvelle fonction dans l'exercice de l'art infirmier, à savoir l'assistant de soins infirmiers (AESI) qui se situe entre l'aide-soignant et l'infirmier responsable de soins généraux (IRSG). Ainsi, l'AESI peut soulager l'IRSG en posant le diagnostic infirmier et déterminant les soins infirmiers à dispenser, par exemple. L'infirmier de pratique avancée (IPA) a également été ajouté et placé en haut de l'échelle de fonctions⁴. De plus, certains actes historiquement infirmiers ont été dépénalisés afin de pouvoir être réalisés (et donc délégués) par un aidant proche ou un aidant qualifié. Ces nouveautés soulèvent cependant des réactions et questionnements au sein des professionnels du secteur en termes de reconnaissance, de perte de sens et de rémunération des professionnels soignants (FMM, 2025).

Au sein de la littérature, Yamamoto et al. (2024) proposent notamment comme solution concrète la réintégration d'infirmières inactives. Pour ce faire, les auteurs insistent sur le fait que les managers jouent un rôle essentiel car ils doivent chercher à comprendre les aspirations et les modes de vie de leurs collaborateurs afin de mieux les accompagner dans cette réintégration. La mise en place de formations adaptées revêt également, selon les auteurs, une importance particulière afin de renforcer et remettre à jour les pratiques des collaborateurs. De plus, pour raviver l'engagement de ces infirmières en réintégration, les managers doivent encourager ces professionnelles à retrouver leur fierté et leur sentiment d'accomplissement. La reconnaissance est donc à nouveau essentielle : offrir des retours valorisants et constructifs sur l'impact positif de leur travail auprès des patients peut jouer un rôle déterminant dans la reconstruction de leur confiance. De plus, soutenir les infirmières dans la

³ En janvier 2020, le KCE (2020) rapportait qu'un infirmier sur quatre n'était pas satisfait de son travail, et que dix pourcents des infirmiers envisageaient de quitter la profession. Les chiffres individuels des institutions de soins quant à leur taux de turnover ne sont pas publiés. Belfius (2023) rapportait un taux d'absentéisme de 11,4% au sein des hôpitaux belges.

⁴ Le SPF Santé Publique a récemment clarifié les champs d'activités de ces différents rôles via un [tableau comparatif](#).

définition de nouveaux objectifs professionnels peut les aider à mieux percevoir leur évolution (Yamamoto et al., 2024).

Une autre potentielle solution est l'intégration des soins, c'est-à-dire une organisation des soins sous forme de processus continu, de la prévention à la prise en charge et le suivi des patients. Une telle philosophie de soins, au-delà de ses bénéfices pour les patients, répond à plusieurs facteurs de satisfaction et de production de sens des soignants, tels que le relationnel, le rôle sociétal, la qualité de la prise en charge et la multidisciplinarité. Différentes réformes allant dans cette direction sont en cours depuis plusieurs années en Belgique, telles que la réforme des hôpitaux, la mise en place de la Proxisanté en Wallonie, les zones de première ligne en Flandre, ainsi que divers projets pilotes (KCE, 2022). Ces initiatives ont cependant lieu à différents niveaux (fédéral, régional) et sans réelle concertation entre elles. Ainsi, le KCE appelait, en 2022, à un renforcement des collaborations entre initiatives via la multidisciplinarité, à l'adoption d'une approche territoriale respectant les besoins des populations, et à une réforme du modèle de financement des soins (actuellement basé sur le paiement à l'acte).

Ensuite, au niveau micro/institutionnel, IDEA Consult (2025) conclut que l'insatisfaction des infirmiers « *est le résultat d'un enchevêtrement d'éléments individuels, professionnels, organisationnels et relationnels* » (IDEA Consult, 2025, p.127). Il conviendrait donc, pour les institutions de soins, d'agir simultanément sur l'organisation du travail (horaires, flexibilité, contenu des tâches, charges de travail), les relations interpersonnelles (avec les collègues, la hiérarchie, les patients et les proches) ainsi que sur le soutien institutionnel (via la rémunération et l'offre de formation) (IDEA Consult, 2025). Cependant, certaines études considèrent que, bien que le salaire agisse comme un facteur d'attractivité, « *il ne peut à lui seul compenser la perte de sens due à l'impossibilité chronique de faire son travail en son âme conscience* » (Grard et al., 2023, pp.19-20). Le salaire à lui seul ne compense pas une perte de sens au travail.

Un des leviers mobilisés au niveau institutionnel pour améliorer la satisfaction des soignants sont les politiques internes de « qualité de vie au travail » (QVT). Ce concept prend de plus en plus d'ampleur dans le secteur, particulièrement au sein du milieu hospitalier, et « *renvoie aux conditions favorables de l'environnement de travail ayant des conséquences positives sur le plan individuel et organisationnel* » (Althaus et al., 2019, p.355). La QVT englobe de multiples dimensions telles que l'équilibre vie privée-vie professionnelle, les compétences, la sécurité et le stress au travail, le style managérial, la sécurité d'emploi, l'environnement physique, les heures de travail, la nature de l'emploi, les opportunités professionnelles et les collègues (Bagastos, 2011). Le bien-être au travail y est étroitement lié et comprend l'autonomie dans la prise de décision, le sentiment d'appartenance, le respect et la reconnaissance (Bagastos, 2011). De nombreuses institutions de soins misent donc sur la mise en place d'initiatives relatives à la QVT et au bien-être de leurs travailleurs. Elles mettent également l'accent sur leur offre de formation et de développement pour attirer et retenir du personnel. C'est par exemple le cas du Grand Hôpital de Charleroi qui mentionne clairement ces initiatives sur son site web.⁵

2.1.5. Management (RH) des organisations dans le secteur des soins de santé

Le paysage du secteur des soins de santé se compose de différents types d'établissements et services de soins. Parmi les principaux types, on retrouve notamment les hôpitaux, les centres de rééducation, les maisons de repos, les maisons médicales, les services intégrés de soins à domicile et les maisons de soins psychiatriques. A cette diversification s'ajoute une complexité liée à la gestion soit fédérale, soit régionale, ainsi qu'au caractère privé ou public, de ces différents types d'institutions. Cette gestion différenciée comporte des implications importantes, en particulier concernant les outils de

⁵ <https://www.ghdc.be/travailler-au-grand-hopital-de-charleroi>

financement et moyens alloués à chaque type d'institution. Cette sous-section a pour objectif de mettre en avant les principes de management qui régissent les organisations du secteur des soins de santé.

Depuis la fin des années 1980, le *New Public Management* (NPM) a progressivement introduit des logiques de (quasi-) marchés au sein d'institutions publiques afin d'en rationaliser des coûts. La sphère de la santé a ainsi été soumise à des logiques de fonctionnement issues du secteur privé (Toffel & Tawfik, 2019). Cependant, plusieurs recherches soulignent les conséquences négatives de ces logiques gestionnaires pour les soignants. Parmi ces impacts, on retrouve la diminution de l'autonomie et du pouvoir décisionnel des soignants (Bezes et Demazière, 2011), l'intensification de la charge de travail, la nécessité d'adaptation permanente (Eckenschwiller et al., 2022) ainsi que « *les dissonances entre normes managériales et valeurs professionnelles* » (Toffel & Tawfik, 2019, p.1078).

Cependant, face au vieillissement de la population, l'augmentation de profils polypathologiques et de maladies chroniques, la standardisation croissante des procédures de soins, ainsi que l'accroissement de tensions financières, le secteur des soins de santé se complexifie davantage.

Pour atteindre l'équilibre entre qualité des soins et efficience, des auteurs proposent de se tourner vers de « *nouvelles approches organisationnelles et humaines* » (Eckenschwiller et al., 2022, p.16). Parmi ces approches, Eckenschwiller et al. (2022) proposent la collaboration interprofessionnelle définie comme « *le lieu de structuration d'une action collective qui réunit des membres d'au moins deux groupes professionnels autour d'un but commun, à travers un processus de communication, de décision, d'intervention et d'apprentissage, ce processus étant dynamique, évolutif et complexe* » (Robidoux, 2007, p.11).

Cette collaboration repose sur les cadres de santé et managers qui en sont les acteurs clés du fait de « *leurs missions d'organisation et de coordination des soins, de management des équipes, de gestion de projets et de transmission de l'information* » (Eckenschwiller et al., 2022, p.25). La collaboration interprofessionnelle propose une approche holistique des situations et la réduction des silos intra-institutionnels. Entre autres, cette approche améliorerait le bien-être du personnel ainsi que leur satisfaction notamment grâce à son ouverture vers la créativité et l'efficience (Eckenschwiller et al., 2022).

Aux côtés de cette logique managériale « globale », les différents types d'institutions de soins en Belgique ont également quelques spécificités organisationnelles, notamment de par leur taille ou leur mission. Ainsi, par exemple, les hôpitaux, généralement de grande taille et encouragés, depuis 2019, à former des réseaux hospitaliers, se caractérisent par des structures verticales caractérisées par une hiérarchie forte. Ils sont divisés en plusieurs services, fonctions et programmes de soins, eux-mêmes composés de différentes équipes avec leur fonctionnement propre (Vers une Belgique en bonne santé, 2023). A contrario, les maisons médicales, généralement de petite voire de moyenne taille, prônent un fonctionnement participatif, non hiérarchique (n'excluant pas pour autant la présence d'organigrammes explicites) et basé sur l'autogestion (FMM, 2013).

En management des organisations, un hôpital présente typiquement une configuration de type "Professionnelle" (Lisein, O. (2024)) :

Tableau 2 - Configuration organisationnelle d'un hôpital

Critère	Configuration professionnelle (Hôpital)
Division du travail	Horizontale forte – spécialités médicales nombreuses et différencierées
Mécanisme de coordination dominant	Standardisation des qualifications – autonomie basée sur les compétences
Différenciation inter-unités	Horizontale forte – services distincts (urgences, pédiatrie, chirurgie, etc.)
Liaison inter-unités	Agents de liaison, comités permanents, réunions de coordination
Pouvoir dominant	Opérateurs qualifiés – médecins, infirmiers spécialisés
Centralisation des décisions	Faible pour les décisions opératoires
Buts prioritaires	Mission plurielle – soins, recherche, formation, efficience
Type de marché	Stable, complexe, non hostile

Source : Production de l'auteure

La configuration professionnelle des hôpitaux se caractérise par une forte division du travail horizontal, avec de nombreux services spécialisés (chirurgie, pédiatrie, etc.), reflétant une organisation complexe. La coordination s'appuie principalement sur la standardisation des qualifications, ce qui donne une grande autonomie aux professionnels, notamment aux médecins et infirmiers spécialisés. Le pouvoir opérationnel est donc largement décentralisé, confié à ces experts. Pour assurer la cohérence entre les unités, les hôpitaux recourent à des mécanismes de liaison (comités, réunions). Leur mission est multiple : offrir des soins, mener des recherches, former, tout en restant efficaces. Enfin, ils évoluent dans un environnement stable mais complexe, qui nécessite une organisation robuste mais adaptable.

Tandis que des structures comme les maisons médicales adoptent une configuration plus adhocratique ou collaborative, fondée sur l'autogestion et la participation collective, traduisant des spécificités organisationnelles liées à leur taille réduite et à leur mission sociale.

En termes de gestion des ressources humaines (GRH), suivant la manière d'aborder les différentes variables RH, un hôpital suit une convention plutôt délibérative et objectivante. D'après Naedenoen, F. (2024), la convention délibérative domine dans des domaines où l'évaluation repose sur le jugement professionnel et la concertation, comme l'évaluation des performances (souvent qualitative, basée sur l'expérience ou le regard des pairs) ou la mobilité interne (souvent décidée après échanges ou concours internes). Parallèlement, la convention objectivante s'applique dans des domaines plus réglementés et standardisés, comme la rémunération (barèmes publics, primes normées) et le temps de travail (très encadré légalement). La formation, quant à elle, illustre une hybridation : elle est à la fois fortement encadrée (objectivante) et adaptée aux besoins professionnels discutés au sein des équipes (délibérative).

Tableau 3 - Convention GRH de l'hôpital

Variable RH	Description dans un hôpital	Convention correspondante
Évaluation	Par les pairs ou hiérarchie médicale, souvent qualitative (retour d'expérience, supervision)	Délibérative
Développement des compétences	Très institutionnalisé (formations, spécialisation, recyclages obligatoires)	Objectivante + Délibérative
Mobilité	Par concours, ancienneté ou évaluation des compétences (chefferie de service, promotions internes)	Délibérative
Rémunération	Barèmes publics + primes liées à la fonction (ancienneté, nuit, week-end...)	Objectivante (secteur public)
Temps de travail	Fortement normé (durées légales, astreintes, heures supplémentaires compensées)	Objectivante
Dialogue social	Très présent (syndicats, délégations syndicales, concertation dans le secteur public)	Délibérative

Source : Production de l'auteure

Malgré les différences qui peuvent être observées entre les types d'institutions, une évolution commune a progressivement lieu : la GRH, autrefois purement bureaucratique et cantonnée à l'administration du personnel, tend à prendre une place de plus en plus stratégique au sein du secteur des soins (Noguera & Lartigau, 2009).

Cette professionnalisation de la GRH signifie que de plus en plus d'institutions dédient une partie de leur personnel, de manière formalisée ou non, à des activités allant de l'acquisition des talents à la formation, la gestion des carrières, et le bien-être des collaborateurs.

De plus, la mise sous tension du marché du travail appelle à des formes d'individualisation de la relation de travail ainsi qu'à de attentes plus fortes en termes de sens au travail. Malgré des moyens financiers limités et une réglementation forte, la gestion des ressources humaines dans le secteur des soins peut donner une place de plus en plus grande à l'innovation (managériale) (Noguera & Lartigau, 2009).

Les managers et cadres de santé ont donc un rôle important à jouer comme « *interface entre la direction des ressources humaines, la direction des soins et le personnel paramédical* » (Coulon, 2012, p.2). En outre, il apparaît que l'activité de management humain est distribuée entre un ensemble d'acteurs. Faire converger leurs visions et pratiques peut s'avérer plus ou moins complexe, suivant les situations.

2.1.6. La fidélisation et l'implication organisationnelle

Dans un contexte de tensions et de pénurie au sein du secteur des soins de santé, nous avons à plusieurs reprises souligné l'importance d'une réflexion relative à la rétention des soignants. Il nous semble donc pertinent d'introduire brièvement, dans cette dernière sous-section de notre revue de littérature, les concepts de fidélisation et d'implication organisationnelle, fortement corrélés à la satisfaction au travail.

La fidélisation organisationnelle se définit comme « *l'ensemble des mesures permettant de réduire les départs volontaires des salariés* » (Petit, 2012, p.10). Elle concerne donc les actions et initiatives mises en place au niveau organisationnel. Cette fidélisation est facilitée par une bonne compréhension de

l’implication organisationnelle, qui concerne l’individu et qui correspond à « *un comportement et une attitude caractérisés par une forte croyance dans les buts et la valeur de l’organisation, par une volonté d’exercer des efforts significatifs au profit de celle-ci et par un fort désir d’en rester membre* » (Petit, 2012, p.10).

L’implication organisationnelle fait l’objet de nombreux travaux depuis sa conceptualisation dans les années 1960 (Péoc’h & Ceaux, 2012). Neveu et Thévenet (2002) soulignent l’importance du sentiment d’utilité et de contribution à un projet commun comme éléments constitutifs de l’implication.

Safy-Godineau et al. (2020) énumèrent les trois composantes de l’implication organisationnelle :

- « *L’implication organisationnelle affective reflète le désir qu’à un salarié de rester membre de son organisation, en raison de son identification et attachement émotionnel aux objectifs et valeurs de son organisation.* »
- « *L’implication organisationnelle normative reflète le devoir moral que ressent un salarié de rester membre de son organisation, en raison du sentiment de loyauté qu’il ressent à l’égard de cette dernière.* »
- « *L’implication organisationnelle calculée (IOC) reflète la contrainte que ressent un salarié de rester membre de son organisation, en raison des coûts associés à son départ de l’organisation ou lorsque ses opportunités d’emploi sont limitées* » (Safy-Godineau et al., 2020, p.49).

Les deux dernières composantes peuvent être rapprochées de la réponse synonyme de « loyauté », développée par Hirschman (1970) et présentée précédemment.

De plus, la cohérence entre les valeurs personnelles et celles de l’organisation renvoie au sens au travail via la valeur attribuée à ce dernier.

2.2 Synthèse de la revue de littérature

De nombreux facteurs sont à l’origine de la pénurie actuelle d’infirmiers et de soignants en Belgique. Cependant, notre travail a pour objectif d’investiguer une dimension particulière de cette pénurie qu’est de la perte de satisfaction et de sens au travail. Notre revue de littérature a donc mis en exergue les nombreux facteurs de satisfaction et de construction de sens au travail, facteurs clés pour la rétention du personnel. Elle a aussi fait le parallèle avec les éléments, qui, à l’inverse, génèrent insatisfaction et perte de sens chez les soignants et qui se sont vus accentués par la crise de la Covid-19. Les facteurs d’insatisfaction soulignés correspondent très souvent aux facteurs de satisfactions non-rencontrés. Il apparaît également que les éléments relatifs au contexte dans lequel les infirmiers doivent accomplir leur mission sont davantage sources d’insatisfaction que leur mission. Enfin, les différentes formes de réponses des travailleurs à l’insatisfaction et la perte de sens au travail ont été explorées.

Ce travail s’attache aussi à explorer le rôle clé que les managers et responsables de santé peuvent jouer dans la dynamique de satisfaction et de (re)construction de sens au travail. Nous avons donc investigué la littérature relative aux multiples casquettes des managers et cadres de santé, ainsi que les différents leviers managériaux qu’ils peuvent mobiliser. Leurs rôles de *sensegiver* et de moteur en termes de reconnaissance apparaissent particulièrement essentiels. Nous avons également exploré des pratiques déjà mises en œuvre ou proposées, tant au niveau fédéral qu’institutionnel. L’augmentation du nombre de travailleur, l’intégration des soins et les pratiques relatives à la QVT et le bien-être au travail ont notamment été examinées.

Enfin, les spécificités du management des institutions de soins ont été explicitées, mettant en avant la complexité et la diversité du paysage des soins de santé en Belgique. Plus particulièrement, le rôle

croissant de la fonction RH, plus ou moins formalisée, au sein des institutions de soin a été mise en évidence. Nous avons notamment souligné que sa coexistence avec les rôles de managers et de cadres de soin mérite d'être approfondie, notamment au travers des données empiriques collectées dans le cadre de ce travail. Nous avons finalement exploré concepts de fidélisation et d'implication organisationnelle, fortement corrélés à la satisfaction au travail.

Avant de présenter et analyser les résultats de notre étude empirique, le prochain Chapitre 3 développe l'approche méthodologique mobilisée pour collecter et analyser nos données.

Chapitre 3 : Méthodologie de la partie empirique

L'objectif de ce travail n'est pas de savoir combien d'infirmiers quittent la profession, mais de comprendre les raisons pour lesquelles ils choisissent de se réorienter, et quels leviers managériaux sont mobilisables. C'est donc la compréhension d'un phénomène qui est le fondement de cette recherche (Yves, 2018 ; Borgès Da Silva, 2001). Pour cette raison, notre choix méthodologique s'est porté vers un mix de méthodes qualitatives de collecte de données : l'entretien semi-directif et le focus group. L'intérêt des méthodes de recherche qualitatives pour les problématiques liées aux soins de santé est souligné par de nombreux auteurs (par exemple Kohn & Christiaens, 2014 ; Imbert, 2010) car elles permettent d'appréhender les perceptions, les représentations et les expériences des différents parties prenantes qui ne peuvent pas être totalement saisis au moyen de techniques quantitatives.

3.1 Les entretiens-semi directifs

La première phase de notre étude a pour but d'analyser dans quelles mesures les soignants sont satisfaits ou non dans leur travail, ainsi que leurs perceptions quant au rôle que jouent les managers jouent dans la rétention au travail. Cette phase a également pour objectif d'analyser quelles pistes de solution sont mises en place, selon les soignants, pour pallier les nombreux départs dans le secteur.

Afin de confronter notre revue de littérature à la réalité de terrain, des entretiens semi-directifs ont été menés. Cette méthodologie a été envisagée car, selon DeJonckheere & Vaughn (2019), elle permet « *de collecter des données ouvertes, d'explorer les pensées, les sentiments et les croyances des participants sur un sujet particulier et de se plonger en profondeur dans des questions personnelles et parfois sensibles* » (DeJonckheere & Vaughn, 2019, p.1). L'entretien semi-directif est par définition un entretien dont les questions ne sont pas figées, laissant ainsi la possibilité à la personne interrogée d'orienter et développer ses propos librement. Le questionnaire peut aussi évoluer d'un entretien à l'autre si un sujet intéressant est abordé (Revillard, 2008).

Population interrogée

Lors d'une étude qualitative, l'échantillon de population n'a pas besoin d'être représentatif, le but étant de maximiser la diversité des profils d'intérêts en fonction de l'objet de recherche (Borgès Da Silva, 2001). Le public intéressant pour notre recherche consiste en des profils infirmiers qui ont, définitivement ou temporairement, quitté la profession de soignant. Quatre profils spécifiques étaient recherchés :

- Des infirmiers qui ont quitté la profession de soignants, se sont reconvertis dans un autre domaine pour finalement revenir à leur profession d'infirmier (2 répondants correspondaient à ce critère)
- Des infirmiers qui pratiquent toujours, mais qui se sont reconvertis à temps partiel dans un autre domaine (3 répondants correspondaient à ce critère)
- Des infirmiers qui ont quitté la profession de soignants et qui se sont reconvertis dans un autre domaine (6 répondants correspondaient à ce critère)
- Des infirmiers qui pratiquent toujours, mais sous un autre statut (5 répondants correspondaient à ce critère)

Les participants ont été interpellés via une annonce sur le réseau social Facebook, tirant ainsi avantage de notre réseau professionnel du fait de notre propre formation et expérience professionnelle dans le secteur.

A la fin de cette étape de recrutement, 18 candidats ont répondu à notre annonce. 16 d'entre eux correspondaient à nos critères et ont confirmé leur intérêt et disponibilité pour participer à un entretien individuel, sur base volontaire, permettant d'atteindre la saturation en termes de nouvelles données. Les répondants proviennent principalement du milieu hospitalier (notamment des services de bloc opératoire et de soins intensifs), et dans une moindre proportion des soins à domicile et des maisons médicales. Le secteur de la personne âgée (maison de repos) n'est donc pas couvert par cette étude.

Au niveau de profils sociodémographiques des répondants, les 16 participants se répartissent en 2 hommes et 14 femmes, d'une moyenne d'âge de 33 ans. Ils proviennent de la région de Liège et alentours. En moyenne, leur ancienneté dans leur premier emploi d'infirmier est de 9 ans, et dans leur reconversion d'environ 2 ans.

Voici la liste des données récoltées au sujet de chaque participant :

- Nom et prénom
- Âge
- Sexe
- Secteur et profession infirmière de départ, et ancienneté dans cette profession
- Secteur et profession de reconversion, et ancienneté dans cette profession

Ces données ont ensuite été anonymisées.

Tableau 4 - Profil des 16 répondants interrogés

Âge	Profil	Ancienne profession	Profession actuelle
30	Nouveau statut infirmier	Infirmier SIAMU	Infirmier chez Cohézio
29	Reconversion à temps partiel	Infirmière SIAMU	Infirmière SIAMU + Indépendante complémentaire bien-être
29	Reconversion à temps partiel	Infirmière SIAMU	Infirmière SIAMU + Indépendante complémentaire bien-être
29	Reconversion complète	Infirmière SOP	Etudes dentisterie
45	Nouveau statut infirmier	Infirmier SOP	Infirmier cabinet indépendant
32	Reconversion complète	Infirmière SOP	Coach sportive
33	Reconversion puis retour dans la profession	Infirmière SOP	Boucherie - Retour au bloc op
44	Reconversion à temps partiel	Infirmière indépendante à domicile	Infirmière indépendante + professeur + activité wellness
36	Reconversion complète	Infirmière SIAMU	Indépendante secteur construction/décoration
28	Reconversion puis retour dans la profession	Infirmière onco + réanimation	Infirmière à domicile - Consultance - Infirmière USI
32	Nouveau statut infirmier	Infirmière SOP	Infirmière ONE
32	Reconversion complète	Infirmière SOP	Responsable de crèche
30	Reconversion complète	Infirmière onco + réanimation	Etudes dentisterie
29	Nouveau statut infirmier	Infirmière onco	Etudes sage-femme
32	Nouveau statut infirmier	Infirmière maison médicale	Infirmière PMS
48	Reconversion complète	Infirmière SOP - Responsable	Responsable de projet/qualité à l'hôpital

Source : Production de l'auteure

Conduite des entretiens

Les seize entretiens se sont déroulés entre fin janvier et début mars 2025. Quatre entretiens ont été réalisés en présentiel, et les douze autres se sont donc tenus par visioconférence via le programme Teams.

Un guide d'entretien avait été rédigé au préalable (cfr. Annexe 2). Pour la création de cet instrument de recherche, les questions ont été élaborées en regard de la théorie détaillées dans la revue de littérature. La grille d'entretien reprend les quatre grands thèmes développés dans l'analyse théorique. Les thèmes suivants ont été abordés :

1. La satisfaction et la construction de sens au travail
2. La perte de sens au travail
3. Le rôle des cadres/managers et institutions dans la rétention des soignants au travail
4. Les pistes de solutions déjà existantes avec pour objectif la rétention des soignants au travail

Les seize entretiens ont été enregistrés avec l'accord préalable des participants (cfr. Le point éthique ci-dessous) et retranscrits. Une prise de note personnelle rédigée lors de l'entretien complète les enregistrements. (cfr. Annexe 3)

Analyse des entretiens

Après la réalisation des entretiens semi-directifs, les données recueillies lors de ces derniers ont été analysées selon une approche thématique de codage (cfr. Annexe 4). Notre approche étant déductive (Chevalier et al., 2018), nos catégories de codage sont basées sur les concepts dégagés dans la revue de littérature. Les données récoltées via les entretiens ont ensuite été codés suivant ces catégories au sein d'un fichier Excel.

Ce fichier de codage est structuré en quatre feuilles, pour représenter les quatre thèmes principaux abordés dans la revue de littérature : les critères de satisfaction au travail, la perte de sens au travail, le rôle des managers et les pistes de solution.

Chaque feuille est composée d'un tableau en quatre colonne. La première colonne reprend le thème principal qui y est abordé. La deuxième colonne correspondant à des sous-thèmes, qui regroupent plusieurs codes (troisième colonne). Parmi ceux-ci, nous trouvons par exemple le sous -thème « Satisfaction liée aux conditions de travail » avec les codes « Salaire », « Horaire », « Environnement de travail » etc. Ensuite, une dernière colonne à part entière permet la mise en regard du contenu de chaque entretien avec la revue de littérature via des verbatims (transcription mot à mot des paroles d'un participant).

Des lignes supplémentaires sont ajoutées à l'Excel afin de faire apparaître les sous-thèmes qui n'ont pas été abordés dans la littérature mais qui ressortent toutefois du terrain interrogé.

Le processus de codage est un processus dynamique, et plusieurs « codes » ont été finalement regroupé dans une même catégorie. Ces catégories sont affinées au fur et à mesure de l'analyse des différents entretiens semi-directifs.

La version finale de ce tableau permet d'illustrer plusieurs dimensions (cfr. Annexe 4):

- Les thèmes qui ne sont pas du tout abordés lors des entretiens et dont on pourrait déduire qu'ils ne sont pas rencontrés par le terrain interrogé.
- Les thèmes dans lesquels de nombreux verbatims apparaissent, pouvant signifier qu'ils sont très présents sur le terrain interrogé.

- Les thèmes qui apparaissent lors des entretiens et qui n'avaient pas été abordés dans la littérature, qui traduisent un éventuel manque dans la littérature existante.

Limites et biais

La méthode des entretiens semi-directifs présente notamment le risque que le chercheur oriente les réponses de la personne interrogée (DeJonckheere & Vaughn, 2019). Pour y remédier, des questions ouvertes et non-orientées ont été utilisées lors des entretiens réalisés. Ces derniers étant réalisés sur base volontaire, nous n'avons pas perçu de difficultés ou d'hésitation de la part des répondants pour répondre à nos questions.

Notre échantillon de population interrogé présente quelques limites. En effet, aucun infirmier du secteur des maisons de repos n'a été interrogé. Cela peut être considéré comme un biais car tous les secteurs des soins de santé n'ont pas été pris en compte. Pour que ce travail soit cohérent, le secteur de la personne âgée n'est donc pas du tout abordé. Il aurait également été intéressant d'interroger des soignants qui envisagent ou souhaitent quitter la profession, mais qui n'osent pas afin de comprendre quels sont les freins rencontrés. Ensuite, élargir notre champ de recherche au-delà de la région liégeoise aurait pu être instructif.

Un biais méthodologique lié à la méthode de codage pourrait d'être « *tenté de forcer l'apparition de concepts* » (Chevalier et al., 2018) et de vouloir à tout prix faire ressortir le sens recherché dans les phrases des personnes interrogées. Nous avons été au contraire attentifs à laisser ressortir des thématiques autres que celles identifiées dans la littérature.

Un dernier biais est lié au vécu personnel de l'auteure de ce travail. Étant personnellement infirmière ayant quitté temporairement la profession avant d'y revenir à temps partiel, notre trajectoire personnelle entre en résonance directe avec la problématique de la reconversion infirmière. Cette proximité constitue à la fois une richesse et un biais potentiel dans le cadre de ce travail.

D'une part, notre expérience nous permet une meilleure compréhension des enjeux vécus par les infirmiers en reconversion, ainsi qu'une sensibilité accrue à leurs motivations, questionnements et difficultés.

D'autre part, cette implication personnelle peut engendrer un biais de subjectivité, notamment dans l'interprétation des données ou dans la sélection des éléments jugés pertinents.

Consciente de cette double position, à la fois « sujet » et chercheuse, nous avons adopté une posture réflexive tout au long de ce travail. Cela signifie que nous avons régulièrement interrogé nos propres représentations, émotions et préjugés, afin de ne pas les projeter inconsciemment sur les personnes rencontrées ou sur l'analyse des résultats. Des outils tels que la reformulation des propos des interrogés lors des entretiens et l'utilisation de citations brutes dans les résultats m'ont permis de maintenir une certaine distance critique.

Ce positionnement réflexif ne vise pas à nier notre implication personnelle, mais à en faire un élément conscient et maîtrisé dans le processus de recherche.

Éthique

Chaque professionnel interrogé a signé un formulaire RGPD décrivant la finalité des données récoltées, et expliquant leur anonymisation.

Une fois le professionnel interrogé, son nom n'apparaît plus dans notre base de données, il est remplacé par un chiffre (ordre temporel).

3.2 Le focus group

La seconde phase de notre récolte de donnée avait pour objectif de confronter la perspective d'autres acteurs par rapport aux quatre grands concepts abordés lors des entretiens semi-directifs précédemment réalisés : celle des managers et responsables RH. Cela permettra dans la phase d'analyse ultérieure de comparer les réalités deux terrains interrogés.

Le focus group consiste en une discussion de groupe, dont les participants sont animés par un médiateur pendant qu'un observateur prend note des différentes interactions. L'objectif est de recueillir des informations sur les croyances et les normes d'un groupe concernant un sujet spécifique ou un ensemble de thématiques, afin d'acquérir suffisamment de connaissances et d'idées pour d'approfondir le sujet d'étude. Même si les données sont récoltées de manières collectives, c'est une méthode qui doit être différenciée d'un simple entretien de groupe lors duquel l'interaction entre les participants est limitée. Au contraire, lors du focus group, une attention toute particulière est portée à l'interaction entre les participants, car c'est grâce à elle que les participants peuvent envisager d'autres perspectives (Kohn & Christiaens, 2014). Ce n'est donc pas une méthode qui cherche l'obtention d'un consensus, mais bien la mise en lumière les convergences et les divergences, en respectant une logique de créativité. Elle valorise la participation des parties prenantes en lui donnant la parole et en reconnaissant son expertise fondée sur son vécu (Spiral, s.d.).

Population interrogée

Selon Davister et al. (2004), il est essentiel de former des groupes cibles permettant de mettre en lumière les divergences de représentations, de comportements et d'attitudes présentes au sein de la population à l'égard du thème abordé. Puisque l'objectif du focus group était d'explorer le point de vue RH et managérial de la recherche, les profils de professionnels recherchés étaient les suivants :

- Des directeurs et responsables RH
- Des cadres en soins infirmiers
- Des responsables de services infirmiers

Les coordonnées des professionnels y correspondant au sein des différentes institutions de la région de Liège ont été obtenues grâce à des contacts établis par mail et par téléphone auprès de différents hôpitaux, centres de soins et maisons médicales de la région liégeoise.

Finalement, 17 personnes ont ensuite été sollicitées individuellement, avec la possibilité de rediriger l'invitation vers d'autres collègues s'ils n'étaient pas disponibles ou intéressés. Le mail d'invitation contenait les éléments suivants : les objectifs du focus group et les mandataires de l'étude, une brève description des thèmes abordés, l'assurance de l'anonymat des participants ainsi que les modalités pratiques (date, lieu...).

Malgré les contacts obtenus et les différentes relances réalisées par téléphone, seulement quatre retours positifs ont été obtenus. Il s'agit de trois responsables RH d'hôpitaux et d'une adjointe au département infirmier d'un groupement d'infirmiers à domicile. Chacune de leur institution est située dans la région de Liège et alentours. Des mails contenant des informations complémentaires ainsi que des rappels ont été envoyés aux participants ayant confirmé leur participation.

Conduite du focus group

Le focus group a eu lieu le 18 avril 2025, de 9h à 12h, dans une salle d'étude du CHU de Liège.

Pour animer et diriger le focus group, un guide d'entretien a été réalisé au préalable (cfr. Annexe 5). Il reprend une série de questions et de formules de relances abordant les quatre thèmes principaux théoriques qui forment le fil de conducteur de cette exploration :

1. La satisfaction et la construction de sens au travail
2. La perte de sens au travail
3. Le rôle des cadres/managers et institutions dans la rétention des soignants au travail
4. Les pistes de solutions déjà existantes avec pour objectif la rétention des soignants au travail

Les participants étaient rassemblés autour d'une même table afin de partager et confronter leurs points de vue de manière dynamique. Voici les étapes du déroulé de ce focus group :

- Introduction, remerciements et rappel de l'enregistrement audio et du caractère anonyme de la discussion
- Première phase de discussion
- Pause-café et collation
- Seconde phase de discussion
- Débriefing et remerciements

Notre rôle fut celui de modérateur, veillant à ce que chacun puisse s'exprimer sur les questions posées suivant le guide préalablement établi. Le nombre limité de questions a pour objectif d'éviter le cloisonnement des discussions. Une personne invitée est venue en tant qu'observatrice. Elle a pu relever de manière neutre les interactions et la dynamique de groupe créée entre les participants, ainsi que leurs comportements non-verbaux. Sa prise de notes est complémentaire à l'enregistrement et permet de déjà relever certains points nécessitant un approfondissement supplémentaire lors de l'analyse à posteriori du focus group (cfr. Annexe 6).

Analyse du focus group

Les résultats de l'analyse du contenu sont décrits plus loin dans ce travail au point 4.2. Cette analyse a été construite suivant un processus d'organisation et de liaison des données entre elles. Concrètement, cela implique une analyse intra-dimensionnelle des différents concepts, consistant à regrouper les éléments recueillis en fonction de leur nature : éléments convergents (mentionnés par plusieurs participants), éléments complémentaires (apportés par un seul participant), éléments divergents (marquant des désaccords), ou éléments relevant de différentes dimensions (lorsque les participants les placent dans des catégories distinctes) (Baribeau & Germain, 2010).

Une analyse de la dynamique de groupe est enrichissante et indispensable pour la bonne interprétation des résultats, et comprend différents points d'attentions :

- L'environnement : était adéquat. La salle du CHU était spacieuse et calme. Le fait de commencer le focus group à 9h a permis qu'il n'y ait aucun retard lié à des impératifs qui auraient pu survenir plus facilement en après-midi (réunion plus longue que prévu, trajet différent qu'en début de journée, etc.).
- L'animation : a été satisfaisante. Les participants semblaient intéressés et investis, la discussion était fluide.
- Les relances : n'ont pas été souvent nécessaires. Les échanges se faisaient avec aisance, il a plutôt fallu quelques recadrages des participants afin de les recentrer vers la question de départ.
- La nature des interactions : était très riche. Il y avait beaucoup de partage d'idées et d'opinions. Chacun des participants avait l'opportunité d'expliquer son point de vue et ses expériences personnelles.

- L'ambiance de groupe : était créative et détendue. Les participants semblaient désireux de s'investir.
- La création de sous-groupes et de distinctions : a été observée. Il y avait deux leaders, une participante plus réservée qu'il était nécessaire de solliciter, un répondant plus passif qui rebondissait régulièrement suivant les propos des leaders.

Après la réalisation du focus group, les données recueillies lors de ces derniers ont été analysées selon une approche thématique de codage (cfr. Annexe 7). Notre approche étant déductive, nos catégories de codage sont basées sur les concepts dégagés dans la revue de littérature. Les données récoltées ont ensuite été codées suivant ces catégories au sein d'un fichier Excel, dont la structure est similaire celui ayant servi à l'analyse des entretiens semi-directifs. La seule différence est que la colonne des verbatims est séparée en deux afin de différencier les prises de paroles des 3 DRH de celles de la responsable de département infirmier, afin de bien différencier le secteur DRH des hôpitaux et celui des soins à domiciles.

Limites et biais

D'après Davister et al. (2004), le nombre idéal de participants à un focus group est compris entre 6 et 12 participants. Le fait de n'avoir eu que 4 répondants pour le focus group organisé dans le cadre de cette étude peut être considéré comme un biais, car la dynamique de groupe peut alors ne pas s'avérer assez efficace.

Si une certaine homogénéité dans le recrutement des participants a été respectée pour obtenir différents groupes cibles, nous regrettons cependant qu'aucun responsable d'équipe et qu'aucun représentant des maisons médicales n'ait participé à ce focus group.

Lors de l'introduction de la réunion avec les participants, il s'est avéré que certains s'étaient déjà rencontrés. D'après Davister et al. (2004), ils ne doivent idéalement pas se connaître, au risque de créer des sous-groupes. Ce biais aurait cependant été difficilement évitable, du fait que ces acteurs sont amenés à interagir régulièrement ensemble (fusion d'hôpitaux, évènements RH, etc.) puisqu'ils proviennent tous de la région de Liège.

Éthique

Chaque professionnel interrogé a signé un formulaire RGPD décrivant la finalité des données récoltées, et expliquant que celles-ci sont anonymisées.

Une fois le professionnel interrogé, son nom n'apparaît plus dans notre base de données, uniquement sa fonction et les initiales pour la retranscription du focus group.

Chapitre 4 : Développements et résultats

Dans un contexte où la pénurie de personnel soignant devient un enjeu critique pour les systèmes de santé, la reconversion professionnelle des infirmiers et infirmières soulève des interrogations majeures tant pour les institutions hospitalières que pour les responsables RH et les équipes de management. Entre épuisement professionnel, perte de sens, charge émotionnelle et déséquilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, de nombreux soignants envisagent, ou ont déjà amorcé, un changement de trajectoire professionnelle, total ou partiel.

Afin de comprendre en profondeur les ressorts de ce phénomène et d'identifier les leviers potentiels pour améliorer la rétention du personnel infirmier, cette analyse de terrain s'appuie sur une méthodologie en deux phases complémentaires.

La première phase consiste en l'analyse et la comparaison des réponses obtenues lors d'entretiens semi-directifs menés auprès d'infirmiers ayant déjà entamé une reconversion. Ces entretiens visent à explorer leurs motivations, leurs niveaux de satisfaction ou d'insatisfaction au travail, leur rapport au sens de leur métier, ainsi que leur perception du rôle des cadres infirmiers et des managers dans leur parcours. Ils permettent également de recueillir leurs suggestions quant aux pistes d'amélioration envisageables.

La seconde phase s'appuie sur un focus group organisé avec des responsables des ressources humaines d'institutions hospitalières et une responsable de département infirmier en soins à domicile. Cette étape vise à confronter les constats issus des deux terrains, qui apportent une vision plus stratégique et organisationnelle. Elle permet de mieux cerner les logiques managériales à l'œuvre, les politiques actuelles de fidélisation du personnel infirmier, ainsi que les limites rencontrées par les gestionnaires dans la mise en œuvre de solutions durables.

Cette double approche, croisant les perspectives des professionnels reconvertis et des acteurs RH, vise à fournir une compréhension globale des dynamiques à l'œuvre et à nourrir une réflexion managériale constructive sur les conditions de travail, le sens au métier et les pratiques de rétention au sein des hôpitaux.

4.1 Analyse des entretiens semi-directifs

Comme expliqué au point 3.1 de ce travail, une grille de codage thématique a été réalisée sur Excel afin d'analyser les verbatims des entretiens semi-directifs réalisés auprès de 16 soignants, qui se sont partiellement ou totalement reconvertis dans un autre domaine.

Cette analyse a été effectuée en s'appuyant sur les quatre grands concepts à propos desquels les participants ont été interrogés : la satisfaction et la construction de sens au travail, la perte de sens au travail, le rôle des cadres/managers et institutions dans la rétention des soignants au travail, les pistes de solutions déjà existantes avec pour objectif la rétention des soignants au travail.

4.1.1. La satisfaction et la construction de sens au travail

Les témoignages recueillis révèlent une image profondément engagée et humaine de la profession infirmière. Les soignants expriment un attachement fort à plusieurs dimensions essentielles de leur métier, qui constituent autant de sources de satisfaction.

Avant tout, l'humanité se dégage comme un pilier fondamental : le désir de prendre soin, d'être en lien avec les autres et de contribuer au bien-être des patients est une motivation centrale. Les infirmiers trouvent du sens dans la relation humaine, la bienveillance, le respect des valeurs, et l'impact direct de leurs actions sur la vie des personnes accompagnées :

- « *J'ai besoin d'être là pour les personnes* » (interviewé 5)
- « *Mes attentes c'est de pouvoir prendre soin, prodiguer des soins de qualité en tout cas* » (interviewé 2)
- « *La motivation première dans le boulot, qui va de soi, c'est le bien-être du patient* » (interviewé 8)
- « *Le contact avec les gens c'est vraiment ce que je recherche, au-delà même du soin* » (interviewé 13)
- « *Tout ce qui est humain... pour moi c'est super important le contact avec les gens* » (interviewé 12)

L'interviewé 16 souligne d'ailleurs « *Le besoin de se sentir utile envers les autres* », qui traduit une motivation altruiste et une volonté d'engagement dans la relation d'aide, ainsi que le besoin de se sentir utile pour obtenir du sens dans son travail.

Un autre élément abordé à de nombreuses reprises (interviewés 4, 9, 14) est le climat de travail qui reprend l'environnement de travail, l'ambiance et la culture d'entreprise. Ces éléments sont par exemple mis en exergue par les propos de l'interviewé 7 « *Le bien-être ça reste important, bien t'entendre avec tes collègues, avoir un bon rapport avec tes supérieurs* ».

Un des points communs à de nombreux interviewés est la présence d'une « *ambiance familiale* » de travail, et ce, même pour ceux venant de structures plus importantes :

- « *Une petite équipe, c'est ça qui me satisfaisait, tu connais mieux les gens avec qui tu travailles, il y a plus une ambiance familiale* » (interviewé 3)
- « *Le mieux c'est d'avoir une ambiance familiale* » (interviewé 5)
- « *C'était aussi l'équipe, cette deuxième famille que l'on se forme* » (interviewé 14)

Une bonne ambiance d'équipe, marquée par la cohésion, la solidarité et une forme de famille professionnelle, renforce le sentiment d'appartenance et le plaisir de travailler ensemble. Ces relations de confiance apportent un soutien précieux dans un métier exigeant.

En lien direct avec le climat de travail, certains interviewés ajoutent donner beaucoup d'importance à l'esprit d'équipe et à l'entraide (interviewés 13, 14), ainsi qu'à la pluridisciplinarité du métier qui amène à collaborer avec d'autres fonctions telles que les médecins etc. :

- « *Ce qui me plaisait c'était le travail en équipe, et aussi pluridisciplinaire avec des médecins des psychologues etc.* » (interviewé 2)
- « *Il faut qu'on reste une équipe à part entière... si on s'entraide, ça ira beaucoup mieux...idem avec les médecins aussi* » (interviewé 12)

La reconnaissance, qu'elle soit managériale (qui vient des supérieurs hiérarchiques), sociale (qui vient des collègues, des patients et de la société en général) ou relationnelle, nourrit la motivation et la fierté du travail accompli. Se sentir respecté, valorisé et utile dans les yeux des patients, des collègues ou de la hiérarchie est un moteur puissant qui renforce l'engagement.

- « *Ce que j'attends dans mon métier c'est la reconnaissance* » (interviewé 5)
- « *J'ai besoin de me sentir reconnue par mes supérieurs et par les gens avec qui je travaille* » (interviewé 10)

Il en ressort un vrai besoin de valorisation pour se sentir reconnu dans son travail.

Enfin, les infirmiers apprécient la richesse technique et intellectuelle de leur métier. La diversité des actes, la réflexion clinique, la dynamique de travail et l'absence de routine stimulent leur curiosité et leur professionnalisme. Travailler dans un environnement pluridisciplinaire permet aussi d'élargir les compétences et d'enrichir les échanges.

« L'aspect médical c'est hyper important... tout ce qui est réflexion derrière » (interviewé 1)
« C'est un milieu technique et c'est ça qui me plaisait » (interviewé 16)
« Ce qui me plaisait c'était le fait de réfléchir, de faire des liens... c'est ce qui se rapprochait le plus des études de médecine » (interviewé 11)

Dans le même ordre, la diversité du travail décrite par l'interviewé 7 : « *J'ai voulu être infirmière... parce que j'avais besoin de bouger.. Pas trop de routine* » et par l'interviewé 12 : « *Mes attentes... c'était la variété, aussi le dynamisme* ».

En somme, les soignants s'épanouissent dans un métier qui conjugue sens (sous l'angle de l'utilité sociale), technicité, engagement collectif et reconnaissance. Ces éléments, lorsqu'ils sont présents, constituent de véritables leviers de satisfaction et donc de fidélisation et d'investissement durable dans la profession infirmière.

4.1.2. La perte de sens au travail

Au travers des témoignages d'infirmiers reconvertis, plusieurs grandes dynamiques d'insatisfaction émergent, révélant une rupture progressive entre le sens initial du métier et les conditions réelles d'exercice.

Le manque de reconnaissance et l'image négative du métier d'infirmier sont des facteurs qui sont mentionnés à plusieurs reprises par les différents interviewés :

« Le pourquoi les infirmiers quittent la profession...pour moi c'est le manque de valorisation du métier » (interviewé 1)
« Comme on y arrive sans demander d'aide, ça reste comme cela.. sans un merci de plus » (interviewé 12)
« L'image de l'infirmière n'est pas bonne » (interviewé 8)
« On ne demande toujours plus, mais il n'y a jamais personne qui nous dira merci pour ce que l'on fait » (interviewé 16)

Ce phénomène a été mis en exergue suite à la crise sanitaire du Covid-19, comme raconté par les interviewés 2 et 8 :

« Le covid 19, ca a vraiment été un élément déclencheur, par rapport au manque de reconnaissance »
« Le métier d'infirmière n'est plus du tout valorisé, on nous a applaudis pendant le covid et depuis il ne se passe plus rien... On n'est plus valorisés que ce soit de la part de notre hiérarchie ou par les patients »

La pandémie a d'ailleurs été mentionnée à plusieurs reprises dans différents entretiens. Si elle n'a pas déclenché ces départs, elle a souvent cristallisé des dysfonctionnements déjà présents :

« J'y pensais déjà avant, mais le covid est venu remettre une couche sur tout » (interviewé 2)

« *J'avais pensé à partir un moment... et pendant le covid, on nous a remis sur un piédestal, ils étaient plus conciliant... Et puis après c'est redevenu comme avant* » (interviewé 9)
« *Le covid a vraiment détérioré les relations dans l'équipe et avec les chefs* » (interviewé 15)
« *Après le covid ça a été le contrecoup, on a perdu des collègues, mais on avait toujours plus de choses à faire* » (interviewé 6)

Nous observons aussi un manque de reconnaissance en tant qu'individu, avec du savoir-faire et des compétences propres, comme l'a vécu l'interviewé 3, et pour qui cela a réellement été un élément déclencheur de son départ : « *Je suis partie parce qu'on ne reconnaissait pas mes compétences... on voulait pas que j'évolue* ».

Les patients se montrent également moins reconnaissants et respectueux, ce qui est difficile à tolérer pour les soignants. Des interviewés racontent :

« *On dirait vraiment qu'une fois que les gens payent pour avoir un service, ils se croient tout permis* » (interviewé 2)
« *Les patients sont de plus en plus exigeants* » (interviewé 5)

La majorité des infirmiers interrogés établissent un lien direct entre la reconnaissance, tant managériale/relationnelle que liée au savoir-faire, et l'aspect salarial du métier. En effet, les interrogés estiment souvent ne pas être suffisamment rémunérés pour le travail réalisé et la pénibilité du métier :

« *J'espère un meilleur salaire, en tout cas pour le travail qu'on fournit* » (interviewé 5)
« *Financièrement ca toujours été difficile... J'ai toujours trouvé qu'on n'était pas assez rémunérées pour le travail que l'on faisait* » (interviewé 9)
« *J'ai changé pour l'attrait financier... Ton salaire stagne, et il est pas bon pour ce qu'on te demande* » (interviewé 15)

Cela rejoint le manque de valorisation de certaines formations complémentaires : « *J'ai fait un certificat universitaire d'un an... Ben il n'est pas reconnu... Il n'y a pas de valorisation du salaire* » (interviewé 7).

Toujours relative à la rémunération, l'implémentation des barèmes IFIC⁶ est considérée comme incohérente, car certaines fonctions et spécialisations ne sont pas suffisamment valorisées en comparaison à d'autres, qui sont pourtant tout aussi exigeantes :

« *La spécialisation onco est pas reconnue par l'IFIC, on n'est pas valorisées* » (interviewé 9)
« *Quand on voit les barèmes IFIC, plus besoin de se spécialiser puisqu'il suffit d'aller dans un service avec un barème élevé* » (interviewé 1)

Le manque de reconnaissance, tant symbolique que financière, constitue un levier majeur de départ. Les soignants dénoncent une invisibilisation de leur engagement, une absence de valorisation des compétences, ainsi que des rémunérations jugées inéquitables.

Cette perte de reconnaissance s'accompagne d'une pression structurelle croissante : surcharge de travail liée au manque de personnel, tâches administratives envahissantes qui les éloignent du côté

⁶ L'IFIC correspond à l'Institut de Classification de Fonctions. Cette ASBL a décrit chaque fonction sectorielle dans les secteurs non marchands en Belgique, tant au niveau fédéral que régional. Cette description a été créée au moyen de critères identiques pour chacune des fonctions, et elles ont ensuite classées dans une catégorie de fonction sur base du résultat ainsi obtenu. À ces classifications de fonctions sont alors associés des modèles salariaux fixés, qui sont d'application depuis 2021. - <https://www.if-ic.org/fr>

humain (« *Une autre chose qui m'a fait partir aussi c'est les papiers, beaucoup trop de papiers et pas assez de contact* » (interviewé 9)) et injonctions contradictoires alimentent fatigue, stress et sentiment d'abandon. Pour beaucoup, ces conditions ont fini par compromettre leur santé mentale et physique.

- « *On est tout le temps pressés comme des citrons* » (interviewé 2)
- « *Ce qui m'a fait partir c'est surtout la fatigue et le stress* » (interviewé 13)
- « *Ça met des tensions car dès qu'il y a des absences on rappelle des autres tout le temps* » (interviewé 9)
- « *Il y avait une surcharge de travail, tu travailles pendant 8h sans faire pipi, et ça arrivait de plus en plus souvent* » (interviewé 8)
- « *Avec le manque de personnel j'enchainais les doubles pauses* » (interviewé 11)
- « *Ce qui est très lourd en domicile, c'est l'organisation et la difficulté pour trouver des collègues* » (interviewé 12)

Les remplacements à répétition des collègues absents affecte également le climat de travail, au détriment des relations au sein de l'équipe. Néanmoins, un opposition importante est apparue dans un entretien : « *C'est pas la charge de travail qui te fait partir, c'est ton manager et tes collègues qui te font rester, cette atmosphère... le boulot il est là* » (interviewé 3). Cela montre que parfois, malgré des journées chargées, si l'atmosphère de travail reste agréable et l'entraide présente, cela peut parfois suffire à satisfaire les soignants.

Les horaires décalés, les week-ends travaillés et l'impossibilité d'une vie familiale stable renforcent cette usure. De nombreux infirmiers ont quitté le secteur pour rechercher un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée, quitte à y perdre en terme de salaire pour certains.

- « *Dans l'idéal, j'aurais pu rester... si j'avais eu un horaire plus flexible ou en tout cas moins dur* » (interviewé 13)
- « *Les horaires ne sont pas toujours adaptés à une vie de famille au bloc* » (interviewé 4)
- « *Je ne me voyais pas en tant qu'infirmière et maman* » (interviewé 6)
- « *Faire les nuits pour mon corps c'est clairement pas possible* » (interviewé 1)
- « *Ce qui me dérange énormément et que je recherche c'est les horaires, j'ai de plus en plus de mal... Les nuits j'arrive pas à dormir... Les week-end j'en ai marre, de louper les trucs chouettes de la vie* » (interviewé 9)
- « *Le déclic ça été quand j'allais devenir maman et que je cherchais une crèche, je me suis rendue compte qu'avec les horaires ça n'allait pas être possible... Je serais peut-être restée dans cet hôpital si il y avait une crèche là-bas* » (interviewé 10)
- « *Je n'avais plus d'équilibre entre vie privée et vie professionnelle* » (interviewé 3)
- « *J'ai préféré gagner moins et avoir une meilleure qualité de vie* » (interviewé 7)

Certains répondants, en plus de la pression et de la surcharge de travail, mentionnent également l'impact psychologique du métier d'infirmière:

- « *Être en onco, c'est compliqué... Infirmière, tu soignes les malades* » (interviewé 8)
- « *Il faut s'accrocher même mentalement car on fait de tout* » (interviewé 15)
- « *Les patients peuvent être hyper violents... La violence physique c'est quelque chose qui m'a profondément marquée* » (interviewé 2)
- « *C'est un cercle vicieux car on doit gérer le psychologique des patients, et notre psychologique, on n'est pas des robots et ça nous atteint* » (interviewé 1)

Dans les facteurs de perte de sens, il y a évidemment « la perte de sens » au sens propre du terme : certains répondants exprimaient ne plus comprendre leur rôle, et en perdre la finalité et le sentiment d'utilité recherché :

« On nous envoie d'emblée aider dans d'autres services alors que c'est compliqué chez nous »
« Je parlais humain, ma hiérarchie me parlait chiffres » (interviewé 3)
« Les valeurs n'étaient plus respectées » (interviewé 14)
« Je voulais prendre soin d'une manière différente des gens... Prendre soins d'une manière plus respectueuse » (interviewé 16)
« J'avais l'impression d'être un robot, qui devait juste suivre les ordres des médecins » (interviewé 13)

Cette perte de sens se traduit également par la différence de réalité ressentie par les infirmiers entre eux et leur hiérarchie, et l'impossibilité de pouvoir encore conjuguer le travail selon leurs propres valeurs, plus forcément en adéquation avec les valeurs institutionnelles.

Dans les critères de satisfaction, le climat de travail, familial et avec un esprit d'équipe, avait notamment été souligné. A l'opposé, beaucoup de soignants interrogés ont expliqué avoir quitté la profession à cause d'une équipe peu accueillantes ou même de collègues toxiques :

« Je ne me suis jamais sentie bien dans cette équipe... le climat était malsain » (interviewé 10)
« Quand je suis partie, j'ai vu que ça posait soucis car une autre était partie un mois avant moi donc elle se doutait qu'il y avait quelque chose qui se passait pas bien dans l'équipe » (interviewé 5)
« Un truc qui m'a fait partir aussi... mais c'est peut être un trait de caractère... j'aimais pas les "cancans"... Je trouve pas ça du tout correct... J'ai vu ça dans toutes les équipes... les gens qui râlent et dans le dos des autres » (interviewé 6)

Certains participants évoquent le passage de 3 à 4 ans de la durée des études d'infirmières et la difficulté des stages :

« C'est encore pire pour les jeunes depuis que c'est passé à 4 ans » (interviewé 7)
« Les stages parfois ça te dégoûte aussi » (interviewé 2)
« Les écoles savent très bien dans les services ça se passe mal en stage » (interviewé 1)

Ce n'est pas un facteur d'insatisfaction à proprement parler, mais c'est un facteur qui néanmoins peut décourager les plus jeunes à se diriger ou persévirer vers le métier, ce qui le rend moins attractif.

Ainsi, l'abandon du métier infirmier apparaît comme le résultat d'un processus multifactoriel, où la fatigue, la perte de sens et l'absence de reconnaissance s'entrecroisent dans une dynamique d'usure globale.

4.1.3. Le rôle des cadres/managers et institutions dans la rétention des soignants au travail

Au travers des entretiens, nous avons questionné les répondants quant à leurs attentes envers leurs responsables hiérarchiques et leurs managers.

Presque à l'unanimité, l'écoute, l'attention et le soutien sont les qualités les plus attendues par les infirmiers vis-à-vis de leur supérieurs :

« Quand tu fais attention aux gens, les gens vont faire du bon boulot au final » (interviewé 3)
« Ma hiérarchie doit jouer un rôle de soutien » (interviewé 13)
« Ce que j'attends de mon chef c'est qu'il soit à l'écoute et qu'il sache remettre un cadre... j'ai besoin de son soutien dans le quotidien » (interviewé 1)

« *Ce que j'attends de ma cheffe, et même de ma direction, ben c'est l'écoute, du respect* » (interviewé 5)

« *Pour moi il faut une hiérarchie qui soutien ses équipes, qui soit à l'écoute des besoins de l'équipe* » (interviewé 14)

Un autre atout essentiel pour un manager, ainsi que pour la hiérarchie, c'est d'être d'être proche du terrain, afin de connaître les conditions réelles de travail et d'avoir conscience du quotidien des infirmiers :

« *J'attends de ma cheffe de l'aide, pratico-pratique dans les soins* » (interviewé 8)

« *Pour moi ce qui est très compliqué, c'est si mon propre chef n'est pas compétent, c'est de le respecter et de fournir quelque chose de correct sur le long terme* » (interviewé 11)

« *Pour moi, la hiérarchie doit quand même avoir une idée de la réalité de terrain* » interviewé 14)

Cela leur permet également de conserver leurs compétences et leur légitimité, pour être réellement perçu comme un soutien pour leur équipe (« *Il faut être sur le terrain pour soutenir son équipe et comprendre les problématiques* » (interviewé 16)).

En effet, la place de manager, et de chef infirmier notamment, se situe entre deux niveaux hiérarchiques : il se retrouve face à des injonctions descendantes de la direction, et ascendantes de la part de son équipe. Il n'est pas toujours possible de faire coexister ces attentes, ni de les aligner avec la réalité concrète du travail managérial. C'est néanmoins eux qui représentent le lien entre le terrain et les responsables hiérarchiques : « *Le manager c'est le garde-fou entre la direction et ceux d'en bas* » (interviewé 3).

Le manager est souvent considéré comme un exemple et un modèle de sens.

Il est également l'incitateur de l'esprit et la cohésion d'équipe. Pour cela, les répondants expliquent qu'il doit être équitable, neutre et cadrant, comme décrit par l'interviewé 12 : « *En tant que cheffe, tu dois rester neutre ... Pas de discrimination, et mettre tout le monde sur un même pied d'égalité* » et l'interviewé 2 : « *Notre cheffe elle doit être là pour la cohésion d'équipe* ».

Un bon manager d'après les entretiens (interviewés 11, 14, 15 notamment) doit percevoir le talent de ses agents et les autonomiser, cela passe avant tout par la confiance et l'implication : « *Pour moi un cadre idéal il doit voir le talent dans ses agents...il doit être là pour alimenter la soif d'apprendre de ses équipes* » (interviewé 3).

Les managers doivent être présents lors des moments-clés de la carrière de leurs employés :

- Lors des entretiens d'embauche et l'accueil : « *Je me présentais un peu par curiosité, je connaissais pas du tout l'hôpital... Lors de mon entretien, j'ai été super bien accueillie..; ils avaient l'air contents que je sois là, l'entretien a été chaleureux, ils ont expliqué beaucoup de choses, tout ce qu'ils mettaient en place pour les nouveaux, la formation des nouveaux, ils ont été à l'écoute de mes attentes et de mes besoins en terme de temps de travail par exemple...ensuite on a fait une visite concrète du service ensemble... c'était vraiment un échange, et par un truc impersonnel* » (interviewé 14)
- Pour assurer la formation des nouveaux éléments, qui est déterminante pour leur bien-être et leur intégration au sein de l'équipe : « *Les nouveaux ne sont pas toujours assez bien formés, ce qui crée des malaises, des confusions, des situations dangereuses* » (interviewé 14), « *Quand les nouveaux sont pas bien formés, c'est vraiment pas top.. Ca se répercute sur les autres* » (interviewé 10).

- Mais aussi lors des entretiens de sortie suite à leur annonce de départ. Dans ce contexte, deux cas de figure ont été rencontrés lors des entretiens semi-directifs. Certains infirmiers ont pu s'exprimer et partager leurs raisons avec leur manager (*« J'ai eu mon entretien de départ avec ma n+2, et là j'ai pu lui parler de ce qui n'allait pas avec ma cheffe »* (interviewé 10), *« Ma cadre a voulu me voir, elle voulait comprendre pourquoi j'étais dans cet état-là »* (interviewé 13)). Tandis que d'autres n'ont tout simplement pas été interpellés (*« J'ai pas eu d'entretien, juste quand j'ai donné ma démission... on ne m'a pas demandé pourquoi... on m'a dit " De toute façon on saura pas te retenir" »* (interviewé 14)).

En somme, pour limiter l'abandon de la profession, il apparaît fondamental que les cadres soient proches de leur équipe, à l'écoute, empathiques et capables de créer un environnement de travail respectueux et équitable. Une gestion plus humaine et un accompagnement dans le parcours professionnel des infirmiers sont des leviers essentiels pour améliorer leur bien-être et favoriser leur fidélisation.

4.1.4. Les pistes de solutions déjà existantes avec pour objectif la rétention des soignants au travail

Les infirmiers interrogés évoquent plusieurs leviers qui pourraient favoriser la rétention dans la profession.

La surcharge de travail, souvent liée au manque de personnel, demeure un facteur majeur d'insatisfaction chez les soignants. Pour y remédier, la réorganisation des tâches et la délégation apparaissent comme des pistes concrètes. En particulier, le recours accru aux aides-soignants est envisagé comme une solution permettant aux infirmiers de se recentrer sur leur cœur de métier : *« On fonctionne beaucoup avec des aides-soignants, c'est bien car on peut se concentrer sur notre métier d'infirmière. »* (interviewé 9). Cette délégation ne va toutefois pas sans difficultés, notamment lorsqu'elle se heurte à un manque d'autonomie perçu : *« Elles fonctionnent en mode dis-moi ce que je dois faire... elles pourraient être plus autonomes. »* (interviewé 2).

L'efficacité de cette répartition dépend fortement de la clarté des rôles et de la formation des intervenants. Certains témoignages valorisent clairement l'aide apportée par les aides-soignants : *« En réa, les aides-soignants c'est des pépites, c'est vraiment une super aide »* (interviewé 1), mais d'autres pointent les limites de cette assistance, surtout lorsqu'elle génère une surcharge organisationnelle : *« Avoir la responsabilité de quelqu'un c'est encore une charge supplémentaire pour l'infirmière et cela peut faire perdre du temps. »* (interviewé 8).

L'introduction de nouvelles fonctions, comme les PASI (Praticiens Avancés en Soins Infirmiers), est perçue de manière plus nuancée. Dans les services de réanimation, certains y voient une interface prometteuse entre les infirmiers et les médecins : *« Les PASI en réa, ça pourrait être un pont entre nous et les médecins. »* (Interviewé 1).

Quant aux auxiliaires infirmiers, leur rôle reste flou et parfois critiqué : *« Les auxiliaires, je suis pas fan, j'ai l'impression que c'est une manière pour les politiques d'avoir des infirmières mais en les payant moins. »* (interviewé 7). Certains dénoncent même un remplacement déguisé d'infirmiers par des personnels moins qualifiés : *« Ils ont engagé des aides-soignantes à la place des infirmières... mais c'est pas la même aide que d'un collègue infirmier. »* (interviewé 8). Il y a aussi une certaine crainte de dévalorisation du métier : *« Il y a des actes que tu ne peux pas forcément confier, il y a un minimum d'études à avoir derrière... c'est encore dévaloriser notre profession. »* (interviewé 2).

Au-delà de la délégation, c'est une meilleure définition des rôles et une législation claire qui sont attendues : *« Il faut que la législation soit claire... tant qu'il y a des mains et que chacun sait ce qu'il a*

à faire. » (interviewé 14). Cette clarification permettrait de renforcer l'autonomie de chacun, tout en soulageant les infirmiers des tâches qui ne relèvent pas de leur cœur de métier : « *J'aimerais que l'infirmier puisse jouer uniquement son rôle d'infirmier, et plus de passer des coups de téléphone, de commander du matériel, de s'arranger avec d'autres salles etc.* » (interviewé 13).

En somme, la délégation et la répartition des tâches représentent une piste sérieuse pour alléger la charge des infirmiers, à condition d'être pensées sur le long terme, avec des professionnels bien formés, une organisation structurée, et un véritable respect des rôles de chacun.

La question des horaires est également centrale. Beaucoup ont exprimé le besoin de plus de souplesse, comme la possibilité d'aménager leur emploi du temps ou de réduire leur temps de travail pour mieux concilier vie professionnelle et personnelle (interviewé 1, 2, 9, 16, 12).

La valorisation du métier est une autre préoccupation forte. Les répondants estiment que leur rôle reste insuffisamment reconnu, tant au niveau social que salarial :

« *Il faut absolument que notre gouvernement, nos politiques, valorisent notre profession... on parle de supprimer les primes de nuit ce n'est pas possible... sans les infirmières, les hôpitaux ils peuvent fermer hein... et il faut qu'on soit payées à juste titre aussi* » (interviewé 12)

« *Y'a pas de revalorisation de la profession infirmière, après le covid ce qu'ils nous ont vendu c'est de la poudre aux yeux* » (interviewé 2)

La revalorisation doit aussi passer par une meilleure promotion du métier auprès des étudiants, en mettant en lumière les diverses possibilités d'évolution, tout en repensant la durée et les conditions des études qui peuvent aujourd'hui décourager. (« *Je comprends pas pourquoi on a allongé la durée des études à 4 ans alors qu'on manque déjà d'infirmiers* » (interviewé 4), « *On voit quand dans les écoles il y a plus d'infis... ils ont augmenté les études à 4 ans, les études sont pas faciles de bases, elles peuvent être décourageantes... je vois pas ce que ça apporte au final* » (interviewé 12)).

L'attention portée aux stagiaires en cours de formation n'est pas à négliger non plus : « *Il faut une meilleure communication entre les écoles et les hôpitaux...pour qu'on fasse quelque chose les stages qui posent soucis* » (interviewé 1).

Enfin, le bien-être au travail est apparu comme un facteur important. Certaines initiatives, comme les activités de soutien psychologique ou les gestes du quotidien pour prendre soin des équipes, sont jugées positives lorsqu'elles sont réellement adaptées aux besoins des soignants. Toutefois, si elles ne tiennent pas compte des réalités de terrain, elles peuvent rapidement perdre leur efficacité.

« *Notre cheffe elle organisait des teambuildings... je trouve que c'est bien pour souder l'équipe* » (interviewé 8)

« *Ils ont mis en place des activités bien-être, des aides psychologiques ce genre de choses* » (interviewé 9)

« *On demande pour avoir ce genre de choses, et une fois que c'est mis en place ça râle parce que c'est en dehors des heures de travail etc.* » (interviewé 11)

« *Ils ont organisé des trucs bien-être, des personnes qui viennent faire des massages et tout ça mais au final c'est un peu mettre de la pommade* » (interviewé 2)

Les infirmiers interrogés soulignent plusieurs leviers pour favoriser leur rétention : une meilleure répartition des tâches, notamment via une délégation claire aux aides-soignants, une reconnaissance accrue de leur métier, et plus de souplesse horaire. Ils appellent aussi à une valorisation réelle de la profession, y compris en formation, et à des initiatives de bien-être adaptées aux réalités du terrain.

4.2 Analyse du focus group

Pour rappel (cfr. Point 3.2), le focus group a accueilli quatre participants, issus de deux secteurs différents :

1. Le secteur hospitalier : deux directeurs ainsi qu'une adjointe à la direction de départements RH étaient présents (ils seront représentés par DRH 1, DRH 2 et ADRH).
2. Le secteur des soins à domicile : représenté par une responsable de département infirmier (qui correspond à l'acronyme RDI).

L'analyse de ce focus group va permettre de comparer les pratiques au niveau RH et management infirmier entre ces deux secteurs, ainsi qu'entre des hôpitaux différents.

4.2.1. La satisfaction et la construction de sens au travail

Le premier facteur de satisfaction des soignants apparu lors de la discussion est le « prendre soin » :

« L'humain, aider la personne » (ADRH)
« Prendre soin des autres » (DRH 1)
« Au début, on en a envie pour prendre soin de l'autre, donner de soi et améliorer la qualité de vie des personnes » (RDI)

Celui-ci est mis en avant à l'unanimité par les quatre intervenants (le DRH 2 a acquiescé les propos des autres participants).

Ils mentionnent également que le climat social de travail à de l'importance pour les infirmiers.

« On a lancé les entretiens de sortie. L'infi ICANE les rencontrent. Le climat social ressort systématiquement. » (DRH 2)

Un changement de mentalité générationnel a été mise en lumière par la RDI : « *Le souhait de tous, c'est devenu le bien-être. On voit vraiment le changement de mentalité. Pour beaucoup de gens, maintenant on travaille pour se permettre des choses* »

Le bien-être devient primordial, et le travail devient un moyen de pouvoir se permettre des loisirs, tout en ne devant pas les compromettre.

Pour les différents intervenants, le métier d'infirmier relève principalement de la vocation et de l'attrait pour le prendre soin. Finalement, peu de réels facteurs de satisfaction sont mis en avant lors des discussions. Nous allons néanmoins voir qu'ils ont une idée assez précise de ce qui en revanche ne les satisfait pas dans leur travail.

4.2.2. La perte de sens au travail

Dans le cadre de cette recherche, il s'agissait de recueillir le point de vue des responsables des ressources humaines et des managers hospitaliers sur la perte de sens que peuvent ressentir les infirmiers dans leur travail.

Les DRH des hôpitaux expliquent être conscients du mécontentement des infirmiers face à leur salaire et expriment une forme d'incompréhension de leur part dans la conversation ci-après :

« On trouve qu'ils sont bien payés pourtant. On ne comprend pas ça. Tu prends les éducs qui travaillent 24/24h dans des maisons d'enfants, ils ont beaucoup moins. Je leur dis d'aller comparer la fiche de paie avec les autres boulot pénibles » (DRH 1)

« *Au niveau des infis, des fois elles nous disent que pour un même salaire elles font autre chose, et sans les week-end.* » (DRH 2)

« *Ben alors ne fait pas infi. Tu le savais.* » (DRH 1)

« *Les infis ont un métier lourd, on ne remet pas ça en question, mais leur propre remise en question, c'est compliqué.* » (ADRH)

Cette incompréhension est également liée à la question des horaires. Les directeurs RH n'admettent pas que les infirmiers se plaignent des horaires de travail alors qu'ils ont entamé les études en connaissance de cause.

Durant le focus group, les participants ont explicité les motifs de départ que leur donnent les infirmiers lorsqu'ils quittent l'institution. Dans le secteur hospitalier, de meilleurs horaires sont souvent la raison de ce départ vers une autre profession ou un autre secteur. La DRH 1 explique que les jeunes ne veulent plus travailler sous forme de pauses, et surtout pas le week-end et les nuits : « *Ne plus faire les pauses, ça fait partie des demandes aujourd'hui, même les jeunes qui sortent de l'école.* »

De plus, ils soulignent comme au point 1 de ce chapitre la différence de génération et de mentalité : « *Ce ne sont pas les vieux qui se plaignent. Ce sont les jeunes. Ils veulent beaucoup d'argent sans trop travailler. Ils veulent à 30 ans le même confort que papa-maman à 50 ans.* » (DRH 2).

La discussion explore un sujet qui n'était pas encore mentionné dans cette recherche, et qui concerne principalement le secteur hospitalier. Il peut arriver que ce soit le comportement des collègues médecins dans les services qui posent problème aux infirmiers. Dans ce cas, les DRH n'ont pas de levier d'action à proposer et se retrouvent impuissants :

« *Dans certaines unités, pas l'infi cadre mais le médecin qui pose problème. Et là on ne sait rien faire. Il est super compétent dans son domaine mais manager horrible. On peut que leur dire de faire avec... Donc ils ont raison de partir. On ne sait rien faire. Les médecins sont indépendants. Le règlement d'ordre médical, il n'y a rien en termes de comportement, blackout, on ne sait rien faire.* » (DRH 2)

En soins à domicile, ce ne sont pas des reconversions, mais soit un changement de statut pour être indépendant à son propre compte, ou pour aller en maison de repos ou en maison médicale, avec comme justification la recherche d'horaires moins contraignants également :

« *De tout, ceux qui changent complètement ou veulent devenir profs (souvent, pour les horaires) ou passent dans un autre hôpital* » (RDI)

« *La raison principale ce sont les horaires. En privé, ils acceptent beaucoup. Beaucoup de MRS font des cycles ce que nous on ne fait pas avec de roulements de plusieurs semaines de pause en pause. Certains préfèrent ça et on sait qu'on en perd pour ça. Mais moins de souplesse aussi.* » (DRH 1)

« *Souvent départs pour être indépendants car ils ont appris comment ça marche.... elles partent en MR privée car on ne propose pas ou peu de weekend. Ils partent aussi dans des postes dans les maisons médicales, organisées différemment.* » (RDI)

La crise du Covid-19 est à nouveau présentée comme un catalyseur de problème déjà présents à l'hôpital (DRH 1, 2, ADRH).

Ces témoignages illustrent le fossé grandissant entre les équipes de direction et les réalités vécues par les soignants sur le terrain. La question des horaires, la quête d'un meilleur équilibre de vie, mais aussi les conditions managériales internes poussent de nombreux infirmiers à quitter l'hôpital pour d'autres secteurs ou statuts. Si la crise du Covid-19 a amplifié ces dynamiques, elle n'a fait que révéler des

fragilités préexistantes. Pour enrayer cette fuite des talents, une meilleure écoute des besoins du personnel et une adaptation concrète des conditions de travail apparaissent comme des urgences.

4.2.3. Le rôle des cadres/managers et institutions dans la rétention des soignants au travail

Lors du focus group, plusieurs thématiques majeures ont émergé autour du rôle des managers et chefs infirmiers notamment.

Un consensus s'est rapidement formé sur le fait que le manager joue un rôle fondamental dans la dynamique d'équipe. Il est vu comme une figure clé du climat social au sein des services. L'expression « *le management fait beaucoup, le chef fait tout* » (DRH 1) illustre à quel point la fonction de chef infirmier est perçue comme omniprésente et essentielle, tant dans la gestion humaine que dans l'organisation du travail. Les participants insistent également sur la nécessité, pour le chef, d'être présent sur le terrain, de "*mettre les mains dans le cambouis*" (ADRH), afin de comprendre les réalités vécues par les équipes et d'adapter son action managériale.

Selon eux, le manager doit être bienveillant, et doit être capable de développer son équipe en terme de compétences :

« *Ca doit être quelqu'un de bienveillant, qui veille au bien-être de son équipe mais aussi en termes de développement* » (DRH 1)
« *C'est quelqu'un qui va chercher le meilleur de chacun* » (ARDH)

Néanmoins, ils soulignent également des différences générationnelles sur les attentes envers les managers :

« *Le terrain n'a pas toujours accès à la direction infirmier et ça va poser un problème à la nouvelle génération. Ça dépend de la pyramide d'âges : il n'y a pas grand monde entre jeunes et plus âgés. Autant les plus anciens ne voient pas le directeur de département passer, pour eux ce n'est pas grave, mais les nouveaux c'est "qu'est-ce qu'elle en sait, elle n'est jamais sur le terrain"* » (DRH 2)

En réponse à cette remarque du terrain, l'ADRH explique la décision prise par leur direction générale :

« *Ils descendent sans prévenir dans les unités poser un peu des questions. C'est très bien reçu par le personnel. Ce n'est pas fait de manière autoritaire mais pour voir comment ça se passe, comment les gens se sentent etc. en leur demandant directement* ».

Un point de crispation notable concerne l'accueil des stagiaires en soins infirmiers. De nombreux exemples concrets et critiques ont été évoqués, mettant en lumière des pratiques parfois presque maltraitantes : isolement social, impossibilité de manger avec l'équipe, infrastructures séparées. Ces éléments traduisent une mise à l'écart vécue par les stagiaires, pourtant en phase d'apprentissage décisive. Ce désengagement de certains services est connu de tous, mais semble rarement remis en question, comme en témoigne cet extrait de conversation :

« *Les stagiaires ne peuvent pas manger avec le personnel infirmier* » (DRH 2)
« *Ils doivent manger dans le couloir, ils n'ont pas le même frigo* » (DRH 1)
« *C'est dingue alors que c'est un facteur déterminant, le stage* » (DRH 2)
« *Mais évidemment les infirmiers se plaignent qu'on ne les engage pas à la fin* » (ADRH)

Cette situation contraste fortement avec celle des soins à domicile, où un effort d'accompagnement et de valorisation des stagiaires semble plus soutenu et structuré. (*« Les stagiaires, on essaye de les voir à la fin de leur stage, faire la cotation ensemble etc. L'accueil en général elles sont contentes. Mais elles racontent effectivement des expériences négatives en hôpital etc. de cette mise de côté au repas etc. »* (RDI)).

Cette disparité dans les pratiques révèle un enjeu crucial pour l'attractivité future du métier et la fidélisation des jeunes professionnels.

Le lien entre les ressources humaines et les responsables infirmiers constitue un autre axe de tension. Dans plusieurs hôpitaux, les directions RH ont rencontré des résistances importantes à leur implication dans les processus de recrutement. Pendant longtemps, les chefs infirmiers refusaient la présence des RH aux entretiens, estimant qu'ils n'avaient pas la légitimité pour intervenir dans un domaine jugé "protégé" :

« Pour faire des entretiens de recrutement (où les RH sont avec les managers), il a fallu 5 ans pour l'introduire. Les chefs ne voulaient pas : "Qu'est-ce qu'on y connaît les RH pour aller avec eux" » (DRH 1)

« Les infirmiers, c'est vraiment le truc protégé, on y arrive seulement maintenant à aller avec les chefs. Maintenant ils sont contents, ils se rendent compte de la plus-value de la RH » (ADRH)

« Avec les chef infi c'est plus touchy "On ne comprend pas la réalité de terrain" c'est ça qui se dit » (DRH 1)

Ce corporatisme, encore prégnant dans certains établissements, tend néanmoins à évoluer : les retours d'expérience montrent que les collaborations RH-chefs de service finissent par être bien perçues, une fois instaurées (DRH 2). D'autres structures, notamment dans les soins à domicile, ont déjà intégré de manière fluide cette collaboration, avec des processus bien définis où chacun joue son rôle dans le recrutement selon les profils : *« Pour le recrutement, on a trois recruteuses RH. Les infis c'est avec moi. Si je ne suis pas dispo, c'est une cheffe infi. Et pour le recrutement AS (aide-soignante) c'est la responsable. »* (RDI).

Malgré cette évolution progressive, les directeurs RH soulignent encore des difficultés à instaurer une relation de confiance avec les chefs infirmiers. Ces derniers se montrent parfois méfiants, estiment que les RH ne comprennent pas les réalités de terrain, et communiquent peu en amont sur les tensions ou problèmes :

« On n'est pas au courant de tout. Une salle où la moitié de la salle est en certificat, personne ne tilte qu'il y a besoin, qu'en fait on est à la limite de la grève. On est mis au courant juste avant le point de rupture, trop tard pour la conciliation. » (DRH 1)

Cette absence de dialogue peut entraîner des situations de crise mal anticipées, comme le montre l'exemple d'un service au bord de la grève, dont la gravité n'a été perçue qu'au dernier moment, faute d'alerte remontée. En parallèle, certains progrès sont notés dans les soins à domicile, où une montée en compétences managériales a été soutenue par une formation systématique des chefs de secteurs (conflit, recrutement, motivation, etc.), et où la coopération avec les RH est désormais mieux établie. (RDI)

Les pratiques autour des entretiens de sortie varient également selon les secteurs. Dans certains hôpitaux, c'est une infirmière chargée de l'accueil des nouveaux engagés (ICANE) qui mène ces entretiens (DRH 2). Dans les soins à domicile, un processus plus structuré est mis en place : l'entretien initial est conduit par le responsable hiérarchique direct, suivi d'un échange entre RH et encadrement

pour analyser les motifs de départ à moyen terme. Cette double lecture vise à mieux comprendre les dynamiques de départ et à ajuster les pratiques de gestion.

« On fait les entretiens de sortie. Les RH refont le feedback après un an pour voir les motifs de toutes les sorties. L'entretien de sortie est fait par le responsable n+1 et tuteur, puis aussi un entretien entre le RH et le responsable de la personne. Pour avoir les deux points de vue » (RDI)

Enfin, la communication sociale avec les syndicats apparaît comme un autre point différenciant. Dans les soins à domicile, un modèle plus collaboratif est mis en place, permettant à une déléguée syndicale infirmière d'échanger à la fois avec les directions RH, générales et de département, en présence de responsables infirmiers. (RDI) Cela favorise une diffusion ascendante et descendante des problématiques. À l'hôpital, ce type de dialogue semble plus difficile à instaurer, les syndicats ne dialoguant qu'avec la direction, ce qui limite la circulation de l'information et accentue la perception d'un fossé hiérarchique : « *Ça deviendrait un peu le bureau des plaintes.* » (ADRH)

En conclusion, le focus group met en lumière plusieurs enjeux majeurs dans le pilotage des équipes infirmières : la centralité du rôle du manager, les difficultés persistantes dans l'intégration des stagiaires, la méfiance vis-à-vis des RH, mais aussi des initiatives positives dans le secteur des soins à domicile, où une culture managériale plus ouverte et collaborative semble émerger. Ces constats révèlent la nécessité d'une meilleure coordination entre les acteurs, d'un soutien accru au développement managérial des chefs infirmiers, et d'une culture commune autour du respect, de l'accueil et de la qualité de vie au travail.

4.2.4. Les pistes de solutions déjà existantes avec pour objectif la rétention des soignants au travail

Dans la recherche de solutions visant à améliorer la rétention du personnel infirmier au sein des hôpitaux, plusieurs pistes ont été évoquées par les participants du focus group.

Parmi celles-ci, la question des horaires de travail est revenue de manière récurrente. Une réflexion est engagée dans certaines institutions pour mieux cerner les jours problématiques pour les équipes et envisager une adaptation de l'activité à la disponibilité réelle du personnel, et non l'inverse comme c'est généralement le cas. (« *Cela appelle à une réflexion : quel est le jour qui pose problème au personnel ? Est-ce qu'on s'adapte ?* » (DRH 1)). Cette inversion de logique constitue une piste encore marginale mais perçue comme prometteuse pour alléger la pression sur les soignants.

Un exemple concret de réorganisation a été présenté par la DRH 1, qui a mis en place un projet collaboratif réunissant le personnel administratif et soignant autour d'une réflexion transversale sur l'évolution de la prise en charge du patient.

“On a lancé un projet phare, impliquant les admin et soignants, qui consiste en une réflexion transversale sur comment on prendra en charge le patient demain, quels sont les métiers supports/tâches dont ils pourraient se délester pour permettre au soignant de se délester sur le support”

L'objectif est d'identifier les tâches pouvant être déléguées ou redistribuées, afin de recentrer les infirmiers sur leur cœur de métier. Il s'agit d'un travail participatif visant à soulager les soignants des charges annexes, en révisant collectivement la répartition des rôles.

Dans les services de soins à domicile, une approche similaire a été adoptée suite à une vague de départs post-Covid. Une enquête interne a permis de recueillir les attentes des infirmiers, qui ont exprimé plusieurs souhaits concrets : une présence accrue des chefs infirmiers sur le terrain, la création

d'un "call infirmier" géré par des administratifs pour faire remonter les demandes, une révision des horaires – notamment une réduction du travail le week-end – ainsi que le développement de formations pertinentes. Une autre initiative notable est la mise en place d'une boîte à idées, utilisée comme point de départ pour organiser des tables rondes thématiques. Ces rencontres mensuelles sont préparées et animées par une équipe infirmière, avec un taux de participation d'environ 20%, sur base volontaire mais rémunérée.

« Une équipe d'infis prend en charge la boîte, analyse et diffuse la table ronde. Tous les mois, elles font ça, souvent 20 infis/100 qui viennent, après journée mais payé. » (RDI)

Selon l'ADRH, ce qui fonctionne le mieux est de créer du collectif, de favoriser les échanges de groupe plutôt que les démarches individuelles.

Le soutien psychologique a également été abordé comme levier de fidélisation. Dans les soins à domicile, des séances d'intervision sont animées par un psychologue externe, sans lien hiérarchique, ce qui favorise un climat de confiance. L'idée est de permettre une meilleure compréhension entre les différents métiers, dans un cadre neutre. (RDI) Ce type de dispositif existe aussi à l'hôpital, mais de manière plus passive : un psychologue est disponible, sans pour autant animer des temps structurés de parole ou d'échange collectif (ADRH).

Concernant la gestion de l'absentéisme et du manque d'effectifs, les stratégies diffèrent selon les secteurs. Dans les soins à domicile, le recours à des infirmiers indépendants sous convention est privilégié.

« C'est un réseau d'indépendantes avec une convention et elles prennent le patient en charge. C'est l'indépendante qui gère la factu etc. Elles travaillent avec nos valeurs de prise en charge. L'intérim c'est trop compliqué. » (RDI)

À l'hôpital, en revanche, le recours à l'intérim est souvent inévitable, bien qu'il pose de nombreux problèmes. En effet, le personnel est parfois peu formé, il n'a aucune connaissance des procédures et manque d'intégration : *« Oui l'intérim c'est compliqué mais nous on n'a pas le choix. Mais pleins ne sont pas formées, n'ont pas les procédures. Donc on essaye d'en fidéliser certaines. On reprend les mêmes. Mais ce sont eux qui font leurs horaires. » (DRH 1, DRH 2 et ADRH acquiescent).*

Certains abus sont également rapportés, comme des infirmiers qui réduisent leur temps de travail contractuel pour revenir travailler dans leur propre service en intérim, à des horaires choisis, voire pendant leurs congés ou arrêts maladie. (DRH 1 et ADRH)

Une autre solution évoquée pour soutenir les équipes infirmières consiste à renforcer les fonctions d'appui : aides-soignants, IPA, ou assistants en soins. Ces fonctions sont encore en cours de définition, mais suscitent à la fois espoirs et craintes. Les étudiants infirmiers, par exemple, redoutent de voir leur rôle se diluer, ou de devoir assumer des fonctions administratives au détriment du soin. Les responsables infirmiers, quant à eux, perçoivent dans ces fonctions une réelle plus-value, à condition que les rôles soient bien définis. L'IPA, par exemple, est vu comme un lien entre l'infirmier chef et le médecin, assumant une coordination clinique entre unités, sans empiéter sur les fonctions de soins ni sur les responsabilités de terrain.

Cette réorganisation pourrait aussi contribuer à lisser la charge de nuit par exemple, en répartissant mieux la continuité des soins. (*« Est-ce qu'on va toujours avoir besoin d'une infi nuit si on a cette fonction ? A voir. Ça permettrait de lisser la permanence de nuit. » (DRH 1)*)

« Les infis gardent quand même le soin, et ont peur avec les IPA de ne plus faire les actes. L'infi chef va conserver la coordination hiérarchique, la gestion financière, les procédures, et l'IPA fait les itinéraires cliniques, ne prend aucune fonction de l'infi de terrain, plutôt de coordination entre unités, pas intra-services. L'IPA fait le lien entre infi chef et médecin, ne règle pas la pénurie infi mais la pénurie de médecine. En revanche, l'assistante en soin sera entre infi et AS. »

La communication entre les équipes de terrain et l'encadrement apparaît comme un enjeu majeur, souvent jugé insuffisant. Plusieurs initiatives ont été mises en place pour y remédier, comme les dispositifs "Vis ma vie" (RDI), permettant aux professionnels de découvrir les réalités d'autres métiers et ainsi renforcer la compréhension mutuelle. Par ailleurs, l'ARDH a mentionné l'introduction de la fonction de "HR Business Partner" dans son établissement, chargée de coordonner plusieurs chefs de service et impliquée dans la gestion stratégique des ressources humaines.

Les campagnes de bien-être au travail constituent un autre axe exploré. Dans les hôpitaux, plusieurs actions ont déjà été instaurées : séances de sport, de pleine conscience, massages, aromathérapie, ou encore accès à des piscines et salles d'escalade. Toutefois, une critique commune émerge : ces activités sont souvent proposées en dehors des heures de travail, ce qui limite leur attractivité. Le personnel infirmier exprime clairement le souhait que ces initiatives soient intégrées au temps de travail, pour pouvoir en bénéficier sans empiéter sur leur vie personnelle.

« On organise des séances de sport, de la pleine conscience, etc. les retours sont positifs mais toujours il y a toujours des gens pour râler peu importe les modalités » (ARDH)

« Pareil, on a 2 piscines que le personnel peut utiliser, et une salle d'escalade. C'est plus ou moins utilisé, mais ça doit être en dehors des heures de travail et là ça coince. Ils préfèreraient que ça soit pendant leurs heures travail » (DRH 2)

« On propose des massages, de l'aromathérapie, et ceux qui font ça ils se déplacent dans l'unité de soin en prévenant à l'avance pour que les infi puissent en bénéficier pendant les heures de travail. » (DRH 1)

Enfin, la question de la valorisation du métier a été abordée, suscitant des réactions partagées. Certains estiment que les tentatives de revalorisation ont été maladroites, superficielles, et sans effet sur les causes structurelles du mal-être (DRH 1). D'autres soulignent que seule une revalorisation systémique, impulsée au niveau gouvernemental, pourrait améliorer durablement l'image et les conditions du métier de soignant : *« Le problème dans l'image du soignant, de l'infirmière, c'est que ça doit être à revaloriser au sens large, au niveau du gouvernement » (DRI)*

Dans les entretiens semi-directifs, la piste de l'amélioration de l'approche des étudiants infirmiers avait été mentionnée. Les participants du focus group ont alors été interrogés quant à leur avis sur le sujet. Les deux directrices de département RH expliquent qu'elles mettent surtout en avant la mobilité interne, et exposent au étudiants toutes les possibilités de postes existants :

« On essaye de leur vendre qu'on ne doit pas rester 10 ans en gériatrie, on peut via des plans de formation, expliquer les possibles plans de carrière »

« Les infis si besoin on les réorientent vers le DIRHM, vers l'accueil, l'hôpital de jour, etc. donc des services moins lourds et avec des pauses de jour »

« Beaucoup de mobilité interne »

« On essaye de les faire rentrer via l'équipe mobile pour qu'ils testent différents services. »

Tandis que le directeur de département RH à une vision plus macro de cette promotion du métier :

« On a alerté leur fédération pour faire des campagnes. Par exemple, à la défense ils ont fait une méga campagne de promotion on voudrait que Santhéa interpelle le gouvernement pour faire des campagnes d'infos aussi. On peut vendre toutes les choses mises en place pour le bien être malgré les contraintes horaires. »

A la fin du focus group, l'utilité de ce genre de réunion a été relevée, car cela pourrait éventuellement être intéressant que des groupes de travail inter-institution se rencontrent plus régulièrement afin de discuter de leurs bonnes pratiques, se partager des idées comme cela venait d'être fait. Les participants ont acquiescé :

« C'est super intéressant d'avoir des échanges comme ça mais alors il faut un médiateur »

Le focus group a mis en avant plusieurs leviers de fidélisation : adaptation des horaires, meilleure répartition des tâches, actions de bien-être intégrées au temps de travail, et renforcement du dialogue entre encadrement et terrain. La clarification des rôles et la valorisation du métier restent essentielles. Les participants ont souligné l'intérêt des échanges interinstitutionnels, à reproduire avec un médiateur pour partager les bonnes pratiques.

Chapitre 5 : Discussion

Pour rappel, l'objectif principal de ce mémoire est d'analyser les causes de l'abandon de la profession infirmière et d'identifier des pistes de solutions managériales permettant d'améliorer la rétention des soignants. Le but est de répondre à la question « Quels sont les facteurs qui poussent les infirmiers à quitter leur métier et quelles stratégies managériales et RH peuvent être mises en place pour améliorer leur fidélisation ? »

Pour cela, quatre concepts ont été explorés :

1. Quels sont les principaux motifs de satisfaction et d'insatisfaction des infirmiers dans l'exercice de leur métier ?
2. Quel est le rôle du management dans la fidélisation du personnel soignant ?
3. Quelles stratégies innovantes peuvent être mises en place par les RH et les dirigeants pour limiter le turnover et améliorer l'attractivité du métier ?

Le présent chapitre discute les résultats de l'enquête qualitative menée dans le cadre de ce mémoire, à la lumière des éléments théoriques exposés dans la revue de littérature. En croisant les propos des infirmiers reconvertis recueillis lors des entretiens semi-directifs et ceux des responsables et managers interrogés dans le focus group, cette discussion vise à mieux comprendre les mécanismes à l'origine de l'abandon de la profession infirmière, tout en identifiant les stratégies managériales et RH susceptibles d'améliorer la fidélisation des soignants.

Un constat fort ressort des deux populations interrogées : la perte de sens dans le travail est au cœur de la crise de fidélisation du personnel infirmier. Cette désillusion professionnelle est souvent décrite par les infirmiers reconvertis comme une rupture entre leurs aspirations profondes : aider, accompagner, prendre soin, et une réalité de terrain marquée par la pression temporelle, la surcharge administrative, les manques de moyens humains et matériels, et l'absence de reconnaissance. Ces témoignages viennent confirmer les apports de la littérature sur l'importance de la quête de sens dans l'engagement professionnel, notamment les travaux de Morin, de Maslow ou de Moisson et Gardody. La pandémie de Covid-19 a, de manière assez généralisée, servi de déclencheur pour nombre de professionnels qui, déjà fragilisés par une dégradation progressive de leurs conditions de travail, ont franchi le pas de la reconversion en quête de stabilité, de reconnaissance ou simplement de répit.

Le rôle du management apparaît dans ce contexte à la fois comme central et problématique. Sur le plan théorique, le manager est identifié comme un acteur-clé du « sensegiving », capable d'influencer positivement l'expérience vécue du travail par la manière dont il accompagne, soutient et valorise ses équipes. Cependant, dans la pratique, les infirmiers interrogés expriment une forme de désillusion vis-à-vis de leur encadrement. Ils pointent une distance marquée entre les managers et les soignants, une présence insuffisante sur le terrain, et une posture parfois perçue comme purement administrative, voire déconnectée des réalités quotidiennes. Du côté des responsables et DRH, cette critique est partiellement reconnue. Ils expliquent souvent manquer de moyens, de légitimité ou d'espaces de collaboration transversale. La situation est particulièrement tendue dans les structures hospitalières, où les chefs infirmiers sont décrits comme très autonomes, parfois corporatistes, ce qui peut freiner l'instauration de pratiques managériales plus participatives. Cette tension entre les attentes placées dans la fonction managériale et la réalité de son exercice reflète un désalignement entre théorie et pratique, et illustre bien les difficultés que rencontrent les organisations de soins à faire évoluer leurs cultures hiérarchiques vers des modèles plus agiles et collaboratifs.

Théoriquement appelée à jouer un rôle stratégique dans la gestion des talents et la prévention du turnover, la fonction RH est encore souvent perçue comme distante, peu visible, voire cantonnée à

des tâches administratives. Certains établissements, cependant, innovent en introduisant des profils de « HR Business Partners », plus proches du terrain, ou en développant des pratiques telles que les entretiens croisés de sortie, les bilans de parcours ou encore des processus de mobilité interne. Ces pratiques peuvent avoir un effet positif sur la rétention, à condition qu'elles soient systématisées, bien expliquées et menées en lien étroit avec les cadres de proximité. L'enjeu est ici de faire évoluer la culture RH vers une posture plus intégrée, capable de traduire les besoins des soignants en actions concrètes, visibles et soutenantes.

Le rôle des chefs infirmiers apparaît, à travers les deux volets de l'enquête, comme fondamental mais paradoxalement. D'un côté, ils sont considérés comme des figures d'autorité proches du terrain, influentes, dotées d'un "pouvoir d'influence" important selon les théories de sensegiving et sensemaking. Ils ont donc un rôle stratégique à jouer dans la fidélisation, l'intégration des stagiaires, l'animation d'équipe et la prévention des tensions. Mais d'un autre côté, les chefs sont aussi décrits comme isolés, dépassés, voire parfois peu enclins à coopérer avec les directions RH. Les RH dénoncent une forme de corporatisme, un repli identitaire de certains chefs qui freine les dynamiques collectives. Cette tension soulève une question essentielle : dans quelle mesure le rôle de cadre intermédiaire est-il soutenu, formé, reconnu comme une fonction de leadership à part entière ? Repenser la gouvernance managériale, former les responsables à la posture d'accompagnement et clarifier la répartition des responsabilités sont des prérequis pour redonner du sens à cette fonction-pivot.

Il est aussi frappant de constater que dans les propos des soignants, la fonction RH est très peu mentionnée. Les infirmiers se réfèrent à leurs chefs, rarement aux ressources humaines. Cela témoigne d'un manque de visibilité de la GRH, et sans doute d'une défiance ou d'un éloignement symbolique. Les DRH eux-mêmes reconnaissent leurs difficultés à "s'immiscer" dans le terrain. Pourtant, le management des ressources humaines a un rôle à jouer dès la formation, au moment de l'embauche, dans l'intégration, le développement des compétences et l'écoute du personnel. Une politique RH intégrée, transversale et coconstruite avec les responsables et les équipes serait une voie à explorer, notamment par la mise en place de tables rondes multidisciplinaires pérennes, d'outils de dialogue formalisés, et d'un meilleur suivi des parcours.

La question de la reconnaissance est, elle aussi, largement débattue. Les infirmiers ayant quitté le métier expriment un profond sentiment d'invisibilité ou d'indifférence de la part de leur hiérarchie. Ce manque de reconnaissance, à la fois institutionnelle, professionnelle et humaine, est vécu comme une forme de disqualification du métier. Pourtant, la littérature s'accorde sur son importance déterminante dans la motivation et la fidélisation. Plusieurs auteurs soulignent que la reconnaissance va bien au-delà de la rémunération : elle passe aussi par la valorisation du travail accompli, l'écoute, le feedback, la possibilité de progresser, et une juste place dans la structure organisationnelle. Certaines tentatives ont été faites par les directions pour améliorer le bien-être du personnel : campagnes de sport, massages, piscines accessibles ou moments de détente sur le lieu de travail. Mais dans la plupart des cas, ces initiatives sont jugées secondaires, voire déconnectées des besoins réels des soignants, notamment lorsqu'elles sont organisées en dehors des heures de travail. Ce décalage alimente un sentiment de superficialité, voire de communication opportuniste, lorsque les actions ne sont pas intégrées dans une vision plus large de soutien et de valorisation du personnel.

L'analyse met également en évidence une attente forte en matière de participation et de co-construction. De nombreux soignants expriment le besoin d'être davantage écoutés, consultés, impliqués dans les décisions qui les concernent. Cette demande de participation se retrouve dans les expériences positives mentionnées lors du focus group, notamment les boîtes à idées, les tables rondes animées par les équipes elles-mêmes, ou encore les dispositifs de type « Vis ma vie » permettant de croiser les réalités professionnelles. Ces dynamiques participatives rejoignent les concepts de reconnaissance collective et de coopération développés dans les modèles théoriques

récents. Elles permettent de retisser un lien de confiance entre les soignants et leur institution, en leur offrant un espace pour exprimer leurs difficultés mais aussi pour proposer des solutions. À l'inverse, les politiques trop descendantes, imposées sans consultation préalable, semblent vouées à l'échec ou à l'indifférence.

Un clivage générationnel croissant est mis en avant. Les attentes exprimées par les jeunes infirmiers diffèrent sensiblement de celles des professionnels plus expérimentés. Là où les générations précédentes acceptaient un mode de fonctionnement hiérarchique et une certaine distance avec l'encadrement, les nouvelles recrues attendent une présence managériale plus proche, des perspectives d'évolution rapide, une reconnaissance immédiate, et une meilleure conciliation entre vie professionnelle et vie privée. Cela suppose une transformation en profondeur du fonctionnement des organisations de soins, avec des modes de gestion plus souples, des parcours plus individualisés et une attention renforcée aux conditions de travail dès l'entrée dans la profession. Les dispositifs de type équipe mobile, permettant aux jeunes de tester plusieurs services, ou la possibilité de passer plus facilement d'un service lourd à un service de jour, apparaissent ici comme des solutions concrètes à encourager. L'idée n'est pas de "former des jeunes à l'ancienne", mais de penser l'intégration, la fidélisation et la gestion des carrières comme des processus évolutifs. Cela implique d'accepter des ajustements, de revoir les logiques d'ancienneté ou de service unique, et de permettre une circulation plus fluide des professionnels au sein des structures.

Dans ce contexte, les stagiaires représentent un enjeu de taille. L'accueil qui leur est réservé constitue souvent leur première impression du métier et de l'institution. Les pratiques rapportées dans le focus group, notamment les différences de traitement entre secteurs, soulignent à quel point un accueil négligé peut produire des effets délétères. Le rôle du chef infirmier est ici crucial : il donne le ton, crée ou non un climat de bienveillance, valorise ou non le stagiaire. Former les tuteurs, inclure le suivi des stages dans les politiques RH, et créer des espaces d'expression pour les étudiants pourraient renforcer cette première étape si déterminante

Un autre point de discussion central concerne l'adaptation de l'activité face à la pénurie d'infirmiers. Lors du focus group, plusieurs responsables ont évoqué des pistes comme l'ajustement des jours d'activité de certains services (par exemple, au bloc opératoire) ou encore l'introduction plus systématique de journées de 12 heures. Si cette dernière solution répond au besoin exprimé par certains soignants d'avoir plus de jours de repos consécutifs, elle suscite également des inquiétudes concernant la vigilance et la sécurité des soins. Ce débat illustre les tensions entre recherche de flexibilité organisationnelle et impératifs de qualité et de sécurité. L'enjeu ici n'est pas tant de multiplier les ajustements, mais de les inscrire dans une politique cohérente, coconstruite avec les professionnels concernés, qui tienne compte de l'évolution des attentes tout au long de la carrière.

En effet, plusieurs participants ont souligné que les facteurs de satisfaction évoluent avec le temps : ce qui motive un jeune diplômé à entrer dans le métier – prendre soin, faire une différence, exercer une vocation – n'est pas nécessairement ce qui le motive à y rester dix ou quinze ans plus tard. La recherche d'équilibre de vie, la gestion de la charge mentale, l'adéquation entre rythme de travail et vie de famille deviennent alors des priorités. Cette évolution des besoins impose aux organisations d'adopter une vision dynamique et personnalisée de la fidélisation, en proposant des aménagements de carrière, des évolutions internes et une répartition flexible des tâches. Les RH doivent sortir d'une logique uniforme pour embrasser une gestion du cycle de vie professionnel plus fine et plus adaptée.

Les discussions ont également mis en évidence un glissement subtil mais important dans la manière dont la question de la pénurie est abordée. Plus que la fidélisation en tant que telle, c'est la continuité de service qui semble prioritaire dans les stratégies actuelles. On ne cherche pas toujours à retenir les infirmiers, mais plutôt à fonctionner autrement en leur absence. L'intérim devient ainsi un recours

structurel, malgré les nombreuses limites qu'il présente : instabilité, moindre intégration, méconnaissance des procédures. Le statut d'indépendant, quant à lui, bien que perçu comme plus stable et valorisant dans les soins à domicile, est jugé trop complexe à gérer à l'hôpital en raison de flous hiérarchiques et de problèmes de responsabilité. Ce déplacement du problème de la rétention vers la « remplaçabilité » traduit un certain renoncement à travailler sur les causes profondes du désengagement.

Cette tendance est d'autant plus problématique que le terrain exprime une inquiétude vis-à-vis de la perte de ce qu'on appelle le "nursing global". Si les aides-soignants et les fonctions de soutien sont largement perçues comme utiles, voire indispensables, une partie du personnel regrette une fragmentation croissante du soin. Certaines figures émergentes, comme les infirmiers de pratique avancée (IPA), sont vues positivement, notamment comme relais en réanimation ou en coordination interdisciplinaire, mais leur place reste floue pour les équipes. Les craintes exprimées sont moins liées à leur légitimité qu'à un brouillage des rôles, qui pourrait à terme éloigner les infirmiers de leur cœur de métier. Là encore, la clarté organisationnelle, la formation, la communication et la co-construction sont indispensables pour éviter des conflits de compétences ou un sentiment de dépossession.

Cette étude montre que fidéliser les soignants nécessite une approche globale, systémique, qui prend en compte à la fois les trajectoires individuelles, les dynamiques collectives, les contraintes structurelles et les leviers managériaux. Il ne s'agit pas simplement de trouver des solutions immédiates au manque de personnel, mais de repenser en profondeur l'organisation du travail, le rôle des managers, la place de la RH, et la culture hospitalière elle-même. Cela suppose un engagement fort de la direction, une écoute active du terrain, et une volonté partagée de reconstruire un pacte de confiance entre les institutions et leurs soignants.

En somme, cette recherche met en lumière que les causes du désengagement infirmier sont multifactorielles mais bien identifiées : perte de sens, manque de reconnaissance, rigidité des structures, isolement managérial, absence de perspective. À l'inverse, les leviers de fidélisation sont également connus : valorisation du rôle infirmier, participation active, présence managériale, soutien psychologique, reconnaissance intégrée, évolution professionnelle. Le défi pour les institutions n'est pas tant de découvrir de nouvelles solutions que d'intégrer durablement ces leviers dans leur culture organisationnelle, en dépassant les logiques ponctuelles ou purement correctives. Fidéliser les soignants ne peut se faire sans repenser profondément le contrat psychologique qui lie l'institution à ses professionnels : il s'agit moins de "retenir" les infirmiers que de leur redonner l'envie de rester.

Dans ce contexte de perte de sens au travail et de pénurie infirmière croissante, les institutions de soins doivent repenser en profondeur leurs pratiques managériales et leurs politiques RH.

Voici plusieurs leviers d'action à activer, et recommandations concrètes à l'attention des managers et responsables RH :

1. Renforcer la présence managériale sur le terrain

- **Visibilité des cadres supérieurs** : Encourager une présence régulière et visible des managers de direction au sein des équipes de soins. Cette proximité favorise un sentiment de reconnaissance, tant attendu par les infirmiers, mais permet aussi une meilleure compréhension des réalités de terrain et facilite la détection précoce des tensions au sein des équipes.
- **Rôle élargi des chefs infirmiers** : En tant que sensegivers, les chefs infirmiers doivent incarner un leadership de proximité, orienté vers l'écoute, le soutien et la coordination des métiers. Leur rôle inclut aussi la valorisation des compétences de chacun afin de créer un environnement solidaire et équilibré. Ils doivent participer activement au terrain. Pour y parvenir, certaines de leur tâches peuvent être déléguées. Par exemple, les commandes de matériel à une fonction logistique, les horaires à un agent administratif etc. Ces agents pourraient couvrir différents services et soutenir plusieurs managers pour plus d'efficience.

2. Repenser la répartition des tâches et les complémentarités

- **Clarification des rôles et statuts** : Organiser une répartition claire et équilibrée des responsabilités entre infirmiers, aides-soignants, et en fonction de leur implémentation des auxiliaires de soins, PASI etc. Une définition rigoureuse des fonctions et des zones de collaboration évite la surcharge et renforce le sentiment d'efficacité collective. Il faut créer des fiches de fonction claires, précises et complémentaires. Ces fiches peuvent être créées par le service RH, en collaboration avec les autres managers et les infirmiers de terrains.
- **Organisation du nursing global** : Permettre une répartition des tâches favorisant à la fois la technicité et l'accompagnement humain du soin, dans une logique de prise en charge globale du patient. Chacun doit retrouver sa fonction propre et donc être au bon endroit au bon moment. L'infirmier doit reprendre sa place centrale dans les soins, avec des acteurs satellites en soutien : les aides-soignants, brancardiers, logistiques, administratifs, ouvriers,...

3. Stimuler l'intelligence collective et les bonnes pratiques

- **Favoriser la collaboration interprofessionnelle** : Créer des tables rondes ou groupes d'échange réunissant différents corps de métiers et institutions, comme par exemple les DRH de différentes institutions. Ces espaces permettent de mutualiser les bonnes pratiques, partager les innovations organisationnelles et construire des réponses adaptées aux réalités locales.
- **Mettre en place une boîte à idées** : Accompagnée de groupes de travail internes, elle offre un espace d'expression et de co-construction. Les propositions issues du terrain doivent être analysées, suivies, et intégrées dans une boucle d'amélioration continue par les RH. Les soignants deviennent acteurs de l'amélioration de leur environnement, en collaboration avec leurs managers. Cela pourrait améliorer la confiance entre les infirmiers et les managers, et notamment avec le service RH qui sera alors plus proche des travailleurs.

4. Repenser les horaires et les organisations de travail

- **Souplesse organisationnelle** : Initier une réflexion institutionnelle sur les cycles de travail, les temps partiels, les horaires, et l'équilibre vie pro/vie perso. Cette démarche doit viser une meilleure adaptation aux attentes actuelles, notamment des jeunes générations. Il faut que

les managers prennent du recul afin d'avoir une vision macro sur les pratiques actuelles et communes à toutes les institutions. Cette réorganisation peut être vue comme un objectif stratégique à part entière. Un système de planification participative peut être mis en place afin d'intégrer les soignants à la création de leurs horaires. Cela leur permet plus d'autonomie, tout en aidant leur manager et en leur apportant

- **Action ciblée sur le bien-être** : Développer des politiques concrètes en matière de qualité de vie au travail (QVT) : espaces de repos, soutien psychologique et coaching continu, initiatives de cohésion d'équipe tels que des "teambuildings", etc. Ces actions doivent respecter les attentes et répondre aux réels besoins des infirmiers pour qu'ils y adhèrent. Mettre à disposition une salle de sport avec des tarifs préférentiels pour le personnel peut représenter une initiative pertinente, en permettant notamment aux infirmiers de gagner du temps dans leur organisation quotidienne. Une crèche avec des prix avantageux et des horaires élargis pour les travailleurs représente un réel atout puisque la garde d'enfants fait partie des points les plus critiques pour les infirmiers. Toutes ces actions doivent également être mise en avant sur les site web de l'institution, sur les offres d'emploi etc. Néanmoins, ces actions doivent s'accompagner au préalable d'une réorganisation et d'une diminution de la charge de travail, sinon les infirmiers trouveront ces initiatives superflues et incompatibles pour eux puisqu'ils n'auront pas de temps ni d'énergie à leur consacrer.

5. Moderniser les politiques RH et de valorisation

- **En collaboration avec l'ASBL, réviser le système IFIC** : Identifier et corriger les incohérences de classification perçues comme injustes ou dévalorisantes. La grille IFIC doit refléter la réalité des compétences mobilisées et la pénibilité effective des fonctions.
- **Valoriser les talents et les parcours** : Mettre en place des parcours de formation personnalisés, de spécialisation et de gestion de carrière permettant à chacun de se projeter dans l'institution. Développer une gestion proactive des compétences.
- **Promotion du métier et encadrement des stagiaires** : Soigner l'accueil, l'intégration et l'accompagnement des stagiaires pour renforcer l'attractivité du métier dès la formation. Il faut associer les équipes à leur suivi pour renforcer la dynamique collective. Pour cela, il faut intégrer des référents ICANE qui pourraient représenter plusieurs services (par exemple : service de réanimation, urgence, bloc opératoire / Service de maternité, pédiatrie, néonatalogie,...) et systématiquement gérer le suivi des stagiaires dans les différents services qui lui sont attribués.

6. Revoir les pratiques RH dans leur globalité

- **Repenser l'onboarding** : Formaliser un processus d'intégration structuré, progressif et personnalisé pour les nouveaux arrivants. L'accueil doit être soigné et personnalisé, les premières impressions sont cruciales. Il doit intégrer directement les possibilités de formation et perspectives d'évolution.
- **Organiser des bilans de parcours** : Pour cela, la nouvelle fonction de HR Business Partner trouve tout son sens. Ce rôle est plus proche du terrain. Les HRBP pourraient par exemple réaliser les entretiens annuels des infirmiers avec leurs managers directs. Leurs connaissances RH ont une réelle plus-value en s'associant avec la proximité du responsable d'équipe.
- **Mieux gérer les départs** : Mettre en place des entretiens de sortie systématiques et analyser les causes de départ. Ces retours sont précieux pour ajuster les politiques internes et prévenir d'autres désengagements. Il faut que ces entretiens soient réalisés avec le manager direct, mais également avec la RH pour plus de neutralité.

Ces pratiques relatives aux entrées et sorties de infirmiers doivent être réalisées et analysées de manière collaborative entre les managers directs des travailleurs, et les autres managers et personnel RH. Les visions et connaissances de chacun sont complémentaires.

Les solutions à la perte de sens et au désengagement infirmier ne peuvent être uniquement structurelles ou budgétaires.

Elles doivent s'ancrer dans un management de terrain, humain, participatif et stratégiquement aligné avec les réalités du soin.

En valorisant les talents, en repensant l'organisation du travail et en encourageant l'intelligence collective, les institutions peuvent retrouver un cercle vertueux de fidélisation et de motivation.

Car en effet, le personnel soignant représente un coût considérable dans le budget d'une institution de soins. Néanmoins, il faut considérer ce coût comme un investissement durable, car sans les infirmiers, les institutions de soins n'ont plus de raison d'être.

Investir dans le sens, la reconnaissance et la qualité managériale, c'est donc investir dans la pérennité et l'excellence du système de soins.

Chapitre 6 : Conclusions

6.1 Résumé

Ce mémoire a exploré les causes de l'abandon de la profession infirmière et les leviers managériaux et RH pouvant favoriser la fidélisation. À travers une revue de littérature ciblée, des entretiens semi-directifs auprès d'infirmiers reconvertis et un focus group réunissant des responsables RH et managers, il a permis de mieux comprendre les mécanismes à l'origine du désengagement et d'identifier des pratiques concrètes pour inverser cette tendance.

Les résultats ont mis en évidence un ensemble de facteurs récurrents : une perte de sens liée à une déshumanisation du soin, une surcharge de travail souvent non reconnue, une absence de perspectives claires d'évolution, et une inadéquation entre les attentes personnelles et l'organisation du travail. Le rôle du manager, central dans la rétention, apparaît comme paradoxal : fortement attendu, mais parfois perçu comme distant ou pas assez outillés. Les ressources humaines, quant à elles, sont encore trop peu visibles et insuffisamment perçues comme des partenaires de proximité.

6.2 Implications managériales de l'étude

À partir de ces constats, plusieurs implications managériales se dessinent. Les gestionnaires et décideurs devraient d'abord adopter une posture plus proactive d'écoute, en intégrant systématiquement les soignants dans les décisions qui les concernent : boîtes à idées, tables rondes, entretiens qualitatifs de sortie doivent être institutionnalisés et suivis d'effets visibles. Il s'agit aussi de penser la fidélisation de manière dynamique : les attentes évoluent au fil des carrières, et l'aménagement du temps de travail, la gestion des trajectoires internes et la valorisation des compétences doivent suivre ces évolutions. Cela implique une GRH personnalisée, plus présente sur le terrain, en lien étroit avec les cadres intermédiaires.

Par ailleurs, le rôle des chefs infirmiers mérite d'être recentré sur la coordination humaine et la reconnaissance professionnelle. Pour cela, il est nécessaire de clarifier leurs missions, de leur déléguer certaines charges administratives, et de les former davantage à la gestion d'équipe, à la communication et à l'accompagnement. Ils doivent pouvoir exercer pleinement leur pouvoir d'influence au service du bien-être de leur équipe.

Enfin, au-delà des ajustements ponctuels, c'est l'ensemble du modèle organisationnel qui doit être repensé à long terme. La fidélisation ne doit pas être envisagée comme une contrainte, mais comme un investissement stratégique en faveur de la qualité des soins, de la stabilité des équipes et de la performance globale des établissements. Cela suppose une politique RH cohérente, visible et soutenue par la direction, alignée sur les valeurs du soin et la réalité du terrain.

En somme, cette recherche propose aux acteurs du secteur une grille de lecture enrichie et des leviers concrets pour agir. Elle invite à dépasser les approches purement quantitatives de la pénurie pour s'intéresser à ce qui motive les soignants à rester : la reconnaissance, le sens, la participation et l'équilibre de vie. Dans un contexte où la pérennité du système de santé dépend largement de sa capacité à attirer et fidéliser les infirmiers, il est urgent de faire du management une priorité partagée.

6.3 Implications théoriques de l'étude

Cette recherche contribue à enrichir la littérature académique dans le champ du management des ressources humaines dans le secteur des soins de santé, en apportant un éclairage original sur un phénomène encore peu documenté : la reconversion partielle ou complète des infirmiers, et les leviers managériaux pouvant favoriser leur fidélisation.

Sur le plan théorique, ce mémoire approfondit l'analyse des facteurs de satisfaction et d'insatisfaction au travail, ainsi que de la perte ou (re)construction du sens au travail, en croisant des approches classiques (Maslow, Herzberg, Deci & Ryan, Morin) avec des apports contemporains liés au leadership, à la reconnaissance organisationnelle, et aux dynamiques d'implication affective ou calculée. Il met notamment en évidence l'importance du rôle de sensegiver joué par les cadres de santé dans la dynamique de fidélisation, un point encore relativement peu traité dans les études empiriques appliquées au secteur infirmier.

En explorant également les interactions entre pratiques RH, style managérial et décision de reconversion, cette étude propose un angle d'approche interdisciplinaire, à la croisée de la gestion, de la psychologie du travail et de la sociologie des organisations. Elle montre que la fidélisation ne peut se réduire à une question de salaire ou de conditions de travail, mais repose sur un équilibre complexe entre reconnaissance, sens perçu, soutien managérial et perspective d'évolution. Par ailleurs, l'étude identifie plusieurs leviers managériaux intégrés susceptibles de nourrir de futurs modèles théoriques sur la rétention du personnel en contexte de pénurie : mise en place d'espaces de dialogue (logique de coopération), renforcement des politiques de qualité de vie au travail (QVT), et accompagnement à la reformation ou à la ré intégration après une reconversion. Ces éléments pourraient faire l'objet de modélisations ou de tests dans des recherches futures.

Enfin, cette recherche apporte une valeur ajoutée méthodologique en combinant une revue de littérature multidimensionnelle avec une enquête qualitative de terrain menée à la fois auprès de soignants en reconversion et de décideurs RH. Cette double focale terrain-théorie permet de rapprocher les logiques de sens individuelles et les stratégies organisationnelles, une articulation souvent négligée dans la littérature académique.

6.4 Limites et suggestions pour les recherches futures

Limites de l'étude

Malgré sa richesse, cette recherche présente plusieurs limites qu'il convient de souligner :

- 1. L'échantillon limité et non représentatif :** L'étude repose sur 16 entretiens et un focus group, avec une majorité de répondantes issues d'un contexte hospitalier spécifique (région de Liège). Cette concentration géographique et sectorielle ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble des infirmiers belges ou aux autres types d'institutions de soins (maisons de repos, soins à domicile, etc.).
Concernant les entretiens semi-directifs, il serait également intéressant d'interroger des infirmiers qui pensent à se reconvertis mais n'osent pas, afin d'en comprendre les raisons.
Pour le focus group, le nombre de participants n'est pas assez élevé, et mériterait d'accueillir une plus grande variété de profils.

2. **Le biais lié à l'implication personnelle de la chercheuse** : En tant qu'infirmière ayant elle-même connu une expérience de reconversion, puis de retour à la profession, la propre trajectoire d'auteure a pu influencer, consciemment ou non, la conduite des entretiens, l'interprétation des données ou la sélection des thématiques. Une posture réflexive a toutefois été adoptée tout au long du processus de recherche pour limiter ce biais.
3. **La méthodologie exclusivement qualitative** : Si la méthode qualitative a permis une compréhension fine des parcours et ressentis des participants, elle ne permet pas de quantifier l'importance relative des facteurs identifiés. Un croisement avec une étude quantitative aurait pu enrichir l'analyse et renforcer la portée des résultats.
4. **La temporalité des données** : Les données ont été recueillies dans un contexte spécifique, peu de temps après la pandémie de COVID-19 et alors que des réformes structurelles étaient en cours. Ces éléments ont pu influencer les perceptions exprimées, rendant les résultats partiellement dépendants du contexte conjoncturel.

Suggestions pour les recherches futures

En prolongement de cette étude, plusieurs pistes peuvent être explorées :

1. **Comparaisons internationales ou interinstitutionnelles** : Il serait pertinent de comparer les stratégies de rétention entre différents pays ou entre institutions privées et publiques, pour identifier les pratiques les plus efficaces et transférables.
2. **Études longitudinales** : Un suivi dans le temps des infirmiers en reconversion ou de ceux ayant réintégré la profession permettrait de mieux comprendre les évolutions de leur satisfaction, de leur engagement et les effets des mesures managériales mises en place.
3. **Approfondissement du rôle des responsables RH et des styles de leadership** : Des recherches futures pourraient porter spécifiquement sur la manière dont les DRH ou les managers intermédiaires (cadres de santé) traduisent les politiques de fidélisation sur le terrain, en fonction de leur style de management et de leur perception du rôle.
4. **Études centrées sur les reconversions réussies** : Il serait intéressant de creuser davantage les parcours de retour à la profession, pour mieux comprendre les facteurs de "réengagement" et les conditions favorables à une ré intégration durable et satisfaisante.

Bibliographie

- Althaus, V., Kop, J.-L. et Grosjean, V. (2019). Qualité de vie au travail. Dans Valléry, G., Bobillier-Chaumon, M., Brangier, E. & Dubois, M. *Psychologie du Travail et des Organisations : 110 notions clés* (p. 355-358). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.valle.2019.01.0355>.
- Bagastos, M. R. (2011). Quality of work life : A review of literature. *DLSU Business & Economics Review*, 20(2), 1-8.
- Barabel, M. et Meier, O. (2015). Chapitre 4. Le métier de manager. Manageor : Tout le monde à l'ère digitale (p. 201-284). Dunod. <https://shs.cairn.info/manageor--9782100722464-page-201?lang=fr>.
- Baribeau, C. & Germain, M., (2010). L'entretien de groupe : considérations théoriques et méthodologiques. *Recherches qualitatives*, 29(1), 28-49. <https://doi.org/10.7202/1085131ar>
- Belfius (2023). *Confirmation de l'évolution vers l'hospitalisation de jour dans une situation financière difficile. Analyse MAHA de 2022, avec un premier aperçu pour 2023*. Communiqué de presse. https://www.belfius.be/about-us/dam/corporate/press-room/press-articles/downloads/fr/2023/Communique-de-presse-Belfius_MAHA-15112023.pdf
- Belga (2020, 7 juillet) *Accord social de 600 millions d'euros pour le secteur des soins de santé fédéral*. Le Soir. <https://www.lesoir.be/311822/article/2020-07-07/accord-social-de-600-millions-deuros-pour-le-secteur-des-soins-de-sante-federal>
- Bezes, P., & Demazière, D. (2011). Introduction. Dans Bezes, P., Demazière, D., Le Bianic, T., Paradeise, C., Normand, R., Benamouzig, D., Pierru, F., & et Evetts, J. *New Public Management et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ?*, Sociologie du Travail, 53 (p. 294-305).
- Borgès Da Silva, G. (2001). La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*, 32(2), 117-121.
- Brasseur M. et Mejri S. (2020). Analyse économique des systèmes de santé. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 3(3), 154-165.
- Chevalier, F., Cloutier, L. M., & Mitev, N. (2018). *Les méthodes de recherche du DBA*. EMS Éditions. <https://doi.org/10.3917/ems.cheva.2018.01>
- Clemens-Carpiaux, A. (2005). La gestion du soin dans le management hospitalier : Approche d'indicateurs d'activité infirmière en Belgique et en France. *Recherche en soins infirmiers*, 81(2), 6-20. <https://doi.org/10.3917/rsi.081.0006>.
- Conseil International des Infirmières (2022). *Pérenniser et fidéliser les effectifs en 2022 et au-delà : Le personnel infirmier mondial et la pandémie de COVID-19*. CII. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/Sustain%20and%20Retain%20in%202022%20and%20Beyond-%20The%20global%20nursing%20workforce%20and%20the%20COVID-19%20pandemic_FR.pdf
- Coulon, R. (2012). Le cadre de santé comme interface RH. *Cahier de recherche du FARGO*, n°112601. <https://ideas.repec.org/p/dij/wpfarg/1120601.html>

Cranny, C. J., Smith, P. C., & Stone, E. F. (1992). *Job satisfaction: how people feel about their jobs and how it affects their performance*. Lexington Press.

Daudé, O. (2007). Exit, Voice and Loyalty. *Regards croisés sur l'économie*, 2(2), 244-245. <https://doi.org/10.3917/rce.002.0244>.

Davister, C. (2004). *Les groupes focalisés*. Stop j'agis - Fiches méthodologiques. APES-ULg. <https://www.labos.ulg.ac.be/apes/wp-content/uploads/sites/4/2014/05/stop-groupe-focalis%C3%A9.pdf>

De Bonnières, A., Estryn-Behar, M., & Lassaunière, J.M. (2010). Déterminants de la satisfaction professionnelle des médecins et infirmières de soins palliatifs, *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*, 9(4), 167-176,

Deci, E.L., & Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Plenum Press.

Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227–268.

DeJonckheere, M., & Vaughn, L. M. (2019). Semistructured interviewing in primary care research: A balance of relationship and rigour. *Family Medicine and Community Health*, 7(2), e000057. <https://doi.org/10.1136/fmch-2018-000057>

Dubois, F., & Meunier, P. (2023). *Démocratie en danger*. Santé conjuguée, 103. Fédération des maisons médicales. <https://www.maisonmedicale.org/wp-content/uploads/2023/07/SC-103-in-pour-mise-en-ligne.pdf>

Dumas, M. et Ruiller, C. (2013). « Être cadre de santé de proximité à l'hôpital », quels rôles à tenir ? *Revue de gestion des ressources humaines*, 87(1), 42-58. <https://doi.org/10.3917/grhu.087.0042>.

Eckenschwiller, M., Wodocig, S. et Mercier, S. (2022). La collaboration interprofessionnelle en management hospitalier : compréhension des dynamiques et des principaux enjeux. *Management & Avenir*, 131(5), 15-38. <https://doi.org/10.3917/mav.131.0015>

European Federation of Nurses Associations. (2022, juillet). *EFN Report on Education, Workforce, Quality & Safety – July 2022*. <https://efn.eu/wp-content/uploads/2023/01/EFN-Report-on-Education-Workforce-Quality-Safety-July-2022.pdf>

Fédération des Maisons Médicales (FMM) (2025). *Réformes de la profession infirmière*. Santé conjuguée, N°110. <https://www.maisonmedicale.org/sante-conjuguee/reformes-de-la-profession-infirmiere/>

Fédération des Maisons Médicales (FMM) (2013). *Mouvement des maisons médicales : La charte des Maisons médicales*. https://www.maisonmedicale.org/wp-content/uploads/2022/08/charter_des_maisons_medicales.pdf

Galbany-Estragués, P., Giménez-Lajara, M. À., Jodar-Solà, G., Casañas, R., Romeu-Labayen, M., Gomez-Gamboa, E., & Canet-Vélez, O. (2024). Exploring nurses' experiences: Abandoning the profession and migrating for improved opportunities. *Applied Nursing Research*, 77, 151787. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2024.151787>

Gilibert, D., Gillet, I., & Perrin, C. (2008). Les aspects intrinsèques de la motivation et de la satisfaction au travail et leur lien supposé avec la performance au travail. *Carriérologie*, 11(3/4), 523–538. https://ube.hal.science/hal-00561251/file/Les_aspects_intrinsques_de_la_motivation_et_de_la_satisfaction_au_travail_et_leur_lien_suppose avec_la_performance_au_travail.pdf

Gioia, D. A., & Chittipeddi, K. (1991). Sensemaking and sensegiving in strategic change initiation. *Strategic Management Journal*, 12, 433-448.

Grard, C., Baquet, C., & Mugisha, L. E. (2023). *Par-dessus les épaules des stagiaires : La profession infirmière. État des lieux et pistes pour assurer sa pérennisation*. <https://sites.uclouvain.be/laap-anthropologie-prospective/wp-content/uploads/2023/05/Par-dessus-les-epaules-des-stagiaires.-La-profession-infirmiere-UCLLAAP-2023.pdf>

Gréselle-Zaïbet, O. (2021). Vers un leadership situationnel qui a du sens et qui crée du sens ... in Frimousse, S. et Peretti, J. (2021). Regards croisés - Quel style de management dans l'organisation post-Covid ? *Question(s) de management*, 34, 97-171.

Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102, 23-34. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>

Herzberg, F., Mausner, B., Peterson, R. O., & Capwell, D. F. (1957). *Job attitudes; review of research and opinion*. Psychological Service of Pittsburgh.

Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. B. (1959). *The motivation to work*. John Wiley and Sons.

Hirschman, A. O. (1970). *Exit, voice, and loyalty: Responses to decline in firms, organizations, and states*. Harvard University Press.

IDEA Consult (2025). *Étude sur les activités, la carrière et l'évolution de la profession infirmière*. Rapport final.

https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/etude_idea_sur_la_profession_infirmiere_2025.pdf

Jasseron, C., Estry-Béhar, M., Le Nézet, O., & Rahhali, I. (2006). Les facteurs liés à l'abandon prématûre de la profession soignante. Confirmation de leur impact à un an d'intervalle analyse longitudinale des soignants de l'enquête PRESST/NEXT. *Recherche en soins infirmiers*, 85(2), 46-64. <https://doi.org/10.3917/rsi.085.0046>.

KCE (2022). *Vers des soins (plus) intégrés en Belgique*. Communiqué de presse. <https://kce.fgov.be/fr/vers-des-soins-plus-integres-en-belgique>

KCE (2020). *Année internationale des infirmiers : il en faut davantage !* Communiqué de presse. <https://kce.fgov.be/fr/a-propos-de-nous/communique-de-presse/annee-internationale-des-infirmiers-il-en-faut-davantage#:~:text=Un%20infirmier%20sur%2010%20envisage,cours%20des%20dix%20derni%C3%A8res%20ann%C3%A9es.>

Kohn, L., & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, 53(4), 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>

Kox, J. H. A. M., Groenewoud, J. H., Bakker, E. J. M., Bierma-Zeinstra, S. M. A., Runhaar, J., Miedema, H. S., & Roelofs, P. D. D. M. (2020). Reasons why Dutch novice nurses leave nursing: A qualitative approach. *Nurse Education in Practice*, 47, 102848. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102848>

Lagarde, F. (2023). De l'identification à la fidélisation organisationnelle : quels rôles pour le manager de proximité ? *Projectics / Proyéctica / Projectique*, Hors Série(HS1), 225-248. <https://doi.org/10.3917/proj.hs04.0225>.

Larouche, V., & Delorme, F. (1972). Satisfaction au travail : reformulation théorique. *Relations industrielles*, 27(4), 567–602.

Lavergne, T., & Janssens, H. (2024). Pénurie des infirmier·es et crise du « prendre soin ». Etudes de l'IEFH et de la Mutualité chrétienne. <https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/media/documents/192%20-%20P%C3%A9nurie%20des%20infirmier%C2%B7es%20et%20crise%20du%20E2%80%98prendre%20soin%20E2%80%99.pdf>

Lisein, O. (2024). *Management des organisations* [Diapositives de cours]. Université de Liège.

Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In M. D. Dunnette (Ed), *Handbook of Industrial and Organizational Behavior*. (pp. 1297-1349). Rand Mc Nally.

Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>

Moisson V., & Gardody J. (2021). Le rôle du cadre de santé dans la perte et la (re)construction du sens au travail. *Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 1(1), 49-62. <https://shs.cairn.info/revue-rimhe-2021-1-page-49>

Morin, E. (2008). *Sens du travail, santé mentale et engagement organisationnel*. (Rapport R-543). Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST). <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/pubirsst/r-543.pdf>

Morin, E. (1997). Le sens du travail pour des gestionnaires francophones. *Revue Psychologie du Travail et des Organisations*, 3, 26-45.

Naedenoen, F. (2024). *Gestion des ressources humaines* [Diapositives de cours]. Université de Liège.

Neveu, J.P., & Thevenet, M. (2002). *L'implication au travail*. Editions Vuibert.

Noguera, F. et Lartigau, J. (2009). De la prospective à la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences dans la fonction publique hospitalière : enjeux et perspectives. *Management & Avenir*, 25(5), 290-314. <https://doi.org/10.3917/mav.025.0290>.

Organisation Mondiale de la Santé (2023). *Personnels de santé et d'aide à la personne. Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030*. Rapport du directeur général. Personnels de santé et d'aide à la personne

Organisation Mondiale de la Santé (2020). *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020*. OMS. Note d'orientation du conseil International des infirmières. https://www.who.int/icn/sites/default/files/2023-04/ICN%20Policy%20Brief_Nurse%20Shortage%20and%20Retention_FR.pdf

Péoc'h, N. et Ceaux, C. (2012). Les valeurs professionnelles, une composante de la stratégie d'implication organisationnelle des professionnels de santé... L'apport compréhensif d'une recherche décisionnelle menée au CHU de Toulouse. *Recherche en soins infirmiers*, 108(1), 53-66. <https://doi.org/10.3917/rsi.108.0053>

Revillard, A. (2008) *Fiche technique n°7 – La conduite de l'entretien*. <https://annerevillard.com/enseignement/methodes-qualitatives/initiation-investigation-empirique/fiches-techniques-initiation-investigation-empirique/fiche-technique-n°7-la-conduite-de-lentretien/>

Robidoux, M. (2007). *Cadre de référence : collaboration interprofessionnelle*, Université de Sherbrooke, p. 1-25.

Safy-Godineau, F., Fall, A. et Carassus, D. (2020). Soutien organisationnel perçu, implication organisationnelle et satisfaction au travail : effets sur l'absentéisme maladie dans la fonction publique territoriale. *Revue de gestion des ressources humaines*, 116(2), 45-67. <https://doi.org/10.3917/grhu.116.0045>

SPIRAL (s.d.). *Le focus group*. Université de Liège. https://www.spiral.uliege.be/cms/c_5216991/fr/spiral-le-focus-group

Toffel, K., & Tawfik, A. (2019). Le new public management et la redéfinition de l'activité infirmière. De la fabrique des nouvelles élites professionnelles. *Revue française d'administration publique*, 172, 1077-1092.

Van den heede, K., Bruyneel, L., Beeckmans, D., Boon, N., Bouckaert, N., Cornelis, J., Dossche, D., Van de Voorde, C., Sermeus, W. (2019). *Dotation infirmière pour des soins (plus) surs dans les hôpitaux aigus - Synthèse*. KCE. https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_325B_Dotation_infirmiere_synthese_2nd_edition.pdf

Vers une Belgique en bonne santé (2023). *Données phares dans les soins de santé : Activités hospitalières*. <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/hopitaux-generaux/organisation/activites-hospitalieres>

Weick, K. (1995). *Sensemaking in Organizations*. Sage Publications.

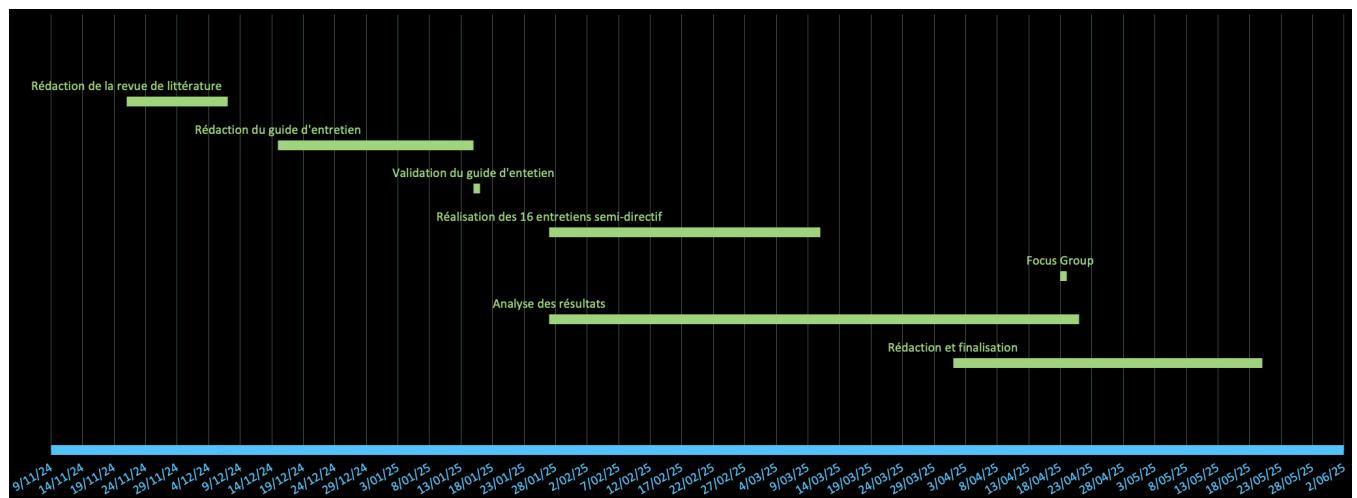
Weiss, H.M. (2002). Deconstructing job satisfaction: Separating evaluations, beliefs and affective experiences, *Human Resource Management Review*, 12(2), pp. 173-194

Yamamoto, K., Nasu, K., Nakayoshi, Y., & Takase, M. (2024). Sustaining the nursing workforce: Exploring enabling and motivating factors for the retention of returning nurses: A qualitative descriptive design. *BMC Nursing*, 23(248). <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01900-5>

Yves L., Enseigner La Recherche Qualitative. *Enseigner la recherche qualitative en sciences économiques et de gestion*. 2018. halshs-01757005

Annexes

Annexe 1 : diagramme de Gantt



Annexe 2 : guide d'entretien-semi directifs à l'attention des infirmiers

Reconversion infirmière – Mémoire **Guide d'entretien**

Introduction

Par le biais de ces entretiens exploratoires, d'une durée d'1h à 1h30 environ, je m'intéresse à l'abandon de la profession infirmière. La pénurie actuelle de personnel soignant dans les hôpitaux n'est inconnue pour personne. Les conditions de travail et la recherche d'une meilleure qualité de vie ont poussé de nombreux professionnels à adopter des modèles de travail plus flexibles, voir à se reconvertis dans un autre domaine. Quelles solutions les managers, les services RH des hôpitaux pourraient mettre en place afin de conserver leur personnel et d'en attirer du nouveau?

Grâce aux informations récoltées, j'ai pour **objectifs** d'identifier les facteurs spécifiques qui ont contribué à l'abandon de la profession, ou au contraire ce qui retient des soignants à leur poste. Je garantis **l'anonymisation** des propos tenus lors de cet entretien, ainsi que la **confidentialité** de l'identité des répondants.

Coordonnées du répondant

Nom	
Prénom	
Institution et profession actuelle	
Institution et profession ancienne	
Adresse email	

Organisation de l'entretien

- Présentation du cadre de la recherche et de l'interviewer (1m30)
- Présenter les différents thèmes qui vont être abordés :
 1. La satisfaction au travail – La construction de sens
 2. La perte de sens au travail
 3. Le rôle des cadres/manager et institutions
 4. Des pistes de solution ?
- Information sur la confidentialité, l'anonymisation, l'enregistrement, demander si la personne est disponible par après si j'ai des questions supplémentaires
- Entretien semi-directif
- Demander si la personne souhaite ajouter quelque chose une fois les différents points abordés
- Remerciements

Grille d'entretien semi-directif

Thèmes	Questions
Introduction	<ul style="list-style-type: none"> • Pouvez-vous vous présenter ? Comment résumeriez-vous personnellement votre activité professionnelle depuis que vous êtes dans cet établissement/service ? • Pouvez-vous m'expliquer votre parcours professionnel ?
1. La satisfaction au travail + La construction de sens	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qui vous a attiré/dirigé vers la profession d'infirmière dans une premier temps ? • Quelles sont vos attentes vis-à-vis de votre travail ? • Qu'est-ce qui vous satisfait dans votre emploi ? • Quels sont les facteurs qui donnent du sens à votre travail ? • Que cherchez-vous dans votre nouvel emploi ? • Vous pouvez me raconter ce qui fait sens dans votre travail ? • Qu'est-ce qui vous a décidé à retourner au travail ? • Qu'est-ce qui a facilité la poursuite de votre travail ? • Y avait-il quelque chose de bon à retourner au travail ? • Quand vous êtes-vous senti bien à l'idée de retourner au travail ? • Dans quelles situations spécifiques vous êtes-vous senti à l'aise de retourner au travail ? • Pourquoi vous êtes-vous senti bien de retourner au travail ? • Veuillez me parler des changements que vous avez apportés depuis votre retour au travail. (Famille, mode de vie, description de poste, formation)
2. La perte de sens au travail	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qui vous a amené à quitter la profession/à vous reconvertir ? • De la même manière, racontez-moi ce qui peut faire que votre travail n'a pas de sens ? • Est-ce que votre travail respecte vos valeurs ? • Quels sont les facteurs liés à la perte de sens dans votre travail ? • Quels ont été les éléments déclencheur à votre démarche de reconversion ?
3. Le rôle des cadres/manager et institutions	<ul style="list-style-type: none"> • Quel rôle votre hiérarchie/manager joue dans la rétention au travail ? • Quel rôle le cadre de santé peut-il jouer, d'après vous, dans ces processus de perte et de construction de sens ? • Est-ce que votre manager est « important » pour vous ? • Quelles sont vos attentes envers votre manager ?

	<ul style="list-style-type: none"> • D'après vous, est-ce que votre manager est toujours conscient de la réalité de terrain ?
4. Des pistes de solution ?	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles seraient vos propositions pour une amélioration du sens au travail ? • Est-ce que votre institution a déjà essayé des modifier certaines pratiques considérées comme problématiques? • S'il y avait eu au moins une intention d'amélioration, auriez-vous envisagé de rester au sein de votre ancien emploi? • Quid des auxiliaires de soins ?
Questions finales	<ul style="list-style-type: none"> • Avons-nous oublié quelque chose que vous souhaitez aborder ? • Y a-t-il un sujet sur lequel vous souhaitez revenir ?

Petits conseils pour la réalisation d'un entretien semi-directif :

- *Mettre la personne interviewer dans la position d'expert*
- *Comprendre quoi, comment ? Comprendre le point de vue de la personne, comment elle perçoit les choses*
- *Pas de jugement et pas d'apriori*
- *Approche naïve*
- *Être ouvert à la découverte à l'inattendu*
- *Ecouter plus que parler*
- *Surveiller le non-verbal de la personne interviewer pour rediriger, reformuler, ou dissiper le malaise, surveiller son non-verbal*
- *Ne pas répondre pour la personne, la laisser s'exprimer (on peut laisser des silences, ça a du bon parfois)*
- *Quand votre interlocuteur n'est pas très bavard ou n'arrive pas à approfondir ses propos n'hésitez pas à demander des exemples.*
- *Métacommunication : par exemple en fin d'entretien ne pas hésiter pas à reprendre le guide d'entretien pour s'assurer que tous les thèmes ont été abordés, et/ou reformuler certains points que vous n'avez peut-être pas compris (par exemple : dire clairement, si ça ne vous dérange pas, je vais repasser en revue les différentes questions pour être certaine que tout a été abordé.*

Annexe 3 : prises de notes personnelles des 16 entretiens semi-directifs

Afin de ne pas surcharger les annexes, et avec l'accord du promoteur de ce TFE, il a été décidé de ne pas inclure dans les annexes les retranscriptions complètes des 16 entretiens, mais uniquement les prises de notes personnelles de l'auteure. Les transcriptions complètes sont néanmoins disponibles sur demande.



Reconversion infirmière – Mémoire
Guide d'entretien

Introduction

Par le biais de ces entretiens exploratoires, d'une durée d'1h à 1h30 environ, je m'intéresse à l'abandon de la profession infirmière. La pénurie actuelle de personnel soignant dans les hôpitaux n'est inconnue pour personne. Les conditions de travail et la recherche d'une meilleure qualité de vie ont poussé de nombreux professionnels à adopter des modèles de travail plus flexibles, voir à se reconvertis dans un autre domaine. Quelles solutions les managers, les services RH des hôpitaux pourraient mettre en place afin de conserver leur personnel et d'en attirer du nouveau?

Grâce aux informations récoltées, j'ai pour **objectifs** d'identifier les facteurs spécifiques qui ont contribué à l'abandon de la profession, ou au contraire ce qui retient des soignants à leur poste. Je garantis l'**anonymisation** des propos tenus lors de cet entretien, ainsi que la **confidentialité** de l'identité des répondants.

Coordonnées du répondant (1)

Nom	[REDACTED]
Prénom	[REDACTED]
Institution et profession actuelle	[REDACTED]
Institution et profession ancienne	[REDACTED]
Adresse email	[REDACTED]

Organisation de l'entretien

- Présentation du cadre de la recherche et de l'interviewer (1m30)
- Présenter les différents thèmes qui vont être abordés :
 1. La satisfaction au travail – La construction de sens
 2. La perte de sens au travail
 3. Le rôle des cadres/manager et institutions
 4. Des pistes de solution ?
- Information sur la confidentialité, l'anonymisation, l'enregistrement, demander si la personne est disponible par après si j'ai des questions supplémentaires
- Entretien semi-directif
- Demander si la personne souhaite ajouter quelque chose une fois les différents points abordés
- Remerciements

Grille d'entretien semi-directif

Thèmes	Questions
Introduction	<ul style="list-style-type: none"> Pouvez-vous vous présenter ? Comment résumeriez-vous personnellement votre activité professionnelle depuis que vous êtes dans cet établissement/service ? Pouvez-vous m'expliquer votre parcours professionnel ? <p>problème J/N. rythme ↙</p> <p>28 ans 21000 ouedamoto → née 3 mois opus sans (fin caid) (grand père) ind. scén. écon. temps partiel consultante gant intérieur sans</p>
<p>1. La satisfaction au travail + La construction de sens</p> <p>momon iij ↙</p> <p>• facilité emploi Cdi direct appelé ses stages ↳ disibliss une pas sur terrain</p> <p>• sécurité dans les scén que tu fais ↳ manque personnel</p> <p>• motiver collègue bureau aim - opas intérieur - de leurs supp ↳ aimé faire bien les choses et ce qui lui plaît.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Qu'est-ce qui vous a attiré/ dirigé vers la profession d'infirmière dans une premier temps ? Quelles sont vos attentes vis-à-vis de votre travail ? Qu'est-ce qui vous satisfait dans votre emploi ? Quels sont les facteurs qui donnent du sens à votre travail ? Que cherchez-vous dans votre nouvel emploi ? Vous pouvez me raconter ce qui fait sens dans votre travail ? Qu'est-ce qui vous a décidé à retourner au travail ? Qu'est-ce qui a facilité la poursuite de votre travail ? Y avait-il quelque chose de bon à retourner au travail ? Quand vous êtes-vous senti bien à l'idée de retourner au travail ? Dans quelles situations spécifiques vous êtes-vous senti à l'aise de retourner au travail ? Pourquoi vous êtes-vous senti bien de retourner au travail ? Veuillez me parler des changements que vous avez apportés depuis votre retour au travail. (Famille, mode de vie, description de poste, formation) <p>ne répondait pas à ce qu'on lui avait proposé de faire on ne l'impliquait pas projet de faire pas mis en place → pas done les plans actuels</p> <p>→ aimé les soins → salaire + effic → horaires confortable en octobre mais salaire ↘</p> <p>retour au HLE équip mobile</p> <p>→ faire son horaires n'est 3 mois ↳ formation</p> <p>réponse ? au chacun n'est enfin n'est</p> <p>retour en en fait... ↙</p> <p>pauses du 12h en née ↙</p> <p>6 mois ↙</p>

2. La perte de sens au travail	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qui vous a amené à quitter la profession/à vous reconvertis? • De la même manière, racontez-moi ce qui peut faire que votre travail n'a pas de sens? • Est-ce que votre travail respecte vos valeurs? • Quels sont les facteurs liés à la perte de sens dans votre travail? • Quels ont été les éléments déclencheur à votre démarche de reconversion? <p>NON</p> <ul style="list-style-type: none"> - toujours pas sécurité - press + constante <p>TOUJOURS BON-ETRE</p> <ul style="list-style-type: none"> - toujours malgré infi malgré des empêchements (obligations, travail, famille) actuellement amélioré
3. Le rôle des cadres/manager et institutions	<p>SENSE pas de press tempo à choisi travail + aide technique via chef</p> <p>1er échouement HCE → RDI DDI</p> <p>↳ N+2 a ensuite proposé ENRI pour horaire au retour</p> <p>↳ chef → pas actif chef de service actuel → ministère pour elle ↳ vrai chef ADDI : trouve info si besoin</p> <p>Attente - codifiant → organisat' commun - lage : organisat' perso</p> <ul style="list-style-type: none"> • conscientis nécessités terrain ↳ déport → sont ok, retiennent pas monique mises → ministère s'occupe

<p>4. Des pistes de solution ?</p> <p><i>sous-effectif covid</i></p> <p>↳ + AS en R&D</p> <p>↳ les malentendent progressivement</p> <p>⌚</p> <p><i>si on avait proposé une place en IJ ou, serait p-e noté</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles seraient vos propositions pour une amélioration du sens au travail ? • Est-ce que votre institution a déjà essayé de modifier certaines pratiques considérées comme problématiques ? • S'il y avait eu au moins une intention d'amélioration, auriez-vous envisagé de rester au sein de votre ancien emploi ? • Quid des auxiliaires de soins ? <i>mais pourquoi pas en R&D</i> • <i>horaires de travail</i> • <i>sécurité : l +, obéir, formez</i> • <i>Bien-être au travail</i> <p>→ R&D : infirmier pdt. avancé <i>PAS</i>, <i>doit tel infi et médecin</i> <i>sains + rapide que médecin</i></p> <p><i>reconnu depuis bonnie</i></p>
<p>Questions finales</p> <p><i>à qui le faire noté → scaines + (jfic)</i></p> <p><i>duh avec formelle → le voit pas en nuit</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avons-nous oublié quelque chose que vous souhaitez aborder ? • Y a-t-il un sujet sur lequel vous souhaitez revenir ?

Petits conseils pour la réalisation d'un entretien semi-directif :

- Mettre la personne interviewer dans la position d'expert
- Comprendre quoi, comment ? Comprendre le point de vue de la personne, comment elle perçoit les choses
- Pas de jugement et pas d'apriori
- Approche naïve
- Être ouvert à la découverte à l'inattendu
- Ecouter plus que parler
- Surveiller le non-verbal de la personne interviewer pour rediriger, reformuler, ou dissiper le malaise, surveiller son non-verbal
- Ne pas répondre pour la personne, la laisser s'exprimer (on peut laisser des silences, ça a du bon parfois)
- Quand votre interlocuteur n'est pas très bavard ou n'arrive pas à approfondir ses propos n'hésitez pas à demander des exemples.
- Métacommunication : par exemple en fin d'entretien ne pas hésiter pas à reprendre le guide d'entretien pour s'assurer que tous les thèmes ont été abordés, et/ou reformuler certains points que vous n'avez peut-être pas compris (par exemple : dire clairement, si ça ne vous dérange pas, je vais repasser en revue les différentes questions pour être certaine que tout a été abordé.



Reconversion infirmière – Mémoire

Guide d'entretien

Introduction

Par le biais de ces entretiens exploratoires, d'une durée d'1h à 1h30 environ, je m'intéresse à l'abandon de la profession infirmière. La pénurie actuelle de personnel soignant dans les hôpitaux n'est inconnue pour personne. Les conditions de travail et la recherche d'une meilleure qualité de vie ont poussé de nombreux professionnels à adopter des modèles de travail plus flexibles, voir à se reconvertir dans un autre domaine. Quelles solutions les managers, les services RH des hôpitaux pourraient mettre en place afin de conserver leur personnel et d'en attirer du nouveau?

Grâce aux informations récoltées, j'ai pour **objectifs** d'identifier les facteurs spécifiques qui ont contribué à l'abandon de la profession, ou au contraire ce qui retient des soignants à leur poste. Je garantis l'**anonymisation** des propos tenus lors de cet entretien, ainsi que la **confidentialité** de l'identité des répondants.

Coordonnées du répondant (1)

Nom	[REDACTED]
Prénom	[REDACTED]
Institution et profession actuelle	50% CHU + étudi SF → demandé mais refus
Institution et profession ancienne	↳ accepté pour 3 mois
Adresse email	

Organisation de l'entretien

- Présentation du cadre de la recherche et de l'interviewer (1m30)
- Présenter les différents thèmes qui vont être abordés :
 1. La satisfaction au travail – La construction de sens
 2. La perte de sens au travail
 3. Le rôle des cadres/manager et institutions
 4. Des pistes de solution ?
 - Information sur la confidentialité, l'anonymisation, l'enregistrement, demander si la personne est disponible par après si j'ai des questions supplémentaires
 - Entretien semi-directif
 - Demander si la personne souhaite ajouter quelque chose une fois les différents points abordés
 - Remerciements

Grille d'entretien semi-directif

Thèmes	Questions
Introduction	<ul style="list-style-type: none"> • Pouvez-vous vous présenter ? Comment résumeriez-vous personnellement votre activité professionnelle depuis que vous êtes dans cet établissement/service ? • Pouvez-vous m'expliquer votre parcours professionnel ? <p><i>infi 6 ans et 1/2 → spécia anao .2018 écartement post 1 an étude septembre 2023</i></p>
1. La satisfaction au travail + La construction de sens	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qui vous a attiré/dirigé vers la profession d'infirmière dans une premier temps ? • Quelles sont vos attentes vis-à-vis de votre travail ? • Qu'est-ce qui vous satisfait dans votre emploi ? • Quels sont les facteurs qui donnent du sens à votre travail ? • Que cherchez-vous dans votre nouvel emploi ? • Vous pouvez me raconter ce qui fait sens dans votre travail ? • Qu'est-ce qui vous a décidé à retourner au travail ? • Qu'est-ce qui a facilité la poursuite de votre travail ? • Y avait-il quelque chose de bon à retourner au travail ? • Quand vous êtes-vous senti bien à l'idée de retourner au travail ? • Dans quelles situations spécifiques vous êtes-vous senti à l'aise de retourner au travail ? • Pourquoi vous êtes-vous senti bien de retourner au travail ? • Veuillez me parler des changements que vous avez apportés depuis votre retour au travail. (Famille, mode de vie, description de poste, formation) <p><i>- anao difficile psycho - respect : collègue et patient - empathie - mauvais collègue → Θ inestis et Θ comprehension et Θ empathie ? ↳ recherche de travail ? ↳ exemple lors des stages ↳ pas de concurrence pro.</i></p>

<p>2. La perte de sens au travail</p> <p>chez plus en chape ↑ et + land progressif</p> <p>• IFIC 14 pas de volonté duco 15! au du moins hybride mais non</p> <p>• transfert + des patients en réa ↳ paix en chape + land ⇒ individualité</p> <p>impét mixandoe entre service</p>	<ul style="list-style-type: none"> Qu'est-ce qui vous a amené à quitter la profession/à vous reconvertis? De la même manière, racontez-moi ce qui peut faire que votre travail n'a pas de sens? Est-ce que votre travail respecte vos valeurs? Quels sont les facteurs liés à la perte de sens dans votre travail? Quels ont été les éléments déclencheur à votre démarche de reconversion? <p>duco → compliqué → psycho jifi on saign les maladies SF → soin du "bonheur" Méhru pas valorisé manque de reconnaissance et d'attitude couch hiérarchie et patients</p> <p>• Résidents très seuls → on est déjoué</p>
<p>3. Le rôle des cadres/manager et institutions</p> <p>• complique sa situation mais cherche pas de solut°</p> <p>soutenant</p> <p>cherchent pas de solut° ↳ EA report ↳ pourtant portant</p> <p>clivent plus aidé dans autres services ↳ obéissance</p>	<ul style="list-style-type: none"> Quel rôle votre hiérarchie/manager joue dans la rétention au travail? Quel rôle le cadre de santé peut-il jouer, d'après vous, dans ces processus de perte et de construction de sens? Est-ce que votre manager est « important » pour vous? Quelles sont vos attentes envers votre manager? D'après vous, est-ce que votre manager est toujours conscient de la réalité de terrain? <p>chez devenu cadre chez adjoint devenu chef → se bat ↳ fait des rats → paix le landau du service vient sur le terrain plus du tout avec rigidité cadre pas présent ni impliqué</p> <p>attente - soutien - cohésion d'équipe + ++ - niveau d'équipe + TB ↳ soudre l'équipe - mettre des limites → tenir équipe</p>

<p>Cher au courant mais rien ne bouge</p> <p>→ pos. autonomie - aidé d'ys des As - aids de piéleuses toute la journée</p>	
<p>4. Des pistes de solution ?</p> <p>auxi. infi. ? Connaît pas bien mais n'asqu' mie en clousur patient débordements.</p> <p>davaient servir d'exemple</p> <p>+ programme + intuitif et aidé + réactif</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles seraient vos propositions pour une amélioration du sens au travail ? • Est-ce que votre institution a déjà essayé des modifier certaines pratiques considérées comme problématiques? • S'il y avait eu au moins une intention d'amélioration, auriez-vous envisagé de rester au sein de votre ancien emploi? • Quid des auxiliaires de soins ? <p>- démissionnement - tableau blanc</p> <ul style="list-style-type: none"> - être + pour avoir - de points - chiffres davaient à sur le terrain ↳ connaître leur service et faire son pas crédible - mauvais collègues pas sensibles au - avoir tout le matériel - dossier informé : fait perdre du temps <p>geries obstacles</p> <p>↓ des collègues s'y intéressent pas.</p>
<p>Questions finales</p> <p>admirer les chfs à m si critique Ils + ignorés on m leur dit rien</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avons-nous oublié quelque chose que vous souhaitez aborder ? • Y a-t-il un sujet sur lequel vous souhaitez revenir ?

Petits conseils pour la réalisation d'un entretien semi-directif :

- Mettre la personne interviewer dans la position d'expert
- Comprendre quoi, comment ? Comprendre le point de vue de la personne, comment elle perçoit les choses
- Pas de jugement et pas d'apriori
- Approche naïve
- Être ouvert à la découverte à l'inattendu
- Ecouter plus que parler
- Surveiller le non-verbal de la personne interviewer pour rediriger, reformuler, ou dissiper le malaise, surveiller son non-verbal
- Ne pas répondre pour la personne, la laisser s'exprimer (on peut laisser des silences, ça a du bon parfois)
- Quand votre interlocuteur n'est pas très bavard ou n'arrive pas à approfondir ses propos n'hésitez pas à demander des exemples.
- Métacommunication : par exemple en fin d'entretien ne pas hésiter pas à reprendre le guide d'entretien pour s'assurer que tous les thèmes ont été abordés, et/ou reformuler certains points que vous n'avez peut-être pas compris (par exemple : dire clairement, si ça ne vous dérange pas, je vais repasser en revue les différentes questions pour être certaine que tout a été abordé.

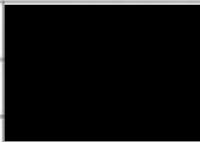
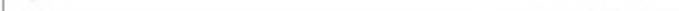
Présentiel
Reconversion infirmière – Mémoire
Guide d'entretien

Introduction

Par le biais de ces entretiens exploratoires, d'une durée d'1h à 1h30 environ, je m'intéresse à l'abandon de la profession infirmière. La pénurie actuelle de personnel soignant dans les hôpitaux n'est inconnue pour personne. Les conditions de travail et la recherche d'une meilleure qualité de vie ont poussé de nombreux professionnels à adopter des modèles de travail plus flexibles, voir à se reconvertis dans un autre domaine. Quelles solutions les managers, les services RH des hôpitaux pourraient mettre en place afin de conserver leur personnel et d'en attirer du nouveau?

Grâce aux informations récoltées, j'ai pour **objectifs** d'identifier les facteurs spécifiques qui ont contribué à l'abandon de la profession, ou au contraire ce qui retient des soignants à leur poste. Je garantis l'**anonymisation** des propos tenus lors de cet entretien, ainsi que la **confidentialité** de l'identité des répondants.

Coordonnées du répondant 12/25 (3)

Nom	
Prénom	
Institution et profession actuelle	
Institution et profession ancienne	
Adresse email	

+ 2pl

Organisation de l'entretien

- Présentation du cadre de la recherche et de l'interviewer (1m30)
- Présenter les différents thèmes qui vont être abordés :
 1. La satisfaction au travail – La construction de sens
 2. La perte de sens au travail
 3. Le rôle des cadres/manager et institutions
 4. Des pistes de solution ?
- Information sur la confidentialité, l'anonymisation, l'enregistrement, demander si la personne est disponible par après si j'ai des questions supplémentaires
- Entretien semi-directif
- Demander si la personne souhaite ajouter quelque chose une fois les différents points abordés
- Remerciements

Grille d'entretien semi-directif

Thèmes	Questions
Introduction	<ul style="list-style-type: none"> Pouvez-vous vous présenter ? Comment résumeriez-vous personnellement votre activité professionnelle depuis que vous êtes dans cet établissement/service ? Pouvez-vous m'expliquer votre parcours professionnel ? <p>Info Rés bloc 150h Responsable puis consultant sociétés info 20h Mham chef de bureau Coordonné projet / qualité</p>
<p>1. La satisfaction au travail + La construction de sens</p> <p>informaticien 2005 aux USA travail en HES info à 24-250h</p> <p>① attente ① autonomie (exécutive) ① confiance</p> <p>travail pas un fin en soi satisfaction manger → attention au bien-être → entraîne équipe vers un ①</p>	<ul style="list-style-type: none"> Qu'est-ce qui vous a attiré/-dirigé vers la profession d'infirmière dans une premier temps ? Quelles sont vos attentes vis-à-vis de votre travail ? Qu'est-ce qui vous satisfait dans votre emploi ? Quels sont les facteurs qui donnent du sens à votre travail ? Que cherchez-vous dans votre nouvel emploi ? Vous pouvez me raconter ce qui fait sens dans votre travail ? Qu'est-ce qui vous a décidé à retourner au travail ? Qu'est-ce qui a facilité la poursuite de votre travail ? Y avait-il quelque chose de bon à retourner au travail ? Quand vous êtes-vous senti bien à l'idée de retourner au travail ? Dans quelles situations spécifiques vous êtes-vous senti à l'aise de retourner au travail ? Pourquoi vous êtes-vous senti bien de retourner au travail ? Veuillez me parler des changements que vous avez apportés depuis votre retour au travail. (Famille, mode de vie, description de poste, formation) <p>retrouver un mangerement ≠ "satisfait" ne plairait plus, autonomie se résoudre : au début ok, puis injustice et pas respect humain</p> <p>① → déconnecté n'arrive pas à cadre</p>

pas du possible d'évoluer
 manque de reconnaissance
 contrôlé justifie manque de respect

<p>2. La perte de sens au travail</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qui vous a amené à quitter la profession/à vous reconvertis ? • De la même manière, racontez-moi ce qui peut faire que votre travail n'a pas de sens ? • Est-ce que votre travail respecte vos valeurs ? <i>oui</i> • Quels sont les facteurs liés à la perte de sens dans votre travail ? • Quels ont été les éléments déclencheur à votre démarche de reconversion ? <p><i>besoin de diversité vite faire le travail - post équipe pas suffisante</i></p> <p><i>compliqué d'être avec des gens réaction au changement</i></p>
<p>3. Le rôle des cadres/manager et institutions</p> <p><i>en tant que chef, responsable de son équipe ↳ a l'essentiel de la chose de sa chef poser de bon les choses entamer pour prendre</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quel rôle votre hiérarchie/manager joue dans la rétention au travail ? • Quel rôle le cadre de santé peut-il jouer, d'après vous, dans ces processus de perte et de construction de sens ? <i>oui</i> • Est-ce que votre manager est « important » pour vous ? • Quelles sont vos attentes envers votre manager ? • D'après vous, est-ce que votre manager est toujours conscient de la réalité de terrain ? <p><i>soutien, conseil, clarté connaissance du travail pas suffisant qualité, flexibilité, human et empathique pas en accord avec vis direct post qui vient du dessus pas le même vision pas de M+1 direct au début pas trop long avec direct</i></p>

+ quid des entretiens de départ

↳ avec RH → plus facile de dire les choses

4. Des pistes de solution ?

laisser l'autonomie
à gestion

se rendre
l'autonomie mais
évidemment laisse aller
les problèmes

humain

- Quelles seraient vos propositions pour une amélioration du sens au travail ?
- Est-ce que votre institution a déjà essayé de modifier certaines pratiques considérées comme problématiques ?
- S'il y avait eu au moins une intention d'amélioration, auriez-vous envisagé de rester au sein de votre ancien emploi ?
- Quid des auxiliaires de soins ? non pas avec
- collègues mystérieux → pas de recodage avec direct

objectif → intérieur

énoncé comme
identifier montrer préliminaires → analyse des
+ condition du travail de gens qui portent.

Pas le choix du travail qui fait parti des sens → atmosphère

Questions finales

- Avez-vous oublié quelque chose que vous souhaitez aborder ?
- Y a-t-il un sujet sur lequel vous souhaitez revenir ?

Petits conseils pour la réalisation d'un entretien semi-directif :

- Mettre la personne interviewer dans la position d'expert
- Comprendre quoi, comment ? Comprendre le point de vue de la personne, comment elle perçoit les choses
- Pas de jugement et pas d'apriori
- Approche naïve
- Être ouvert à la découverte à l'inattendu
- Ecouter plus que parler
- Surveiller le non-verbal de la personne interviewer pour rediriger, reformuler, ou dissiper le malaise, surveiller son non-verbal
- Ne pas répondre pour la personne, la laisser s'exprimer (on peut laisser des silences, ça a du bon parfois)
- Quand votre interlocuteur n'est pas très bavard ou n'arrive pas à approfondir ses propos n'hésitez pas à demander des exemples.
- Méta-communication : par exemple en fin d'entretien ne pas hésiter pas à reprendre le guide d'entretien pour s'assurer que tous les thèmes ont été abordés, et/ou reformuler certains points que vous n'avez peut-être pas compris (par exemple : dire clairement, si ça ne vous dérange pas, je vais repasser en revue les différentes questions pour être certaine que tout a été abordé).

Teoms
Reconversion infirmière – Mémoire
Guide d'entretien

Introduction

Par le biais de ces entretiens exploratoires, d'une durée d'1h à 1h30 environ, je m'intéresse à l'abandon de la profession infirmière. La pénurie actuelle de personnel soignant dans les hôpitaux n'est inconnue pour personne. Les conditions de travail et la recherche d'une meilleure qualité de vie ont poussé de nombreux professionnels à adopter des modèles de travail plus flexibles, voir à se reconvertis dans un autre domaine. Quelles solutions les managers, les services RH des hôpitaux pourraient mettre en place afin de conserver leur personnel et d'en attirer du nouveau? Grâce aux informations récoltées, j'ai pour **objectifs** d'identifier les facteurs spécifiques qui ont contribué à l'abandon de la profession, ou au contraire ce qui retient des soignants à leur poste. Je garantis l'**anonymisation** des propos tenus lors de cet entretien, ainsi que la **confidentialité** de l'identité des répondants.

Coordonnées du répondant

1/2/25 (4)

Nom	
Prénom	
Institution et profession actuelle	
Institution et profession ancienne	
Adresse email	

Organisation de l'entretien

- Présentation du cadre de la recherche et de l'interviewer (1m30)
- Présenter les différents thèmes qui vont être abordés :
 1. La satisfaction au travail – La construction de sens
 2. La perte de sens au travail
 3. Le rôle des cadres/manager et institutions
 4. Des pistes de solution ?
- Information sur la confidentialité, l'anonymisation, l'enregistrement, demander si la personne est disponible par après si j'ai des questions supplémentaires
- Entretien semi-directif
- Demander si la personne souhaite ajouter quelque chose une fois les différents points abordés
- Remerciements

Grille d'entretien semi-directif

Thèmes	Questions
Introduction <i>32 ans</i> <i>médecin</i> <i>SF</i>	<ul style="list-style-type: none"> Pouvez-vous vous présenter ? Comment résumeriez-vous personnellement votre activité professionnelle depuis que vous êtes dans cet établissement/service ? Pouvez-vous m'expliquer votre parcours professionnel ? <p><i>2015 : infi bloc (2020 HIE) 2021 → 3e Rattachement J. 2025 → responsabilité crèche</i></p>
<p>1. La satisfaction au travail + La construction de sens</p> <p><i>Bienveillance</i> ↙ <i>pas faire au début</i></p> <p><i>Attentes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • senti bien • soutenu par Codu • cohésion d'équipe <p><i>SLM</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • faire les choses pour un mieux pour les gens • Codu Sécurité 	<ul style="list-style-type: none"> Qu'est-ce qui vous a attiré/-dirigé vers la profession d'infirmière dans une premier temps ? Quelles sont vos attentes vis-à-vis de votre travail ? Qu'est-ce qui vous satisfait dans votre emploi ? Quels sont les facteurs qui donnent du sens à votre travail ? Que cherchez-vous dans votre nouvel emploi ? Vous pouvez me raconter ce qui fait sens dans votre travail ? Qu'est-ce qui vous a décidé à retourner au travail ? Qu'est-ce qui a facilité la poursuite de votre travail ? Y avait-il quelque chose de bon à retourner au travail ? Quand vous êtes-vous senti bien à l'idée de retourner au travail ? Dans quelles situations spécifiques vous êtes-vous senti à l'aise de retourner au travail ? Pourquoi vous êtes-vous senti bien de retourner au travail ? Veuillez me parler des changements que vous avez apportés depuis votre retour au travail. (Famille, mode de vie, description de poste, formation) <p><i>• apprécier petit enfance (SF + pédiatrie au bloc)</i></p> <p><i>• entré D+ → CDR et crèche CDI</i></p> <p><i>• ma famille puni → morale pas forcément adopté</i></p>

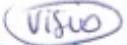
2. La perte de sens au travail	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qui vous a amené à quitter la profession/à vous reconvertis ? • De la même manière, racontez-moi ce qui peut faire que votre travail n'a pas de sens ? • Est-ce que votre travail respecte vos valeurs ? • Quels sont les facteurs liés à la perte de sens dans votre travail ? • Quels ont été les éléments déclencheur à votre démarche de reconversion ? <p> 1. Équipe → pos senti bien émot malaisé ↳ j'étais et réticente à mauvaise </p> <p> ↳ pourquoi ① Pour est pens quitter la professi </p>
3. Le rôle des cadres/manager et institutions	<ul style="list-style-type: none"> • Quel rôle votre hiérarchie/manager joue dans la rétention au travail ? • Quel rôle le cadre de santé peut-il jouer, d'après vous, dans ces processus de perte et de construction de sens ? • Est-ce que votre manager est « important » pour vous ? • Quelles sont vos attentes envers votre manager ? • D'après vous, est-ce que votre manager est toujours conscient de la réalité de terrain ? <p> équipe qui a en bcp de chef ↳ analyse du pourquoi ? ↳ qui mais ferment les yeux (pos n+1 mais au-dessus) </p>

4. Des pistes de solution ? <i>autres horaires</i> ← <i>(adoptés que des</i> <i>métris, pas de murs, -)</i> <i>choisis l'équipe</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles seraient vos propositions pour une amélioration du sens au travail ? • Est-ce que votre institution a déjà essayé des modifier certaines pratiques considérées comme problématiques? • S'il y avait eu au moins une intention d'amélioration, auriez-vous envisagé de rester au sein de votre ancien emploi? • Quid des auxiliaires de soins ? → <i>pas une</i> <i>petite chose</i> <i>autre</i> <i>chose pas confiée</i> <i>pas confiance, contrôlé</i> <i>divolue le</i> <i>profess.</i>
Questions finales	<ul style="list-style-type: none"> • Avons-nous oublié quelque chose que vous souhaitez aborder ? • Y a-t-il un sujet sur lequel vous souhaitez revenir ?

Petits conseils pour la réalisation d'un entretien semi-directif :

- Mettre la personne interviewer dans la position d'expert
- Comprendre quoi, comment ? Comprendre le point de vue de la personne, comment elle perçoit les choses
- Pas de jugement et pas d'apriori
- Approche naïve
- Être ouvert à la découverte à l'inattendu
- Ecouter plus que parler
- Surveiller le non-verbal de la personne interviewer pour rediriger, reformuler, ou dissiper le malaise, surveiller son non-verbal
- Ne pas répondre pour la personne, la laisser s'exprimer (on peut laisser des silences, ça a du bon parfois)
- Quand votre interlocuteur n'est pas très bavard ou n'arrive pas à approfondir ses propos n'hésitez pas à demander des exemples.
- Métacommunication : par exemple en fin d'entretien ne pas hésiter pas à reprendre le guide d'entretien pour s'assurer que tous les thèmes ont été abordés, et/ou reformuler certains points que vous n'avez peut-être pas compris (par exemple : dire clairement, si ça ne vous dérange pas, je vais repasser en revue les différentes questions pour être certaine que tout a été abordé.




Reconversion infirmière – Mémoire

Guide d'entretien

Introduction

Par le biais de ces entretiens exploratoires, d'une durée d'1h à 1h30 environ, je m'intéresse à l'abandon de la profession infirmière. La pénurie actuelle de personnel soignant dans les hôpitaux n'est inconnue pour personne. Les conditions de travail et la recherche d'une meilleure qualité de vie ont poussé de nombreux professionnels à adopter des modèles de travail plus flexibles, voir à se reconvertis dans un autre domaine. Quelles solutions les managers, les services RH des hôpitaux pourraient mettre en place afin de conserver leur personnel et d'en attirer du nouveau?

Grâce aux informations récoltées, j'ai pour **objectifs** d'identifier les facteurs spécifiques qui ont contribué à l'abandon de la profession, ou au contraire ce qui retient des soignants à leur poste. Je garantis l'**anonymisation** des propos tenus lors de cet entretien, ainsi que la **confidentialité** de l'identité des répondants.

Coordonnées du répondant 2/2/25 (5)

Nom		
Prénom		
Institution et profession actuelle	études dentisterie 2021 + MRS	sept.
Institution et profession ancienne	infirmière BOP 11/janvier 2021	
Adresse email		

+ 2021

Organisation de l'entretien

- Présentation du cadre de la recherche et de l'interviewer (1m30)
- Présenter les différents thèmes qui vont être abordés :
 1. La satisfaction au travail – La construction de sens
 2. La perte de sens au travail
 3. Le rôle des cadres/manager et institutions
 4. Des pistes de solution ?
- Information sur la confidentialité, l'anonymisation, l'enregistrement, demander si la personne est disponible par après si j'ai des questions supplémentaires
- Entretien semi-directif
- Demander si la personne souhaite ajouter quelque chose une fois les différents points abordés
- Remerciements

Grille d'entretien semi-directif

Thèmes	Questions
Introduction	<ul style="list-style-type: none"> • Pouvez-vous vous présenter ? Comment résumeriez-vous personnellement votre activité professionnelle depuis que vous êtes dans cet établissement/service ? • Pouvez-vous m'expliquer votre parcours professionnel ? <p>infirmier 2017 + 2018 3 bloc + étude sept 2021 → 3ème bloc + job MRS</p>
1. La satisfaction au travail + La construction de sens - aspect scientifique soins, chirurgie - prendre soins des gens - reconnaissance petite équipe ambiance familiale dentiste - meilleur Q vie travail - moins de fatigue physique - meilleur salaire pour le travail fourni	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qui vous a attiré/-dirigé vers la profession d'infirmière dans une premier temps ? • Quelles sont vos attentes vis-à-vis de votre travail ? • Qu'est-ce qui vous satisfait dans votre emploi ? • Quels sont les facteurs qui donnent du sens à votre travail ? • Que cherchez-vous dans votre nouvel emploi ? • Vous pouvez me raconter ce qui fait sens dans votre travail ? • Qu'est-ce qui vous a décidé à retourner au travail ? • Qu'est-ce qui a facilité la poursuite de votre travail ? • Y avait-il quelque chose de bon à retourner au travail ? • Quand vous êtes-vous senti bien à l'idée de retourner au travail ? • Dans quelles situations spécifiques vous êtes-vous senti à l'aise de retourner au travail ? • Pourquoi vous êtes-vous senti bien de retourner au travail ? • Veuillez me parler des changements que vous avez apportés depuis votre retour au travail. (Famille, mode de vie, description de poste, formation) <p>infirmier nécessite - pas trop d'efforts</p>

équipe : perte bcp. → supports possibles

rapports + relations

récurrent → cadre doit donner par le chef

neutre

2. La perte de sens au travail

fatigué, stress

Covid 19

manque de reconnaissance
peut être incohérente

peut être questionnement
d'après avoir

- fatigué
- manque personnel
- horaires
- financement
- difficile

problème de
responsabilité +
ressentiment → pression
vers l'extérieur

- Qu'est-ce qui vous a amené à quitter la profession/à vous reconvertis ?
- De la même manière, racontez-moi ce qui peut faire que votre travail n'a pas de sens ?
- Est-ce que votre travail respecte vos valeurs ?
- Quels sont les facteurs liés à la perte de sens dans votre travail ?
- Quels ont été les éléments déclencheur à votre démarche de reconversion ?

• manque de format et de consigne
! perte → insécurité
seule et démunie ⇒ pas de
manque d'accompagnement
• manque de neutralité du chef
peut être
responsable

entretiens de départ suite à démission
avec ~~mais~~ chef d'équipe → demandant
pourquoi

3. Le rôle des cadres/manager et institutions

idéal

format

ombiaire équipe

neutre

écoute

responsable souvent
proviennent de
l'équipe

- Quel rôle votre hiérarchie/manager joue dans la rétention au travail ?
- Quel rôle le cadre de santé peut-il jouer, d'après vous, dans ces processus de perte et de construction de sens ?
- Est-ce que votre manager est « important » pour vous ?
- Quelles sont vos attentes envers votre manager ?
- D'après vous, est-ce que votre manager est toujours conscient de la réalité de terrain ?

mais peu
de remise
en question

mais → non
pas de réel feed-back
pas de réaction
nouvelle chef qui ne connaît
pas le bloc et le personnel

problèmes de harcèlement
→ réun. pour discuter ombiaire
et sens

VISIO

Reconversion infirmière – Mémoire

Guide d'entretien

Introduction

Par le biais de ces entretiens exploratoires, d'une durée d'1h à 1h30 environ, je m'intéresse à l'abandon de la profession infirmière. La pénurie actuelle de personnel soignant dans les hôpitaux n'est inconnue pour personne. Les conditions de travail et la recherche d'une meilleure qualité de vie ont poussé de nombreux professionnels à adopter des modèles de travail plus flexibles, voir à se reconvertis dans un autre domaine. Quelles solutions les managers, les services RH des hôpitaux pourraient mettre en place afin de conserver leur personnel et d'en attirer du nouveau?

Grâce aux informations récoltées, j'ai pour **objectifs** d'identifier les facteurs spécifiques qui ont contribué à l'abandon de la profession, ou au contraire ce qui retient des soignants à leur poste. Je garantis l'**anonymisation** des propos tenus lors de cet entretien, ainsi que la **confidentialité** de l'identité des répondants.

Mémoires complétés

Coordonnées du répondant 2/2/25 (6)

Nom	[REDACTED]
Prénom	[REDACTED]
Institution et profession actuelle	équipe infi indépendante) indépendante cré entrepreneur familial avec papa et époux + rehabsit bat également handicapé
Institution et profession ancienne	Siomu et volonté
Adresse email	

+ Zofie

Organisation de l'entretien

- Présentation du cadre de la recherche et de l'interviewer (1m30)
- Présenter les différents thèmes qui vont être abordés :
 - La satisfaction au travail – La construction de sens
 - La perte de sens au travail
 - Le rôle des cadres/manager et institutions
 - Des pistes de solution ?
- Information sur la confidentialité, l'anonymisation, l'enregistrement, demander si la personne est disponible par après si j'ai des questions supplémentaires
- Entretien semi-directif
- Demander si la personne souhaite ajouter quelque chose une fois les différents points abordés
- Remerciements

Grille d'entretien semi-directif

Thèmes	Questions
Introduction 360°ns	<ul style="list-style-type: none"> Pouvez-vous vous présenter ? Comment résumeriez-vous personnellement votre activité professionnelle depuis que vous êtes dans cet établissement/service ? Pouvez-vous m'expliquer votre parcours professionnel ? <p>travail & loisirs chômage en 11e sous effectif aux impôts → dépasser famille de X sous médical</p>
1. La satisfaction au travail + La construction de sens • Équipé • avin quand se baie • veut pas de cheffe • dynamique et a envie d'apprendre • pas de patron ↳ leadership + ↳ poste de codire ? trop ferme • pas besoin de reconnaissance	<ul style="list-style-type: none"> Qu'est-ce qui vous a attiré/-dirigé vers la profession d'infirmière dans une premier temps ? Quelles sont vos attentes vis-à-vis de votre travail ? Qu'est-ce qui vous satisfait dans votre emploi ? Quels sont les facteurs qui donnent du sens à votre travail ? Que cherchez-vous dans votre nouvel emploi ? Vous pouvez me raconter ce qui fait sens dans votre travail ? Qu'est-ce qui vous a décidé à retourner au travail ? Qu'est-ce qui a facilité la poursuite de votre travail ? Y avait-il quelque chose de bon à retourner au travail ? Quand vous êtes-vous senti bien à l'idée de retourner au travail ? Dans quelles situations spécifiques vous êtes-vous senti à l'aise de retourner au travail ? Pourquoi vous êtes-vous senti bien de retourner au travail ? Veuillez me parler des changements que vous avez apportés depuis votre retour au travail. (Famille, mode de vie, description de poste, formation) <p>• équilibre du vie en travaillant avec son mari</p> <p>*éthique du travail → bien fait</p> <ul style="list-style-type: none"> optimiste et générosité reste fidèle à elle-même. respect des gens (BtoB) du fidèle ambitionne formidabl honnêteté

travail doit respecter ses valeurs

Grille d'entretien semi-directif

Thèmes	Questions
Introduction 360°ns	<ul style="list-style-type: none"> Pouvez-vous vous présenter ? Comment résumeriez-vous personnellement votre activité professionnelle depuis que vous êtes dans cet établissement/service ? Pouvez-vous m'expliquer votre parcours professionnel ? <p>travail & loisirs chômage en 11e sous effectif aux impôts → dépasser famille de X sous médical</p>
1. La satisfaction au travail + La construction de sens <ul style="list-style-type: none"> équipé avait quand se bouge veut pas de cheffe dynamique et a envie d'apprendre <hr/> <ul style="list-style-type: none"> pas de patron ↳ leadership + ↳ poste de codire ? trop peur pas besoin de reconnaissance <ul style="list-style-type: none"> éthique du travail → bien fait optimiste et générosité reste fidèle à elle-même. 	<ul style="list-style-type: none"> Qu'est-ce qui vous a attiré/ dirigé vers la profession d'infirmière dans une premier temps ? Quelles sont vos attentes vis-à-vis de votre travail ? Qu'est-ce qui vous satisfait dans votre emploi ? Quels sont les facteurs qui donnent du sens à votre travail ? Que cherchez-vous dans votre nouvel emploi ? Vous pouvez me raconter ce qui fait sens dans votre travail ? Qu'est-ce qui vous a décidé à retourner au travail ? Qu'est-ce qui a facilité la poursuite de votre travail ? Y avait-il quelque chose de bon à retourner au travail ? Quand vous êtes-vous senti bien à l'idée de retourner au travail ? Dans quelles situations spécifiques vous êtes-vous senti à l'aise de retourner au travail ? Pourquoi vous êtes-vous senti bien de retourner au travail ? Veuillez me parler des changements que vous avez apportés depuis votre retour au travail. (Famille, mode de vie, description de poste, formation) <p>équilibre du vie en travaillant avec son mari</p>

travail doit respecter ses valeurs

<p>4. Des pistes de solution ?</p> <p>autant impossible</p> <p>à physique</p> <p>- trop d'admin</p> <p>pas assez de contact</p> <p>aidés des</p> <p>A-S. paraît</p> <p>mais manque</p> <p>peut-être pas temps</p> <p>MRS pas assez de</p> <p>temps pour s'occuper</p> <p>des gens</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles seraient vos propositions pour une amélioration du sens au travail ? • Est-ce que votre institution a déjà essayé des modifier certaines pratiques considérées comme problématiques ? • S'il y avait eu au moins une intention d'amélioration, auriez-vous envisagé de rester au sein de votre ancien emploi ? • Quid des auxiliaires de soins ? <p>la hiérarchie se crée toute seule</p> <p>→ figure de la directe</p> <p>· suivre des soins</p> <p>· chef pas conscient de l'import</p>
<p>Questions finales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avons-nous oublié quelque chose que vous souhaitez aborder ? • Y a-t-il un sujet sur lequel vous souhaitez revenir ?

Petits conseils pour la réalisation d'un entretien semi-directif :

- Mettre la personne interviewer dans la position d'expert
- Comprendre quoi, comment ? Comprendre le point de vue de la personne, comment elle perçoit les choses
- Pas de jugement et pas d'apriori
- Approche naïve
- Être ouvert à la découverte à l'inattendu
- Écouter plus que parler
- Surveiller le non-verbal de la personne interviewer pour rediriger, reformuler, ou dissiper le malaise, surveiller son non-verbal
- Ne pas répondre pour la personne, la laisser s'exprimer (on peut laisser des silences, ça a du bon parfois)
- Quand votre interlocuteur n'est pas très bavard ou n'arrive pas à approfondir ses propos n'hésitez pas à demander des exemples.
- Métacommunication : par exemple en fin d'entretien ne pas hésiter pas à reprendre le guide d'entretien pour s'assurer que tous les thèmes ont été abordés, et/ou reformuler certains points que vous n'avez peut-être pas compris (par exemple : dire clairement, si ça ne vous dérange pas, je vais repasser en revue les différentes questions pour être certaine que tout a été abordé.

Reconversion infirmière – Mémoire

Guide d'entretien

Introduction

Par le biais de ces entretiens exploratoires, d'une durée d'1h à 1h30 environ, je m'intéresse à l'abandon de la profession infirmière. La pénurie actuelle de personnel soignant dans les hôpitaux n'est inconne pour personne. Les conditions de travail et la recherche d'une meilleure qualité de vie ont poussé de nombreux professionnels à adopter des modèles de travail plus flexibles, voir à se reconvertis dans un autre domaine. Quelles solutions les managers, les services RH des hôpitaux pourraient mettre en place afin de conserver leur personnel et d'en attirer du nouveau?

Grâce aux informations récoltées, j'ai pour **objectifs** d'identifier les facteurs spécifiques qui ont contribué à l'abandon de la profession, ou au contraire ce qui retient des soignants à leur poste. Je garantis l'**anonymisation** des propos tenus lors de cet entretien, ainsi que la **confidentialité** de l'identité des répondants.

Coordonnées du répondant

Nom	
Prénom	
Institution et profession actuelle	Centru PMS Jeunes
Institution et profession ancienne	
Adresse email	

Organisation de l'entretien

- Présentation du cadre de la recherche et de l'interviewer (1m30)
- Présenter les différents thèmes qui vont être abordés :
 1. La satisfaction au travail – La construction de sens
 2. La perte de sens au travail
 3. Le rôle des cadres/manager et institutions
 4. Des pistes de solution ?
- Information sur la confidentialité, l'anonymisation, l'enregistrement, demander si la personne est disponible par après si j'ai des questions supplémentaires
- Entretien semi-directif
- Demander si la personne souhaite ajouter quelque chose une fois les différents points abordés
- Remerciements

Grille d'entretien semi-directif

Thèmes	Questions
Introduction 3L ONS	<ul style="list-style-type: none"> Pouvez-vous vous présenter ? Comment résumeriez-vous personnellement votre activité professionnelle depuis que vous êtes dans cet établissement/service ? Pouvez-vous m'expliquer votre parcours professionnel ? <p>→ <u>bois</u> → <u>domicile</u> → <u>utilité</u> <u>vers</u> <u>les</u> <u>autres</u> <u>satisfait</u></p>
1. La satisfaction au travail + La construction de sens	<ul style="list-style-type: none"> Qu'est-ce qui vous a attiré/-dirigé vers la profession d'infirmière dans une premier temps ? Quelles sont vos attentes vis-à-vis de votre travail ? Qu'est-ce qui vous satisfait dans votre emploi ? Quels sont les facteurs qui donnent du sens à votre travail ? Que cherchez-vous dans votre nouvel emploi ? Vous pouvez me raconter ce qui fait sens dans votre travail ? Qu'est-ce qui vous a décidé à retourner au travail ? Qu'est-ce qui a facilité la poursuite de votre travail ? Y avait-il quelque chose de bon à retourner au travail ? Quand vous êtes-vous senti bien à l'idée de retourner au travail ? Dans quelles situations spécifiques vous êtes-vous senti à l'aise de retourner au travail ? Pourquoi vous êtes-vous senti bien de retourner au travail ? Veuillez me parler des changements que vous avez apportés depuis votre retour au travail. (Famille, mode de vie, description de poste, formation)
<ul style="list-style-type: none"> travail en équipe plus → <u>travail plus</u> très riche <u>facilité d'emploi</u> nouveau travail voilé et plus <hr/> <ul style="list-style-type: none"> attente travail équipe collaboratif utilité bien être perso respect <p>petit bâcle : Je me présente pas assez les autres possibilités → <u>travail nage</u></p>	<p><u>qu'est ce qui te ferait revenir</u></p> <ul style="list-style-type: none"> horaires \times <u>salarie</u> repas <u>ancienneté</u> AES éloigné du métier formes supplémentaires pas assez reconnues

2. La perte de sens au travail <ul style="list-style-type: none"> • ouït cor // physique • manque du personnel • ↪ bien-être perso plus respecté • plus d'⇒ en vie pro et perso • petite équipe → du remplacement ⇒ pression + pression ⇒ rendibilité • modifiant un métier d'ifc. • valeur + respecté • on essayé de le garder, revu l'option d' ↪ mais perte de confiance 	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qui vous a amené à quitter la profession/à vous reconvertis? • De la même manière, racontez-moi ce qui peut faire que votre travail n'a pas de sens? • Est-ce que votre travail respecte vos valeurs? • Quels sont les facteurs liés à la perte de sens dans votre travail? • Quels ont été les éléments déclencheur à votre démarche de reconversion? <p>charge de travail → exigence des postulants</p>
3. Le rôle des cadres/manager et institutions <ul style="list-style-type: none"> • chapeauter tout • faire confiance • doit connaître son équipe • souci d'élèvage • former • respect • entraîner • d' l'écoute • soutien 	<ul style="list-style-type: none"> • Quel rôle votre hiérarchie/manager joue dans la rétention au travail? • Quel rôle le cadre de santé peut-il jouer, d'après vous, dans ces processus de perte et de construction de sens? • Est-ce que votre manager est « important » pour vous? • Quelles sont vos attentes envers votre manager? • D'après vous, est-ce que votre manager est toujours conscient de la réalité de terrain? <p>⇒ perte d'autonomie dans job</p>

<p>4. Des pistes de solution ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>reponsabilité</i> X <i>un peu</i> ⊖ • <i>hierarchie légible</i> • <i>salarie pas trop pour les horaires</i> • <i>quid de la vie</i> → <i>les pauses cela dépend de chacun</i> ↳ <i>tout le monde il comprend pas</i> • <i>études en 4 ans</i> → <i>pas encourageant</i> • <i>permis</i> → <i>pas assez attractives</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles seraient vos propositions pour une amélioration du sens au travail ? • Est-ce que votre institution a déjà essayé des modifier certaines pratiques considérées comme problématiques ? • S'il y avait eu au moins une intention d'amélioration, auriez-vous envisagé de rester au sein de votre ancien emploi ? • Quid des auxiliaires de soins ?
<p>Questions finales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avons-nous oublié quelque chose que vous souhaitez aborder ? • Y a-t-il un sujet sur lequel vous souhaitez revenir ?

Petits conseils pour la réalisation d'un entretien semi-directif :

- Mettre la personne interviewer dans la position d'expert
- Comprendre quoi, comment ? Comprendre le point de vue de la personne, comment elle perçoit les choses
- Pas de jugement et pas d'apriori
- Approche naïve
- Être ouvert à la découverte à l'inattendu
- Ecouter plus que parler
- Surveiller le non-verbal de la personne interviewer pour rediriger, reformuler, ou dissiper le malaise, surveiller son non-verbal
- Ne pas répondre pour la personne, la laisser s'exprimer (on peut laisser des silences, ça a du bon parfois)
- Quand votre interlocuteur n'est pas très bavard ou n'arrive pas à approfondir ses propos n'hésitez pas à demander des exemples.
- Métacommunication : par exemple en fin d'entretien ne pas hésiter pas à reprendre le guide d'entretien pour s'assurer que tous les thèmes ont été abordés, et/ou reformuler certains points que vous n'avez peut-être pas compris (par exemple : dire clairement, si ça ne vous dérange pas, je vais repasser en revue les différentes questions pour être certaine que tout a été abordé).

Reconversion infirmière – Mémoire

Guide d'entretien

Introduction

Par le biais de ces entretiens exploratoires, d'une durée d'1h à 1h30 environ, je m'intéresse à l'abandon de la profession infirmière. La pénurie actuelle de personnel soignant dans les hôpitaux n'est inconnue pour personne. Les conditions de travail et la recherche d'une meilleure qualité de vie ont poussé de nombreux professionnels à adopter des modèles de travail plus flexibles, voir à se reconvertis dans un autre domaine. Quelles solutions les managers, les services RH des hôpitaux pourraient mettre en place afin de conserver leur personnel et d'en attirer du nouveau?

Grâce aux informations récoltées, j'ai pour **objectifs** d'identifier les facteurs spécifiques qui ont contribué à l'abandon de la profession, ou au contraire ce qui retient des soignants à leur poste. Je garantis l'**anonymisation** des propos tenus lors de cet entretien, ainsi que la **confidentialité** de l'identité des répondants.

Coordonnées du répondant

(8)

Nom	[REDACTED]
Prénom	[REDACTED]
Institution et profession actuelle	étude dentisterie
Institution et profession ancienne	
Adresse email	

Organisation de l'entretien

- Présentation du cadre de la recherche et de l'interviewer (1m30)
- Présenter les différents thèmes qui vont être abordés :
 1. La satisfaction au travail – La construction de sens
 2. La perte de sens au travail
 3. Le rôle des cadres/manager et institutions
 4. Des pistes de solution ?
- Information sur la confidentialité, l'anonymisation, l'enregistrement, demander si la personne est disponible par après si j'ai des questions supplémentaires
- Entretien semi-directif
- Demander si la personne souhaite ajouter quelque chose une fois les différents points abordés
- Remerciements

Grille d'entretien semi-directif

Thèmes	Questions
<p>Introduction</p> <p>30 mins</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pouvez-vous vous présenter ? Comment résumeriez-vous personnellement votre activité professionnelle depuis que vous êtes dans cet établissement/service ? • Pouvez-vous m'expliquer votre parcours professionnel ? <p>Onc + n'a</p>
<p>1. La satisfaction au travail + La construction de sens</p> <p>• aspect humain • accompagnement deut ar fin de ue • aspect médical ↳ reflex et social</p> <p>• format continu ④ n° médical monde</p> <p>• indépendance</p> <p>• gest° du temps propre</p> <p>• organique • humain - contact • connaissances</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qui vous a attiré/dirigé vers la profession d'infirmière dans une premier temps ? • Quelles sont vos attentes vis-à-vis de votre travail ? • Qu'est-ce qui vous satisfait dans votre emploi ? • Quels sont les facteurs qui donnent du sens à votre travail ? • Que cherchez-vous dans votre nouvel emploi ? • Vous pouvez me raconter ce qui fait sens dans votre travail ? • Qu'est-ce qui vous a décidé à retourner au travail ? • Qu'est-ce qui a facilité la poursuite de votre travail ? • Y avait-il quelque chose de bon à retourner au travail ? • Quand vous êtes-vous senti bien à l'idée de retourner au travail ? • Dans quelles situations spécifiques vous êtes-vous senti à l'aise de retourner au travail ? • Pourquoi vous êtes-vous senti bien de retourner au travail ? • Veuillez me parler des changements que vous avez apportés depuis votre retour au travail. (Famille, mode de vie, description de poste, formation)

étoiles

notes

2. La perte de sens au travail	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qui vous a amené à quitter la profession/à vous reconvertis ? • De la même manière, racontez-moi ce qui peut faire que votre travail n'a pas de sens ? • Est-ce que votre travail respecte vos valeurs ? • Quels sont les facteurs liés à la perte de sens dans votre travail ? • Quels ont été les éléments déclencheur à votre démarche de reconversion ? <p> - perte de sens au manque de personnel - pression - reconnaissance alors qu'on en demande de + en + - patients violents + → manque de si reconnaît plus ! - charge physique posture côté de sa vie - contact par nouvelles </p>
3. Le rôle des cadres/manager et institutions	<ul style="list-style-type: none"> • Quel rôle votre hiérarchie/manager joue dans la rétention au travail ? • Quel rôle le cadre de santé peut-il jouer, d'après vous, dans ces processus de perte et de construction de sens ? • Est-ce que votre manager est « important » pour vous ? • Quelles sont vos attentes envers votre manager ? • D'après vous, est-ce que votre manager est toujours conscient de la réalité de terrain ? <p> - strict mais à l'écoute ↳ discipline à équipe x existe pas possible de faire plaisir est pas faire les remarques - côté direct par proche équipe + être équitable et honnête <u>defendre son équipe</u> </p> <p style="text-align: right;"> M+1 Bonhôte </p>

4. Des pistes de solution ? AS ↳ d'abord en + puis remplacement !	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles seraient vos propositions pour une amélioration du sens au travail ? • Est-ce que votre institution a déjà essayé des modifier certaines pratiques considérées comme problématiques ? • S'il y avait eu au moins une intention d'amélioration, auriez-vous envisagé de rester au sein de votre ancien emploi ? • Quid des auxiliaires de soins ? ↳ être en + direct → reconnaître chaque travailleur dans son conditionnement
<ul style="list-style-type: none"> • opérationnaliser middle core • mais ↳ • aussi bien-être psy <p>injij <u>responsabiliser</u> de ses auxiliaires → prend + de temps.</p> <p>? ↳ idem étude alors qu'on manque de temps.</p>	<p>je suis en + direct → reconnaître chaque travailleur dans son conditionnement </p> <p>fin avant covid</p>
Questions finales	<ul style="list-style-type: none"> • Avons-nous oublié quelque chose que vous souhaitez aborder ? • Y a-t-il un sujet sur lequel vous souhaitez revenir ?

Petits conseils pour la réalisation d'un entretien semi-directif :

- Mettre la personne interviewer dans la position d'expert
- Comprendre quoi, comment ? Comprendre le point de vue de la personne, comment elle perçoit les choses
- Pas de jugement et pas d'apriori
- Approche naïve
- Être ouvert à la découverte à l'inattendu
- Ecouter plus que parler
- Surveiller le non-verbal de la personne interviewer pour rediriger, reformuler, ou dissiper le malaise, surveiller son non-verbal
- Ne pas répondre pour la personne, la laisser s'exprimer (on peut laisser des silences, ça a du bon parfois)
- Quand votre interlocuteur n'est pas très bavard ou n'arrive pas à approfondir ses propos n'hésitez pas à demander des exemples.
- Métacommunication : par exemple en fin d'entretien ne pas hésiter pas à reprendre le guide d'entretien pour s'assurer que tous les thèmes ont été abordés, et/ou reformuler certains points que vous n'avez peut-être pas compris (par exemple : dire clairement, si ça ne vous dérange pas, je vais repasser en revue les différentes questions pour être certaine que tout a été abordé.

Reconversion infirmière – Mémoire

Guide d'entretien

Introduction

Par le biais de ces entretiens exploratoires, d'une durée d'1h à 1h30 environ, je m'intéresse à l'abandon de la profession infirmière. La pénurie actuelle de personnel soignant dans les hôpitaux n'est inconnue pour personne. Les conditions de travail et la recherche d'une meilleure qualité de vie ont poussé de nombreux professionnels à adopter des modèles de travail plus flexibles, voir à se reconvertis dans un autre domaine. Quelles solutions les managers, les services RH des hôpitaux pourraient mettre en place afin de conserver leur personnel et d'en attirer du nouveau?

Grâce aux informations récoltées, j'ai pour **objectifs** d'identifier les facteurs spécifiques qui ont contribué à l'abandon de la profession, ou au contraire ce qui retient des soignants à leur poste. Je garantis l'**anonymisation** des propos tenus lors de cet entretien, ainsi que la **confidentialité** de l'identité des répondants.

Coordonnées du répondant

④ 13/2/25

Nom	[REDACTED]
Prénom	[REDACTED]
Institution et profession actuelle	
Institution et profession ancienne	
Adresse email	

Organisation de l'entretien

- Présentation du cadre de la recherche et de l'interviewer (1m30)
- Présenter les différents thèmes qui vont être abordés :
 1. La satisfaction au travail – La construction de sens
 2. La perte de sens au travail
 3. Le rôle des cadres/manager et institutions
 4. Des pistes de solution ?
- Information sur la confidentialité, l'anonymisation, l'enregistrement, demander si la personne est disponible par après si j'ai des questions supplémentaires
- Entretien semi-directif
- Demander si la personne souhaite ajouter quelque chose une fois les différents points abordés
- Remerciements

Grille d'entretien semi-directif

Thèmes	Questions
Introduction	<ul style="list-style-type: none"> Pouvez-vous vous présenter ? Comment résumeriez-vous personnellement votre activité professionnelle depuis que vous êtes dans cet établissement/service ? Pouvez-vous m'expliquer votre parcours professionnel ? <p>sous CHU imp. Bumart → collège en 4/5ème 2e BP → mi-temps médical → formation moscou relaxé</p>
<p>1. La satisfaction au travail + La construction de sens</p> <p>impératif → travail dans l'imprécision</p> <p>• variété • dynamisme • sociabilité • épanouissement • extra - travail</p> <p>↳ horaires de jour ↳ paix de prendre soins + avec temps et E qu'on veut</p> <p>• sécurité financière • Espace familial → malgré échecs • apprécie le boulot mais pas le faire • content du revenu au boulot → yoyo ? • Besoin d'une pause → midi ou point</p>	<ul style="list-style-type: none"> Qu'est-ce qui vous a attiré/-dirigé vers la profession d'infirmière dans une premier temps ? → maison Quelles sont vos attentes vis-à-vis de votre travail ? Qu'est-ce qui vous satisfait dans votre emploi ? Quels sont les facteurs qui donnent du sens à votre travail ? Que cherchez-vous dans votre nouvel emploi ? Vous pouvez me raconter ce qui fait sens dans votre travail ? Qu'est-ce qui vous a décidé à retourner au travail ? Qu'est-ce qui a facilité la poursuite de votre travail ? Y avait-il quelque chose de bon à retourner au travail ? Quand vous êtes-vous senti bien à l'idée de retourner au travail ? Dans quelles situations spécifiques vous êtes-vous senti à l'aise de retourner au travail ? Pourquoi vous êtes-vous senti bien de retourner au travail ? Veuillez me parler des changements que vous avez apportés depuis votre retour au travail. (Famille, mode de vie, description de poste, formation) → mi-temps → dimanche horaires

2. La perte de sens au travail	<ul style="list-style-type: none"> Qu'est-ce qui vous a amené à quitter la profession/à vous reconvertis? De la même manière, racontez-moi ce qui peut faire que votre travail n'a pas de sens? Est-ce que votre travail respecte vos valeurs? Quels sont les facteurs liés à la perte de sens dans votre travail? Quels ont été les éléments déclencheur à votre démarche de reconversion? <p> Horaires - mûts ce complique à perso. - justifie ressentir sens - patients → importants, non respect + dépendance (RH) patients étais traitant. et plus de prise charge globale (RH) (disjonction) mais conflit horaire median infi du d'appliquer valeurs (respect, écoute) </p>
3. Le rôle des cadres/manager et institutions	<ul style="list-style-type: none"> Quel rôle votre hiérarchie/manager joue dans la rétention au travail? Quel rôle le cadre de santé peut-il jouer, d'après vous, dans ces processus de perte et de construction de sens? Est-ce que votre manager est « important » pour vous? <i>oui</i> Quelles sont vos attentes envers votre manager? D'après vous, est-ce que votre manager est toujours conscient de la réalité de terrain? <i>oui</i> <p> adopter horaire - Bon entourage M+M → soutien patients écoute respect → présence - aide à l'heure n'importe temps du salut </p>

<p>4. Des pistes de solution ?</p> <p>aidé AS 1 par pause aidé ++ mais n' restent pas → choisir ↳ + valorisé ↳ + d'oeils à délivrer</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles seraient vos propositions pour une amélioration du sens au travail ? • Est-ce que votre institution a déjà essayé des modifier certaines pratiques considérées comme problématiques ? • S'il y avait eu au moins une intention d'amélioration, auriez-vous envisagé de rester au sein de votre ancien emploi ? • Quid des auxiliaires de soins ? <p>• travailler (<u>incohérent</u>) • environnement amical • communiquer <u>à patient</u> → pistes EC. expliquer + • management + respect. • amélioration <u>à soi</u></p>
<p>Questions finales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avons-nous oublié quelque chose que vous souhaitez aborder ? • Y a-t-il un sujet sur lequel vous souhaitez revenir ?

Petits conseils pour la réalisation d'un entretien semi-directif :

- Mettre la personne interviewer dans la position d'expert
- Comprendre quoi, comment ? Comprendre le point de vue de la personne, comment elle perçoit les choses
- Pas de jugement et pas d'apriori
- Approche naïve
- Être ouvert à la découverte à l'inattendu
- Ecouter plus que parler
- Surveiller le non-verbal de la personne interviewer pour rediriger, reformuler, ou dissiper le malaise, surveiller son non-verbal
- Ne pas répondre pour la personne, la laisser s'exprimer (on peut laisser des silences, ça a du bon parfois)
- Quand votre interlocuteur n'est pas très bavard ou n'arrive pas à approfondir ses propos n'hésitez pas à demander des exemples.
- Métacommunication : par exemple en fin d'entretien ne pas hésiter pas à reprendre le guide d'entretien pour s'assurer que tous les thèmes ont été abordés, et/ou reformuler certains points que vous n'avez peut-être pas compris (par exemple : dire clairement, si ça ne vous dérange pas, je vais repasser en revue les différentes questions pour être certaine que tout a été abordé.

Reconversion infirmière – Mémoire

Guide d'entretien

Introduction

Par le biais de ces entretiens exploratoires, d'une durée d'1h à 1h30 environ, je m'intéresse à l'abandon de la profession infirmière. La pénurie actuelle de personnel soignant dans les hôpitaux n'est inconnue pour personne. Les conditions de travail et la recherche d'une meilleure qualité de vie ont poussé de nombreux professionnels à adopter des modèles de travail plus flexibles, voir à se reconvertis dans un autre domaine. Quelles solutions les managers, les services RH des hôpitaux pourraient mettre en place afin de conserver leur personnel et d'en attirer du nouveau?

Grâce aux informations récoltées, j'ai pour **objectifs** d'identifier les facteurs spécifiques qui ont contribué à l'abandon de la profession, ou au contraire ce qui retient des soignants à leur poste. Je garantis l'**anonymisation** des propos tenus lors de cet entretien, ainsi que la **confidentialité** de l'identité des répondants.

Coordonnées du répondant  (13h21s)

Nom	
Prénom	
Institution et profession actuelle	
Institution et profession ancienne	
Adresse email	

Organisation de l'entretien

- Présentation du cadre de la recherche et de l'interviewer (1m30)
- Présenter les différents thèmes qui vont être abordés :
 1. La satisfaction au travail – La construction de sens
 2. La perte de sens au travail
 3. Le rôle des cadres/manager et institutions
 4. Des pistes de solution ?
- Information sur la confidentialité, l'anonymisation, l'enregistrement, demander si la personne est disponible par après si j'ai des questions supplémentaires
- Entretien semi-directif
- Demander si la personne souhaite ajouter quelque chose une fois les différents points abordés
- Remerciements

Grille d'entretien semi-directif

Thèmes	Questions
Introduction 32 ans	<ul style="list-style-type: none"> Pouvez-vous vous présenter ? Comment résumeriez-vous personnellement votre activité professionnelle depuis que vous êtes dans cet établissement/service ? Pouvez-vous m'expliquer votre parcours professionnel ? <p>ONE sept 23</p>
1. La satisfaction au travail + La construction de sens SF → <u>profession</u> <u>attente</u> - <u>gagner so vie</u> - <u>→ vie pro et perso</u> - <u>utilité</u> - <u>reconnaissance</u> ONE ↳ <u>retrouver lien</u> <u>modernité</u> ↳ <u>horaires</u> ↳ <u>accompagnement</u> <u>format° + sécurité</u> (+ <u>mains dans</u> <u>intemp</u>) ↳ <u>Créer l'effet du manque de personnel</u> <u>sécurité en poste</u> → <u>soutien</u>	<ul style="list-style-type: none"> Qu'est-ce qui vous a attiré/-dirigé vers la profession d'infirmière dans une premier temps ? Quelles sont vos attentes vis-à-vis de votre travail ? Qu'est-ce qui vous satisfait dans votre emploi ? Quels sont les facteurs qui donnent du sens à votre travail ? Que cherchez-vous dans votre nouvel emploi ? Vous pouvez me raconter ce qui fait sens dans votre travail ? Qu'est-ce qui vous a décidé à retourner au travail ? Qu'est-ce qui a facilité la poursuite de votre travail ? Y avait-il quelque chose de bon à retourner au travail ? Quand vous êtes-vous senti bien à l'idée de retourner au travail ? Dans quelles situations spécifiques vous êtes-vous senti à l'aise de retourner au travail ? Pourquoi vous êtes-vous senti bien de retourner au travail ? Veuillez me parler des changements que vous avez apportés depuis votre retour au travail. (Famille, mode de vie, description de poste, formation) <p>Peps → <u>bluey</u></p> <p>vellours - <u>Bienveillance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - rigueur - <u>⊕</u>

<p>2. La perte de sens au travail</p> <p><u>notre</u> ↳ compliqué ? alibi + relâchement responsable</p> <p><u>ressources à court</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> Qu'est-ce qui vous a amené à quitter la profession/à vous reconvertir ? <u>motivation</u> De la même manière, racontez-moi ce qui peut faire que votre travail n'a pas de sens ? Est-ce que votre travail respecte vos valeurs ? Quels sont les facteurs liés à la perte de sens dans votre travail ? Quels ont été les éléments déclencheur à votre démarche de reconversion ? <p>Ambiance ↳ les gens portent</p>
<p>3. Le rôle des cadres/manager et institutions</p> <p>• <u>soutien</u> • <u>guide</u> • <u>disponibilité</u></p> <p>• pas relâchement vers au départ • resté dans l'acquis</p>	<ul style="list-style-type: none"> Quel rôle votre hiérarchie/manager joue dans la rétention au travail ? Quel rôle le cadre de santé peut-il jouer, d'après vous, dans ces processus de perte et de construction de sens ? Est-ce que votre manager est « important » pour vous ? Quelles sont vos attentes envers votre manager ? D'après vous, est-ce que votre manager est toujours conscient de la réalité de terrain ? → <u>conscient que</u> <u>équipe pas</u> ↳ ↳ <u>répercussions</u> opres

choisisse ↳ mais on s'en sort toujours donc ok

<p>4. Des pistes de solution ?</p> <p>• amélioration réponable → GRH ! neutre</p> <p>⇒ faciliter à accéder à l'hôpital. + autres services - parking (-repasage)</p> <p>+ manque matériel de base</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles seraient vos propositions pour une amélioration du sens au travail ? • Est-ce que votre institution a déjà essayé des modifier certaines pratiques considérées comme problématiques ? • S'il y avait eu au moins une intention d'amélioration, auriez-vous envisagé de rester au sein de votre ancien emploi ? • Quid des auxiliaires de soins ? <p>↳ pas pas mais ! fonctionne surtout à services spéculaires</p>
<p>Questions finales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avons-nous oublié quelque chose que vous souhaitez aborder ? • Y a-t-il un sujet sur lequel vous souhaitez revenir ?

Petits conseils pour la réalisation d'un entretien semi-directif :

- Mettre la personne interviewer dans la position d'expert
- Comprendre quoi, comment ? Comprendre le point de vue de la personne, comment elle perçoit les choses
- Pas de jugement et pas d'apriori
- Approche naïve
- Être ouvert à la découverte à l'inattendu
- Ecouter plus que parler
- Surveiller le non-verbal de la personne interviewer pour rediriger, reformuler, ou dissiper le malaise, surveiller son non-verbal
- Ne pas répondre pour la personne, la laisser s'exprimer (on peut laisser des silences, ça a du bon parfois)
- Quand votre interlocuteur n'est pas très bavard ou n'arrive pas à approfondir ses propos n'hésitez pas à demander des exemples.
- Métacommunication : par exemple en fin d'entretien ne pas hésiter pas à reprendre le guide d'entretien pour s'assurer que tous les thèmes ont été abordés, et/ou reformuler certains points que vous n'avez peut-être pas compris (par exemple : dire clairement, si ça ne vous dérange pas, je vais repasser en revue les différentes questions pour être certaine que tout a été abordé.

Reconversion infirmière – Mémoire

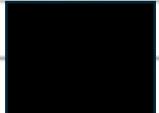
Guide d'entretien

Introduction

Par le biais de ces entretiens exploratoires, d'une durée d'1h à 1h30 environ, je m'intéresse à l'abandon de la profession infirmière. La pénurie actuelle de personnel soignant dans les hôpitaux n'est inconnue pour personne. Les conditions de travail et la recherche d'une meilleure qualité de vie ont poussé de nombreux professionnels à adopter des modèles de travail plus flexibles, voir à se reconvertis dans un autre domaine. Quelles solutions les managers, les services RH des hôpitaux pourraient mettre en place afin de conserver leur personnel et d'en attirer du nouveau?

Grâce aux informations récoltées, j'ai pour **objectifs** d'identifier les facteurs spécifiques qui ont contribué à l'abandon de la profession, ou au contraire ce qui retient des soignants à leur poste. Je garantis l'**anonymisation** des propos tenus lors de cet entretien, ainsi que la **confidentialité** de l'identité des répondants.

Coordonnées du répondant 21/02/25 M

Nom	
Prénom	
Institution et profession actuelle	
Institution et profession ancienne	
Adresse email	

Organisation de l'entretien

- Présentation du cadre de la recherche et de l'interviewer (1m30)
- Présenter les différents thèmes qui vont être abordés :
 1. La satisfaction au travail – La construction de sens
 2. La perte de sens au travail
 3. Le rôle des cadres/manager et institutions
 4. Des pistes de solution ?
- Information sur la confidentialité, l'anonymisation, l'enregistrement, demander si la personne est disponible par après si j'ai des questions supplémentaires
- Entretien semi-directif
- Demander si la personne souhaite ajouter quelque chose une fois les différents points abordés
- Remerciements

Grille d'entretien semi-directif

Thèmes	Questions
Introduction <i>32 ans</i> <i>infirmière 2016 → CHU 2019</i> <i>Bureau 2023 → 6 mois</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pouvez-vous vous présenter ? Comment résumeriez-vous personnellement votre activité professionnelle depuis que vous êtes dans cet établissement/service ? • Pouvez-vous m'expliquer votre parcours professionnel ?
1. La satisfaction au travail <i>+ La construction de sens</i> <i>prendre soin</i> <i>réflexe et technique</i> <i>sein, + que l'exécution</i> <i>Responsabilité</i> <i>- Respect</i> <i>- honnêteté</i> <i>- enthousiasme</i> <i>- Reconnaissance</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qui vous a attiré/-dirigé vers la profession d'infirmière dans une premier temps ? • Quelles sont vos attentes vis-à-vis de votre travail ? • Qu'est-ce qui vous satisfait dans votre emploi ? • Quels sont les facteurs qui donnent du sens à votre travail ? • Que cherchez-vous dans votre nouvel emploi ? • Vous pouvez me raconter ce qui fait sens dans votre travail ? • Qu'est-ce qui vous a décidé à retourner au travail ? • Qu'est-ce qui a facilité la poursuite de votre travail ? • Y avait-il quelque chose de bon à retourner au travail ? • Quand vous êtes-vous senti bien à l'idée de retourner au travail ? • Dans quelles situations spécifiques vous êtes-vous senti à l'aise de retourner au travail ? • Pourquoi vous êtes-vous senti bien de retourner au travail ? • Veuillez me parler des changements que vous avez apportés depuis votre retour au travail. (Famille, mode de vie, description de poste, formation)
2. La perte de sens au travail <i>→ Bureau</i> <i>Coups du sort</i> <i>deux de savoir quoi faire d'autre</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qui vous a amené à quitter la profession/à vous reconvertir ? • De la même manière, racontez-moi ce qui peut faire que votre travail n'a pas de sens ? • Est-ce que votre travail respecte vos valeurs ? • Quels sont les facteurs liés à la perte de sens dans votre travail ? • Quels ont été les éléments déclencheur à votre démarche de reconversion ?
3. Le rôle des cadres/manager et institutions <i>petit rôle du manager</i> <i>Si chef incomptent</i> <i>→ difficultés</i> <i>M+2 à l'écoute</i> <i>qd M+1 saurait</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Quel rôle votre hiérarchie/manager joue dans la rétention au travail ? <i>exemple</i> • Quel rôle le cadre de santé peut-il jouer, d'après vous, dans ces processus de perte et de construction de sens ? • Est-ce que votre manager est « important » pour vous ? • Quelles sont vos attentes envers votre manager ? • D'après vous, est-ce que votre manager est toujours conscient de la réalité de terrain ? <i>→ man</i>
4. Des pistes de solution ?	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles seraient vos propositions pour une amélioration du sens au travail ?

	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que votre institution a déjà essayé des modifier certaines pratiques considérées comme problématiques? • S'il y avait eu au moins une intention d'amélioration, auriez-vous envisagé de rester au sein de votre ancien emploi? • Quid des auxiliaires de soins ?
Questions finales	<ul style="list-style-type: none"> • Avons-nous oublié quelque chose que vous souhaitez aborder ? • Y a-t-il un sujet sur lequel vous souhaitez revenir ?

Petits conseils pour la réalisation d'un entretien semi-directif :

- Mettre la personne interviewer dans la position d'expert
- Comprendre quoi, comment ? Comprendre le point de vue de la personne, comment elle perçoit les choses
- Pas de jugement et pas d'apriori
- Approche naïve
- Être ouvert à la découverte à l'inattendu
- Ecouter plus que parler
- Surveiller le non-verbal de la personne interviewer pour rediriger, reformuler, ou dissiper le malaise, surveiller son non-verbal
- Ne pas répondre pour la personne, la laisser s'exprimer (on peut laisser des silences, ça a du bon parfois)
- Quand votre interlocuteur n'est pas très bavard ou n'arrive pas à approfondir ses propos n'hésitez pas à demander des exemples.
- Métacommunication : par exemple en fin d'entretien ne pas hésiter pas à reprendre le guide d'entretien pour s'assurer que tous les thèmes ont été abordés, et/ou reformuler certains points que vous n'avez peut-être pas compris (par exemple : dire clairement, si ça ne vous dérange pas, je vais repasser en revue les différentes questions pour être certaine que tout a été abordé.

A écouté
 A proposé
 poser + l'inter.

⊖ manque de personnel
 Pleins en dehors du travail
 → appeler chez
 manque de soutien → puise

horan
 priouzhi soi
 équipe → trouver ses volontés

+ de personnel
 - de presse
 du de s'intégrer
 en interne
 problème à fond
 cercle vicieux
 ambition
 esprit d'équipe ⊖

ateliers bien-être → tjs un soucis
⇒ politique → tens° et impuissance

- idéal
- cohésion équipe + respect
 - ~~hiérarchie~~ ~~autonomie~~ aux corps médicaux
 - ↳ rejet de la press.
 - entraide!
 - audi des clufs
 - perso \oplus → on parle de \ominus
éducative
esprit d'équipe
- problème du
status ↙

As \ominus Aux. \ominus
↳ les "bons" inf. \ominus payé

M+2 → mettre les bonnes personnes au bon endroit
+ RH.

↳ \oplus via \oplus sy?

Théâtre au centre
Villeurs de base

prendre soin
↳ garder le personnel
↳ et dans \ominus à l'opposé

\ominus dissensiu ← \nearrow santé ← ateliers bien-être

Reconversion infirmière – Mémoire

Guide d'entretien

Introduction

Par le biais de ces entretiens exploratoires, d'une durée d'1h à 1h30 environ, je m'intéresse à l'abandon de la profession infirmière. La pénurie actuelle de personnel soignant dans les hôpitaux n'est inconnue pour personne. Les conditions de travail et la recherche d'une meilleure qualité de vie ont poussé de nombreux professionnels à adopter des modèles de travail plus flexibles, voir à se reconvertis dans un autre domaine. Quelles solutions les managers, les services RH des hôpitaux pourraient mettre en place afin de conserver leur personnel et d'en attirer du nouveau?

Grâce aux informations récoltées, j'ai pour **objectifs** d'identifier les facteurs spécifiques qui ont contribué à l'abandon de la profession, ou au contraire ce qui retient des soignants à leur poste. Je garantis l'**anonymisation** des propos tenus lors de cet entretien, ainsi que la **confidentialité** de l'identité des répondants.

Coordonnées du répondant

Nom	[REDACTED]
Prénom	[REDACTED]
Institution et profession actuelle	
Institution et profession ancienne	
Adresse email	

Organisation de l'entretien

- Présentation du cadre de la recherche et de l'interviewer (1m30)
- Présenter les différents thèmes qui vont être abordés :
 1. La satisfaction au travail – La construction de sens
 2. La perte de sens au travail
 3. Le rôle des cadres/manager et institutions
 4. Des pistes de solution ?
- Information sur la confidentialité, l'anonymisation, l'enregistrement, demander si la personne est disponible par après si j'ai des questions supplémentaires
- Entretien semi-directif
- Demander si la personne souhaite ajouter quelque chose une fois les différents points abordés
- Remerciements

Grille d'entretien semi-directif

Thèmes	Questions
Introduction <i>flow inf. ind.</i> <i>AP si y a 5 ans → env.</i> <i>Actualité → mi mai 1j/sem.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Pouvez-vous vous présenter ? Comment résumeriez-vous personnellement votre activité professionnelle depuis que vous êtes dans cet établissement/service ? Pouvez-vous m'expliquer votre parcours professionnel ?
1. La satisfaction au travail <i>+ La construction de sens</i> <i>soins</i> <i>s'occupe des gens</i> <i>milieu infi et chere</i> <i>contact > soin</i> <i>personne opér</i> <i>↪ pieds sur terre</i> <i>+ jeune & bienveillante</i> <i>↪ public change</i> <i>· contact</i> <i>lien avec famille</i> <i>respect mutuel +</i> <i>plaisir.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Qu'est-ce qui vous a attiré/-dirigé vers la profession d'infirmière dans une premier temps ? Quelles sont vos attentes vis-à-vis de votre travail ? Qu'est-ce qui vous satisfait dans votre emploi ? Quels sont les facteurs qui donnent du sens à votre travail ? Que cherchez-vous dans votre nouvel emploi ? Vous pouvez me raconter ce qui fait sens dans votre travail ? Qu'est-ce qui vous a décidé à retourner au travail ? Qu'est-ce qui a facilité la poursuite de votre travail ? Y avait-il quelque chose de bon à retourner au travail ? Quand vous êtes-vous senti bien à l'idée de retourner au travail ? Dans quelles situations spécifiques vous êtes-vous senti à l'aise de retourner au travail ? Pourquoi vous êtes-vous senti bien de retourner au travail ? Veuillez me parler des changements que vous avez apportés depuis votre retour au travail. (Famille, mode de vie, description de poste, formation)
2. La perte de sens au travail <i>amis → chose triste</i> <i>oyer à collègues et copas</i> <i>pas le choix → triste.</i> <i>équipe qui second</i> <i>s'occupe aux autres</i>	<ul style="list-style-type: none"> Qu'est-ce qui vous a amené à quitter la profession/à vous reconvertis ? De la même manière, racontez-moi ce qui peut faire que votre travail n'a pas de sens ? Est-ce que votre travail respecte vos valeurs ? Quels sont les facteurs liés à la perte de sens dans votre travail ? Quels ont été les éléments déclencheur à votre démarche de reconversion ?
3. Le rôle des cadres/manager et institutions <i>2 référence</i> <i>contact principal</i> <i>Bienveillance et écoute</i> <i>discipliner et équité</i> <i>valoriser</i>	<ul style="list-style-type: none"> Quel rôle votre hiérarchie/manager joue dans la rétention au travail ? Quel rôle le cadre de santé peut-il jouer, d'après vous, dans ces processus de perte et de construction de sens ? Est-ce que votre manager est « important » pour vous ? Quelles sont vos attentes envers votre manager ? D'après vous, est-ce que votre manager est toujours conscient de la réalité de terrain ?
4. Des pistes de solution ?	<ul style="list-style-type: none"> Quelles seraient vos propositions pour une amélioration du sens au travail ?

→ chose mentale et enxielle
horsains pas un soin

personnel (+ sociale)

→ pourront → pour en choisir par indépendance

<p>gouvernement ↳ volonté le professeur à soigner 28 → 13 étudiants Questions finales aller un chercheur à l'étranger</p>	<ul style="list-style-type: none">• Est-ce que votre institution a déjà essayé des modifier certaines pratiques considérées comme problématiques?• S'il y avait eu au moins une intention d'amélioration, auriez-vous envisagé de rester au sein de votre ancien emploi?• Quid des auxiliaires de soins ?• Avons-nous oublié quelque chose que vous souhaitez aborder ?• Y a-t-il un sujet sur lequel vous souhaitez revenir ?
---	--

mais AS à domicile → quotes + difficile à répondre

Petits conseils pour la réalisation d'un entretien semi-directif :

- Mettre la personne interviewer dans la position d'expert
- Comprendre quoi, comment ? Comprendre le point de vue de la personne, comment elle perçoit les choses
- Pas de jugement et pas d'apriori
- Approche naïve
- Être ouvert à la découverte à l'inattendu
- Ecouter plus que parler
- Surveiller le non-verbal de la personne interviewer pour rediriger, reformuler, ou dissiper le malaise, surveiller son non-verbal
- Ne pas répondre pour la personne, la laisser s'exprimer (on peut laisser des silences, ça a du bon parfois)
- Quand votre interlocuteur n'est pas très bavard ou n'arrive pas à approfondir ses propos n'hésitez pas à demander des exemples.
- Métacommunication : par exemple en fin d'entretien ne pas hésiter pas à reprendre le guide d'entretien pour s'assurer que tous les thèmes ont été abordés, et/ou reformuler certains points que vous n'avez peut-être pas compris (par exemple : dire clairement, si ça ne vous dérange pas, je vais repasser en revue les différentes questions pour être certaine que tout a été abordé.

Reconversion infirmière – Mémoire

Guide d'entretien

Introduction

Par le biais de ces entretiens exploratoires, d'une durée d'1h à 1h30 environ, je m'intéresse à l'abandon de la profession infirmière. La pénurie actuelle de personnel soignant dans les hôpitaux n'est inconnue pour personne. Les conditions de travail et la recherche d'une meilleure qualité de vie ont poussé de nombreux professionnels à adopter des modèles de travail plus flexibles, voir à se reconvertis dans un autre domaine. Quelles solutions les managers, les services RH des hôpitaux pourraient mettre en place afin de conserver leur personnel et d'en attirer du nouveau?

Grâce aux informations récoltées, j'ai pour **objectifs** d'identifier les facteurs spécifiques qui ont contribué à l'abandon de la profession, ou au contraire ce qui retient des soignants à leur poste. Je garantis l'**anonymisation** des propos tenus lors de cet entretien, ainsi que la **confidentialité** de l'identité des répondants.

Coordonnées du répondant

Nom	[REDACTED]
Prénom	[REDACTED]
Institution et profession actuelle	[REDACTED]
Institution et profession ancienne	[REDACTED]
Adresse email	[REDACTED]

Organisation de l'entretien

- Présentation du cadre de la recherche et de l'interviewer (1m30)
- Présenter les différents thèmes qui vont être abordés :
 1. La satisfaction au travail – La construction de sens
 2. La perte de sens au travail
 3. Le rôle des cadres/manager et institutions
 4. Des pistes de solution ?
- Information sur la confidentialité, l'anonymisation, l'enregistrement, demander si la personne est disponible par après si j'ai des questions supplémentaires
- Entretien semi-directif
- Demander si la personne souhaite ajouter quelque chose une fois les différents points abordés
- Remerciements

Grille d'entretien semi-directif

Thèmes	Questions
Introduction 30. EP19 → 5bmm Covid	<ul style="list-style-type: none"> Pouvez-vous vous présenter ? Comment résumeriez-vous personnellement votre activité professionnelle depuis que vous êtes dans cet établissement/service ? Pouvez-vous m'expliquer votre parcours professionnel ?
1. La satisfaction au travail + La construction de sens horaires + stabilité ↳ covid 2024 ↳ 2 sem. 5bmm - out retombées occuper (+) systématique librairie du jour ○ d'imprévu (ordis + tout) équipe connue → humanisé (+) mais manque rapport humain (idem réc.) main prof m quand m apprendre autre // sain → plus de sens relation patient, sain, réflex éducatif → humanisé	<ul style="list-style-type: none"> Qu'est-ce qui vous a attiré/-dirigé vers la profession d'infirmière dans une premier temps ? <i>vit grâce aux autres</i> Quelles sont vos attentes vis-à-vis de votre travail ? Qu'est-ce qui vous satisfait dans votre emploi ? Quels sont les facteurs qui donnent du sens à votre travail ? <i>équipe, partage et soutien</i> Que cherchez-vous dans votre nouvel emploi ? Vous pouvez me raconter ce qui fait sens dans votre travail ? Qu'est-ce qui vous a décidé à retourner au travail ? Qu'est-ce qui a facilité la poursuite de votre travail ? Y avait-il quelque chose de bon à retourner au travail ? Quand vous êtes-vous senti bien à l'idée de retourner au travail ? Dans quelles situations spécifiques vous êtes-vous senti à l'aise de retourner au travail ? Pourquoi vous êtes-vous senti bien de retourner au travail ? Veuillez me parler des changements que vous avez apportés depuis votre retour au travail. (Famille, mode de vie, description de poste, formation)
2. La perte de sens au travail adaptat' à covid. ↳ per d'autr. chut' puis sans // sain → plus de sens relation patient, sain, réflex éducatif → humanisé	<ul style="list-style-type: none"> Qu'est-ce qui vous a amené à quitter la profession/à vous reconvertis ? De la même manière, racontez-moi ce qui peut faire que votre travail n'a pas de sens ? Est-ce que votre travail respecte vos valeurs ? Quels sont les facteurs liés à la perte de sens dans votre travail ? Quels ont été les éléments déclencheur à votre démarche de reconversion ?
3. Le rôle des cadres/manager et institutions attentes + empathie - dijico, présenter ; o' l'école + compréhension + soutien	<ul style="list-style-type: none"> Quel rôle votre hiérarchie/manager joue dans la rétention au travail ? Quel rôle le cadre de santé peut-il jouer, d'après vous, dans ces processus de perte et de construction de sens ? Est-ce que votre manager est « important » pour vous ? Quelles sont vos attentes envers votre manager ? D'après vous, est-ce que votre manager est toujours conscient de la réalité de terrain ?
4. Des pistes de solution ?	<ul style="list-style-type: none"> Quelles seraient vos propositions pour une amélioration du sens au travail ?

Repère → comprend → aurait du en parler (+) ⇒ piste solution
autre psyché

Contraintes : patient, mort, contraintes
pas assez de temps et d'assez peu d'agent, peu actif

capacité du portier de sau-staff → cercle vicieux
considéré

surchage - manque
manque de temps personnel → temps - manque
surchage à psy

HEC LIÈGE
Management School - Liège Université

<p>oui : aménager horaires vacances ↳ N+2 la dir de portier → autre service (ciao)</p> <p>Questions finales + id' aide soign. → prend du temps</p>	<p>formal sauvage → pos. scut. LT</p>	<ul style="list-style-type: none"> Est-ce que votre institution a déjà essayé des modifier certaines pratiques considérées comme problématiques? oui S'il y avait eu au moins une intention d'amélioration, auriez-vous envisagé de rester au sein de votre ancien emploi? Quid des auxiliaires de soins? Avons-nous oublié quelque chose que vous souhaitez aborder? Y a-t-il un sujet sur lequel vous souhaitez revenir?
		<p>interim heures supp. identité (niveau)</p>

↳ certains tâches → bureau et retrait tâches → finalement → er

Petits conseils pour la réalisation d'un entretien semi-directif :

- Mettre la personne interviewée dans la position d'expert + rapport objectif → confié
- Comprendre quoi, comment? Comprendre le point de vue de la personne, comment elle perçoit les choses
- Pas de jugement et pas d'apriori
- Approche naïve
- Être ouvert à la découverte à l'inattendu
- Ecouter plus que parler
- Surveiller le non-verbal de la personne interviewée pour rediriger, reformuler, ou dissiper le malaise, surveiller son non-verbal
- Ne pas répondre pour la personne, la laisser s'exprimer (on peut laisser des silences, ça a du bon parfois)
- Quand votre interlocuteur n'est pas très bavard ou n'arrive pas à approfondir ses propos n'hésitez pas à demander des exemples.
- Métagénération : par exemple en fin d'entretien ne pas hésiter pas à reprendre le guide d'entretien pour s'assurer que tous les thèmes ont été abordés, et/ou reformuler certains points que vous n'avez peut-être pas compris (par exemple : dire clairement, si ça ne vous dérange pas, je vais repasser en revue les différentes questions pour être certaine que tout a été abordé.

infi → encré → vécu

objectif actuel → bases du métier : Educat. et promov.
à la santé sans "classique"

vers l'essentiel confiance

liaison médicale informé > soins
ou recherche.

④ peu des malades → relais tel lui et patient

Reconversion infirmière – Mémoire

Guide d'entretien

Introduction

Par le biais de ces entretiens exploratoires, d'une durée d'1h à 1h30 environ, je m'intéresse à l'abandon de la profession infirmière. La pénurie actuelle de personnel soignant dans les hôpitaux n'est inconnue pour personne. Les conditions de travail et la recherche d'une meilleure qualité de vie ont poussé de nombreux professionnels à adopter des modèles de travail plus flexibles, voir à se reconvertis dans un autre domaine. Quelles solutions les managers, les services RH des hôpitaux pourraient mettre en place afin de conserver leur personnel et d'en attirer du nouveau?

Grâce aux informations récoltées, j'ai pour **objectifs** d'identifier les facteurs spécifiques qui ont contribué à l'abandon de la profession, ou au contraire ce qui retient des soignants à leur poste. Je garantis l'**anonymisation** des propos tenus lors de cet entretien, ainsi que la **confidentialité** de l'identité des répondants.

Coordonnées du répondant 4/3

Nom	[REDACTED]
Prénom	[REDACTED]
Institution et profession actuelle	
Institution et profession ancienne	
Adresse email	

Organisation de l'entretien

- Présentation du cadre de la recherche et de l'interviewer (1m30)
- Présenter les différents thèmes qui vont être abordés :
 1. La satisfaction au travail – La construction de sens
 2. La perte de sens au travail
 3. Le rôle des cadres/manager et institutions
 4. Des pistes de solution ?
- Information sur la confidentialité, l'anonymisation, l'enregistrement, demander si la personne est disponible par après si j'ai des questions supplémentaires
- Entretien semi-directif
- Demander si la personne souhaite ajouter quelque chose une fois les différents points abordés
- Remerciements

Grille d'entretien semi-directif

Thèmes	Questions
Introduction <i>infi bloc 2022 → 2023</i> <i>Boîtier avec moi</i> <i>salle d'op CHU May 2023</i>	<ul style="list-style-type: none"> Pouvez-vous vous présenter ? Comment résumeriez-vous personnellement votre activité professionnelle depuis que vous êtes dans cet établissement/service ? Pouvez-vous m'expliquer votre parcours professionnel ?
1. La satisfaction au travail <i>+ La construction de sens</i> <i>infi</i> <i>prendre soin</i> <i>qualité</i> <i>épondre</i> <i>équipe</i> <i>↪ bien</i> <i>encadré</i> <i>et motivé</i> <i>matériel</i> <i>et temps</i>	<ul style="list-style-type: none"> Qu'est-ce qui vous a attiré/dirigé vers la profession d'infirmière dans une premier temps ? Quelles sont vos attentes vis-à-vis de votre travail ? Qu'est-ce qui vous satisfait dans votre emploi ? Quels sont les facteurs qui donnent du sens à votre travail ? Que cherchez-vous dans votre nouvel emploi ? Vous pouvez me raconter ce qui fait sens dans votre travail ? Qu'est-ce qui vous a décidé à retourner au travail ? Qu'est-ce qui a facilité la poursuite de votre travail ? Y avait-il quelque chose de bon à retourner au travail ? Quand vous êtes-vous senti bien à l'idée de retourner au travail ? Dans quelles situations spécifiques vous êtes-vous senti à l'aise de retourner au travail ? Pourquoi vous êtes-vous senti bien de retourner au travail ? Veuillez me parler des changements que vous avez apportés depuis votre retour au travail. (Famille, mode de vie, description de poste, formation)
2. La perte de sens au travail <i>plus de sens</i> <i>qualité → //</i>	<ul style="list-style-type: none"> Qu'est-ce qui vous a amené à quitter la profession/à vous reconvertis ? De la même manière, racontez-moi ce qui peut faire que votre travail n'a pas de sens ? Est-ce que votre travail respecte vos valeurs ? Quels sont les facteurs liés à la perte de sens dans votre travail ? Quels ont été les éléments déclencheur à votre démarche de reconversion ?
3. Le rôle des cadres/manager et institutions <i>hiérarchie salutaire</i> <i>et s'écoute</i> <i>communiquer ↲</i> <i>important</i>	<ul style="list-style-type: none"> Quel rôle votre hiérarchie/manager joue dans la rétention au travail ? Quel rôle le cadre de santé peut-il jouer, d'après vous, dans ces processus de perte et de construction de sens ? Est-ce que votre manager est « important » pour vous ? Quelles sont vos attentes envers votre manager ? D'après vous, est-ce que votre manager est toujours conscient de la réalité de terrain ? → <i>doivent avoir une idée !</i>
4. Des pistes de solution ?	<ul style="list-style-type: none"> Quelles seraient vos propositions pour une amélioration du sens au travail ?

hiérarchie + à l'écoute → + de moyens
par sauter

• Répondre du service ↳ demande en pas de retour.	• Est-ce que votre institution a déjà essayé de modifier certaines pratiques considérées comme problématiques?
• manque de forme des mx. → malaise, conseils et dons	• S'il y avait eu au moins une intention d'amélioration, auriez-vous envisagé de rester au sein de votre ancien emploi? → A s'ouvrir si bien formes
Questions finales	• Quid des auxiliaires de soins? → (non) si légitime. claire
• press et chose du travail	• Avons-nous oublié quelque chose que vous souhaitez aborder? • Y a-t-il un sujet sur lequel vous souhaitez revenir? → sur le travail

Petits conseils pour la réalisation d'un entretien semi-directif :

- Mettre la personne interviewer dans la position d'expert
- Comprendre quoi, comment? Comprendre le point de vue de la personne, comment elle perçoit les choses
- Pas de jugement et pas d'apriori
- Approche naïve
- Être ouvert à la découverte à l'inattendu
- Ecouter plus que parler
- Surveiller le non-verbal de la personne interviewer pour rediriger, reformuler, ou dissiper le malaise, surveiller son non-verbal
- Ne pas répondre pour la personne, la laisser s'exprimer (on peut laisser des silences, ça a du bon parfois)
- Quand votre interlocuteur n'est pas très bavard ou n'arrive pas à approfondir ses propos n'hésitez pas à demander des exemples.
- Métacommunication : par exemple en fin d'entretien ne pas hésiter pas à reprendre le guide d'entretien pour s'assurer que tous les thèmes ont été abordés, et/ou reformuler certains points que vous n'avez peut-être pas compris (par exemple : dire clairement, si ça ne vous dérange pas, je vais repasser en revue les différentes questions pour être certaine que tout a été abordé).

décis de quitter → d' où de prends son
difficile métier apprécié
↳ facteurs pas personnelles

essayer de te retenir → m + 1
NON → pas posé de quest "panique"
entretien sorti
↳ ne se remet pas en quest
à aux alentours ?!

luy → super accueilli + perspective formée
bonnes attentes, besoins + échange

Reconversion infirmière – Mémoire

Guide d'entretien

Introduction

Par le biais de ces entretiens exploratoires, d'une durée d'1h à 1h30 environ, je m'intéresse à l'abandon de la profession infirmière. La pénurie actuelle de personnel soignant dans les hôpitaux n'est inconnue pour personne. Les conditions de travail et la recherche d'une meilleure qualité de vie ont poussé de nombreux professionnels à adopter des modèles de travail plus flexibles, voir à se reconvertis dans un autre domaine. Quelles solutions les managers, les services RH des hôpitaux pourraient mettre en place afin de conserver leur personnel et d'en attirer du nouveau?

Grâce aux informations récoltées, j'ai pour **objectifs** d'identifier les facteurs spécifiques qui ont contribué à l'abandon de la profession, ou au contraire ce qui retient des soignants à leur poste. Je garantis l'**anonymisation** des propos tenus lors de cet entretien, ainsi que la **confidentialité** de l'identité des répondants.

Coordonnées du répondant 21/02/95 14h

Nom	[REDACTED]
Prénom	[REDACTED]
Institution et profession actuelle	[REDACTED]
Institution et profession ancienne	
Adresse email	

Organisation de l'entretien

- Présentation du cadre de la recherche et de l'interviewer (1m30)
- Présenter les différents thèmes qui vont être abordés :
 1. La satisfaction au travail – La construction de sens
 2. La perte de sens au travail
 3. Le rôle des cadres/manager et institutions
 4. Des pistes de solution ?
- Information sur la confidentialité, l'anonymisation, l'enregistrement, demander si la personne est disponible par après si j'ai des questions supplémentaires
- Entretien semi-directif
- Demander si la personne souhaite ajouter quelque chose une fois les différents points abordés
- Remerciements

Grille d'entretien semi-directif

Thèmes	Questions
Introduction 45010 Jmf 2006 → 15010	<ul style="list-style-type: none"> • Pouvez-vous vous présenter ? Comment résumeriez-vous personnellement votre activité professionnelle depuis que vous êtes dans cet établissement/service ? • Pouvez-vous m'expliquer votre parcours professionnel ?
1. La satisfaction au travail + La construction de sens <i>about science</i> + avenir <i>valorisé - depuis</i> <i>de autres / considéré</i> o OCCUP. perso excellente déposséder sa sien à présent mutuel 1er	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qui vous a attiré/-dirigé vers la profession d'infirmière dans une premier temps ? • Quelles sont vos attentes vis-à-vis de votre travail ? • Qu'est-ce qui vous satisfait dans votre emploi ? • Quels sont les facteurs qui donnent du sens à votre travail ? • Que cherchez-vous dans votre nouvel emploi ? • Vous pouvez me raconter ce qui fait sens dans votre travail ? • Qu'est-ce qui vous a décidé à retourner au travail ? • Qu'est-ce qui a facilité la poursuite de votre travail ? • Y avait-il quelque chose de bon à retourner au travail ? • Quand vous êtes-vous senti bien à l'idée de retourner au travail ? • Dans quelles situations spécifiques vous êtes-vous senti à l'aise de retourner au travail ? • Pourquoi vous êtes-vous senti bien de retourner au travail ? • Veuillez me parler des changements que vous avez apportés depuis votre retour au travail. (Famille, mode de vie, description de poste, formation)
2. La perte de sens au travail <i>covid → difficile</i> <i>retravailler</i> <i>travailler avec compagne +</i> <u>responsabilités</u> <i>besoin de perso</i> <i>échouement de soi</i> <i>↓ impossible</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qui vous a amené à quitter la profession/à vous reconvertis ? • De la même manière, racontez-moi ce qui peut faire que votre travail n'a pas de sens ? • Est-ce que votre travail respecte vos valeurs ? • Quels sont les facteurs liés à la perte de sens dans votre travail ? • Quels ont été les éléments déclencheur à votre démarche de reconversion ?
3. Le rôle des cadres/manager et institutions <i>un d'accepter la</i> <i>hiérarchie et l'autorité</i> <i>peu d'attente</i> <i>↳ se servir bien lui</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Quel rôle votre hiérarchie/manager joue dans la rétention au travail ? • Quel rôle le cadre de santé peut-il jouer, d'après vous, dans ces processus de perte et de construction de sens ? • Est-ce que votre manager est « important » pour vous ? • Quelles sont vos attentes envers votre manager ? • D'après vous, est-ce que votre manager est toujours conscient de la réalité de terrain ?
4. Des pistes de solution ?	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles seraient vos propositions pour une amélioration du sens au travail ?

pas de scut ^o de faire le tour possé trop de temps d' l'hôpital	<ul style="list-style-type: none"> Est-ce que votre institution a déjà essayé des modifier certaines pratiques considérées comme problématiques? S'il y avait eu au moins une intention d'amélioration, auriez-vous envisagé de rester au sein de votre ancien emploi? Quid des auxiliaires de soins ?
Questions finales pas demandé parqua - Mon offiuel	<ul style="list-style-type: none"> Avons-nous oublié quelque chose que vous souhaitez aborder ? Y a-t-il un sujet sur lequel vous souhaitez revenir ?

petit temps perso.
Petits conseils pour la réalisation d'un entretien semi-directif :

- Mettre la personne interviewer dans la position d'expert
- Comprendre quoi, comment ? Comprendre le point de vue de la personne, comment elle perçoit les choses
- Pas de jugement et pas d'apriori
- Approche naïve
- Être ouvert à la découverte à l'inattendu
- Ecouter plus que parler
- Surveiller le non-verbal de la personne interviewer pour rediriger, reformuler, ou dissiper le malaise, surveiller son non-verbal
- Ne pas répondre pour la personne, la laisser s'exprimer (on peut laisser des silences, ça a du bon parfois)
- Quand votre interlocuteur n'est pas très bavard ou n'arrive pas à approfondir ses propos n'hésitez pas à demander des exemples.
- Métagénération : par exemple en fin d'entretien ne pas hésiter pas à reprendre le guide d'entretien pour s'assurer que tous les thèmes ont été abordés, et/ou reformuler certains points que vous n'avez peut-être pas compris (par exemple : dire clairement, si ça ne vous dérange pas, je vais repasser en revue les différentes questions pour être certaine que tout a été abordé.

pas assez cacher à aux débats possibles

développement personnel → ↑ estime de soi

pas assez entreprenant → x missent à qui ce mal que

main d'œuvre ale intérêt commun

+ développer

≠ du mix social

Reconversion infirmière – Mémoire

Guide d'entretien

Introduction

Par le biais de ces entretiens exploratoires, d'une durée d'1h à 1h30 environ, je m'intéresse à l'abandon de la profession infirmière. La pénurie actuelle de personnel soignant dans les hôpitaux n'est inconnue pour personne. Les conditions de travail et la recherche d'une meilleure qualité de vie ont poussé de nombreux professionnels à adopter des modèles de travail plus flexibles, voir à se reconvertir dans un autre domaine. Quelles solutions les managers, les services RH des hôpitaux pourraient mettre en place afin de conserver leur personnel et d'en attirer du nouveau?

Grâce aux informations récoltées, j'ai pour **objectifs** d'identifier les facteurs spécifiques qui ont contribué à l'abandon de la profession, ou au contraire ce qui retient des soignants à leur poste. Je garantis l'**anonymisation** des propos tenus lors de cet entretien, ainsi que la **confidentialité** de l'identité des répondants.

Coordonnées du répondant *1013*

Nom	
Prénom	
Institution et profession actuelle	
Institution et profession ancienne	
Adresse email	

Organisation de l'entretien

- Présentation du cadre de la recherche et de l'interviewer (1m30)
- Présenter les différents thèmes qui vont être abordés :
 1. La satisfaction au travail – La construction de sens
 2. La perte de sens au travail
 3. Le rôle des cadres/manager et institutions
 4. Des pistes de solution ?
 - Information sur la confidentialité, l'anonymisation, l'enregistrement, demander si la personne est disponible par après si j'ai des questions supplémentaires
 - Entretien semi-directif
 - Demander si la personne souhaite ajouter quelque chose une fois les différents points abordés
 - Remerciements

Grille d'entretien semi-directif

Thèmes	Questions
Introduction <i>30.</i> <i>infi ± 10 ans</i> <i>réz</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pouvez-vous vous présenter ? Comment résumeriez-vous personnellement votre activité professionnelle depuis que vous êtes dans cet établissement/service ? • Pouvez-vous m'expliquer votre parcours professionnel ?
1. La satisfaction au travail + La construction de sens <i>souci + des famill</i> <i>aidi utilité</i> <i>+ de recul</i> <i>sur boulot infi</i> <i>Fedan</i> <i>coordonn</i> <i>↳ problèmes person</i> <i>↳ meilleur horari</i> <i>↳ - de press</i> <i>↳ - de pressur</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qui vous a attiré/-dirigé vers la profession d'infirmière dans une premier temps ? • Quelles sont vos attentes vis-à-vis de votre travail ? • Qu'est-ce qui vous satisfait dans votre emploi ? • Quels sont les facteurs qui donnent du sens à votre travail ? • Que cherchez-vous dans votre nouvel emploi ? • Vous pouvez me raconter ce qui fait sens dans votre travail ? • Qu'est-ce qui vous a décidé à retourner au travail ? • Qu'est-ce qui a facilité la poursuite de votre travail ? • Y avait-il quelque chose de bon à retourner au travail ? • Quand vous êtes-vous senti bien à l'idée de retourner au travail ? • Dans quelles situations spécifiques vous êtes-vous senti à l'aise de retourner au travail ? • Pourquoi vous êtes-vous senti bien de retourner au travail ? • Veuillez me parler des changements que vous avez apportés depuis votre retour au travail. (Famille, mode de vie, description de poste, formation)

<p>2. La perte de sens au travail</p> <p><u>après covid</u></p> <p>↳ un en tout sens génial</p> <p>↳ départ collègues</p> <p>↳ ↓ travail, ↓ motivation veut échapper au bureau</p> <p>↳ temps travail pour apprécier celui-ci</p> <p>↳ + toujours prendre soin de l'autre</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qui vous a amené à quitter la profession/à vous reconvertis ? • De la même manière, racontez-moi ce qui peut faire que votre travail n'a pas de sens ? • Est-ce que votre travail respecte vos valeurs ? • Quels sont les facteurs liés à la perte de sens dans votre travail ? • Quels ont été les éléments déclencheur à votre démarche de reconversion ? <p>↳ attendu que message fonctionne</p>
<p>3. Le rôle des cadres/manager et institutions</p> <p>↳ TT : de peu cheffé ↳ pas posé de ? ↳ préfère ➔ qui sorti</p> <p><u>attendus différants</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - soutien - équipement - coup de main ➔ rester sur le terrain ↳ gagner en confiance <p>dépend de la hiérarchie ➔ quid pouvoir ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quel rôle votre hiérarchie/manager joue dans la rétention au travail ? • Quel rôle le cadre de santé peut-il jouer, d'après vous, dans ces processus de perte et de construction de sens ? • Est-ce que votre manager est « important » pour vous ? • Quelles sont vos attentes envers votre manager ? • D'après vous, est-ce que votre manager est toujours conscient de la réalité de terrain ?

⇒ // responsabilités et qualité de vie

⇒ solution ! un peu mieux ! FIC

<p>4. Des pistes de solution ?</p> <p>o' priori pas de solution</p> <p>Bien-être → "panmodus" du personnel</p> <p>↳ son répertoire des autres soucis</p> <p>⇒ pénurie perso → gouvernement ⇒ perte de confiance manque de recours</p> <p>↳ plus d'attentes</p> <p>+ ➔ la études : diagnostique</p> <p>Yusi en place AS → aussi ++ mais limitent info AL, non statu → demander l'investissement.</p> <p>Questions finales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles seraient vos propositions pour une amélioration du sens au travail ? • Est-ce que votre institution a déjà essayé des modifier certaines pratiques considérées comme problématiques ? • S'il y avait eu au moins une intention d'amélioration, auriez-vous envisagé de rester au sein de votre ancien emploi ? • Quid des auxiliaires de soins ?
--	---

Petits conseils pour la réalisation d'un entretien semi-directif :

- Mettre la personne interviewer dans la position d'expert
- Comprendre quoi, comment ? Comprendre le point de vue de la personne, comment elle perçoit les choses
- Pas de jugement et pas d'apriori
- Approche naïve
- Être ouvert à la découverte à l'inattendu
- Ecouter plus que parler
- Surveiller le non-verbal de la personne interviewer pour rediriger, reformuler, ou dissiper le malaise, surveiller son non-verbal
- Ne pas répondre pour la personne, la laisser s'exprimer (on peut laisser des silences, ça a du bon parfois)
- Quand votre interlocuteur n'est pas très bavard ou n'arrive pas à approfondir ses propos n'hésitez pas à demander des exemples.
- Métacommunication : par exemple en fin d'entretien ne pas hésiter pas à reprendre le guide d'entretien pour s'assurer que tous les thèmes ont été abordés, et/ou reformuler certains points que vous n'avez peut-être pas compris (par exemple : dire clairement, si ça ne vous dérange pas, je vais repasser en revue les différentes questions pour être certaine que tout a été abordé.

Annexe 4 : tableau Excel de codage pour l'analyse des entretiens semi-directifs

Le tableau Excel a été converti en fichier PDF pour une meilleure insertion. Le fichier Excel complet est disponible à la demande.

Annexe 5 : guide d'entretien du focus group

Focus Group – 18 avril 2025

8h30 – 9h (30') : Préparation de la salle

9h – 9h15 (15') : Accueil et introduction

- Remercier les participants de leur présence
- Présentation rapide + expliquer le contexte dans lequel s'inscrit ce focus group
J'ai commencé le Master en management général à HEC en horaire décalé il y a un an. Comme sujet de mémoire, j'ai décidé de m'intéresser à la pénurie du personnel infirmier, et des dimensions managériales s'y rapportant.
Mon étude est divisée en 2 étapes :
Pour la première étape, j'ai réalisé des entretiens semi-directifs avec des soignants qui ont quitté la profession, afin de comparer la théorie au terrain sur 4 thèmes principaux :
 - o *La satisfaction au travail*
 - o *La perte de sens au travail*
 - o *Le rôle des cadres/managers*
 - o *Les pistes de solution pour la rétention du personnel en institution**La seconde étape, c'est ce focus group. L'objectif ici n'est pas la recherche de consensus, ni de prouver des choses, mais de se questionner sur le « pourquoi ? » et le « comment ? » des phénomènes que j'ai pu observer. L'idée est d'avoir vos points de vue de terrain en tant que cadres/managers/DRH, avec un focus sur la dimension managériale des pistes de solutions.*
- Présentation d'Esther : prise de note et observatrice (comportements non-verbaux, décrit la dynamique de groupe et relève au fur et à mesure les questions qui demandent un approfondissement)
- Rappel du caractère anonyme des débats dans mon travail et la nécessité technique de l'enregistrement → Signature documents RGPD
- Tour de table de présentation de chacun des participants
- Explication du déroulé de la matinée

9h15 – 10h30 (1h15') : Première partie discussion

- Selon vous, quels sont les facteurs qui satisfont les soignants dans leur travail ?
Quels sont les choses pour lesquels des travailleurs sont finalement revenus dans la profession après une reconversion ?
Lorsque qu'un travailleur revient, sous quel statut (interim, indépendant, temps partiel) ?
A-t-il des demandes particulières ? (horaire)
- Selon vous, qu'est-ce qui peut entraîner leur départ de la profession ?
Quels facteurs entraînent une perte de sens dans le métier de soignants ?
Est-ce que des entretiens sont organisés lors des départs ? Si oui avec qui ?
- Quel rôle joue le manager(/cadre/RH) dans la rétention du personnel soignant ?
- Entretiens de sortie : essayer de retenir ?

10h30 -10h45 (15') : Pause collation

10h45-12h (1h15') : Deuxième partie discussion

- Quelles actions mettez-vous en place pour conserver votre personnel soignant ? Idem pour attirer de nouveaux agents ?
- Quelles idées non mentionnées ici, et proposées par les répondants lors de mes entretiens pourraient être envisagées, mériteraient réflexion ?
- Comment pourrait-on rendre le métier de soignant plus attractif ?
- Conclusion et débriefing (L'environnement était-il adéquat ? L'animation a-t-elle été satisfaisante ? Y a-t-il eu beaucoup de relances ? Quelle était la nature des interactions ? Le groupe était-il conflictuel, créatif, détendu ? Y avait-il des sous-groupes, des leaders... ? Un thème a-t-il été privilégié dans la discussion ?)
- Remerciements

12h-12h30 : Rangement de la salle

Annexe 6 : prise de note relative au focus group

Afin de ne pas surcharger les annexes, et avec l'accord du promoteur de ce TFE, il a été décidé de ne pas inclure dans les annexes les retranscriptions complètes des 16 entretiens, mais uniquement les prises de notes personnelles de l'auteure. Les transcriptions complètes sont néanmoins disponibles sur demande.

Focus Group – Notes

PARTIE 1

Selon vous, quels sont les facteurs qui satisfont les soignants dans leur travail ?

SH : L'humain, aider la personne. Je ne pense pas que ça soit faire les pauses.

ND : Prendre soin des autres.

VB : C'est deux choses différentes à un moment donné. Au début, on en a envie pour prendre soin de l'autre, donner de soi et améliorer la qualité de vie des personnes. Puis, dans un deuxième temps, ils ont envie d'avoir un bien-être personnel et une qualité de vie. La qualité de vie et d'aménagement d'horaire et de charge de travail permet de garder la personne au sein d'un service. Les ambitions qu'on a quand on commence le métier changent quand on est dans le métier puis la vie de famille arrive.

SH : Les jeunes savent ce qu'ils veulent, et ils ont le choix, on vient les chercher partout.

ND : Ne plus faire les pauses, ça fait partie des demandes ajd, même les jeunes qui sortent de l'école : « les nuits ok, mais je veux mes weekends ». il y a 5-6 ans, on n'avait pas cette demande.

VB : Ce que je ressens, c'est que les « anciennes » infirmières, qui ont 20 ans d'ancienneté, qui ont demandé des aménagements de carrière par exemple pour s'occuper de leurs enfants, ne comprennent pas que les jeunes qui arrivent ne veulent pas faire le vendredi soir et les weekends. Quand elles ont commencé, elles faisaient les weekends etc. pour soulager les plus âgés, et maintenant elles attendent la même chose (**ND et SH acquiescent**). Les personnes âgées sont absentes mais c'est planifié, souvent pour un pépin de santé, par exemple une opération et donc elles ont un certificat plusieurs semaines. Pour la gestion d'équipe, c'est compliqué. **Par rapport à il y a 10 ans, ce n'est pas le même accompagnement par rapport aux différences d'envie de chacun.**

ND : Notion d'équipe, de solidarité, ça leur parle très peu (aux jeunes). Les repas de service ça ok mais le reste. (**VB : on a les mêmes problèmes en fait** (rires)).

SH : L'ambiance de travail est importante pour les jeunes.

ND : Mais ce qui est compliqué c'est leur insuffler que l'ambiance vient d'eux aussi.

JFB : J'ai connaissance d'un hôpital où, clairement, les jeunes ne font pas les vendredis et les weekends.

ND : Moi je suis au courant d'un cas où une personne vient travailler deux semaines au bloc et les deux autres semaines elle vit à la côté d'Azur. Pas chez eux car elle est partie là où ils acceptaient ça.

JFB : Les **spécialistes**, ils ne veulent plus le vendredi.

ND : Le vendredi, c'est que pour ceux qui veulent travailleur, au bloc. On essaie de rapatrier tout sur le reste de la semaine. Alors le vendredi on n'ouvre pas tout et ça fonctionne comme ça. On a un questionnement en cours: adapter l'activité du bloc, ressources tellement chères, qu'on ne peut pas gaspiller. Salles de réveil, soins intensifs, etc. ça appelle à une réflexion : quel est le jour qui pose problème au personnel ? Est-ce qu'on s'adapte ?

JFB : On a certains **médecins** prêts à travailler énormément sur 4 jours et avoir leur vendredi.

ND : Pour les infirmiers, il va y avoir des réflexions pour s'adapter à ça. On fait les pauses de 12h aux urgences. On y pense en réa car le GHDC et CHC, Bois de l'Abbaye y sont et donc on perd des gens.

SH : Certains étudiants veulent aller travailler là parce que c'est les 12H, donc 3 jours de travail.

ND : Mais les autres n'en veulent pas des 12h.

VB : Ce qui m'interpelle c'est la sécurité du patient. Travail de 4 jours pour de l'administratif, ok, mais ici est-ce que la vigilance est toujours la même ?

SH : Le directeur infirmier bloque cela chez nous, il n'en veut pas des 12h.

VB : Mes infirmières (à domicile), si elles faisaient 12h de voiture, pas possible.

SH : Mais quid si on n'a plus d'infirmiers, et donc qu'on ne respecte plus les normes minimums en personnel ?

JFB : Nous, on essaye de le mettre en place à Lierneux car on a difficile de recruter pour ce site car il est loin de tout. On voit un fossé entre jeunes génération (non on ne veut pas) vs la nouvelle (oui) donc la compensation c'est faire 1 weekend sur 3.

ND : Chez nous, le deal c'est de dire que c'est un régime optionnel, pour autant qu'on ait x ETP qui rentre dedans pour fonctionner à 12, et les autres fonctionnent à 7h36. Ok pour le moment. On essaye de faire tourner les effectifs pour permettre à chacun cela. Si qqn est malade 12 h → il faut un intérimaire.

Parenthèse - Appel à bcp d'intérim ?

JFB-ND : on ne travaille qu'avec de l'intérim, pas les indépendants. La difficulté c'est comment faire avec des indépendants et des employés pour une même tâches et des mêmes employeurs. Avec l'ONSS ça ne fonctionne pas

SH : On a mis le juriste sur le coup, on n'a pas pris de décision encore.

ND : Pas les sous le problème. Si on a un indépendant, pas d'autorité sur lui en termes de procédures de soin etc. Donc on aurait des pratiques de soins différentes. En termes de suivi, prescription etc. ça pose problème. Accréditation Canada : l'indépendant doit rentrer dedans.

SH : Ce sont des sociétés d'infirmiers indépendants qui proposent leurs services.

ND : Des marchands de tapis.

SH : Oui, ça ne fait pas confiance.

ND : Je pense qu'à Bxl c'est super bien implanté et super bien organisé, qu'ici c'est du bricolage. Là bas ils ont des conventions de collaboration super bien faite.

JFB : Mais oui ici c'est limite. Moins couteux que l'intérim ?

SH / ND : Non, même plus cher.

ND : En tant qu'hôpital public, il faut faire un marché public donc chaud. Un marché pour l'intérim c'est encore autre chose.

Retour sur les facteurs de satisfaction

JFB : Ont lancé les entretiens de sortie. L'infi ICANE les rencontrent. Le climat social ressort systématiquement. Chez nous ce sont les barèmes IFIC donc la question du salaire ressort peu.

ND : Le management fait bcp, le chef fait tout.

JFB : Et les projets aussi. Le manager, c'est le 1^{er} facteur d'absentéisme, pour le prévenir, l'aggraver.

ND : On fait un questionnaire d'étonnement (JFB : nous aussi). La constante, c'est que le stagiaire, l'étudiant, si ça se passe bien, on sait où il va aller, si ça se passe mal on sait d'où il vient.

C'est une constante ce problème des stagiaires mal accueillis et pourtant impression que rien ne change

ND : Quand on sait qu'il (le stagiaire) va sortir, on sait les facteurs, on laisse tomber, on en a tous (JFB et SH acquiescent). Pour certains infirmiers en chef, c'est compliqué de se remettre en question. Je ne sais pas si c'est typiquement soignant, mais se remettre en question c'est chaud.

JFB : Les stagiaires ne peuvent pas manger avec le personnel infirmier.

ND : ils doivent manger dans le couloir, ils n'ont pas le même frigo.

JFB : C'est dingue alors que c'est un facteur déterminant, le stage.

JFB/ND/SH : Mais évidemment les infirmiers se plaignent qu'on ne les engage pas à la fin.

VB : Quand on a des stagiaires (en soins à domicile), on essaye de les voir après. La gestion du manager chez nous elle est plus ou moins complexe car elle gère ses équipes à distance, via les entretiens de suivi, etc., la vie de communauté n'est pas la même. On fait les entretiens de sortie. Les RH refont le feedback après un an pour voir les motifs de toutes les sorties. Les stagiaires, on essaye de les voir à la fin de leur stage, faire la cotation ensemble etc. L'accueil en général elles sont contentes. Mais elles racontent effectivement des expériences négatives en hôpital etc. de cette mise de côté au repas etc.

SH : Ca dépend vraiment du chef, certains chefs ne laissent pas faire ça.

SH/ND/JFB : c'est lié au chef mais aussi parfois de l'équipe, elles se vengent.

ND : c'est le syndrome « fac véto » quoi.

SH : Parfois oui des jeunes qui se vengent de comment elles ont elles-mêmes été traitées.

JFB : Il y a vraiment la hiérarchie infirmière quoi.

ND : On a beau leur dire dans toutes les langues, ça ne passe pas. Pour faire des entretiens de recrutement (où les RH sont avec les managers), il a fallu 5 ans pour l'introduire. Les chefs ne voulaient pas « Qu'est-ce qu'on y les RH connaît pour aller avec eux »

VB : Pour recrutement, on a trois recruteuses RH. Les infis c'est avec moi. Si pas dispo, c'est une cheffe infi. Et pour le recrutement AS (aide-soignante) c'est la responsable. La volonté est que VB se détache pour que le chef recrute avec la RH.

ND : on y arrive depuis 3 ans. Tout passe avec le RH.

SH : Les infirmiers, c'est vraiment le truc protégé, on y arrive seulement maintenant à aller avec les chefs. Maintenant ils sont contents, ils se rendent compte de la plus-value de la RH

ND : Nous on a un ETP dédié à ça

JFB : On fait ça depuis des années, le RH avec DDI ou chef de service.

ND /SH : chef infi c'est plus touchy. « On ne comprend pas la réalité de terrain », ça qui se dit. ND : Ont lancé un projet phare, impliquant les admin et soignants, qui consiste en une réflexion transversale sur comment on prendra en charge le patient demain, quels sont les métiers supports/tâches dont ils pourraient se délester pour permettre au soignant de se délester sur le support. Ça permettrait au soignant de se concentrer sur le patient. Avec l'arrivée des nouvelles fonctions, ont mis en place en MR un assistant senior et fait des tâches que l'infi ou l'AS peut déléguer. Légalement c'est ok, et IFIC c'est assistant en maison de repos, IFIC 8. Région wallonne est venue voir, ils vont le valider et développer au niveau de la région wallonne. Ils vont donner un financement pour les éducateurs A2 pour les MR. On a demandé la même réflexion au niveau des unités de soin. Réflexion aussi dans la pharmacie pour rendre ça moins lourd. Ensuite, l'IPA, comment on l'intègre ? On teste en

psychiatrie, le plus facile vu que pas de soins de plaie etc. Arrêté royal d'agrément pas encore là, donc IFIC pas encore statué (16 ou 17 – coordinateur thérapeutique mais pas infi/paramédical donc ça n'ira pas). L'IPA reprendrait des gardes.

Difficulté de recruter, donc réflexion sur comment fonctionner différemment. Comment garder les agents c'est une chose, mais plutôt comment fonctionner avec ceux qu'on a, diminuer la charge de travail, etc. Ce qui ressort : chouette d'avoir de l'aide mais les infirmiers estiment perdre la notion de nursing global, d'autres pas proactifs/autonomes. Les IPA ça pourrait être intéressant en réa comme tampon entre infirmiers et soignants.

ND : Etude phare – toutes les idées sont bonnes à prendre, donc boîtes à idées dans les vestiaires, anonymes. (SH/JFB : bonne idée ça). Chaque directeur doit aussi y réfléchir pour son unité de soin (niveau comité de direction) et alors niveau terrain, réflexion sur ce qui pourrait les soulager, quoi qui prend du temps, etc. c'est quoi qui est compliqué.

La boîte à idée ça fonctionne super bien. La difficulté c'est comment répondre à chaque thème pour rester crédible. Ils se donnent deux ans. On fera un 1^{er} retour ici après 9 mois. Ça se nourrit aussi des déclarations d'accidents dans les unités de soin (NOV). Département qualité qui a le projet.

JFB : Le fait que le projet est porté par le top management c'est super important.

SH : Les chefs infis sont très corporatistes. Ils pensent qu'on ne les comprend pas. Ils ne veulent pas qu'on s'immisce dans leur business. Très autonome (ND : c'est presque un état dans l'état).

VB : A vécu cette réalité mais ne la vit plus. Infirmière depuis 1992. Puis passée responsable. Toujours en S&D. Il y a 6-7 ans, elle a changé sa vision par rapport aux RH (seulement). Ne serait-ce que la formation, les RH ne voulaient pas se mêler. Ils ne se sentaient pas compétents. Les chefs de secteurs, tous les gestionnaires, désormais, ils ont eu la même formation de posture managériale (gestion de conflits, entretiens d'embauche, motivation, communication, etc.). Parce que, les personnes parlent beaucoup, les réseaux sociaux amplifient cela. Pour une situation, les managers ne se disaient pas que la décision pouvait se prendre différemment. Après COVID, beaucoup de départ comme partout (les autres acquiescent). Ont fait une enquête, souhaits : chefs de service davantage disponibles et présents pendant les tournées (personnes exigeantes, milieux précarisés, agressifs, etc. a géré en plus du soin). Ont créé un « call infi » avec les 6 admins qui répondent aux demandes, en fonction, c'est retransmis au chef (ou pas). On a essayé aussi de régérer les horaires, car souhait de faire moins de weekends. Et mise en place aussi de formations importantes pour elle -> catalogue envoyé, elles peuvent choisir. Ce qu'on a fait aussi, une infi elle a un peu peur de dire à sa cheffe qu'elle ne sait plus faire ça ou ça → boîte à idée pour faire des tables rondes sur des thèmes qu'elles voudraient revoir, rafraîchir une compétence. Une équipe d'infis prend en charge la boîte, analyse et diffuse la table ronde. Tous les mois, elles font ça, souvent 20 infis/100 qui viennent, après journée mais payé. On a beau établir un catalogue de formation, la formation vient parfois trop tard par rapport à la situation. Ils ont aussi mis en place les interventions avec un psychologue. Thématiques du style « comment on gère le chien ». La psy explique des choses et elle n'a pas de lien hiérarchique, neutre, et rassemble les différents métiers.

ND/SH/JFB : Psychologue à disposition tout le temps.

VB : mais ce qui marche c'est rassembler les travailleurs, échange, plutôt qu'une démarche individuelle. Aussi pour comprendre les signaux d'alarmes pour alerter le chef au bon moment, avant le trop plein. Ils se sentent moins seuls, on rencontre les mêmes difficultés. Ne prennent jamais d'intérim. 50 tournées le matin, ça ok pour assumer, même si malade toujours qqun de garde ou quoi. Mais réseau d'indépendantes avec une convention et ils prennent le patient et l'indépendant gère la factu etc si vmt trop de demandes. Elles travaillent avec nos valeurs de prise en charge. L'intérim c'est trop compliqué.

ND/SH : Oui compliqué mais nous on n'a pas le choix. Mais plein ne sont pas formées, n'ont pas les procédures. Donc on essaye d'en fidéliser certaines. On reprend les mêmes (JFB : pareil). Mais ce sont eux qui font leurs horaires.

SH : Ils partent, ou font mi-temps contrat hôpital et mi-temps intérim. Normalement pas légal. ND : Moi ça je bloque. On a créé une plateforme interne intérim, si on croise les n° NISS, ça ne passe pas. SH : du coup c'est les infis qui gèrent donc je n'ai pas la vue là-dessus.

JFB : Pareil, recrutement qui gère ça car trop dangereux.

ND : implications en termes de sursalaires etc. et si incident, c'est notre responsabilité.

JFB : Ils choisissent et ils ont plus de sous.

ND : Ils se mettent en intérim quand ils sont en congé, aussi quand ils se mettent en maladie.

Entretiens de sortie – facteur principal c'est le climat social – d'autres facteurs ?

SH : Pas elle qui fait ça. Normalement ce sont les chefs.

JFB/ND : Ce sont les RH.

JFB : Au départ, instrumentalisés par le département infi mais n'ont pas voulu ; les versions ne sont pas les mêmes suivant la personne.

ND : Nous aussi, neutres, gestions des talents, en dehors du parcours.

JFB : Questionnaire (SH/ND aussi), questions sur le parcours et raisons qui ont poussé au départ, est-ce que vous recommanderiez l'institution à qqun d'autre ? Très révélateur.

On en fait quoi des entretiens de sortie ?

ND/JFB/SH : Analyse trimestrielle ou annuelle et c'est remonté en direction. Si service trop récurrent, on alerte la direction.

ND : Questionnaire d'étonnement on fait attention de faire un retour, mais on met en place des actions on explique que c'est à la suite de ces questionnaires.

ND : Deux problématiques. La première, dans certaines unités, pas l'infi cadre mais le médecin qui pose problème. Et là on ne sait rien faire. Ils n'ont aucune marge de manœuvre par rapport au management d'un médecin. Il est super compétent dans son domaine mais manager horrible. On peut leur dire de faire avec... Donc ils ont raison de partir. On ne sait rien faire. Les médecins sont indépendants. Le règlement d'ordre médical, il n'y a rien en termes de comportement, blackout, on ne sait rien faire.

JFB : On voit que des sanctions tombent, ça bouge un peu, au CHU, à Mont Godinne, ça comment à bouger.

ND : Du coup le ressenti est ok, même d'un point de vue légal on ne sait rien faire.

JFB : Il avait engagé une infi, elle a eu une relation privilégiée avec un médecin, mal terminé, ben ils ont congédié l'infi.

ND : Autre situation, si infirmier en chef, là on le recadre (SH/JFB : oui, idem pour directeur de département). Il y a une relation d'autorité. Il y a une responsabilité pénale de l'employeur donc on agit.

SH : (JFB : « Omerta »), on n'est pas au courant de tout. Une salle où la moitié de la salle est en certificat, personne ne tilte qu'il y a besoin, quand on est à la limite de la grève. Au courant juste avant le point de rupture, trop tard pour la conciliation.

VB : Il y a le recrutement, et on a mis des choses en place. Tout ce que vous dit, on l'a eu et on a essayé de remédier. Par rapport aux entretiens, entretiens d'embauche fait avec les RH. Premier jour d'embauche, visite et rencontre avec responsable N+1 et tuteur. Puis revu 3 mois après, entretien d'étonnement (JFB/ND : on fait aussi). Si des choses marquantes, chefs informés. Entretien de sortie fait par eux ces deux points de contacts, puis aussi un entretien entre le RH et le responsable de la personne. Pour avoir les deux points de vue. Pour déminer des situations : toutes les 6 semaines elles rencontrent les syndicats.

SH/ND : tous les mois nous (concert-négoc)

VB : ça se fait à deux niveaux, les syndicats qui rencontrent la DRH, la direction générale, chez nous c'est descendu à un niveau. Une déléguée syndicale d'infir revient avec des choses pas claires etc. chez les infis, et la voit elle VB avec un responsable chef, et l'écho se fait dans tous les sens.

ND/SH : ça serait chaud à mettre en place.

SH : ça deviendrait un peu le bureau des plaintes.

VB : ça dépend de la personne/représentant syndicaux, et de la relation qu'on peut avoir avec.

PARTIE 2

Entretiens de sortie – Déjà réussi à convaincre qqun de rester ?

JFB: Non. La personne prend la décision de partir, elle l'assume sinon ça peut déraper. On ne veut pas qu'ils instrumentalisent l'entretien pour faire des demandes.

ND / JFB / SH : on leur dit que s'ils viennent revenir dans un autre service plus tard, on est ouverts.

ND : on a la suspension de contrat qui permet à quelqu'un d'essayer ailleurs et de revenir (jusqu'à deux ans) SH/JFD : nous deux fois 6 mois de congés sans solde possible.

Gens qui partent : pour rester infi, faire autre chose, etc. ?

SH : de tout, ceux qui changent complètement ou veulent devenir profs (souvent, pour les horaires) ou passent dans un autre hôpital.

Parfois pour d'autres avantages ?

JFB : Secteur MRS oui. La raison principale ce sont les horaires. En privé, ils acceptent beaucoup.

ND : Beaucoup de MRS font des cycles ce que nous on ne fait pas. Horaires cycliques.

Roulement de plusieurs semaines de pause en pause. Certains préfèrent ça et on sait qu'on en perd pour ça. Mais moins de souplesse aussi.

JFB : Partent car pas de weekends, ou pas de nuit ailleurs.

VB : Souvent départs pour être indépendants car ils ont appris comment ça marche. Plus intéressant financièrement ? Oui et non. Pour être indépendant et avoir la même qualité de vie (1 we/2 etc.) qu'un salarié, régularité des horaires. Ils gagnent mieux car ils font des coupés alors qu'à CSD que des matins ou des apms et coupé un weekend sur 6 mais travaillent un weekend sur deux. Essayent d'arriver à faire un we sur trois mais compliqué. Bcp viennent des hôpitaux pour ne plus faire de nuits. De la CSD, elles partent en MR privée car on ne propose pas ou peu de weekend. Ils partent aussi dans des postes dans les

maisons médicales, organisées différemment. Par exemple, les MR proposent de ne pas travailler le weekend et les MR ont des conventions avec des indépendants ou des services comme CSD pour le weekend. Donc leurs infis internes ne travaillent pas en weekend. Impossible de se battre contre les maisons médicales qui appliquent des barèmes super hauts aux infis pour l'égalité salariales.

JFB : Shift de 12h ils gagnent un weekend

VB : Impossible, personne ne voudra se faire laver à 15h donc 12h pas possible à mettre en place.

ND : l'IFIC a créé un bazar sans nom. Les kinés sont 15, les ergos sont 14. Donc ça crée des problèmes. Alors que mtn les infis les études durent 4 ans.

VB : mtn, l'assistante infi. Ça correspondait aux anciennes ASH.

Quid de la création de ces branches entre infi et AS ?

ND : Recours des infis rejeté.

SH : Retour des étudiants est qu'ils ne veulent pas être responsables d'une deuxième fonction en plus de l'AS. Ils veulent rester proche du patient et ne pas faire du papier.

Peur de perdre le nursing global.

ND : Compliqué de leur faire comprendre qu'ils perdent le nursing global avec le binôme infi/AS. On n'est plus en capacité d'avoir que des infis. On a besoin des AS.

SH : Les infis gardent quand même le soin, et ont peur avec les IPA de ne plus faire les actes. L'infi chef va conserver la coordination hiérarchique, la gestion financière, les procédures, et l'IPA fait les itinéraires cliniques, ne prend aucune fonction de l'infi de terrain, plutôt coordination entre unités, pas intra-services. L'IPA fait le lien entre infi chef et médecin, ne règle pas la pénurie infi mais la pénurie de médecine. Par contre, l'assistante en soin sera entre infi et AS.

VB : Cette nouvelle assistante/ancienne ASH, la différence en termes de mise en place de perfusion, elle ne pourrait pas administrer de l'intra veineux ou sous supervision.

ND : est-ce qu'on va tjs avoir besoin d'une infi nuit si on a cette fonction ? A voir. Ça permettrait de lisser la permanence de nuit.

JFB : Mais c'est 3 ans. Pour IFIC 13. Qui va faire cette formation ?

ND : AS de 10 ans d'ancienneté (IFIC 11) et une infi (IFIC 14 0 ancienneté), 40eu de net de différence. L'AS a le bonus bas salaire.

SH : reprise d'ancienneté, si 10 ans à mi-temps, on ne reprend que 5 ans.

ND : On le fait aussi mais pas légal, discriminatoire – pas tout suivi à réécouter déso

VB : si dans la même fonction, on reprend tout. Comme demande, on a des personnes AS en MR qui ont fait le plan 600, elles demandent 10 ans comme infi. Mais non ça on ne reprend pas mais des MR le font.

VB : les travailleurs vont au marché quand ils n'ont pas une vocation d'entre quelque part, ils font un marché ; ils challengent « je ne viens pas si je n'ai pas une BMW »

JFB : Les gens qui rentrent dans les études, c'est par vocation, d'autre c'est parce que job à la clé

ND : Non mais tu te vois faire ça si pas la vocation ?

SH : Il faut aimer quoi

VB : Je suis d'acc avec JFB, beaucoup de gens remis à l'emploi. Beaucoup ont 35-40 ans, sur le chômage, et on les pousse vers ça (au bout de leur 3-4 ans de reprise d'étude).

JFB : avec le nouveau gouvernement, les métiers pénurie vont garder leurs allocs ; Arizona met en évidence

VB : Beaucoup vont entrer là-dedans car elles garderont leurs allocs

JFB : on voit des travailleurs peu concernés par la vocation de soignants, plutôt pour le salaire

ND/JFB/SH : on trouve qu'ils sont bien payés pourtant. On ne comprend pas ça.

JFB : Tu prends les éducs qui travaillent 24/24h dans des maisons d'enfants, ont beaucoup moins. Je leur dis, allez comparer la fiche de paie.

VB : Je dis que c'est ce qui est véhiculé. C'est un fait. Au niveau des infis, des fois elles nous disent que pour un même salaire elles font autre chose, même salaire et pas les we.

ND/SH : Ben alors ne fait pas infi. Tu le savais.

ND : Mon mari est policier, même affaire, gardes, nuits, etc. et il ne se plaint pas. S'il ne fait pas tout ça, son salaire revient plus bas. Les infis, tout leur est dû. On nous dit qu'on n'est pas de terrain, et effectivement, vrai qu'on ne supporte pas les familles, mais il y a un ensemble vis-à-vis duquel se positionner, le monde du travail en général, pas qu'eux. Objectivement, pas une fonction mal rémunérée globalement par rapport au monde du travail.

JFB : Aide à l'enfance, moins bien payés, weekend, nuits, etc.

ND : Les infis ont un métier lourd, on ne remet pas ça en question, mais leur propre remise en question, c'est compliqué.

Rencontres pour partage entre terrain et management ?

SH : formations au management, on mélange tout le monde (JFB : tout à fait). Infi, technique, etc. (ND/JFB : pareil, ça fait du réseautage). On recrute avec les managers. Contacts avec le directeur infi souvent aussi, de ce qu'il veut bien me dire.

Pas de réunion spécifique RH/infis par contre.

SH : Rôle à jouer si au courant tout de suite. Idée de ND de la boite à outils c'est vmt bien.

ND : oui on découvre des trucs via ça.

SH : on ne communique pas assez de manière transversale.

ND : on a la chance d'avoir une bonne collab avec un infi cadre. Accréditation Canada, il y a un copil et tous les métiers sont autour de la table ; ça permet de voir plus de monde et d'avoir plus d'infos. La directrice département infirmier joue plus le jeu qu'avant. Forte personne dépendante

SH : on a mis un HRBP. On va voir ce que ça donne. Elle coordonne trois chefs de service et coordonne recrutement, budget, etc.

JFB : **retour sur la question collaboration RH/infis** – formation managériale pour tous les cadres, pour les RH et les chefs de service. Entretiens d'étonnement et de sortie sont mutualisés, données partagées avec infis ICANE. Ca dépend aussi de la personnalité du manager.

VB : la communication est à travailler comme partout ; la comm dans le service pour faire passer une info, système de pause donc tout le monde pas là, on envoie les emails, tout le monde ne lit pas. Travail de communication doit être bien réfléchi, bien mais pas trop communiquer. Les informations, les infis sont vues en réunion 2x/mois par N+1 donc passage d'info (feedback + ou -) ou décision de la structure suite à mail général. Ils essayent

de mettre en place. Le personnel est par définition dispatché hors du point central, ils ont essayé de mettre en place les vis ma vie (**tous : oui on a mis en place, les gens aiment bien**). Ça permet de connaître le métier de l'autre, de comprendre pourquoi on ne répond pas etc. Quand un patient sort de l'hôpital, la coordinatrice récolte les données patients, sortie pressée par le médecin car il faut le lit. Quand l'infirmière arrive, l'info reçue ne correspond pas forcément. Donc infirmière mécontente car coordinatrice et chef infirmière, pas la bonne info. Donc la cheffe infirmière recontacte le chef de salle d'où ça sort, pas toujours bien accueilli. Alors que la collaboration/communication devrait être positive car on veut éviter que le patient retourne à l'hosto.

JFB : Service de maintien à domicile, même difficulté avec les hôpitaux de la même structure...

VB : si domicile pas adapté, on peut renvoyer le patient (projet HAD). On est chacun focus sur sa problématique, mais le domicile c'est un peu l'entonnoir de tout. Parfois, on arrête des prises en charge car domicile trop insalubre. Médecin traitant qui ne comprend pas forcément la posture des infirmières à domicile. Donc on essaye de mettre de la médiation, des choses en place, et si patients ne veulent pas, on ne prend pas la prise en charge. CSD on est réglementé sur les forfaits. Les infirmières à domicile, elles facturent comme elles veulent presque.

Pour éviter que nos infirmières partent de part les conditions de travail, elles ont réfléchi avec le SIPP de ce qui est acceptable ou non.

JFB : On freine nous que le conseiller en prévention aille, compliqué avec les syndicats chez nous.

VB : Après certaines situations, récupérer psychologiquement des infirmières après certains décès (M. décédé parce que l'hôpital n'a pas voulu le reprendre alors que domicile trop sale etc.), c'est difficile. Le sens de leur métier, elles ne comprennent pas. Et pour les infirmières, elles ont le sentiment que leur hiérarchie n'a plus fait assez, pas été assez loin pour aider le monsieur. Barrières émotionnelles compliquées et on perd des infirmières avec ça. Y en a qui partent et qui reviennent (**ND : nous aussi on a ça**).

Cellules de soutien ? campagnes de bien être ? actions ponctuelles ?

SH : Séances de sport, pleine conscience, etc. retours positifs mais toujours des gens pour râler peu importe les modalités.

JFB : Pareil, 2 piscines que le personnel peut utiliser, salle d'escalade. Plus ou moins utilisé, mais en dehors des heures de travail et là ça coince. Espace détente à Lierneux, ça marche bien. **Mais préféreraient que ça soit pendant heures travail**

ND : Massage, aromathérapie, ils se déplacent dans l'unité de soin en prévenant à l'avance pour bénéficier pendant les heures de travail.

Quelles attentes d'une équipe vis-à-vis manager ?

SH : le manager doit aussi mettre les mains dans le cambouis (**ND/JFB : acquiescent**) ; se rendre compte de ce qu'il y a sur le terrain. **Qqn de bienveillant, bien-être mais aussi en termes de développement**

ND : qui va chercher le meilleur de chacun

SH : leadership clinique

JFB : et qui gère la dimension multiculturelle. Le chef a adapté les horaires pour les ethnies, surtout chez les AS, ils font attention pour ne pas que les ethnies différentes se tapent dessus (ex : hutu/tutsi). Surtout le weekend quand le chef n'est pas là.

SH/ND : on n'a jamais eu ou entendu ça nous.

Ressenti des managers/chefs – quelle position ?

JFB : compliqué

ND : faire passer les messages difficiles en gardant son équipe

JFB : médecin à gérer aussi, les familles, les syndicats, la direction. Pas un rôle des plus faciles.

ND : pas un rôle donné à tout le monde. L'infi chef, ça se passe souvent bien.

SH/JFB : ça dépend, mais les infis en chef s'entraident entre eux. Ça fait leur force. Ils sont solidaires entre eux. ND : c'est vrai qu'entre eux ils s'entendent bien

ND : maintenant avec l'équipe, certains ça va mieux que d'autres. Le terrain n'a pas tjs accès à la direction infirmier et ça va poser problème à la nouvelle génération. Ça dépend de la pyramide d'âges : pas grand monde entre jeunes et plus âgés. Autant les plus anciens ne voient pas le directeur de département passer, pas grave, mais les nouveaux c'est « qu'est-ce qu'elle en sait, elle n'est jamais sur le terrain ».

SH : Décision de la DG, ils (les directeurs) descendent sans prévenir dans les unités poser un peu des questions. Très bien reçus par le personnel. Pas fait de manière autoritaire mais pour voir comment ça se passe, comment les gens se sentent etc. Les infis jouent avec les médecins, certains ont compris l'influence des médecins et donc des médecins montent dans la DG et ne sait plus qui croire. Donc elle va voir d'elle-même. (JFB : mais c'est génial ça). Retours positifs. Initiatives mises en place suite à ça donc bien pris. Infos du terrain pas manipulé, pas modifié.

Quelles actions mettez-vous en place pour conserver votre personnel soignant ?

Quelles actions mettez-vous en place pour attirer de nouveaux agents ?

SH : revaloriser l'image du métier

ND : ça ne sert à rien...

JFB : bcp d'infis ont quitté la profession après le covid.

ND : pas sure qu'il y a vmt un effet covid...

SH : ça a été mis plus en lumière.

ND : on a essayé de les revaloriser mais maladroitement ; il y a eu les DT, etc. mais on ne règle pas le problème de fond.

JFB : charge mentale, tout le temps face à la mort, la souffrance, la misère

VB : le problème de fond je pense qu'il y a une dizaine d'année, les inscriptions en infi étaient à 600-700 en 1^{ère}, maintenant une centaine. Ça s'est fait progressivement.

L'allongement des études joue. « j'aime bien l'humain mais kiné c'est bien aussi, même nombre d'années d'étude, meilleur confort de vie ». problème dans l'image du soignant, de l'infirmière à revaloriser au sens large, au niveau du gouvernement. Refaire des campagnes au niveau étatique. Si un infi est mal, elle dira autour d'elle de ne pas faire ce métier là, que les conditions sont mauvaises, pas écoutés, etc. donc il faut aller chercher le problème de fond. Le souhait de tous, est devenu le bien-être. Changement de mentalité. Beaucoup, on travaille pour se permettre des choses. Certains : je travaille 3 mois puis je pars un an.

ND : difficile de remettre les gens partis au travail.

VB : Beaucoup d'infis français qui repartent en France (30-40% des étudiants sont FR car examen d'entrée, ont quand même les subventions quand ils viennent en BE (kots etc.)+pour professer en France, il faut 2 ans de pratique infi, donc ils viennent ici puis ils partent une fois formés). Il y a qqchose à faire au niveau enseignement. Idem pour les médecins

ND : les FR on n'en engage plus parce qu'ils repartent. On a mis des quotas mtn pour les étudiants médecins étrangers etc. au niveau gouvernemental.

Écoles : on présente assez les métiers infis ?

ND : On n'est pas là pour mentir aux étudiants, leur dire qu'ils ne feront pas de we etc. (SH est d'acc)

SH : essaye de vendre qu'on ne doit pas rester 10 ans en gériatrie, on peut via des **plans de formation, expliquer les possibles plans de carrière.**

ND : les infis on les réorientent vers le DIRHM, vers l'accueil, l'hôpital de jour, etc ;

ND/SH/JFB : beaucoup de **mobilité interne**

JFB : ont alerté leur fédération pour faire des **campagnes**. Exemple, défense ont fait une mega campagne, voudrait que Santhéa interpelle le gouvernement pour faire des campagnes d'info. **On peut vendre toutes les choses mises en place pour le bien être malgré les contraintes horaires.**

ND : **on essaye de les faire rentrer via l'équipe mobile pour qu'ils testent différents services.**

JFB : on essaye aussi mais pas toujours facile

SH : des fois ils veulent même la salle x pour le chef x

VB : plus de turnover métier infi que d'autres métiers ?

JFB : IT catastrophe nous. SH : au helpdesk nous. Sinon IT, avec le barème, 0 souci, on met des sursalaires. ND : non pas du tout. On ne fait pas de sursalaires, mais ils sont fidélisés.

VB : nous, engagement IT compliqué à trouver. Difficulté nous c'est qu'on est pas tous la même CP. Pas que 330, nous notre assistant logistique n'est pas sous CP 330. Que les infis sont 330. Les autres sont 318 comme les aides familiales. Donc compliqué avec les DP que les infis ont que les AS n'ont pas, donc rivalités entre métiers. Difficultés supplémentaires en SàD. JFB : ISOSL a la même chose avec les soins à domicile.

ND/SH : avec les dispenses de prestations + aménagements de fin de carrière, ils ont le salaire temps plein en travaillant à 0,6 ETP.

VB : **ce ne sont pas les vieux qui se plaignent. Ce sont les jeunes. Ils veulent bcp d'argent sans trop travailler. Ils veulent à 30 ans le même confort que papa-maman à 50 ans. Problème générationnel (tous acquiescent) mais pas que, aussi bien-être, reconnaissance, manager aux petits soins. Grosse attention sur le chef. Et alors projection dans l'entreprise, de progression, et horaires pas trop complexes. Mais mouton à 5 pattes ;**

JFB : Dimension multigénérationnelle : départ à la pension de plus en plus tard, et secteur soin de santé (d'après Le Soir) où les départs se font le plus tard, et **donc 3-4 générations mélangées et compliqué à gérer**. Il y a les congés « grand-mères » où les plus âgées de libèrent pour les petits enfants -> avant c'était les parents qui demandaient ces jours et mtn c'est aussi les grands-parents. **Composante importante.**

Qui fait les horaires ?

ND : infis chef fait les horaires sur un logiciel vérifié par les RH (JFB pareil /SH : pas revu par les RH) et VB c'est son service, ses admins, qui le fait, plus le chef de secteur (ND/SH : quand j'arriverais à faire ça, j'aurais gagné un truc)

ND/SH : le seul lien infi-chef parfois c'est les horaires – ben franchement si c'est que ça, ben je ne comprends pas

VB : diminution des tâches admin des chefs en leur retirant les horaires, accompagné par un chef ; il a fallu que 6 mois.

ND /SH : il nous faudrait 2 ans nous pour arriver à ça

SH/JFB : Intéressant d'avoir des échanges comme ça mais avec un médiateur

ND : **projet phare**, émergence : parti des MR car on trouve peu de personnel, difficile de recruter, donc questionnement pour recruter, et IFIC pas implanté en même temps, donc fossé à fermer ; elles ont demandé aux infis chefs des MR de réfléchir aux tâches à reprendre et donc assistant senior mis en place, testé en MR, et donc de là ils se sont dit qu'il faut faire pareil en unité de soin, et ça va être porté par service qualité. D'abord boîte à idée ; puis comment on groupe les idées ; puis comment on réalise concrètement ces idées.

Annexe 7 : codage du focus group

Le tableau Excel a été converti en fichier PDF pour une meilleure insertion. Le fichier Excel complet est disponible à la demande.

Codage des entretiens par thématiques		Verbatim	
Catégories (Thèmes)	Code (Mots-clés de la littérature)	RH hôpitaux	Soins à domicile
Satisfaction au travail	Équilibre entre vie professionnelle et privée	"Ne plus faire les pauses, ça fait partie des demandes ajd, même les jeunes qui sortent de l'école"	
	Horaires		
	Cohérence		
	Reconnaissance et soutien de l'équipe et du responsable	"Le management fait bcp, le chef fait tout."	
	Reconnaissance des patients		
	Qualité des relations		
	Environnement de travail, ambiance et culture d'entreprise	"Ont lancé les exercices de sortie. L'info ICANE les rencontrent. Le climat social ressort systématiquement"	
	Mission collective (environnement de travail collaboratif)		
	Rôle sociétal et développement de liens extra familiaux		
	Orientation		
	Développement professionnel et formation (apprentissage)		
	Autonomie, responsabilités		
	Rectitude morale		
	Résultats et travail bien fait		
	Enrichissement personnel		
	Signification		
	Utilité au travail		
	Respect des valeurs - Philosophie des soins - prendre soins / contact humain		
Thème non abordé dans la littérature mais apparu lors du FG	Les projets	"L'humain, aider la personne"	"Prendre soin des autres" "Au début, on en a envie pour prendre soin de l'autre, donner de soi et améliorer la qualité de vie des personnes"
	Salaire	"Chez nous ce sont les barèmes IFIC donc la question du salaire ressort peu."	

Codage des entretiens par thématiques		Verbatim	
Catégories (Thèmes)	Code (Mots-clés de la littérature)	RH hôpitaux	Soins à domicile
Perte de sens au travail	Déséquilibre entre vie professionnelle et privée	<p>de tout, ceux qui changent complètement ou veulent devenir profs (souvent, pour les horaires) ou passent dans un autre hôpital.</p> <p>La raison principale ce sont les horaires. En privé, ils acceptent beaucoup.</p> <p>Beaucoup de MRS font des cycles ce que nous on ne fait pas. Horaires cycliques. Roulement de plusieurs semaines de pause en pause. Certains préfèrent ça et on sait qu'on en perd pour ça. Mais moins de soupplesse aussi.</p> <p>Partent car pas de weekends, ou pas de nuit ailleurs.</p>	<p>Le souhait de tous, est devenu le bien-être. Changement de mentalité. Beaucoup, on travaille pour se permettre des choses</p>
	Horaires - Difficultés de conjuguer les horaires avec les gardes d'enfants		
	Manque de compétences (>Anxiété liée) Responsabilités et peur de commettre des erreurs Non atteinte des objectifs Perde de la finalité et du sentiment d'utilité, incompréhension du rôle		
	Manque de défi		
	Manque de reconnaissance		
	Manque de moyens (financiers - humains - matériels)		
	Charge de travail excessive - Glissement des tâches administratives		
	Comportement des médecins	<p>dans certaines unités, pas l'infini cadre mais le médecin qui pose problème. Et là on ne sait rien faire. Ils n'ont aucune marge de manœuvre par rapport au management d'un médecin. Il est super compétent dans son domaine mais manager horribile. On peut que leur dire de faire avec... Donc ils ont raison de partir. On ne sait rien faire. Les médecins sont indépendants. Le règlement d'ordre médical, il n'y a rien en termes de comportement, blackout, on ne sait rien faire.</p> <p>l'IFIC a créé un bazar sans nom. Les kiné sont 15, les ergos sont 14. Donc ça crée des problèmes. Alors que mtn les infis les études durent 4 ans.</p>	
	Salaire et ific		
	covid allongement des études	<p>L'allongement des études joue.</p>	

Codage des entretiens par thématiques		Verbatim	
Catégories (Thèmes)	Code (Mots-clés de la littérature)	RH hôpitaux	Soins à domicile
Rôle du manager	<p>cadre comme filtre des exigences institutionnelles/organisationnelles modèle de sens (transmetteur) > Motivation et engagement facilitateur du dialogue</p> <p>gestion du climat de travail - Respect, équité et entraide soutien moral - Ouverture d'esprit et écoute</p> <p>autonomie et reconnaissance des soignants - Impliquer ses agents dans les décisions</p>	<p>. Le terrain n'a pas tjs accès à la direction infirmier et ça va poser problème à la nouvelle génération. Ça dépend de la pyramide d'âges : pas grand monde entre jeunes et plus âgés. Autant les plus anciens ne voient pas le directeur de département passer, pas grave, mais les nouveaux c'est « qu'est ce qu'elle en sait, elle est jamais sur le terrain ».</p> <p>qui gère la dimension multiculturelle. Le chef a adapté les horaires pour les ethnies, surtout chez les AS, ils font attention pour ne pas que les ethnies différentes se tapent dessus</p> <p>Qu'en de bienveillant, bien-être mais aussi en termes de développement qui va chercher le meilleur de chacun</p> <p>« Quand on sait qu'il (le stagiaire) va sortir, on sait les facteurs, on laisse tomber, on en tous »</p> <p>« Les stagiaires ne peuvent pas manger avec le personnel infirmier »</p> <p>« Ils doivent manger dans le couloir, ils n'ont pas le même frigo »</p> <p>« C'est dingue alors que c'est un facteur déterminant, le stage »</p> <p>« Mais évidemment les infirmiers se plaignent qu'en ne les engage pas à la fin »</p>	<p>qui gère la dimension multiculturelle. Le chef a adapté les horaires pour les ethnies, surtout chez les AS, ils font attention pour ne pas que les ethnies différentes se tapent dessus</p> <p>Qu'en de bienveillant, bien-être mais aussi en termes de développement qui va chercher le meilleur de chacun</p> <p>« Quand on sait qu'il (le stagiaire) va sortir, on sait les facteurs, on laisse tomber, on en tous »</p> <p>« Les stagiaires ne peuvent pas manger avec le personnel infirmier »</p> <p>« Ils doivent manger dans le couloir, ils n'ont pas le même frigo »</p> <p>« C'est dingue alors que c'est un facteur déterminant, le stage »</p> <p>« Mais évidemment les infirmiers se plaignent qu'en ne les engage pas à la fin »</p>
Thème non abordé dans la littérature mais apparu lors du FG	Prise en charge des stagiaires	<p>« Les stagiaires, on essaye de les voir à la fin de leur stage, faire la rotation ensemble etc. L'accueil en général elles sont contentes. Mais elles racontent effectivement des expériences négatives en hôpital etc. de cette mise de côté au repas etc. »</p> <p>La gestion du manager chez nous elle est plus ou moins centrée sur le travail mais aussi la vie de distance, vie les sorties de suivi, etc.. la vie de communauté n'est pas la même. On fait les entretiens de sortie. Les RH refont le feedback après un an pour voir les motifs de toutes les sorties. « Entretien de sortie est fait par le responsable n+1 et tuteur, puis aussi un entretien entre le RH et le responsable de la personne. Pour avoir les deux points de vue</p>	<p>« Les stagiaires, on essaye de les voir à la fin de leur stage, faire la rotation ensemble etc. L'accueil en général elles sont contentes. Mais elles racontent effectivement des expériences négatives en hôpital etc. de cette mise de côté au repas etc. »</p> <p>La gestion du manager chez nous elle est plus ou moins centrée sur le travail mais aussi la vie de distance, vie les sorties de suivi, etc.. la vie de communauté n'est pas la même. On fait les entretiens de sortie. Les RH refont le feedback après un an pour voir les motifs de toutes les sorties. « Entretien de sortie est fait par le responsable n+1 et tuteur, puis aussi un entretien entre le RH et le responsable de la personne. Pour avoir les deux points de vue</p>
	Entretiens de sortie	<p>Ont lancé les entretiens de sortie. L'infi ICANE les rencontrent.</p> <p>« Pour faire des entretiens de recrutement (où les RH sont avec les managers), il a fallu 5 ans pour l'introduire. Les chefs ne voulaient pas « Qu'est ce qu'on y les RH connaît pour aller avec eux » » "Les infirmiers, c'est vraiment le truc protégé, on y arrive seulement maintenant à aller avec les chefs.</p> <p>Maintenant ils sont contents, ils se rendent compte de la plus-value de la RH" "On fait ça depuis des années, le RH avec DDI ou chef de service." "chef infi c'est plus touchy. « On ne comprend pas la réalité de terrain », ça qui se dit"</p> <p>« Le fait que le projet est porté par le top management c'est super important. »</p> <p>« Les chefs infis sont très corporatistes. Ils pensent qu'on ne les comprend pas. Ils ne veulent pas qu'on s'immisce dans leur business. Très autonome » "on n'est pas au courant de tout. Une salle où la moitié de la salle est en certificat, personne ne tîte qu'il y a besoin, quand on est à la limite de la grève. Au courant juste avant le point de rupture, trop tard pour la conciliation. »</p>	<p>« Pour faire des entretiens de recrutement (où les RH sont avec les managers), il a fallu 5 ans pour l'introduire. Les chefs ne voulaient pas « Qu'est ce qu'on y les RH connaît pour aller avec eux » » "Les infirmiers, c'est vraiment le truc protégé, on y arrive seulement maintenant à aller avec les chefs.</p> <p>Maintenant ils sont contents, ils se rendent compte de la plus-value de la RH" "On fait ça depuis des années, le RH avec DDI ou chef de service." "chef infi c'est plus touchy. « On ne comprend pas la réalité de terrain », ça qui se dit"</p> <p>« Le fait que le projet est porté par le top management c'est super important. »</p> <p>« Les chefs infis sont très corporatistes. Ils pensent qu'on ne les comprend pas. Ils ne veulent pas qu'on s'immisce dans leur business. Très autonome » "on n'est pas au courant de tout. Une salle où la moitié de la salle est en certificat, personne ne tîte qu'il y a besoin, quand on est à la limite de la grève. Au courant juste avant le point de rupture, trop tard pour la conciliation. »</p>
Recrutement		<p>: Pour recrutement, on a trois recruteuses RH. Les infis c'est avec moi. Si pas dispo, c'est une cheffe infi. Et pour le recrutement AS (aide-soignants) c'est la responsable. La volonté est que VB se détache pour que le chef recrute avec la RH.</p>	<p>: Pour recrutement, on a trois recruteuses RH. Les infis c'est avec moi. Si pas dispo, c'est une cheffe infi. Et pour le recrutement AS (aide-soignants) c'est la responsable. La volonté est que VB se détache pour que le chef recrute avec la RH.</p>
chef infis vs RH		<p>« Ne serait-ce que la formation, les RH ne veulent pas se mêler, ils ne se sentaient pas compétents. Les chefs de secteur, tous les gestionnaires, désormais, ils ont eu la même formation de posture managériale (gestion de conflits, entretiens d'embauche, motivation, communication, etc.)»</p> <p>ça se fait à deux niveaux, les syndicats qui rencontrent la DRH, la direction générale, chez nous c'est descendu à un niveau. Une délégée ça serait chaud à mettre en place, ça deviendrait un peu le bus syndicale d'infi revient avec des choses pas claires etc. chez les infis, et la voit elle VB avec un responsable chef, et l'écho se fait dans tous les sens.</p>	<p>« Ne serait-ce que la formation, les RH ne veulent pas se mêler, ils ne se sentaient pas compétents. Les chefs de secteur, tous les gestionnaires, désormais, ils ont eu la même formation de posture managériale (gestion de conflits, entretiens d'embauche, motivation, communication, etc.)»</p> <p>ça se fait à deux niveaux, les syndicats qui rencontrent la DRH, la direction générale, chez nous c'est descendu à un niveau. Une délégée ça serait chaud à mettre en place, ça deviendrait un peu le bus syndicale d'infi revient avec des choses pas claires etc. chez les infis, et la voit elle VB avec un responsable chef, et l'écho se fait dans tous les sens.</p>
Communication avec les syndicats		<p>le manager doit aussi mettre les mains dans le cambouis"</p> <p>"se rendre compte de ce qu'il y a sur le terrain"</p>	<p>le manager doit aussi mettre les mains dans le cambouis"</p> <p>"se rendre compte de ce qu'il y a sur le terrain"</p>
Présence sur le terrain			

Codage des entretiens par thématiques		Verbatim	
Catégories (Thèmes)	Code (Mots-clés de la littérature)	RH hôpital	Soins à domicile
Pistes de solution	soutien familial groupes de soutien Adaptations des horaires formations adaptées Augmenter les moyens humains : réintégrer les soignants inactifs	appelle à une réflexion : quel est le jour qui pose problème au personnel ? Est-ce qu'on s'adapte ? "l'instance un projet phare, impliquant les admin et soignants, qui consiste en une réflexion transversale sur comment on prendra en charge le patient demain, quels sont les métiers supports/tâches dont ils pourraient se délester pour permettre au soignant de se délester sur le support... boîte à idées dans les vestiaires, anonymes. Chaque directeur doit aussi y réfléchir pour son unité de soin (niveau comité de direction) et alors niveau terrain, réflexion sur ce qui pourrait les soulager, quoi qui prend du temps, etc. c'est quoi qui est compliqué." « Oui l'interim c'est compliqué mais nous on n'a pas le choix. Mais pleins ne sont pas formées, n'ont pas les procédures. Donc on essaye d'en fidéliser certaines. On reprend les mêmes. Mais ce sont eux qui font leurs horaires. » "Rôle des étudiants est qu'ils ne veulent pas être responsables d'une dépendance et fonction en plus de l'AS. Ils veulent rester proche du patient et ne pas faire de papier. Peur de perdre le nursing global. Complique de leur faire comprendre qu'ils perdent le nursing global avec le bimbo inf/AS. On n'est plus en capacité d'avoir que des infis. On a besoin des AS. Les infis gardent quand même le soin, et ont peur avec les IPA de ne plus être utiles. L'infirier chef va débrouiller la coordination hiérarchique, la gestion financière, les procédures, et l'IPA fait les itinéraires cliniques, ne prend aucune fonction de l'inf de terrain, plutôt coordination entre unités, pas intra-services. L'IPA fait le lien entre infi chef et médecin, ne règle pas la pénurie infi mais la pénurie de médecine. Par contre, l'assistante en soin sera entre infi et AS. Cette nouvelle assistante/ancienne ASH, la différence en termes de	appelle à une réflexion : quel est le jour qui pose problème au personnel ? Est-ce qu'on s'adapte ? "l'instance un projet phare, impliquant les admin et soignants, qui consiste en une réflexion transversale sur comment on prendra en charge le patient demain, quels sont les métiers supports/tâches dont ils pourraient se délester pour permettre au soignant de se délester sur le support... boîte à idées dans les vestiaires, anonymes. Chaque directeur doit aussi y réfléchir pour son unité de soin (niveau comité de direction) et alors niveau terrain, réflexion sur ce qui pourrait les soulager, quoi qui prend du temps, etc. c'est quoi qui est compliqué." « Oui l'interim c'est compliqué mais nous on n'a pas le choix. Mais pleins ne sont pas formées, n'ont pas les procédures. Donc on essaye d'en fidéliser certaines. On reprend les mêmes. Mais ce sont eux qui font leurs horaires. » "Rôle des étudiants est qu'ils ne veulent pas être responsables d'une dépendance et fonction en plus de l'AS. Ils veulent rester proche du patient et ne pas faire de papier. Peur de perdre le nursing global. Complique de leur faire comprendre qu'ils perdent le nursing global avec le bimbo inf/AS. On n'est plus en capacité d'avoir que des infis. On a besoin des AS. Les infis gardent quand même le soin, et ont peur avec les IPA de ne plus être utiles. L'infirier chef va débrouiller la coordination hiérarchique, la gestion financière, les procédures, et l'IPA fait les itinéraires cliniques, ne prend aucune fonction de l'inf de terrain, plutôt coordination entre unités, pas intra-services. L'IPA fait le lien entre infi chef et médecin, ne règle pas la pénurie infi mais la pénurie de médecine. Par contre, l'assistante en soin sera entre infi et AS. Cette nouvelle assistante/ancienne ASH, la différence en termes de
Création de nouveaux subides : avantages extra-légaux, création d'emploi etc.			"C'est un réseau d'indépendantes avec une convention et elles prennent le patient en charge. C'est l'indépendante qui gère la facture etc. Elles travaillent avec nos valeurs de prise en charge. L'interim c'est trop compliqué.."
Thème non abordé dans la littérature mais apparu lors du FG	Boîte à idée	Ont fait une enquête, souhaitaient : chefs de service davantage disponibles et présents pendant les tournées (personnes exigeantes, milieux précarisés, agressifs, etc. a géré en plus du soin). Ont créé un « call infi » avec les 6 admins qui répondent aux demandes en fonction, c'est très pratique pour l'inf (on a une demande et on a une personne qui gère les horaires, car souhait de faire moins de weekends. Et mise en place aussi de formations importantes pour elle -> catalogue envoyé, elles peuvent choisir. Ce qu'on a fait aussi, une infi elle a un peu peur de dire à sa chefve qu'elle ne sait plus faire ça ou ça → boîte à idées dans les vestiaires, anonymes. Chaque directeur doit aussi y réfléchir pour son unité de soin (niveau comité de direction) et alors niveau terrain, réflexion sur ce qui pourrait les soulager, quoi qui prend du temps, etc. c'est quoi qui est compliqué." "on ne communique pas assez de manière transversale. - vis ma vie (tous : on a mis en place, les gens aiment bien). Séances de sport, pleine conscience, etc. retours positifs mais toujours des gens pour râler peu importe les modalités. Par exemple, 2 piscines que le personnel peut utiliser, salle d'escalade. Plus ou moins utilisée, mais en dehors des heures de travail et là ça coince. Espace détente à Liermeux, ça marche bien. Mais préféreraient que ça soit pendant heures travail. Massage, ostéopathie, ils se déplacent dans l'unité de soin en prévenant à l'avance pour bénéficier pendant les heures de travail. "ça ne sert à rien... "on a essayé de les revaloriser mais maladroitement ; il y a eu les DT, etc. mais on ne règle pas le problème de fond." "On n'est pas là pour mentir aux étudiants, leur dire qu'ils ne feront pas de we etc. " "essayer de vendre qu'on ne doit pas rester 10 ans en gériatrie, on peut via des plans de formation, expliquer les possibles plans de carrière." "les infis on les réorientent vers le DIRHM, vers l'accueil, l'hôpital de jour, etc." "beaucoup de mobilité interne" "ont alerté leur fédération pour faire des campagnes. Exemple, défense ont fait une mega campagne, voudrait que Santhéa interpelle le gouvernement pour faire des campagnes l'info. On peut vendre toutes les choses mises en place pour le bien être malgré les contraintes horaires." "on essaye de les faire rentrer via l'équipe mobile pour qu'ils testent différents services."	Ont fait une enquête, souhaitaient : chefs de service davantage disponibles et présents pendant les tournées (personnes exigeantes, milieux précarisés, agressifs, etc. a géré en plus du soin). Ont créé un « call infi » avec les 6 admins qui répondent aux demandes en fonction, c'est très pratique pour l'inf (on a une demande et on a une personne qui gère les horaires, car souhait de faire moins de weekends. Et mise en place aussi de formations importantes pour elle -> catalogue envoyé, elles peuvent choisir. Ce qu'on a fait aussi, une infi elle a un peu peur de dire à sa chefve qu'elle ne sait plus faire ça ou ça → boîte à idées dans les vestiaires, anonymes. Chaque directeur doit aussi y réfléchir pour son unité de soin (niveau comité de direction) et alors niveau terrain, réflexion sur ce qui pourrait les soulager, quoi qui prend du temps, etc. c'est quoi qui est compliqué." "on ne communique pas assez de manière transversale. - vis ma vie (tous : on a mis en place, les gens aiment bien). Séances de sport, pleine conscience, etc. retours positifs mais toujours des gens pour râler peu importe les modalités. Par exemple, 2 piscines que le personnel peut utiliser, salle d'escalade. Plus ou moins utilisée, mais en dehors des heures de travail et là ça coince. Espace détente à Liermeux, ça marche bien. Mais préféreraient que ça soit pendant heures travail. Massage, ostéopathie, ils se déplacent dans l'unité de soin en prévenant à l'avance pour bénéficier pendant les heures de travail. "ça ne sert à rien... "on a essayé de les revaloriser mais maladroitement ; il y a eu les DT, etc. mais on ne règle pas le problème de fond." "On n'est pas là pour mentir aux étudiants, leur dire qu'ils ne feront pas de we etc. " "essayer de vendre qu'on ne doit pas rester 10 ans en gériatrie, on peut via des plans de formation, expliquer les possibles plans de carrière." "les infis on les réorientent vers le DIRHM, vers l'accueil, l'hôpital de jour, etc." "beaucoup de mobilité interne" "ont alerté leur fédération pour faire des campagnes. Exemple, défense ont fait une mega campagne, voudrait que Santhéa interpelle le gouvernement pour faire des campagnes l'info. On peut vendre toutes les choses mises en place pour le bien être malgré les contraintes horaires." "on essaye de les faire rentrer via l'équipe mobile pour qu'ils testent différents services."
Communication entre terrain et managers			problème dans l'image du soignant, de l'infirmière à revaloriser au sens large, au niveau du gouvernement.
Actions bien-être			
Valorisation du merier			
Approche des étudiants			