

**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire : "Influence des stratégies d'intégration sur l'expérience des nouveaux diplômés infirmiers dans les hôpitaux. Etude qualitative"**

**Auteur :** Pascolo, Céline

**Promoteur(s) :** 4221

**Faculté :** Faculté de Médecine

**Diplôme :** Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique

**Année académique :** 2024-2025

**URI/URL :** <http://hdl.handle.net/2268.2/22601>

---

*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.*

---

**« Influence des stratégies d'intégration sur l'expérience des nouveaux diplômés infirmiers  
dans les hôpitaux. Etude qualitative »**

Mémoire présenté par **Céline PASCOLO**  
en vue de l'obtention du grade de  
Master en Sciences de la Santé publique  
Finalité spécialisée en Praticien spécialisé en Santé publique  
Année académique 2024 – 2025

**« Influence des stratégies d'intégration sur l'expérience des nouveaux diplômés infirmiers  
dans les hôpitaux. Etude qualitative »**

Mémoire présenté par **Céline PASCOLO**  
en vue de l'obtention du grade de  
Master en Sciences de la Santé publique  
Finalité spécialisée en Praticien spécialisé en Santé publique  
Année académique 2024 – 2025

Promotrice : **Jacinthe DANCOT**

Infirmière, PhD, chargée de cours HERs, Professeure associée ULiège  
[jacinthe.dancot@uliege.be](mailto:jacinthe.dancot@uliege.be)

## Table des matières

---

<b>Table des illustrations.....</b>	<b>4</b>
<b>1 Résumé .....</b>	<b>7</b>
<b>2 Préambule.....</b>	<b>1</b>
<b>3 Introduction.....</b>	<b>2</b>
3.1 Etat de la question et connaissances actuelles .....	2
3.2 Modèle d'analyse .....	4
3.3 Objectifs du travail.....	9
<b>4 Matériel et méthodes .....</b>	<b>10</b>
4.1 Type d'étude et type de démarche de recherche .....	10
4.2 Caractéristiques de la population étudiée .....	10
4.2.1 La population cible finale (T2).....	10
4.2.2 La population accessible .....	11
4.3 L'échantillon et la méthode d'échantillonnage.....	11
4.3.1 La saturation des données .....	12
4.4 Paramètres étudiés.....	12
4.5 Outils de collecte des données.....	13
4.6 Organisation et planification de la collecte des données .....	14
4.7 Traitement des données/ méthodes d'analyse.....	14
4.8 Critères de qualité .....	15
<b>5 Résultats .....</b>	<b>17</b>
5.1 Description de l'échantillon.....	17
5.2 Analyse thématique.....	17
5.2.1 Identification des pratiques (T1).....	18
5.2.2 L'expérience d'intégration des ND (T2).....	20

5.2.3	L'impact des différentes stratégies sur l'intégration .....	25
<b>6</b>	<b>Discussion et perspectives .....</b>	<b>28</b>
6.1	Biais et limites de l'étude .....	32
6.2	Perspectives.....	33
<b>7</b>	<b>Conclusion.....</b>	<b>35</b>
<b>8</b>	<b>Références bibliographiques .....</b>	<b>36</b>
<b>9</b>	<b>Annexes .....</b>	<b>42</b>

## Table des illustrations

---

Figure 1:	La théorie des étapes de transition de Duchscher.....	6
Figure 2 :	Cadre théorique du mémoire.....	8
Figure 3:	Le processus d'intégration et le vécu des ND .....	27

## **Liste des abréviations**

- ARIQ = Attraction, rétention, implication des infirmières et qualité des soins
- DDI = Directeur/rice de département infirmier
- E1 = Entretien N°1
- ICAN = Infirmier/ère chargé(e) de l'accueil des nouveaux agents
- IC = Infirmier /ère en chef(fe) d'unité
- ICS = Infirmier/ère chef(fe) de service
- ND = Nouvelle diplômée infirmière
- Paragraphe = §
- RGPD = Règlement général sur la protection des données

Pour fluidifier la lecture de ce mémoire, la décision a été prise d'accordée le mot infirmier uniquement au féminin

## **Remerciements**

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

Tout d'abord, je souhaite adresser mes plus sincères remerciements à ma promotrice, Madame Dancot Jacinthe, pour sa disponibilité, sa bienveillance et son intérêt constant pour mon projet. Ses conseils éclairés ont été une source précieuse d'inspiration et de motivation tout au long de ce parcours.

Je tiens également à exprimer ma reconnaissance envers les établissements qui ont permis la réalisation de cette étude, ainsi qu'aux participants qui ont généreusement accepté de consacrer leur temps et leur énergie à ce travail. Leur engagement a été essentiel à son succès. Les échanges francs et constructifs que nous avons partagés ont considérablement enrichi mon expérience personnelle et ont ajouté une réelle valeur à l'ensemble de ma réflexion et de mon travail.

Je remercie aussi mes amis d'université, qui ont été des soutiens inestimables au quotidien, notamment Ysaline et Louis. Leur camaraderie, leurs échanges et leur solidarité ont enrichi mon parcours académique et m'ont permis de surmonter de nombreuses difficultés. Les moments partagés ensemble resteront gravés dans ma mémoire.

Enfin, je tiens à exprimer ma reconnaissance infinie à ma famille, dont l'amour et le soutien indéfectible ont été d'une importance capitale. Durant les périodes de stress et d'incertitude, ils ont su m'encourager et me donner la force nécessaire pour continuer.

## **1 Résumé**

---

### **Introduction**

La pénurie d'infirmières représente un défi majeur pour le système de santé. L'un des leviers identifiés pour améliorer la rétention des professionnels en début de carrière est la qualité de leur intégration en milieu hospitalier. Ce mémoire explore l'expérience d'intégration des nouveaux diplômés infirmiers (ND), ainsi que l'influence des dispositifs institutionnels sur leur vécu.

### **Méthodologie**

Une étude qualitative de type phénoménologique a été menée dans deux hôpitaux de la région de Liège. Au total, 14 entretiens ont été réalisés : dont 3 avec des responsables ( $n = 3$ ) et 9 avec des ND ayant entre 4 et 14 mois d'ancienneté ( $n = 9$ ). Deux autres entretiens ont été exclus de l'analyse, les participants ne répondant pas aux critères d'inclusion ( $n = 2$ ). L'analyse a suivi une approche phénoménologique existentielle, permettant d'identifier des unités de sens à partir des expériences vécues et subjectives des participants.

### **Résultats**

Les ND ont rapporté un choc initial lié à la réalité professionnelle, marqué par le stress et une forte charge émotionnelle. Le soutien des pairs et un encadrement structuré ont facilité l'adaptation, tandis que l'absence de mentorat et des attentes élevées ont constitué des freins. La théorie de Duchscher a permis de situer ces expériences dans la phase de "*Doing*", les suivantes ayant été peu observées, en lien avec l'ancienneté limitée des participants. La classification de Benner a positionné les infirmières entre les stades de novice et de débutant avancé, soulignant un besoin de supervision. Enfin, le modèle des hôpitaux magnétiques a mis en évidence le rôle central de l'environnement de travail dans le processus d'intégration.

### **Discussion**

Les résultats confirment l'importance de stratégies formalisées pour sécuriser l'entrée dans la profession. L'encadrement dès les premiers mois influence directement la confiance, la motivation et la fidélisation des ND. Ces données appellent à un renforcement des stratégies

d'accueil, à la formation des tuteurs, et à une culture d'équipe favorable. Dans un contexte de tension en ressources humaines, ces pratiques ont un impact direct sur la qualité des soins et la pérennité du système hospitalier.

**Mots-clés :** infirmières et infirmiers/ conditions de travail / hôpitaux / précepteurs/ adaptation psychologique

## **Abstract**

### **Introduction**

The nursing workforce shortage is a significant challenge in healthcare systems. One key strategy to improve retention is enhancing the early professional integration of newly graduated nurses. This research explores their lived experiences and how hospital integration strategies influence their transition.

### **Methods**

A qualitative phenomenological study was conducted in two hospitals in the Liège region. In total, 14 interviews were conducted: 3 with managerial staff ( $n = 3$ ) and 9 with newly graduated nurses with 4 to 14 months of experience ( $n = 9$ ). Two additional interviews were excluded from the analysis, as the participants did not meet the inclusion criteria ( $n = 2$ ). The analysis followed an existential phenomenological approach, aiming to identify meaning units based on the participants' lived and subjective experiences.

### **Results**

Newly graduated nurses reported an initial shock upon entering professional practice, characterized by stress and a high emotional burden. Peer support and structured guidance facilitated their adaptation, while the lack of mentorship and high expectations were perceived as obstacles. Duchscher's theory helped situate these experiences within the "Doing" phase, the next phases having been scarcely observed, likely due to the limited seniority of participants. Benner's classification positioned the nurses between the novice and advanced beginner stages, highlighting a continued need for supervision. Finally, the magnet hospital model underscored the central role of the work environment in the integration process.

### **Discussion**

Findings highlight the need for robust integration systems, including dedicated mentorship, leadership support, and clear protocols. These elements contribute not only to smoother transitions but also to long-term retention and job satisfaction. In the context of workforce

shortages, improving integration practices is a public health priority for sustaining care quality and institutional resilience.

**Keywords :** *Nurses/ Working Conditions/ Hospitals / preceptorship/ adaptation, psychologie*

## **2 Préambule**

---

La pénurie de personnel infirmier constitue un problème critique en Belgique comme à l'échelle mondiale (1). Elle se définit, selon le dictionnaire Le Robert, comme « un manque de ce qui est nécessaire » (2) et a un impact majeur sur le système de santé, notamment en raison d'un déséquilibre entre l'offre de soins et la demande croissante, aggravé par l'absentéisme et le risque de burnout dans les institutions hospitalières (3). Plusieurs causes expliquent cette pénurie : le vieillissement de la population, une faible attractivité du métier, des difficultés de rétention, une réduction du temps de travail et des départs précoces dans les premières années de carrière, ce qui engendre des coûts élevés pour les établissements (4). Ces facteurs compromettent la qualité et la sécurité des soins (5). Cela se traduit par des postes vacants, une efficacité réduite et une pression accrue sur un personnel déjà limité, accentuée par un nombre insuffisant de nouveaux diplômés (6). Le turn-over élevé provoque en outre une perte de savoir-faire et renforce l'insatisfaction au travail pouvant entraîner une perte de sens et un désir croissant de quitter la profession (3).

En tant qu'infirmière et étudiante en sciences de la santé publique, option management des organisations de santé, cette problématique me touche directement car elle influence ma pratique quotidienne. Débutant ma carrière, j'ai choisi de m'intéresser à la question de la rétention, en ciblant spécifiquement les départs précoces. Je me concentre sur un moment clé de ce processus : l'intégration des nouvelles diplômées infirmières (ND) dans les services hospitaliers. L'entrée dans le monde professionnel est une période difficile, souvent marquée par le stress, les doutes, un manque de soutien et de confiance en soi (7). Si cette phase d'intégration est mal accompagnée, elle peut rapidement devenir un facteur décisif dans la décision de quitter la profession (8).

C'est dans ce contexte que j'ai décidé de réaliser une étude sur l'expérience d'intégration des nouveaux diplômés dans les hôpitaux de Liège, et de m'intéresser à la manière dont cette perception est influencée par les stratégies d'intégration mise en place par les institutions hospitalières.

### **3 Introduction**

---

#### **3.1 Etat de la question et connaissances actuelles**

Afin de mieux comprendre la complexité de la pénurie du personnel infirmier, il est essentiel de présenter quelques chiffres clés ainsi que les principaux facteurs contribuant à ce phénomène. Ce sujet étant complexe et multifacette, d'autres éléments non recensés dans l'étude peuvent également influencer cette problématique.

En 2024 la Belgique comptait 216 645 praticiens autorisés à exercer la **profession d'infirmière** (9). Parmi eux, 60 % étaient actifs dans le secteur des soins de santé, 10 % exerçaient en dehors de ce domaine, 15 % étaient inactifs sur le territoire belge et 15 % étaient déjà retraités (10,11). En d'autres mots, 25% des infirmiers belges ont quitté la profession, ou ont cessé de l'exercer sur le territoire. Sachant que, sur le total des ETP d'infirmiers actifs dans le secteur de la santé, 40% travaillent à temps partiel (10).

Les infirmières belges vieillissent : plus d'une sur trois a plus de 50 ans (6). La répartition par âge de la population infirmière montre que seuls 2.4 % ont moins de 25 ans, 45.8 % ont entre 25 et 49 ans, tandis que plus de la moitié ont 50 ans ou plus (11). Cette structure vieillissante souligne l'urgence de renouveler la profession et de renforcer l'attractivité du métier. Après une hausse entre 2013 et 2017, le nombre de diplômés en soins infirmiers a diminué, atteignant 5 304 en 2021 contre 6 446 en 2018, notamment en raison de l'allongement des études (12). La rétention des infirmières entre 25 et 40 ans est un défi majeur, les carrières sont souvent courtes, avec de nombreuses infirmières ne pratiquant que durant 5 à 10 ans (3). De plus, les contraintes de conciliation et la pénibilité des métiers entraînent un recours important au temps partiel (3).

Il est également essentiel de considérer le **contexte démographique actuel** : le vieillissement de la population entraîne une hausse significative, tant en volume qu'en complexité, des besoins en soins. À titre d'exemple, le nombre d'hospitalisations chez les personnes âgées de 80 ans et plus devrait tripler entre 2000 et 2050 (3,13,14), en grande partie en raison de la prévalence croissante des maladies chroniques. Cette évolution est particulièrement marquée dans nos systèmes de santé encore largement centrés sur une approche curative.

L'**environnement contemporain** dans lequel les ND en soins infirmiers commencent à travailler a radicalement changé au cours des 20 dernières années, passant à un environnement où les soins aigus sont intenses, hautement dynamiques et chargés de stress, et de demandes excessives en matière de charge de travail (6,11). Les risques liés à la pénurie de personnel sont accentués par des conditions de travail exigeantes fragilisant la qualité des soins et augmentant les tensions au sein des établissements hospitaliers (15). L'augmentation de la charge de travail due au manque de personnel, à la complexité croissante des soins et à la multiplication des tâches non infirmières, empêche l'accomplissement de certains actes, en particulier les actes relationnels ce qui accentue l'insatisfaction professionnelle, la perte de sens, le désir de quitter la profession, et contribue ainsi à aggraver la pénurie (3).

La **dotation en personnel infirmier** a un impact direct sur la qualité des soins (6). Le rapport KCE 325B identifie le ratio patients/ infirmière comme un indicateur clé (6). En Belgique, ce ratio était de 10,7 en 2016, bien au-dessus de la moyenne européenne de 8,3 mais a légèrement diminué à 9,4 en 2019, en raison d'une augmentation modeste du personnel infirmier et d'une baisse de l'activité hospitalière (6). Malgré cette amélioration, le ratio reste supérieur aux normes internationales recommandées (6).

Le **manque d'attractivité** de la profession infirmière résulte d'une image dévalorisée, de l'allongement des études sans compensation salariale et d'une formation exigeante, où près de la moitié des étudiants risquent un burn-out ou envisagent d'abandonner (3,13). Le caractère parfois oppressant de l'environnement hospitalier contribue à accentuer ces difficultés (9).

La **transition entre études et pratique professionnelle** est souvent brutale, confrontant les nouveaux diplômés à un système centré sur la productivité, loin de l'idéal cultivé en formation (3). Leur intégration prend plusieurs mois, nécessitant un encadrement efficace, notamment par les précepteurs, pour faciliter l'adaptation aux responsabilités et à la gestion des patients (7,18,19). Les limites de la formation, telles que le manque de diversité des stages et l'encadrement insuffisant, entravent l'apprentissage des réalités du métier (16). Une fois en poste, les ND doivent gérer plusieurs patients complexes, ce qui génère stress et sentiment d'incompétence (18). Sans soutien institutionnel et avec des attentes souvent irréalistes, leur adaptation devient encore plus difficile (7,23). Ainsi, l'intégration professionnelle est un défi majeur qui nécessite un accompagnement structuré pour éviter un décrochage précoce (22).

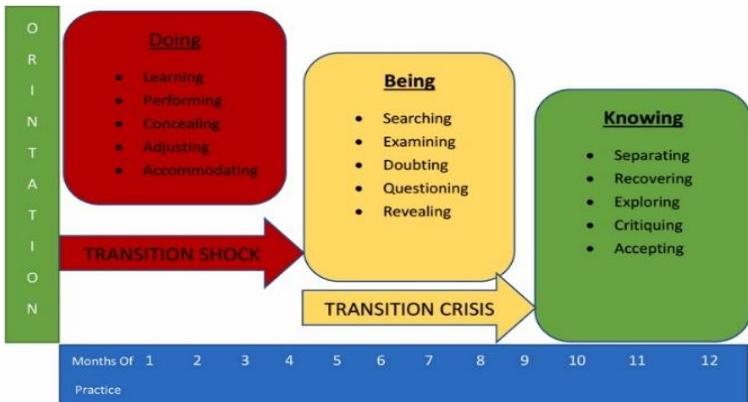
En ce qui concerne la **rétention du personnel**, une revue de la littérature publiée en 2014 dans l'*International Journal of Nursing Studies* met en évidence le défi mondial de la pénurie d'infirmières (17). Elle souligne que l'élaboration de milieux ayant des pratiques positives constitue une stratégie essentielle pour prévenir l'aggravation des conséquences négatives sur la santé. Cette revue, basée sur l'analyse de plusieurs études cliniques, identifie des leviers concrets pour améliorer la rétention du personnel infirmier (8). Un lien clair est établi entre des environnements de pratique positive, la rétention du personnel et la qualité des soins (8). Ces environnements, définis par des caractéristiques organisationnelles favorisant la pratique infirmière, sont associés à un meilleur maintien en poste, comme le montre la théorie des *Magnet Hospitals* (8). À l'inverse, un mauvais climat de travail peut annuler les bénéfices d'un bon ratio patients/infirmière (6). Le leadership joue également un rôle central : des leaders perçus comme justes et structurés peuvent réduire les départs volontaires (18). Parmi les stratégies identifiées figurent la participation des infirmières aux décisions, l'autonomie professionnelle, un leadership accessible, une gestion adaptée des ressources et la collaboration interprofessionnelle (8).

### 3.2 Modèle d'analyse

La notion de transition se définit comme étant « Le passage d'un état, d'une étape de vie ou d'un statut à un autre »(19), qui est induit par des changements internes ou externes (19,20). En 1974, Kramer a étudié la transition des ND, suggérant que les étudiants en soins infirmiers étaient insuffisamment préparés à comprendre et à s'adapter aux comportements et attentes de leur nouvelle culture professionnelle (21). Poursuivant ce travail, **Duchscher** a développé un modèle pour comprendre les étapes d'acquisition des compétences et le processus de transition vers la pratique (21). La transition est souvent vue comme une difficulté d'adaptation ou peut être perçue comme des occasions à saisir ainsi que des défis à relever (22). Chaque transition entraîne une réévaluation fondamentale de l'identité, même si cela se produit souvent de manière inconsciente. Cette remise en question génère des sentiments d'incertitude et pousse les individus à soit développer de nouveaux comportements, soit à chercher à modifier leur environnement (23). La phase de transition initiale représente la réaction première et souvent intense des débutants lorsqu'ils sont confrontés à cette réalité. Le processus de transition des ND vers la pratique professionnelle en soins aigus a été développé par Duchscher et se déroule en trois étapes clés : Faire (*Doing*),

être (*Being*) et savoir (*Knowing*) (24), en plaçant son modèle sur une ligne chronologique afin d'avoir des repères du nombre de mois de pratique du ND, allant du 1<sup>er</sup> mois au 12<sup>ème</sup> mois d'expérience dans le monde professionnel (21,25). Elles sont présentées en figure 1. Le **faire** est la première étape, couvre les 3 à 4 premiers mois post-orientation (24). Par post orientation est sous-entendue la période qui suit l'attribution d'un service à un professionnel de l'art infirmier. Les ND se retrouvent souvent dépassées par les attentes de la pratique, ce qui peut entraîner un stress important (21,24,26). Le choc de transition survient pendant ces 4 premiers mois, lorsqu'elles passent du rôle familial d'étudiant à celui, moins connu, d'infirmières (21,24,26). Les infirmières débutantes affrontent des changements physiques, émotionnels et socioculturels lors de leur transition vers la pratique, exacerbés par l'adaptation à de nouvelles relations et des responsabilités plus lourdes que celles rencontrées pendant leurs études (26). Elles ont besoin d'un soutien individuel, apporté par un collègue expérimenté à travers une période d'écolage, pour s'ajuster et développer leur confiance et leurs compétences professionnelles (7,27). L'**être** est la deuxième étape et se déroule environ 4 à 5 mois après l'orientation (21,24). Les ND acquièrent progressivement un niveau de confort dans leur milieu professionnel (21,24). Elles commencent à remettre en question les incohérences et les lacunes existantes dans le système de santé (21,24). Les ND peuvent éprouver des doutes sur leur compétence professionnelle et leur capacité à répondre aux attentes, mais elles montrent également une progression significative dans leurs compétences et connaissances (24). La dernière étape du processus, qui est le **savoir**, intervient généralement après 9 à 12 mois (24). La crise de transition culmine approximativement au huitième ou neuvième mois au courant de la première année de pratique clinique (21,24). Elles commencent à avoir plus confiance dans leurs compétences et sont prêtes à assumer des responsabilités plus importantes dans leur pratique (21,24). Cette phase nécessite un soutien continu de la part de leurs collègues afin de les aider à trouver un sens à leur travail et à maintenir leur engagement professionnel (24). (7). Le processus des étapes de la transition vers la pratique et la théorie du choc de la transition facilitent ainsi le développement de supports d'apprentissage adaptés pour les infirmières nouvellement diplômées (26).

La théorie de Duchscher, bien qu'éclairante sur le vécu émotionnel des nouveaux diplômés, reste limitée par son absence d'analyse des facteurs structurels tels que l'organisation, les ressources ou le soutien institutionnel.



(28)

Figure 1: La théorie des étapes de transition de Duchscher

Une autre théorie qui a permis de faciliter la compréhension, l'amélioration de la sécurité des bénéficiaires de soins et la qualité des soins infirmiers, est la **théorie de Benner**. L'adaptation par Benner du modèle d'acquisition des compétences de Stuart et Hubert Dreyfus aux soins infirmiers a défini les étapes suivantes : novice, débutant avancé, compétent, efficace et expert (29–32). La progression à travers ces étapes dépend de l'expérience clinique, qui s'approfondit avec le temps passé en pratique (29). Benner souligne également que la réflexivité, c'est-à-dire la capacité à analyser sa propre pratique, joue un rôle essentiel dans la progression à travers ces différents stades (29). Le *novice* est une personne sans expérience concrète des soins (29–32). Son action repose sur des règles strictes et des protocoles, sans adaptation au contexte (29–32). Il comprend la situation de façon théorique, sans percevoir sa complexité (29–32). Le *débutant avancé* a commencé à acquérir de l'expérience et reconnaît certains schémas, mais reste dépendant d'une supervision (29–32). Il peine encore à hiérarchiser les priorités (29–32). Dans le cadre de la formation continue, il est particulièrement pertinent, pour les infirmiers en phase de débutant avancé, de proposer des situations cliniques encadrées et des retours ciblés afin de développer et affiner leur regard clinique (29–32). Le *niveau compétent* correspond à une infirmier expérimenté capable de planifier, prioriser et gérer plusieurs variables (29–32). Son jugement devient plus autonome (29–32). Il convient alors de renforcer son esprit critique, son autonomie et sa capacité à relier actions et conséquences (29–32). Au stade *efficace* (ou maîtrise intuitive), l'infirmier perçoit globalement les situations et ajuste finement son action grâce à une intuition issue de l'expérience (29–32). La formation continue doit encourager l'analyse réflexive de cas complexes et la simulation en contexte réaliste (29–32). Enfin, *l'expert* agit avec fluidité et précision, sans s'appuyer consciemment sur des règles (29–32). Il mobilise un savoir incarné, basé sur une longue expérience (29–32). L'accompagnement pédagogique vise à nourrir sa

réflexivité et à approfondir une éthique du soin centrée sur la singularité de chaque situation (29–32). Ainsi, le développement vers l’expertise infirmière ne repose pas uniquement sur l’accumulation de connaissances, mais sur l’intégration progressive d’une intelligence pratique, relationnelle et éthique qui permet d’agir avec justesse dans des situations complexes et souvent imprévisibles (29–32). C’est donc le passage du stade de novice à celui de débutant avancé qui retient particulièrement l’attention de la chercheuse. La théorie de Duchscher, mettant l’accent sur l’aspect émotionnel, vient combler la limite du modèle de Benner qui peut sous-estimer le choc émotionnel pouvant résulter de l’entrée dans la profession.

Finalement, un dernier modèle théorique est celui des **hôpitaux magnétiques** ou *magnet hospitals*, un concept développé aux États-Unis dans les années 1980 pour désigner les établissements qui parvenaient à mieux recruter et fidéliser le personnel infirmier (40). Ce modèle a ensuite inspiré le projet attraction, rétention, implication des infirmières et qualité des soins (ARIQ), visant à rendre les hôpitaux plus attractifs et à améliorer la rétention du personnel infirmier (38,39). On retrouve aussi le projet *Magnet4Europe* (2020-2024) qui était un projet financé par l'UE visant à améliorer la santé mentale des professionnels de santé dans six pays européens (33). Ce projet a adapté le modèle *magnet* aux hôpitaux européens, en mettant l’accent sur le leadership, le développement du personnel et l’amélioration de la qualité des soins grâce aux données (33). Le roulement élevé du personnel infirmier ou *turnover* est un indicateur de non-qualité (34). Un roulement élevé de personnel entraîne des coûts importants (recrutement, formation, etc.) et affecte négativement la qualité des soins (baisse de productivité, moral affecté, perte de compétences liées à l’expérience, etc.) (34). La satisfaction au travail est cruciale pour la rétention du personnel (34). Un cercle vicieux peut s’installer : le faible recrutement augmente la pression sur le personnel en place, détériorant le milieu et augmentant les perceptions négatives (34). L’insatisfaction au travail peut mener au présentisme, où les employés sont physiquement présents mais peu investis (34). Ce qui distingue ces établissements, c'est le milieu de travail (34). Les hôpitaux magnétiques se caractérisent par une communication ouverte, un accès facile à la haute direction, et une confiance mutuelle (34). Il existe huit conditions essentielles aux hôpitaux magnétiques: l’autonomie professionnelle, le soutien administratif, la collaboration médecins-infirmières, la valorisation professionnelle, les relations positives avec les pairs, un ratio de personnel adéquat, le focus client, l’importance de la qualité des soins et services

(34). Plusieurs de ces conditions, notamment le soutien administratif, la valorisation professionnelle et les relations positives avec les pairs, sont directement liées aux stratégies d'intégration des nouveaux diplômés. Dans les hôpitaux magnétiques, on constate une réduction des durées de séjour et du recours aux soins intensifs, notamment liée à la présence des conditions essentielles qui les caractérisent (34). D'autres études vont dans le même sens et soulignent l'importance du milieu de travail et de la satisfaction du personnel, en particulier infirmier, pour garantir la qualité des soins et l'efficience des hôpitaux (36). Ces études mettent en lumière le rôle des incitatifs non économiques, comme le sens donné à la mission centrée sur le patient et la valorisation des soignants dans l'attraction et la rétention du personnel infirmier (35,36). Elles insistent également sur l'importance d'un environnement de travail motivant et du développement professionnel continu (35,36). Le soutien organisationnel, défini comme un ensemble de mesures concrètes, joue à cet égard un rôle clé (35,36). Il inclut notamment des programmes d'accueil, de mentorat, de formation continue et de suivi personnalisé, facilitant l'intégration, la satisfaction et la fidélisation des nouveaux professionnels (35,36).

Ainsi, l'articulation de ces trois modèles permet d'adopter une lecture cohérente et pluridimensionnelle de la transition professionnelle : Benner aide à comprendre l'évolution des compétences cliniques, Duchscher éclaire la trajectoire émotionnelle et identitaire des premiers mois avec un repérage temporel, et le *Magnet hospital* souligne les facteurs organisationnels qui soutiennent ou fragilisent cette transition. Ensemble, ces approches fournissent une compréhension la plus complète possible du phénomène analysé. Ces différentes théories sont globalement représentées dans la figure 2.

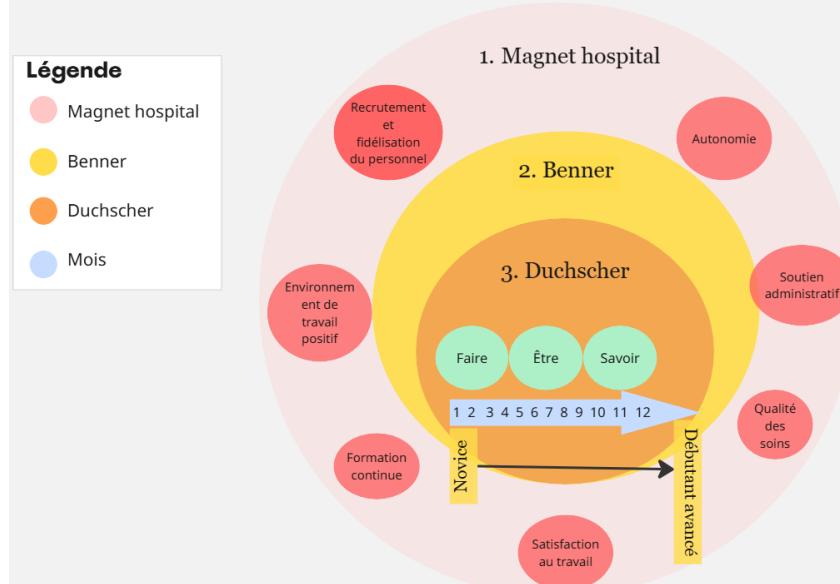


Figure 2 : Cadre théorique du mémoire

### **3.3 Objectifs du travail**

À la lumière des informations présentées précédemment, il apparaît clairement que les débuts des ND sont souvent complexes. Cela soulève la question de la manière dont ils sont accueillis et accompagnés durant cette phase critique de leur intégration.

L'intégration des nouveaux diplômés repose sur des cadres légaux et recommandations pour faciliter leur adaptation et rétention (37). En Belgique, l'Arrêté royal du 13 juillet 2006 impose un encadrement par des cadres intermédiaires, avec une formation continue de 60 heures sur 4 ans et une supervision par les infirmières cheffes de service, visant à développer leurs compétences en gestion, législation, le management d'équipe, etc (37). En Belgique, plusieurs initiatives ont été mises en place pour améliorer l'intégration et la rétention des infirmières face à la pénurie. En 2024, 30 millions d'euros sont consacrés à la formation et au mentorat, avec des projets pilotes pour accompagner les nouveaux diplômés (38). Le programme "Retour à bord" (38), 7 millions d'euros, facilite l'intégration des recrues grâce à un mentorat structuré (38). Parmi les éléments d'actions plus spécifiques aux hôpitaux de Liège, qui est la population accessible dans cette étude, peu d'informations ont été trouvées concernant les stratégies mises en place pour l'accueil du personnel soignant dans les hôpitaux, dans la littérature. Les éléments suivants proviennent d'observations faites par la chercheuse au cours de ses recherches. Peu d'entre eux révèlent des points communs entre les différents protocoles d'accueil des hôpitaux. Certains établissements organisent des journées ou des semaines d'accueil pour les nouveaux agents, tandis que d'autres proposent, par exemple, quatre journées d'accueil chaque trimestre. Ces processus sont donc très variés. Généralement l'intégration des nouvelles recrues est facilitée par un accompagnement personnalisé, adapté à leur profil et basé sur une évaluation préalable de leurs compétences (35). L'ICAN accompagne les nouveaux engagés, le retour au travail et les stages, aidant les professionnels à s'intégrer et progresser dans l'institution. Elle joue un rôle clé dans l'intégration des nouveaux (35). Une question de recherche a donc été établie: comment les nouveaux diplômés perçoivent-ils leur expérience d'intégration dans les hôpitaux de la région de Liège, et de quelle manière cette perception est-elle influencée par les pratiques d'intégration?

## **4 Matériel et méthodes**

---

### **4.1 Type d'étude et type de démarche de recherche**

Cette recherche repose sur une approche qualitative, mettant l'accent sur la réalité telle que perçue par les individus. L'objectif principal est d'explorer l'impact des stratégies d'intégration sur le vécu des nouveaux diplômés. Le vécu des participants constitue ainsi le cœur de cette étude, offrant une perspective approfondie et authentique sur ces dynamiques. Compte tenu de la nature de la question de recherche, deux approches de recherche ont été adoptées. Pour la première partie (T1), un devis de recherche qualitative descriptive a été choisi, afin de découvrir les pratiques d'intégration actuellement en vigueur dans les hôpitaux, de pouvoir les décrire.

Pour la seconde partie (T2), un devis de recherche qualitative phénoménologique existentielle a été retenu pour approfondir le vécu des infirmières par rapport à ces pratiques d'intégration. La phénoménologie existentielle soutient que la vie ne peut être comprise qu'au sein d'un contexte, chaque individu étant en interaction constante avec le monde (39). Les comportements des individus sont ainsi porteurs de sens, révélant en partie leur identité et ce qui leur importe. Cette approche permet de mieux comprendre des phénomènes, en explorant la signification personnelle que chacun attribue à ses expériences (39). Elle aide ainsi à décrire la structure plus globale d'un événement vécu, en s'appuyant sur l'interprétation des expériences individuelles (39).

### **4.2 Caractéristiques de la population étudiée**

#### **4.2.1 La population cible finale (T2)**

La population cible finale, pour la partie T2 qui est l'objectif principal, est constituée par les infirmiers et infirmières nouvellement diplômés.

En ce qui concerne les critères d'inclusion et exclusion ;

- Des individus détenant un bachelier responsable en soins généraux et/ou le brevet d'infirmière hospitalière, ainsi que des infirmières ayant obtenu un diplôme de spécialisation. Les personnes ayant travaillé avant ou en parallèle du processus de spécialisation ont été exclues de la population d'étude.

- Des infirmières travaillant au moins à mi-temps dans un rôle clinique, afin d'assurer une exposition adéquate à l'environnement de soins pour tous les participants.
- Une ancienneté maximale de 15 mois a été requise pour garantir la pertinence des théories utilisées et une bonne mémoire des expériences vécues.
- Une ancienneté minimale de 4 mois a été exigée afin de garantir que chaque individu ait déjà été confronté à au moins une étape du modèle théorique de Duchscher.
- Les individus ne maîtrisant pas la langue française ont été exclus.
- Tout individu ayant un lien préalable avec la chercheuse a été exclu du processus de recrutement.

#### 4.2.2 La population accessible

T1 : La population accessible se compose des directeurs et directrices de départements infirmiers (DDI) des hôpitaux contactés, des ICANS, et des infirmières cheffes d'unité (IC) et de service (ICS).

T2 : Des infirmiers et infirmières répondant aux critères d'inclusion, exerçant dans deux hôpitaux de la région liégeoise, ont été inclus dans l'étude. Ces établissements ont été sélectionnés dans un premier temps sur la base de leur accessibilité géographique pour la chercheuse, ainsi que sur la diversité des unités de soins qu'ils proposent, afin d'assurer une certaine variabilité des milieux de soins.

### 4.3 L'échantillon et la méthode d'échantillonnage

Parmi les quatre hôpitaux contactés, seuls deux ont accepté de participer, malgré plusieurs relances. Après avoir donné leur accord pour la phase T1, ils ont également autorisé la sollicitation de leur personnel infirmier pour la phase T2 de l'étude.

L'échantillon était non probabiliste de commodité et composé de personnes volontaires suite à la sollicitation autant pour le T1 que le T2. Pour la méthode de recrutement, il a été décidé de prendre contact avec les participants par courrier électronique. Pour commencer, les DDI ont été contactés afin de présenter les objectifs de l'étude et d'obtenir leur accord pour interroger les ICAN, les IC ainsi que les ND. Ensuite, les ICAN ont été sollicités afin de recueillir des informations sur les pratiques d'intégration en place au sein de l'hôpital et de ses différents services. Leur contribution a également permis d'identifier les services comptant des ND répondant aux critères du T2 de l'étude. Les ICS et IC ont été inclus dans l'étude lorsque

leur contribution était jugée pertinente au regard des objectifs de la recherche. Cet email, rédigé de manière générale, a décrit le sujet et son importance (Annexe I).

T2 : L'échantillon était non probabiliste raisonné et la méthode de recrutement s'est effectuée en fonction de critères théoriques (ancienneté variable, de 4 à 15 mois, pour couvrir toutes les étapes du processus d'intégration) et empiriques (sélection des participants selon les différentes méthodes d'intégration identifiées en T1, afin d'assurer leur représentation dans l'échantillon). Par la suite, les infirmières cheffes des unités ciblées ont été contactées afin d'obtenir les adresses e-mail professionnelles des agents, dans le but de les solliciter pour participer à l'étude et de convenir d'un rendez-vous. Ils ont également été sollicités lorsque des pratiques d'intégration spécifiques à l'unité de soins étaient en place.

T1 et T2 : Le processus de sélection suit une approche d'échantillonnage en boule de neige, où chaque étape s'appuie sur la précédente. En passant d'abord par les directeurs, puis par les ICAN et enfin par les IC pour finir sur les ND des unités. Chaque interlocuteur permet d'identifier et de contacter les participants suivants, facilitant ainsi l'accès aux personnes répondant aux critères de l'étude.

#### 4.3.1 La saturation des données

T2 : La saturation des données a été considérée comme atteinte lorsque les entretiens devenaient redondants, n'apportant plus d'éléments nouveaux ou de thématiques inédites (39). Cette saturation a été évaluée en tenant compte de la variabilité de l'échantillon (ancienneté, services cliniques, profils des participants), et du fait que les entretiens et leur analyse ont été menés par la chercheuse elle-même, assurant ainsi une continuité et une profondeur progressive dans la compréhension des données. Idéalement, un entretien supplémentaire aurait dû être mené afin de s'assurer qu'aucun nouveau thème n'émerge (39).

### 4.4 Paramètres étudiés

T1 : Les pratiques d'intégration des nouveaux employés ont été examinées afin d'identifier les différentes procédures mises en place par les hôpitaux pour l'accueil et, afin d'explorer les facteurs influençant le choix ainsi que la mise en œuvre de certaines pratiques d'intégration plutôt que d'autres.

T2 : Les expériences vécues par les infirmières ont été étudiées, notamment les émotions ressenties lors de leur intégration, leurs interactions avec les collègues, les supérieurs et les autres membres du personnel au cours de cette période. Leurs avis sur l'efficacité des programmes d'intégration et sur l'impact de leur adaptation au nouvel environnement de travail ont également été recueillis.

#### **4.5 Outils de collecte des données**

Pour l'outil de collecte des données, que ce soit pour la première ou la deuxième partie de la question de recherche, un entretien semi-dirigé a été utilisé (Annexe II). Les entretiens ont été menés exclusivement par la chercheuse, en présence uniquement du participant concerné. Seul le motif de la recherche ainsi que l'intérêt et la motivation ayant conduit à la réalisation de cette étude ont été communiqués aux personnes interrogées. Les entretiens ont été réalisés selon deux modalités : certains ont été menés individuellement, tandis que d'autres ont été réalisés en présence de plusieurs participants, lorsque cela s'avérait pertinent. Cette configuration a notamment été choisie pour les entretiens avec des membres du personnel encadrant (T1), afin de favoriser une discussion croisée sur les pratiques institutionnelles. Le guide d'entretien, pour le T2, a été conçu en s'appuyant sur plusieurs modèles théoriques, dont celui de Duchscher (Figure 1), afin de faciliter l'identification des différentes étapes du processus de transition dans les récits des participants. Les questions du guide d'entretien ont été élaborées selon les principes de la phénoménologie existentielle, avec une question centrale ouverte centrée sur l'expérience vécue. L'écoute active et empathique a favorisé une expression libre, en lien avec les objectifs de l'étude. Conformément à cette approche, l'intervieweur a lui-même participé à un entretien préalable, afin de prendre conscience de ses préconceptions et d'ajuster le guide en fonction des difficultés rencontrées. Cette démarche a renforcé la qualité des échanges en soulignant l'importance d'une posture d'écoute attentive. Avant d'être utilisé pour les entretiens principaux, le guide a également été testé, permettant d'en évaluer sa pertinence et son efficacité et d'ajuster certaines questions selon les retours obtenus. Ces ajustements ont assuré que le guide couvre bien les thèmes nécessaires pour répondre à la problématique de la recherche ainsi que la bonne compréhension des questions. La durée de l'entretien a pu être estimée à environ 30 min. Chaque entretien a commencé par une présentation du but de l'étude ainsi que par l'accord de la personne pour l'enregistrement, suivis d'une question

ouverte pour introduire la discussion. Les questions suivantes ont ensuite été ajustées en fonction du déroulement de l'entretien. De plus, un tableau de données sociodémographiques a été utilisé pour obtenir une vue d'ensemble des participants à l'étude.

#### **4.6 Organisation et planification de la collecte des données**

Un accord éthique a été obtenu du comité hospitalo-facultaire de l'Université de Liège (Annexe III), conformément aux exigences réglementaires et au règlement général sur la protection des données (RGPD), comme le précise le document de consentement (Annexe IV). Une fois l'accord du comité d'éthique obtenue et le premier contact établi, une date, une heure précise et un lieu, physique ou digital au choix, ont été fixés en accord avec les participants à l'étude. Concernant le lieu des entretiens, afin de favoriser la participation, il a été précisé lors de la sollicitation à l'étude que la chercheuse pouvait se déplacer sur le lieu de travail. Les entretiens pouvaient ainsi avoir lieu avant, après ou, sous réserve de l'accord préalable des IC, pendant une pause de travail, que ce soit en semaine ou le weekend. Aucun entretien n'a été réalisé en visio lors de l'étude, l'entièreté des déplacements a été réalisée par la chercheuse. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un enregistreur vocal et les retranscriptions ont été anonymisées. La collecte de données a débuté en janvier et s'est poursuivie jusque début avril.

#### **4.7 Traitement des données/ méthodes d'analyse**

L'analyse des entretiens a été réalisée de manière itérative, ce qui a permis d'ajuster progressivement le guide en fonction des résultats obtenus. Cette analyse a été conduite exclusivement par la chercheuse. Le processus a commencé par la retranscription fidèle de l'entretien dans un document Word, à l'aide un logiciel de transcription qui a été utilisé pour retranscrire fidèlement les entretiens. Ce logiciel, fonctionnant *off-line*, garantit une sécurité optimale en assurant la confidentialité des données, tout en restant aussi proche que possible du style oral du participant (39). Ensuite, une seconde écoute a été effectuée pour vérifier la retranscription, ce qui a clôturé l'utilisation de l'audio (39). Les silences et interruptions ont également été notés dans la retranscription pour plus de précision (39). Le traitement et l'analyse des données du T1 se sont déroulés en plusieurs étapes. Les informations ont été recueillies à partir d'entretiens, puis retranscrites et consignées dans un tableau Excel, afin de

pouvoir être exploitées telles quelles et servir également à la préparation et l'analyse de la phase T2.

La méthodologie d'analyse phénoménologique interprétative en T2 s'est concentrée sur l'exploration approfondie des expériences vécues par les participants, en mettant en avant les significations subjectives qu'ils attribuaient à ces expériences (39). Plusieurs lectures des transcriptions ont été nécessaires afin d'identifier les unités de sens, comprenant des mots fréquemment utilisés, des éléments structurels essentiels du récit, ainsi que des métaphores riches en signification (39). Ces unités ont été regroupées dans un tableau Excel avec les verbatims correspondants, facilitant la détection de schémas récurrents entre les entretiens. L'étape suivante a consisté à comparer ces unités pour mettre en évidence similitudes et divergences, et ainsi élaborer une unité structurelle de sens en utilisant des termes proches de ceux des participants (39). Un soin particulier a été apporté à la précision en notant les références exactes des entretiens (numéro d'entretien, de page, de paragraphe) (39). Enfin, les résultats ont été synthétisés sous forme de schéma, représentant les thèmes et leurs relations (39). En conclusion, la méthodologie utilisée a permis une analyse structurée et approfondie des expériences vécues, combinant description fidèle et interprétation, tout en tenant compte du contexte et des interactions propres au domaine des soins (39).

#### **4.8 Critères de qualité**

Des critères de qualité propres à la phénoménologie interprétative existentielle ont été mobilisés pour garantir la rigueur de cette recherche (39). La fiabilité ne visait pas à reproduire les entretiens à l'identique, mais à assurer la cohérence des thèmes identifiés à travers des perspectives individuelles variées. Un entretien pilote a été mené avec une infirmière répondant aux critères d'inclusion, mais exclue de l'échantillon en raison de sa proximité avec la chercheuse, afin d'affiner l'outil d'entretien.

La validité, entendue comme la capacité à explorer réellement le phénomène étudié, n'a pu être totalement assurée, ce qui constitue une limite abordée dans la section dédiée. La généralisabilité reposait ici sur la richesse des descriptions plutôt que sur une représentativité statistique, et a été renforcée par un échantillonnage volontairement diversifié.

L'approche adoptée ne visait pas à révéler des forces inconscientes, mais à comprendre le vécu des participantes à travers des questions descriptives permettant de recueillir des récits détaillés sans interprétation causale. La qualité du reporting a été assurée grâce à l'utilisation

des critères COREQ (*COnsolidated criteria for REporting Qualitative research*), dans leur version traduite en français (40).

Sur le plan éthique, le consentement éclairé a été recueilli en amont, garantissant le respect des droits des participantes (anonymat, confidentialité, droit de retrait). Les données ont été anonymisées, sécurisées, et les éléments pouvant permettre l'identification (nom de service, horaires, récits spécifiques) ont été modifiés sans altérer le sens (Annexe IV). Enfin, un climat d'échange bienveillant a été instauré pour favoriser la parole, en tenant compte de l'éventuelle charge émotionnelle des entretiens. Les participantes ont été informées de leur droit d'interrompre ou de mettre fin à l'entretien à tout moment.

## **5 Résultats**

---

### **5.1 Description de l'échantillon**

L'autorisation de conduire les entretiens a été obtenue auprès du DDI de l'hôpital A lors d'un rendez-vous en janvier. Une démarche équivalente a été menée dans l'hôpital B début février. Les entretiens se sont déroulés entre le 21 janvier et le 9 avril 2025, pour une durée variant entre 15 et 40 minutes selon les participants. Les entretiens du T1, correspondaient aux numéros 1 à 3 et pour le T2 du 4 au 14.

Au total, 15 personnes ont participé à l'étude, réparties entre deux centres hospitaliers, pour un total de 12 entretiens réalisés, un schéma représentant le processus se trouve en annexe V. En T1, trois entretiens ont été menés avec des responsables ( $n = 3$ ). Le premier a regroupé deux ICAN de l'hôpital A ; le deuxième, deux ICAN et le DDI de l'hôpital B ; et le troisième, une infirmière cheffe d'unité de l'hôpital A, dont le service se distinguait par la mise en œuvre spécifique du tutorat. Ces trois entretiens ont rassemblé un total de six participants.

En T2, dans l'hôpital A, huit infirmiers chefs (IC) ont été contactés. Parmi eux, quatre encadraient des agents répondant aux critères d'inclusion. Dans ces quatre services, six agents ont été sollicités et quatre ont accepté de participer. Dans l'hôpital B, quatre IC ont été contactés et encadraient des agents correspondant aux critères. Dix agents ont été sollicités ; sept ont accepté, mais deux ont ensuite été exclus, ne répondant finalement pas aux critères d'inclusion. Cinq entretiens ont donc été retenus dans ce centre. Au total, neuf entretiens ont été réalisés avec des agents pour la phase T2 ( $n = 9$ ).

Concernant leur temps de travail, la majorité des personnes interrogées occupaient un poste à temps plein, tandis que deux des participants étaient à mi-temps, principalement afin de poursuivre leurs études (Annexe VI). Une partie des ND ayant accepté de participer à l'étude détenait une spécialisation soit quatre personnes. Les autres participants étaient titulaires d'un diplôme d'infirmier responsable en soins généraux (BIRSG) et une personne détenait un brevet d'infirmière.

### **5.2 Analyse thématique**

Pour rappel, cette étude visait à identifier les pratiques actuelles d'intégration des ND en milieu hospitalier, à explorer leur vécu face à cette expérience, ainsi qu'à analyser l'impact des différentes stratégies mises en œuvre sur leur processus d'intégration.

### 5.2.1 Identification des pratiques (T1)

Le T1 a permis d'identifier les **stratégies d'intégration** mises en place par les hôpitaux pour les nouveaux diplômés. Pour l'Hôpital A, les stratégies d'intégration des nouveaux membres du personnel infirmier (Entretiens n°1, 3, 4, 5, 6 et 7) reposent sur un accueil institutionnel général, complété par un accompagnement spécifique organisé par les services, entretien 1 (E1). La première journée est animée par l'infirmière ICAN et comprend la remise des badges, des informations sur le RGPD, la distribution de l'uniforme et du casier, ainsi qu'une visite des principaux espaces de l'hôpital (cafétéria, laboratoire, pharmacie) (E1). Un accompagnement individualisé en fonction du moyen de transport est proposé pour aider à planifier le trajet domicile-hôpital (E1). L'institution propose une semaine d'intégration qui a lieu mensuellement pour les nouveaux agents, incluant des présentations, des formations pratiques et des modules e-learning (E1). La date de cette semaine est fixée en concertation avec le chef de service, ainsi qu'en fonction de la date d'arrivée du nouvel agent, car cette semaine est généralement prévue en début de mois (E1). En parallèle, des groupes de parole sont proposés spécifiquement aux nouveaux diplômés et stagiaire afin de leur offrir un espace d'expression et de soutien (E1). Concernant les perspectives, un projet d'uniformisation des pratiques d'accueil est en cours, incluant la mise en place de relais d'accueil au sein de chaque service et de cahiers de tâches propres à chaque service (E1). Un questionnaire de satisfaction est également en cours de développement (E1). En ce qui concerne les stratégies spécifiques aux services, le service spécialisés, les infirmières de l'E4 et E5 ont eu droit à un minimum de quatre semaines d'écolage avec une équipe de tutorat du service, spécifiquement formée sur base volontaire. Une farde d'accueil comprenant des check-lists de procédures et un questionnaire de satisfaction était aussi donnée. Dans les services non-spécialisé (banalisés) de l'institution A, les dispositifs d'intégration varient. Pour l'E6, l'infirmière a d'abord effectué une semaine d'apprentissage administratif dans un autre service, puis a eu deux jours d'écolage dans son service d'affectation, elle a également reçu une farde des pathologies du service. Pour l'E7, l'infirmier a bénéficié de quatre semaines d'écolage, étant donné que c'est une unité en partie spécialisé, et une farde était mise à disposition dans le service pour l'aider dans sa prise de poste. Pour l'Hôpital B, plusieurs stratégies d'intégration ont été recensées à travers les entretiens n°2, 8, 11, 12, 13 et 14. Après un premier contact téléphonique, un accueil de quelques heures a été organisé avant la prise de poste, comprenant une visite des locaux et une présentation du fonctionnement (E2). Les deux premiers jours, pendant

quelques heures, l'agent était accompagné, en binôme, par une infirmière ICAN pour découvrir le service et ses procédures (E2). Deux journées supplémentaires sont consacrées à des formations théoriques et pratiques, abordant des thèmes généraux (informatique, gestes d'urgence...), mais n'ont pas systématiquement lieu dans les premières semaines de travail (E2). Un plan d'accompagnement personnalisé, incluant des objectifs, est également mis en place (E2). Le suivi est assuré de manière régulière par les infirmières ICAN et l'infirmière en chef, avec des points d'évaluation à un mois, trois mois (E2). Des relais ont également été désignés dans chaque service pour faciliter l'intégration au quotidien (E2). Dans la salle non spécialisée (E8), l'infirmière a bénéficié de deux jours d'écolage, sans support théorique disponible. Les infirmières interrogées (E11, E12 et E13) ont chacune suivi seize jours d'écolage dans un service spécialisé, avec une farde de service mise à leur disposition. L'accompagnement était assuré par les collègues, en l'absence de référent attitré. Dans un autre service spécialisé (E14), l'intégration repose sur quatre semaines d'écolage, avec une farde contenant les protocoles du service.

Il a été observé que les pratiques d'intégration des deux hôpitaux participant à l'étude reposaient sur une démarche en deux temps : d'une part, une présentation générale de l'institution et de son fonctionnement, organisée au niveau institutionnel ; d'autre part, une prise de relais par les unités d'hospitalisation dans lesquelles les ND débutaient leur activité professionnelle. Pour la majorité des personnes interrogées, un système d'écolage avait été mis en place, et dans un service bien particulier, un dispositif de tutorat structuré autour d'une équipe dédiée avait été instauré. Dans l'hôpital B, certaines unités avaient désigné des personnes de référence chargées d'accompagner les nouveaux arrivants. La durée de l'écolage s'est révélée très variable selon les services : elle est nettement plus longue dans les unités spécialisées, allant de 16 jours à un mois. Tandis que les ND affectés à des salles banalisées, avait une durée de deux jours d'écolage au sein de leur service. Les pratiques d'intégration observées présentaient une forte hétérogénéité, tant en termes de durée que de modalités d'accompagnement, avec des variations selon les services et les établissements. Pour l'hôpital A, cette variabilité résultait de la volonté du département infirmier et de la culture de l'hôpital. Selon l'hôpital B, elle s'expliquait essentiellement par les moyens alloués (personnel dédié, budget, équipements), par le degré d'implication des ressources humaines et par la place accordée à la formation.

## 5.2.2 L'expérience d'intégration des ND (T2)

### Le vécu émotionnel des ND

Plusieurs unités structurelles de sens ont été identifiées, pour la partie de la question sur le vécu émotionnel des ND, regroupant les émotions et le ressenti des participants face à leur expérience d'intégration.

Le vécu de certains nouveaux diplômés a été caractérisé par une entrée en fonction perçue comme éprouvante, marquée par une forte charge émotionnelle. En effet, 8 participants sur 9 (E4, E6, E7, E8, E11, E12, E13, E14) ont rapporté une expérience de début stressante, témoignant d'un mal-être ressenti dès les premiers jours d'exercice. La notion d'avoir la «boule au ventre» (E6, Pg 4, §2) est ainsi apparue dans l'un des entretiens pour décrire les sensations provoquées par l'idée d'aller travailler. À l'inverse, une participante a rapporté une expérience sans stress, bien que son vécu ait été principalement marqué par la peur de mal faire, ce qui constitue une exception intéressante à analyser dans le cadre de cette étude.

«Oui, pendant un petit temps, j'étais super stressé tous les jours. Tu rentres chez toi, tu penses au travail, si tu n'as pas fait n'importe quoi,[...]. Donc ouais, j'étais fort stressé pendant plusieurs mois. Avant de rentrer là dans la tisanerie. À chaque fois, mon cœur battait à 100 à l'heure. Je ne savais pas à quoi m'attendre. » (E7, Pg 5, §7)

Le passage du rôle de stagiaire à celui d'infirmier avait été perçu comme une transition brusque par certaines personnes (E4, E6, E7, E8, E14). L'écart entre les responsabilités assumées pendant le stage et celles requises en tant qu'infirmière diplômée accentuait, chez certaines, un sentiment d'inquiétude et d'impréparation face aux exigences professionnelles. Cette rupture conduisait parfois à une remise en question du niveau de leurs connaissances pratique et théorique, ainsi que des attentes vis-à-vis de la pratique quotidienne semblant difficilement conciliables avec l'expérience limitée acquise lors de la formation.

« Moi c'est vrai que j'ai eu un peu difficile à quitter ce rôle de statut de stagiaire ça a été un peu dur parce que à l'école, vraiment, on te prépare... Je trouve personnellement qu'on ne te prépare pas à ça. On te fait un peu un monde où tout est beau, tout est rose. Mais dès que tu commences à prendre ton poste et ta première prise de poste, tu as toutes les responsabilités qui arrivent et tu dis ouf-ti. » (E14, Pg 12, §7)

Il a été constaté, au travers des témoignages recueillis, que la prise de poste était souvent accompagnée du sentiment d'être lâché. L'intégration se faisait parfois sans préparation suffisante, ce qui contribuait à un vécu d'isolement ou de débrouille personnelle face au

travail. Les expressions d'être «lancé» (E8, Pg 3, §5), «jeté» (E6, Pg2, §9), « jeté dans la gueule du loup» (E6, Pg 6, §10), ou encore «lâché» (E5, Pg 2, §9), revenaient de façon récurrente dans les discours, traduisant une impression de devoir faire face seul à la réalité du terrain et parfois dès les premiers jours.

« Et je trouve que les gens ne savent pas réellement ce que fait une infirmière. Et c'est ça le gros problème. Et je pense que quand on arrive comme ça, on est un peu jeté dans la gueule du loup et on doit se débrouiller comme on peut. Et ça peut mener à des erreurs qui peuvent être fatales aussi parfois. »(E6, Pg 6, §10)

Ce ressenti semblait particulièrement marqué dans les entretiens de soignants ayant débuté en salle banalisées, où l'organisation du travail, la pression liée à la pratique infirmière et l'absence de personne de référence clairement identifiée rendaient la prise de fonction plus difficile (E6 et E8).

La confrontation à la *responsabilité* pleine et entière des patients apparaissait comme un choc récurrent au début de la prise de poste. Plusieurs personnes disaient avoir pris conscience de manière brutale qu'elles n'étaient plus stagiaires, mais désormais seules référentes de leurs patients (E11). La transition vers cette autonomie, parfois encore mal assumée, a généré un stress important, notamment lié aux conséquences potentielles des décisions cliniques (E13). Le passage de deux patients (en étant encadré), à une quinzaine (en gestion autonome) a été décrit comme un saut vertigineux (E8), avec un fort besoin de vigilance et un sentiment d'exposition accrue à l'erreur.

« Alors si un peu, parce que effectivement, quand tu es en stage, tu es toujours supervisé, ici c'est ta responsabilité, donc tu as quand même cette forme de choc. Tu sais aussi, tu passes de deux patients à charge, supervisés, à 15 patients tout seul. Donc oui, ça fait quand même un choc, mais maintenant, ça fait partie du job aussi. » (E8, Pg 6, §6)

Plusieurs ont évoqué cette prise de conscience soudaine de la lourdeur du rôle et de l'absence de filet de sécurité (E14).

Un doute constant concernant la justesse des actes réalisés, des décisions cliniques prises et de l'organisation du travail s'était installé chez plusieurs professionnels. La *crainte de mal faire* était présente durant les premiers mois d'exercice, affectant la confiance en soi. Elle s'exprimait dès le début, même pour certaines tâches qui semblaient maîtrisées. La peur de décevoir ou de ne pas avoir correctement accompli son travail occupait une place importante, et certains se demandaient constamment s'ils avaient bien réalisé toutes les actions

nécessaires. Ce doute persistait notamment après les premiers moments d'autonomie, période durant laquelle les soignants s'interrogeaient fréquemment.

« Quand je suis arrivée, j'avais l'impression d'être... de ne rien connaître, de ne rien savoir et d'avoir été à l'école pour rien [...] quand tu commences tout seul et que tu as tes premières merdes tu te dis, là c'est dur. Tu rentres et tu te dis, est-ce que j'ai bien fait mon travail est-ce que j'ai été au bout des choses est-ce que j'ai rien oublié ça c'est encore maintenant, après 6 mois. » (E5, Pg 5, §2)

Cette crainte de l'erreur était accentuée par la perception de ne pas avoir suffisamment acquis de connaissances pratiques malgré la formation théorique, notamment en ce qui concerne les pathologies et les gestes techniques. Cependant, la peur de mal faire ne disparaissait pas totalement chez certains. Malgré plusieurs mois d'exercice, ils continuaient à ressentir le besoin de rester vigilants et conscients des responsabilités à assumer, particulièrement dans les situations critiques où la pression était forte.

*L'arrivée dans une équipe* déjà constituée semblait générer une *appréhension* marquée, tant sur le plan relationnel que professionnel. Il avait été rapporté une peur de mal faire, de décevoir l'équipe (E5) ainsi que de ne pas réussir à s'intégrer dans cette équipe, parfois inconnue ou associée à de mauvaises expériences passées (E11). Cette appréhension était souvent accompagnée d'un *sentiment d'obligation de faire ses preuves*, notamment en montrant sa motivation ou sa capacité à s'adapter rapidement au fonctionnement du service (E12).

« On arrive dans le monde du travail, c'est à nous de nous bouger aussi. C'est à nous de montrer qu'on est là, de faire nos preuves. Parce que c'est en faisant nos preuves, en montrant qu'on n'est pas con, qu'on s'intègre plus facilement. Maintenant, s'il y a plein de choses qui ne vont pas, on ne sera pas intégrés parce que ça va emmerder l'équipe. » (E12, Pg 8, §9)

Il semblait être attendu, de manière implicite, que l'intégration réussie passe par des efforts individuels autant que par un accueil de la part de l'équipe (E12). Ainsi, les premiers temps de l'arrivée étaient vécus comme une période d'évaluation, où l'enjeu d'être reconnu professionnellement était indissociable de celui d'être accepté humainement.

*L'avenir au sein de la profession* apparaissait dans plusieurs entretiens, souvent dès les premières semaines dans le milieu professionnel. La dureté du rythme, le stress constant, ou le manque de conditions sécurisantes faisaient émerger des interrogations sur la possibilité de tenir dans la durée (E5, E6). Certains exprimaient un attachement au métier, tout en se

demandant s'ils tiendraient jusqu'à la retraite (E6). D'autres envisageaient déjà une réorientation, ou évoquaient la nécessité de poser des limites claires pour préserver leur équilibre (E7).

« J'ai l'impression que je ne tiendrais jamais. Vraiment, quand je vois mes collègues qui vont être pensionnés qui ont 60 ou 50 ans, je ne sais pas comment ils font. [...] Depuis que j'ai commencé, j'ai peut être mangé trois fois depuis que je suis là. Ce n'est pas possible de continuer à vivre comme ça et d'être dans le stress tout le temps comme ça. Donc oui, ça a quand même été... Je trouve que ce n'est pas normal. » (E6, Pg 6, §10)

La tension entre passion du soin et épuisement précoce était palpable, nourrissant un sentiment d'incertitude quant à l'avenir professionnel (E14).

### L'influence de l'environnement de travail

Une autre thématique avec des unités structurelles a été mise en évidence dans cette étude et a concerné **l'influence de l'environnement de travail** sur l'intégration des ND. Cet aspect a été pris en compte en raison de l'impact qu'il a eu sur le vécu et le processus d'intégration des ND, afin d'affiner la compréhension du phénomène étudié. Cette thématique a été divisée en deux sous-catégories : l'environnement formel, regroupant des éléments organisés par l'institution, et l'environnement informel, rassemblant des aspects non structurés officiellement mais ayant influencé l'intégration. Ces éléments, formels ou informels, ont été identifiés comme ayant joué un rôle de levier ou de frein selon les entretiens.

Du côté de l'environnement formel, la *charge de travail* a été perçue comme une difficulté (E4, E5, E6, E7, E8), agissant comme un frein. Dans les services de réanimation, la complexité des pathologies et des cas rencontrés a été davantage relevée, tandis que dans les services banalisés, c'est l'apprentissage de la gestion administrative (le téléphone du service, la gestion des patients provenant des urgences, la dynamique de soins avec le médecin, etc) ainsi que l'organisation liée à la prise en charge de plusieurs patients qui ont été mis en avant.

« Et l'organisation du travail. De se dire, je m'occupe de ce patient-là, mais il y a l'autre qui foire, donc il faut que je m'occupe aussi de l'autre sans oublier les autres. Quand on a trois patients, on dirait que c'est rien. Trop facile pour quelqu'un qui travaille en salle. Parfois, tu ne vois même pas tes autres patients, tu te dis, merde, qu'est-ce que je dois faire ? Tu arrives au rapport, tu te dis, je ne sais même pas qui il est. » (E5, Pg7, §2)

L'importance du *chef de service* a été soulignée (E4, E5, E6, E8, E11, E12, E13), avec un effet variable selon les contextes, tantôt facilitateur, tantôt contraignant.

« Après, c'est une situation particulière parce que du coup, ma chef était en congé maladie. Mais du coup, je ne me suis pas tout sentie encadrée par une chef. Et je pense sincèrement que c'est très important, [...]. » (E6, Pg 11, §4)

La manière dont il a d'influencer la dynamique d'équipe, la durée de l'écolage qu'il a définie, sa disponibilité pour le ND, ainsi que d'autres aspects liés à sa position ont été remarquées.

La notion de *personne de référence* pour les ND dans le service a également été mentionnée, son impact ayant été perçu comme positif ou négatif selon les situations (E8). Cette fonction n'avait pas encore été mise en place dans l'hôpital A, tandis que dans l'hôpital B, la personne de référence était présente et avait semblé occuper une place importante. Le *tutorat* au sein des services a été décrit comme un levier (E4, E5), de même que pour les supports de référence (E5, E8, E14). L'influence du *temps de travail* a été recensée comme étant un frein, 2 des personnes interrogées étant à mi-temps (E4, E6). Les pratiques d'intégration hospitalière (E4, E5) plus particulièrement le placement de la semaine d'accueil dans l'hôpital A, ainsi que les deux jours d'accueil dans l'hôpital B, ont eu des effets ambivalents selon les personnes interrogées. Pour certaines personnes, cette semaine a été perçue comme intéressante, car elle leur a permis d'en apprendre davantage sur l'institution, ses pratiques et son fonctionnement. D'autres, en revanche, l'ont trouvé trop longue et peu spécifique. Son positionnement dans le planning a également pu poser problème : pour certains, elle venait interrompre leur processus d'apprentissage lorsqu'elle se situait au milieu de leur période d'écolage.

Les *pratiques d'écolage* (E4, E5, E6, E8, E11, E12, E13), et leur souplesse permettant de s'adapter au besoin du ND, ont été expérimentées avec des retours positifs, seule la durée était parfois questionnée, estimée suffisante en réanimation et insuffisante ailleurs.

Le *stage préalable* dans le service (E5, E6, E7, E8, E11, E12, E13, E14) a été fréquemment cité comme un élément facilitateur.

« Non, pas vraiment, mais comme je disais, j'ai été stagiaire ici, donc... Je pense que quand on arrive dans une équipe, on connaît personne. C'est vrai que là, ça doit être un coup dur, parce qu'on ne sait pas où se mettre. Mais ici, quand on connaît déjà les personnes, on connaît déjà les prénoms, c'est beaucoup plus facile. » (E12, Pg 6, §1)

L'environnement, l'équipe, les modalités de travail et les habitudes de fonctionnement étant déjà été connus, ont favorisé une intégration plus sereine. Ce repérage antérieur avait permis de diminuer l'appréhension liée à la prise de poste et inversement le fait d'arriver dans l'inconnu complet a pu accentuer le stress (E5).

Concernant l'environnement informel, la *dynamique d'équipe* (E4, E5, E7, E8, E11, E13) a influencé l'intégration de façon diverse selon les contextes. Elle a représenté un levier dans plusieurs situations. Une écoute active et une entraide spontanée ont été observées dans certains services, ce qui a contribué à sécuriser les ND.

« Mais sinon, c'est vrai que j'ai l'impression que les collègues de mon équipe étaient quand même forts à l'écoute. Au début, quand j'ai été respo d'un couloir ou d'un quart de couloir, ils venaient quand même... Pas tous, mais ils venaient quand même. » (Pg 6, Pg4, §4)

Le soutien *personnel* de la sphère privée (E4, E11, E13, E14), a également contribué positivement à l'intégration des nouveaux diplômés, en leur apportant un appui émotionnel et une certaine stabilité face aux exigences du milieu hospitalier.

En revanche, la *pression exercée par l'équipe médicale* a été perçue comme un frein (E5, E6, E11). Elle a parfois engendré un sentiment d'insécurité, notamment en raison de la position perçue comme hiérarchique des médecins et du manque d'expérience des ND.

« Et ce que j'ai trouvé difficile aussi, que je n'ai peut-être pas dit tout à l'heure, c'est qu'on a beaucoup de pression des médecins. Et en tant que jeune, je n'ose pas trop m'imposer, dire non, on ne fait pas ça ici. [...]. Et moi, face à un médecin plus âgé, c'est compliqué de dire non. Parce qu'on ne sait pas, est-ce qu'on peut dire oui, est-ce qu'on peut dire non, comment est-ce que ça fonctionne d'habitude ? Ça, c'est compliqué aussi. » (E6, Pg 8, §4)

L'absence de repères clairs concernant les pratiques établies ou les limites à poser a pu accentuer ce malaise, rendant difficile la prise de position face à certaines demandes médicales. L'équipe médicale a également pu constituer un levier pour les ND, notamment pour les infirmières travaillant dans des unités spécialisées, où la présence constante des médecins favorisait les échanges, ces derniers se montrant souvent disponibles pour expliquer certains éléments théoriques. Commencer avec un autre ND (E5, E7) a été perçu comme facilitant. À l'inverse, le manque de soutien des infirmières expérimentées (E6) et les attentes jugées trop élevées à l'égard des ND (E8) ont été vécus comme des freins à leur intégration.

### 5.2.3 L'impact des différentes stratégies sur l'intégration

L'analyse des stratégies d'intégration mises en œuvre dans les deux institutions hospitalières a mis en évidence des approches hétérogènes, aux effets directs sur l'expérience des ND. Ces dispositifs, allant d'un accueil institutionnel à un accompagnement structuré en service, ont généré des impacts contrastés sur la qualité de l'intégration professionnelle. Une variabilité importante dans les modalités d'accueil a conduit à des vécus inégaux parmi les professionnels

en début de carrière. Cette disparité a eu des répercussions sur le sentiment de sécurité professionnelle. Une *transition plus fluide* vers l'autonomie a été rapportée dans les services plus organisés, tandis que les situations moins encadrées ont été associées à un stress élevé, une crainte de mal faire, voire à une remise en question sur leur futur dans la profession.

« Franchement, oui. J'ai été super bien écolée. Et quand j'étais toute seule, je n'étais pas effrayée toute seule parce que je savais ce que je devais faire. Franchement, je trouve que le tutorat en \*\*\*\* est vraiment impec. » (E5, Pg 4, §4)

« Et puis après, on m'a mis en nuit. Et j'ai fait ma première nuit toute seule alors que je n'avais jamais fait de nuit. Donc, je me suis retrouvée avec 30 patients toute seule. Je n'avais jamais fait de nuit. J'étais complètement paumée. » (E6, Pg 3, §4)

Le tutorat s'est révélé un levier déterminant, il a favorisé une montée progressive en compétences ainsi qu'un soutien psychologique important. Il a contribué au renforcement de la confiance en soi, à l'expression des difficultés rencontrées, et à la consolidation de l'identité professionnelle. À l'inverse, l'absence de référent clair a pu fragiliser le processus d'intégration, exposant à une surcharge mentale. Le manque de systématisation des pratiques à l'échelle institutionnelle a également soulevé un problème de cohérence. Bien que les deux hôpitaux aient proposé un accueil centralisé (remise de badge, modules de formation en ligne, visite des locaux), cette étape initiale s'est révélée trop générale pour répondre aux besoins spécifiques des nouveaux diplômés car elle ne garantissait pas la continuité sur le terrain.

Ainsi, les dispositifs d'intégration construits et encadrés ont exercé un rôle protecteur, en sécurisant la transition, en réduisant le stress et en facilitant l'appropriation du rôle professionnel. À l'inverse, des dispositifs lacunaires ou inégalement appliqués ont pu compromettre le bien-être des jeunes professionnels, freinant l'intégration fonctionnelle et entraînant un désengagement précoce. L'harmonisation et la professionnalisation de ces stratégies apparaissent comme des conditions essentielles à une intégration équitable et efficace.

Les différents résultats mis en évidence dans cette étude ont été présentés dans un schéma, illustré à la figure 3.

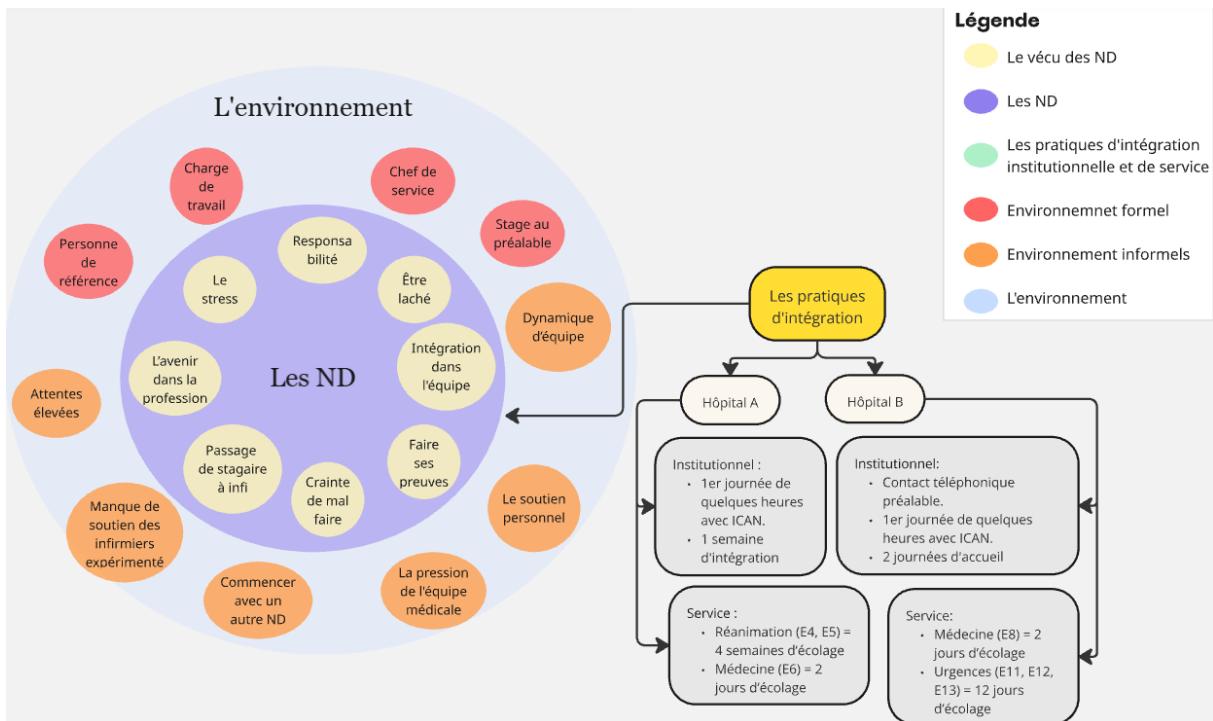


Figure 3: Le processus d'intégration et le vécu des ND

L'analyse des entretiens a révélé une évolution progressive dans les récits des ND selon leur ancienneté. Les infirmières les plus expérimentées (au-delà de 10 mois) ont témoigné d'un changement de posture et d'une amélioration de leur vécu, même si cela reste implicite. Par exemple, certaines de l'E11 et l'E13 ont exprimé un meilleur équilibre émotionnel et une plus grande assurance dans leurs interactions avec l'équipe. D'autres, comme dans l'E14, sont revenues sur une transition initiale difficile, marquée par une prise de responsabilité brutale, désormais dépassée. À l'inverse, les ND moins anciennes (environ 6 mois) ont décrit un vécu plus instable, caractérisé par des doutes persistants et des difficultés d'organisation du travail, traduisant une adaptation encore fragile. Ces différences ont suggéré une évolution progressive, bien que non linéaire, dans la manière dont elles vivent leur intégration. Par ailleurs, les discours ont contenu des mots-clés reflétant différentes phases de transition : la phase de *Doing*, marquée par le stress et le débordement ; la phase de *Being*, où émergent les doutes et la recherche de légitimité ; enfin, la phase de *Knowing*, visible chez les plus anciennes, qui ont commencé à poser des limites et à gérer leurs priorités. Cette dynamique, bien que majoritairement ancrée dans la première phase, a illustré une adaptation hétérogène en fonction de l'ancienneté, prise en compte dans l'analyse même si elle n'a pas été formalisée dans le schéma.

## 6 Discussion et perspectives

---

Cette étude qualitative, de type phénoménologique, visait à explorer le vécu des ND lors de leur intégration en milieu hospitalier, ainsi que l'impact des dispositifs d'accueil sur cette expérience. Les données recueillies ont révélé un vécu marqué par un stress intense, une fatigue importante et un sentiment d'inadéquation, particulièrement présents dans les premières semaines. Ces ressentis ont fait écho à la phase du *doing* ou faire, décrits dans la théorie de la transition de Judy **Duchscher**, correspondant au choc de transition, une étape critique d'entrée dans le rôle professionnel (7,42). Les ND se sont retrouvées souvent dépassées par les attentes de la pratique clinique, ce qui a engendré instabilité et un besoin constant de « garder la tête hors de l'eau ». La transition du statut d'étudiante à celui de professionnelle a été perçue comme difficile, notamment en raison de la charge de responsabilité et de la pression à l'intégration dans l'équipe. Le soutien des collègues et du cadre de santé est alors apparu comme essentiel. Un besoin de « faire ses preuves » a souvent été exprimé pour éviter l'exclusion. La question des savoirs a occupé une place centrale : les ND ont évoqué fréquemment un sentiment de ne « rien savoir » en sortant de formation, soulignant un écart entre théorie et pratique. Si les bases théoriques ont été jugées nécessaires, les compétences pratiques (organisation, communication, gestion des conflits) ont rapidement été perçues comme fondamentales pour exercer en autonomie. Enfin, cette période de transition a souvent été vécue comme un moment de grande vulnérabilité, où certaines ont pu se sentir « lâchées » sans accompagnement suffisant, accentuant la peur de mal faire et le stress lié à la charge multitâche. Cela a mis en lumière la nécessité d'un meilleur accompagnement, à la fois en amont (préparation pratique et théorique) et dans la durée, afin de sécuriser l'entrée dans la profession et de réduire l'écart entre formation initiale et exigences du terrain.

En ce qui concerne les étapes du être (*Being*) et du savoir (*Knowing*), il a été plus difficile pour la chercheuse d'identifier clairement des éléments dans les données récoltées. La deuxième phase (être), est marquée selon Duchscher par différentes périodes, comme le progrès rapide, une crise identitaire, une fatigue émotionnelle, une remise en question du système de soins ainsi qu'un équilibre vie professionnelle et privé (7,41). Concernant le progrès rapide, une évolution dans la manière de travailler des ND a été observée. Cette progression s'est notamment traduite par une plus grande confiance dans leurs actions, liée à une meilleure

familiarisation avec l'environnement de travail. Il a également été relevé que cette montée en compétences pouvait être ponctuée de moments de doute ou de rechutes, survenant à la suite d'une erreur ou d'une remarque, venant temporairement freiner le ND. En ce qui concerne la crise identitaire, la fatigue émotionnelle et la remise en question du système de soins, ces éléments ont été effectivement évoqués dans certains entretiens. Toutefois, les participantes et participants ont eu des difficultés à situer ces ressentis dans une temporalité précise, ce qui rend leur attribution à une étape spécifique du processus de transition complexe. Enfin, s'agissant de l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, il a été mis en évidence que le soutien personnel pouvait jouer un rôle facilitateur pour certains nouveaux diplômés dans leur processus d'intégration. Pour la troisième étape du modèle, les principales caractéristiques identifiées par Duchscher sont la prise de conscience critique du système de soins ainsi que le désir de stabilité et d'intégration dans une routine professionnelle et personnelle (7,41). Les ND interrogées avaient en grande majorité une expérience allant principalement entre 5 et 8 mois d'expérience, seule une des personnes interrogées avait 14 mois d'expérience, de ce fait, peu d'éléments ont été dégagés de la pratique.

Selon le modèle de Patricia **Benner**, les ND interrogées se situent entre les stades de novice et de débutant avancé. Le stade de novice se caractérise par une application rigide de règles apprises théoriquement, sans prise en compte du contexte ni reconnaissance des éléments saillants d'une situation. À ce niveau, les gestes sont exécutés mécaniquement, sans discernement issu de l'expérience. Le débutant avancé, quant à lui, commence à mobiliser un jugement contextuel encore fragile. Il reconnaît certains repères cliniques, mais dépend encore du soutien d'autrui pour valider ses choix. Il montre une progression vers l'autonomie, sans toutefois l'atteindre pleinement. Les données recueillies auprès des ND ont révélé une entrée dans le monde professionnel marquée par le stress et la désorientation, caractéristiques du stade de novice. Cependant, les ND ayant effectué un stage préalable dans le service d'embauche ont rapportés une transition moins perturbante, sans doute facilitée par la familiarité avec les lieux et les routines du service. Les premières semaines ont été marquées par des gestes professionnels rigides et une stricte conformité aux protocoles. Un temps d'adaptation a été nécessaire pour s'approprier les pratiques spécifiques à chaque contexte de travail. Avec l'expérience quotidienne et la répétition des situations cliniques, les ND ont progressivement gagné en assurance. Leur comportement devient alors plus souple et plus adapté au contexte, illustrant le passage vers le stade de débutant avancé. Néanmoins,

cette progression reste incomplète : les ND continuent à s'appuyer sur leurs collègues pour confirmer leurs décisions et ne sont pas encore entièrement autonomes. Ce constat rejoint l'idée d'une compétence en cours de construction, encore dépendante du cadre de soutien et de l'environnement professionnel.

En ce qui concerne la notion d'**hôpital magnétique** ou *magnet hospital*, où des critères tels qu'un environnement de travail positif et la formation continue sont essentiels, les données recueillies sur le terrain font écho à ces éléments (34,36). Les participants à l'étude ont identifié plusieurs obstacles, notamment le manque de soutien de la part des infirmières expérimentées, la pression exercée par l'équipe médicale, les attentes élevées du service, l'absence de personne de référence clairement désignée, ainsi qu'un chef de service peu présent. À l'inverse, une bonne dynamique de groupe, la présence active du chef de service, et l'identification claire d'une personne de référence ont été perçus comme des leviers facilitant l'intégration et l'adaptation des ND que le soutien administratif, la collaboration médecin-infirmière, la valorisation des pairs et le ratio patient par infirmière.

Dans une perspective de santé publique, ces résultats ont souligné l'importance des dispositifs d'accueil, de tutorat et d'accompagnement en début de carrière. L'amélioration des conditions de transition professionnelle pour les ND ne relève pas uniquement d'une démarche organisationnelle interne : elle participe aussi à la qualité des soins, à la prévention de l'épuisement professionnel et à la fidélisation des jeunes professionnels dans un contexte de pénurie infirmière. Assurer une intégration réussie des ND, en lien avec les critères d'un environnement magnétique, constitue donc un enjeu stratégique à la fois pour les institutions de soins que pour la santé publique en général.

Les résultats ont montré que la manière dont les ND vivent leur transition dépend étroitement de la qualité des dispositifs d'intégration proposés. Un écolage structuré, la présence de référents identifiés, de support théorique et un accompagnement progressif ont été perçus comme des leviers réduisant le stress initial et favorisant la confiance. À l'inverse, des accueils trop brefs, une absence de personne de référence ont renforcé les sentiments d'insécurité, de surcharge ou de solitude, parfois décrits comme un « lâcher dans la gueule du loup » (E6). Ces écarts dans les pratiques expliquent en partie la variabilité du vécu des ND, et soulignent que l'impact des stratégies d'intégration ne se limite pas à l'organisation : elles influencent

directement la qualité de la transition, en modulant les ressources de soutien disponibles dans les moments les plus critiques.

Enfin, certains écarts dans le vécu rapporté par les ND interrogés pourraient s'expliquer par des différences de contexte structurel ou individuel. Par exemple, l'absence de vécu émotionnel négatif chez certaines participantes pourrait être liée à un environnement de travail plus soutenant, ou à un parcours étudiant qui a permis une meilleure préparation (stage dans le même service, tuteur bienveillant, etc.). Des recherches menées dans d'autres contextes hospitaliers (notamment en France et au Canada) ont également montré que la qualité de l'intégration dépendait fortement de la culture d'équipe et de l'engagement managérial, au-delà des outils institutionnels formels (42). Par ailleurs, l'écart entre les services généraux et spécialisés semble jouer un rôle, les unités spécialisées disposant souvent de protocoles d'accueil plus longs et structurés, favorisant une adaptation plus progressive.

Au-delà de la validation des modèles théoriques de Duchscher et Benner de l'impact de l'environnement (*Magnet hospital*), cette recherche apporte des connaissances originales sur la variabilité des vécus en fonction des contextes de soins. Elle révèle par exemple que les ND ayant intégré des unités spécialisées ont bénéficié d'un accompagnement plus long et structuré, avec des tuteurs, des supports écrits ou des fiches de protocoles de service. Ces dispositifs semblent avoir permis une progression plus fluide, bien qu'intense, et ont atténué le sentiment d'abandon. À l'inverse, les ND affectés à des unités générales ont rapporté un écolage court, souvent sans personne référente claire, ce qui a généré un vécu plus marqué par le stress, le sentiment d'être « lâchés », et une remise en question de leur place. Ces divergences peuvent s'expliquer possiblement par les ressources variables d'un service à l'autre, mais aussi par le contexte plus tendu dans les services banalisés, où la pénurie de personnel rend l'encadrement difficile à maintenir. Plusieurs participantes ont souligné que travailler dans un service où elles avaient effectué un stage facilitait leur intégration. Cette continuité permettait une meilleure adaptation grâce à une connaissance préalable des lieux, des procédures et de l'équipe. À l'inverse, arriver dans un service inconnu générait davantage de stress. Le rôle du chef de service s'est également révélé central : son implication, ou au contraire son absence, influençait fortement la qualité de l'intégration.

Enfin, un cas singulier attire l'attention : une infirmière n'a pas rapporté de vécu émotionnel négatif marqué. Cela pourrait s'expliquer par une ancienneté plus avancée, ou par un environnement d'intégration particulièrement favorable, illustrant l'importance de la qualité locale du dispositif d'accueil.

En définitive, cette étude confirme plusieurs éléments déjà identifiés dans la littérature théorique, tout en mettant en lumière l'impact concret du contexte local sur l'expérience de transition. Elle révèle que la qualité de l'intégration des ND ne dépend pas uniquement des modèles institutionnels, mais aussi de la manière dont les dispositifs sont appliqués au quotidien, en fonction des ressources disponibles, des dynamiques et culture d'équipe ainsi que de la réalité de la pénurie du personnel. Ce travail met ainsi en évidence l'importance d'une approche différenciée, adaptée aux spécificités de chaque service, pour soutenir efficacement les jeunes professionnels dans leur entrée dans la pratique clinique.

## 6.1 Biais et limites de l'étude

L'étude présente plusieurs biais méthodologiques potentiels, inhérents à la recherche qualitative. La subjectivité de l'analyse a été partiellement maîtrisée grâce à un entretien réflexif préalable avec la chercheuse et à une posture réflexive maintenue lors de la structuration des thèmes. Pour limiter le biais de mémoire, une ancienneté maximale de 15 mois afin d'éviter un éloignement excessif de la période de transition. L'usage de questions ouvertes visait à réduire les reconstructions rétrospectives. Un biais de cadrage lié à la formulation des questions a pu influencer les réponses. Pour limiter le biais de désirabilité sociale, l'anonymat a été garanti dès la prise de contact, accompagné d'une posture empathique et non directive durant les entretiens. Cependant, dans un contexte hospitalier limité, l'anonymisation des extraits n'élimine pas entièrement le risque de reconnaissance indirecte. C'est pourquoi les services ont été classés en spécialisés et non-spécialisés (banalisés). Le biais de sélection, inhérent au recrutement par volontariat, a pu favoriser la participation de profils particulièrement sensibles à la question de l'intégration, au détriment de vécus plus critiques. De plus, l'étude n'a pas inclus les infirmiers ayant quitté la profession rapidement après leur obtention de leur diplôme, ce qui constitue une limite majeure. D'un point de vue méthodologique, l'absence de validation des résultats par les participants (retour

sur entretien) n'a pas permis de confirmer ou nuancer l'interprétation des propos recueillis. Enfin, le nombre restreint de participants, leur relative homogénéité (majoritairement issue de services spécialisés), ainsi que la limitation géographique à deux établissements hospitaliers, réduisent la diversité des perspectives et la transférabilité des résultats à d'autres contextes ou structures de soins.

## 6.2 Perspectives

Plusieurs pistes de recherche complémentaires émergent de cette étude pour approfondir la compréhension du processus d'intégration des ND. Une étude longitudinale permettrait d'explorer les phases ultérieures du modèle de transition de Duchscher, notamment les étapes de *Being* et *Knowing*, encore peu visibles ici en raison de l'ancienneté limitée des participantes. Il serait également pertinent de comparer l'expérience de transition selon différents contextes de soins (soins à domicile, maisons de repos), afin de mieux cerner l'influence des environnements professionnels sur l'intégration.

Une autre orientation de recherche consisterait à examiner plus finement le rôle du management et de la dynamique d'équipe : style de leadership, qualité des interactions et culture de service semblent jouer un rôle déterminant. L'analyse de ces facteurs pourrait aider à identifier des leviers organisationnels pour améliorer le soutien aux ND. Par ailleurs, les liens entre intégration et santé mentale mériteraient une attention particulière. Le stress, l'anxiété ou la fatigue émotionnelle observés en début de parcours pourraient constituer des facteurs de risque pour la pérennité dans la profession, dans un contexte marqué par une forte tension sur les ressources humaines.

Les résultats de l'étude soulignent également des disparités importantes entre services et établissements concernant les stratégies d'intégration. Sans viser une uniformisation totale, l'instauration de principes directeurs communs à l'échelle institutionnelle serait bénéfique : désignation de référents, objectifs d'intégration clarifiés, outils de référence adaptés (check-lists, fardes de service, etc.). Ces mesures, simples à mettre en œuvre, pourraient renforcer le sentiment de sécurité des ND, en particulier dans les services à encadrement diffus.

Parallèlement, une sensibilisation des équipes encadrantes aux enjeux de la transition professionnelle, ainsi qu'une valorisation du rôle de tuteur (temps dédié, reconnaissance, formation) apparaissent comme des leviers pertinents. Dans les unités où le cadre est peu présent, la mise en place d'un soutien relais intermédiaire pourrait également favoriser l'intégration. Enfin, l'étude montre que les besoins des ND varient selon leur profil, ancienneté ou statut contractuel. Il est donc essentiel que les dispositifs d'accueil restent flexibles et adaptables.

L'instauration de bilans informels ou de retours d'expérience réguliers pourrait offrir un espace d'expression aux jeunes professionnels, tout en permettant aux institutions d'ajuster leurs pratiques de façon continue et réaliste.

Dans certains pays anglo-saxons comme les États-Unis, le Royaume-Uni ou le Canada, le mentorat structuré et les programmes de résidence infirmière offrent un accompagnement personnalisé sur plusieurs mois, renforçant compétences, confiance et fidélisation des jeunes diplômés (43–45). Ces dispositifs réduisent significativement le turnover et améliorent le bien-être ainsi que la cohésion d'équipe (43–45). Les pays nordiques (Finlande, Danemark, Suède, Norvège) quant à eux, privilégient un suivi individualisé avec un soutien psychologique accessible, des ateliers de gestion du stress et une implication forte des cadres de santé dans l'organisation du travail et la formation continue, favorisant ainsi une meilleure adaptation des nouveaux professionnels (46). La chercheuse est consciente que ces solutions, bien qu'efficaces, s'inscrivent dans des systèmes de santé différents et fonctionnent dans des contextes organisationnels qui peuvent ne pas être directement transposables.

## **7 Conclusion**

---

Ce mémoire avait pour objectif d'explorer l'influence des stratégies d'intégration sur l'expérience vécue des ND en milieu hospitalier. À travers une approche qualitative de type phénoménologique existentielle, cette recherche a permis de mettre en lumière les enjeux, les difficultés et les leviers d'une intégration professionnelle réussie, dans un contexte de pénurie persistante du personnel infirmier.

Les résultats montrent que l'entrée dans la profession est souvent marquée par un « choc de réalité », générant stress, incertitude et sentiment d'insécurité. La transition du rôle d'étudiante à celui de professionnelle autonome est perçue comme brutale, notamment en raison des responsabilités immédiates, du manque de soutien et des attentes élevées. Cependant, certains éléments se sont révélés facilitateurs, tels que l'existence d'un tutorat structuré, le soutien de l'équipe, une dynamique bienveillante, ou encore la familiarité avec le service via un stage préalable.

Les cadres théoriques mobilisés, notamment les modèles de Duchscher, Benner et des hôpitaux magnétiques, ont permis de situer ces vécus dans une logique de transition progressive vers la compétence, et de souligner l'importance du contexte organisationnel dans la réussite de cette transition.

Cette étude met en évidence la nécessité de renforcer les dispositifs d'accompagnement à l'intégration, en favorisant la formation des tuteurs, la reconnaissance institutionnelle de leur rôle, et l'adaptation des pratiques aux besoins spécifiques des ND. Ces ajustements, bien que parfois modestes, peuvent avoir un impact significatif sur la rétention, le bien-être professionnel et la qualité des soins.

Enfin, si cette recherche apporte un éclairage pertinent sur l'expérience des ND dans deux hôpitaux liégeois, elle reste limitée par la taille de l'échantillon et le contexte spécifique étudié. Des recherches complémentaires seraient utiles pour approfondir les effets à long terme des stratégies d'intégration et envisager leur généralisation à d'autres contextes.

## **8 Références bibliographiques**

---

1. Le Conseil International des Infirmières (CII). La pénurie mondiale du personnel infirmier et la fidélisation des infirmières. NOTE D'ORIENTATION DU CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES. :5.
2. Dico en ligne Le Robert. pénurie - Définitions, synonymes, prononciation, exemples | [Internet]. [cited 2024 May 7]. Available from: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/penurie>
3. Lavergne T, Janssens H. Pénurie des infirmier·es et crise du « prendre soin » [Internet]. L'institut pour l'égalité des femmes et des hommes; 2024. Available from: <https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/media/documents/192%20-%20P%C3%A9nurie%20des%20infirmier%C2%B7es%20et%20crise%20du%20%E2%80%98prendre%20soin%E2%80%99.pdf>
4. Gibbis. Pénurie du personnel soignant - Plan global d'attractivité en 25 actions [Internet]. (Bruxelles instiutions de santé); 2023. Available from: [https://www.gibbis.be/images/our\\_publications/plan-attractivite/GIBBIS-PlanAttractivite\\_FR.pdf](https://www.gibbis.be/images/our_publications/plan-attractivite/GIBBIS-PlanAttractivite_FR.pdf)
5. Care M. Meta Cares. 2023 [cited 2025 Mar 7]. L'impact du manque de personnel sur la qualité des soins infirmiers. Available from: <https://www.metacares.be/post/l-impact-du-manque-de-personnel-sur-la-qualit%C3%A9-des-soins-infirmiers>
6. Van Den Heede K, Bruyneel L, Beeckmans D, Boon N, Bouckaert N, Cornelis J, et al. Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus: Synthèse [Internet]. KCE = Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg = Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé = Belgian Health Care Knowledge Centre; 2019 [cited 2025 Mar 7]. Available from: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE\\_325B\\_Dotation\\_infirmiere\\_synthese\\_2nd\\_edition.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_325B_Dotation_infirmiere_synthese_2nd_edition.pdf)
7. Duchscher JEB. Transition shock: the initial stage of role adaptation for newly graduated Registered Nurses. Journal of Advanced Nursing. 2009 May;65(5):1103–13.

8. Twigg D, McCullough K. Nurse retention: A review of strategies to create and enhance positive practice environments in clinical settings. *International Journal of Nursing Studies.* 2014 Jan;51(1):85–92.
9. Mahieu T, Pieters J, Camerlinckx J. Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique [Internet]. Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement; Available from: [https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/statan\\_2024\\_fr.pdf](https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/statan_2024_fr.pdf)
10. Pénurie infirmière, une bombe à retardement pour le système de santé [Internet]. [cited 2025 Mar 27]. Available from: <https://www.lespecialiste.be/fr/debats/penurie-infirmiere-une-bombe-a-retardement-pour-le-systeme-de-sante.html>
11. author-health. Vers une Belgique en bonne santé. 2022 [cited 2024 Aug 5]. Les infirmiers. Available from: <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/les-professionnels-de-soins-de-sante/activite/les-infirmiers>
12. Gerkens S, Lefèvre, Bouckaert N. Performance du système de santé belge : rapport 2024 [Internet]. KCE report 376B Health Services Research (HSR); 2024. Available from: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/2024-01/KCE376B\\_HSPA2024\\_\\_Rapport.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/2024-01/KCE376B_HSPA2024__Rapport.pdf)
13. Cors S. Quelles sont les causes profondes de la pénurie infirmière persistante depuis de nombreuses années dans nos soins de santé en Belgique ? 2023.
14. Legault Y. Institut de recherche et d'informations socioéconomiques. 2021 [cited 2024 May 3]. La pénurie d'effectifs infirmiers, un problème de santé publique. Available from: <https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/la-penurie-de-effectifs-infirmiers-un-probleme-de-sante-publique/>
15. Benallah S, Domin JP. Intensité et pénibilités du travail à l'hôpital:Quelles évolutions entre 1998 et 2013 ? Travail et emploi. 2017;152(4):5–31.

16. Komboigo\_-qualité-de-lencadrement-de-stagiaires-infirmiers.pdf [Internet]. [cited 2025 May 16]. Available from: [https://www.ifris-bf.org/wp-content/uploads/2018/12/3-KOMBOIGO\\_-qualit%C3%A9-de-lencadrement-de-stagiaires-infirmiers.pdf](https://www.ifris-bf.org/wp-content/uploads/2018/12/3-KOMBOIGO_-qualit%C3%A9-de-lencadrement-de-stagiaires-infirmiers.pdf)
17. Duffield CM, Roche MA, Homer C, Buchan J, Dimitrelis S. A comparative review of nurse turnover rates and costs across countries. *J Adv Nurs.* 2014 Dec;70(12):2703–12.
18. Gaudet MC, Tremblay M. Les oubliés du leadership : comprendre l'effet des leadership de structure et de considération sur la rétention et la performance discrétionnaire des ressources humaines. *@GRH.* 2012 Aug 29;3(2):11–42.
19. Baier V, Ferrari P. Enseignements tirés des soins psychiatriques.
20. Théorie des transitions de Afaf Ibrahim Meleis [Internet]. [cited 2024 May 13]. Available from: <https://afedi.com/Documentation/Article/153>
21. Murray M, Sundin D, Cope V. Benner's model and Duchscher's theory: Providing the framework for understanding new graduate nurses' transition to practice. *Nurse Education in Practice.* 2019 Jan;34:199–203.
22. Atherley A, Dolmans D, Hu W, Hegazi I, Alexander S, Teunissen PW. Beyond the struggles: a scoping review on the transition to undergraduate clinical training. *Medical Education.* 2019;53(6):559–70.
23. Teunissen PW, Westerman M. Opportunity or threat: the ambiguity of the consequences of transitions in medical education: Consequences of transitions in medical education. *Medical Education.* 2011 Jan;45(1):51–9.
24. Boychuk Duchscher, J. Stages of Transition and Transition Shock. *Journal for Nurses in Professional Development.* 2018 Jul;34(4):228–32.
25. Laskowski-Jones L, Castner J. The Great Resignation, Newly Licensed Nurse Transition Shock, and Emergency Nursing. *Journal of Emergency Nursing.* 2022 May 1;48(3):236–42.

26. Theory-Overview [Internet]. [cited 2024 May 26]. Available from: [https://nursingthefuture.ca/wp-content/uploads/2020/11/pdf\\_FINAL\\_Theory-Overview\\_EN\\_FR.pdf](https://nursingthefuture.ca/wp-content/uploads/2020/11/pdf_FINAL_Theory-Overview_EN_FR.pdf)
27. Rush KL, Adamack M, Gordon J, Lilly M, Janke R. Best practices of formal new graduate nurse transition programs: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies.* 2013 Mar;50(3):345–56.
28. Musallam E, Flinders BA. Senior BSN students' confidence, comfort, and perception of readiness for clinical practice: the impacts of COVID-19. *International Journal of Nursing Education Scholarship [Internet].* 2021 Jan 1 [cited 2024 May 26];18(1). Available from: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/ijnes-2020-0097/html>
29. English I. Intuition as a function of the expert nurse: a critique of Benner's novice to expert model. *Journal of Advanced Nursing.* 1993 Mar;18(3):387–93.
30. Charette M, Goudreau J, Alderson M. Une analyse évolutionniste du concept de compétence. *Recherche en soins infirmiers.* 2014;116(1):28–39.
31. Benner P. De novice à expert : excellence en soins infirmiers. In 1995 [cited 2025 May 4]. Available from: <https://www.semanticscholar.org/paper/De-novice-%C3%A0-expert-%3A-excellence-en-soins-infirmiers-Benner/21c350e682db5b3ebe5e4f024cf76975891fc2e3>
32. Benner P. De novice à expert. In 2003 [cited 2025 May 4]. Available from: <https://www.semanticscholar.org/paper/De-novice-%C3%A0-expert-Benner/ade29acdc725ec3692e07c109b949006ee4ba5b7>
33. Magnet4europe [Internet]. [cited 2025 May 16]. MAGNET4EUROPE. Available from: <https://www.magnet4europe.eu/>
34. Brunelle Y. Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. *Pratiques et Organisation des Soins.* 2009;40(1):39–48.
35. Miccoli M. Le modèle Onboarding dans l'intégration des nouveaux infirmiers en milieu hospitalier. Au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles. 2014.

36. Pronost Anna Marie. Expérimentation d'un management basé sur le concept d'hôpital magnétique. *La revue adsp*. 2020 Mar;(110).
37. ACN. Catalogue-formations-acn.pdf [Internet]. [cited 2025 May 21]. Available from: <https://www.infirmieres.be/sites/default/files/content-site/Formations/catalogue-formations-acn.pdf>
38. Soutien renforcé pour le personnel soignant en Belgique en 2024 [Internet]. [cited 2025 Mar 31]. Available from: <https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/soutien-renforce-pour-le-personnel-soignant-en-belgique-en-2024.html>
39. Thomas SP, Pollio HR. Listening to patients. Springer Publishing Company; 2002. 309 p.
40. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*. 2015 Jan;15(157):50–4.
41. Duchscher J. A Process of Becoming: The Stages of New Nursing Graduate Professional Role Transition. *Journal of continuing education in nursing*. 2008 Nov 1;39:441–50; quiz 451.
42. Mésuma S. Stratégies favorisant le développement des compétences infirmières pour une pratique collaborative optimale en milieu hospitalier. 2019 Nov [cited 2025 May 25]; Available from: <http://hdl.handle.net/1866/23132>
43. Medjesi P. Considérations stratégiques pour la rétention du personnel de santé formé à l'étranger.
44. BLONDET M. Le mentorat pour les patients et les professionnels de la santé [Internet]. Cap Mentorat - Formations - Information Mentorat. 2021 [cited 2025 May 26]. Available from: <https://www.capmentorat.org/le-mentorat-pour-les-patients-et-les-professionnels-de-la-sante/>
45. The Canadian Nurse Educator Institute (CNEI). Programme de mentorat pour IFE [Internet]. [cited 2025 May 26]. Available from: <https://cnei-icie.casn.ca/fr/our-programs/programme-de-residence/programme-de-mentorat-pour-ife/>

46. Acker D. L'organisation des soins primaires dans les pays nordiques. *Revue française des affaires sociales*. 2020 Jun 24;(1):313–23.

## 9 Annexes

---

### Annexe I

#### Mail type

+Joindre le formulaire d'information et de consentement

*A destination du DDI de l'hôpital*

---

Madame/Monsieur,

Je me permets de vous contacter dans le cadre de mon mémoire de fin d'études pour le master en Sciences de la Santé Publique à l'Université de Liège. Mon projet de recherche porte sur la façon dont les nouveaux diplômés perçoivent leur expérience d'intégration dans les hôpitaux, et la manière dont cette perception est-elle influencée par les pratiques et les facteurs qui orientent les stratégies d'intégration. Cet objectif de recherche découle de la pénurie de personnel infirmier dans le secteur des soins de santé, principalement en raison des difficultés liées à la rétention du personnel.

Cette étude est accompagnée par la Dre Jacinthe Dancot, Professeure associée à l'ULiège, et en attente d'un avis positif (n° 2024-530) du Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège pour publication scientifique.

Afin de mener à bien cette étude, je souhaite recueillir des témoignages de professionnels impliqués dans ce processus (ICANE, infirmier chef d'unité, etc.), ainsi que des retours d'infirmiers récemment diplômés (ayant entre 4 à 15 mois d'expérience) sur la manière dont ils perçoivent leur propre expérience d'intégration. Les entretiens, qui dureront environ 30 à 45 minutes, permettront de mieux comprendre les pratiques actuelles et d'identifier des pistes d'amélioration pour l'accompagnement des nouveaux diplômés.

Dans cette optique, je sollicite votre autorisation pour mener mon étude au sein de votre hôpital et pour entrer en contact avec des personnes au sein de vos équipes qui pourraient répondre à ces questions et partager leur expertise sur ces thématiques. Il est essentiel de souligner que toutes les données collectées seront traitées dans le respect de la confidentialité, conformément aux normes éthiques de l'Université de Liège et au RGPD. En particulier aucune comparaison directe entre les hôpitaux ne sera effectuée, le but étant davantage d'explorer les effets de diverses méthodes ou stratégies.

Si vous souhaitez obtenir davantage d'informations ou pour me transmettre votre autorisation pour contacter des personnes de votre hôpital, et éventuellement les coordonnées de ces dernières, je vous invite à me contacter directement par retour de mail ou par téléphone, à votre meilleure convenance. Ma promotrice est également disponible.

Vous trouverez ci-joint le formulaire d'information et de consentement lié à l'étude, qui sera remis aux participants.

Je vous remercie par avance pour l'attention portée à cette demande et reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Bien cordialement,  
Céline Pascolo  
Étudiante en Master en Sciences de la Santé Publique Université de Liège

[celine.pascolo@student.uliege.be](mailto:celine.pascolo@student.uliege.be)  
[0492861020](tel:0492861020)

Jacinthe Dancot  
Promotrice du projet  
Infirmière, PhD, chargée de cours HERs, Professeure associée ULiège  
[jacinthe.dancot@uliege.be](mailto:jacinthe.dancot@uliege.be)

*Suite à l'accord de la direction infirmière de l'hôpital, en vue de contacter les personnes à interroger*

---

Bonjour Madame/Monsieur,

Je me permets de vous contacter dans le cadre de mon mémoire de fin d'études pour le master en Sciences de la Santé Publique à l'Université de Liège. Mon projet de recherche porte sur les pratiques d'intégration des nouveaux diplômés dans les hôpitaux et vise à explorer les **stratégies d'intégration** mises en place et les **facteurs** qui influencent ces pratiques.

Cette étude est accompagnée par la Dre Jacinthe Dancot, Professeure associée à l'ULiège, et en attente d'un avis positif (n° 2024-530) du Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège pour publication scientifique.

Pour mener cette étude, je souhaiterais recueillir des témoignages de professionnels impliqués dans l'intégration de nouveaux employés. Votre participation, sous la forme d'un entretien d'environ de 30 minutes, serait précieuse pour éclairer les pratiques d'intégration et apporter des éléments utiles pour l'amélioration de l'accueil et du soutien aux nouveaux diplômés dans les milieux hospitaliers.

L'autorisation de xxx a été obtenue pour solliciter d'éventuels participants dans le cadre de cette étude. Il est important de préciser que cette autorisation ne constitue en aucun cas une obligation : chaque personne est libre d'accepter ou de refuser de participer, et cette décision restera confidentielle, sans être communiquée à la hiérarchie. Votre participation serait toutefois d'une aide précieuse pour la réalisation de l'étude, et toute contribution serait grandement appréciée.

Il est primordial de préciser que toutes les informations collectées seront gérées avec le plus grand respect de la confidentialité et de l'anonymat, conformément aux standards éthiques établis par l'Université de Liège. De plus, aucune comparaison directe entre les hôpitaux participants ne sera effectuée. Si vous souhaitez participer ou obtenir davantage d'informations, je vous invite à me contacter directement par retour de mail.

Vous trouverez ci-joint le formulaire d'information et de consentement lié à l'étude, qui vous fournira des détails supplémentaires sur l'étude ainsi que sur vos droits en tant que futurs participants.

Je vous remercie par avance pour le temps et l'aide précieuse que vous pourriez apporter à cette étude et reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Bien cordialement,

Céline Pascolo  
Étudiante en Master en Sciences de la Santé Publique Université de Liège  
[celine.pascolo@student.uliege.be](mailto:celine.pascolo@student.uliege.be)  
[0492861020](tel:0492861020)

Jacinthe Dancot  
Promotrice du projet  
Infirmière, PhD, chargée de cours HERs, Professeure associée ULiège  
[jacinthe.dancot@uliege.be](mailto:jacinthe.dancot@uliege.be)

*Suite à l'accord de la direction infirmière de l'hôpital, en vue de contacter les personnes à interroger*

---

Bonjour Madame/Monsieur,

Je me permets de vous contacter dans le cadre de mon mémoire de fin d'études pour le master en Sciences de la Santé Publique à l'Université de Liège. Mon projet de recherche vise à explorer la manière dont les nouveaux diplômés perçoivent leur propre **expérience d'intégration**.

Cette étude est accompagnée par la Dre Jacinthe Dancot, Professeure associée à l'ULiège, et en attente d'un avis positif (n° 2024-530) du Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège pour publication scientifique.

Pour cette étude, je souhaite recueillir les témoignages et perspectives d'infirmiers récemment diplômés, ayant entre 4 à 15 mois d'expérience pour couvrir toutes les étapes du processus d'intégration. Votre participation consisterait en un entretien d'environ 45 minutes.

L'autorisation de xxx a été obtenue pour solliciter d'éventuels participants dans le cadre de cette étude. Il est important de préciser que cette autorisation ne constitue en aucun cas une obligation : chaque personne est libre d'accepter ou de refuser de participer, et cette décision restera confidentielle, sans être communiquée à la hiérarchie. Votre participation serait toutefois d'une aide précieuse pour la réalisation de l'étude, et toute contribution serait grandement appréciée.

Dans le cadre de cette étude, il est primordial de préciser que toutes les informations collectées seront gérées avec le plus grand respect de la confidentialité et de l'anonymat, conformément aux standards éthiques établis par l'Université de Liège. De plus, aucune comparaison directe entre les hôpitaux participants ne sera effectuée. Si vous souhaitez participer ou obtenir davantage d'informations, je vous invite à me contacter directement par retour de mail.

Vous trouverez ci-joint le formulaire d'information et de consentement lié à l'étude, qui vous fournira des détails supplémentaires sur l'étude ainsi que sur vos droits en tant que futurs participants

Je vous remercie par avance pour le temps et l'aide précieuse que vous pourriez apporter à cette étude et reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Bien cordialement,

Céline Pascolo  
Étudiante en Master en Sciences de la Santé Publique Université de Liège  
[celine.pascolo@student.uliege.be](mailto:celine.pascolo@student.uliege.be)  
[0492861020](tel:0492861020)

Jacinthe Dancot  
Promotrice du projet  
Infirmière, PhD, chargée de cours HERs, Professeure associée ULiège  
[jacinthe.dancot@uliege.be](mailto:jacinthe.dancot@uliege.be)

## **Annexe II**

### **Guide d'entretien 1**

#### **Mot introductif de l'enquêtrice :**

« Je m'appelle Céline Pascolo et je suis étudiante en master en santé publique à l'Université de Liège. Dans le cadre de mon mémoire, je mène une recherche sur les pratiques d'intégration des nouveaux employés dans les hôpitaux, afin de formuler des hypothèses sur les facteurs influençant le choix de ces pratiques.

L'objectif de cet entretien est de recueillir votre expérience sur les pratiques d'intégration observées ou vécues. J'ai préparé quelques questions, mais n'hésitez pas à partager également toute autre information que vous jugez pertinente.

Toutes les données seront anonymisées et traitées de manière confidentielle».

#### **Questions principales :**

Pratiques d'intégration :

« Quelles pratiques d'intégration sont prévues ou avez-vous dans votre établissement ? »

Facteurs influençant le choix des pratiques :

« Selon vous, quels facteurs influencent le choix des pratiques d'intégration dans votre hôpital et leur mise en œuvre ?»

Évaluation des pratiques :

« Les pratiques d'intégration actuelles sont-elles efficaces, selon vous ? Les pratiques peuvent être efficaces pour certains aspects et pas pour d'autres. Qu'est-ce que vous trouvez plus ou moins efficace dans ces pratiques ? »

#### **Questions de relance :**

- « Pouvez-vous préciser ce point ? »
- « Comment avez-vous réagi dans cette situation ? »
- « Pourquoi cette situation vous a-t-elle posé problème ? »
- « Comment cette situation a-t-elle influencé votre manière de travailler ? »

#### **Objectifs visés pendant l'entretien :**

1. Les pratiques d'intégration : processus, stratégies, outils de soutien.
2. Les facteurs influençant l'intégration : culture de l'hôpital, relations avec les collègues, formation, ressources disponibles.

#### **Conclusion :**

« Merci pour vos réponses. Si vous avez d'autres commentaires ou suggestions concernant les pratiques d'intégration, n'hésitez pas à les partager».

## Guide d'entretien 2

### Mot introductif de l'enquêteuse :

« Bonjour, je m'appelle Céline Pascolo et je suis actuellement étudiante en master en santé publique à l'Université de Liège. Dans le cadre de mon mémoire, je mène une recherche sur l'expérience vécue par les infirmières concernant les pratiques d'intégration dans les hôpitaux. L'objectif de cette recherche est de mieux comprendre les processus et les défis rencontrés lors de l'intégration des infirmières et comment ces pratiques influencent leur adaptation au sein de l'hôpital.

Pour cet entretien, je vous invite à partager vos expériences personnelles et vos ressentis concernant votre intégration en tant qu'infirmière. Il est important pour moi que vous puissiez raconter des moments significatifs, les difficultés que vous avez rencontrées, mais aussi les ressources et les soutiens qui vous ont aidée. Vous pouvez également parler de tout autre aspect que vous jugez pertinent, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse

Les informations que vous partagerez seront anonymisées et traitées de manière confidentielle.

Ce sont vos perceptions et expériences qui m'intéressent particulièrement. »

### Questions d'entretien :

« Pour commencer, pourriez-vous me dire depuis combien de temps vous travaillez, votre temps de travail et quel diplôme vous avez obtenu ? »»

« Pouvez-vous me parler de votre intégration dans l'hôpital ? »

- Quelles pratiques ?
- Qu'est-ce qui vous a marqué durant cette période d'intégration ?
- Quelles difficultés éventuellement vécues

« Quelles émotions avez-vous ressenties pendant cette période d'intégration ? »

- Parlez-moi des émotions qui vous sont venues à l'esprit : anxiété, stress, joie, confiance, confusion...
- Ces émotions ont-elles évolué au fur et à mesure de votre intégration ?

« La théorie de la transition montre que les premiers mois peuvent représenter un véritable « choc ». Vous souvenez-vous d'un moment où vous avez ressenti ce choc ou une difficulté particulière ? »

- Quelles émotions avez-vous ressenties lors de ce moment ?
- Comment avez-vous géré cette situation ?

« Au cours des premiers mois (période de « faire » ou « doing »), quels soutiens avez-vous éventuellement reçus et quelle a été leur influence? »

- Y a-t-il eu un collègue ou un mentor qui vous a particulièrement aidée ?
- Quels types de ressources (formations, aides, conseils) ont été mis à votre disposition ?

« En termes de mentorat ou de préceptorat, avez-vous eu des mentors ou des collègues expérimentés pour vous guider ? Comment cette relation a-t-elle influencé votre transition ? »

- En quoi la présence (ou l'absence) d'un mentor a-t-elle fait une différence ?

- Y a-t-il eu des moments où un soutien spécifique a fait une grande différence dans votre intégration ?

« Dans l'ensemble, comment décririez-vous les stratégies d'accueil et de soutien mises en place par l'hôpital pour les nouveaux diplômés ? »

- Quelles pratiques d'intégration vous ont semblé particulièrement utiles, et lesquelles auraient pu être améliorées ?
- Si vous pouviez recommander des améliorations pour le processus d'intégration, lesquelles seraient-elles ?

#### **Relances génériques pour approfondir :**

- « Pouvez-vous développer ce point ? »
- « Qu'est-ce que cela signifiait pour vous à ce moment-là ? »
- « Comment avez-vous agi pour résoudre cette situation ? »
- « Sur quelles ressources ou quelles connaissances avez-vous pu compter / avez-vous mobilisé ? »
- « Qu'est-ce qui était important pour vous à ce moment-là ? »
- « Qu'est-ce qui vous a posé problème ? Pourquoi ? »
- « Dans cette situation vous m'avez parlé de ... Comment l'avez-vous vécu ? »

#### **Objectif de l'entretien :**

L'objectif principal de cet entretien est de comprendre comment les infirmières perçoivent et vivent leur processus d'intégration, à travers leurs émotions, leurs expériences pratiques et leurs réflexions personnelles. Le guide est conçu pour encourager une exploration libre et profonde de leur vécu, tout en guidant l'entretien vers des éléments clés comme les ressources disponibles, les valeurs en jeu et les interactions avec les collègues.

#### **Conclusion :**

« Merci pour vos réponses. Si vous avez d'autres commentaires ou suggestions concernant les pratiques d'intégration, n'hésitez pas à les partager».

### Annexe III

#### **Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)**



Sart Tilman, le 17 décembre 2024

Prof. A-F. DONNEAU  
Madame Céline PASCOLO  
**SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE**  
**CHU**

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique  
Notre réf: **2024/530**

"Comment les nouveaux diplômés perçoivent-ils leur expérience d'intégration dans les hôpitaux, et de quelle manière cette perception est-elle influencée par les pratiques et les facteurs qui orientent les stratégies d'intégration ? "

Protocole : v1

Cher Collègue,

Le Comité d'Ethique constate que votre étude n'entre pas dans le cadre de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Le Comité n'émet pas d'objection éthique à la réalisation de cette étude.

Vous trouverez, sous ce pli, la composition du Comité d'Ethique.

Je vous prie d'agrérer, Cher Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Prof. D. LEDOUX  
Président du Comité d'Ethique

Note: l'original de la réponse est envoyé au Chef de Service, une copie à l'Expérimentateur principal.

---

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE

Président : Professeur D. LEDOUX

Vice-Présidents : Docteur G. DAENEN – Docteur E. BAUDOUX – Professeur P. FIRKET

Secrétariat administratif : 04/323.21.58

Coordination scientifique: 04/323.22.65

Mail : [ethique@chuliege.be](mailto:ethique@chuliege.be)

Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

## Annexe IV



### Formulaire d'information et de consentement RGPD pour un travail de fin d'étude

*Quelles sont les pratiques des stratégies d'intégration des nouveaux diplômés dans les hôpitaux, quels sont les facteurs qui influencent ces pratiques, et comment ces diplômés perçoivent-ils leur expérience d'intégration ?*

Ce formulaire d'information et de consentement RGPD présente une description de l'étude et des traitements de données à caractère personnel qui y sont associés.

**Nous vous demandons de lire attentivement ce document. Si vous êtes d'accord de prendre part à cette étude, vous devrez signer ce document. Une copie datée de ce document vous sera remise. Après avoir donné votre consentement à participer, vous resterez libre de vous retirer de cette étude à tout moment, sans qu'aucune justification ne soit nécessaire.**

Votre participation sera d'une grande aide pour la réalisation de cette étude. Vous êtes cependant libre de participer ou non sans aucun risque pour vous ni pour votre carrière. Si vous avez des questions ou préoccupations concernant le projet ou vos données à caractère personnel, ou si vous souhaitez retirer votre participation, vous êtes libre de contacter le ou les responsables du projet de recherche à tout moment au moyen des coordonnées figurant ci-dessous.

#### *Responsable(s) du projet de recherche*

Le promoteur de ce travail de fin d'étude est : Dancot Jacinthe [jacinthe.dancot@uliege.be](mailto:jacinthe.dancot@uliege.be), infirmière, docteure en sciences de la santé publique

L'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude est : Pascolo Céline [celine.pascolo@student.uliege.be](mailto:celine.pascolo@student.uliege.be), étudiante au Master en Sciences de la Santé Publique à finalité santé publique

#### *Description de l'étude*

Cette étude a pour but de recenser les pratiques des stratégies d'intégration des nouveaux diplômés existant dans les hôpitaux, d'identifier les facteurs influençant ces pratiques, et explorer l'expérience vécue par les nouveaux diplômés durant leur intégration. Un devis d'étude qualitative est utilisé dans le cadre de cette recherche et c'est à l'aide d'interview que les informations seront récoltées. Cette étude sera menée, sauf prolongation, jusqu'à la fin de l'année académique 2024-2025.

Ces interviews seront menées soit en présentiel, soit en visio, au choix du participant. Elles seront menées dans un local permettant la confidentialité des échanges.

### ***Protection des données à caractère personnel***

Le ou les responsables du projet prendront toutes les mesures nécessaires pour protéger la confidentialité et la sécurité de vos données à caractère personnel, conformément au *Règlement général sur la protection des données* (RGPD – UE 2016/679) et à la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel

#### *1. Qui est le responsable du traitement ?*

Le Responsable du Traitement est l'Université de Liège, dont le siège est établi Place du 20-Août, 7, B- 4000 Liège, Belgique.

#### *2. Quelles seront les données collectées ?*

Les données récoltées sont : Enregistrement audio des entretiens. La question de recherche étant composé de deux parties, deux guides d'entretiens ont été réalisés. Ces données de nature qualitative dépendront des échanges obtenus entre les participants et la chercheuse : l'interview commencera par une question générale et le reste de l'échange sera ponctué de questions de relance en fonction de la nature de l'échange. Elles porteront soit sur les pratiques d'intégration mises en place au sein des hôpitaux, soit sur le vécu de celles-ci par les infirmiers novices.

#### *3. À quelle(s) fin(s) ces données seront-elles récoltées ?*

Les données à caractère personnel récoltées dans le cadre de cette étude serviront à la réalisation du travail de fin d'étude présenté ci-dessus. Elles pourraient, éventuellement, aussi servir à la publication de ce travail de fin d'étude ou d'articles issus de cette recherche, à la présentation de conférences ou de cours en lien avec cette recherche, et à la réalisation de toute activité permettant la diffusion des résultats scientifique de cette recherche. Votre anonymat sera garanti dans les résultats et lors de toute activité de diffusion de ceux-ci.

#### *4. Combien de temps et par qui ces données seront-elles conservées ?*

Les données à caractère personnel récoltées seront conservées jusqu'à la réalisation et la validation par le jury du travail de fin d'étude présenté ci-dessus. Le cas échéant, la conservation de ces données pourrait être allongée de quelques mois afin de permettre les autres finalités exposées au point 3.

Ces données seront exclusivement conservées par l'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude, sous la direction de son promoteur.

#### *5. Comment les données seront-elles collectées et protégées durant l'étude ?*

Etape 1 : échantillonnage selon une méthode non probabiliste de commodité ou raisonné selon les étapes du mémoire

Etape 2 : signature du formulaire de consentement par les participants

Etape 3 : audio-enregistrement des entrevues sur un dictaphone. Numérotation des entrevues selon l'ordre d'enregistrement. Transfert de l'audio-enregistrement sur un ordinateur personnel protégé par mot de passe.

Etape 4 : retranscription des entretiens en anonymisant toutes les personnes et tous les faits reconnaissables. Les données audio ne seront ensuite plus utilisées, sauf à des fins de vérification éventuelle.

Etape 5 : exploitation des retranscriptions pour la rédaction du mémoire lors du 2<sup>ème</sup> quadrimestre

Etape 6 : Fin du mémoire et validation de celui-ci

Etape 7 : Destruction des fichiers audio et des fichiers contenant des données identifiantes

*6. Ces données seront-elles rendues anonymes ou pseudo-anonymes ?*

Les données recueillies au cours de cette étude seront anonymisées dès la transcription du matériel et ne seront conservées que pour la durée strictement nécessaire à la réalisation de l'étude et à l'analyse des résultats. Les entrevues seront numérotées en fonction de l'ordre d'enregistrement.

*7. Qui pourra consulter et utiliser ces données ?*

Seul l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude présenté plus haut, son promoteur et éventuellement les membres du jury de mémoire (pour validation de la démarche scientifique) auront accès à ces données à caractère personnel.

*8. Ces données seront-elles transférées hors de l'Université ?*

Non, ces données ne feront l'objet d'aucun transfert ni traitement auprès de tiers.

*9. Sur quelle base légale ces données seront-elles récoltées et traitées ?*

La collecte et l'utilisation de vos données à caractère personnel se fondent sur la mission d'intérêt public de l'Université (RGPD, Art. 6.1.e) et, pour les données particulières, sur la nécessité de traiter ces données à des fins de recherche scientifique (RGPD, Art. 9.2.j).

*10. Quels sont les droits dont dispose la personne dont les données sont utilisées ?*

Comme le prévoit le RGPD (Art. 15 à 23), chaque personne concernée par le traitement de données peut, en justifiant de son identité, exercer une série de droits :

- obtenir, sans frais, une copie des données à caractère personnel la concernant faisant l'objet d'un traitement dans le cadre de la présente étude et, le cas échéant, toute information disponible sur leur finalité, leur origine et leur destination;
- obtenir, sans frais, la rectification de toute donnée à caractère personnel inexacte la concernant ainsi que d'obtenir que les données incomplètes soient complétées ;
- obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, l'effacement de données à caractère personnel la concernant;
- obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, la limitation du traitement de données à caractère personnel la concernant;
- s'opposer, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, pour des raisons tenant à sa situation particulière, au traitement des données à caractère personnel la concernant ;
- introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, [contact@apd-gba.be](mailto:contact@apd-gba.be)).

*11. Comment exercer ces droits ?*

Pour exercer ces droits, vous pouvez vous adresser au Délégué à la protection des données de l'Université, soit par courrier électronique (dpo@uliege.be), soit par lettre datée et signée à l'adresse suivante :

Université de Liège  
M. le Délégué à la protection des données,  
Bât. B9 Cellule "GDPR",  
Quartier Village 3,  
Boulevard de Colonster 2,  
4000 Liège, Belgique.

#### *Coûts, rémunération et dédommagements*

Aucun frais direct lié à votre participation à l'étude ne peut vous être imputé. De même, aucune rémunération ou compensation financière, sous quelle que forme que ce soit, ne vous sera octroyée en échange de votre participation à cette étude.

#### *Retrait du consentement à participer à l'étude*

Si vous souhaitez mettre un terme à votre participation à ce projet de recherche, veuillez en informer l'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude et/ou son Promoteur, dont les noms figurent sur la première page de ce document. Ce retrait peut se faire à tout moment, sans qu'une justification ne doive être fournie. Sachez néanmoins que les traitements déjà réalisés sur la base de vos données personnelles ne seront pas remis en cause. Par ailleurs, les données déjà collectées ne seront pas effacées si cette suppression rendait impossible ou entravait sérieusement la réalisation du projet de recherche. Vous en seriez alors averti.

#### *Questions sur le projet de recherche*

Toutes les questions relatives à cette recherche peuvent être adressées à l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude, dont les coordonnées sont reprises ci-dessus.

*Je déclare avoir lu et compris les 4 pages de ce présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire signé par les personnes responsables du projet. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet et ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles j'ai reçu une réponse satisfaisante. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.*

*Accepte ou n'accepte pas (biffer la mention inutile).*

Nom et prénom :

Date :

Signature :

*Nous déclarons être responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.*

Nom et prénom du Promoteur : Dancot Jacinthe

Date : 25 novembre 2024

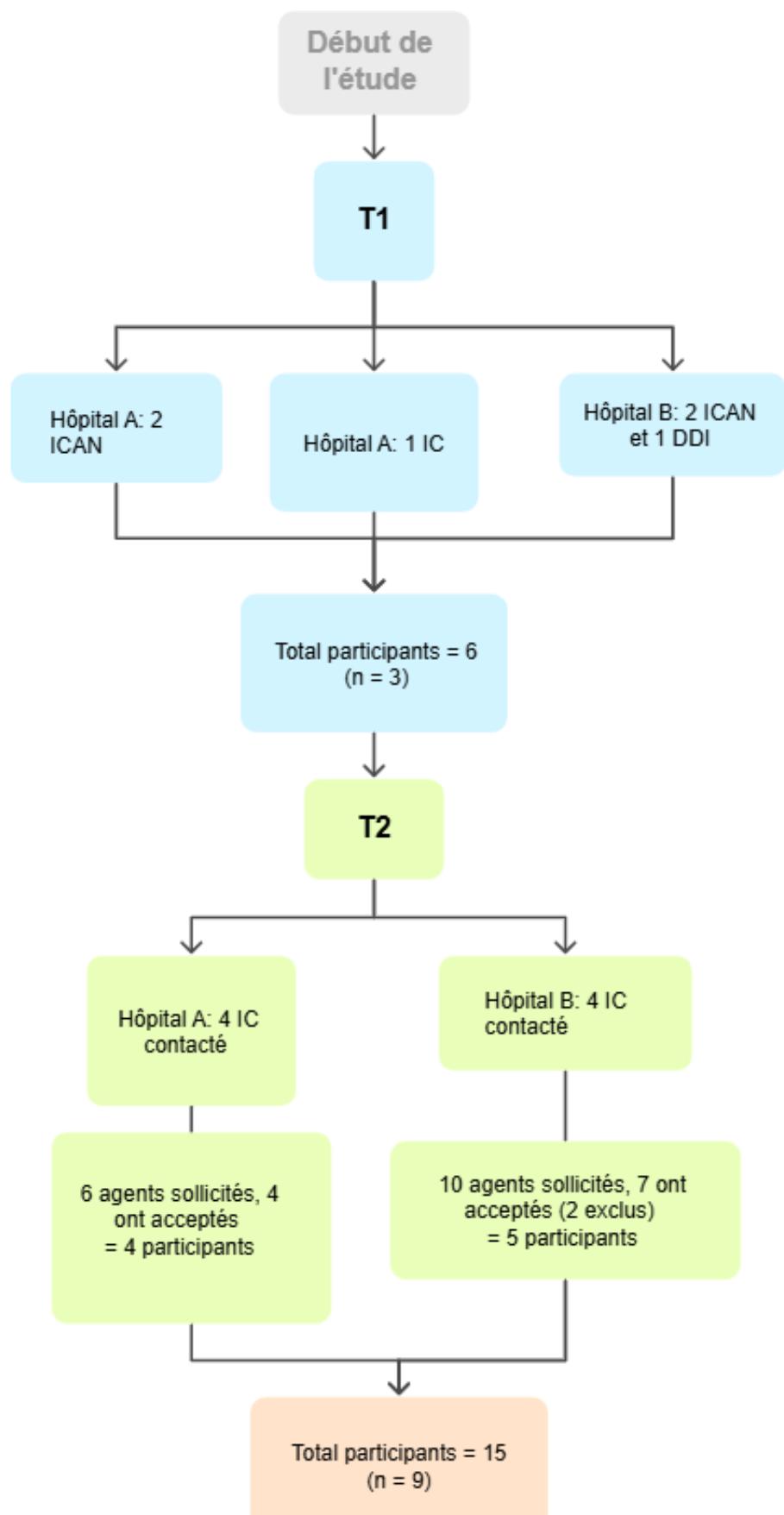
Signature : 

Nom et prénom de l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude : Pascolo Céline

Date : 25 novembre 2024

Signature : 

## Annexe V



## Annexe VI

### Tableaux des entretiens – Hôpital A et Hôpital B

#### Hôpital A

N° Entretien	Fonction	Diplôme	Mois d'expérience	Temps de travail
N°1	2 ICANE	/	/	/
N°3	IC	/	/	/
N°4	ND	BIRSG + specialisation	Août 2024 (8 mois)	Mi-temps
N°5	ND	BIRSG + specialisation	Septembre 2024 (7 mois)	Temps plein
N°6	ND	BIRSG	Septembre 2024 (7 mois)	Mi-temps
N°7	ND	BIRSG	15 juillet 2024 (8 mois et 15 jours)	Temps plein

#### Hôpital B

N° Entretien	Fonction	Diplôme	Mois d'expérience	Temps de travail
N°2	2 ICANE + 1 DDI	ND	ND	ND
N°8	ND	BIRSG	15 octobre 2024 (5 mois et demi)	Temps plein
N°9	ND	BIRSG	Plus de 15 mois = Exclu	Temps plein
N°10	ND	BIRSG	Plus de 15 mois = Exclu	Temps plein

N°11	ND	BIRSG + spécialisation	16 septembre 2024 (6 mois)	Temps plein
N°12	ND	BIRSG + spécialisation	16 septembre 2024 (6 mois)	Temps plein
N°13	ND	BIRSG + spécialisation	16 septembre 2024 (6 mois)	Temps plein
N°14	ND	Brevet	1 avril 2024 (12 mois)	Temps plein