



Master 2 Mention Administration de la Santé

Parcours AMOS

Promotion : **2023 - 2024**

Date du Jury : **Juin 2024**

**Caractérisation, modélisation et développement d'une politique
efficiente de fidélisation des infirmiers au profit de la qualité des
soins au sein d'un établissement public de santé**

Carole DURIGNEUX

Remerciements

Par ces lignes, j'adresse toute ma reconnaissance

A Madame SCHARDT- RIQUET, Directrice d'hôpital et Enseignante-experte RH - IDM

Ressources Humaines, pour son accompagnement, son soutien, sa disponibilité et son dynamisme.

A Monsieur ALLEMAND, Enseignant expert en Ressources Humaines et Responsable du parcours AMOS Rennes, pour son soutien, ses conseils et sa bienveillance au cours de cette année de formation.

Au CHU d'Angers pour m'avoir permis de réaliser ce Master 2 en parallèle de mes fonctions.

Aux équipes soignantes, cadres de santé, DS et DRH qui ont accepté de répondre à mes entretiens dans le cadre de mon travail de recherche.

A Caroline, ma collègue et amie, avec qui j'ai partagé cette aventure professionnelle, pour son soutien et ses encouragements sans faille.

A mon équipe d'encadrement du CHU pour leur soutien, leur encouragement et leur professionnalisme à toute épreuve.

A mes compagnons de promotion pour cette expérience professionnelle et humaine partagée tout au long de cette année.

Et enfin, un énorme merci à mon mari et mes enfants, Sacha et Gabin, et l'ensemble de ma famille, qui ont su me soutenir, m'aider et m'accompagner avec douceur et délicatesse et pour qui j'ai mis cette année entre parenthèses.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 CADRE PROFESSIONNEL : Les infirmiers en établissements de santé	7
1.1 Les Etablissements de Santé.....	7
1.1.1 Missions des Etablissements publics de santé	7
1.1.2 Typologie des EPS.....	8
1.1.3 Un contexte hospitalier en mutation	8
1.2 La profession d’Infirmière Diplômée d’Etat.....	10
1.2.1 Missions et cadre juridique de la fonction	10
1.2.2 Choix politique et perspectives d’accompagnement de la profession IDE.....	11
1.3 L’attractivité des EPS vis-à-vis des professionnels soignants à travers une enquête de la FHF en 2019	11
2 REVUE DE LITTÉRATURE	13
2.1 La fidélisation	13
2.1.1 Éléments de définition	13
2.1.2 De la fidélisation à l’attractivité	18
2.1.3 La gestion des talents : un levier d’attractivité et un gage de fidélisation	20
2.1.4 « L’expérience employé » ou « l’expérience collaborateur »	22
2.2 Le sentiment d’appartenance	26
2.2.1 Approche conceptuelle du sentiment d’appartenance	26
2.2.2 Les déterminants du sentiment d’appartenance	27
2.3 Conditions de travail (CT), Qualité de Vie au Travail (QVT) et fidélisation.....	32
2.3.1 Conditions de travail et QVT	32
2.3.2 Approche conceptuelle des CT selon Abord De Chatillon E. et Richard E.....	33
2.3.3 Qualité de vie au travail (QVT), facteur de qualité des soins et de fidélisation	34
2.4 Qualité des soins et fidélisation.....	36
2.4.1 Réglementation des EPS.....	36
2.4.2 Définition de la qualité des soins	36
2.4.3 Les différentes dimensions de la qualité des soins	37
2.4.4 Qualité, sécurité des soins et conditions de travail	38
2.4.5 Qualité, sécurité des soins et fidélisation	39
2.5 Le modèle des Hôpitaux Magnétiques (HM) (Annexe VII)	40

2.5.1	Définition du concept des HM	40
2.5.2	Facteurs organisationnels des HM	41
2.5.3	Ce modèle des HM américains est-il transposable en France ?.....	44
2.5.4	Comment transcrire les hôpitaux magnétiques dans la politique RH de nos EPS ?	45
2.6	Synthèse de l'approche théorique.....	47
3	METHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	49
3.1	Le cadre de l'enquête	49
3.1.1	La démarche d'investigation	50
3.1.2	Le choix du terrain d'enquête	50
3.1.3	L'échantillonnage	50
3.1.4	Les limites de l'enquête.....	51
3.1.5	Le niveau d'intérêt pour le sujet	51
3.1.6	Présentation du guide d'entretien IDE (Annexe VIII)	51
3.2	L'analyse de contenu	52
3.2.1	En quoi cela consiste ?	52
3.2.2	De la théorie à la pratique.....	52
4	LES RESULTATS DE NOTRE RECHERCHE.....	53
4.1	La population d'enquête et les caractéristiques	53
4.2	L'analyse des entretiens IDE	53
4.3	Synthèse de l'analyse et vérification des hypothèses	80
5	DISCUSSION ET PRECONISATIONS.....	83
5.1	Préconisations au niveau institutionnel	84
5.1.1	Développer une politique d'accueil et d'intégration des IDE	84
5.1.2	Favoriser un management par la Qualité de Vie au Travail	85
5.2	Préconisations au niveau collectif	87
5.2.1	Optimiser le travail en équipe et la coopération interprofessionnelle.....	88
5.2.2	Favoriser « l'empowerment » structurel au bénéfice des IDE.....	89
5.3	Préconisations au niveau individuel	91
5.4	Limites de l'étude.....	93
	CONCLUSION.....	95
	Bibliographie.....	99
	Liste des annexes.....	I
	ANNEXE I : Plan de bataille pour les Ressources humaines (FHF)	III

ANNEXE II : Enquête DREES – Juillet 2023	XIII
ANNEXE III : Enquête FHF/2019 : L’attractivité des EPS vis-à-vis des professionnels soignants .	XIX
ANNEXE IV : Schéma : Les conditions de la qualité de vie au travail (ANACT)	XXI
ANNEXE V : Le Baromètre Santé 360 ° MNH - ODOXA	XXIII
ANNEXE VI : Schéma de qualité selon Donabedian A.....	XXV
ANNEXE VII : Origine du modèle des Hôpitaux magnétiques (HM).....	XXVII
ANNEXE VIII : Guide d’entretien IDE (Source : Durigneux C.- avril 2024).....	XXIX
ANNEXE IX : Tableau de la population d’enquête.....	XXXIII
ANNEXE X : Guide d’entretien CS, DRH et DS (Source : Durigneux C.- avril 2024).....	XXXVII
ANNEXE XI : Analyse des questions d’ouverture posées aux IDE.....	XLI
Annexe XII : Synthèse et analyse des entretiens réalisés avec le CS, le DRH et la DS.....	XLV
ANNEXE XIII : Matrice SWOT	LI
(Source : Durigneux.C- avril 2024)	LI
ANNEXE XIV :	LIII
Fiche ANAP : Bâtir sa politique d’attractivité RH et de fidélisation (07 mars 2024)	LIII
ANNEXE XV : Journées d’étude de l’ANAP	LV

Liste des sigles utilisés

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANCC : American Nurses Credentialing Center
ANI : Accords Nationaux Interprofessionnels
ARHIF : Agence Régional de l'Hospitalisation d'Ile de France
ARIQ : Attraction, Rétention, Implication des Infirmiers et Qualité des Soins
ARS : Agence Régionale de Santé
CH : Centre Hospitalier
CHT : Communauté Hospitalière de Territoire
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CNG : Centre National de Gestion
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CSS : Cadre Supérieur de Santé
DARES : Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques
DGAFP : Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DRH : Directeur des Ressources Humaines
DS : Directeur de Soins
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPS : Etablissement Public de Santé
ETP : Equivalent Temps Plein
FPE : Fonction Publique d'Etat
FPH : Fonction Publique Hospitalière
FPT : Fonction Publique Territoriale
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
GRH : Gestion des Ressources Humaines
HAS : Haute Autorité de Santé
HM : Hôpital Magnétique
HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoire
IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat

IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INSEE : Institut National de la Statistique et des études économiques

MH : « Magnet Hospital » (Hôpital Magnétique)

MK : Masseur Kinésithérapeute

MNH : Mutuelle Nationale des Hospitaliers

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

QVCT : Qualité de Vie et Conditions de Travail

QVT : Qualité de Vie au Travail

RH : Ressources Humaines

RPS : Risques Psycho-Sociaux

TMS : Troubles Musculo-Squelettiques

UNCMC : UNC Management Company

INTRODUCTION

Comme dans la plupart des pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE), le système de santé français fait face à une demande de soins en constante augmentation, notamment sous l'effet du vieillissement de la population, mais aussi des progrès continus des connaissances et techniques médicales. En matière de ressources humaines, les établissements hospitaliers sont entrés dans la crise sanitaire avec une situation dégradée. Ces difficultés initiales sont encore visibles aujourd'hui : 99% des établissements déclarent des difficultés de recrutement, mais d'ampleur variable selon les territoires, le type d'établissement et les spécialités. Des postes vacants sont en nombre important à l'hôpital public : 5 à 6% des postes d'infirmiers (environ 15 000 postes), 2,5% des postes d'aides-soignants (environ 5000 postes) et 30% des postes de praticiens hospitaliers titulaires (Centre National de Gestion (CNG)). Le taux d'absentéisme moyen passe de 7,4% en 2012 à 9% en 2019 à plus de 12% en 2022¹.

Pour autant, les hôpitaux publics ne manquent pas d'atouts. D'après une enquête du Comité Ethique de la Fédération Hospitalière de France (FHF)², 80% des agents hospitaliers ont un sentiment de fierté pour leur travail et 91% un sentiment d'utilité. De la même manière, il apparaît que les établissements publics de santé (EPS) ont en moyenne augmenté leurs effectifs de 3% entre 2019 et mai 2023, tous métiers confondus.

Dans les prochaines années, pour faire face à la hausse sans précédent des besoins de santé, les EPS vont devoir à la fois engager des recrutements importants et améliorer les conditions de travail afin de favoriser la fidélisation des professionnels de santé. Ces deux dynamiques font système et se renforcent mutuellement : la hausse des recrutements améliore les conditions de travail, des conditions de travail améliorées favorisent les recrutements et la fidélisation. Ce défi est une priorité majeure pour notre système de santé. Il suppose d'adopter une logique globale, transversale et d'afficher la question de l'emploi et des conditions de travail comme priorité n°1. C'est pourquoi la FHF propose un « Plan de bataille pour les Ressources Humaines »³ (**Annexe I**), qui avance des solutions au service d'une politique renouvelée en matière de ressources humaines. Selon les projections de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), le nombre d'Infirmiers Diplômés d'État (IDE) devrait connaître une augmentation significative jusqu'en 2040, atteignant 880000 professionnels.

¹ Enquête FHF, mai 2022.

² Comité éthique FHF, Enquête « Prendre soin des professionnels de santé », Janvier 2023, 33 pages.

³ Annexe I : Plan de bataille pour les Ressources Humaines, 2023, 10 pages.

Cette croissance est prévue pour faire face aux défis posés par le vieillissement de la population et la diminution du nombre de médecins. Cependant, malgré cette perspective encourageante, il existe encore des tensions et des difficultés persistantes dans le secteur hospitalier.

En examinant de plus près ces tensions, notamment en termes financiers, de conditions de travail et d'attractivité pour les infirmières, il devient évident que des mesures supplémentaires sont nécessaires pour remédier à ces problèmes. *« Les tensions de recrutement sont confirmées par l'ensemble des indicateurs. Elles renvoient à des problèmes d'attractivité et de fidélisation des professionnels, (...) d'autant plus préoccupants que de nombreux emplois d'infirmiers devraient continuer à être créés à l'horizon 2040 pour faire face au vieillissement de la population. »*⁴

Selon un Rapport de la DREES en juillet 2023⁵ (**Annexe II**), près d'une infirmière sur deux a quitté l'hôpital ou changé de métier après 10 ans de carrière. Entre 1989 et 2019, 54% des IDE hospitalières le sont toujours après 10 années de carrière. Cette part est plus faible pour celles qui ont commencé à exercer à la fin des années 2000 (50%) que pour leurs aînées entrées dans la profession au début des années 1990 (60%). 11% d'entre elles continuent à pratiquer en tant qu'IDE salariées, mais dans d'autres secteurs que l'hôpital, et 7% exercent toujours à l'hôpital mais ont changé de métier. 21% des IDE hospitalières quittent leur emploi salarié après 10 ans de carrière. La part des IDE hospitalières occupant encore cette profession à l'hôpital dix ans après le début de leur carrière décroît. Le taux à 10 ans a décru au fil des générations pour lesquelles il peut être examiné : il passe de 60% pour les IDE hospitalières qui ont commencé leur carrière entre 1990 et 1994 à 50% pour leurs homologues entrées dans la profession 20 ans plus tard.

L'âge moyen de début de carrière s'élève à 28 ans. Les premières années de carrière sont souvent celles de la naissance du premier enfant. 26% des IDE ont déjà un enfant lorsqu'elles accèdent à leur premier poste d'IDE hospitalière ; ce taux double 5 ans plus tard avec 58% et 5 ans encore plus tard, le taux s'élève à 79%. La hausse très rapide de la part d'IDE ayant un enfant en début de carrière signifie qu'une part importante des personnes qui exercent pour la première fois comme IDE hospitalière vont, dans les années suivantes, avoir un ou des enfants.

⁴ IGAS (2021), RAPPORT IGAS N°2022-030R/IGESR N°21-22 275A « Evolution de la profession et de la formation infirmière », page 4, consulté le 04 avril 2024.

⁵ Annexe II : DREES, Etudes et Résultats, Juillet 2023, n° 1277, 6 pages.

Le fait de devenir mère conduit à diminuer son volume de travail salarié mais n'explique pas les sorties de l'emploi salarié. De même, il n'influe pas sur la décision de rester IDE hospitalière. En revanche, devenir mère conduit bien les femmes qui ont exercé la profession d'IDE hospitalière à diminuer leur volume de travail salarié. Cette diminution s'explique essentiellement par des passages à temps partiel. La fréquence de ces passages à temps partiel est comparable à celle qu'on peut mesurer sur la totalité de l'emploi salarié. Cependant, pour l'ensemble des femmes salariées, il est beaucoup plus courant de quitter un emploi salarié quand on devient mère.

Les questions d'attractivité dans un premier temps et de fidélisation dans un second temps des professionnels de santé sont au centre des problématiques de gestion de ressources humaines depuis quelques années. La faible attractivité de certains établissements auprès des professionnels peut avoir un réel impact sur la qualité des prises en soins et la sécurité des soins dispensés. A plus d'un titre, le besoin en professionnels de santé qualifiés est essentiel. De nombreux défis se présentent tels que le manque d'effectifs et les règles rigides de dotation de personnel, les exigences de productivité, de performance et de maîtrise des dépenses, l'intensité des soins exigeant le développement des compétences. Aujourd'hui, dans un contexte économique contraint, les professionnels doivent faire mieux et plus, à niveau constant en ressources humaines. Même s'il est difficile pour les professionnels de penser le changement quand les enjeux plus immédiats guident leurs préoccupations, il semble légitime de s'interroger sur la prospective stratégique à adopter. Il paraît alors essentiel de définir une véritable stratégie d'attractivité et de fidélisation des professionnels infirmiers au sein des établissements de santé afin de répondre aux différentes évolutions du monde hospitalier. L'attractivité et la fidélisation des personnels paramédicaux sont aujourd'hui fortement induites par la politique volontariste de l'établissement et les équipes de direction l'animent.

Pour les dirigeants de l'hôpital, se questionner sur quelles réponses, à savoir quelle stratégie audacieuse et innovante au sein de l'établissement, favorable à la fois au recrutement et au développement des compétences pour garantir la qualité et la sécurité des soins auprès des usagers, nous semble un élément clé. Le recrutement et la fidélisation, pour assurer les activités, permettent de maintenir les organisations en place et de garantir les missions du service public. Or, si les effectifs et les compétences ne sont pas en adéquation pour répondre aux besoins et aux demandes des usagers et patients, les équipes sont en grandes difficultés. Les soignants ne peuvent plus répondre de manière optimale aux critères de sécurité et qualité dans la dispensation des soins.

Au regard de ce contexte, il nous a semblé intéressant de traiter cette question de la fidélisation des professionnels paramédicaux infirmiers au sein d'un établissement public de santé. Nous avons fait le choix de cibler une population sinon le champ était trop large. C'est pourquoi, nous traiterons uniquement le thème pour les IDE. En effet, les difficultés rencontrées ne sont pas les mêmes d'une profession à l'autre.

Dans ce contexte, différentes questions nous ont été soulevées :

« Dans quelles mesures certains établissements de santé, dans un contexte de pénurie de personnels, parviennent-ils à fidéliser leurs personnels infirmiers ? »

« Quels sont les effets et les impacts des conditions de travail sur la qualité de vie au travail et la fidélisation ? »

« Quels sont les impacts de la fidélisation sur la qualité de prise en charge des patients ? »

« Dans quelle mesure pouvons-nous développer une stratégie de fidélisation des équipes infirmière, au sein d'un établissement public de santé, pour garantir la qualité des soins ? »

Notre réflexion, guidée par les éléments issus de notre expérience professionnelle au sein d'un Centre Hospitalier Universitaire, nous amène à développer la problématique suivante : **« En quoi la fidélisation des infirmiers, au sein des établissements publics de santé, impacte-t-elle la qualité des soins ? »**

« La problématique est l'approche ou la perspective théorique qu'on décide d'adopter pour traiter le problème posé par la question de départ. Elle est une manière d'interroger les phénomènes étudiés. Construire sa problématique revient à répondre à la question : comment vais-je aborder ce phénomène ? »⁶

Ici, l'objectif de recherche est d'identifier les facteurs et les actions favorisant la fidélisation des IDE au sein des EPS, afin de garantir la qualité des soins. Notre problématique énoncée induit un ensemble de questionnements qui serviront d'architecture à notre travail de recherche :

-Quels sont les principaux déterminants de fidélisation des infirmiers au sein des EPS?

-Quelles sont les attentes des infirmiers vis-à-vis de leur institution en matière de fidélisation?

-Comment déterminer un environnement favorable à la fidélisation des IDE ?

-Quelles sont les caractéristiques d'un environnement de travail favorable à la qualité ?

⁶ Quivy R., Campenhoudt LV., Manuel de recherche en sciences sociales, 3^{ème} édition, Dunod, 2006, p.139.
Carole DURIGNEUX - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique – 2023-2024

-Existe-t-il des hôpitaux modèles qui illustrent les caractéristiques d'un tel environnement de travail ?

-Comment le management peut-il contribuer à une politique de fidélisation des IDE au sein des établissements publics de santé ?

De nos jours, la fidélisation des salariés est un enjeu important, faisant partie intégrante de la stratégie des entreprises. « *La fidélisation est concrétisée par des mesures, mises en place par une organisation, qui ont pour but la réduction des départs volontaires des salariés et, particulièrement les départs des ressources-clés (c'est-à-dire les ressources les plus performantes) de l'entreprise* » (Giraud, 2015)⁷. Le processus de fidélisation se base sur un attachement émotionnel entre l'employé et son employeur : un salarié fier de travailler pour son entreprise est moins enclin à quitter son travail pour en chercher un autre. La fidélisation du personnel permet de réduire *le roulement volontaire* du personnel. Un roulement élevé du personnel correspond à une source de dysfonctionnement et à un indice de non-qualité. (Brunelle, 2009)⁸ Il comporte de plus des coûts supplémentaires pour l'employeur ainsi qu'une réduction de la productivité et de la qualité des services offerts (Paillé, 2014)⁹. Bien que le roulement du personnel dépende plus qu'auparavant d'avantages économiques, il existe des facteurs non pécuniaires, telles que les formations et les opportunités de carrière, plus en lien avec l'accompagnement managérial et qui ont un réel impact sur le turn over des professionnels.

Cette étude se veut être une contribution devant permettre d'identifier les différents obstacles mais également les principaux leviers dans la fidélisation des professionnels infirmiers au sein des EPS. Notre questionnement se porte sur les enjeux de la fidélisation IDE au sein d'un EPS ainsi que sur les bénéfices attendus en matière de qualité des soins.

Nous présenterons dans une première partie le cadre professionnel des infirmiers dans un établissement public de santé (EPS). Puis, dans une deuxième partie les concepts de fidélisation, de condition de travail et de qualité des soins, à travers l'étude de différents articles. Une troisième partie aura pour objet de mener une étude qualitative au sein d'un EPS. L'analyse des résultats de notre enquête nous permettra d'apporter des éléments de réponses aux questions initialement posées et d'envisager quelques pistes de réflexion.

⁷ Giraud, L., « L'intention de quitter l'entreprise : une approche par l'étape de carrière », *Revue de gestion des ressources humaines*, 2015, n°97, p.58-86.

⁸ 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 pages, p. 39-48.

⁹ Paillé P., *Attirer, retenir et fidéliser les ressources humaines, nouveaux enjeux, nouvelles réponses*, Hermann Editions, 2014, 280 p.

1 CADRE PROFESSIONNEL : Les infirmiers en établissements de santé

1.1 Les Etablissements de Santé

Les établissements de santé (ES) constituent un ensemble de structures qui se différencient par leur statut juridique, leurs missions et activités, ainsi que par leurs modes de financement. Ces établissements sont des personnes morales de droit public ou privé. Les établissements publics de santé (EPS) sont donc des personnes morales de droit public dotées d'une autonomie administrative et financière, c'est-à-dire gérés par un Conseil d'Administration et disposant d'un budget propre.

1.1.1 Missions des Etablissements publics de santé

Le service public hospitalier (SPH) assure différentes missions, définies dans les articles L.6111-1 et L. 6112-1 du Code de la Santé Publique. Le SPH :

- assure les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes, en tenant compte des aspects psychologiques du patient,
- participe à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médicosociales coordonnées et à des actions de prévention et d'éducation pour la santé,
- participe à la mise en œuvre du dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire, et organise en son sein la lutte contre les infections nosocomiales et les affections iatrogènes,
- mène une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge des patients,
- met en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux répondant à des conditions définies par voie réglementaire.

Il concourt également à l'enseignement universitaire et post universitaire et à la recherche de type médical, odontologique et pharmaceutique, à la formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers, à la formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical et à la recherche dans leurs domaines de compétence, aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé, à l'aide médicale urgente, en partenariat avec tous les acteurs concernés, à la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec tous les acteurs et notamment le monde associatif.

Le SPH assure également les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, la prise en charge de ceux-ci en milieu hospitalier ainsi qu'aux étrangers en rétention ou zones d'attente. Il concourt aux actions de prévention et d'éducation pour la santé dans les établissements pénitentiaires. Par ailleurs, les établissements qui assurent le SPH doivent garantir l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent.

Ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services, ils doivent être en mesure de les accueillir de jour comme de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement.

1.1.2 Typologie des EPS

Le SPH est assuré à la fois par les établissements publics de santé : CHRU, CHG, CH, CHS, HL ; par les établissements de santé privés à but non lucratif admis, sous certaines conditions, à participer à l'exécution du SPH ; par les établissements de santé privés ayant conclu un contrat de concession pour l'exécution du SPH. Dans notre travail de recherche, nous ne traiterons la thématique que sur un CHU.

1.1.3 Un contexte hospitalier en mutation

Les établissements de santé sont confrontés à des restructurations qui se sont accélérées depuis le début des années 2000 et ont conduit à un bouleversement du paysage hospitalier. Or, ces réformes hospitalières successives se sont traduites par des transformations administratives, sociales, économiques et culturelles et ont ainsi bousculé les pratiques professionnelles. Comme le souligne la HAS dans sa revue de littérature relative à la qualité de vie au travail et à la qualité des soins de 2016¹⁰, « *les restructurations peuvent entraîner avec elles toute une série de risques comme la transformation du travail, ou des règles de métier, sans que cela ne soit anticipé ni accompagné* ».

Frédéric Moatty et Mihai Dinu Gheorghiu¹¹ identifient trois principales vagues de réformes ayant un impact majeur sur les conditions d'exercice des soignants.

-La première est celle de la **réduction du temps de travail** au début des années 2000, dans un contexte émergent de pénuries locales de certaines compétences médicales.

-La deuxième et certainement la plus structurante est celle de la **tarification à l'activité (T2A)**. Instaurée dès 2004, la T2A a été progressivement introduite afin de remplacer le financement au budget global des activités dites de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique). Désormais, le budget des établissements dépend de la nature et du volume de son activité médicale et non d'un financement *a priori*. Cependant, l'introduction de ce nouveau mode de tarification a eu un impact sur les pratiques professionnelles et s'est notamment traduite par une augmentation de la charge de travail pour les soignants.

¹⁰ « Qualité de vie au travail et qualité des soins », *Revue de littérature*, HAS, Janvier 2016.

¹¹ Gheorghiu MD., Moatty F., *L'hôpital en mouvement : changements organisationnels et conditions de travail*, Editions Liaisons, 2013.

Selon le rapport IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) sur l'évaluation des effets de la T2A sur le management des établissements de santé¹², une course à l'activité s'est engagée et a ainsi favorisé une évolution des pratiques et des organisations médicales conduisant notamment à une diminution de la durée moyenne de séjour (DMS) et à une augmentation du flux de patients. Ce faisant, certaines études, répertoriées par F. Moatty et MD. Gheorghiu, montrent un lien entre T2A et absentéisme : dans la mesure où la majorité des recettes dégagées par la T2A profiterait aux médecins et non aux personnels non médicaux, ceci aurait eu pour effet d'augmenter la charge de travail de ces derniers.

-La troisième vague de réforme est la **loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST)** du 21 juillet 2009. Dans la mesure où ce texte incite les établissements à coopérer en se regroupant au sein de Communautés Hospitalières de Territoire (CHT), il implique un changement de conditions de travail pour les soignants : d'une part, ceux-ci sont désormais parfois amenés à travailler sur plusieurs sites ; d'autre part, ils doivent coopérer davantage avec les soignants d'autres établissements, ce qui peut générer des conflits qui nuisent au travail coopératif¹³. Ce processus de territorialisation qui intervient dans un contexte marqué par une forte désertification médicale se poursuit dans le cadre de la loi du 26 janvier 2016 qui rend obligatoire la création des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) et de la réforme « Ma santé 2022 » qui prévoit le déploiement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Or, dans la mesure où elle intervient dans un secteur marqué par un rapport au travail fort, ou encore un investissement physique et psychique important, cette multiplication des obligations réglementaires peut directement impacter l'objectif de qualité des soins et mettre en cause « *la conception qu'ont les professionnels du travail bien fait* »¹⁴.

Selon Gilles Herreros, ce manque de sens donné aux réformes lors de leur mise en œuvre atteint le sens donné au travail par les soignants qui sont alors « *sceptiques, méfiants et hostiles à ces réformes, estimant ne pas avoir été bien informés, ne pas avoir saisi les enjeux de la réforme de la nouvelle gouvernance* »¹⁵.

¹² Bruant Bisson A., Castel P., Planel MP., *Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé*, IGAS, 2012.

¹³ Herreros G., *L'hôpital à l'épreuve des réformes, Entre institution et organisation*, Socio-Anthropologie, 2007.

¹⁴ « Qualité de vie au travail et qualité des soins », *Revue de littérature*, HAS, Janvier 2016.

¹⁵ Herreros G., *L'hôpital à l'épreuve des réformes, Entre institution et organisation*, Socio-Anthropologie, 2007.

Parallèlement, alors que le secteur hospitalier se caractérise par une pénibilité des conditions de travail avec une charge mentale importante, plusieurs études¹⁶ montrent une dégradation de celles-ci dans le contexte des réformes hospitalières successives susmentionnées. En effet, différentes enquêtes statistiques mettent en exergue plusieurs types de contraintes : les contraintes horaires (travail de nuit et les week-ends) ; le rythme de travail ; les contraintes physiques (déplacements fréquents, déplacement de charges lourdes...); la charge mentale et la charge émotionnelle (confrontation à la maladie et la souffrance).

Selon la DREES, 59 % des personnels infirmiers estiment avoir une quantité de travail excessive. D'une part, ces contraintes peuvent avoir pour conséquence une perte de sens et de repères, un mal-être au travail, un manque de coordination voire des relations conflictuelles entre les professionnels¹⁷; d'autre part, elles exposent les soignants à des risques psychosociaux importants. Les soignants font partie des catégories de personnels les plus exposées aux risques d'accident du travail, le secteur hospitalier est donc marqué par un fort absentéisme. L'exposition à ces situations de travail peut avoir des conséquences sur la santé des personnels soignants, notamment en termes de maladies cardio-vasculaires, de troubles musculo-squelettiques (TMS), de troubles anxio-dépressifs, d'épuisement professionnel, voire de suicide. Ces mutations associées à une dégradation des conditions de travail et à un sentiment de malaise des soignants poussent aujourd'hui les EPS à repenser la qualité de vie au travail et à la placer au cœur de leurs organisations.

1.2 La profession d'Infirmière Diplômée d'Etat

1.2.1 Missions et cadre juridique de la fonction

L'exercice infirmier est principalement défini par l'article L 4311-1 du Code de la Santé Publique, qui encadre les fonctions et les actes associés à la profession, ainsi que l'article R4311-1 qui fixe les conditions de l'exercice de la profession en termes de compétences et de responsabilités. Cependant, les décrets régissant la pratique infirmière n'ont pas été révisés depuis 2004, ce qui rend le cadre juridique obsolète au regard des besoins actuels. La formation d'infirmier dure 3 ans en IFSI, et délivre un diplôme de niveau 3. L'exercice professionnel des infirmiers est en constante évolution pour répondre aux besoins croissants de prise en charge des patients ou des résidents, ainsi qu'aux exigences spécifiques propres à la France.

¹⁶ Benallah S. & Domin J., Réforme de l'hôpital. Quels enjeux en termes de travail et de santé des personnels ?, *La Revue de l'Ires*, 2017, n° 91-92(1), p.156.

¹⁷ Les conditions de travail à l'hôpital. Portrait des professionnels de santé, DREES, 2016.

Leurs missions incluent la coordination des soins, la prévention des parcours de santé, l'aide au diagnostic du patient en collaboration avec les médecins généralistes, la coopération pluri professionnelle, le contact relationnel, etc... Toutes ces activités se déroulent dans un cadre normatif éthique et sont régies par des protocoles visant à garantir la bienveillance et la bientraitance des patients, à respecter les règles d'hygiène et à mettre en œuvre des compétences variées.

Bien que les infirmiers soit la première profession de santé de France, pourtant il existe un monopole médical, comme le précise la loi du 30 novembre 1892, qui fixe l'organisation de la profession médicale et ses conditions d'exercice, rendant hermétique toutes autres formes d'exercice pouvant générer aujourd'hui, une volonté de revaloriser les actes des IDE, les compétences acquises ainsi que le savoir expérientiel de ces professionnels.

1.2.2 Choix politique et perspectives d'accompagnement de la profession IDE

Alerté par les préoccupations des hôpitaux et des établissements médico-sociaux sur la pénurie de soignants, François BRAUN, ancien ministre de la Santé de la Prévention avait préconisé différentes mesures pour transformer le métier d'infirmier et améliorer les conditions d'exercice. Ces mesures sont axées sur le triptyque « *compétences – formation – carrière infirmière* »¹⁸. En effet, ces propositions visaient notamment une évolution du cadre juridique qui est « *inadapté à la réalité actuelle du métier* » afin de prendre en compte les compétences des IDE, qui ne seraient plus basées sur des actes spécifiques mais sur des « *missions* » plus larges déployées à titre d'exemple pendant le COVID-19. Concernant la carrière infirmière, le souhait est de diversifier les possibilités d'évolution pour faciliter la reconversion où le changement de secteur. Ces mesures, si elles sont mises en œuvre, pourraient contribuer à une prise en charge globale des problématiques à l'échelle nationale, afin de décloisonner un système ancré dans ses pratiques de gestion.

1.3 L'attractivité des EPS vis-à-vis des professionnels soignants à travers une enquête de la FHF en 2019

Annexe III : Résultats de l'enquête

¹⁸ APM News (mai 2023) « *François Braun dévoile l'ensemble des mesures destinées à transformer le métier infirmier* », consulté le 13 avril 2024.

2 REVUE DE LITTÉRATURE

Après avoir présenté le contexte de la recherche et adopté une approche centrée sur les infirmiers diplômés d'État, il est pertinent de s'interroger sur les enjeux de la fidélisation et les stratégies mises en place par les organisations de soins pour attirer, fidéliser et impliquer leur personnel, en se basant sur des concepts théoriques. Dans cette partie, nous tenterons donc de définir le concept de fidélisation. Puis, nous aborderons les conditions d'exercice professionnel et enfin l'impact sur la qualité de vie au travail et la qualité des soins prodiguée au patient.

2.1 La fidélisation

2.1.1 Éléments de définition

Selon Peretti (1999)¹⁹, la fidélisation est « un ensemble de mesures qui permettent de réduire les départs volontaires des salariés ». L'ensemble des mesures qui semblent définir la fidélisation dans les ressources humaines sont donc :

- **La personnalisation** : cela se traduit par un système de Gestion de Ressources Humaines (GRH) personnalisé à chaque collaborateur sur le plan rémunération, gestion des carrières, formation et évaluation. À ce propos, il s'agit de mettre en œuvre des Projets Personnels Professionnels (PPP), des Plans Individuels de Formation (PIF) et des Bilans Professionnels Personnalisés (BPP).

- **L'adaptation** : afin d'assurer la fidélisation de ses collaborateurs les plus précieux et de répondre aux nouvelles exigences des ressources humaines, l'entreprise doit s'adapter en recherchant une flexibilité dans cinq directions : flexibilité quantitative externe (contrats à durée déterminée, intérim,...), flexibilité quantitative interne (heures supplémentaires, chômage partiel,...), flexibilité qualitative fonctionnelle (mobilité, polyvalence,...), externalisation (sous-traitance interne et externe,...), flexibilité salariale (intéressement, rémunération individuelle, ...).

- **La mobilisation** : elle repose d'une part sur l'implication de la hiérarchie et sa capacité à motiver les collaborateurs et, d'autre part, sur la capacité et sa volonté à déployer son énergie au service de son entreprise. Ceci implique trois conséquences : l'amélioration continue, l'alignement stratégique et la coordination spontanée du salarié (Wils T. et Tremblay M., 2005)²⁰.

- **Le partage** : la fonction ressource humaine se divise en devenant une fonction partagée et transversale au sein de l'entreprise.

- **L'anticipation** : la complexité de l'environnement et la guerre des talents impliquent une démarche anticipatrice favorisant les adaptations aux événements imprévus.

¹⁹ Peretti JM., Dictionnaires des Ressources Humaines, 2019, éditions Vebert.

²⁰ Wils T., Tremblay M., « La mobilisation des ressources humaines : une stratégie de rassemblement des énergies de chacun pour le bien de tous », *Gestion*, 2005/2, Vol 30, p. 37-49.

À partir de 1990, ce concept de fidélisation est devenu le cœur des préoccupations des praticiens marketing. En effet, « la fidélisation intègre toutes les actions d'une entreprise destinées à influencer le comportement d'achat actuel et futur d'un client de manière positive afin de stabiliser et élargir la relation avec ce client » (Bruhn M., Homburg C., 2001)²¹. À travers cette définition, il nous faudra comprendre à la place de comportement d'achat, le fait qu'un salarié décide de rester ou de quitter l'entreprise. Nous entendrons également salarié à la place de client. Malgré le changement de domaine d'application de cette définition (en marketing), nous mettons bien évidemment en évidence la nécessité de créer un lien avec le collaborateur afin que se développe la fidélisation.

La fidélisation résulte donc d'un acte volontaire de l'entreprise à mettre en place un environnement qui développe durablement l'attachement de ses salariés. Cette relation d'attachement durable et constant qui lie le salarié à son entreprise est basée sur des valeurs communes. La fidélisation appartient initialement au marketing relationnel avant d'être développée dans le champ sanitaire. C'est donc en citant les travaux de Petit, R. et Zardet, V.²² que nous aborderons ce deuxième angle de vue. « *Dans cette perspective, l'individu est fidèle à son entreprise lorsqu'il justifie d'une ancienneté significative accompagnée d'un désintérêt pour les opportunités professionnelles externes, mais également lorsqu'il adopte, dans le cadre de son travail, une ligne de conduite qui privilégie les efforts continus et évite tout acte de nature à perturber volontairement le fonctionnement de son organisation* » (Petit, R. et Zardet, V., 2017, p°37-38). Cette stratégie de fidélisation passerait donc par la mise en place d'actions dans différents domaines par la direction et l'encadrement :

- Renforcer la qualité de vie professionnelle : par le biais de prestations d'accompagnement, d'association du personnel à des projets dans l'objectif de modifier la vision du métier perçu durant la formation et la réalité du terrain. Une véritable réflexion sur la répartition de la charge physique pour prévenir l'épuisement.
- Développer une image valorisante : développement de compétence relationnelle des professionnels, pour mieux gérer les contacts avec les usagers et les familles ainsi au concours d'une meilleure image professionnelle.
- Prendre en compte les projets personnels et professionnels cela passe par des entretiens annuels réguliers permettant de recueillir les éventuels besoins du collaborateur.

²¹ Bruhn M., Homburg C., *Gabler Lexikon Marketing*, Betriebswirtschaftlicher verlag gabler, 2001.

²² Petit R. et Zardet V., « Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management », *Gestion des Ressources Humaines*, 2017, n°22, p. 31-54.

➤ Installer un management de proximité : adapter régulièrement l'organisation de travail en incluant les personnes dans la réflexion, mais également en cohésion interne autour d'événement.

2.1.1.1 Fidélité et fidélisation

Bien que plusieurs articles mettent en évidence qu'il soit difficile d'arrêter une seule définition de la fidélisation, la littérature différencie la fidélisation de la fidélité qui semble être un concept à part entière tout en ayant un lien étroit. Nous allons aborder le concept de fidélisation selon deux paradigmes qui se sont retrouvés être présent tout au long de cette revue de littérature et notamment au travers des travaux de Peretti puis ceux de Petit, R. et Zardet, V.

Selon Peretti (2011, p. 122)²³ repris dans Giraud (2015, p. 60)²⁴ : « *Le dispositif de fidélisation des salariés est l'ensemble des mesures permettant de réduire les départs volontaires des salariés* ». Alors que selon Paillé repris dans Giraud (2015, p. 60)²⁵ : « *La fidélité insiste sur les conduites individuelles en situation professionnelle tandis que la fidélisation amène l'entreprise à mobiliser des dispositifs de management pour obtenir la fidélité de ses salariés* ». Nous pouvons retenir que la fidélité du salarié est le résultat souhaité des pratiques de fidélisation, c'est-à-dire un état psychologique traduisant une forme d'attachement envers son organisation. La fidélisation est devenue un enjeu important dans le domaine de la gestion des ressources humaines. Les institutions hospitalières sont obligées de mettre en place des stratégies de fidélisation, à la fois pour diminuer l'intention de quitter la profession mais également car il y a peu d'infirmiers sur le terrain à capter. Selon Lachance repris dans Giraud (2015, p. 58)²⁶ : « *Depuis les années 2010, la réussite d'une entreprise passe par sa capacité à acquérir les compétences nécessaires à sa croissance, à retenir son personnel, à la développer mais encore mieux à le fidéliser* ». En effet, un turnover élevé au sein d'une entreprise peut coûter cher, nuire à sa productivité, nuire à son image et peut entraîner des répercussions négatives sur les soins prodigués (Berthon P. et al, 2005²⁷). L'étape du recrutement est essentielle mais il est important de former le nouvel employé et de l'intégrer au sein de l'équipe. Un moyen d'économiser de l'argent et du temps est de fidéliser les collaborateurs déjà en place.

²³ Peretti JM., Dictionnaires des Ressources Humaines, 2011, éditions Vebert.

²⁴ Giraud, L., « L'intention de quitter l'entreprise : une approche par l'étape de carrière », Revue de gestion des ressources humaines, 2015, n°97, p.58-86.

²⁵ Ibid

²⁶ Ibid

²⁷ Berthon P., Ewing M., Hah L., « Captivating company : Dimensions of attractiveness in employer branding », International Journal of Advertising, 2005, Vol. 24, 151-172.

Et pour y parvenir plusieurs leviers peuvent être utilisés par la Direction des Ressources Humaines. Mais les enjeux de la fidélisation ne s'arrêtent pas seulement à cela, la fidélisation permet également de diminuer les dysfonctionnements internes et d'améliorer la mobilité des employés (Giraud, 2015)²⁸. Un salarié fidèle est « *une personne qui contribue à la performance de l'organisation tout en ayant une faible intention de la quitter* » (Peretti JM., 2019)²⁹.

Les leviers de fidélisation sont nombreux : l'accueil, le mentorat, la rémunération, la culture d'entreprise, le rôle du supérieur hiérarchique, l'environnement de travail, etc. Ces leviers sont destinés autant aux jeunes diplômés qu'au personnel plus ancien. Le meilleur moyen de les identifier est de comprendre pour quelles raisons les infirmiers les plus anciens sont fidèles à l'institution. Proposer un bon accueil et favoriser la fidélisation des jeunes diplômés semble être également un atout pour diminuer l'intention de quitter l'organisation. Aujourd'hui plus qu'hier, la rémunération demeure certes une des principales motivations mais il ne faut pas s'y cantonner. Avoir un bon salaire ne veut pas dire que les employés sont satisfaits et épanouis dans leur travail. Il faut alors jouer sur des problématiques sociales comme l'amélioration de l'environnement de travail, le développement des compétences grâce aux formations et à l'accompagnement des salariés dans leur parcours professionnel. Tout ceci permettrait de fidéliser davantage les employés mais aussi d'augmenter leurs performances. Il est aussi possible de fidéliser ses collaborateurs via la culture de l'entreprise. Si celle-ci est puissante, la fidélisation en sera d'autant plus facilitée. Avoir une culture d'entreprise forte repose sur une histoire engageante. La fidélisation et la motivation des salariés sont liées directement à la qualité de vie au travail. La communication interne peut aussi être un levier de la stratégie de la fidélisation. De nombreux travaux portant sur la fidélité organisationnelle s'inspirent désormais de ce cadre théorique pour considérer les différents indicateurs de la fidélité réelle (Cézanne & Guillon, 2013)³⁰. Suite à la crise sanitaire, il est certain que la fidélisation du personnel infirmier sera plus compliquée. Mais les employeurs et organisations se doivent de traiter cette problématique car il est dans leur intérêt de prendre soins de leur personnel et de le préserver. Nous avons précédemment identifié quelques leviers de fidélisation mais il est indispensable de prendre en compte les effets de la pandémie, le vécu et les motivations des infirmiers.

²⁸ Giraud, L., « L'intention de quitter l'entreprise : une approche par l'étape de carrière », *Revue de gestion des ressources humaines*, 2015, n°97, p.58-86.

²⁹ Peretti JM., *Dictionnaires des Ressources Humaines*, 2019, éditions Vebert.

³⁰ Cézanne C. & Guillon O., « Manifestations, déterminants et conséquences de la fidélité des salariés : une grille de lecture critique », *Recherches en Sciences de Gestion*, 2013, n°97, p.127-143.

Selon Berthon P. et al. (2005, p. 51)³¹ : « *Mieux fidéliser les infirmiers doit être un objectif stratégique essentiel de tout système de santé qui aspire à « reconstruire en mieux » et combiné à une approche plus large pour soutenir la pérennité des effectifs infirmiers* ». Une meilleure fidélisation améliore le rendement du personnel. Il est suggéré que la fidélisation des infirmiers puisse être améliorée mais le contexte actuel n'y est pas propice. Le personnel infirmier est surmené, les arrêts de travail augmentent et il aspire à diminuer leurs heures de travail. La fidélisation dépend en général de facteurs organisationnels et individuels. Les employeurs et les établissements doivent prendre leurs responsabilités et offrir des conditions favorables (Berthon P. et al., 2005)³².

2.1.1.2 Fidélisation et rétention du personnel

Instaurer une stratégie de fidélisation au sein d'une entreprise résulte à positionner l'individu et ses attentes au cœur des attentions, le but étant de parvenir à la satisfaction professionnelle du nouveau collaborateur. Parallèlement, instaurer une relation commune de partage est nécessaire puisque celle-ci rentrera en ligne de compte dans le choix du collaborateur à rester volontairement dans l'organisation et non d'être retenu par divers outils à la disposition de l'employeur pour l'inciter à rester au sein de son entreprise. Il est donc impératif de réaliser une différence entre fidélisation et rétention. Nous aborderons cette différence selon deux auteurs.

Selon Paillé (2014)³³, la distinction entre ces deux termes viendrait de l'origine de l'intention. En effet, « *la rétention s'engage lorsque l'organisation subit le départ d'employé. Elle met en place une stratégie visant à retenir le professionnel. Les objectifs de cette stratégie ne sont visibles qu'à court terme* ». La fidélisation vient donc s'opposer à la rétention. En effet, la dynamique de fidélisation se veut proactive et se doit d'anticiper les attentes avant qu'elles n'apparaissent.

Selon Bertholet, J. & Gaudet, M. (2018)³⁴, « *la fidélisation s'apparente à un véritable partenariat alors que la rétention ressemble à des « menottes dorées »* ». Ceci est illustré à travers la confrontation de différentes caractéristiques, composantes des notions de rétention, telles que la priorité aux conditions de travail, la comparaison avec le marché du travail (externe), la responsabilité (les hauts dirigeants et les services des ressources humaines) et la fidélisation (priorité à la qualité relationnelle, à l'amélioration de l'expérience et au collectif de travail).

³¹ Berthon P., Ewing M., Hah L., « Captivating company : Dimensions of attractiveness in employer branding », *International Journal of Advertising*, 2005, Vol. 24, 151-172.

³² Ibid

³³ Paillé P., *Attirer, retenir et fidéliser les ressources humaines, nouveaux enjeux, nouvelles réponses*, Hermann Editions, 2014, 280 p.

³⁴ Bertholet J. & Gaudet, M., « Fidélisation ou rétention : pourquoi vos employés restent-ils ? ». *Gestion*, n°43, 2018, p.110-111.

En effet, l'organisation qui souhaite s'intéresser à ce sujet doit également se poser la question sur la motivation des individus qui souhaitent rester au sein de son entreprise. Cette dernière est décisive afin de déterminer s'il s'agit d'une relation de fidélité ou de rétention. Plusieurs motifs ont pu être mis en avant et classés en 3 catégories dans l'article de Bertholet, J. & Gaudet, M. (2018)³⁵ :

- Ce qui incite à rester : un climat de travail agréable, une adéquation entre les valeurs de l'employé et celles de l'organisation, une progression de la carrière et développement des compétences et un sentiment d'appartenance envers l'organisation.
- Ce qui incite à partir : l'épuisement et le stress, la mauvaise relation avec le supérieur immédiat, un sentiment de ne pas avoir les ressources requises pour réaliser les tâches demandées et les autres perspectives d'emploi sur le marché.
- Ce qui a peu d'effet : la personnalité de l'employé, le niveau d'éducation de l'employé, la complexité des tâches, le prestige de l'organisation et la charge de travail.

Ces motifs permettent de situer dans quel état d'esprit se trouve le salarié. Cette détermination semble être la première action à réaliser avant de décliner des actions de fidélité.

2.1.2 De la fidélisation à l'attractivité

Dans le domaine des ressources humaines, l'attractivité, la fidélisation et l'implication du personnel sont des concepts centraux qui font l'objet de nombreuses recherches et réflexions au sein des organisations de santé.

Selon l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de travail (ANACT), "*l'attractivité d'un poste repose sur le contenu du travail, l'environnement de travail, les conditions de travail et les perspectives de carrière*"³⁶. La fidélisation, quant à elle, se définit comme "*l'ensemble des actions destinées à conserver les salariés dans l'entreprise et à les inciter à y poursuivre leur carrière*"³⁷.

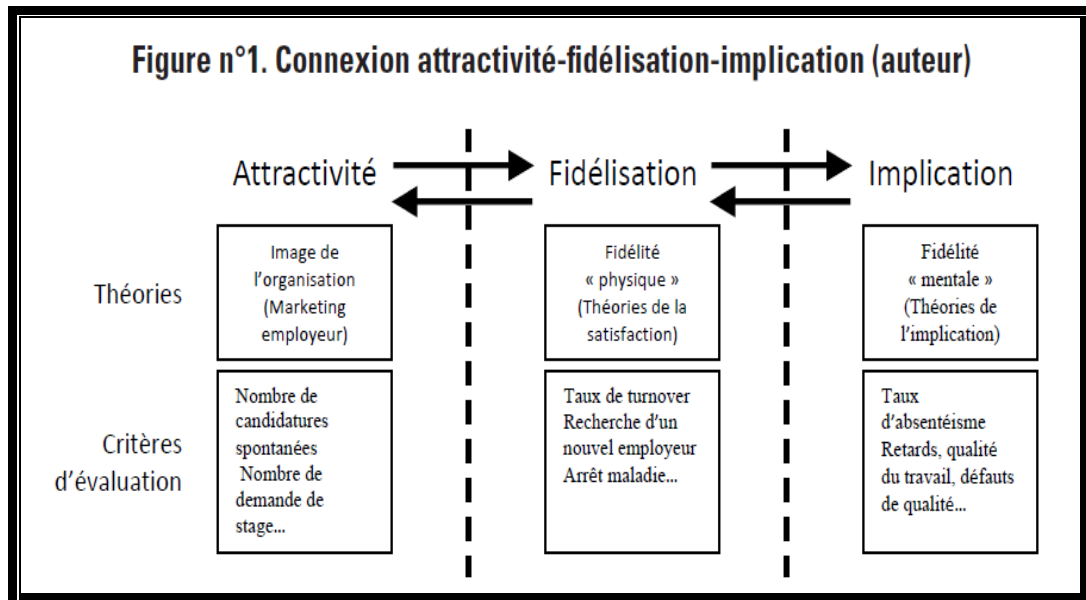
³⁵ Bertholet J. & Gaudet, M., « Fidélisation ou rétention : pourquoi vos employés restent-ils ? ». Gestion, n°43, 2018, p.110-111.

³⁶ Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), 2022, « Attractivité » <https://www.anact.fr/lexique/attractivite>

³⁷ DREES, Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2019. Études et résultats, 2022, n° 1264, p. 1-8.

Quant à l'implication du personnel, elle se caractérise par le degré d'engagement, de motivation et de satisfaction des salariés par rapport à leur travail, à la participation dans les prises de décisions (Louche C., 2022)³⁸, ainsi que par le rapport entre le salarié et son employeur, tel que défini dans le contrat psychologique établi entre les parties (Veiniard A., 2011)³⁹.

Le travail de recherche de Petit, R. et Zardet, V. (2017)⁴⁰ a permis la mise en évidence de l'application de ce concept au secteur sanitaire et médico-social. Ils mettent en évidence que la conceptualisation de la fidélisation se complexifie au fur et à mesure de la réalisation de différents travaux, au point où ce concept se rapproche de celui de l'attractivité. Il devient donc évident que les deux concepts ne puissent s'étudier indépendamment l'un de l'autre. Le levier commun serait l'implication du collaborateur. Les concepts d'attractivité, de fidélisation et d'implication du personnel sont « *étroitement imbriqués* » et « *l'implication correspond à un comportement et une attitude caractérisée par une forte croyance dans les buts et la valeur de l'organisation, par une volonté d'exercer des efforts significatifs au profit de celle-ci et par un fort désir d'en rester membre* »⁴¹. Nous avons parfois tort de penser que le phénomène de fidélisation s'associe uniquement aux problèmes de *turn-over* des établissements, car les raisons du départ des salariés peuvent être aussi bien à l'initiative des individus que liées à la gestion organisationnelle et dépend du management mis en place.



Source : Petit R. et Zardet V. (2017)

³⁸ Louche C., « Introduction à la psychologie du travail et des organisations : Concepts de base et applications », Dunod, 2022, p. 164-165.

³⁹ Véniard A., « Implication et employabilité : un engagement réciproque entre salarié et employeur à construire », *Management & Avenir*, 2011, n°49, p. 84-101.

⁴⁰ Petit R., Zardet V., « Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management », *revue GRH*, 2017, n° 22, p. 31-54.

⁴¹ Ibid

Si l'attractivité correspond à « *un ensemble de bénéfices possibles qu'un employé potentiel associe au fait de travailler dans une organisation spécifiques* » (Berthon P. et al, 2005)⁴², le dispositif de fidélisation des salariés peut se définir comme « *l'ensemble des mesures permettant de réduire les départs volontaires des salariés* ». D'ailleurs, Chaminade (2006)⁴³ propose l'équation suivante qui résume la fidélisation : « *Fidéliser = attirer les talents + maintenir les compétences + avoir des salariés qui s'investissent dans leur entreprise et leur travail* ». Ainsi, il est clair que l'attractivité, la fidélisation et l'implication sont interconnectées et ne peuvent être traitées de manière isolée pour comprendre les comportements des professionnels et reprennent bien l'idée générale véhiculée par Petit et Zardet. Les leviers de fidélisation peuvent être nombreux tels que privilégier l'accueil des salariés, favoriser le mentorat, développer la culture d'entreprise, proposer une rémunération équitable et juste, améliorer l'environnement de travail, assurer l'accompagnement de proximité ou développer les compétences par le biais de formations diplômantes. Ces leviers s'adressent aussi bien aux nouvelles recrues qu'au personnel déjà présent dans l'institution. Ils contribuent à fidéliser les employés, tout en augmentant les performances et la satisfaction au travail des salariés.

Nous avons pu identifier dans cette première partie les différentes composantes de la fidélisation. Dans un souci de performance et de compétitivité, il est essentiel de mettre en place des stratégies et dispositifs RH afin de retenir les collaborateurs les plus compétents. Le management des talents est une stratégie sur le long terme facilitant à la fois l'embauche et la fidélisation des professionnels.

2.1.3 La gestion des talents : un levier d'attractivité et un gage de fidélisation

A) Un management complexe et innovant

La gestion des talents est une notion récente qui vient compléter l'approche par compétences en recentrant la stratégie managériale sur l'individu. L'objectif est de répondre conjointement aux besoins des usagers et aux attentes des professionnels. Si la valorisation des points forts et l'accompagnement des parcours individuels représentent un levier d'attractivité et de fidélisation, la démarche doit être institutionnellement pensée et collectivement portée par l'encadrement. La qualité, la sécurité et la pertinence sont au cœur du prendre soin et s'appuient sur les compétences individuelles et collectives des professionnels de santé.

⁴² Berthon P., Ewing M., Hah L., « Captivating company : Dimensions of attractiveness in employer branding », International Journal of Advertising, 2005, Vol. 24, 151-172.

⁴³ Chaminade B., Attirer et fidéliser les bonnes compétences, éditions AFNOR, 2006, 337 p.

Attirer et fidéliser ces acteurs représentent un enjeu majeur pour les structures de soins souhaitant créer de la valeur dans un contexte de changements permanents où le rapport au travail évolue et où le marché de l'emploi se tend. Si, dans un souci de structuration des processus de management des ressources humaines, du recrutement à l'évaluation, les référentiels de compétences se sont généralisés, la notion de "talent" a émergé à la fin des années 1990⁴⁴. Soucieuses de créer un lien avec des salariés à la recherche de sens et d'épanouissement à travers leur activité professionnelle, les entreprises ont développé la gestion de talents « *susceptible de réconcilier court et long termes, performance et développement humain* »⁴⁵.

Mais comment définir le talent ? Quelle vision partager du point de vue de l'encadrement paramédical ? Quels bénéfices la gestion des talents apporte-t-elle en termes d'attractivité et de fidélisation des professionnels ? Comment déployer cette approche ? Avec quels leviers et quels risques ?

Le talent se définit comme une « *aptitude, capacité particulière, habileté, naturelle ou acquise, pour réussir en société et dans une activité donnée* »⁴⁶. Certains auteurs précisent : « [...] *la notion de talent n'est pas contrainte par le souci du référentiel. Combinaison rare de compétences rares, il cherche à mettre en évidence l'originalité, voire l'unicité de la personne et de ses compétences actuelles et possibles* » (Dejoux C., Thevenet M., 2015)⁴⁷. Les talents ne sont, par conséquent, pas comparables, et n'apparaissent et ne progressent que par leur mise en pratique. Pour émerger, le talent doit être identifié, reconnu, y compris par la personne elle-même, valorisé et accompagné pour se développer et trouver sa place. Mais la performance d'une entreprise ne repose pas sur quelques personnes, d'autant plus dans un environnement mouvant en constante réorganisation : « *Si les talents étaient jusqu'à maintenant plutôt synonymes de hauts potentiels, ils sont désormais reconnus à tous les niveaux de l'organisation à condition qu'ils contribuent de manière importante à sa performance.* »⁴⁸ La gestion des talents s'appréhende aujourd'hui dans une dimension inclusive où chacun est perçu comme une ressource avec ses points forts et son potentiel. Pour certains auteurs : « [...] *les organisations auraient à obtenir le meilleur de tous les individus plutôt que les meilleurs individus.* »⁴⁹

⁴⁴ D'Armagnac S, Klarsfeld A, Martignon C., « La gestion des talents : définitions, modèles, pratiques d'entreprises », *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, 2016, n° 20, p. 9-41.

⁴⁵ Davy F., « Manager les talents : l'homme au cœur de la stratégie de l'entreprise », *Personnel*, 2010, n° 509, p. 44-68.

⁴⁶ Centre national des ressources textuelles et lexicales, « Talent », www.cnrtl.fr/definition/talent

⁴⁷ Dejoux C., Thévenet M., « *La gestion des talents* », 2^{ème} édition Paris : Dunod, 2015, 224 pages.

⁴⁸ Ibid

⁴⁹ Pfeffer J., *Fighting the war for talent is hazardous to your organization's health*, *Organ Dyn*, 2001, n° 1687, p. 1-24.

Différents mécanismes rentrent en jeu dans la gestion des talents tels que la reconnaissance de la personne, la construction d'une relation entre l'établissement et le professionnel, la mobilisation du potentiel du salarié, la culture managériale qui doit s'inscrire dans une dynamique d'approche personnalisée du professionnel et le parcours de formation du professionnel, le tout dans une volonté institutionnelle.

B) Une volonté institutionnelle

La gestion des talents ne peut pas atteindre ses objectifs sans l'engagement de la direction et du top management. Pour émerger et s'épanouir, le talent a besoin de s'exprimer. Il s'agit, pour l'établissement, non seulement d'accompagner les professionnels vers de nouvelles fonctions dans le cadre d'un parcours, mais aussi de les inclure dans l'élaboration de sa stratégie. Une approche participative, au-delà des sphères habituelles, est indispensable. « *En fait, la fidélisation passe par une mise à disposition des moyens nécessaires à leur exercice professionnel et par une reconnaissance authentique de leur talent, par exemple une forme de coresponsabilité qui les associe dans le destin de l'entreprise.*»⁵⁰ L'inclusion des talents et des potentiels dans les temps de réflexion de l'institution est une opportunité pour l'employeur de bénéficier de cette ressource pour optimiser la réponse aux besoins des usagers, mais aussi de satisfaire le désir d'implication des collaborateurs à la recherche d'engagement, donc de les attirer et de les fidéliser.

Dans un contexte où il est de plus en plus difficile de trouver des employés talentueux, les entreprises se questionnent sur les pratiques à mettre en place pour fidéliser leurs employés actuels. Avant même d'aller chercher de nouveaux talents, il faut au minimum tout mettre en œuvre pour conserver ceux que l'on a. D'où l'intérêt grandissant à l'égard de l'expérience « employé » qui a un impact direct sur la fidélisation.

2.1.4 « L'expérience employé » ou « L'expérience collaborateur »

L'expérience « employé » est un concept à intégrer dans la fidélisation car cette expérience est un des leviers de la fidélisation. Cette expérience est définie comme « *la somme des interactions qu'a un employé avec son employeur. Elle est donc **perceptuelle, communicationnelle et expérientielle**. Perceptuelle, car au-delà de tous les efforts déployés, l'employé jugera de la situation en fonction de ses perceptions. Communicationnelle, puisqu'il*

⁵⁰ Barreau P., « La gestion des talents : un acte managérial complexe », *Gestions hospitalières*, 2018, n° 573.
Carole DURIGNEUX - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique – 2023-2024 22

est cependant possible de l'influencer par des communications RH. Et enfin, expérientielle, car elle est vécue quotidiennement par les employés dans le cadre de leur travail »⁵¹.

A) Les trois dimensions de l'expérience « employé »⁵²

Afin de modéliser l'expérience employé et d'être en mesure d'influencer les perceptions des employés, nous avons identifié trois dimensions sur lesquelles nous pouvons réfléchir. Pour améliorer l'expérience « employé », nous pouvons miser sur le style de gestion, les pratiques RH et les conditions d'exercice.

*** 1^{er} levier de l'expérience « employé » : le style de leadership**

Le style de leadership des dirigeants, mais surtout celui du supérieur direct, a un impact connu et reconnu sur l'expérience « employé ». *« On dit souvent que l'on ne quitte pas une entreprise, mais un patron ».* C'est tout à fait normal qu'il en soit ainsi, car le supérieur direct est le représentant de l'organisation auprès de ses employés. La manière dont le gestionnaire mobilise son équipe, ses habiletés de communication et de rétroaction et sa capacité à reconnaître le talent des membres de son équipe, ses compétences de gestion, auront un impact marqué sur l'expérience « employé ».

*** 2^e levier de l'expérience employé : les pratiques RH et le développement organisationnel**

Nous oublions trop souvent qu'une entreprise est d'abord et avant tout une communauté de personnes qui collaborent ensemble. Nous accordons beaucoup d'importance aux règles, aux ambitions commerciales de l'organisation, à la performance, au processus, mais on accorde peu ou moins d'importance à la dimension psychologique des liens humains au travail. Pour beaucoup de gestionnaires, l'idée d'avoir à composer avec les émotions de leurs employés et la dimension psychologique du travail est tout simplement complexe et souvent rebutante. N'ayant pas de formation en psychologie des individus ou des organisations, nous nous sentons peu ou mal outillés pour composer avec les émotions de nos collègues ou employés.

Et pourtant, une organisation est un regroupement de personnes qui arrivent tous les matins au travail avec leurs émotions et leurs états d'âme qui vont évoluer tout au long de la journée en fonction des stress subis, des rencontres de travail, des interactions avec les clients, des courriels reçus, etc. Nous ne pouvons donc pas ignorer cet aspect.

⁵¹ carrefourrh@ordrecrha.org - DUBOIS D., PELLETIER E., Avril 2023.

⁵² carrefourrh@ordrecrha.org - DUBOIS D., PELLETIER E., Avril 2023.

L'expérience « employé » doit donc tenir compte de l'impact psychologique des activités au travail. Mieux encore, nous devons en considérer toutes les composantes comme des leviers permettant de stimuler l'engagement de l'employé envers l'organisation.

Le cycle de vie professionnelle d'un employé au sein de l'entreprise est ponctué par des moments clés qui influenceront la perception qu'il a de son employeur. Ces moments clés sont appelés **les moments de vérité**. Ils varient d'une entreprise à l'autre, d'un individu à l'autre et sont même tributaires du contexte économique. Nous nous entendons cependant sur certains qui semblent faire l'unanimité : l'arrivée dans l'entreprise, l'appréciation de la contribution, l'évolution dans l'entreprise et le départ de l'entreprise. Les moments de vérité de l'expérience « employé » sont des moments clés dans l'interaction entre l'employé et son employeur qui, selon la tournure qu'ils prennent, vont consolider ou affaiblir le lien d'emploi. On peut habituellement miser sur trois types de moments de vérité : les moments de vérité spécifiques, les moments de vérité en continu et les moments de vérité créés.

Dans la première catégorie des moments de vérité, **les moments de vérité spécifiques**, on peut améliorer l'interaction entre l'employé et son employeur à des moments très précis et **prévisibles de l'expérience employé, par exemple, le premier jour de travail, l'anniversaire d'embauche**, etc. Dans la deuxième catégorie des moments de vérité, **les moments de vérité continus**, on doit miser sur l'amélioration des interactions quotidiennes et opérationnelles entre l'individu et ses représentants, donc principalement, le superviseur direct. Avec la troisième et dernière catégorie, **les moments de vérité créés**, on souhaite arrimer des moments de vérité avec la culture organisationnelle. Ce sont des moments de vérité créés de toute pièce, des rites dont l'objectif est de faire vivre et consolider la culture de l'organisation.

*3e levier : les conditions d'exercice⁵³

Bien entendu, il existe plusieurs autres facteurs qui vont influencer l'expérience « employé ». Il s'agit par exemple du climat de travail, de la disponibilité des outils, de l'aménagement physique des lieux de travail, etc. Ce sont donc des éléments importants qui doivent également être considérés. On pourrait les regrouper en grandes familles : les relations entre les individus, la santé et le bien-être, l'aménagement des lieux de travail, les outils et ressources et l'organisation du travail et des tâches.

⁵³ carrefourrh@ordrecrha.org - DUBOIS D., PELLETIER E., Avril 2023.

L'expérience « employé » est donc le résultat de plusieurs facteurs que nous pouvons influencer pour stimuler la fidélisation des employés. Il est cependant certain que si nous devons prioriser nos actions, nous devons commencer par rehausser les compétences de gestion des superviseurs, soit à l'hôpital, des cadres de santé.

B) Consolider nos rites

Tout d'abord, qu'est-ce qu'un rite ?

Dans sa définition classique, un rite est : *« une pratique sociale codifiée, de caractère sacré ou symbolique, destinée à susciter l'engagement émotionnel des participants au service d'une même attente ou dans le cadre d'un culte »*. Nous comprendrons qu'en contexte organisationnel, nous ne souhaitons pas l'apporter dans une dimension religieuse, on pourrait la simplifier comme suit : *« un rite est une pratique sociale codifiée, de caractère symbolique, destinée à susciter l'engagement émotionnel des participants au service d'une même attente »*.

Un rite est donc « une activité symbolique à forte consonance sociale destinée à susciter l'engagement émotionnel des employés. La dimension « codifiée » est importante : elle signifie qu'elle utilise des codes que les employés reconnaissent. On parle donc de la fréquence (ex. : activité qui est faite une fois par mois, par jour, par année), mais aussi des déclencheurs (la retraite d'une employée, la fin de vie d'un produit, le gain d'un gros contrat, etc.) et des codes psychosociaux utilisés (le langage, les noms donnés aux choses, personnes ou activités, etc.) ».

Les rites en entreprise permettent de créer des liens, de stimuler le sentiment d'appartenance, de communauté et de solidarité. Lorsque l'on partage des moments ensemble, c'est une manière de se connecter les uns avec les autres, d'apprendre à connaître les autres, de les apprécier dans tout ce qu'ils sont et mieux comprendre comment par la suite interagir adéquatement avec eux. Les rites soudent les employés, les uns aux autres, non pas à un niveau de tâches et d'objectifs organisationnels, mais au niveau des émotions, au niveau de ce qui est essentiel, faire partie d'une même communauté. Une entreprise est d'abord et avant tout une communauté de personnes qui collaborent ensemble.

C) Expérience « employé », quels enjeux ?

Satisfaire ses clients, c'est bien, mais satisfaire à la fois ses clients et ses employés, c'est encore mieux. Les performances de l'entreprise en dépendent. Le turnover est au plus haut, la motivation au plus bas. Et notre pays est loin d'être un cas à part. À tel point qu'un nouveau paradigme est né ces dernières années dans les pays anglo-saxons, celui de l'expérience employé.

L'idée, selon Jacob Morgan⁵⁴, est de réorganiser le lieu de travail pour que les individus veuillent s'y présenter plutôt que de devoir s'y présenter. Une réorganisation qui doit inclure à la fois l'espace, les outils et l'environnement de travail. En deux mots, aujourd'hui, offrir une carrière à son personnel ne suffit plus.

Directement inspirée de la notion d'expérience client, devenue centrale en marketing dans les années 90, l'expérience « employé » vise à considérer les salariés comme des consommateurs internes à l'entreprise. Des consommateurs dont il faut bien sûr optimiser l'expérience pour maximiser la satisfaction. Il en va de leur fidélité, de leur santé et de leur efficacité.

L'expérience « employé » démontre bien l'importance de la satisfaction au travail, comme facteur contributif de la fidélisation. Face aux enjeux de fidélisation et d'épanouissement au travail, nombreuses sont les entreprises qui mises sur le collectif de travail et le sentiment d'appartenance à l'entreprise. Mais comment cultiver ce sentiment d'appartenance au sein des organisations de santé ?

2.2 Le sentiment d'appartenance

2.2.1 Approche conceptuelle du sentiment d'appartenance

Selon P. Dubois (2005)⁵⁵, le sentiment d'appartenance est le degré d'attachement de l'employé à l'organisation qui l'emploie. Selon O. Devillard (2000)⁵⁶, il s'agit d'un désir d'appartenance. L'appartenance sociale est une aspiration essentielle de l'humain. Le désir est exprimé par le cerveau inconscient sous forme d'une émotion qui en signale la présence et la satisfaction ou la non satisfaction. Le désir peut s'exprimer et se définir, c'est en ce sens qu'il est conscient, mais son origine est inconsciente, un peu plus élaborée que le besoin. Le désir serait une sorte de sublimation d'un besoin précisé, imagé, que l'on peut voir, imaginer, on en rêve, et c'est ce qui fait sa force. L'appartenance sociale procure à l'homme un effet de reconnaissance et constitue un élément de son identité. L'appartenance signe le lien avec d'autres et une place par rapport à eux. L'intégration dans une équipe participe à ce désir. Plus l'équipier se sent intégré, plus l'équipe contribue à son identité.

⁵⁴ Morgan, J., *The Employee Experience Advantage: « How to Win the War for Talent by Giving Employees the Workspaces they Want, the Tools they Need, and a Culture They Can Celebrate »*, Wiley & sons, Hoboken, 2017

⁵⁵ Dubois P., *Le sentiment d'appartenance du personnel*, Quebecor, 2005, 208 p.

⁵⁶ Devillard O., *La dynamique d'équipe*, Editions d'organisation, 2000, 261 p.

2.2.2 Les déterminants du sentiment d'appartenance

Par définition de la norme de réciprocité, toutes les expériences perçues comme positives donneront envie à un travailleur de s'engager de manière affective envers son organisation (C. Vandenberghe, 2009)⁵⁷. Toutefois, ces expériences positives peuvent provenir de plusieurs sources : des caractéristiques de l'organisation, des expériences vécues dans le travail ou encore de caractéristiques individuelles propres à chaque individu.

A) Sentiment d'appartenance et caractéristiques organisationnelles

Certaines caractéristiques liées à la structure organisationnelle peuvent avoir une influence sur l'engagement organisationnel affectif. Selon C. Vandenberghe (2009)⁵⁸, ce sont les facteurs issus de ce niveau qui ont le plus de poids sur l'engagement organisationnel. Selon J.P Meyer et N.S Allen (1991)⁵⁹, les caractéristiques structurelles ne sont pas directes, mais proviennent indirectement des expériences de travail vécues par le salarié, telles que les relations avec le superviseur, la clarté du rôle ou le sentiment d'importance personnelle, associées aux caractéristiques organisationnelles. Sont identifiées trois caractéristiques : la décentralisation, la dépendance fonctionnelle et la formalisation. Plusieurs analyses illustrent que la décentralisation (l'autonomie, le travail élargi...) produit un effet déterminant sur l'engagement affectif en le faisant augmenter considérablement. D'après une étude de J. Morris et R. Steers (1980)⁶⁰, les individus qui expérimentent une plus grande décentralisation dans leur organisation, qui dépendent plus du travail de leurs collègues et qui se trouvent dans une organisation où les règles et procédures sont généralement formelles et écrites, se sentent plus engagés envers cette organisation que des employés qui n'expérimentent pas ces caractéristiques organisationnelles. Le lien entre la dépendance fonctionnelle et l'engagement peut s'expliquer par le fait que les travailleurs interagissent davantage avec leurs collègues et auront une meilleure idée de leur contribution dans l'organisation et dans leur groupe de travail (J. Morris et R. Steers, 1980)⁶¹. En ce qui concerne la décentralisation, une organisation où le pouvoir est décentralisé permet à un travailleur d'avoir un contact simplifié avec sa ligne hiérarchique, ce qui est source d'engagement. Plus l'autonomie est élevée, plus il y a de défis et plus l'engagement affectif est fort.

⁵⁷ Vandenberghe C., « Engagement organisationnel », *Psychologie du travail et des organisations*, Paris Dunod, 2009, p.175-178.

⁵⁸ Vandenberghe C., « Engagement organisationnel », *Psychologie du travail et des organisations*, Paris Dunod, 2009, p.175-178.

⁵⁹ Allen N., Meyer J., « The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization », *Journal of occupational Psychology*, 1997, n° 63, p. 1-18.

⁶⁰ Morris JH., Steers RM., « Structural influences on organizational commitment », *Journal of vocational behavior*, 1980, n°17, p. 50-57.

⁶¹ Morris JH., Steers RM., « Structural influences on organizational commitment », *Journal of vocational behavior*, 1980, n°17, p. 50-57.

La perception de justice organisationnelle, particulièrement de la justice procédurale, est fréquemment utilisée dans les analyses de l'engagement organisationnel parce que son influence est forte et consistante (J.P Meyer et N.J Allen, 1997)⁶².

La perception d'être traité avec justice, la perception que l'organisation utilise des règles et des procédures permettant de gérer d'une manière impartiale et équitable influence fortement l'engagement affectif en le faisant augmenter.

La perception de justice procédurale est plus importante pour l'engagement organisationnel des travailleurs que le résultat final de la décision prise. La justice distributive est toutefois aussi source d'engagement ; en effet, les salariés qui percevront une certaine équité dans la manière dont les décisions sont prises seront plus positifs envers leur organisation car ils seront confortés dans leur choix, ce qui les poussera ensuite à s'engager davantage pour elle. Cela s'explique notamment par la norme de réciprocité : une expérience positive offerte par l'organisation entraînera le salarié à opter pour un comportement positif envers son organisation (C. Vandenberghe, 2009)⁶³. Le climat organisationnel, lui, reflète les perceptions des salariés par rapport aux politiques, pratiques et procédures formelles ou informelles. Ce climat de travail a une influence sur leur engagement, dans le sens où lorsque le climat est positif et respectueux, les professionnels auront davantage envie de s'engager de manière affective pour leur organisation. Le soutien organisationnel peut être considéré comme un élément du climat organisationnel, et il a une influence positive sur l'engagement des salariés envers leur organisation (C. Vanbenberghe, 2009)⁶⁴.

B) Sentiment d'appartenance et caractéristiques liées aux expériences de travail

Dans cette partie, nous reprenons les facteurs qui proviennent des expériences de travail vécues, du rôle ou encore des relations que le salarié entretient avec ses collaborateurs et supérieur(s) (C. Vandenberghe, 2009⁶⁵; J.P Meyer et N.J Allen, 1997⁶⁶).

***La clarté du rôle** : lorsque les tâches sont ambiguës, le travailleur est placé dans une situation de conflit et de stress où il ne situe plus vraiment où est son rôle et quelles sont ses tâches. Il est alors dans une situation source de stress, qui aura une influence négative sur l'engagement. Si l'on arrive à contrôler cette variable, cela peut permettre d'éviter cet effet négatif.

⁶² Allen N., Meyer J., « The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization », *Journal of occupational Psychology*, 1997, n° 63, p. 1-18.

⁶³ Vandenberghe C., « Engagement organisationnel », *Psychologie du travail et des organisations*, Paris Dunod, 2009, p.175-178.

⁶⁴ Ibid

⁶⁵ Ibid

⁶⁶ Allen N., Meyer J., « The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization », *Journal of occupational Psychology*, 1997, n° 63, p. 1-18.

***La fiabilité organisationnelle** : c'est la manière dont l'organisation prend en compte les intérêts des salariés et leurs attentes dans ses décisions. Cela est significativement corrélé aux comportements d'engagement organisationnel.

***Les opportunités de travail** : quand une fonction permet à une personne de se réaliser grâce aux opportunités qui lui sont présentées par l'organisation, elle aura tendance à exprimer davantage de comportements positifs envers son organisation, par la norme de réciprocité.

***La richesse du travail** : une fonction riche qui offre des opportunités d'apprentissages et de challenge (par sa difficulté, la variété des tâches, ...) ainsi qu'un certain degré d'autonomie permettant de combler deux besoins fondamentaux : le besoin de compétence et le besoin d'autonomie. Ces ressources lui étant acquises, le travailleur sera alors plus enclin à s'engager envers son organisation en lui rendant la pareille.

***L'importance personnelle et le sentiment de réalisation personnelle** : lorsque les salariés estiment qu'ils sont importants pour l'organisation ou qu'ils se sentent utiles ou nécessaires par rapport aux missions de celle-ci, alors l'engagement des travailleurs aura tendance à augmenter ou se consolider. Par ailleurs, les travailleurs s'engagent davantage de manière affective dans leur organisation dans la mesure où celle-ci satisfait leurs besoins, rencontre leurs attentes et leur permet d'atteindre leurs objectifs (C. Vanbenberghe, 2009)⁶⁷.

***La participation aux processus de décision** : la décentralisation permet parfois aux professionnels de participer aux processus de décision, ce qui leur donne le sentiment d'être écoutés, valorisés et utiles pour leur organisation, ce qui aura alors un impact sur leur engagement organisationnel.

***Les relations avec les collègues et le supérieur hiérarchique** : les relations avec les collègues sont source d'engagement organisationnel, à partir du moment où celles-ci sont positives et respectueuses. Lorsque les collègues ont une attitude positive, le travailleur aura aussi tendance à être positif et dès lors à vouloir s'engager pour son entreprise (J.E Mathieu et D. Zajac, 1990)⁶⁸. Par ailleurs, lorsque les interactions sociales sont nombreuses dans une organisation (notamment par le biais de groupes de travail ou d'activités organisées pour le personnel), cela permet d'augmenter les liens entre l'organisation et le travailleur, ce qui peut amener à renforcer l'engagement du travailleur. Les actions du supérieur hiérarchique affectent les attitudes des travailleurs envers l'organisation.

⁶⁷ Vandenberghe C., « Engagement organisationnel », *Psychologie du travail et des organisations*, Paris Dunod, 2009, p.175-178.

⁶⁸ Mathieu J., Zajac D., « A review and meta-analysis of the antecedents, correlates, and consequence of organizational commitment », *Psychological Bulletin*, 108, p. 171-194.

En effet, le supérieur est souvent perçu comme agissant au nom de l'entreprise, il est un des garants de son bon fonctionnement (C. Vandenberghe, 2009)⁶⁹. Etant donné qu'il est perçu comme représentant de l'entreprise, s'il a des bonnes relations avec ses subordonnés, ces derniers auront tendance à réciproquer ces expériences positives, notamment via des comportements d'engagement organisationnel.

Pour que des relations positives existent, plusieurs caractéristiques doivent exister dans cette relation entre travailleur et supérieur hiérarchique:

***La communication** : la communication entre le supérieur et ses subordonnés doit être fréquente et transparente afin de favoriser les expériences positives.

***Le leadership participatif** : lorsque le supérieur suscite la participation des salariés dans les décisions ou dans les actions, le travailleur se sent impliqué et son sentiment d'utilité et de nécessité pour l'entreprise se voit augmenté. Il aura alors plus tendance à s'engager envers l'organisation.

***Le soutien et la considération** : le manager doit soutenir le salarié afin que celui-ci se sente considéré dans son travail. C'est un critère essentiel pour pouvoir espérer un retour positif au niveau de l'engagement du professionnel. C'est surtout lié à l'engagement affectif : le fait de se sentir soutenu par ses supérieurs et le fait que les salariés ressentent une considération dans leur travail permettent d'augmenter l'engagement affectif de ceux-ci envers leur organisation. Le soutien perçu ou les considérations peuvent provenir de plusieurs cibles, à savoir l'organisation, les supérieurs, le groupe de travail, les collègues.

Des études montrent de fortes corrélations entre la perception de soutien de la part de l'organisation et l'engagement affectif (J.P Meyer et al, 1997)⁷⁰. Le soutien organisationnel réfère à la perception qu'entretient un individu quant à l'appui que lui attribue l'organisation qui l'emploie (J.P Meyer et N.J Allen, 1997)⁷¹. Plus précisément, le soutien organisationnel se traduit par la perception de l'employé quant à l'estime que l'organisation accorde à sa contribution et quant à l'attention que porte l'organisation à son bien-être mentionnent que les actions entreprises par l'organisation favorisant le soutien, sont perçues par les employés comme un sentiment d'importance qui leur est accordé.

⁶⁹ Vandenberghe C., « Engagement organisationnel », *Psychologie du travail et des organisations*, Paris Dunod, 2009, p.175-178.

⁷⁰ Allen N., Meyer J., « The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization », *Journal of occupational Psychology*, 1997, n° 63, p. 1-18.

⁷¹ Ibid.

En fait, l'employé détermine sa valeur aux yeux de l'organisation de par la perception du soutien organisationnel qu'il reçoit (R. Eisenberger et al, 1986)⁷². Vu sous un angle de reconnaissance, le soutien du superviseur est considéré comme un déterminant significatif de l'engagement affectif. Selon J. Mathieu et D. Zajac(1990)⁷³, le degré de considération du superviseur et du leader est une variable qui influence positivement l'engagement de type affectif.

Des contacts facilités avec le manager, notamment dû à cette décentralisation, sous-entendent généralement un certain soutien organisationnel perçu, qui est une des variables indirectes favorable à l'engagement organisationnel.

C) Sentiment d'appartenance et caractéristiques individuelles

Les caractéristiques personnelles comprennent aussi plusieurs variables qui peuvent jouer sur l'engagement organisationnel. Plusieurs différences individuelles doivent donc être prises en compte dans l'analyse de l'engagement organisationnel.

***L'âge** : le niveau d'engagement sera différent entre un individu âgé et un plus jeune. Mais il convient de remarquer que c'est une variable parmi d'autres, donc partiellement liée à l'engagement. Les employés plus âgés tendent à être plus engagés que les plus jeunes, étant donné qu'ils ont des positions / fonctions généralement plus hautes que les plus jeunes recrues (J. Mathieu et D. Zajac, 1990)⁷⁴. Selon ces mêmes auteurs, il convient donc de prendre en considération la carrière plutôt que l'âge des travailleurs, pour étudier le lien avec l'engagement.

***Le genre** : des études rapportent un lien significatif entre l'engagement affectif et le sexe en discutant des différences entre les hommes et les femmes alors que d'autres travaux, réalisés pendant la même période auprès de populations comparables, ne trouvent pas de liens entre ces variables (J. Mathieu et D. Zajac, 1990)⁷⁵. Selon certains auteurs, les différences entre les sexes s'expliqueraient plus par les expériences de travail différenciées des hommes et des femmes que par l'appartenance sexuelle en elle-même (J.P Meyer et N.J Allen, 1997)⁷⁶.

***Le niveau d'éducation** : l'éducation est liée de manière négative à l'engagement. En effet, plus le niveau d'éducation est élevé, plus grandes seront les attentes des travailleurs, ce qui rendra la tâche plus difficile pour répondre à ces attentes élevées (J. Morris et R. Steers, 1980)⁷⁷.

⁷² Eisenberger R., Perceived organizational support, *Journal of Applied Psychology*, n°71, 1986, p. 500-507.

⁷³ Mathieu J., Zajac D., « A review and meta-analysis of the antecedents, correlates, and consequence of organizational commitment », *Psychological Bulletin*, 108, p. 171-194.

⁷⁴ Mathieu J., Zajac D., « A review and meta-analysis of the antecedents, correlates, and consequence of organizational commitment », *Psychological Bulletin*, 108, p. 171-194.

⁷⁵ Ibid

⁷⁶ Allen N., Meyer J., « The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization », *Journal of occupational Psychology*, 1997, n° 63, p. 1-18.

⁷⁷ Morris JH., Steers RM., « Structural influences on organizational commitment », *Journal of vocational behavior*, 1980, n°17, p. 50-57.

Cependant, les personnes ayant un niveau d'éducation plus élevé seront plus engagées envers leur fonction, mais cela dès que l'entreprise aura répondu à leurs attentes.

***La culture** : plusieurs études sur l'engagement organisationnel réalisées dans différents pays (J.P Meyer et al, 2002)⁷⁸ montrent quelques différences en termes d'engagement.

Toutefois, ces différences peuvent être dues à des problèmes de traduction plutôt qu'à des différences culturelles dans la manière de percevoir l'engagement.

***La personnalité** : les traits de personnalité innés ou issus de l'éducation, tels que la motivation à réussir, percevoir l'organisation comme une source de satisfaction, avoir une grande éthique dans son travail, un sentiment d'auto-efficacité ou encore avoir une certaine estime de soi sont des sources de comportements d'engagement qu'un travailleur aura envers son organisation.

Il convient toutefois de préciser que le poids de ces variables individuelles reste relativement faible par rapport aux expériences de travail ou caractéristiques organisationnelles.

Chaque collaborateur doit pouvoir s'identifier aux valeurs et à la culture de l'entreprise pour se sentir fier d'y appartenir. Partager des valeurs fortes et inclusives permet alors d'attirer les bons talents et de fidéliser les collaborateurs en construisant une culture commune et engageante. Pour autant, faire la distinction entre le faire et l'agir permet de comprendre à quel point le management peut être contraignant pour les acteurs du terrain, qui doivent répondre à des objectifs et n'ont pas forcément les moyens pour mener à bien leurs missions. « *L'agent n'est libre que des moyens et il devient responsable de leur «bonne utilisation», liberté contrainte par la réalisation des objectifs qui ne dépendent pas de lui* » (C. Vandenberghe, 2009)⁷⁹.

La réponse à ces indicateurs de qualité définit des enjeux d'efficacité et d'efficience. Mais qu'en est-il, des conditions réelles dans lesquelles les soignants doivent assurer ces objectifs ?

2.3 Conditions de travail (CT), Qualité de Vie au Travail (QVT) et fidélisation

2.3.1 Conditions de travail et QVT

La Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (DARES) propose la définition suivante des conditions de travail : « *recouvrent les aspects matériels...organisationnels...et psychosociaux (relations avec les clients, la hiérarchie et les collègues, sentiment d'utilité, etc.) dans lesquels est exercée l'activité professionnelle* »⁸⁰.

⁷⁸ Allen N., Meyer J., « The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization », *Journal of Occupational Psychology*, 1997, n° 63, p. 1-18.

⁷⁹ Vandenberghe C., « Engagement organisationnel », *Psychologie du travail et des organisations*, Paris Dunod, 2009, p.175-178.

⁸⁰ DARES, « Conditions de travail », travail-emploi.gouv.fr, 2023.

Parler des conditions de travail ne peut se faire sans parler de qualité de vie au travail (QVT), car elle va avoir un impact multidimensionnel sur l'activité du professionnel avec des effets positifs, négatifs qui peuvent jouer sur sa santé physique ou psychique.

Si ces conditions ne sont pas réunies ou suffisantes, cela peut provoquer « *des troubles variés : sentiment de dévalorisation voire dépression, fatigue, usure, troubles musculosquelettiques ou cardiovasculaires, cancers, accidents* »⁸¹. Les grandes enquêtes nationales auprès des salariés permettent de documenter l'évolution du travail depuis les années 1990, et contribuent ainsi à l'élaboration des outils de prévention nécessaires à l'amélioration des conditions de travail.

2.3.2 Approche conceptuelle des CT selon Abord De Chatillon E. et Richard E.

Selon l'approche d'Abord De Chatillon E. et Richard (2015)⁸², la modernisation des conditions de travail repose sur quatre dimensions : le Sens, le Lien, l'Activité et le Confort au travail (SLAC).

***Le sens du travail** met l'accent sur l'orientation subjective que le travail donne à la personne, en tant que représentation de la direction à suivre et guide des actions et des valeurs à produire. Le professionnel de santé se sentira en accord avec l'organisation dans laquelle il travaille, si les décisions managériales sont en accord avec les valeurs attendues du professionnel. En effet, dans le cadre des soignants, le caractère de la « *vocation* » peut participer à la construction de la représentation identitaire.

***Le lien social** est valorisé par la dimension relationnelle au travail. Elle comprend la dimension du soutien de la hiérarchie, la reconnaissance de ses pairs, l'appartenance à un collectif. Cette dimension est l'une des plus importantes, car elle favorise la construction de groupes fonctionnels dans le travail, ainsi que le bien-être au travail. Une communication mal maîtrisée entre les salariés et sa hiérarchie, ainsi qu'un climat social peu serein, peuvent conduire les professionnels à se retirer de l'activité de l'établissement (ex : atelier de travail pluridisciplinaire, implication dans le projet d'établissement, création d'espaces de discussions).

***L'activité** renvoie à la notion de « *travail bien fait* », à l'efficience et l'efficacité, et conditionne le bien-être au travail (Clot Y, 2010)⁸³. Le bien-être au travail implique de préserver sa capacité d'action et de faire face aux défis rencontrés au quotidien. Les espaces de communication jouent également un rôle important, tout comme pour le lien social, en favorisant l'engagement mutuel des professionnels et en permettant des arrangements qui contribuent à la qualité du travail.

⁸¹ DARES, « Conditions de travail », travail-emploi.gouv.fr, 2023.

⁸² Abord de Chatillon E., Richard D., « Du Sens, du Lien, de l'Activité et du Confort : proposition pour une modélisation des conditions du bien-être au travail par le S.L.A.C. », *Revue Française de Gestion*, 2015, 31 pages

⁸³ Clot Y., *Travail et santé*, Collection Clinique du travail, éditions Erès, 2010, 336 p.

***Le confort de travail** concerne les conditions dans lesquelles l'activité professionnelle est réalisée. Il englobe le bien-être physique, psychologique, et fonctionnel, qui conditionne la productivité des professionnels.

Le confort perçu contribuera à répondre aux enjeux de la satisfaction et d'autonomie dans le poste de travail. Le confort au travail synthétise ainsi le sens du travail, le lien social et le rapport d'efficience et d'implication des professionnels dans l'activité exercée dans l'entreprise. Il vise à identifier les logiques managériales, organisationnelles et institutionnelles pour favoriser un management axé sur le bien-être au travail. Les conditions de travail nécessitent donc, selon cette approche, que les établissements prennent des mesures de « *fond* », et ne se limitent pas qu'à des actions de « *forme* ».

De bonnes conditions de travail doivent déjà passer par le respect des règles établies, comme le respect des horaires, des temps de pause et proposer un accompagnement et un soutien managérial au travail tel que le management de proximité.

2.3.3 Qualité de vie au travail (QVT), facteur de qualité des soins et de fidélisation

Au sujet de la qualité de vie au travail, il est écrit dans le Référentiel de Certification V2020 de la HAS : "... que qualité de vie au travail (QVT) et qualité des soins, sécurité des soins, efficience sont liées. L'existence d'une politique de qualité de vie dans l'établissement, élaborée en concertation avec les professionnels et leurs représentants, suivie et évaluée, vise à prendre soin des salariés, concilier l'amélioration des conditions de vie au travail pour les salariés et la performance collective de l'établissement. La démarche QVT de l'établissement repose sur une approche globale, interrogeant toutes les sphères du travail dont l'organisation du collectif, la place de l'individu et l'accompagnement qui lui est proposé au sein de ce collectif. Impulsée par la gouvernance, la démarche QVT de l'établissement implique les professionnels. La pluridisciplinarité, le décloisonnement des acteurs, le principe de subsidiarité participent de la démarche."⁸⁴ Si le concept a été introduit dans le secteur sanitaire dans l'optique de favoriser la qualité et la sécurité des soins, il n'en demeure pas moins qu'il semble que l'on puisse s'appuyer dessus pour favoriser la fidélisation du personnel. Depuis quelques années, la notion de qualité de vie au travail est de plus en plus importante dans les établissements de santé. De par son contenu, il nous semble que le développement de cette dernière dans les organisations de santé pourrait être une des solutions à la mise en application des résultats obtenus dans notre étude. En effet, différents pans de la QVT sont relatifs à plusieurs facteurs prédictifs de l'engagement au travail et de « l'empowerment structurel » (pouvoir d'agir).

⁸⁴ HAS, « Manuel de Certification des Etablissements de Santé V2010 », Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins, Novembre 2008 - v2010@has-sante.fr
Carole DURIGNEUX - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique – 2023-2024

A ce propos, il est rapporté dans le Guide portant sur la QVT, réalisé en 2019 par l'ANACT et la Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique⁸⁵ (DGAFP), que "cinq objectifs peuvent retenir particulièrement l'attention des employeurs : répondre au besoin de sens au travail, favoriser la motivation des agents et leur engagement, mieux prévenir les risques professionnels, accompagner les transformations et favoriser la conciliation des temps de la vie personnelle et professionnelle ». De même, dans ce document sont rapportés les six axes composants la QVT que sont le contenu du travail, la santé au travail, les compétences et les parcours professionnels, l'égalité professionnelle, l'engagement et le management et enfin, les relations au travail et le climat social (**Annexe IV**)⁸⁶.

Le contenu du travail est relatif à la clarté des consignes données, à l'autonomie ou encore aux moyens permettant de le réaliser. Concernant la santé au travail, nous retrouvons l'aménagement des lieux et postes ou la prise en compte de la santé. Les compétences et le parcours professionnel sont relatifs à la gestion des compétences ou encore le plan de formation. L'égalité professionnelle est quant à elle en lien avec la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle, l'aménagement des horaires ou encore l'usage des outils de communication. L'engagement et le management sont eux en lien avec l'existence de temps d'échange sur le travail, la connaissance de la stratégie et du projet de la structure, la diffusion des procédures de travail ou encore les informations sur les changements. Enfin, concernant les relations au travail et le climat social, ces derniers sont en rapport avec l'organisation des réunions internes, la diffusion des supports internes, les éléments conviviaux ou encore des lieux de pause. Du point de vue de la terminologie, il est à noter que suite aux Accords Nationaux Interprofessionnels (ANI) de décembre 2020, le terme de QVCT (Qualité de Vie et Conditions de Travail) a succédé à celui de QVT. Cependant, dans les référentiels HAS concernant la certification des établissements de santé, le terme de QVT a été conservé.

La normalisation du concept de QVT, relativement récente dans les établissements de santé, via son intégration dans le référentiel de certification, devrait permettre son développement généralisé sur l'ensemble du territoire national, de par le caractère incitatif. En conséquence, nous pouvons penser que de manière générale, la QVT pourrait favoriser l'engagement des salariés dans l'ensemble des établissements et pourrait réduire la fuite de ces derniers. Il s'agirait là, en quelque sorte, d'améliorer l'image métier de la profession infirmière en favorisant de bonnes conditions de travail au sein des établissements, de manière élargie.

⁸⁵ Guide de la qualité de vie au travail : Outils et méthodes pour conduire une démarche QVT, Publication DGAFP, Juin 2019

⁸⁶ Annexe IV : ANACT, Schéma sur les conditions de la QVT.

En cas de développement généralisé et homogène de la QVT sur l'ensemble du territoire comme suggéré par sa normalisation, nous pourrions penser qu'elle ne permettrait pas aux établissements de se distinguer les uns des autres sur ce point et ne permettrait donc pas à certains d'entre eux de se démarquer sur le plan de la fidélisation et/ou de l'attractivité du personnel soignant et notamment des infirmières. Cependant, nous pensons que même si la QVT est intégrée dans un référentiel national applicable à tous, chaque établissement à la liberté de s'engager dans la démarche QVT de manière plus ou moins importante et selon différentes approches, lui permettant ainsi, finalement, de se démarquer de la concurrence sur le plan de l'attractivité et de la fidélisation de son personnel.

Ainsi, il semblerait que la poursuite du développement de la QVT dans les établissements de santé, au-delà d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, puisse avoir à la fois une influence positive sur l'attractivité "métier" de manière générale, mais également un impact spécifique pour tel ou tel établissement par rapport à ses concurrents selon l'usage qu'il en fera. La qualité de vie des soignants a des impacts sur leur santé. Un environnement de travail défavorable peut entraîner fatigue, stress et burn out. Ces conditions d'exercice dégradées et la souffrance au travail peuvent altérer la qualité et la sécurité des soins dispensés aux patients (**Annexe V**)⁸⁷.

2.4 Qualité des soins et fidélisation

2.4.1 Réglementation des EPS

En application de l'article L.6111-2 du code de la santé publique⁸⁸, « *les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités.* »

2.4.2 Définition de la qualité des soins

La qualité des soins est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « *la capacité de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* ». La qualité des soins englobe plusieurs dimensions. Elle intègre lors de la prise en charge, la considération des besoins des patients, la sécurité, l'équité et l'efficacité.

⁸⁷ Annexe V : Enquête : « Le baromètre Santé 360° », MNH-ODOXA

⁸⁸ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000020886452

Ainsi la démarche qualité implique une évaluation complète et objective de l'organisation en vigueur visant à identifier et à maîtriser les risques tout en mettant en place les bonnes pratiques pour une prise en charge de qualité et en sécurité des patients.

Selon Donabedian A. (1980)⁸⁹, « *Les soins de haute qualité sont les soins visant à maximiser le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfices/risques à chaque étape du processus de soins* ».

2.4.3 Les différentes dimensions de la qualité des soins

Donabedian A., connu pour ses travaux sur la théorie de la qualité des soins, l'appréhende par quatre niveaux concentriques depuis la relation médecin-soignant jusqu'à la qualité du système dans la population :

1° Les soins fournis par les médecins ou par les autres producteurs de soins :

La qualité de ces soins dépend d'une part des caractéristiques techniques et d'autre part des caractéristiques relationnelles des soignants. La technicité est liée aux connaissances médicales et aux capacités de jugement du producteur de soins, ces dernières devant permettre d'obtenir une adéquation des soins au cas identifié.

2° Les installations et équipements

La deuxième dimension de la qualité des soins est représentée par les installations utilisées dans le système de soins. Dans le système hospitalier, les installations et équipements doivent assurer aux patients un certain confort, être agréables et propres et respecter l'intimité et la confidentialité. Cette composante de la qualité dépend soit directement des médecins (secteur libéral de la médecine ambulatoire), soit des gestionnaires lorsque les soins sont délivrés dans des structures plus lourdes, comme les centres de santé ou les établissements hospitaliers.

3° Les soins mis en œuvre par le patient

La manière dont le patient et son entourage contribuent aux soins constitue le troisième niveau de la qualité des soins. Les soins prodigués sont donc sous la responsabilité partagée des médecins et des patients. La compliance du patient au processus de soins est fondamentale pour la réussite du traitement.

4° Les soins reçus par la communauté

La dernière dimension de la qualité des soins correspond aux soins reçus par l'ensemble de la communauté : l'accessibilité aux soins est-elle garantie à tous ? Si chacun a accès aux soins, les patients reçoivent-ils le même niveau de qualité des soins quelle que soit leur situation géographique, économique et sociale ?

⁸⁹ Hurlimann C., « Approche conceptuelle de la qualité des soins », *asdp*, 2001, n°35, p.23-28.

À l'échelle de la communauté, la qualité des soins dépend de nombreux facteurs que les producteurs de soins ne peuvent eux-mêmes pas tous contrôler.

Ainsi, les caractéristiques du système de santé en vigueur et les choix politiques effectués pour la gestion et l'évolution de ce système constituent un déterminant fondamental de la qualité des soins produits.

L'évaluation de la qualité des soins peut être conduite selon une triple approche : « structures, procédures, résultats » (**Annexe VI**)⁹⁰. En effet, l'amélioration de la qualité des soins nécessite de disposer de bonnes structures (matérielles, humaines et organisationnelles), d'utiliser les bons processus de soins. Elle doit conduire à de meilleurs résultats. La qualité des soins a donc de multiples facettes et son approche diffère de celle qui est développée dans les autres secteurs économiques en raison des spécificités du système de santé : l'asymétrie d'information rend impossible l'évaluation de la qualité par la seule satisfaction du patient ; la complexité du système de production des soins rend la maîtrise du processus plus difficile et augmente la probabilité de survenue de dysfonctionnements aux différentes interfaces ; le caractère aléatoire de la science médicale rend le risque zéro inatteignable : la qualité des soins dépend en partie de la capacité des professionnels de santé à réagir par rapport à cet aléa et la formalisation de l'ensemble du processus de prise en charge est impossible; enfin, en France, les enjeux économiques de la qualité sont moins importants pour les producteurs de soins que dans les secteurs de production ou de services à forte concurrence.

2.4.4 Qualité, sécurité des soins et conditions de travail

D'autres études d'impact ont établi un lien entre conditions de travail et sécurité de soins, dont l'une souligne combien le burn-out des soignants est corrélé fortement à un risque avéré d'erreurs de raisonnement et donc d'un risque élevé pour la qualité du soin. L'équipe du Docteur Kaissi aux Etats-Unis montre que la réduction des erreurs dans les soins est étroitement liée aux facteurs humains tels que l'amélioration du travail d'équipe et la communication entre les soignants. Les causes des erreurs les plus fréquentes ont également été étudiées par l'équipe du Docteur Phillips aux Etats-Unis, qui estime la part des erreurs liées à un problème de communication. L'analyse des causes latentes d'erreurs dans les établissements de santé a mis en évidence le rôle essentiel des questions d'organisation et de communication.

Conflits ou mauvaise ambiance dans l'équipe, collaboration insuffisante entre soignants, supervision inadaptée des médecins ou encore défaut de communication interne sont les raisons principales des défaillances analysées au niveau de l'équipe.

⁹⁰ Annexe VI : Schéma de la qualité selon Donabedian A.

Les erreurs ne sont pas corrélées avec l'âge des infirmiers, la taille de l'hôpital ou le type de service mais avec la charge de travail et le temps de travail, notamment. La fatigue des infirmiers est dans un cas sur trois identifiée comme à la source d'erreurs de médication. D'après la base de retour d'expérience du dispositif d'accréditation des spécialités médicales à risque gérées par la HAS, 27% des événements indésirables associés aux soins (EIAS) sont dus à des facteurs liés à l'équipe. Plusieurs causes sont identifiées comme liées à l'équipe : des problèmes de communication entre les professionnels sont retrouvés (37%) ; des dysfonctionnements dans les transmissions et alertes (15%) ; des facteurs liés à la répartition des tâches (12%), l'information écrite (11%), l'encadrement et la supervision (11%)⁹¹.

2.4.5 Qualité, sécurité des soins et fidélisation

La fidélisation des infirmiers est un enjeu stratégique pour les EPS. Nous observons au regard de notre revue de littérature qu'il existe un lien entre la stabilité du personnel et la qualité des soins prodiguée aux patients. En effet, la fidélisation des infirmiers assure une continuité dans la prise en charge des patients. Les infirmiers qui restent longtemps dans le même établissement développent une connaissance approfondie des protocoles de soins, des équipements et des besoins spécifiques des patients, ce qui améliore la prise en soins. Des études montrent que des équipes soignantes stables réduisent les erreurs médicales et améliorent les résultats de santé des patients (moins d'événements indésirables déclarés, taux de réadmission plus bas, meilleure gestion des maladies chroniques)⁹². Par ailleurs, nous notons un lien entre l'expertise des infirmiers liée à l'expérience professionnelle accumulée et la qualité des soins. De ce point de vue, la fidélisation permet d'accumuler de l'expertise et de l'expérience au sein de l'établissement. Les infirmiers fidèles à leur établissement acquièrent une expérience précieuse, améliorant ainsi leurs compétences cliniques et leur capacité à réagir efficacement dans des situations d'urgence. Des recherches indiquent que l'expérience des infirmiers est corrélée à de meilleurs résultats cliniques et à une prise en charge plus rapide et efficace des patients en situations critiques⁹³. Par ailleurs, nous avons pu identifier également l'impact majeur de la culture organisationnelle et l'environnement de travail sur la fidélisation des infirmiers. Un premier déterminant explique cela : l'importance de la cohésion d'équipe et de la communication. En effet, la fidélisation renforce la cohésion d'équipe et la communication entre les membres du personnel.

⁹¹ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2039719/fr/analyse-des-causes-profondes-des-evenements-indesirables-associes-auxsoins-eias-issus-de-la-base-de-retour-d-experience-du-dispositif-d-accreditation

⁹² Ibid

⁹³ Ibid

Une équipe stable favorise la confiance mutuelle, la coopération et une meilleure coordination des soins, ce qui est primordial pour assurer la qualité des soins. Des équipes bien coordonnées et stables offrent des soins de meilleure qualité et plus sécurisés. Nous observons qu'un turnover élevé peut nuire à la qualité des soins en perturbant la continuité et la cohésion des équipes soignantes. Les nouveaux infirmiers, même qualifiés, nécessitent du temps pour se familiariser avec les protocoles et la culture de l'établissement, ce qui peut temporairement affecter la qualité des soins. Des recherches indiquent que les périodes de transition avec un turnover élevé sont associées à une augmentation des erreurs médicales et à une diminution de la satisfaction des patients. Le deuxième déterminant est davantage lié à la satisfaction au travail et à l'engagement des infirmiers. En effet, les infirmiers satisfaits de leurs conditions de travail et de leur environnement professionnel seront plus motivés et engagés, ce qui se traduira par une meilleure qualité de soins. Nous pouvons relever également que la fidélisation engendre des effets économiques favorables à prendre en compte. En effet, la réduction du turnover permet de diminuer les coûts liés au recrutement et à la formation. Le turnover élevé entraîne des coûts importants pour le recrutement, l'intégration et la formation de nouveaux infirmiers, ce qui peut détourner des ressources précieuses des soins directs aux patients. Les analyses économiques dans le secteur de la santé montrent que les établissements avec un turnover faible peuvent réinvestir ces économies dans des initiatives de qualité des soins et de formation continue.

Nous venons de l'étudier, l'enjeu de fidélisation des équipes est crucial afin de garantir la qualité et la sécurité des soins rendus au patient. Face à cet enjeu la théorie des hôpitaux magnétiques a été établie. Ce type d'établissement est reconnu pour allier qualité des soins et conditions de travail favorables pour les professionnels. Le concept du « magnet hospital » développé dans les pays d'Amérique du Nord pose les préceptes d'un hôpital « exemplaire ».

2.5 Le modèle des Hôpitaux Magnétiques (HM) (Annexe VII)

2.5.1 Définition du concept des HM

La première définition de l'Hôpital magnétique est donnée par M. McClure en 1983. Il s'agit "d'un établissement qui a la capacité d'attirer et de retenir les personnels soignants"⁹⁴. Nous retrouvons dans cette définition le principe même de la fidélisation.

⁹⁴ McClure M., Poulin M., Sovie M. & al., *Magnet hospitals: attraction and retention of professional nurses*, Kansas City, MO : American Nurses' Association, 1983

Du point de vue RH, il s'agit d'un processus qui permet de réduire le roulement des soignants. En 2008, Lundmark VA.⁹⁵ définit l'hôpital magnétique comme " un contexte opérationnel qui rend possible la meilleure performance de chaque professionnel de santé". Nous voyons dans cette définition une évolution, le magnétisme hospitalier s'élargit à l'ensemble de la communauté des professionnels de santé (soignants, médecins, pharmaciens...). De plus, il introduit ici le terme "performance". Il s'agit donc d'une part de la qualité des soins délivrés aux patients par les professionnels et d'autre part de la gestion économique, qui permet de pérenniser l'activité.

Une année plus tard, Y. Brunelle définit l'Hôpital Magnétique comme "un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner". Il associe donc la qualité de vie au travail et la qualité des soins. Selon Brunelle Y.⁹⁶, ces évolutions dans les définitions n'ont pas impacté l'indicateur de base : " le roulement du personnel infirmier". Un hôpital magnétique est un établissement qui se différencie par une forte attraction des infirmiers, un faible turn over et une forte satisfaction au travail.

2.5.2 Facteurs organisationnels des HM

Plusieurs auteurs ont identifié les facteurs organisationnels d'un Hôpital Magnétique, initialement il y avait plus de 65 variables : autonomie des soignants, flexibilité des horaires, une organisation décentralisée... Les auteurs M.Kramer et C.Schmalenberg⁹⁷ ont établi une liste de 8 critères essentiels qui définissent le magnétisme hospitalier :

-La culture centrée sur le patient et sur l'amélioration continue des soins : Les besoins des patients doivent être au centre de la prise de décision, des discussions, initiatives et changements. Cet objectif constitue la caractéristique principale des Hôpitaux Magnétiques, autour duquel s'articulent les 7 autres points.

-L'expertise des soignants : Il s'agit de l'excellence des pratiques, les infirmiers sont amenés à réaliser des actes multiples. Dans un contexte d'amélioration continue des soins, les soignants, en EPS, doivent tout d'abord se spécialiser dans un service en particulier afin de devenir expert.

-Un soutien de l'institution à la formation continue : La formation permet d'une part la mise à jour des connaissances et le maintien des compétences.

D'autre part, dans un contexte de développement scientifique et technologique, la formation permet l'évolution des pratiques et contribue au développement de la profession.

⁹⁵ Lundmark, V., Magnet environments for professional nursing practice. Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses, 3, 2008.

⁹⁶ 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, n° 40, p. 39–48.

⁹⁷ Kramer M., Schmalenberg C., « Development and evaluation of Essentials of Magnetism tool », *Journal of Nursing Administration*, 2004, n° 34, p. 365-378.

En effet, aucun programme d'étude initial ne peut permettre aux soignants d'acquérir les connaissances nécessaires à l'ensemble de leur carrière.

-Un leadership infirmier transformationnel : La vision des cadres infirmiers est prospective, ces derniers bénéficient de capacités de conviction afin de transformer les organisations et les adapter à l'avenir. Pour cela le leadership transformationnel fait appel à la motivation intrinsèque des personnes, afin de les inciter à agir. En effet, le changement est le résultat d'un travail collectif où chaque acteur détient un rôle précis. Il est donc important de prendre en compte les motivations de chaque acteur.

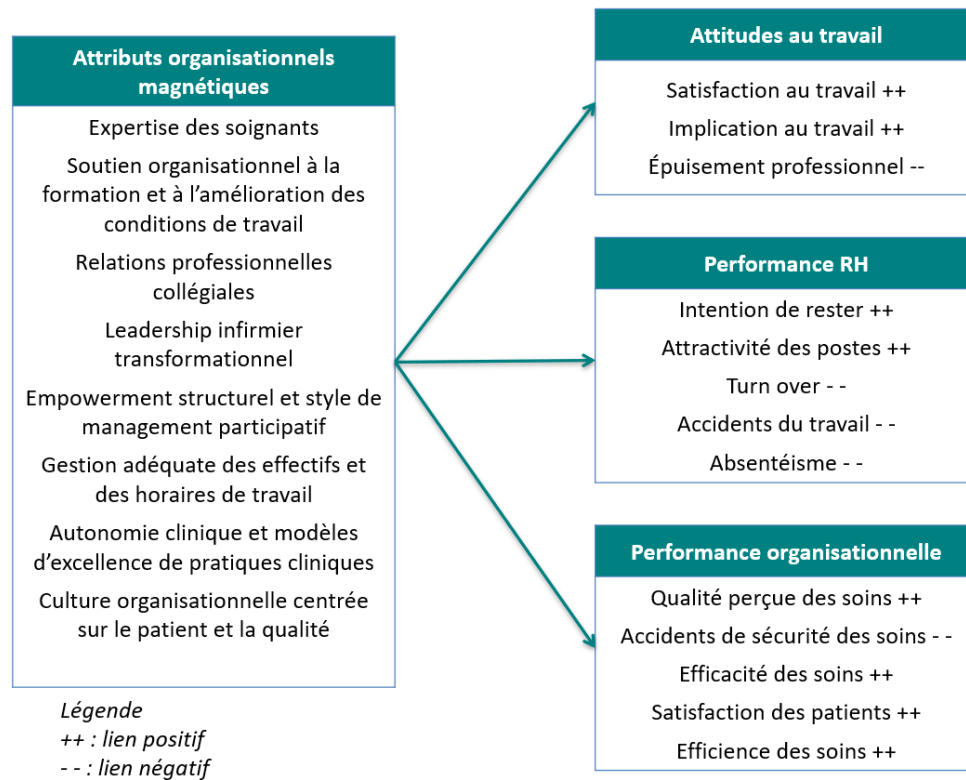
-Un management participatif : Ce type de management implique de développer des relations à long terme entre les cadres et les personnels soignants afin d'établir un dialogue auquel les personnes concernées par une problématique participent, dans le but de la résoudre. Ce management est basé sur l'intelligence collective et sur l'esprit de groupe.

-Une bonne collaboration entre médecin et infirmiers : A l'origine les relations étaient caractérisées par un rapport d'autorité du médecin envers l'infirmier. Cependant afin de gérer la complexité croissante des soins les demandes pour davantage d'horizontalité se font entendre. Il s'agit véritablement de travailler en équipe.

-L'autonomie des soignants dans leur sphère de décision : C'est un critère fondamental des Hôpitaux Magnétiques, cette autonomie se concrétise dans les tâches réalisées, avec des modèles de soins fondés sur les preuves. La gestion est décentralisée afin de permettre à chaque unité de soins d'innover.

-Une gestion des effectifs adéquate adaptée aux besoins du patient : Les difficultés de recrutement sont moindres dans les hôpitaux magnétiques, de plus ils comptent un nombre plus important d'infirmiers très qualifiés. Ces deux facteurs sont, en partie, à l'origine de meilleurs résultats.

Ainsi nous retrouvons au travers de ces 8 facteurs trois dimensions essentielles des hôpitaux magnétiques : **la bienveillance envers les patients et les équipes, l'autonomie encadré par des pratiques d'excellence, la complémentarité des actions des différents corps de métiers** (administratif, soignant, médical) qui assure la coopération et la responsabilisation des acteurs.



Source : Sibe M. et Alis D.

L'ouvrage "Stress, burn-out, harcèlement moral, de la souffrance au travail au management qualitatif"⁹⁸ a permis d'identifier 4 résultats observés dans les hôpitaux magnétiques. Ces bénéfices, qui émanent des 8 facteurs organisationnels identifiés par Kramer M. et Schmalenberg C.⁹⁹, dépassent la fidélisation des personnels. Ils ont ainsi observés une amélioration de la performance organisationnelle (augmentation de la qualité et sécurité des soins, diminution des événements indésirables, augmentation de la satisfaction des patients via les questionnaires...); une mobilisation plus importante des soignants (implication dans le travail, sentiment d'appartenance et d'objectif commun, effort dans la production...); une amélioration de la santé au travail (d'un point de vue physique et mental, diminution des accidents du travail, burn-out...) et une augmentation de l'attractivité et de la fidélité de l'organisation (réduction de l'absentéisme, roulements stables, diminution des heures supplémentaires réalisées pour faire face au manque de personnel...).

⁹⁸ Sibé M. et Alis D., « Stress, burn-out, harcèlement moral : de la souffrance au travail au management qualitatif », 2016, éditions Dunod, Psychothérapies, Chapitre 10, p. 131-145.

⁹⁹ Kramer M. et Schmalenberg C., « Nurses identity essentials of magnetism, Magnet hospitals revisited. Attraction and retention of professional nurses », Washington : American nurses publishing, 2002, p.25-59, Chap 2.

2.5.3 Ce modèle des HM américains est-il transposable en France ?

L'étude des caractéristiques des hôpitaux magnétiques selon M. Sibé et D. Alis¹⁰⁰ nous permet de comprendre que le modèle s'appuie : d'une part " *sur des variables organisationnelles qui fixent la politique RH de l'établissement* " (formation, plan de carrière, aménagements des horaires...) et d'autre part sur le " *climat de travail au sein des unités de soins qui se fonde sur un type de management qualitatif* " (M.Sibé et D.Alis)¹⁰¹. Ce type de management s'appuie sur certains facteurs organisationnels, que nous avons évoqués plus haut sur le schéma :

-**Le leadership transformationnel**, le responsable de l'unité de soins doit être à l'écoute des équipes, mobilisateur, charismatique et visionnaire.

-**"L'empowerment psychologique"** (Conger & Kanungo, 1988¹⁰²; Thomas & Velthouse, 1990¹⁰³), les soignants participent aux décisions, ils ont le sentiment de pouvoir contrôler leur travail et d'être en capacité d'agir.

-**Le climat collégial** entre les médecins et les soignants se traduisant par un respect mutuel, une communication apaisée, une estime mutuelle.

Selon Sibé M.¹⁰⁴, " *ce mode relationnel collégial entre médecins et soignants est déterminant pour caractériser un management magnétique*". En effet, le travail en équipe est une variable essentielle de la qualité des soins. Cela s'explique par la complémentarité entre les activités médicales et soignantes, les acteurs sont contraints à la collaboration " *quitte à s'affranchir des rapports de supériorité, qui enferment depuis toujours les infirmières dans un modèle de la servante vis-à-vis du médecin*" (Sibé M.)¹⁰⁵. Le " *management magnétique*", de par ses caractéristiques développe la mobilisation et l'efficacité des professionnels dans un contexte d'injonction à coopérer. Le sentiment d'efficacité collective produira dans le même temps une augmentation de la motivation et du bien-être au travail.

Ainsi le modèle des hôpitaux magnétiques américains semble en partie transférable aux structures françaises. Selon Sibé M. et Alis D., la limite concerne les variables organisationnelles, il est donc nécessaire de déterminer, en amont ces variables.

¹⁰⁰ Sibé M. et Alis D., « Stress, burn-out, harcèlement moral : de la souffrance au travail au management qualitatif », 2016, éditions Dunod, Psychothérapies, Chapitre 10, p. 131-145.

¹⁰¹ Ibid

¹⁰² Conger JA., Kanungo, RN. , The Empowerment Process: Integrating Theory and Practice. Academy of Management Review, 1988, n° 13, p. 471-482.

¹⁰³ Thomas, KW., Velthouse, BA., Cognitive Elements of Empowerment: An « Interpretive » Model of Intrinsic Task Motivation. Academy of Management Review, 1990, n° 15, p.666-681.

¹⁰⁴ Ibid

¹⁰⁵ Sibé M. et Alis D., « Stress, burn-out, harcèlement moral : de la souffrance au travail au management qualitatif », 2016, éditions Dunod, Psychothérapies, Chapitre 10, p. 131-145.

2.5.4 Comment transcrire les hôpitaux magnétiques dans la politique RH de nos EPS ?

« *Magnet hospitals* » est un milieu où le développement professionnel des infirmières est mis de l'avant. Ce milieu permet aux infirmières de jouir d'une autonomie professionnelle tout en maintenant leur implication auprès des autres professionnels. Leur leadership dans ces milieux favorise l'expansion de leur rôle, la mise en place d'un leadership partagé permettant une collaboration resserrée avec les autres professionnels. Ce milieu amène des dispositions où les infirmières ont la possibilité de faire progresser leur carrière professionnelle, de bénéficier d'une autonomie et de participer activement aux décisions qui concernent la pratique et les soins.

Les différentes caractéristiques de ce modèle d'organisation promeuvent la culture collaborative, le développement professionnel et la prestation de soins basée sur les évidences. Le leadership infirmier est davantage mis en évidence dans ces milieux.

Au moment où la certification HAS V2020 fait apparaître l'objectif *“d’impliquer les professionnels dans une démarche de vie au travail impulsée par la gouvernance”*¹⁰⁶, la théorie des hôpitaux magnétiques prend une importance particulière. En effet, elle permet de développer le bien-être au travail et contribue à l'image positive d'un établissement. Selon Baron X., *“Le vrai enjeu est le bien-être des salariés et leur valorisation comme principale ressource de l'entreprise”*¹⁰⁷. Les hôpitaux magnétiques, de par leurs caractéristiques, encouragent les managers à poursuivre la thèse de Baron X. En effet, les soignants se sentant valorisés et reconnus, cet environnement positif augmente la productivité générale. Le travail devient ainsi une source de plaisir, d'élévation. Le magnétisme hospitalier élargit la dimension stratégique de la politique RH de l'établissement, en effet dans ce cas elle conditionne la qualité de vie au travail et donc la qualité des soins.

Selon Sibé M. et Alis D.¹⁰⁸, l'hôpital magnétique permet de réviser les processus RH suivants:

-La politique de recrutement : Recruter des personnels qualifiés en nombre afin de satisfaire les besoins de l'entreprise face à la charge de travail. Le magnétisme hospitalier se caractérise par une absence de recours à l'intérim et à la polyvalence des soignants cela permet de conserver la stabilité des équipes et d'accroître la confiance interprofessionnelle.

-La politique d'intégration des nouveaux arrivants : Construite sur mesure, en fonction des connaissances du nouvel arrivant et reposant sur le principe du tutorat. Un professionnel déjà en poste transmet les pratiques du service et les valeurs de l'établissement.

¹⁰⁶ Certification des établissements de santé pour la qualité des soins, Septembre 2021

¹⁰⁷ Baron, X., « Et si la performance était source de bien-être », *l'Expansion Management Review*, 2011, n° 141, p. 10 à 19.

¹⁰⁸ Sibé M. et Alis D., « Stress, burn-out, harcèlement moral : de la souffrance au travail au management qualitatif », 2016, éditions Dunod, Psychothérapies, Chapitre 10, p. 131-145.

-Une politique de formation : qui vient soutenir les besoins des salariés par le biais de financement, congés, séminaires de formation...

-**Une politique de rémunération** : Il s'agit ici de récompenser les plus méritants afin d'encourager les autres à aller dans cette voie. Différents avantages peuvent être mis en place : primes, bourses, prix... La possibilité d'évolution de carrière est aussi une solution qui permet de récompenser le gain en compétences. Ces mécanismes incitent à la prise de responsabilité et à la création de pôle d'expertise (Hygiène, pansements complexes, prise en charge de la douleur, spécialisation dans une pathologie...).

-**Une politique d'amélioration des conditions de travail** : Il est question du bien-être au travail (cafétéria, salle de pause, espace relaxation...). La mise en place de certains services qui sont en lien avec la vie privée des salariés (garderie, crèche d'entreprise, service de conciergerie...) permettent eux aussi d'améliorer les conditions de travail.

-**Une politique de développement des compétences des managers** : Par la mise en place de formations sur le management, des espaces de discussions afin que les cadres de santé, médecins, responsables unités de soins puissent actualiser leurs connaissances et échanger sur leurs pratiques. L'objectif est de créer un environnement magnétique qui allie mobilisation du service, amélioration des relations de travail et performance. De plus, la qualité des relations interprofessionnelles est un vecteur d'attractivité et de fidélisation des salariés.

Certaines de ces pratiques sont déjà mises en œuvre dans des établissements de santé. Cependant elles sont conditionnées par les contextes financiers, réglementaires, organisationnels. Les champs de réflexions instaurés par les hôpitaux magnétiques permettent d'expérimenter de nouvelles pratiques et de développer les relations sociales.

Le magnet hospital et les résultats de sa transposition dans le cadre hospitalier français invitent à actualiser les politiques de GRH pour fonder durablement leur attractivité organisationnelle sur une stratégie globale de fidélisation des professionnels déjà en poste. Le recrutement doit être soigné en mettant en avant la qualification des personnes, en ne pensant pas automatiquement polyvalence, mais plutôt profil d'expertise et gestion qualitative des effectifs et talents.

L'intégration doit être réussie par des actions volontaires d'accompagnement comme le mentorat et l'exercice en doublure professionnelle lors de la prise de poste. La politique de formation doit être sanctuarisée pour reconnaître les efforts de développement professionnel et favoriser les échanges d'expériences et les montées en expertise.

La politique de rémunération doit être incitative en s'appuyant, par exemple, sur l'intéressement collectif de l'équipe, les primes d'implication, les promotions et développement de carrière. Les conditions de travail doivent être bienveillantes pour fournir un cadre physique et matériel sûr et agréable, et des conditions d'emploi ouvertes à la conciliation vie professionnelle/vie privée. En outre, concernant l'ensemble de la chaîne managériale des responsabilités, du top manager au manager de proximité, les résultats empiriques de notre modèle encouragent à adopter la palette des attributs du mode de management aimant, notamment par des pratiques d'encadrement d'équipe, qui reconnaissent l'importance collégiale du collectif de travail et renforcent le sentiment collectif d'efficacité des soins, vecteur de satisfaction et d'implication et au final d'intention de rester. À ce prix organisationnel et managérial, les établissements où il fait bon travailler attireront des professionnels qui auront envie d'y rester durablement. L'attractivité commence par la fidélisation des professionnels en poste, c'est le principal enjeu du *magnet hospital*.

2.6 Synthèse de l'approche théorique

L'évolution des besoins et de l'offre de soins nous amène à nous questionner sur le véritable enjeu que représente une stratégie d'attractivité et de fidélisation des infirmiers au sein des établissements publics de santé. Les dirigeants doivent savoir répondre à cet enjeu essentiel en déclinant des axes stratégiques dans un contexte organisationnel et managérial à réinventer et innover. Il faut que l'attractivité soit telle qu'elle amène les meilleurs talents dans l'établissement pour répondre aux défis sanitaires et sociaux actuels et répondre aux enjeux de transformation de notre système de santé.

Si la fidélisation est un processus dépendant de multiples variables, il repose sur les piliers suivants :

- Le sentiment de satisfaction au travail, influencé entre autres par des aspects liés au travail, comme le sens de la tâche, l'autonomie, le soutien social et la demande psychologique du travail.
- L'engagement organisationnel, qui va dicter les efforts que le personnel soignant, dans notre cas, effectue en faveur de son employeur.

Un plan de fidélisation permet à l'employeur de garder des employés sur le long terme et, à la différence du processus de rétention, a un impact positif sur la performance et la productivité de ses employés.

La rétention du personnel se base surtout sur l'amélioration des conditions extrinsèques du travail, mais pour que le personnel soignant soit fidèle à son institution, il faut tisser et travailler sur un lien affectif entre l'employé et l'employeur. Ce dernier, posant des fondements d'un échange basé sur un sentiment de confiance, de respect et de soutien, stimule un engagement affectif de la part des employés qui adoptent des comportements positifs.

Nous pouvons donc retenir que le management de proximité est une figure clé dans le processus de fidélisation car il initie le sentiment de soutien, d'autonomie et de reconnaissance envers ses collaborateurs. Attirer, retenir et fidéliser les professionnels IDE représente un véritable challenge pour les dirigeants des EPS. Le concept du « magnet hospital » développé dans les pays d'Amérique du Nord pose les préceptes d'un hôpital « exemplaire ». L'accueil, la formation, le développement des compétences, le travail en équipe, le sens du collectif, la mise en œuvre de projets, la reconnaissance des professionnels sont autant de facteurs identifiés qui doivent être défendus comme principes et valeurs de l'établissement pour développer une politique de fidélisation des infirmiers.

3 METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Au regard des expériences vécues, des concepts développés et de notre cheminement, nous confirmons la problématique posée, à savoir : « ***En quoi la fidélisation des infirmiers, au sein des établissements publics de santé, impacte-t-elle la qualité des soins ?*** »

Pour répondre et analyser notre problématique, nous avons établi notre recherche à partir d'hypothèses. « *Une hypothèse est une proposition qui anticipe une relation entre deux termes qui, selon les cas, peuvent être des concepts ou des phénomènes. Elle est donc une proposition provisoire, une présomption, qui demande à être vérifiée. Dès lors, l'hypothèse sera confrontée, dans une étape de la recherche, à des données d'observation* ». ¹⁰⁹

Suite à nos investigations bibliographiques, nous pouvons formuler différentes hypothèses :

-Un environnement de travail favorable augmente l'engagement et la motivation des infirmiers à prodiguer des soins de qualité.

-La coordination interprofessionnelle, en renforçant l'innovation et l'amélioration continue des pratiques de soins, favorise la fidélisation des infirmiers.

-Une supervision et un soutien de l'encadrement favorisent la fidélisation des infirmiers, ce qui contribue à la qualité des soins prodiguée aux patients.

-La fidélisation des infirmiers contribue à développer leur expertise clinique et leur efficacité au travail. L'objectif principal de la recherche est de vérifier les hypothèses émises ci-dessus, en identifiant les différents facteurs qui favorisent la fidélisation des infirmiers et en déterminant le rôle de la fidélisation dans la qualité des soins. Cette étude va permettre d'obtenir des informations sur la réalité du terrain et d'apporter d'éventuelles pistes de réflexion. Nous pourrons ensuite confronter les informations au cadre conceptuel établi. Il s'agit de la méthode hypothético-déductive.

3.1 Le cadre de l'enquête

Nous nous appuyerons sur l'expérience de nos interlocuteurs au travers d'entretiens multiples pour répondre à notre problématique. L'objectif est de rechercher, au travers et à partir de ces échanges professionnels, des éléments concrets susceptibles de guider notre propre cheminement et notre démarche de réflexion.

¹⁰⁹ Quivy R., Campenhoudt LV., *Manuel de recherche en sciences sociales*, 3^e édition, Dunod, 2006, 253 p.

3.1.1 La démarche d'investigation

Nous avons fait le choix d'opter pour l'entretien semi directif. « *Cette méthode consiste (toujours) à converser librement avec le sujet, au lieu de se borner avec le sujet à des questions fixes et standardisées* ».

L'outil d'investigation ou guide d'entretien comporte des questions ouvertes et fermées et permet de laisser une part libre d'expression tout en guidant les échanges vers les thématiques ou question souhaitées, et un questionnement plus affiné. La base d'un guide d'entretien a été réalisé et adapté à chaque catégorie socio-professionnelle afin d'avoir des informations pertinentes, de permettre une analyse approfondie et de définir des préconisations. La technique de la reformulation a été utilisée pour approfondir les propos. L'ensemble des réponses a été anonymisé.

3.1.2 Le choix du terrain d'enquête

Le choix de l'hôpital a été dicté par mon expérience professionnelle, me permettant d'avoir un accès plus aisé aux informations et aux contacts des professionnels de santé. Les professionnels enquêtés exercent tous au sein d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU). Il s'agit d'un hôpital public faisant partie d'un GHT de dix établissements. En 2023, le CHU compte 9 pôles cliniques, 1745 lits et places, 1280 personnels médicaux et pharmaceutiques et 5624 personnels non médicaux dont 1541 ETP IDE. Sur le CHU, le taux d'absentéisme IDE en 2023 est de 8,4% pour un taux en 2022 égal à 10,6%. Le taux de recrutement IDE, lui, est en baisse, passant de 88 en 2022 à 66 en 2023. Le taux de rotation infirmier en 2023 est égal à 4,4%. Nous recensons un taux de départs IDE égal à 108 en 2023 (dont 32 démissions, 47 fins de contrat, 12 mutations et 16 départs à la retraite) contre 154 en 2022 (dont 53 démissions, 58 fins de contrat, 21 mutations et 22 départs à la retraite).

3.1.3 L'échantillonnage

Afin d'avoir plusieurs points de vue et obtenir une vision globale du phénomène de fidélisation, 15 entretiens ont été proposés, dont 12 auprès d'IDE exerçant en EHPAD (dépendant du CHU), en Pédiatrie, en Médecine spécialisée, sur un Pool de secteur et une IDE ayant un projet de mobilité dans les mois à venir. Afin d'enrichir notre étude, nous avons interrogé un DS, un DRH et un CS travaillant également au sein de l'EPS. Les différentes interviews ont été programmées sur 5 semaines afin de respecter le calendrier de ce mémoire.

3.1.4 Les limites de l'enquête

Notre travail d'enquête de terrain a permis de réaliser un état des lieux au sein de l'organisation dans laquelle nous exerçons. Les limites essentielles de cette étude sont liées à la taille restreinte de l'échantillon des personnes interviewées. Une démarche vers d'autres établissements et un plus grand nombre d'entretiens complèteraient la recherche pour approfondir les recommandations. Ce travail reste une première approche qualitative. L'étude élaborée dans le cadre de ce travail professionnel n'a pas de prétention d'être exhaustive. Les données qualitatives, dont les interprétations sont en lien avec les terrains investigués, ne peuvent être généralisées en l'état. Suites aux différents entretiens menés, les propos ont certes été retranscrits dans leur intégralité mais il demeure toutefois une part de subjectivité.

3.1.5 Le niveau d'intérêt pour le sujet

L'objectif de conduire les 15 entretiens envisagés a pu être atteint et chacun s'est déroulé dans des conditions favorables. Les échanges ont permis de confronter nos points de vue et d'aborder des questionnements au bénéfice d'une démarche méthodologique pour une nécessaire mise à distance de nos pratiques pour les faire évoluer et pour dégager des orientations générales. D'un point de vue global, les personnes rencontrées ont manifesté de l'intérêt pour le sujet et se sont montrés enthousiastes à l'idée d'évoquer leur point de vue sur le thème proposé.

3.1.6 Présentation du guide d'entretien IDE (Annexe VIII)

Après avoir brièvement expliqué le contexte de l'étude, il nous a paru intéressant tout d'abord de questionner la personne sur son parcours professionnel, pour la situer et comprendre ses fonctions. Ensuite, le travail d'enquête s'est attaché à recueillir des informations sur les opinions de l'interviewé, prendre en compte ses motivations sur les opinions exprimées et explorer des pistes de travail pour faire émerger des propositions, recommandations ou préconisations.

Plusieurs thèmes ont été abordés au cours de l'entretien :

- La fidélisation des IDE au sein de l'EPS;
- Les conditions de travail et l'environnement professionnel ;
- La qualité des soins prodiguée au patient.

3.2 L'analyse de contenu

Il convient de définir dans un premier temps en quoi consiste l'analyse de contenu, pour ensuite décrire comment celle-ci a été exploitée.

3.2.1 En quoi cela consiste ?

L'analyse de contenu consiste à classer les informations recueillies lors des entretiens de manière quantitative et qualitative. Malheureusement, « l'entretien ne parle pas de lui-même ». L'analyse a pour objectif et finalité de faire ressortir le recueil d'informations au cours des entretiens réalisés auprès des professionnels et de faire émerger les concepts développés dans le cadre théorique. Il faut donc analyser les propos des personnes et détailler le contenu des discours. Pour R. MUCCHIELLI¹¹⁰, « *l'analyse de contenu est une méthode qui vise à dépasser le contenu manifeste explicite et, à atteindre pour ainsi dire, un sens implicite, non immédiatement donné à la lecture.* » Selon l'auteur, certaines conditions doivent être respectées pour parvenir à optimiser l'analyse : l'objectivité, l'exhaustivité, l'exclusivité et la pertinence.

3.2.2 De la théorie à la pratique

Il nous semble important de vous exposer notre méthode de travail qui nous a permis de procéder à l'analyse descriptive et horizontale. Dans un premier temps, nous avons réalisé la retranscription des entretiens réalisés. Puis, nous avons effectué plusieurs lectures pour chaque entretien afin de nous approprier le contenu et dégager les idées principales. Dans un troisième temps, nous avons effectué l'analyse des mots utilisés et ce de manière linéaire. Par la suite, nous avons tenté de regrouper les mots qui traitaient du même thème afin d'émaner les différentes idées émises. Enfin, nous avons effectué une synthèse des notions principales relevées pour chaque thématique abordée.

¹¹⁰ Mucchielli R., *L'analyse de contenu*, Collection Formation Permanente, Librairie Eyrolles, 10ème édition, 1998, 214 p.

4 LES RESULTATS DE NOTRE RECHERCHE

L'objectif de cette étape est la mise en évidence des données, de façon significative, qui nous permettra par la suite de formuler les préconisations. Dans un premier temps, nous identifierons la population d'enquête ainsi que ses caractéristiques pour ensuite développer l'analyse.

4.1 La population d'enquête et les caractéristiques

Tableau : Annexe IX

4.2 L'analyse des entretiens IDE

Nous allons, dans cette partie, vous développer l'analyse des entretiens infirmiers. L'ensemble des données collectées ont été étudié par le biais d'une analyse thématique des entretiens réalisés : la fidélisation, les conditions de travail et l'environnement professionnel ainsi que la qualité des soins. Ces différents thèmes ont tous été abordés dans la revue de littérature faisant objet du premier chapitre de notre mémoire. Malgré les thèmes prédéfinis, j'ai laissé libre cours à une méthode inductive. Si des nouveaux thèmes ressortaient des entretiens au fil des lectures, je les prenais en considération pour mon analyse et surtout pour mes préconisations.

Ce chapitre présente les résultats issus de nos entretiens avec les infirmiers. Chaque thème a été décliné selon différents items, à savoir :

- ✚ La fidélisation des IDE au sein du CHU : Les facteurs contributifs à la fidélisation et les attentes des professionnels, les actions et moyens mis en œuvre pour fidéliser et les leviers d'actions pour favoriser la fidélisation des IDE.
- ✚ Les conditions de travail : La satisfaction au travail, la supervision et le soutien de l'encadrement, la reconnaissance au travail, l'environnement de travail et le sentiment d'appartenance.
- ✚ La qualité des soins : L'approche conceptuelle de la qualité des soins pour les IDE, les déterminants de la qualité des soins et le lien entre les conditions de travail et la qualité des soins.

Nous avons ajouté deux questions pour conclure nos entretiens et ouvrir la discussion sur l'attractivité de l'établissement : une sur l'image employeur et une sur les facteurs contribuant aux départs des IDE de l'établissement et au changement de profession de certains IDE pour un autre métier. L'analyse de ces questions (**Annexe XI**) sera mis en annexe car non explorée au regard de la problématique initiale.

Enfin, afin de confronter les propos des IDE aux dirigeants composant la ligne managériale de l'établissement, nous avons souhaité interrogé un Cadre de Santé, un Directeur de Soins et le Directeur des Ressources Humaines. Une adaptation du guide a été opérée en conservant le même fil conducteur afin de pouvoir croiser les données (**Annexe X**). Nous avons synthétisé les données recueillies (**Annexe XII**), ce qui nous a permis d'enrichir notre étude et notre analyse générale du sujet.

La fidélisation des IDE au sein du CHU

1° Facteurs contributifs à la fidélisation et attentes des professionnels

La fidélisation des infirmiers est un enjeu majeur pour tous les établissements de santé. Selon les infirmiers enquêtés, les principaux facteurs contributifs à la fidélisation cités sont :

➤ **L'accueil et l'intégration** : 10 infirmiers sur 12 évoquent l'importance d'être bien accueillis et intégrés dans l'institution mais surtout dans le service. Les temps de doublure sont également des facteurs prédisposant à la confiance et la sécurité souhaitées par les jeunes professionnels lors d'une prise de poste. Pour 8 d'entre eux, il faudrait augmenter ce temps de doublure afin qu'ils puissent mieux appréhender les connaissances et compétences attendues, indispensables à l'épanouissement au travail.

IDE 1 : «On a une meilleure intégration si le temps de doublure est suffisant, je n'ai eu que 2 jours de doublure en Neurologie et je pense que ce n'était pas suffisant ; le tutorat ne suffit pas surtout pour une IDE qui n'a jamais fait de la neurologie».

IDE 4 : «Il faut aménager l'intégration avec paliers dans la montée en compétences».

IDE 7 : «Il faudrait plus de temps de doublure pour les jeunes recrutés. Il y a beaucoup de connaissances à appréhender et c'est compliqué de tout comprendre au départ sans connaître la spécialité du service, il faut nous mettre en confiance».

IDE 2 : «Il faut permettre aux professionnels de se sentir bien dans leur travail, dans leur service. Prendre en compte l'importance du bien-être au travail, de se sentir en confiance».

IDE 5 : « Mieux on est accueilli et bien formé et plus on est à l'aise par la suite, donc on a plus envie de rester».

➤ **La reconnaissance au travail** : La reconnaissance du projet professionnel de l'agent est essentielle pour compenser la pénibilité du métier et les contraintes personnelles (8/12). Le respect des souhaits d'affectation dans un service doit pouvoir être honoré ou en tout cas entendu pour une projection future (5/12). La reconnaissance du cadre de proximité vis-à-vis de son personnel semble être un déterminant de satisfaction au travail (7/12), à travers un encadrement humain et dynamique, ainsi qu'une gestion RH respectueuse du rythme des soignants, et ce malgré l'absentéisme.

IDE 8 : «Métier prenant, vivant, pas toujours simple dans la vie personnelle avec les contraintes organisationnelles...pénibilité du métier parfois avec une exigence d'investissement majeur, d'où le besoin d'être reconnu et écouté».

IDE 6 : «Importance de respecter le souhait de service, de la discipline souhaitée par l'agent ; écouter les souhaits d'évolution de carrière et accompagner si mobilité souhaitée et enfin mettre en adéquation les RH au regard de l'activité même si absentéisme».

IDE 3 : «Très important dans la fidélisation : la reconnaissance de mon métier et de mon travail par l'encadrement. Les missions IDE doivent se recentrées sur notre cœur de métier et sur l'importance du « travail en binôme».

➤ **Le développement professionnel et la formation continue** : Les opportunités de formation semblent être un élément déterminant de motivation et d'engagement (6/12), donc de fidélisation, du fait du souhait des IDE de pouvoir monter en compétences. Renforcer les financements pour des formations promotionnelles et développer les groupes de travail pluri professionnels en intra service sont également reconnu comme facteurs clés (9/12).

IDE 4 : «Peu d'opportunité de départ en formation à cause des problématiques RH, pourtant cela est essentiel dans notre fonction car cela permet de développer nos compétences et de nous motiver à travailler».

IDE 11 : «Importance de développer les financements de formation promotionnelle (accompagnement DRH par rapport au projet professionnel des IDE) et les staff pluripro car cela nous fait évoluer ».

➤ **L'autonomie et le management participatif** : L'ensemble des IDE interrogés évoquent leurs souhaits d'être accompagnés et encadrés tout en ayant une part d'autonomie, ce qui leur permet de s'investir dans leur fonction et de se sentir acteur au sein de l'organisation (12/12).

IDE 9 : «Je souhaite que l'on puisse être encadré et accompagné dans notre fonction mais avec une part d'autonomie car cela permet de s'investir dans son poste, d'être acteur et participatif».

IDE 10 : «Importance d'une équipe soudée, qui s'entend bien et qui s'entraide en gardant son autonomie, cela donne du sens à notre travail ; on se sent acteur des prises en charge de l'enfant ».

➤ **Les conditions de travail** : 8 IDE sur 12 déclarent que trop de pression, associée à une charge de travail excessive peut conduire les IDE à vouloir partir ou à se mettre en arrêt de travail. De plus, le manque de temps pour réaliser leurs tâches apparaît comme un facteur d'insatisfaction et de démotivation pour les professionnels.

IDE 4 : «Il est essentiel d'avoir une harmonisation de nos pratiques, une philosophie de soins commune et une réflexion autour du travail effectué ; ne pas faire les choses vite et sans réfléchir sinon cela devient sans intérêt et on s'épuise moralement».

IDE 1 : «Notre charge de travail est trop importante parfois et nous manquons de temps pour le relationnel auprès des patients, cela crée de la frustration et de la colère parfois».

IDE 12 : «Importance de prendre son temps pour réaliser un soin et prendre le temps d'analyser nos pratiques dans le service, créer des temps d'échanges sur les pratiques dans l'unité, sinon on se démotive et on se fatigue ».

Comme l'évoque Berthon P. et Al. (2005)¹¹¹, « la fidélisation dépend en général de facteurs organisationnels et individuels. Les employeurs et établissements doivent prendre leurs responsabilités et offrir des conditions favorables ».

- **La rémunération et le statut** : Les primes à l'embauche, récemment déployées par la DRH semble être un facteur d'attractivité pour les jeunes diplômés, mais pour autant le salaire reste insuffisant pour fidéliser sur le long terme (3/12).

IDE 6 : «La fidélisation passe par l'accès à la stagiairisation et à la titularisation rapide».

IDE 5 : «Notre salaire doit être à la hauteur des responsabilités IDE et de nos compétences».

Dans les propos des IDE, nous identifions les 4 domaines de fidélisation cités par Petit R. et Zardet V. (2017, p°37-38)¹¹², notamment renforcer la qualité de vie professionnelle (cité 9/12) par le biais de prestations d'accompagnement ; développer une image valorisante chez les professionnels (développement de la compétence relationnelle) ; prendre en compte les projets personnels et professionnels et enfin installer un management de proximité.

2° Moyens mis en œuvre et leviers d'actions pour fidéliser

Plusieurs pistes d'actions et leviers institutionnels ont pu être soulevé par les IDE enquêtés :

- **Adapter l'organisation de travail** aux besoins des professionnels pour 7 IDE sur 12. Sont cités l'organisation de travail en 12h, l'adaptation du temps de doublure des nouveaux professionnels ainsi que la suppléance renforcée afin de répondre aux besoins d'absentéisme sans rappeler les équipes.

IDE 2 : «Avoir assez de ressources humaines pour assurer nos soins».

IDE 9 : «Avoir une meilleure gestion organisationnelle (RH et matérielle)».

IDE 11 : « Adapter les organisations de travail à nos besoins et aux besoins des patients ».

¹¹¹ Berthon P., Ewing M., Hah L., « Captivating company : Dimensions of attractiveness in employer branding », International Journal of Advertising, 2005, Vol. 24, 151-172.

¹¹² Petit R. et Zardet V., « Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management », Gestion des Ressources Humaines, 2017, n°22, p. 31-54.

- **Respecter l'équilibre « vie personnelle – vie professionnelle »** des IDE, à travers une flexibilité des organisations : mieux prendre en compte les contraintes de vie des IDE pour 9 IDE/12.

IDE 2 : « L'équilibre est respecté lorsque nous avons le planning à l'avance et qu'il ne bouge pas trop ».

IDE 11 : « Il faut que le cadre connaisse les contraintes de vie des professionnels afin d'adapter la gestion du planning au regard. L'encadrement doit penser à nos contraintes personnelles ».

- **Proposer des formations spécifiques** à la fonction IDE pour 7 IDE sur 12 (formations, références dans le service...).

IDE 8 : « Pour l'évolution des compétences, cela doit venir de l'agent, de son envie de se perfectionner, d'évoluer, avec la formation continue, importance de l'accompagnement des parcours professionnels des agents, spécifiquement pour les IDE ».

IDE 3 : « Cela dépend des responsabilités confiées au sein de son service (tutorat, participation aux groupes de travail = reconnaissance et confiance) ».

- **Soutenir le bien-être au travail** à travers la mise en place de « team building », de temps d'analyse de pratiques interprofessionnels, évoqués par 6 IDE sur 12.

IDE 11 : « Il faut créer une dynamique d'équipe car cela produit de l'implication et de la motivation au travail. Plus il y a de l'adhésion et plus il y a de la concertation ».

IDE 6 : « Importance de mettre en place des réunions et groupes de travail en interprofessionnels (médecins et IDE, APS) afin de décloisonner les fonctions ».

IDE 9 : « Il faut créer des temps pour partager les pratiques, les raisonnements : en tant qu'IDE, on a besoin de comprendre pourquoi on fait les choses ».

IDE 2 : Importance de provoquer des temps en équipe type team building afin de créer du lien ».

- **Avoir le soutien de l'encadrement** dans son exercice professionnel quotidien (11/12).

IDE 8 : « Il est indispensable d'avoir de la bienveillance de la part de ses supérieurs hiérarchiques. L'encadrement de proximité doit être plus pérenne ; il doit y avoir des profils plus engagés, qui nous accompagnent sur le long terme. Institutionnellement ce sont les cadres qui nous défendent car elles nous connaissent et voient nos compétences ».

IDE 6 : « Le cadre est une véritable personne ressource pour l'équipe car elle nous soutient et nous accompagne dans notre fonction ».

IDE 2 : « L'humanité de l'encadrement est très important, notamment dans la gestion RH : respect des repos, gestion de l'absentéisme, gestion des compétences. Tout ceci est primordial et indispensable car génère du stress pour les agents (impact sur la vie personnelle) ».

- **Favoriser le travail en équipe et la collaboration** (11/12) en travaillant autour des valeurs communes, telles que l'entraide, le soutien, l'écoute et la communication.

IDE 9 : « On est une équipe soudée et solidaire, et en cas de difficultés on communique beaucoup et on compte les uns sur les autres; dans cette ambiance de travail, on se sent bien et on a envie de rester, on se sent sécurisée. Une équipe en conflit, non soutenante, peut donner envie de partir car tout le monde se désolidarise à cause de la mauvaise ambiance.

IDE 10 : «La fidélisation des IDE peut être renforcée si on se sent soutenu par ses collègues et par l'équipe médicale».

IDE 4 : « L'ambiance et l'esprit d'équipe avec valeurs communes sont essentielles dans le travail d'équipe (entraide, communication, écoute...)».

- **Renforcer l'image positive de l'institution pour développer le sentiment d'appartenance** des professionnels (4/12).

IDE 5 : «Pour fidéliser, il faut renvoyer du positif sur le CHU, montrer qu'on est fier de travailler là».

IDE 8 : «Importance de renforcer l'image positive de l'institution afin d'inciter les autres à venir travailler au CHU».

IDE 1 : «Besoin de développer le sentiment d'appartenance, on n'est pas bon du tout » ; on doit se sentir fier de travailler au CHU».

Tous ces leviers identifiés par les IDE renvoient aux motifs de fidélisation mis en avant par Bertholet J. et Gaudet M. (2018)¹¹³, tels que : un climat de travail agréable, une progression de carrière et un développement des compétences, un sentiment d'appartenance envers l'organisation, une bonne relation avec le supérieur immédiat ainsi que le sentiment de ne pas avoir les ressources requises pour réaliser les tâches demandées. Ces différents leviers sont également cités par Petit et Zardet (2017) : privilégier l'accueil des salariés, favoriser le mentorat, développer la culture d'entreprise, améliorer l'environnement de travail, l'accompagnement en proximité ou développer les compétences par le biais de formations.

En synthèse, la fidélisation des infirmiers repose sur un ensemble de facteurs interconnectés : une bonne intégration, un soutien continu de l'encadrement, des opportunités de développement professionnel, une reconnaissance au travail et un environnement positif avec une cohésion d'équipe sont essentiels pour retenir les professionnels et les fidéliser. Les leviers d'action doivent être adaptés en fonction des besoins spécifiques des infirmiers afin de garantir leur satisfaction et ainsi favoriser leur engagement à long terme. Les actions prédominantes identifiées par les IDE sont l'adaptation de l'organisation de travail et le respect de l'équilibre entre la vie personnelle et la vie professionnelle.

¹¹³ Bertholet J. & Gaudet, M., « Fidélisation ou rétention : pourquoi vos employés restent-ils ? ». *Gestion*, n°43, 2018, p.110-111.

Les conditions de travail :

1° La satisfaction au travail

Selon les IDE enquêtés, la satisfaction au travail peut s'analyser grâce à 4 indicateurs prédominant : le vécu de la fonction, l'évaluation des tâches liées à la fonction, l'accès à la formation et au développement professionnel ainsi que le respect de l'équilibre « vie personnelle-vie professionnelle ».

➤ Vécu de la fonction

* Parmi les éléments positifs en lien avec le vécu de la fonction, nous retrouvons :

-**La richesse relationnelle et le sentiment d'utilité** (5/12) : les infirmiers apprécient les relations humaines enrichissantes et le sentiment d'utilité. Le travail en équipe est valorisé, avec une ambiance bienveillante et un soutien mutuel.

-**La gestion du temps et la priorisation des soins** (8/12) : la possibilité de prendre le temps nécessaire pour bien faire les choses est importante. La priorisation des soins permet de se concentrer sur des aspects relationnels et de développer d'autres compétences.

-**La variété et la complexité des tâches** (5/12) : les soins techniques et relationnels auprès des patients ainsi que la diversité des prises en charge sont des éléments valorisants.

-**L'enrichissement professionnel** (11/12) : l'apprentissage quotidien, le développement de compétences et les interactions pluridisciplinaires sont considérés comme stimulants et enrichissants.

IDE 2 : «*Métier riche, apporte beaucoup sur les relations humaines, sentiment d'utilité, esprit bienveillant, on apprend tous les jours*».

IDE 7 : «*J'aime avoir le temps nécessaire pour exercer sa mission, c'est agréable*».

IDE 11 : «*Ce que je préfère dans mon travail, c'est le relationnel, métier qui conjugue le technique et le relationnel dans le service*».

IDE 3 : «*Equipe importante donc riche de par les échanges entre collaborateurs, cela permet le questionnement et la remise en cause, le développement des compétences*».

IDE 6 : «*On fait quelque chose d'utile pour l'enfant et sa famille, cela donne sens à notre action sinon pas d'intérêt*».

IDE 9 : «*L'ambiance de l'équipe. La dynamique dans la prise en charge du patient, très variée, riche, stimulant*».

IDE 8 : «*La relation de soins avec le patient puis avec la famille + soins techniques + missions administratives, la prise en charge globale du patient*».

IDE 4 : «*Variabilité des disciplines de travail dans le service : riche en apprentissages et donne de la satisfaction au travail*».

*Parmi les éléments négatifs évoqués, nous relevons :

-**Les interruptions de tâches** (10/12) : les infirmiers ressentent une frustration d'être « entre » les aides-soignants et les médecins, avec une impression de ne jamais pouvoir complètement bien faire leur travail en raison de nombreuses interruptions de tâches.

-**Le manque de communication et le cloisonnement dans le circuit de l'information** (6/12) : le manque de dialogue entre les paramédicaux et les médecins ainsi que le cloisonnement des informations est perçu comme néfaste.

-**Les contraintes organisationnelles** (12/12) : les irritants quotidiens tels que la gestion du matériel, la programmation des flux patients ainsi que les tâches administratives répétitives sont sources de stress, de perte de temps et d'énergie.

-**Le manque de soutien et de reconnaissance** (5/12) : Il existe un manque de reconnaissance de l'autonomie et des compétences des infirmiers, notamment par rapport aux compétences d'observations cliniques et au suivi des protocoles.

***IDE 7** : «Je n'ai jamais l'impression de bien faire complètement mon travail car on veut satisfaire les besoins de tout le monde ; on a trop d'interruptions de tâches ; on manque de médecin et ça a une répercussion sur l'IDE, on est le 1^{er} maillon dans la chaîne de soins, on est très exposé aux patients, aux familles, aux collègues, aux médecins...».*

***IDE 1** : «Plusieurs irritants : le manque de dialogue et de communication entre les paramédicaux ou entre les paramédicaux et les médecins ; le manque de transparence, de liens directs ; le cloisonnement qui est néfaste à long terme».*

***IDE 10** : «Les irritants du quotidiens et les organisations annexes : matériel, programmation, pharmacie... = perte de temps, cela met en tension, usant, donne du travail en plus».*

***IDE 5** : «La gestion RH » de manière globale».*

***IDE 6** : «Refaire et défaire » : perte de temps et d'énergie – perte de temps liée à l'organisationnel : on perd du temps précieux auprès du patient».*

***IDE 7** : « Pas de travail en binôme, je me sens isolée parfois dans la prise en charge + manque d'échange en équipe pluri professionnelle et manque de staff pour partager. Manque de stimulation intellectuelle + gestion administrative trop lourde».*

➤ Evaluation des tâches liées à la fonction

-**La variété des tâches** : Pour 4 IDE/12, les tâches sont variées mais souvent répétitives, ce qui peut conduire à un manque de stimulation intellectuelle et à une routine pesante sur le long terme.

***IDE 4** : «Fonction suffisamment variée mais toujours dans les mêmes tâches – Beaucoup de tâches à gérer mais toujours les mêmes, peut-être pour tous les métiers ?».*

***IDE 3** : «Je trouve que l'on ne fait pas assez confiance à l'IDE ; tâches variées mais répétitives».*

***IDE 11** : «Possibilité de développer ses compétences par rapport aux différentes disciplines + investissement dans le tutorat – demande de grandes capacités d'adaptation et cela évite la routine ; cela rend la fonction attrayant».*

-Le défi et le challenge professionnel : certains infirmiers se sentent suffisamment challengés par la diversité des disciplines et des prises en charge (8/12), tandis que d'autres expriment un besoin de missions plus transversales et réclament davantage d'autonomie (4/12).

IDE 3 : « *Se sent challengée dans sa mission car chaque jour est différent. Les grosses prises en charge par rapport à des thérapeutiques spécifiques demandent du raisonnement en équipe, on se questionne, on est amené à faire beaucoup de recherches, ce qui est stimulant au quotidien. On en découvre tous les jours et on apprend professionnellement tous les jours* ».

IDE 1 : « *Pas suffisamment challengé c'est pour ça que je pars. Besoin de me récréer dans d'autres missions, plus transversales pour variées* ».

IDE 11 : « *Nouveau poste, « tout est un défi », il faut savoir partir avant d'en avoir fait le tour pour ne pas être blasé – se sent challengé par rapport à certaines prises en charges complexes car on nous demande de l'autonomie et de l'initiative ; « flatteur » et satisfaisant mais stressant parfois* ».

IDE 7 : « *Pas suffisamment dans le service, nous sommes surtout des exécutantes. Cela manque de réflexion à partager en équipe ; manque de questionnements collectifs sur les prises en charge des enfants* ».

-La confiance et l'autonomie : le manque de confiance des médecins envers les infirmiers est un point de frustration. Les IDE (4/12) réclament plus de protocoles et d'harmonisation des pratiques pour une meilleure autonomie.

IDE 2 : « *Je me trouve autonome au regard des différentes disciplines médicales (psy, med et chir) ; ceci permet de développer mes compétences grâce aux différentes prises en charge* ».

IDE 4 : « *Cela manque d'harmonisation dans nos pratiques, il faudrait plus de protocoles rédigés en équipe afin de rendre plus autonome l'IDE* ».

IDE 1 : « *Au CHU, il faut rentrer dans les clous, faire comme tout le monde et ça manque de franchise pour moi dans la collaboration de travail ; les médecins se plaignent à la cadre mais ne vont pas directement voir les IDE pour en échanger ; n'aide pas à la prise d'i initiative et à l'autonomie de infirmière* ».

➤ **Accès à la formation et au développement professionnel**

-Les opportunités de formation : les opportunités de formation sont perçues comme limitées et souvent décourageantes à obtenir pour 5 IDE/12. L'accès aux formations est difficile en raison des contraintes de ressources humaines (RH).

IDE 3 : « *Pas vraiment d'opportunité, c'est à l'agent de faire la démarche mais très peu d'opportunité d'y accéder. Décourageant parfois. Pas de formation réalisée au CHU sauf celles obligatoires. Peu stimulée sur le plan intellectuel* ».

IDE 5 : « *Pas d'accès à la formation au regard des problématiques RH – pas satisfaisant sur ce plan-là car besoins de développement des connaissances + partage avec d'autres professionnels de soin : manque la nuit ++ / dommage* ».

IDE 11 : «Je peux développer mes connaissances et mes compétences au regard de ma pratique dans le service mais je n'ai pas toujours accès aux formations institutionnelles car contractuelle (pas prioritaire) et en plus les problèmes RH peuvent empêcher les départs en formation».

IDE 8 : «Il faut qu'il y ait des places et que le planning le permette, plus complexe maintenant au regard des difficultés RH, cela demande de l'anticipation de notre encadrement».

IDE 9 : « J'en ai fait beaucoup en début de carrière mais moins maintenant... je participe aux cours dans le service, aux groupes de travail (beaucoup d'apports en interne) et je donne des cours dans les instituts – je ne pense pas à s'inscrire car ne ressent pas le besoin».

-L'accompagnement à la montée en compétences : l'accompagnement est apprécié lorsqu'il existe (5/12), avec des cours médicaux en interne et des échanges de pratiques entre collègues, qui sont considérés comme moteurs. Cependant, le manque de formation continue nuit au développement professionnel (10/12).

IDE 2 : « J'ai eu la chance d'être rapidement financée pour l'entrée en école de puériculture – très rapide ; j'ai conscience de la chance que j'ai eu – a pu bénéficier d'un accompagnement au bon moment pour moi ».

IDE 8 : «Les cadres nous accompagnent dans le plan de formation ; elles nous sollicitent pour développer nos compétences. C'est important car on est en perpétuelle évolution pour ne pas être « arriérés » dans notre mission et fonction : indispensable pour moi au regard de l'évolution des techniques médicales».

IDE 6 : « Développement des compétences possible – J'ai la chance de pouvoir en bénéficier car peu d'absentéisme dans le service – besoin de me former pour rester en adéquation avec ma fonction et l'évolution des techniques + Cours donnés par les médecins de l'unité : très important pour les nouveaux et pour les anciens aussi (intérêt clinique)».

IDE 7 : «Suffisamment accompagné car informé à l'avance par la cadre des disponibilités de formation – permet des perspectives de suppléance RH en cas de départs».

IDE 11 : «Trop de problématiques de RH pour partir en formation sur mon service. En plus étant contractuelle, je ne suis pas prioritaire ».

-Les impacts des ressources humaines sur la formation : les contraintes RH (6/12) et le statut contractuel des infirmiers limitent parfois l'accès aux formations (2/12), ce qui est ressenti comme insatisfaisant par les jeunes IDE.

➤ **Maintien de l'équilibre vie personnelle et vie professionnelle**

-La conciliation « vie personnelle – vie professionnelle » : la conciliation entre la vie professionnelle et personnelle est difficile en raison du manque de personnel dans les services (7/12), des plannings changeants (12/12) et de la charge mentale importante. Les week-ends de travail semblent être un facteur de déséquilibre dans la vie personnelle (8/12).

IDE 3 : «*Complicé car manque de personnel ; je ne vis pas bien mes RTT quand il y a de l'absentéisme car je culpabilise de ne pas pouvoir revenir car je me mets à la place de mes collègues de travail. Difficile à concilier les 2 car toujours sur le qui-vive !*».

IDE 2 : «*Je travaille à 80% mais 1 WE sur 2 donc pas de bénéfice avec mes enfants le WE. C'est un équilibre à trouver mais pas simple (culpabilité parfois)*».

IDE 4 : «*Assez oui* » car stabilité du planning, c'est bien quand on peut avoir le planning 1 mois à l'avance car plus confortable pour le mode de garde des enfants ; j'ai des ressources personnelles qui me permettent de répondre aux contraintes du coup mon équilibre est conservé ».

IDE 9 : «*Je travaille à 100% donc je trouve que je suis très souvent présente au CHU ; je pense que l'on peut s'en lasser à la longue ; l'organisation sera plus complexe lorsque j'aurai des enfants c'est certain*».

IDE 8 : «*La charge mentale est importante à prendre en compte dans le travail du quotidien + les horaires de travail qui peuvent être facilitant ou à l'inverse bloquant en fonction de la vie des professionnels*».

IDE 12 : «*Ca dépend car la répartition du travail entre la semaine et le WE n'est pas très bien équilibrée ; j'aimerais travailler moins de WE pour profiter davantage de la vie personnelle*».

IDE 7 : «*Projet familial quand on devient soignant – le conjoint sait à quoi s'attendre – A besoin d'être soutenu et compris par ses proches pour bien vivre sa fonction et les contraintes associées – équilibre trouvé grâce au temps partiel : idéal*».

Des propositions d'amélioration sont évoquées par 6 IDE sur 12 : ils suggèrent moins de week-ends de travail, une meilleure répartition des jours de repos et une réduction des rappels en cas d'absentéisme pour réduire la charge mentale. De plus, ils proposent une évolution de l'organisation en fonction du schéma familial des agents : trouver un équilibre par rapport aux possibilités RH et faciliter la mobilité interpoles et interservices, en facilitant les démarches pour les professionnels.

Dans l'approche d'Abord De Chatillon E. et Richard (2015)¹¹⁴, les conditions de travail reposent sur quatre dimensions : le sens, le lien, l'activité et le confort au travail. Nous observons, à travers les propos des IDE rencontrés, que la satisfaction au travail est intimement liée à ces quatre composantes.

Les infirmiers expriment une satisfaction au travail liée à la fois à la richesse relationnelle et à la diversité des tâches, mais ils ressentent également des frustrations liées aux problèmes organisationnels, au manque de communication, et aux contraintes RH. L'équilibre entre vie professionnelle et personnelle est un défi constant, et le soutien des cadres de santé est primordial pour maintenir le bien-être des infirmiers.

¹¹⁴ Abord de Chatillon E., Richard D., « Du Sens, du Lien, de l'Activité et du Confort : proposition pour une modélisation des conditions du bien-être au travail par le S.L.A.C. », *Revue Française de Gestion*, 2015, 31 p. Carole DURIGNEUX - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique – 2023-2024

2° La supervision et le soutien de l'encadrement

➤ L'accompagnement de l'encadrement dans le parcours professionnel

-**Les entretiens annuels** : les entretiens annuels sont perçus comme très utiles pour échanger sur les objectifs professionnels et les perspectives d'évolution pour 11 IDE/12. Ils offrent un moment formalisé et surtout privilégié pour discuter des difficultés et des réussites.

-**Les relations informelles** : en plus des entretiens formels, les échanges informels avec les cadres de santé sont très appréciés pour l'intérêt du soutien et de l'écoute (7/12). Il est souhaité et attendu une proximité de l'encadrement pour 10 IDE sur 12.

IDE 2 : «L'entretien annuel est très utile pour échanger sur l'activité IDE mais les temps informels d'échanges avec la cadre sont aussi très importants».

IDE 6 : «La porte est ouverte, c'est rassurant. Cette proximité avec mon encadrement me sécurise. Les temps d'échanges avec ma cadre sont toujours très riches».

IDE 4 : «L'entretien annuel permet de faire le point sur les objectifs de l'année et les perspectives d'évolution : on peut aborder librement n'importe quel élément sur le service, le quotidien de service et le bien-être au travail».

IDE 5 : «Les entretiens annuels, c'est essentiel car ce sont des temps formalisés pour échanger autour des objectifs de travail et du vécu du travail».

IDE 11 : «C'est très important de pouvoir échanger sur comment on est perçut dans le service, comment réajuster ou non ? Aborder les difficultés, les situations complexes».

➤ La relation à la hiérarchie

-**Les relations avec l'encadrement** : la relation avec la hiérarchie est généralement bonne (8/12), basée sur le respect et la confiance. Cependant, la disponibilité des cadres de santé est parfois limitée en raison de la taille des équipes et des nombreuses responsabilités qui leur incombent (5/12).

IDE 5 : «J'ai une bonne relation avec le cadre ; l'encadrement est très présent, en proximité ; cela est très appréciable – même travaillant de nuit, le lien est maintenu».

IDE 7 : «J'ai de bonnes relations mais compliqué parfois car la cadre est peu disponible – on est une grosse équipe donc peu de temps à consacrer en individuel mais elle est une personne ressource tout de même dans l'unité».

IDE 8 : «Je me sens bien accompagner dans mon parcours professionnel et c'est important (ex : IPA)».

IDE 9 : «Je me sens en confiance pour parler, je me sens écouté et je sais que les actions vont être mises en place si besoin de faire évoluer les pratiques – C'est un vrai management de proximité».

-**Le soutien perçu** : le soutien des cadres est ressenti comme important (10/12), motivant et porteur de sens (4/12). Les infirmiers apprécient les efforts de l'encadrement pour améliorer leurs conditions de travail.

IDE 7 : «Le management en proximité me convient bien, avoir de bonnes relations d'écoute et de soutien avec sa cadre, c'est important pour ses conditions de travail».

IDE 2 : « Ma cadre est force de proposition pour le service donc c'est moteur et motivant pour moi, nous communiquons aussi beaucoup par mail, cela facilite les échanges».

IDE 11 : «Les cadres essaient de faire évoluer les choses pour améliorer le quotidien des soignants et des enfants/familles».

IDE 5 : «Je me sens reconnu et soutenu de la part de mon encadrement même si je travaille de nuit – important pour moi ; elle a bien conscience de nos difficultés de nuit».

-La clarté des attentes : les attentes de la fonction sont généralement claires (10/12) mais le turn-over des cadres peut compliquer le suivi des projets et au long terme la fidélisation des agents.

IDE 2 : « Les attendus sont clairs pour moi le plus souvent mais par contre le turn over des cadres est important donc pas simple pour l'accompagnement des agents et le suivi des projets (4 cadres en 5 ans). Par rapport à la fidélisation, pas simple car peut manquer de repère si on ne connaît pas trop son projet professionnel – changement qui perturbe et n'aide pas à trouver sa voix. Perte dans l'individualisation de l'accompagnement des agents ».

IDE 4 : « c'est important pour l'IDE d'avoir des attendus clairs car besoin de soutien et d'encouragement, de sécurité ».

IDE 12 : «Les attendus sont clairs de la part du cadre car les objectifs sont bien identifiés : on réalise un suivi de mes compétences à l'aide d'un livret d'entretien avec des niveaux de compétences attendus sur la mission».

➤ **Accès à l'information**

-Les transmissions des informations et différents canaux de communication : l'information est transmise de manière fluide via des réunions ou flash infos (11/12), des mailings et des tableaux d'affichage ou cahiers de bord. Cependant, la multiplication des supports peut parfois créer de la confusion au sein des équipes (2/12).

IDE 5 : «Nous avons des réunions fréquentes et en plus un classeur qui reprend les infos pour les absentes (très bien). Notre cadre a le souci d'équité et donc transmet correctement les informations à son équipe ».

IDE 1 : «Les informations sont transmises au cours des réunions de service, des flashs infos, par mailing et téléphone ; la communication est fluide au sein de l'unité : c'est rassurant et sécurisant pour l'équipe».

IDE 7 : «Beaucoup de mailing, cela enlève des temps d'échanges humains en direct et je trouve cela dommage » ; le cadre est moins disponible dans le service par rapport à avant ; on a parfois peur de rater des choses, cela peut aussi créer de la confusion».

IDE 8 : «Nombreux moyens de communication sont utilisés : réunions de service régulières (tous les 3 mois) ; cahier de bord dans l'unité ; groupe WhatsApp entre équipe ; tableau d'affichage dans le service ; mailing ; téléphone si urgent».

-**Des propositions d'amélioration** : les infirmiers suggèrent une communication encore plus fluide entre les paramédicaux et les médicaux et des initiatives de « team building » pour renforcer la cohésion d'équipe (4/12).

Le soutien de l'encadrement apparaît comme essentiel pour la qualité de vie au travail des professionnels. L'accompagnement des parcours professionnels des IDE dans un climat de confiance et de bienveillance sont des domaines à optimiser afin de favoriser la fidélisation des infirmiers dans l'établissement.

3° La reconnaissance au travail

➤ La reconnaissance et la valorisation au travail

-**Le sentiment de non reconnaissance** : De nombreux infirmiers ne se sentent pas reconnus ou valorisés dans leur travail (6/12), particulièrement par les médecins et la direction. Les efforts et les compétences spécifiques des infirmiers, comme ceux en puériculture, ne sont pas suffisamment valorisés, notamment dans des missions préventives ou éducatives (2/12). Le manque de reconnaissance sociétale pour les responsabilités et les compétences des infirmiers est notamment souligné. Les infirmiers estiment que l'importance de leur métier n'est pas suffisamment reconnue par la société (6/12).

-**La reconnaissance et la satisfaction personnelle** : Certains infirmiers se sentent valorisés par leurs collègues, leurs encadrants, et surtout par les patients et leurs familles. Les compliments et les retours positifs, bien que souvent implicites et non exprimés clairement, sont perçus comme des signes de reconnaissance (5/12). La reconnaissance et la valorisation aident les infirmiers à rester motivés et à surmonter les conditions de travail difficiles (10/12). Beaucoup expriment que la reconnaissance, même implicite, est essentielle pour leur satisfaction professionnelle.

IDE 1 : «Je ne me sens pas suffisamment reconnu ou valorisé dans son travail au CHU : on n'est jamais mis en valeur, de la part de l'encadrement oui on est reconnu mais pas par les médecins ; personne dit quand tu fais bien ton travail, il n'y a pas de valorisation entre les membres de l'équipe non plus ; moi je le fais car j'aimerais bien qu'on le fasse pour moi».

IDE 2 : «Oui, je me sens valorisée mais je pourrais encore plus l'être par rapport à la spécificité PUER. Le temps passé à réaliser de l'éducation aux familles, à donner des conseils n'est pas valorisé ; il existe un manque de valorisation des missions de prévention des IDE alors que cela évite des ré hospitalisations».

IDE 4 : «Métier où la reconnaissance et la valorisation a de l'importance ; on ne fait pas ce métier sans motivation, par hasard. La reconnaissance aide à tenir et rester dans la profession car aide à surmonter les conditions de travail moins favorables (compense le « moins bien »)».

IDE 6 : «Je me sens reconnu et valorisé, surtout par mes collègues et les cadres mais pas toujours par les médecins, ça dépend et ça demande du temps. Par contre, ne se sent pas reconnu par les directions».

IDE 9 : «Je ne me sens pas reconnu suffisamment dans ma fonction, de manière sociétale par exemple ; pas reconnu par rapport aux responsabilités et aux compétences IDE ; on ne mesure pas l'importance du métier d'infirmier, des soignants de manière générale».

➤ **La reconnaissance des idées novatrices et les projets innovants**

-**La valorisation des projets perçue insuffisante** : les idées novatrices et les projets innovants sont rarement valorisés au niveau du CHU (11/12). Les projets restent souvent « confinés » au service sans communication externe, ce qui limite la reconnaissance du travail des infirmiers. Des exemples spécifiques cités par les IDE, comme des projets sur la nutrition, montrent un manque de visibilité et de valorisation malgré leur importance dans la prise en soins des patients (3/12).

-**Le manque d'encouragement à l'innovation et la recherche** : certains cadres de santé reconnaissent et soutiennent les projets innovants, mais cela dépend fortement de l'écoute et de l'engagement de l'encadrement (3/12). Des initiatives comme la participation aux commissions institutionnelles ou aux groupes de travail pluri professionnels montrent une ouverture à l'innovation, mais ces efforts ne sont pas suffisamment communiqués ou valorisés au-delà du service.

-**Des obstacles à la reconnaissance d'idées innovantes** : les habitudes de travail trop établies et ancrées parfois limitent la reconnaissance des idées novatrices (10/12). Les jeunes professionnels sont encouragés à apporter des idées nouvelles mais il existe une résistance au changement chez certains membres plus anciens de l'équipe (2/12).

IDE 1 : «Les projets sont peu valorisés dans le service sauf par le cadre (projet sur la nutrition) ; pas de communication autour du projet sur le CHU, pas d'article... on ne valorise pas les projets des équipes. A Paris, davantage d'actions de communication sont réalisées sur les projets d'équipes».

IDE 2 : «Trop peu valorisé par rapport à l'investissement en temps et en énergie (exemple des PHRIP). Mais par contre la cadre m'a récemment sollicité par rapport à mon sujet de mémoire PUER sur la distraction avec le projet de mise en place d'outils : valorisant mais dépend probablement de l'écoute de l'encadrement à ce sujet, pas fait partout».

IDE 3 : «Reste dans le service ; pas de communication en externe au service : dommage car le CHU aurait tout intérêt à valoriser les travaux des soignants pour envoyer une image positive».

IDE 7 : «Je participe aux commissions pour cela, pour une ouverture sur l'extérieur et pour la découverte d'idées sur les autres secteurs de soins- importance de décloisonner les choses. On est dans un grand village et chacun fait ce qu'il veut dans sa petite maison, il existe un cloisonnement des fonctionnements».

IDE 11 : «Je sais que certaines IDE et AP du service participent à des projets, protocoles, groupes de travail, cela est reconnu en interne sur ce niveau-là. Les jeunes, on essaie de semer des graines pour que les plus anciennes évoluent dans leur vision. On se questionne beaucoup entre collègues : très riche et intéressant : motivant ; donne du sens à la pratique».

IDE 10 : «Pas vraiment dans le service, pas de recherche particulière ni d'écriture d'articles. L'ETP dans l'unité depuis peu mais pas encore valorisé « dommage » ; pas de rayonnement sur le pôle ou sur le réseau».

➤ La reconnaissance salariale

-L'insatisfaction générale : la majorité des infirmiers estime que leur salaire n'est pas à la hauteur des responsabilités et des compétences requises (12/12), malgré les améliorations apportées par le Ségur de la Santé. Il existe un sentiment d'injustice par rapport aux primes, notamment pour les soins critiques (4/12).

-Des inégalités vis-à-vis des spécialisations : les infirmiers spécialisés, comme les puéricultrices, ressentent une reconnaissance insuffisante par rapport à d'autres spécialisations (IADE, IBODE), malgré leur expertise et leur investissement dans la prévention et l'éducation des patients (2/12).

-Une charge mentale et un investissement sous valorisés : le salaire est perçu comme insuffisant au regard de la charge mentale et de la charge de travail des infirmiers, ce qui diminue leur motivation et leur satisfaction professionnelle (9/12). L'investissement quotidien des infirmiers et la pression vis-à-vis de leurs responsabilités ne sont pas suffisamment compensés financièrement, ce qui contribue à un sentiment général de sous-valorisation.

IDE 6 : «Mon salaire ne correspond pas à mes attentes, on en veut toujours plus ; il ne correspond pas aux responsabilités et au niveau d'études, peu de différence entre salaire AS et IDE contractuelle et ce n'est pas normal».

IDE 11 : «Pas suffisant au regard des responsabilités malgré le « mieux » avec le SEGUR de la santé».

IDE 3 : «Le salaire me convient mais j'éprouve un sentiment d'injustice par rapport aux primes de soins critiques car inéquitable selon le nombre de jours travaillés sur le secteur de soins critiques».

IDE 2 : «Pas à la hauteur des compétences et des responsabilités des IDE, notamment pas par rapport à la spécialisation - une puéricultrice n'est pas reconnue dans la société par rapport aux autres spécialisations (IADE, IBODE...)».

IDE 5 : «Pas suffisant au regard des compétences et responsabilités – on ne fait pas des nuits pour le salaire - injustice vécue par rapport aux primes accordées aux agents fixes ; moi sur le pool, je n’y ai pas accès - il faudrait une prime de pool, ce serait plus correct».

IDE 8 : «Pas forcément car je trouve que les anciens sont lésés par rapport aux nouveaux professionnels : sentiment d’injustice par rapport aux nouvelles revalorisations salariales (pas juste au regard des compétences liées à l’ancienneté) et le travail de nuit n’est pas suffisamment valorisé (salaire, 1 des leviers possible)».

IDE 4 : «Il répond à mes attentes mais il n’est pas suffisant au regard de certains autres métiers qui n’ont pas les mêmes responsabilités et charge mentale que moi – pas suffisamment reconnu à ce titre-là - devrait prendre en compte les contraintes et la pénibilité du poste».

Comme le citent Bertholet J. et Gaudet M. (2018)¹¹⁵, « la fidélisation passe par une mise à disposition des moyens nécessaires à leur exercice professionnel et par une reconnaissance authentique de leur talent, par exemple une forme de coresponsabilité qui les associe dans le destin de l’entreprise ».

La reconnaissance au travail est un facteur clé pour la fidélisation des infirmiers. Le sentiment de non-reconnaissance, que ce soit par les médecins, la direction, ou la société en général, affecte négativement la motivation et la satisfaction des infirmiers. La valorisation des idées novatrices est également insuffisante, ce qui limite l’innovation et l’engagement professionnels. Enfin, la reconnaissance salariale est perçue comme inéquitable et insuffisante par rapport aux responsabilités et à la charge de travail, ce qui renforce le sentiment de sous-valorisation parmi les infirmiers.

4° L’environnement de travail

➤ **Identification des facteurs contributifs à un environnement de travail favorable**

*Les facteurs TEMPS et RH :

-**Manque de personnel** (12/12) : beaucoup d’infirmiers soulignent le manque de moyens humains. Ce manque de personnel affecte la qualité des soins et le temps accordé aux patients, en particulier pour les prises en soins des troubles psychologiques.

-**Temps insuffisant** (10/12): certains infirmiers notent qu'ils n'ont pas assez de temps pour effectuer toutes leurs missions, ce qui les oblige à prioriser les soins techniques au détriment du relationnel, créant des situations de violence et d'agressivité de la part des patients.

¹¹⁵ Bertholet J. & Gaudet, M., « Fidélisation ou rétention : pourquoi vos employés restent-ils ? ». *Gestion*, n°43, 2018, p.110-111.

-Absentéisme et auto remplacement : le recours fréquent à l'auto-remplacement est épuisant pour le personnel. L'absentéisme complique l'organisation, bien que des solutions temporaires comme le recours à des personnels de remplacement (intérim) soient mentionnées (4/12).

IDE 2 : «Pas assez de temps pour assurer toute la prise en charge qui le nécessiterait, par exemple pour la prise en soins des troubles psy. On priorise le technique par rapport au relationnel et c'est dommageable et délétère car pas de temps suffisant accordé aux enfants et du coup on arrive à des situations de violence et d'agressivité (échelle dans l'évolution de la situation, on en arrive à être délétère dans la prise en soin)».

IDE 8 : «Je pense avoir le temps nécessaire pour exercer mon travail de manière générale, sauf sur certains jours plus complexes quand tous les lits sont occupés ; plus difficile quand il manque des RH de fait car on pallie ; quand beaucoup de travail, nous avons moins de disponibilité pour les familles et cela a un impact sur la qualité des soins, heureusement il y a peu d'absentéisme dans l'unité».

IDE 6 : «Pas assez de temps de manière générale car pas de temps pour le relationnel, je fais mes soins techniques mais je me presse ; pas le temps d'échanger avec l'enfant et la famille (frustrant). Pour les RH, c'est mieux qu'avant car l'absentéisme est plutôt bien remplacé».

IDE 10 : «Pour le temps, cela dépend des jours, parfois on se sent dépassé mais pas tout le temps ; il faut prendre du recul mais pas toujours simple ».

*L'attractivité du service :

-Valorisation des missions : la valorisation des tâches et une explication claire des missions augmentent l'attractivité du service (8/12). De plus, les services de soins intensifs, où le ratio soignant-soigné est optimal, sont particulièrement attractifs.

-Équité des secteurs : d'après les IDE, il y a une inégalité entre différents secteurs de soins, certains étant mieux pourvus en personnel que d'autres (4/12).

*La vétusté des locaux et des équipements :

-Problèmes d'infrastructure : les locaux vétustes et le matériel obsolète posent des problèmes quotidiens en rendant le travail plus difficile et énergivore (9/12).

-Pistes d'amélioration évoquée : la rénovation des unités les plus anciennes du CHU pour améliorer l'environnement de travail (4/12).

L'expérience « employé » développée dans notre première partie met en évidence dans sa troisième dimension les conditions d'exercice des professionnels. En effet, sont mis en corrélation différents facteurs influant la qualité de vie au travail, leviers de la fidélisation, tels que le climat de travail, la disponibilité des outils et l'aménagement des lieux de travail.

➤ La gestion du stress et de la pression au travail

-**Les sources de stress** : L'intensité, la complexité du travail ainsi que les relations avec les familles peuvent générer du stress chez les IDE (7/12). De plus, les situations aiguës et les comportements agressifs des patients ou des familles sont des sources majeures de stress pour les équipes (6/12).

IDE 8 : « Mon environnement de travail ce n'est pas source de stress pour moi car motivant ; la pression me donne des ailes ; on est là pour les gens, on est là pour les soigner, je suis positive donc j'avance comme je peux ».

IDE 4 : « Pas ressenti stressant car je ne suis pas une personne stressée de base ; je gère bien mon stress car je priorise et je fais au mieux ; je prends du recul, enfin j'essaie ; cela engendre de la frustration par contre parfois difficile à gérer ».

IDE 8 : « Mon environnement de travail peut être source de stress et de tension en lien avec l'intensité du travail, la complexité du service, la discipline et les thérapeutiques lourdes, par les prises en charge de l'humain (agressivité, incompréhension vis-à-vis des soignants de la part des familles) ».

IDE 7 : « Ca dépend des professionnels qui m'entourent mais pas stressée de manière générale ».

IDE 10 : « Oui parfois je me sens stressée ; par exemple lorsque c'est le bazar, que les choses ne sont pas bien rangées, qu'il faut chercher partout : perte de temps et génère du stress + beaucoup d'interruptions de tâches, stressant car on peut se tromper ».

-**Les stratégies de gestion du stress** : L'entraide et la communication au sein de l'équipe semblent indispensables pour gérer le stress (10/12). Des échanges réguliers et le soutien des collègues sont perçus comme essentiels à la qualité de vie au travail (9/12). De plus, des stratégies personnelles de gestion de stress comme la prise de recul (5/12), les discussions avec des proches (7/12), la pratique du sport aident à gérer ces émotions. Enfin, la présence d'équipes spécialisées en soutien psychologique est citée comme un atout.

IDE 3 : « J'en parle avec les collègues et les proches à l'extérieur – importance de faire le vide et de couper pour se ressourcer – prendre ses jours de repos et en profiter – prendre du recul et déculpabiliser et relativiser par rapport aux situations vécues ».

IDE 2 : « J'en parle avec mes collègues, le cadre ; il est très important de ne jamais se sentir seule, il faut trouver des personnes ressources à l'extérieur ».

IDE 6 : « Je prends du recul, je reste focus sur la prise en soins de l'enfant, sur ma mission principale ; je mets tout en place pour faciliter les prises en charge ; entraide ++ dans le service ; tout le monde se connaît et intervient pour aider son collègue ; l'entraide est fluide ! ».

IDE 4 : « J'en parle aux collègues, aux médecins car je me sens écouté par les équipes – je suis en confiance pour le faire ».

IDE 11 : « Le sport et mes ressources extérieures m'aident beaucoup – être sur le pool aide à ne pas de sentir en difficultés face aux situations difficiles ».

IDE 12 : « Il est très important de passer le relai quand on est en difficulté et on a la chance d'avoir une équipe d'aides-soignantes ressource et compétente dans le service : permet à l'IDE de gérer la situation aigue - importance de l'entraide ».

➤ **Le travail en collaboration**

Les relations entre collègues : La collaboration entre les infirmiers est généralement bonne car caractérisée par une entraide et un partage d'expériences (10/12). Par contre, la collaboration avec les médecins est plus complexe, souvent entravée par une différence de culture de travail et une moindre fluidité dans les échanges (7/12).

Les relations inter services : Il existe un certain cloisonnement entre les services, limitant la communication et la collaboration (4/12). Une meilleure mutualisation des infirmiers entre services pourrait améliorer la gestion de la charge de travail (5/12).

IDE 1 : «*Peu de communication car je suis ancré dans mon service : cloisonnement*».

IDE 2 : «*En général, on règle des problèmes ensemble notamment en cas d'absentéisme inopiné. Entre paramédicaux, on collabore bien, on « débrief » bien, on partage, on communique, on s'entraide. Avec les médecins, c'est à l'IDE d'expliquer la manière de collaborer et de travailler ensemble. Avec les médecins, plus compliqué car pas la même culture du travail en équipe – moins fluide*».

IDE 3 : «*Avec les médecins ça va, mais ils sont parfois tendus (charge de travail très élevée) et la collaboration est parfois moins fluide. On travaille en confiance malgré tout; on arrive à échanger en cas de désaccord, la parole est libre et nous sommes valorisés et reconnus dans notre travail*».

IDE 5 : «*Je partage avec les collègues paramédicaux mais avec les médecins plus compliqué car de nuit la relation est biaisée – spécificité de la nuit – je participe aux cours donnés par les médecins de jour = intéressant car change les liens entre nous*».

IDE 10 : «*L'ancienneté impacte le lien je trouve - entraide très importante dans une équipe, besoin de se faire confiance les uns avec les autres, besoin de s'accompagner les uns des autres*».

IDE 9 : «*Collaboration avec l'équipe paramédicale : point fort de l'équipe. Je n'ai jamais rencontré d'équipe aussi bienveillante qu'en chirurgie, j'ai été bien accueillie, bien intégrée, sans être jugée avec une doubleur suffisant !*».

Nous pouvons faire le parallèle avec l'importance des rites au sein de l'organisation de travail, qui, nous l'avons vu précédemment, permet de créer des liens, de stimuler le sentiment d'appartenance, de communauté et de solidarité. «*Lorsque l'on partage des moments ensemble, c'est une manière de se connecter les uns avec les autres et d'apprendre à connaître les autres (...). Les rites soudent les employés les uns aux autres, au niveau des émotions. Une entreprise, tel l'hôpital, est d'abord et avant tout une communauté de personnes qui collaborent ensemble* »¹¹⁶.

¹¹⁶ carrefourrh@ordrecrha.org

➤ **Leviers d'amélioration en matière d'environnement de travail**

-L'organisation et la régulation du travail au sein des équipes : Une meilleure organisation du travail avec des aides-soignantes plus autonomes pourrait réduire la pression sur les infirmiers (3/12). De plus, limiter les interruptions de tâches et les distractions comme les appels téléphoniques non urgents serait bénéfique aux équipes (11/12).

-L'améliorations logistique : Améliorer les locaux et les équipements, comme le rangement et le stockage des matériels, semble être un facteur de réduction de frustration et de perte de temps (10/12). Par ailleurs, des accès sécurisés dans certains bâtiments permettraient de gagner en efficacité (gain de temps) et en sécurité (3/12).

-La communication et la collaboration : Selon certains IDE, rapprocher les bureaux des soignants et des médecins pourrait faciliter la communication entre équipes (2/12). De plus, augmenter la présence médicale en journée pourrait optimiser les soins et réduire les tensions intra-équipe (4/12).

IDE 1 : «Les AS mettent beaucoup de pression par rapport à la charge de travail car nous devons les aider en plus de nos activités IDE. Ce sont des AS anciennes et ancrées dans leurs habitudes et donc tout refus d'aide est mal jugé comme celle qui ne veut pas aide».

IDE 3 : «Optimiser l'organisation de travail de manière globale ; pas mal d'interruptions de tâches (téléphones, humains...) : important de savoir dire que l'on ne doit pas être dérangé (sécurité des soins en jeu)».

IDE 7 : «On est là pour le patient et on ne devrait pas être dérangé par d'autres choses - mais touche au privé (téléphone) donc l'hôpital n'y va pas. L'accès sécurisé sur certains bâtiments est complexe pour les professionnels car fait perdre du temps».

IDE 11 : «Optimiser le rangement, le stockage des matériels, l'amélioration de la logistique aiderait et surtout diminuerait les interruptions de tâches».

IDE 2 : «Agrandir les locaux pour optimiser l'accueil, augmenter la RH pour optimiser la prise en charge de l'enfant et faire des formations spécifiques pour le poste d'accueil (IOA) en pédiatrie car c'est un poste très stressant».

Suite à ces constats, nous pouvons en déduire que l'environnement de travail participe activement au bien-être et à la sécurisation des professionnels dans leurs pratiques quotidiennes. Le manque de personnel, les interruptions de tâches et le défaut de collaboration en lien avec le cloisonnement des organisations de travail semblent être des freins à la QVT et à la qualité des soins prodiguée aux patients.

➤ Sentiment d'appartenance

Sont distingués le sentiment d'appartenance au CHU et celui au service d'exercice :

-Au CHU : Les infirmiers se sentent souvent « déconnectés » de l'institution, en raison d'un sentiment de manque d'écoute et de reconnaissance de la part de celle-ci (9/12). Malgré ce sentiment, il existe une loyauté envers les valeurs de soins du CHU, même si les opportunités d'évolution sont perçues comme limitées (7/12).

-Au service : Les infirmiers expriment un fort sentiment d'appartenance à leur service, basé sur des valeurs humaines communes et un esprit d'équipe solide (11/12). Ce sentiment est perçu comme indispensable pour la motivation et l'engagement des IDE, renforçant la fidélisation au sein du service (11/12).

IDE 4 : *«Au CHU, on se sent appartenir à l'institution mais pour autant on n'est pas écouté ni reconnu ; on n'est pas assez accompagné dans notre projet professionnel - besoin d'ouverture et d'évolution ; pas d'opportunité d'évoluer à ce jour au sein de l'institution».*

IDE 5 : *«Au CHU oui, de manière générale, car je suis attachée à l'institution et aux valeurs de soins (égalité, soins pour tous) ; j'éprouve de la loyauté envers mon employeur».*

IDE 8 : *«Je me sens surtout attachée à mon service et appartenir au service par rapport aux valeurs humaines, de soins défendues dans l'unité, pas vraiment à l'institution».*

IDE 10 : *«Je suis fière de faire un métier d'entraide et fière de l'exercer dans ce service, c'est valorisant ; je ne me verrais pas travailler ailleurs qu'au CHU car je me sens bien et ce n'est pas mieux ailleurs».*

IDE 9 : *«Je me sens appartenir au service et au pôle mais pas totalement à l'institution en lien avec le manque de reconnaissance et de soutien».*

IDE 3 : *«Le sentiment d'appartenance est très important pour avoir une fierté d'être un salarié de l'entreprise (développe la marque employeur) et favorise l'engagement et la motivation».*

IDE 11 : *«Je me sens appartenir à l'institution mais le plus important pour moi est mon sentiment d'appartenance à mon service car on est une vraie famille, avec nos forces et nos faiblesses».*

Comme l'aborde Meyer JP. Et Allen NJ. (1997), « le soutien organisationnel réfère à la perception qu'entretient un individu quant à l'appui que lui attribue l'organisation qui l'emploie »¹¹⁷. Ils mentionnent que « les actions entreprises par l'organisation favorisant le soutien, sont perçues par les employés comme un sentiment d'importance qui leur est accordé. L'employé détermine sa valeur aux yeux de l'organisation de par la perception du soutien organisationnel qu'il reçoit ¹¹⁸ ».

¹¹⁷ Allen N., Meyer J., « The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization », *Journal of Occupational Psychology*, 1997, n° 63, p. 1-18.

¹¹⁸ Ibid

A travers ces propos, nous percevons bien l'importance pour les IDE de se sentir soutenu et accompagné par leur équipe dans leur exercice professionnel. La motivation et l'engagement sont les conséquences d'un management de proximité, d'une cohésion d'équipe positive et d'un accompagnement institutionnel favorisé par une marque employeur forte.

La qualité des soins :

1° L'approche conceptuelle de la qualité des soins pour les IDE

➤ La « qualité des soins » se définit à travers différentes composantes :

-**L'humanisation dans les soins** : les infirmiers associent la qualité des soins à la possibilité de prendre le temps de discuter avec les patients, sans pression, pour mieux comprendre leurs besoins et fournir des soins personnalisés (6/12). Ils soulignent l'importance de la relation soignant-soigné et la nécessité de consacrer davantage de temps au relationnel (10/12).

-**La diminution de la charge de travail et des interruptions de tâches** : les interruptions fréquentes et la surcharge de travail nuisent à la sécurité des soins (9/12), obligeant parfois les infirmiers à des solutions organisationnelles parallèles pour pallier aux manques de ressources, ce qui peut être dangereux pour les patients.

-**Le respect des protocoles et procédures** : une qualité de soins optimale implique de suivre les procédures et protocoles pour offrir les meilleurs soins aux patients, en s'appuyant sur des compétences accrues pour améliorer la performance (5/12).

-**La disponibilité des soignants** : la qualité des soins signifie « pouvoir être disponible physiquement et psychologiquement pour les patients, garantissant ainsi une attention et un soin approprié » (8/12).

La qualité des soins est perçue comme multidimensionnelle, intégrant à la fois les compétences techniques et les réponses aux besoins des patients. La gestion de la douleur, la satisfaction des patients et le respect des mesures d'hygiène (4/12) en sont des exemples. Le retour de la satisfaction des patients et des collègues de travail est également essentiel pour maintenir et évaluer la qualité des soins prodiguée. La qualité est particulièrement liée au facteur relationnel et au temps passé auprès du patient.

« Définition de la qualité des soins » :

IDE 1 : «Prendre le temps de discuter avec le patient, ne pas avoir de pression dans sa journée de travail, comprendre ce que l'on fait».

IDE 6 : «Compétences au bénéfice de la performance».

IDE 12 : «Avoir le temps d'être auprès du patient et de pouvoir faire les choses correctement ; se sentir disponible physiquement et psychiquement pour lui».

IDE 2 : «Prendre en compte les besoins et le rythme de vie de l'enfant et de l'ado. Il faut personnaliser le soin au maximum».

IDE 7 : «Multidimensionnelle : prendre en compte les marqueurs de qualité : la douleur du patient, la satisfaction du patient, le respect des mesures d'hygiène...».

IDE 5 : «Travailler avec qualité, c'est respecter l'alliance thérapeutique entre le patient et l'équipe».

IDE 10 : «Effectuer mes tâches paramédicale en gardant toujours à l'esprit le confort et le bien-être du patient».

IDE 3 : «Avoir du temps pour les patients ; avoir du matériel pour faire les soins ; ne pas courir après tout ; travailler en équipe. Il faut assez de ressources RH pour répondre aux besoins des familles car importance de les guider et de les accompagner».

IDE 2 : «Avoir le temps de préparer le soin, de le réaliser dans des conditions favorables. La notion du temps accordé au soin est très important car le temps est un facteur de qualité ; importance de la préparation du soin avec anticipation ; importance de conjuguer la temporalité avec les contraintes organisationnelle du service, les contraintes médicales : toujours s'adapter à la situation et avoir le matériel adéquat pour travailler».

IDE 8 : «Je n'ai pas l'impression de faire de la qualité car on travaille parfois à la chaîne, trop rapidement ; on manque de lits, on manque de personnel et tout ceci engendre un travail à la chaîne, non qualitatif».

Nous observons que la perception des IDE concernant la qualité des soins reprend certains éléments cités par Donabedian A.¹¹⁹, à savoir que « les soins de haute qualité sont des soins visant à maximiser le bien être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfiques/risques à chaque étape du processus de soins ».

2° Les déterminants de la qualité des soins

➤ Le temps et les ressources (renvoie à la notion de charge de travail)

-Temps de soins : les infirmiers insistent sur l'importance de disposer de temps suffisant pour préparer et réaliser les soins dans des conditions optimales (10/12). La préparation rigoureuse et l'anticipation sont perçues comme des facteurs essentiels pour assurer des soins de qualité.

¹¹⁹Hurlimann C., « Approche conceptuelle de la qualité des soins », *asdp*, 2001, n°35, p.23-28.

-Ressources humaines et matérielles : disposer de ressources humaines adéquates et du matériel nécessaire est indispensable pour prodiguer et garantir des soins de qualité (12/12). Un environnement de travail favorable et une bonne ambiance entre collaborateurs sont également des facteurs déterminants de qualité (9/12).

« Sentiment individuel de faire de la qualité » :

IDE 8 : «Dépend des fois, en lien avec l'organisation du service et la vision du travail de chacun – accompagnement au changement pas simple – organisation ancrée parfois dans ses habitudes et manque de recul, de regard extérieur».

IDE 4 : «Oui j'ai assez de temps de manière générale pour faire de la qualité».

IDE 6 : «Oui, je fais tout pour ; c'est mon objectif de chaque journée ; inconsciemment !».

IDE 2 : «Oui, j'ai ce sentiment-là, de manière générale, j'ai le temps pour faire mon travail correctement».

IDE 11 : «Oui j'ai le sentiment de faire de la qualité et de tout mettre en œuvre pour, de manière collégiale, avec mon équipe».

➤ **La formation et les compétences professionnelles**

-La formation continue et le raisonnement clinique des professionnels : la formation continue est perçue comme essentielle pour maintenir un haut niveau de compétence et garantir des soins qualitatifs adaptés (11/12). De plus, un bon raisonnement clinique et la capacité d'expliquer les soins aux patients et à leurs familles renforcent la qualité et la sécurité des soins (4/12).

➤ **Le travail d'équipe**

-La cohésion d'équipe : une bonne cohésion d'équipe, des objectifs clairs, et une harmonie dans la philosophie de soins sont essentiels pour exercer les missions correctement (11/12). Pour 5 IDE, la communication transversale et l'écoute au sein de l'équipe sont des facteurs qui optimisent la qualité des soins.

-La collaboration interprofessionnelle et le soutien de l'encadrement : la collaboration avec les médecins et le soutien du cadre de santé sont des facteurs déterminants (9/12). Le travail en équipe multidisciplinaire et la réflexion collective autour des soins permettent une meilleure prise en charge des patients (10/12) et une cohérence thérapeutique.

« Les déterminants de la qualité selon les IDE » :

IDE 12 : «Plus de temps pour faire les choses et un bon environnement de travail ; plus de confiance accordée et une meilleure collaboration en équipe».

IDE 10 : «Plus de formations pour avoir un meilleur raisonnement clinique ; plus de concertation entre IDE et médecins pour une meilleure cohésion d'équipe».

IDE 1 : «Plus de temps d'échanges informels dans l'équipe ; manque de staff où l'on échange autour des situations. Les équipes donnent leurs avis mais ne proposent pas de solution».

IDE 3 : «Quand le soin est prescrit et on sait pourquoi on fait le soin – importance du raisonnement clinique car on saura expliquer le soin et faire adhérer le parent et l'enfant aux soins ; le respect de l'hygiène et de l'aseptie, des soins réalisés dans les règles de l'art».

IDE 7 : «Etre en nombre et avoir le matériel nécessaire ; travailler dans une bonne ambiance de travail avec ses collaborateurs».

IDE 3 : «La communication, l'écoute, la compréhension, la tolérance de l'équipe, la confiance, la réactivité par rapport aux prises en charge, au questionnement à avoir dans sa pratique, à ses besoins et la disponibilité».

IDE 4 : «Le soutien du cadre, du temps pour faire sa mission, le travail en collaboration, des réflexions collectives autour de la clinique (groupe de travail pluri professionnel), une implication des parents dans les soins (acteurs à part entière) => importance de l'alliance thérapeutique».

IDE 6 : «Le travail en collaboration dans l'équipe, la bienveillance en tant que professionnel de soins, l'expérience professionnelle (meilleure professionnelle car davantage de compétences, meilleure anticipation dans les prises en soins), la connaissances des professionnels au sein du service, la prise en compte les besoins de l'enfant».

Ces différents constats confirment la théorie de Donabedian A.¹²⁰ selon lesquels la qualité de soins repose sur quatre dimensions : « les soins fournis par les médecins ou par les autres producteurs de soins (la qualité de ces soins dépend d'une part des caractéristiques techniques et d'autre part des caractéristiques relationnelles des soignants), les installations et équipements, les soins mis en œuvre par le patient (la manière dont le patient et son entourage contribuent aux soins ; les soins prodigués sont sous la responsabilité partagée des médecins et des patients. La compliance du patient au processus de soins est fondamentale pour la réussite du traitement ainsi que les soins reçus par la communauté (à l'échelle de la communauté, la qualité des soins dépend de nombreux facteurs que les producteurs de soins ne peuvent eux-mêmes pas tous contrôler) ».

La qualité est donc multidimensionnelle.

3° Le lien entre les conditions de travail et la qualité des soins

➤ **La pression et la charge mentale**

L'impact de la charge de travail sur la qualité : les conditions de travail, comme la charge de travail élevée et la pression (11/12) entraînent souvent une précipitation dans les soins. Cela peut nuire à la préparation et à la réalisation des soins, impactant négativement la qualité des soins et la satisfaction des soignants.

¹²⁰Hurlimann C., « Approche conceptuelle de la qualité des soins », *asdp*, 2001, n°35, p.23-28.

➤ **L'organisation et l'ambiance de travail**

Une organisation de service inadéquate et le manque de ressources humaines peuvent impacter la prise en charge qualitative des patients. Un défaut d'organisation peut engendrer un sentiment de travail à la chaîne et une mauvaise qualité des soins (6/12). Nous notons par ailleurs qu'une ambiance de travail positive et une bonne collaboration au sein de l'équipe influencent directement la qualité des soins (12/12). Enfin, le soutien entre collègues et la gestion appropriée de l'absentéisme ont un impact majeur sur la qualité de prestations.

➤ **L'impact des conditions de travail sur la qualité des soins**

Les infirmiers soulignent que les conditions de travail influencent directement la qualité des soins, affectant leur organisation, leur patience, et leur capacité à fournir des soins attentifs et personnalisés (8/12). Une charge de travail trop élevée et un environnement de travail stressant peuvent diminuer la qualité des soins et augmenter la fatigue et la démotivation des soignants.

« Influence des conditions de travail sur la qualité des soins » :

IDE 2 : «Oui car on ne prend pas le temps de la préparation du soin ; on travaille dans la précipitation ; « horrible » mais on s'en rend compte après... On oublie de se présenter, d'expliquer le soin... d'expliquer l'intérêt du soin. Sentiment de mauvais travail ; pas qualitatif : je me sens conditionnée et ce n'est pas très agréable».

IDE 7 : «Oui car le temps influe ++ le soin ainsi que l'environnement de travail (pression, collaboration...)».

IDE 4 : «Oui clairement car si pas bonnes conditions de travail, pas de qualité possible car pas de motivation, d'envie de bien faire, de s'engager, de collaborer, d'apprendre...».

IDE 6 : «Oui, impact majeur sur l'atmosphère de travail, l'environnement et le patient».

IDE 9 : «Oui, forcément – se répercute sur notre façon de travailler, notre organisation, notre patience aussi + gestion de l'absentéisme avec retours imposés sur des jours de repos : pas de motivation donc impact sur la qualité de prise en soins + fatigue».

En synthèse, nous constatons que les infirmiers perçoivent la qualité des soins comme étant fortement dépendante de la disponibilité de temps et de ressources (humaines et matérielles), de l'accompagnement dans la formation continue, de la cohésion et de la collaboration au sein de l'équipe ainsi que des conditions de travail globales. Nous pouvons donc identifier deux approches pour renforcer la fidélisation et améliorer la qualité des soins : renforcer la formation continue et le développement professionnel des IDE en offrant des opportunités de développement de carrière, puis améliorer les conditions de travail et l'environnement professionnel en garantissant un environnement de travail positif et un soutien psychologique de l'encadrement et des collaborateurs.

4.3 Synthèse de l'analyse et vérification des hypothèses

Après avoir détaillé notre méthodologie de recherche et exposé notre analyse suite aux entretiens menés, nous allons maintenant chercher à interpréter ces résultats et vérifier si nos hypothèses sont validées. Au début de notre travail, nous cherchions à répondre à la problématique suivante : « **En quoi la fidélisation des infirmiers, au sein des établissements publics de santé impacte-t-elle la qualité des soins ?** »

Grâce à la confrontation de nos lectures et de notre étude empirique, nous pouvons répondre à la problématique posée initialement en affirmant que la fidélisation des infirmiers impacte positivement la qualité de soins prodiguée aux patients.

Vérification des hypothèses

***Hypothèse 1 : Un environnement de travail favorable augmente l'engagement et la motivation des infirmiers à prodiguer des soins de qualité.**

Cette première hypothèse est validée car les propos recueillis auprès des IDE vont dans ce sens. En effet, nous notons, au travers des entretiens, que des conditions de travail favorables réduisent l'insatisfaction, le stress et l'épuisement professionnel, ce qui permet aux infirmiers de s'impliquer et de s'engager dans la prise en soins des patients et de fournir des soins de meilleure qualité. La motivation et l'engagement des infirmiers se traduisent par une attention accrue aux besoins des patients, une meilleure gestion des situations complexes et une approche plus humaine des soins.

Nous observons qu'un environnement de travail positif soutient le bien-être des infirmiers en augmentant leur engagement et leur motivation. Il participe activement à la sécurisation des professionnels dans leur exercice quotidien contribuant ainsi à l'amélioration continue des pratiques de soins.

En parallèle, le manque de personnel, les interruptions de tâches et le défaut de collaboration en lien avec le cloisonnement des organisations de travail sont identifiés comme des freins à la QVT et à la qualité des soins prodiguée aux patients.

***Hypothèse 2 : La coordination interprofessionnelle, en renforçant l'innovation et l'amélioration continue des pratiques de soins, favorise la fidélisation des infirmiers.**

Cette seconde hypothèse est en partie validée. En effet, tous les IDE mettent en avant l'importance de la collaboration interprofessionnelle dans le processus de fidélisation.

Cette collaboration représente un outil efficace pour travailler ensemble sur des sujets complexes tout en permettant de partager les rôles et responsabilités de chacun. Cela engendre des effets positifs à la fois sur la qualité des soins et sur la qualité de vie au travail.

Toutefois, cette collaboration n'est pas de fait. Elle doit en partie se créer par les acteurs eux-mêmes et leur capacité à saisir les opportunités de collaboration positive. Une équipe coordonnée facilite la communication et le travail de collaboration au bénéfice du patient, ce qui contribue grandement au plaisir au travail et de ce fait à la fidélisation.

Hypothèse 3 : Une supervision et un soutien de l'encadrement favorisent la fidélisation des infirmiers, ce qui contribue à la qualité des soins prodiguée aux patients.

Cette troisième hypothèse est également validée. En effet, la supervision et le soutien du supérieur hiérarchique inclut plusieurs aspects clés, tels que le soutien professionnel, la reconnaissance du travail, la communication efficace et l'encouragement au développement professionnel. Cette supervision peut ainsi créer un environnement de travail positif et engageant, ce qui renforce la satisfaction et la fidélisation des infirmiers. Lorsque les infirmiers se sentent soutenus et valorisés, ils sont plus motivés et impliqués dans leur travail, ce qui se traduit par des soins de meilleure qualité pour les patients. Les infirmiers qui reçoivent un soutien adéquat de la part de leurs supérieurs sont plus susceptibles de se sentir valorisés et compris. Le soutien professionnel peut inclure l'aide à la gestion du stress, l'apport de ressources nécessaires et la facilitation de la résolution de problèmes. Par ailleurs, une reconnaissance régulière et la valorisation des efforts et des accomplissements des infirmiers augmentent leur satisfaction au travail. Les IDE sont plus engagés et fidèles à l'établissement lorsqu'ils ressentent que leur travail est apprécié et reconnu par leur supérieur. De plus, une communication ouverte et transparente entre le cadre et l'infirmier favorise un environnement de travail collaboratif et réduit les malentendus. Les infirmiers sont donc plus enclins à rester dans un établissement où ils se sentent écoutés et informés sur les décisions qui les concernent. Enfin, encourager et soutenir le développement professionnel des infirmiers renforce leur engagement et leur fidélisation. Les opportunités de formation continue, de mentorat et d'avancement de carrière motivent les infirmiers à rester dans l'établissement et à développer leurs compétences. Nous pouvons observer que la fidélisation des infirmiers assure une continuité des soins et une expertise accrue, ce qui améliore la qualité des soins. Des infirmiers expérimentés et fidèles connaissent bien les protocoles, les patients et les dynamiques de l'équipe, ce qui réduit les erreurs et améliore la qualité.

En investissant dans des pratiques de supervision efficaces, les EPS peuvent créer un environnement de travail positif et engageant pour les infirmiers, contribuant ainsi à des soins plus sûrs, plus cohérents et de meilleure qualité.

Hypothèse 4 : La fidélisation des IDE contribue à développer leur expertise clinique et leur efficacité au travail.

Notre quatrième hypothèse est également validée dans le sens où les infirmiers qui restent longtemps dans un même établissement (où même service) acquièrent une expérience approfondie, développent des compétences spécifiques et une expertise clinique, augmentant ainsi leur efficacité et la qualité des soins qu'ils prodiguent. Cette expertise clinique permet des prises en charge plus rapides et plus précises, notamment dans les situations d'urgence. Par ailleurs, les infirmiers fidèles sont plus susceptibles de proposer des initiatives d'amélioration continue et d'innovation au sein du service. Leur connaissance approfondie de l'organisation leur permet de proposer des solutions innovantes pour améliorer la qualité des soins. Enfin, une équipe infirmière stable et fidèle contribue à instaurer et maintenir une culture de qualité et de sécurité des soins. Ils servent de modèles pour les nouveaux arrivants en leur transmettant des valeurs de rigueur et d'excellence.

L'étude de terrain nous a permis de faire les liens avec la revue de littérature et de confronter nos idées par rapport aux hypothèses de départ. Au regard de notre cheminement, nous avons pu mettre en évidence et découvrir d'autres leviers d'actions, contributeurs d'une fidélisation. L'accompagnement des parcours professionnels (développement des programmes de formations et accompagnement des projets innovants), le développement d'une politique d'accueil et l'intégration et le management de proximité du cadre de santé semblent être eux aussi des facteurs favorables prépondérants à la fidélisation des IDE en EPS.

5 DISCUSSION ET PRECONISATIONS

Notre questionnement initial était d'identifier les facteurs contribuant à la fidélisation des infirmiers au sein d'un EPS. Ainsi, nous avons pu identifier au travers de la recherche conceptuelle et de l'analyse des entretiens, les principaux facteurs de réussite contribuant à la fidélisation mais également les indicateurs défavorables (**Annexe XIII**)¹²¹. Bien que l'échantillon ne puisse pas être considéré comme représentatif de tous les infirmiers hospitaliers, les données collectées lors des entretiens nous permettent d'analyser la situation et de proposer quelques pistes de développement.

Nous avons vu que la fidélisation des infirmiers dépend de multiples variables et inclut différents acteurs. Comme nous avons pu le voir au cours de nos lectures et entretiens, les IDE se montrent loyaux lorsqu'ils se sentent investis et impliqués dans l'institution pour laquelle ils exercent. Pour se sentir fiers et engagés, ils ont besoin d'être satisfaits de leur travail et des conditions dans lesquelles il l'exécute. Il semble essentiel que les infirmiers aient l'opportunité de se former, de développer leurs compétences et d'évoluer au sein de l'institution. L'engagement au travail implique l'existence d'un lien ressenti par l'employé envers son institution. Et celui-ci aura des répercussions en termes de comportements et d'attitudes au travail. Les IDE interrogés se sentent davantage liés à leur équipe et à leur unité de soins, ce qui est positif étant donné que la qualité de la relation avec les collègues a un impact positif sur la performance et la conduite de la personne.

Cette troisième partie aborde les préconisations et les perspectives d'actions que le management d'un EPS peut identifier et mettre en œuvre. Les préconisations que nous allons développer s'appuient d'une part sur les éléments conceptuels et, d'autre part, sur les résultats recueillis lors des différents entretiens menés et de l'expérience partagée sur notre lieu d'exercice. Elles se déclinent en différents axes, institutionnels, collectifs et individuels. Nous aurions pu évoquer nombre de recommandations au regard de notre analyse d'étude mais nous avons fait le choix d'en retenir cinq, que nous avons priorisées au regard de leur place prépondérante dans la fidélisation des IDE au sein de l'EPS. Nous avons ainsi choisis de développer :

*Au niveau institutionnel : La politique d'accueil et d'intégration et le management par la Qualité de Vie au Travail ;

*Au niveau collectif : Le travail en équipe et la coopération interprofessionnelle ainsi que l'« empowerment » structurel au bénéfice des professionnels IDE.

¹²¹ Annexe XIII : Matrice SWOT

*Au niveau individuel : L'accompagnement de la trajectoire professionnelle de l'individu et de son parcours professionnel.

5.1 Préconisations au niveau institutionnel

Plusieurs leviers existent au niveau institutionnel pour renforcer les stratégies de fidélisation. Parmi ces approches figurent la valorisation d'une politique d'accueil et d'intégration et le management par la qualité de vie au travail.

5.1.1 Développer une politique d'accueil et d'intégration des IDE

Nous avons été interpellés par certains propos décrits par les infirmiers lors de nos entretiens. En effet, la qualité de l'accueil et de l'intégration participe activement à la qualité de vie au travail. Différentes études mettent en évidence la pertinence des stratégies de fidélisation axées sur l'accueil et l'intégration des nouveaux infirmiers au sein des institutions hospitalières. En effet, l'accueil et l'intégration du nouvel engagé se trouve être un moment clef de la fidélisation de l'infirmier durant lequel ce dernier aura l'occasion de s'imprégner de la toute culture organisationnelle de sa nouvelle institution mais surtout de juger de l'adéquation de ses attentes quant à une organisation et l'impression qu'il aura de cette dernière. (Chaminade B., 2006)¹²². Un mauvais « onboarding » est particulièrement susceptible de pousser un infirmier à quitter son lieu de travail peu de temps même après son engagement, il est donc particulièrement important d'y faire attention et d'investir dans des pratiques managériales en faveur d'un accueil et d'une intégration réussis.

L'accueil se définit comme la manière d'accueillir l'agent lors de son arrivée, pour sa prise de poste. Privilégier un accueil de qualité permet au nouvel arrivant d'être plus serein et de se sentir attendu, écouté et sécurisé. L'intégration, elle, concerne davantage la prise de poste de travail avec le périmètre d'activités à formaliser. Le professionnel, une fois accueilli et intégré, peut alors développer un sentiment d'appartenance à un groupe, à un collectif de travail.

Pour réussir une politique d'intégration, il s'agit de combiner différents facteurs et d'établir une véritable stratégie dynamique qui permette d'apporter un accompagnement spécifique et personnalisé à l'agent. Être attentif aux souhaits de l'agent lors du recrutement et de son intégration permet de répondre à ses attentes et de tenir compte de son projet professionnel.

Il faut que l'agent puisse se sentir accueilli et qu'il cerne toutes les dimensions de ses nouvelles fonctions. Une politique d'accueil et d'intégration claire, affichée et appliquée semblent indispensables pour retenir le professionnel.

¹²² Chaminade B., *Attirer et fidéliser les bonnes compétences*, éditions AFNOR, 2006, 337 p.

Nous pouvons relever l'importance d'une politique d'intégration qui rassemble des périodes de tutorat et d'évaluation et permette ainsi la progression du nouvel arrivé.

L'accompagnement par le cadre de santé à la prise de poste dans des conditions favorables permet de créer un climat propice à l'acquisition et au développement des compétences. L'approche managériale et la posture du manager de par son leadership occupe une place essentielle pour retenir et fidéliser les professionnels.

Objectifs institutionnels	Actions à mener
<ul style="list-style-type: none"> -Formaliser une politique d'accueil et d'intégration -Identifier des personnes ressources pour la présentation du pôle, du service et des spécificités d'activités -Formaliser le tutorat auprès du jeune recruté -Créer un parcours d'intégration cohérent et personnalisé au regard des besoins du professionnel -Expliquer les missions et les attendus en matière de compétences professionnelles -Evaluer le dispositif d'accueil et d'intégration mis en place 	<ul style="list-style-type: none"> -Réaliser une Charte d'accueil et d'intégration du nouveau professionnel. -Nommer des tuteurs, référents, responsables de l'accueil du nouveau professionnel. -Définir le rôle du tuteur, les objectifs d'accompagnement, les moyens mis en œuvre et l'évaluation du dispositif. -Organiser une journée de visite de l'établissement, du pôle et du service. -Elaborer ou réajuster la fiche de poste correspondant au poste occupé par le nouvel arrivant. -Formaliser des fiches de suivi et d'évaluation (à 1 mois, 3 mois, 6 mois et 1 an de la prise de poste) qui permettront de faire un point sur le recrutement en collaboration avec la DDS et DRH pour le suivi et l'évolution des contrats.

5.1.2 Favoriser un management par la Qualité de Vie au Travail

➤ Favoriser un management par la QVT

Au sein des organisations, les thèmes de la souffrance au travail, du stress, des risques psychosociaux sont au cœur des débats. Les enjeux de performance de l'organisation et de la santé des professionnels sont liés.

C'est grâce à une vision managériale globale des difficultés rencontrées par les agents sous l'angle des relations de travail et du management que l'accompagnement managérial peut être à la hauteur des enjeux.

L'amélioration des conditions de travail est devenue une priorité de la DGOS. Le lien est avéré entre la qualité de vie au travail et la qualité des soins. La HAS a d'ailleurs intégré ces items comme l'une des dimensions de la certification V2020. Un professionnel bien traité est un professionnel bien traitant. Favoriser le bien-être au travail par une QVT partagée permet d'optimiser la performance organisationnelle définie avec les différents acteurs. Nous avons vu, à travers nos entretiens, que cela donne du sens et engage les professionnels dans une dynamique de travail positive.

L'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT)¹²³ met en évidence huit axes à prendre en compte pour la mise en œuvre d'une QVT : « *l'engagement à tous les niveaux de la structure, l'information partagée, les relations sociales et de travail, le contenu du travail, l'environnement physique, l'organisation du travail, la possibilité de réalisation et de développement personnel et la conciliation vie professionnelle et vie personnelle. Les conditions de travail sont des éléments clés pour la fidélisation des professionnels infirmiers* »¹²⁴. La qualité de vie au travail passe par la reconnaissance et la valorisation des infirmiers, comme nous l'avons évoqué précédemment. La HAS propose quatre indicateurs quantitatifs communs pour mesurer la QVT : la satisfaction au travail, l'augmentation du turnover, la rotation du personnel et le taux d'absentéisme. Ces indicateurs seront interprétés selon les objectifs et les résultats attendus au sein de l'établissement. Il est important de favoriser le bien-être au travail par une QVT partagée pour donner le sens et engager les professionnels dans une dynamique positive de travail.

Objectifs institutionnels	Actions à mener
<p>-Favoriser un management de proximité.</p> <p>-Considérer l'environnement de travail comme une dimension importante du travail.</p>	<p>- Faire le lien dans la communication avec les différents collaborateurs de travail.</p> <p>-Avoir une écoute attentive des problématiques et recenser les besoins.</p> <p>-Valoriser l'implication des IDE dans le service.</p> <p>-Proposer la décoration ou la rénovation de locaux vétustes, en collaboration avec les professionnels.</p> <p>-Renouveler les matériaux usagers.</p> <p>-Intégrer les professionnels dans les projets</p>

¹²³ ANNEXE IV : Les conditions de la QVT – ANACT <https://www.anact.fr/themes/qualite-de-vie-au-travail>

¹²⁴ Ibid

<p>-Réduire la pénibilité physique des agents.</p> <p>-Réduire les interruptions de tâches.</p>	<p>d'innovation et de restructuration.</p> <p>-Investir dans des aménagements ergonomiques (salle de soins, chambres des patients...).</p> <p>-Encourager et soutenir la polyvalence des professionnels (mutualisation).</p> <p>-Travailler avec la DRH et le SST sur la prévention des TMS.</p> <p>-Développer un projet en concertation avec les équipes sur les interruptions et mettre en place des actions de prévention.</p>
---	--

➤ **Aménager les organisations de travail**

Les organisations de travail jouent un rôle déterminant dans la fidélisation des IDE. Les établissements doivent, dans la mesure du possible, aménager leurs organisations aux différentes générations et prévoir des organisations de travail compatibles à un équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle.

Objectifs institutionnels	Actions à mener
<p>-Repenser les organisations de travail au bénéfice des équipes et des patients.</p> <p>-Aménager le parcours professionnel en fonction des besoins spécifiques des agents.</p>	<p>-Organiser des temps de réunions pluri professionnelles afin de travailler en concertation les organisations de travail.</p> <p>-Mettre en œuvre des mesures sociales adaptées aux professionnels proches de la retraite ou en retour de maladie.</p> <p>-Favoriser l'octroi de temps partiels pour les agents en retour de congé maternité, congé parental ou autre.</p>

5.2 Préconisations au niveau collectif

Au niveau collectif, plusieurs leviers peuvent être activés, tels que le travail en équipe et la collaboration interprofessionnelle, en favorisant « l'empowerment » des IDE.

5.2.1 Optimiser le travail en équipe et la coopération interprofessionnelle

Dans les EPS où doivent travailler conjointement différents métiers autour du patient, le travail d'équipe est décisif et incontournable pour l'organisation des soins.

Il est même la clé de voûte de la qualité et de la sécurité des soins. En premier lieu, il est mis en évidence comme soutien et protection des professionnels. Ainsi, la mauvaise qualité du travail d'équipe apparaît comme un facteur majeur associé à l'intention d'abandonner la profession ; à l'inverse, sa bonne qualité est un facteur de prévention important du burn-out. Ce travail en équipe se construit à travers des espaces et des temps de collaboration, tels que les moments de transmission par exemple. Le moment de la relève, notamment, est un moment privilégié où il constitue un soutien social et émotionnel important pour les soignants.

Le soutien social des collègues et un minimum d'autonomie dans le travail peuvent permettre de prévenir et de gérer collectivement les risques d'agression. Le travail en équipe est aussi le soutien au travail réflexif. Il construit la capacité collective à réélaborer le contenu de l'activité, indépendamment des normes. Ainsi, dans les services de soins palliatifs, les professionnels ont dû notamment inventer de nouvelles règles et normes, pour éviter l'usure professionnelle et l'épuisement émotionnel, en accordant une place centrale à la subjectivité des soignants. Ils peuvent partager et exprimer leur souffrance, des temps étant réservés pour cela. L'équipe peut par ailleurs prendre le relai quand le travail devient trop difficile, constituant une protection pour le soignant. Il est d'ailleurs intéressant de noter que les travaux autour du management participatif sont nés de la démarche palliative. Le soutien des collègues et de la hiérarchie, la connaissance spécifique de l'utilisation des équipements, et la possibilité de répondre aux questions de chaque patient favorisent la satisfaction des soignants mais également la sécurité des patients. En effet, en second lieu, le travail en équipe est un levier d'amélioration de la sécurité du patient. La culture de sécurité se construit dans un contexte où le travail d'équipe est valorisé. Elle repose sur un apprentissage collectif. De fait, améliorer le travail en équipe est efficace pour améliorer autant les processus de soins que leurs résultats.

La littérature démontre ainsi que le travail d'équipe efficace constitue une barrière de sécurité contre les événements indésirables. C'est un facteur de qualité de la prise en charge du patient, un facteur de santé et de bien-être au travail pour les professionnels et un moyen de répondre de manière collaborative et interdisciplinaire aux besoins du patient.

De manière globale, il est mis en évidence que des compétences non techniques, comme le travail d'équipe et la coopération, sont nécessaires pour améliorer la satisfaction du patient, son traitement et sa guérison.

Les infirmiers qui sont les plus satisfaits de leur travail sont ceux qui enregistrent les taux de satisfaction des patients les plus hauts et qui font le moins d'erreurs. L'orientation des services centrée sur le patient, soulignée dans les hôpitaux magnétiques, accroît significativement la satisfaction des infirmiers qui y travaillent, et a un impact positif sur les erreurs et les presque accidents, donc sur la qualité des soins.

Ainsi, le travail d'équipe est-il un facteur d'amélioration de la qualité des soins et de la satisfaction au travail des soignants, elle-même vecteur de qualité des soins ? C'est alors un cercle vertueux qui doit être pensé, permis, et soutenu par le management du travail de manière générale. La littérature démontre que le travail d'équipe efficace constitue un facteur de qualité de la prise en charge du patient, un facteur de santé et de bien-être au travail pour les professionnels et enfin un moyen de répondre de manière collaborative et interdisciplinaire aux besoins du patient.

Objectifs managériaux	Actions à mener
-Développer le collectif de travail.	-Proposer des espaces temps pour l'ensemble des professionnels de l'équipe.
-Renforcer la culture qualité et sécurité.	-Mettre en œuvre des temps d'analyse de pratiques et de supervision.
-Valoriser le travail d'équipe et la coopération.	-Transmettre et faire connaître les projets et initiatives innovantes de l'équipe.

5.2.2 Favoriser « l'empowerment » structurel au bénéfice des IDE

Les récentes réformes du système de santé ont induit des impératifs paradoxaux : il s'agit à la fois de produire des soins à moindre coût, mais aussi de qualité. La situation crée une insatisfaction générale des conditions de travail de la part des soignants, poussant un grand nombre à vouloir abandonner leur profession.

Nous avons pu observer dans cette étude que dans une démarche de fidélisation du personnel, le management et la culture organisationnelle ne sont pas négligeables.

Le concept de l'hôpital attractif, avec ses principes de décentralisation du pouvoir et son management participatif, apporte des solutions partielles à cette problématique.

En effet, la littérature¹²⁵ sur le sujet recommande que « *les établissements de santé soutiennent mieux leurs managers dans leur capacité d'accompagner les équipes à travers une culture favorisant « l'empowerment » ou l'autonomisation. Les recommandations sont unanimes : les EPS doivent se recentrer sur un vrai « management des ressources humaines » en soutenant les managers dans leur capacité d'accompagner leurs équipes* ». Une telle politique RH exigerait une culture favorisant l'empowerment du personnel et un management au service des soignants leur offrant qualité de vie au travail afin qu'ils puissent se concentrer sur la qualité du travail. L'empowerment n'a pas de définition exacte en français, il est synonyme d'autonomie, de responsabilité et de contrôle sur sa pratique professionnelle et sur le comportement personnel dans les organisations.

-Pour les professionnels de santé, l'empowerment s'exprime par une capacité d'agir, une autonomie, une responsabilisation et un contrôle sur sa pratique professionnelle. Bien que l'empowerment implique une dimension individuelle, il s'agit surtout d'un contexte organisationnel particulier. Cette théorie présuppose que les facteurs organisationnels, structurels et culturels ont un impact plus important sur le comportement que les facteurs individuels. Au niveau d'un établissement, les conditions nécessaires pour un empowerment structurel sont, selon Kanter¹²⁶ : « *l'opportunité d'avancement dans sa carrière, l'accès à l'information, l'accès au soutien de sa hiérarchie et ses collègues, l'accès aux ressources, et un pouvoir formel et informel* ».

-Au niveau de l'encadrement, Konczak et al.¹²⁷ décrivent l'empowerment à travers 6 dimensions correspondant aux différentes pratiques pouvant être mises en œuvre par un manager : « *déléguer à ses collaborateurs le pouvoir nécessaire pour accomplir leurs missions ; encourager la prise de décision autonome ; définir les responsabilités de chacun et responsabiliser à l'égard des résultats ; encourager le développement des compétences ; accorder un droit à l'erreur afin d'encourager la créativité et l'innovation ; partager les informations nécessaires aux collaborateurs pour agir rapidement, efficacement et de manière autonome* ».

¹²⁵ Petit Dit Dariel O., « L'empowerment structurel des hôpitaux « magnétiques » est-il concevable en France ? », Revue francophone internationale de recherche infirmière, 2015, /10, 8p.

¹²⁶ Kanter RM., « Power failure in management circuits », Harv Bus Rev, 1979, n° 54, P. 65-75.

¹²⁷ Konczak LJ., Stelly DJ., Trusty ML., Defining and measuring empowering leader behaviors : development of an upward feedback instrument, Educ Psychol Meas, 2000, n° 60, p.301-313.

Objectifs managériaux	Actions à mener
-Développer l'autonomie, le pouvoir d'agir des IDE. -Renforcer le soutien de la hiérarchie. -Donner les moyens aux équipes d'accéder aux ressources nécessaires à la fonction.	-Déléguer les actions relevant du rôle des IDE. -Encourager la prise de décision ainsi que la prise d'initiative. -Informer et partager les informations nécessaires à la prise en charge des patients et à l'organisation du service.

5.3 Préconisations au niveau individuel

Au niveau individuel, les EPS peuvent améliorer le parcours professionnel de l'IDE, en accompagnant davantage la trajectoire professionnelle de l'individu dans la structure.

➤ Accompagner la trajectoire professionnelle des IDE

Les IDE d'aujourd'hui réclament davantage d'individualisation dans leur parcours professionnel. Les EPS devront porter une attention particulière à la trajectoire des individus dans les organisations, notamment en ce qui concerne les formations, les évolutions de carrière ou encore les changements de service. La place du cadre de santé est primordiale pour guider l'agent dans sa trajectoire professionnelle. Il a un rôle de soutien, de conseil et d'orientation.

La formation est utilisée non seulement pour accroître les connaissances, mais aussi pour encourager le développement personnel et professionnel des agents au sein d'un environnement de coopération et de partage. La formation visera à soutenir l'engagement des professionnels et surtout à créer une cohésion avec les valeurs défendues par le métier. Proposer des formations permet de développer des compétences professionnelles et de progresser dans l'accomplissement personnel et professionnel. Comme l'ont souligné les infirmiers interrogés, la valorisation des compétences et l'évolution professionnelle sont des facteurs importants aujourd'hui à l'hôpital. Nous devons nous interroger sur les conditions de réussite permettant la réalisation de soi et le développement des ressources personnelles et professionnelles. Impliquer les agents permet un sentiment de reconnaissance et peut en partie prévenir l'absentéisme. La formation-action vise l'amélioration concrète des pratiques par une action sur les conditions et sur les contenus du travail.

Le professionnel qui se sent responsable, qui a le sentiment de pouvoir développer une activité en autonomie et qui se sent soutenu par sa hiérarchie, peut travailler avec satisfaction même dans des conditions complexes.

Le levier formation peut permettre entre autre d'évoluer et de développer les compétences et ainsi renforcer le sentiment d'appartenance à une équipe.

Objectifs managériaux	Actions à mener
<p>-Développer des politiques de formation professionnelle</p> <p>-Proposer un accompagnement tout au long de la carrière</p>	<p>-Collaborer avec la DRH pour établir les axes du plan de formation continue annuel au niveau des pôles cliniques.</p> <p>-Etre force de propositions pour les nouveaux métiers (Infirmière de pratiques avancées par exemple) – parcours qualifiants.</p> <p>-Identifier les besoins en formation selon les axes stratégiques des projets à développer, des collaborations à venir et permettre aux IDE d'approfondir et d'actualiser leurs compétences et connaissances.</p> <p>-Identifier les potentiels de personnes ressources sur les projets ciblés.</p> <p>-Analyser et mettre en phase les demandes et les besoins des pôles en concertation avec les cadres de pôles (en s'appuyant sur les entretiens annuels d'évaluation).</p> <p>-Soutenir la mobilité.</p>

Ces différentes préconisations s'intègrent parfaitement aux recommandations ANAP en matière d'attractivité et de fidélisation¹²⁸ (**Annexe XIV**). Recruter des talents, fidéliser et valoriser les professionnels devient un enjeu majeur. A. Pierre, expert RH à l'ANAP, met à disposition des outils selon une méthodologie en quatre étapes : le rayonnement de la marque employeur, l'optimisation du recrutement, l'accueil et l'intégration du nouveau professionnel ainsi que la fidélisation des équipes¹²⁹.

¹²⁸ Annexe XIV : Fiche ANAP : « Bâtir sa politique d'attractivité RH et de fidélisation (07 mars 2024) - Fiche 4 : Fidéliser vos équipes.

¹²⁹ Web conférence ANAP du 07 mars 2024 : Activer 3 leviers pour renforcer votre attractivité et fidéliser. Carole DURIGNEUX - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique – 2023-2024

Les journées d'études ANAP organisées cette année sur la thématique de « fidélisation des professionnels de santé et du management collaboratif » (**Annexe XV**)¹³⁰ en sont un exemple novateur en matière de performance en santé. L'objectif de ces journées était de faire émerger des solutions innovantes afin de répondre au mieux aux enjeux d'attractivité et de fidélisation du personnel soignant dans un contexte concurrentiel.

5.4 Limites de l'étude

Suite à cette étude, nous avons pu identifier quelques limites et contraintes. En effet, concernant la partie théorique, d'autres thèmes, comme l'attractivité, les nouvelles générations de soignants et l'accompagnement personnalisé des parcours professionnels auraient pu être abordés. Nous avons choisi, dans un souci de clarté et dans le but de créer un périmètre solide autour de notre question de recherche initiale, de rester étroitement liée à notre travail d'étude. Il en reste que le thème de la fidélisation des IDE, de par ses aspects multidimensionnels et multifactoriels, pourrait être davantage analysé et enrichi.

Les répondants de l'étude sont tous des professionnels exerçant au sein du même établissement, celui où nous exerçons également en tant que cadre supérieur de santé (CSS). Il pourrait y avoir donc un biais de sélection. C'est un parti pris car le fait d'exercer au même endroit a facilité la prise de contact et a favorisé les échanges du fait de notre intérêt pour cette thématique de travail.

De plus, l'échantillon enquêté n'est pas représentatif de tous les EPS et les résultats ne peuvent donc pas être généralisés. Les éléments recueillis peuvent toutefois servir de pistes de réflexion. Enfin, le fait de conjuguer notre mission de CSS et la formation Master 2 AMOS nous a contraint à prioriser nos actions et à diminuer nos exigences quant à la complétude de notre travail tout au long de cette année.

¹³⁰ Annexe XV : Journées d'études de l'ANAP, Janvier 2024.

CONCLUSION

En conclusion, ce travail nous a permis d'identifier certains facteurs d'insatisfaction néfastes au processus de fidélisation concernant les professionnels infirmiers exerçant dans un CHU. Malgré les difficultés du secteur, les infirmiers ont une vision plutôt positive de l'hôpital. Ils sont guidés par des valeurs d'aide et de soutien à la personne et sont disposés à donner le meilleur d'eux-mêmes pour répondre aux besoins, assurer le confort et la sécurité des patients. Néanmoins, les infirmiers expriment certaines frustrations en lien avec un manque de reconnaissance au travail et des sacrifices fournis. La réalité marquée par le manque de personnel soignant au sein de l'institution fait que les employés sont souvent sollicités pour effectuer des prestations supplémentaires ou, pendant leurs jours de repos, pour un changement d'horaire. En revanche, ils ne sentent ni écoutés ni valorisés par leur employeur. Pour que le processus de fidélisation du personnel puisse s'initier, il faudrait revoir, principalement, l'organisation du travail pour que l'infirmier puisse être déchargé de toute tâche complémentaire pour se focaliser sur son rôle propre. De plus, une restructuration de l'offre de formation et une vision positive du secteur hospitalier pourrait aider à rendre le métier plus attractif aux yeux des nouvelles recrues et des jeunes générations. Il reste primordial d'inclure les professionnels infirmiers dans les décisions institutionnelles, afin de favoriser l'échange et la confiance entre eux et l'institution.

Le développement des compétences infirmières associé à une pratique collaborative peut se faire à l'aide de différentes stratégies. Bien qu'elles soient reliées entre elles, chacune d'elle représente une solution prometteuse pour améliorer l'efficacité et la qualité des soins offerts aux patients et à l'entourage. Ces stratégies et ces recommandations doivent être examinées et prises en considération par les gestionnaires des milieux hospitaliers. Les recommandations issues de la proposition pourront les outiller s'ils désirent obtenir un impact positif sur la collaboration interprofessionnelle et les soins aux patients. Les infirmières sont interpellées dans toutes les sphères du domaine de la santé notamment par leur contribution dans les équipes interprofessionnelles. Leur leadership demeure un atout à la valorisation de leur rôle auprès de leur collègue en santé et des moyens pour le développer ou le rehausser est nécessaire. Dans l'objectif de retracer des stratégies essentielles au développement des compétences infirmières pour une pratique collaborative optimale, ce sujet actuel, permet de bien comprendre ce sur quoi le domaine de la santé, particulièrement les milieux hospitaliers aspirent.

L'environnement de travail dans lequel évoluent les infirmières est soumis à une remise en question par rapport à la structuration de la collaboration interprofessionnelle et le développement des compétences essentielles à celle-ci. Faisant référence à la stratégie américaine des HM en lien avec l'interprofessionnalisme et au modèle de pratique en collaboration interprofessionnelle, les infirmières pourraient faire la différence et ainsi contribuer à faire progresser le système de santé vers ce qui est attendu, ce qui est exemplaire. Le Référentiel de compétences de la pratique collaborative et du partenariat patient en santé et services sociaux (DCCP et CIO-UdeM, 2016) influence la proposition et permet de soulever l'importance du développement professionnel pour les infirmières.

De plus, promouvoir le leadership de la ligne managériale permet de contribuer au développement de la reconnaissance et la valorisation des compétences des IDE, au bénéfice de la qualité et de la sécurité des prises en charge des patients. La communication managériale est un élément clé dans la fidélisation des professionnels, elle permet d'impliquer les professionnels dans l'établissement. Le professionnel a besoin de reconnaissance et pour ce faire, il existe plusieurs leviers comme la formation, l'implication dans les projets tels que ceux formalisés par le projet de soins. Les bénéfiques de la satisfaction du travail bien fait contribuent à la motivation, à la qualité de vie au travail et à l'attractivité des métiers. Cela peut aussi se traduire par un encouragement à la recherche, garante d'innovations et de valorisations des projets des professionnels.

La stratégie de fidélisation des équipes infirmières mise en œuvre par les EPS constitue un enjeu majeur dans la pérennité de l'activité d'un établissement. Cette stratégie comporte plusieurs étapes allant de l'attractivité à la fidélisation elle-même. Elle doit par ailleurs prendre en compte les valeurs de la profession qui sont en constante évolution. La réalisation de ce travail de recherche nous a permis d'établir des liens entre les théories déjà existantes et l'étude que nous avons menée sur le terrain. Au-delà de la rémunération, les attentes des infirmiers portent davantage sur la supervision, le soutien, la reconnaissance, l'écoute des besoins, notamment en termes de formation professionnelle et la participation aux décisions.

Dans le contexte actuel de pénurie d'infirmiers, les établissements doivent penser leur stratégie de façon globale en intégrant la politique de fidélisation dans le projet d'établissement.

La mise en place de cette politique constitue une opportunité pour les établissements qui s’y consacreront. En effet les impacts n’en seront que positifs : réduction du turn-over, qualité des soins, image de l’établissement.

Pour conclure, l’initiation des recommandations demeure tout de même un défi pour les milieux hospitaliers et les professionnels impliqués. L’offre de soins et services de qualité reposent sur l’organisation des soins. Actuellement, le travail de collaboration en milieu hospitalier ne permet pas le plein développement des compétences infirmières pour une pratique collaborative optimale. C’est là une situation préoccupante qui érige la problématique manifestée dans ce travail. Le présent travail nous montre qu’il est essentiel d’initier ou de poursuivre les réflexions et de mettre de l’avant des pistes de solutions innovantes pouvant favoriser l’engagement infirmier dans leur milieu de travail au quotidien.

Bibliographie

ARTICLES DE REVUES SCIENTIFIQUES

Abord de Chatillon E., Richard D., « Du Sens, du Lien, de l'Activité et du Confort : proposition pour une modélisation des conditions du bien-être au travail par le S.L.A.C. », *Revue Française de Gestion*, 2015, 31 p.

Allen N., Meyer J., « The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization », *Journal of Occupational Psychology*, 1997, n° 63, p. 1-18.

Baron X., « Et si la performance était source de bien-être », *L'Expansion Management Review*, 2011, n°141, p. 10-19.

Bertholet J. & Gaudet, M., « Fidélisation ou rétention : pourquoi vos employés restent-ils ? ». *Gestion*, n°43, 2018, p.110-111.

Berthon P., Ewing M., Hah L., « Captivating company : Dimensions of attractiveness in employer branding », *International Journal of Advertising*, Vol. 24, 151-172.

Boivin-Desrochers C. Alderson M., « Les difficultés/souffrances vécues par les infirmières : stratégies permettant de préserver leur santé mentale, leur sens au travail et leur performance au travail », *Recherche en Soins Infirmiers*, 2014, n° 118, p. 85-96.

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 pages, p. 39-48.

Cézanne C. & Guillon O., « Manifestations, déterminants et conséquences de la fidélité des salariés : une grille de lecture critique », *Recherches en Sciences de Gestion*, 2013, n°97, p.127-143. <https://doi.org/10.3917/resg.097.0127>

Charbonnier-Voirin A., Vignolles A., « Marque employeur interne et externe. Un état de l'art et un agenda de recherche », *Revue Française de Gestion*, 2015, n° 246, p. 63-82.

Charbonnier-Voirin.A., Vignolles. A., « Enjeux et outils de gestion de la marque employeur : point de vue d'experts », *Recherches en Sciences de Gestion*, 2016, n°112, p. 153-172.

Collin A., Demanet Q., Erwann P., « Magnet hospital et attractivité hospitalière : Quelle articulation ? », *Gestions Hospitalières*, 2015, n° 544, p. 168-173.

Eisenberger R., Perceived organizational support, *Journal of Applied Psychology*, Vol.71, 1986, p. 500-507.

Giraud, L., « L'intention de quitter l'entreprise : une approche par l'étape de carrière », *Revue de gestion des ressources humaines*, 2015, n°97, p.58-86.

Hurlimann C., « Approche conceptuelle de la qualité des soins », *asdp*, 2001, n°35, p.23-28.

Jeannerod-Dumouchel N., « La reconnaissance du métier : acte premier d'un management participatif », *Gestion des Ressources Humaines*, 2014, n°11, p.7-29.

Kanter RM., « Power failure in management circuits », *Harv Bus Rev*, 1979, n° 54, P. 65-75.

Konczak LJ., Stelly DJ., Trusty ML., Defining and measuring empowering leader behaviors : development of an upward feedback instrument, *Educ Psychol Meas*, 2000, n° 60, p.301-313.

Kramer M. et Schamlenberg C., « Nurses identity essentials of magnetism, Magnet hospitals revisited. Attraction and retention of professional nurses », Washington : *American nurses publishing*, 2002, p.25-59, Chap 2.

Mathieu J., Zajac D., « A review and meta-analysis of the antecedents, correlates, and consequence of organizational commitment », *Psychological Bulletin*, 108, p. 171-194.

Morgan, J., *The Employee Experience Advantage: « How to Win the War for Talent by Giving Employees the Workspaces they Want, the Tools they Need, and a Culture They Can Celebrate »*, Wiley & sons, Hoboken, 2017.

Morris JH., Steers RM., « Structural influences on organizational commitment », *Journal of vocational behavior*, 1980, n°17, p. 50-57.

Paillé P., « La fidélité au travail : éléments conceptuels sur la relation employé-organisation », *Gestion 2000*, Nov-Déc.2005, p. 295-309.

Paillé, P., « Le rôle du supérieur sur la fidélisation du personnel infirmier », *Journal d'économie médicale*, 2010, volume 28(3), 101-113.

Petit Dit Dariel O., « L'empowerment structurel des hôpitaux « magnétiques » est-il concevable en France ? », *Revue francophone internationale de recherche infirmière*, 2015, /10, 8p.

Petit R. et Zardet V., « Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management », *Gestion des Ressources Humaines*, 2017, n°22, p. 31-54.

Pronost AM., « L'engagement du cadre de santé pour un « hôpital attractif » », *Santé mentale*, n°153, 2010/12, p. 72-75.

Pronost AM., « La performance par les « Magnet hospital » », *Soins cadres*, n°92, 2014/11, p. 38-39.

Rochette C., Ceccato M., « Innovation managériale à l'hôpital public : une lecture à partir de l'empowerment infirmier », *Questions de Management*, 2022, n°39, p. 107-120.

Schmalenberg C., Kramer M., « Essentials of a productive nurse work environment », *Nursing Research*, 2008, 57 pages, p.2-13.

Stordeur S., D'Hoore W., « Le modèle Ariq inspiré de l'expérience des hôpitaux attractifs belges », *Soins cadres*, n°74, 2010/05, p. 31-33.

Vandenberghe C., « Engagement organisationnel », *Psychologie du travail et des organisations*, Paris Dunod, 2009, p.175-178.

Véniard A., « Implication et employabilité : un engagement réciproque entre salarié et employeur à construire », *Management & Avenir*, 2011, n° 49, p. 84-101.

Wils T., Tremblay M., « La mobilisation des ressources humaines : une stratégie de rassemblement des énergies de chacun pour le bien de tous », *Gestion*, 2005/2, Vol 30, p. 37-49.

OUVRAGES

Blanchet A., Gotman A., *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Paris, Armand Colin 2ème édition, 2010, 128 p.

Bruhn M., Homburg C., *Gabler Lexikon Marketing*, Betriebswirtschaftlicher verlag gabler, 2001.

Chaminade B., *Attirer et fidéliser les bonnes compétences*, éditions AFNOR, 2006, 337 p.

Clot Y., *Travail et santé*, Collection Clinique du travail, éditions Erès, 2010, 336 p.

Coutanceau R. et al., *Stress, burn-out, harcèlement moral. De la souffrance au travail au management qualitative*, Psychothérapies, éditions Dunod, 2016, 288 p.

Dejoux C., Thévenet M., *La gestion des talents*, 2^{ème} édition Paris : Dunod, 2015, 224 p.

Devillard O., *La dynamique d'équipe*, Editions d'organisation, 2000, 261 p.

Dubois P., *Le sentiment d'appartenance du personnel*, Quebecor, 2005, 208 p.

Dubois F. C., Perrin G., *Le métier d'infirmière en France*, 7^{ème} édition, Que sais-je ?, 2017, 128 p.

Hesbeen W., *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, éditions Masson, 1997, 195 p.

Louazel M., Mourier A., Ollivier E., et al., *Le management en santé, gestion et conduite des organisations de santé*, p.471-490, Presses de l'EHESP, Edition Broché, 2024, 528 p.

Mucchielli R., *L'analyse de contenu*, Collection Formation Permanente, Librairie Eyrolles, 10ème édition, 1998, 214 p.

Paille P., *Attirer, retenir et fidéliser les ressources humaines, nouveaux enjeux, nouvelles réponses*, Hermann Editions, 2014, 280 p.

Perreti JM., *Dictionnaires des Ressources Humaines*, 2019, éditions Vebert.

Quivy R., Campenhoudt LV., *Manuel de recherche en sciences sociales*, 3è édition, Dunod, 2006, 253 p.

Stordeur S., D'Hoore W., *Attractivité, fidélisation et qualité des soins : 3 défis, une réponse*, Lamarre, collection Fonction cadre de santé, Gestion des ressources humaines, 2009, 243p.

TEXTES RÉGLEMENTAIRES

-Loi N° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

-Loi N° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

-Loi N° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

-Loi N°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

-Loi N°2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique

-Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif à la profession infirmière

-Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier

-Arrêté du 13 décembre 2018 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier

-Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

RAPPORTS ET ETUDES

-Rapport HAS, Revue de Littérature « Qualité de vie au travail et qualité des soins », janvier 2016, 50 pages.

-Rapport IGAS N°2022-030R / N°21-22 275A, « *Evolution de la profession infirmière* », action [100] page 36.

-Rapport de la DREES, Mai 2018, Numéro 1062 - <https://www.date.drees.sante.gouv.fr>

-BAUMANN A., Conseil international des infirmières, « Environnements favorables à la pratique : qualité au travail = qualité des soins », <http://www.anfiide.com/Documents/documents-utiles/JII2007-Kit.pdf>

-Dossier de presse sur la grande conférence de santé - 2016 - https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/11_02_2016_grande_conference_de_la_sante

-Fiche ANAP : « *Bâtir sa politique d'attractivité RH et de fidélisation* » (07 mars 2024) - Fiche 4 : Fidéliser vos équipes.

WEBLIOGRAPHIE

<https://www.anap.fr>

<https://www.apmnews.com>

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2039719/fr/analyse-des-causes-profondes-des-evenements-indesirables-associes-auxsoins-eias-issus-de-la-base-de-retour-d-experience-du-dispositif-d-accreditation

carrefourrh@ordrecrha.org

<https://www.legifrance.gouv.fr>

<https://solidarites-sante.gouv.fr>

<https://fonction-publique.gouv.fr>

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>

<https://dares.travail-emploi.gouv.fr>

<https://www.rhinfo.com>

<https://www.cairn.info>

<https://www.anact.fr/themes/qualite-de-vie-au-travail>

Web conférence ANAP du 07 mars 2024 : « Activer 3 leviers pour renforcer votre attractivité et fidéliser »

MÉMOIRES

Bernard A., 2019, Attractivité et fidélisation des infirmiers novices : les axes stratégiques du Directeur des Soins, EHESP Rennes, Filière des Directeurs de soins.

Imprescia C., Lacassagne H., Malinconci C., 2022, La fidélisation des équipes infirmières au sein des établissements de santé, Université de Montpellier, Filière Master 2 MSOS – Montpellier.

Penna R., 2023, Attractivité de la profession infirmière en EHPAD : promouvoir l'implication des soignants au service de la qualité au travail, EHESP Rennes, Filière Master 2 AMOS – Paris.

Liste des annexes

<u>ANNEXE I : Plan de bataille pour les Ressources humaines (FHF)</u>	III
<u>ANNEXE II : Enquête DREES – Juillet 2023</u>	XIII
<u>ANNEXE III : Enquête FHF/2019 : L’attractivité des EPS vis-à-vis des professionnels soignants.</u>	XIX
<u>ANNEXE IV : Schéma : Les conditions de la qualité de vie au travail (ANACT)</u>	XXI
<u>ANNEXE V : Le Baromètre Santé 360 ° MNH - ODOXA</u>	XXIII
<u>ANNEXE VI : Schéma de qualité selon Donabedian A.</u>	XXV
<u>ANNEXE VII : Origine du modèle des Hôpitaux magnétiques (HM)</u>	XXVII
<u>ANNEXE VIII : Guide d’entretien IDE (Source : Durigneux C.- avril 2024)</u>	XXIX
<u>ANNEXE IX : Tableau de la population d’enquête</u>	XXXIII
<u>ANNEXE X : Guide d’entretien CS, DRH et DS (Source : Durigneux C.- avril 2024)</u>	XXXVII
<u>ANNEXE XI : Analyse des questions d’ouverture posées aux IDE</u>	XLI
<u>Annexe XII : Synthèse et analyse des entretiens réalisés avec le CS, le DRH et la DS</u>	XLV
<u>ANNEXE XIII : Matrice SWOT</u>	LI
<u>(Source : Durigneux.C- avril 2024)</u>	LI
<u>ANNEXE XIV :</u>	LIII
<u>Fiche ANAP : Bâtir sa politique d’attractivité RH et de fidélisation (07 mars 2024)</u>	LIII
<u>ANNEXE XV : Journées d’étude de l’ANAP</u>	LV

ANNEXE I : Plan de bataille pour les Ressources humaines (FHF)

(Sources : www.fhf.fr)

Plan de bataille pour les **Ressources humaines**

2023

Recruter davantage,
former différemment,
repenser les métiers
et leur évolution
**au service des patients
et des professionnels**



 **FHF**
FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

Plan de bataille pour les Ressources humaines

Recruter davantage,
former différemment,
repenser les métiers et leur évolution
**au service des patients
et des professionnels**

Comme dans la plupart des pays de l'OCDE, le système de santé français fait face à une demande de soins en constante augmentation, notamment sous l'effet du vieillissement de la population, mais aussi des progrès continus des connaissances et techniques médicales.

En matière de ressources humaines, les établissements hospitaliers sont entrés dans la crise sanitaire avec une situation dégradée. Ces difficultés initiales sont encore visibles aujourd'hui :

- **99% des établissements déclarent des difficultés de recrutement¹**, mais d'ampleur variable selon les territoires, le type d'établissement et les spécialités.
- **Des postes vacants en nombre important à l'hôpital public :**
 - 5-6% des postes d'infirmiers (environ 15 000 postes)
 - 2,5% des postes d'aides-soignants sont vacants (environ 5000 postes)
 - 30% des postes de praticiens hospitaliers titulaires vacants à l'hôpital (CNG).
- **Un taux d'absentéisme moyen passant de 7,4% en 2012 à 9% en 2019 à plus de 10% en 2022 (12% pendant l'été 2022).**

“ ———
Les personnels sont *fiers* de leur
métier, avec un sentiment d'utilité,
malgré le *stress* ressenti


Pour autant, les hôpitaux publics ne manquent pas d'atouts. D'après une enquête du Comité éthique de la FHF², 80% des agents hospitaliers ont un sentiment de fierté pour leur travail et 91% un sentiment d'utilité. De la même manière, il apparaît que les établissements publics ont en moyenne augmenté leurs effectifs de 3% entre 2019 et mai 2022³, tous métiers confondus.

¹ Enquête FHF, mai 2022

² Été 2022, auprès de plus de 7000 professionnels de tous horizons exerçant à l'hôpital public.

³ Enquête FHF, mai 2022

Dans les prochaines années, pour faire face à la hausse sans précédent des besoins de santé, les établissements publics de santé vont devoir à la fois **engager des recrutements importants et améliorer les conditions de travail**. Ces deux dynamiques font système et se renforcent mutuellement : la hausse des recrutements améliore les conditions de travail, des conditions de travail améliorées favorisent les recrutements.



La hausse des recrutements
améliore les *conditions de travail*,
des conditions de travail
améliorées favorisent
les *recrutements*

Ce défi est une priorité majeure pour notre système de santé. Il suppose d'adopter une logique globale, transversale, et d'**afficher la question de l'emploi et des conditions de travail comme priorité n°1**. C'est pourquoi la FHF propose un « plan de bataille pour les ressources humaines », qui avance des solutions au service d'une politique renouvelée en matière de ressources humaines.

La hausse du nombre de professionnels, objectif majeur de consolidation du système de santé, doit permettre de **mieux garantir la stabilité des plannings mensuels des professionnels** et de réduire le rappel sur les journées de repos et lors des congés, phénomènes particulièrement démobilisateurs.

La mise en œuvre de ce plan de bataille RH est enfin d'autant plus nécessaire que les professionnels de santé, à l'image des évolutions des attentes des professionnels sur le marché du travail en général, sont **de plus en plus attentifs à l'équilibre vie privée – vie professionnelle**, à la qualité des collectifs de travail et à la reconnaissance de l'engagement individuel.

Une stratégie RH renouvelée doit répondre à 3 objectifs :

1. **Une hausse du nombre de professionnels formés.** Si les professionnels manquent à l'hôpital public, c'est aussi le cas plus globalement dans l'ensemble du système de santé. Il n'y a pas suffisamment de professionnels diplômés en France pour répondre aux besoins de santé d'aujourd'hui et de demain.
2. **Une meilleure coordination entre les professionnels pour prendre en charge les besoins nouveaux** (liés notamment au vieillissement de la population, aux maladies chroniques et au progrès technique), entre la ville et l'hôpital, entre les secteurs public et privé et entre les métiers du soin.
3. **Une politique d'attractivité et de fidélisation des postes hospitaliers**, qui comprend des éléments de rémunération indispensables, notamment pour compenser la permanence des soins et les contraintes d'exercice, mais aussi d'amélioration des conditions de travail et de management.

1^{er} objectif : augmenter le nombre de professionnels formés dès aujourd'hui

En 2020, le Ségur de la santé a constitué une rupture fondatrice. L'objectif de produire toujours plus de soins, sans augmenter en parallèle suffisamment les effectifs, a été abandonné par les pouvoirs publics, que ce soit à travers la hausse des quotas de formation en écoles de formation paramédicale, la création d'un *numerus apertus* médical ou le renforcement des ratios dans les soins critiques.

Ce changement, bien que nécessaire, n'a pas été anticipé. Le nombre de professionnels reste très insuffisant pour répondre à la demande de révision à la hausse des référentiels de prise en charge et faire face au défi du grand âge⁴. Ainsi, **les seuls postes vacants paramédicaux à l'hôpital public (environ 25 000) et les nouveaux besoins de recrutements dans le secteur médico-social impliquent de recruter a minima 125 000 professionnels supplémentaires d'ici 4 ans.**

Pour y parvenir, deux types de mesures semblent indispensables :

Mettre en adéquation appareil de formation et besoins de santé anticipés de la population

- Élargir fortement les quotas de formation IDE et AS et poursuivre la hausse du *numerus apertus* en médecine :
 - +25% des places en 1^{er} année d'IFSI d'ici à 2025 par rapport à 2019 (soit une cible à 40.000 places IDE / an) ;
 - +25% des places en 1^{er} année d'IFAS d'ici à 2025 par rapport à 2019 (soit une cible à 32 500 places AS / an) ;
 - +20% des places en études de médecine d'ici à 2025 par rapport à 2019 (soit une cible de 12 000 places par an).
- Augmenter les moyens des facultés et instituts, notamment par la création de 1000 postes hospitalo-universitaires et en créant un statut d'enseignant associé pour les PH.
- Pour réduire le taux d'abandon en cours de formation, encourager les instituts à organiser des oraux de motivation dans le cadre de la procédure Parcoursup et reconnaître la mission de tuteur de stage par l'instauration d'une valorisation des tuteurs.

Faciliter l'accès aux voies de formation continue pour étendre le vivier potentiel

- Faciliter l'accès à la VAE et développer l'apprentissage dans le secteur public, en élargissant les aides financières par contrat au secteur public et en reconnaissant le rôle des maîtres d'apprentissage et des tuteurs de stage.
- Rendre possible une 2^e carrière médicale par des passerelles adaptées entre les DES, par exemple pour aller sur des disciplines en tension moins choisies en formation initiale mais prioritaire en termes de santé publique (médecine du travail, gériatrie, médecine polyvalente, etc.).

⁴ Les plus de 75 ans consomment « quatre fois plus de soins infirmiers que les personnes de 65 à 74 ans et 27 fois plus que les moins de 65 ans » (DREES, 2018)

Un renforcement de la participation des employeurs au pilotage régional

Afin d'adapter les offres de formation aux besoins du territoire, la FHF souhaite que l'on dispose d'outils de pilotage fiables permettant de mettre en adéquation les besoins de la population sur un territoire donné (données épidémiologiques) avec le nombre de professionnels présents sur le territoire.

L'évolution des quotas de formation doit faire l'objet d'une stratégie pluriannuelle concertée à l'échelle territoriale, associant ARS, Région et fédérations d'employeurs et doit préciser la répartition des places en écoles de formation. Ce pilotage permettra de déterminer plus finement la répartition des places supplémentaires. **Au regard du manque de médecins anticipé par l'ONDPS, la doctrine doit être d'accroître systématiquement les quotas dans les subdivisions qui le réclament quand elles estiment avoir la capacité de former davantage.**

L'appareil de formation devra être redimensionné pour permettre *a minima* d'engager d'ici 2027 :

- ⇒ Le recrutement de 25 000 soignants AS et IDE supplémentaires à l'hôpital public (3/4 pour compenser les postes vacants et ¼ des postes pour répondre à des besoins nouveaux) ;
- ⇒ La création de 100 000 postes dans le secteur de l'autonomie et du grand âge, principalement des aides-soignants.

2ème objectif : mettre la formation au service de la coordination et du travail en équipe des professionnels de santé

La spécialisation croissante des professionnels de santé, voire leur surspécialisation notamment pour les personnels médicaux, incontournable pour accompagner les progrès continus de la médecine et des prises en charge, ne peut être la seule fin de l'appareil de formation. Le développement des hôpitaux de proximité et services de prise en charge polyvalente traduisent le besoin croissant de professionnels appréhendant le patient dans sa globalité.

Depuis les années 2000, plusieurs dispositifs ont été mis en place pour décloisonner les parcours professionnels et inciter au développement de nouveaux modes d'organisation des soins. Pourtant, à ce jour, alors que les carrières s'allongent et les besoins en compétences sont toujours plus nombreux, peu de protocoles de coopération sont effectifs, les passerelles entre métiers sont complexes et les parcours individuels d'évolution trop rares.

Deux types de mesures sont nécessaires :

Evaluer les formations initiales et faciliter les coopérations

- Former les étudiants en santé à coopérer dès leurs études ;
- Repenser la cartographie des lieux de formation sur les territoires, en associant davantage sous l'égide des CHU les établissements publics non universitaires ;
- Valoriser les compétences transversales pour prendre en charge des patients de plus en plus polyopathologiques (contexte de vieillissement de la population) ;
- Revoir la nomenclature des actes pour modifier la hiérarchisation des spécialités les plus choisies par les internes sur des objectifs de santé publique et non pas sur le seul critère de la lucrativité attendue.

Accompagner les évolutions des métiers du soin

- La hausse du niveau d'études des professions paramédicales doit permettre de passer d'une logique de décrets d'actes à une logique de décrets de compétences ;
- S'appuyer mieux sur les compétences de chacun suppose de développer les équipes pluriprofessionnelles, les protocoles de coopération et les pratiques avancées ;
- La reconnaissance de la formation continue (ex : des Diplômes Universitaires) et des compétences, par le biais statutaire.

Une campagne de communication ciblée

Une campagne de communication massive à propos des professions de santé est nécessaire pour nourrir la dynamique d'attractivité du secteur. Elle porterait un message fort autour du sens des métiers et du potentiel de recrutement élevé, par la création d'une marque blanche employeur autour du service public de la santé.

2 cibles sont prioritaires : les lycéens et les professionnels en reconversion.

Ces campagnes seraient une opportunité de mettre en avant les nouvelles rémunérations des professionnels (suite au Ségur, les IDE et AS ont connu une hausse moyenne de leur rémunération de +250 euros net / par mois⁵) et de mettre fin aux idées reçues en matière de rémunération dans la fonction publique hospitalière. Quelques exemples de rémunérations sont précisés ci-après :

- IDE⁶ : 2 026 € nets mensuels après 1 an de carrière, 2 924 € nets mensuels après 20 ans de carrière (niveau licence, Bac +3)
- AS : 1 790 € nets mensuels après 1 an de carrière, 2 429 € nets mensuels après 20 ans de carrière (formation d'un an)

⁵ Simulateur Ségur de la FHF : <https://simulateur-segur.fhf.fr>

⁶ <https://www.lefigaro.fr/conjoncture/grace-au-segur-une-infirmiere-experimentee-gagne-3398-euros-nets-par-mois-20210720>

3^{ème} objectif : amplifier les politiques d'attractivité et de fidélisation au sein des hôpitaux publics

Depuis le début de la crise sanitaire, les personnels hospitaliers ont montré leur extraordinaire engagement professionnel, leur réactivité et leur capacité d'adaptation. Leur effort a suscité un formidable élan de solidarité et de reconnaissance de la part de la population. Pour autant, ces métiers de sens peinent à attirer et à fidéliser dans la durée.

Donner du sens au travail, reconnaître les compétences et l'engagement, ou encore impliquer les agents dans les choix organisationnels sont des éléments de motivation incontournables. La qualité du management de proximité participe de la satisfaction au travail des agents. De même qu'un dialogue social constructif et des marges de manœuvre locales permettent d'adapter la politique d'établissement à ses spécificités.

Pour concrétiser l'envie de chacun de prendre collectivement soin de nos professionnels de santé, pour encourager ceux qui souhaitent travailler à l'hôpital public, la FHF appelle à des actions ambitieuses afin de mieux valoriser financièrement l'engagement et améliorer les conditions de travail.

Après un premier cycle majeur engagé par le Ségur sur les rémunérations socles (CTI, revalorisation des métiers du soins, refonte des grilles médicales), il faut tendre vers un meilleur partage des contraintes entre tous les acteurs de la santé. Ainsi, une revalorisation pérenne des rémunérations du travail de nuit et de week-end, mais aussi garantir la conciliation entre la vie privée et professionnelle dans de nouvelles politiques sont des leviers à consolider

Mieux rémunérer le travail de nuit et le week-end et revoir l'organisation de la permanence des soins (PDS) pour partager réellement les contraintes d'exercice entre les professionnels du territoire

- Instaurer un schéma de PDS commun entre établissements et ambulatoire (PDSES / PDSA) pour concrétiser la notion de « responsabilité collective » en cours d'inscription dans la loi ;
- Revaloriser de manière pérenne les indemnités hospitalières de permanence des soins (maintien du tarif majoré de 50% des sujétions), les indemnités de travail de nuit et rénover le dispositif des astreintes pour aller vers davantage de forfaitisation ;
- Donner aux établissements les mêmes possibilités d'ajuster les modalités de rémunération du temps de travail supplémentaire des médecins que celles qui existent pour les professions paramédicales en tension ;
- Lutter contre les dérives de l'intérim dérégulé, qu'il soit médical ou paramédical, en fixant des critères d'accès à ces missions ;
- Favoriser l'exercice mixte public/libéral par l'extension à l'ensemble des professions paramédicales de l'exercice à temps non complet.

Mieux valoriser l'engagement individuel et collectif

- Conduire au plus vite une refonte du régime indemnitaire devenu illisible (une centaine de primes) autour des critères de la technicité du poste, du mangement, des contraintes d'exercice et de l'investissement individuel ;
- Maintenir les crédits pour financer dans la durée les primes d'engagement collectif et inscrire dans le temps cette dynamique de projets.

Prévenir l'usure professionnelle en améliorant les conditions de travail, par une politique financée de prévention

- Engager un plan spécifique d'attractivité de la filière de santé au travail ;
- Dimensionner à un niveau suffisant le fonds de prévention de l'usure professionnelle proposé dans le cadre de la réforme des retraites, notamment pour réduire les troubles musculosquelettiques et assurer le maintien en emploi ;
- Accélérer le calendrier de financement de la protection sociale complémentaire (complémentaire santé et prévoyance) pour protéger les hospitaliers publics avant l'échéance de 2026 ;
- Développer la conciliation et la médiation pour assurer une meilleure gestion des conflits afin de rétablir un climat apaisé d'exercice professionnel au bénéfice de la qualité des prises en charge.

Faciliter la conciliation vie privée et vie professionnelle

- Appui financier au développement de crèches hospitalières et autres solutions de garde d'enfants, sortie d'écoles ;
- Travailler avec les collectivités territoriales pour proposer des solutions de logements pour les agents hospitaliers publics. Ces solutions pourraient être gérées en propre ou par partenariat avec des opérateurs publics locaux, par exemple en créant des groupements rassemblant plusieurs employeurs publics présents sur un même territoire.

Donner davantage de souplesse d'organisation aux établissements pour adapter les cycles de travail et favoriser un management participatif

- Généraliser les formations au management des chefs de service et cadres de proximité. Cet essor managérial doit favoriser la délégation de gestion (crédits de remplacements et d'intérim, petits investissements du quotidien, formation, actions et initiatives relatives à la qualité de vie au travail...) et l'adaptation des cycles de travail ;
- Conforter le binôme directeur/PCME comme un tandem du pilotage de l'établissement en généralisant les chartes de gouvernance.

Annexes

Éléments statistiques sur la Fonction publique hospitalière (FPH)

La fonction publique hospitalière compte près de 1 200 000 professionnels

- **Un taux de féminisation élevé** : 78% de femmes parmi les professionnels de la fonction publique hospitalière (médicaux et non-médicaux)
- **Le versant le plus jeune de la fonction publique** : l'âge moyen est de 42 ans (contre 44 ans pour l'ensemble de la fonction publique). Seuls 31% des professionnels de la FPH ont plus de 50 ans (contre 32% dans la FPE et 43% dans la FPT)
- **Des métiers sujets à pénibilité** : en 2021, 42,4% des fonctionnaires hospitaliers occupaient un emploi relevant de la catégorie active. Dans la filière soignante, 13 000 sage-femmes, 170 000 aides-soignants et 65 000 agents des services hospitaliers appartiennent ainsi à la catégorie active ainsi que les 70 000 infirmières ayant fait le choix de demeurer en catégorie B.
 - Relèvent de la **catégorie active** dans la FPH les agents ayant travaillé au moins 17 ans au sein des corps fixés par arrêté. L'âge d'ouverture des droits à la retraite de ces agents est de 5 ans inférieur à celui de la population générale, soit actuellement 57 ans. Historiquement, de nombreux métiers paramédicaux relevaient de la catégorie active mais beaucoup ont été reclassés (infirmier, IBODE, IADE, masseurs kinésithérapeutes...) vers la catégorie A et ont perdu le bénéfice de la catégorie active.
 - En 2021, l'âge moyen de départ en retraite de la catégorie active est de 59,8 ans.
- **Des professionnels aux horaires de travail atypiques** : seuls 25% des professionnels ont une semaine de travail standard (du lundi au vendredi avec des horaires de travail entre 7h et 20h).
- **Une part importante de professionnels à faible niveau de revenu** : 48% d'agents occupent des emplois appartenant à la catégorie C en 2020, tandis que le revenu mensuel net médian dans la fonction publique hospitalière est de 2119€
- **Une part importante de professionnels à temps partiel** : 22% des agents publics hospitaliers sont à temps partiel.

Focus effectifs salariés des hôpitaux publics au 31 décembre 2020 (DREES, 2022)

Les salariés du secteur public hospitalier sont répartis dans plus de **240 emplois et métiers** et plus de **1 070 000 agents**. Voici quelques grandes cohortes identifiées par la DREES :

1. Les aides-soignants : **230 264** dans le secteur public
2. Les infirmiers : **265 331 IDE** dans le secteur public
3. Médecins titulaires et contractuels : **94 499** dans le secteur public
4. Filière administrative : **107 524** dans le secteur public

ANNEXE II : Enquête DREES – Juillet 2023

ÉTUDES et RÉSULTATS

juillet 2023
n° 1277

Près d'une infirmière hospitalière sur deux a quitté l'hôpital ou changé de métier après dix ans de carrière

L'évolution de l'offre de soins infirmiers à l'hôpital dépend notamment des décisions des infirmières hospitalières de poursuivre l'exercice de leur profession et de l'évolution de leur volume de travail. Sur une période d'observation de trente ans, entre 1989 et 2019, 54 % des infirmières hospitalières le sont toujours après dix années de carrière. Cette part est plus faible pour celles qui ont commencé à exercer à la fin des années 2000 (50 %) que pour leurs aînées entrées dans la profession au début des années 1990 (60 %). 11 % d'entre elles continuent à pratiquer en tant qu'infirmières salariées, mais dans d'autres secteurs que l'hôpital, et 7 % exercent toujours à l'hôpital mais ont changé de métier. Les autres exercent en libéral, se tournent vers une autre profession ou sont sans emploi.

Parmi les infirmières qui ont commencé leur carrière à l'hôpital dans la seconde moitié des années 2000, 10 % sont infirmières libérales à titre exclusif dix ans plus tard et 11 % sont sans emploi.

Bien que les dix premières années de carrière coïncident souvent avec la naissance des enfants, la parentalité n'explique pas ces sorties de l'emploi salarié de la profession d'infirmière hospitalière. En revanche, devenir mère conduit à une diminution du volume de travail des infirmières salariées.

Pierre Pora (DREES)

L'offre de soins infirmiers à l'hôpital¹, déterminée en premier lieu par les effectifs, dépend non seulement du recrutement de nouvelles infirmières², mais aussi des trajectoires professionnelles ultérieures des infirmières déjà présentes. Ces parcours sont étudiés à partir des données administratives du Panel tous actifs produit par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) [encadré 1].

21 % des infirmières hospitalières quittent leur emploi salarié après dix ans de carrière

Les personnes entrées dans la profession d'infirmière entre 1989 et 2019 sont de moins en moins nombreuses à occuper, au cours des années, un emploi salarié, hospitalier ou non (*graphique 1a*). Ainsi, alors qu'au départ, par construction, toutes occupent un emploi salarié, elles ne sont plus que 87 % dans ce cas au bout de cinq ans et 79 % au bout de dix ans. ***

1. Repérer exactement cette profession à partir des données administratives sur l'emploi et les salaires n'est pas possible sur une longue période parce que la profession détaillée n'est pas systématiquement remplie pour les postes salariés avant 2009. L'approche retenue dans cette étude conduit à inclure dans le champ d'autres professions de santé avec un statut de salarié hospitalier (notamment les sages-femmes, les spécialistes de la rééducation et les techniciens médicaux), ainsi que quelques professions du travail social elles aussi exercées dans le milieu hospitalier. Lorsque la profession détaillée est observée, ces autres professions constituent environ 20 % des effectifs.

2. Les noms des professions et catégories désignées au long de l'article sont accordés au féminin lorsqu'ils désignent une majorité de femmes (accord de genre majoritaire).

Retrouvez toutes nos données sur [data.drees](https://data.drees.fr)

Encadré 1 Sources, champ et concepts

Sources

Cette étude mobilise le Panel tous actifs produit par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Ce fichier longitudinal suit les périodes d'emploi salarié, d'emploi non salarié et de chômage indemnisé pour un échantillon représentatif (1/24 puis 1/12 à partir de 2002) de la population française (DROM compris). Il combine des informations issues de plusieurs sources sociales qui permettent de renseigner, sur les périodes d'emploi salarié et non salarié d'un même individu : déclarations annuelles de données sociales et fichiers de paie des agents de l'État, pour les périodes d'emploi salarié et de chômage indemnisé ; déclarations sociales des indépendants et fichiers administratifs propres aux travailleurs indépendants gérés par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), organismes qui recouvrent les cotisations et contributions sociales des non-salariés, pour les périodes d'emploi non salarié.

Le Panel tous actifs permet de suivre l'emploi salarié depuis 1988 et l'emploi indépendant à partir de 2005. Il informe chaque année sur les revenus professionnels d'un individu, caractérise les emplois occupés, notamment en termes de profession et de volume de travail, l'entreprise employeuse ou l'activité du non-salarié (secteur, localisation, statut juridique, etc.).

Le Panel tous actifs est ici apparié avec l'échantillon démographique permanent (EDP), qui informe notamment sur la vie familiale des individus concernés en rassemblant une partie de l'information issue des recensements de la population et des bulletins d'état civil. Dans le cas présent, il s'agit essentiellement de pouvoir associer à chaque personne la date de naissance de son premier enfant, si elle en a un. Cet appariement avec l'EDP exige de réduire le taux de sondage à 1/20 sur la période étudiée.

Champ

Le champ de cette étude couvre l'ensemble des personnes ayant commencé une carrière d'infirmière hospitalière pour une durée d'au moins six mois en France métropolitaine entre 1989 et 2019. Cela exclut les personnes qui occupaient déjà un poste dans cette

profession en 1988, de sorte qu'observer leur début de carrière dans les données du Panel tous actifs est impossible.

Délimiter exactement ce champ à partir des données du Panel tous actifs n'est pas possible, parce que la profession détaillée n'est pas systématiquement remplie pour les postes salariés avant 2009. En pratique, la délimitation repose sur les postes salariés dont la catégorie socioprofessionnelle à deux positions (professions intermédiaires de la santé et du travail social) et le secteur d'activité (activités hospitalières) sont cohérents avec le champ visé, avec une correction pour des erreurs transitoires de codage de la catégorie socioprofessionnelle. Sont finalement retenues toutes les personnes ayant occupé un de ces postes pendant au moins six mois répartis au plus sur deux années consécutives à partir de 1989 (mais qui n'occupaient pas un de ces postes en 1988). Lorsque la profession détaillée est observée, près de 80 % des postes de professions intermédiaires de la santé et du travail social dans le secteur hospitalier sont bien des postes d'infirmières. Les personnes retenues sont finalement observées tout au long de la période qui suit ce premier poste, qu'elles continuent ou non d'occuper ce type de poste.

Concepts

Le volume de travail en équivalent temps plein (EQTP) est une mesure qui permet d'agréger les différentes marges d'ajustement du temps de travail salarié. Pour les salariés à temps complet ayant occupé leur poste toute l'année, il vaut toujours 1. Pour les personnes qui n'occupent aucun poste salarié sur une année, il vaut toujours 0. Pour les salariés à temps complet ayant travaillé une partie de l'année, il est égal au nombre de jours rémunérés divisé par 365. Enfin, pour les salariés à temps partiel, il est égal au nombre d'heures rémunérées divisé par la médiane du nombre d'heures rémunérées des salariés à temps complet toute l'année, du même secteur et de la même profession.

Le poste principal d'un salarié correspond à l'établissement pour lequel le nombre de jours rémunérés une année donnée est le plus élevé, puis, en cas d'égalité, celui qui lui a versé la rémunération la plus importante.

*** Le nombre d'heures travaillées par les personnes qui occupent un emploi salarié est mesuré par le concept d'emploi équivalent temps plein (EQTP), qui tient compte du travail à temps partiel ou sur une seule partie de l'année³ (encadré 1). L'insertion professionnelle peut se faire en cours d'année, d'où un niveau d'emploi EQTP moindre l'année de l'entrée dans la profession. Ensuite, le niveau d'emploi EQTP reste assez stable à partir d'un an d'ancienneté et s'établit à 0,87 EQTP en moyenne après cinq ans et 0,85 après dix ans (tableau complémentaire A⁴).

Le volume de travail salarié total offert par les infirmières hospitalières tout au long de leur carrière peut être mesuré en comptant, d'une part, pour celles qui occupent un emploi salarié, leur emploi EQTP et, d'autre part, pour les autres, un volume de travail salarié égal à 0. Les entrées en emploi salarié en cours d'année expliquent le fait que le volume de travail salarié total moyen des personnes qui ont, à un moment de leur vie, exercé en tant qu'infirmière à l'hôpital augmente en tout début de carrière. Après cette phase, le volume de travail salarié moyen de ces personnes décroît. Ainsi, alors que celui-ci est égal à 0,84 EQTP un an après leur entrée dans

la profession, il ne vaut plus que 0,76 après cinq ans et 0,67 après dix ans (graphique 1b). Ce déclin s'explique principalement par le fait qu'une part de plus en plus importante de ces personnes n'ont pas d'emploi salarié. De fait, cinq ans après leur entrée dans la profession, 13 % d'entre elles n'occupent aucun emploi salarié au cours de l'année et 21 % après dix ans.

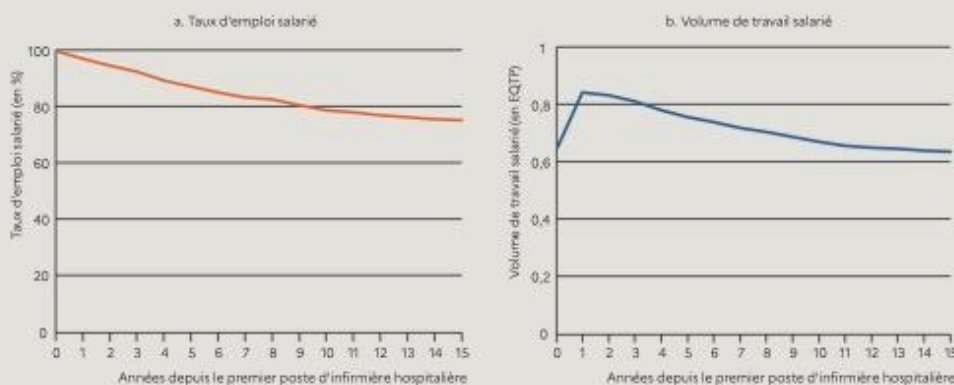
65 % des infirmières hospitalières sont toujours infirmières salariées après dix ans de carrière

Sur la période considérée (1989-2019), parmi les personnes qui ont encore un emploi salarié cinq ans après leur premier poste d'infirmière hospitalière, 67 % exercent toujours cette profession à l'hôpital, 9 % sont toujours infirmières salariées mais pour un autre type d'employeur (par exemple un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [Ehpad], une administration publique ou une agence d'intérim), 6 % ont changé de métier mais sont restées dans le secteur hospitalier⁵ (par exemple dans un emploi administratif) et 5 % ont changé de profession et de secteur (par exemple en devenant professeure des écoles) (graphique 2).

3. Par exemple, une personne travaillant à temps complet tout au long de l'année aura un emploi EQTP de 1, alors qu'une personne travaillant à mi-temps tout au long de l'année ou à temps complet pendant six mois aura un emploi EQTP de 0,5.

4. Les tableaux complémentaires sont disponibles avec les données associées à cette étude (lien en fin de publication).

5. Le passage d'un emploi d'infirmière à un emploi de cadre de santé ou le passage d'un emploi d'infirmière en soins généraux à un emploi d'infirmière spécialisée ne sont pas considérés ici comme des changements de profession, les professions étant définies à partir de la catégorie socioprofessionnelle à deux positions (encadré 1).

Graphique 1 Volume de travail et taux d'emploi salarié des infirmières hospitalières au long du cycle de vie

EQTP : équivalent temps plein.

Lecture > Dix ans après leur premier poste comme infirmière hospitalière, 79 % des personnes ayant exercé cette profession occupent encore un emploi salarié. Le volume de travail salarié dix ans après un premier poste comme infirmière hospitalière est en moyenne de 0,67 EQTP, en incluant, avec un volume de travail nul, celles qui n'occupent pas d'emploi salarié.

Champ > Ensemble des personnes ayant commencé pour au moins six mois un poste salarié de professions intermédiaires de la santé et du travail social dans le secteur hospitalier public ou privé, France métropolitaine, 1989-2019.

Sources > Insee, Panel tous actifs et échantillon démographique permanent ; calculs DREES.

> Études et Résultats n° 1277 © DREES

Après dix ans de carrière, 54 % d'entre elles continuent à occuper un emploi salarié comme infirmières hospitalières, 11 % comme infirmières salariées dans un autre secteur, 7 % toujours dans le secteur hospitalier mais avec un autre métier et, enfin, 7 % comme salariées d'une autre profession dans un autre secteur.

La part des infirmières hospitalières occupant encore cette profession à l'hôpital dix ans après le début de leur carrière décroît

Les proportions d'infirmières hospitalières exerçant toujours la même profession cinq et dix ans après le début de leur carrière ont varié au fil des générations au cours de la période considérée. Ainsi, la part de celles qui sont toujours infirmières à l'hôpital cinq ans après le début de leur carrière atteint 69 % pour celles entrées dans la profession entre 1990 et 1994, avant de décliner progressivement jusqu'à 64 % pour celles qui y sont entrées entre 2005 et 2009, puis de remonter à 72 % pour celles entrées entre 2010 et 2014 (graphique 3). Pour cette dernière génération, le devenir à dix ans ne peut pas encore être observé. En revanche, le taux à dix ans a décliné au fil des générations pour lesquelles il peut être examiné : il passe de 60 % pour les infirmières hospitalières qui ont commencé leur carrière entre 1990 et 1994 à 50 % pour leurs homologues entrées dans la profession vingt ans plus tard.

Après dix ans, une infirmière hospitalière sur dix a quitté son emploi salarié pour un exercice libéral exclusif

Pour les infirmières, les sorties de l'emploi salarié peuvent se faire vers l'exercice libéral qui leur est ouvert, sous certaines conditions

d'expérience en termes d'exercice salarié. Ces conditions exigent principalement de pouvoir justifier de deux ans d'expérience comme infirmière salariée dans une structure de soins généraux⁶, sous la responsabilité d'un médecin ou d'une infirmière cadre, ou de six mois d'expérience en tant que remplaçante d'une infirmière libérale. Tenir compte de l'exercice libéral est donc essentiel pour comprendre, d'une part, ce qui peut motiver des infirmières à quitter l'exercice salarié de leur profession à l'hôpital et, d'autre part, pour apprécier l'offre globale de soins infirmiers.

Si la part de personnes exclusivement salariées parmi celles qui ont exercé comme infirmière hospitalière pour la première fois entre 2006 et 2019⁷ décroît au fil des carrières, la part de celles qui occupent un emploi indépendant, de façon exclusive ou non, augmente au cours du temps (graphique 4), avant de plafonner puis de décroître légèrement au-delà de dix ans. Ainsi, 13 % d'entre elles ont un emploi indépendant cinq ans après leurs débuts comme infirmière hospitalière, et 17 % après dix ans. Cela s'explique principalement par le choix d'exercer comme infirmière libérale, qui concerne 5 % d'entre elles à titre exclusif et 4 % à titre mixte après cinq ans, puis 10 % à titre exclusif et 2 % à titre mixte après dix ans. L'exercice mixte correspond ici au fait d'avoir à la fois un emploi indépendant d'infirmière libérale et un emploi salarié la même année civile ; la part d'exercice mixte est probablement surestimée au détriment de la part d'exercice exclusif du fait de passages du salariat exclusif au libéral exclusif qui peuvent se faire en cours d'année et sont ici considérés comme un exercice mixte sur l'année de transition.

L'emploi indépendant dans d'autres professions est nettement plus rare : au bout de cinq ans, 1 % des effectifs occupent exclusivement un emploi indépendant d'une autre profession, et 2 % en même

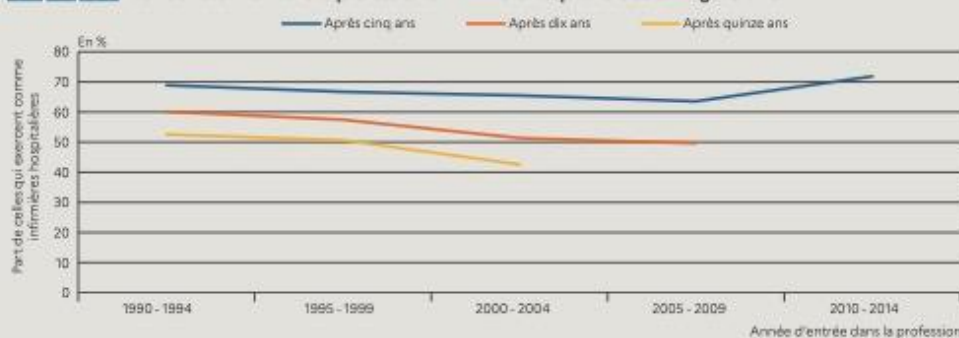
6. Les structures de soins généraux incluent les hôpitaux, cliniques, Ehpad et centres de santé mais elles excluent les laboratoires d'analyses, crèches, services de protection maternelle et infantile (PMI) et services de médecine préventive ou du travail.

7. Les données ne permettent pas de suivre l'emploi indépendant des personnes ayant commencé à exercer comme infirmière hospitalière plus tôt que 2006 sur l'intégralité de leur carrière (encadré 7).

Graphique 2 Décomposition de l'emploi salarié par année depuis le premier poste d'infirmière hospitalière

Lecture > Dix ans après leur premier poste comme infirmière hospitalière, 54 % des personnes exercent encore en tant qu'infirmière hospitalière, dans le public ou le privé.
Champ > Ensemble des personnes ayant commencé pour au moins six mois un poste salarié de professions intermédiaires de la santé et du travail social dans le secteur hospitalier public ou privé, France métropolitaine, 1989-2019.
Sources > Insee, Panel tous actifs et échantillon démographique permanent ; calculs DREES.

> Études et Résultats n° 1277 © DREES

Graphique 3 Taux de rétention dans la profession d'infirmière hospitalière selon la génération

Lecture > Dix ans après leur premier poste comme infirmière hospitalière, 60 % des personnes entrées dans cette profession entre 1990 et 1994 occupent encore un emploi d'infirmière hospitalière, dans le secteur public ou privé.
Champ > Ensemble des personnes ayant commencé pour au moins six mois un poste salarié de professions intermédiaires de la santé et du travail social dans le secteur hospitalier public ou privé, France métropolitaine, 1989-2019.
Sources > Insee, Panel tous actifs et échantillon démographique permanent ; calculs DREES.

> Études et Résultats n° 1277 © DREES

temps qu'un emploi salarié. Les proportions correspondantes s'élèvent à 3 % et 2 % après dix ans. Enfin, la part des personnes qui n'ont aucun emploi en France métropolitaine (chômeuses, inactives ou ayant quitté le champ de l'étude en partant à l'étranger par exemple) augmente au cours du temps. Elle est de 5 % cinq ans après le premier poste d'infirmière hospitalière, et de 11 % dix ans après.

Les premières années de carrière sont souvent celles de la naissance du premier enfant

L'accès à un emploi stable augmente la probabilité de vivre en couple et d'avoir des enfants (Landaud, 2021). Cela explique vraisemblablement pourquoi, alors que 26 % des infirmières ont

déjà un enfant lorsqu'elles accèdent à leur premier poste d'infirmière hospitalière, si l'on considère ensemble femmes et hommes, cette proportion augmente rapidement au cours des années suivantes. Ainsi, celle-ci a plus que doublé (58 %) cinq ans plus tard pour atteindre 79 % dix ans plus tard (tableau complémentaire 8). L'âge moyen de début de carrière s'élève à 28 ans. Il diffère largement entre celles qui, à ce moment-là, ont déjà un enfant et les autres. Les premières sont âgées de 39 ans en moyenne lorsqu'elles occupent leur premier poste, les autres entrent en moyenne à 25 ans dans la profession.

La hausse très rapide de la part d'infirmières ayant un enfant en début de carrière signifie qu'une part importante des personnes qui exercent pour la première fois comme infirmière hospitalière

vont, dans les années suivantes, avoir un ou des enfants. Dans la mesure où il s'agit d'une profession extrêmement féminisée (83 % des effectifs considérés ici) et parce que de nombreuses femmes réduisent leur activité professionnelle sur le marché du travail en devenant mère (Kleven, et al., 2019), on peut se demander si cette arrivée d'enfant explique au moins partiellement les flux de sortie de la profession.

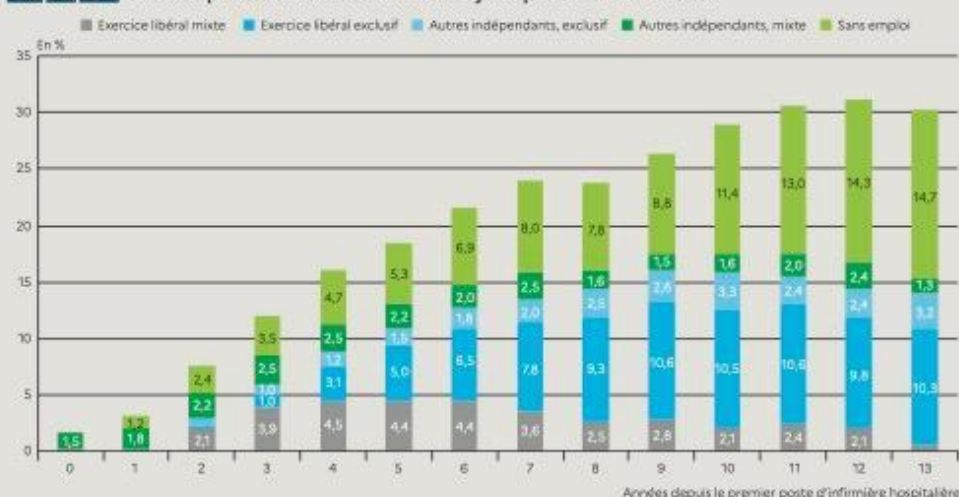
Le fait de devenir mère conduit à diminuer son volume de travail salarié mais n'explique pas les sorties de l'emploi salarié

En partant du principe qu'à l'intérieur d'une cohorte de femmes qui deviennent infirmières hospitalières au même moment et au même âge une partie d'entre elles vont avoir leur premier enfant

plus ou moins tôt, il est possible, sous certaines hypothèses, de quantifier l'effet de devenir mère sur le taux d'emploi salarié et le volume de travail salarié (**encadré 2**). Après la naissance du premier enfant, cet effet sur le taux d'emploi salarié reste très proche de 0 (tableau complémentaire C). En d'autres termes, le fait de devenir mère ne conduit pas les femmes qui ont occupé un poste d'infirmière hospitalière à se retirer de l'emploi salarié. De même, il n'influe pas sur la décision de rester infirmière hospitalière (tableau complémentaire D).

En revanche, devenir mère conduit bien les femmes qui ont exercé la profession d'infirmière hospitalière à diminuer leur volume de travail salarié. Plus précisément, elle conduit à diminuer de 0,14 EQTP leur volume de travail salarié cinq ans après la naissance de leur premier enfant et de 0,22 EQTP dix ans après (**graphique 5**).

Graphique 4 Situation professionnelle des infirmières ayant quitté le salariat exclusif



Lecture > Dix ans après leur premier poste comme infirmière hospitalière, 71 % des personnes ayant exercé cette profession sont exclusivement salariées. Les 29 % restantes se répartissent en 2 % qui exercent comme infirmière libérale tout en occupant également un emploi salarié, 10 % qui exercent exclusivement comme infirmières libérales, 3 % qui occupent exclusivement un emploi indépendant d'une autre profession, 2 % qui occupent à la fois un emploi indépendant d'une autre profession et un emploi salarié, et enfin 11 % qui n'occupent aucun emploi (chômeuses, inactives ou ayant quitté le champ de l'étude en partant à l'étranger par exemple).

Champ > Ensemble des personnes ayant commencé pour au moins six mois un poste salarié de professions intermédiaires de la santé et du travail social dans le secteur hospitalier public ou privé, France métropolitaine, 2006-2019.

Sources > Insee, Panel tous actifs et échantillon démographique permanent ; calculs DREES.

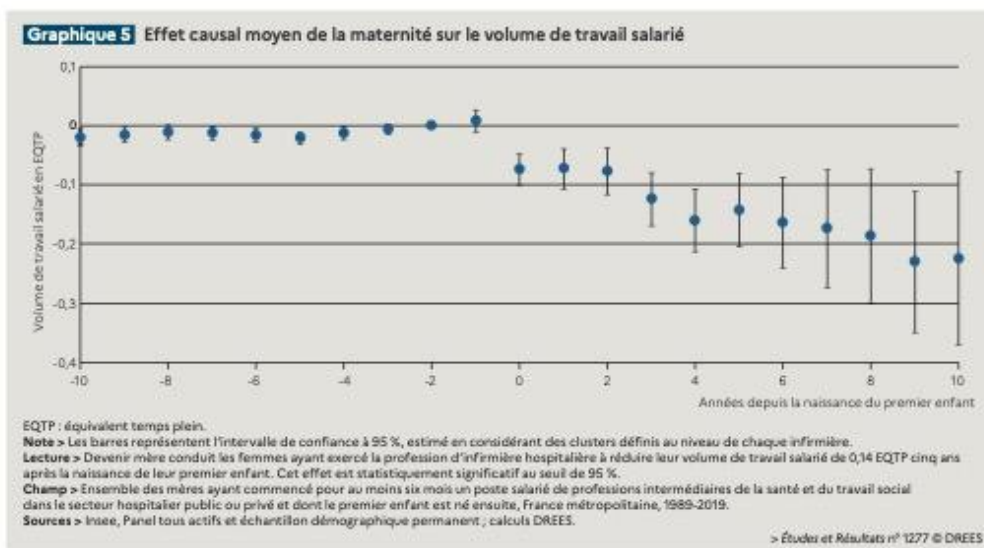
> Études et Résultats n° 1277 © DREES

Encadré 2 Identifier l'effet causal de la parentalité

Une variation de l'approche de « différence-de-différences », dite « *difference to difference event-study* », permet d'identifier sous des hypothèses raisonnables l'effet causal de la condition de mère sur l'offre de travail des femmes qui ont exercé à un moment de leur vie la profession d'infirmière hospitalière. Cette approche avance deux hypothèses essentielles. La première est que cet effet est nul avant la dernière année précédant la naissance du premier enfant. La seconde est que si elles n'avaient pas eu d'enfant, l'offre de travail des femmes qui ont eu leur premier enfant le plus tôt aurait progressé de la même façon que celle de leurs homologues nées la même année et qui ont commencé leur carrière d'infirmière hospitalière au même moment, mais qui ont eu leur premier enfant plus tard.

Utiliser cette comparaison entre des femmes qui ont leur premier

enfant à des dates différentes pour estimer l'effet de la condition de mère avant la naissance du premier enfant permet de vérifier qu'avant cette naissance leur offre de travail progresse bien de la même façon. Il s'agit d'une sorte de test placebo qui vient supporter la crédibilité de l'une des deux hypothèses centrales pour la validité de cette approche, lorsque l'effet estimé avant la naissance est bien nul comme attendu. Que ce soit pour le taux d'emploi salarié ou le volume de travail salarié en équivalent temps plein (EQTP), les effets estimés avant la naissance du premier enfant sont nuls ou négligeables (graphique 5 et tableau complémentaire C). Cela permet de s'assurer que la comparaison entre mères qui ont eu leur premier enfant plus ou moins tôt après leur entrée dans la profession d'infirmière hospitalière est une façon acceptable d'estimer l'effet causal de la maternité sur l'offre de travail.



Cette diminution s'explique essentiellement par des passages à temps partiel. La fréquence de ces passages à temps partiel est comparable à celle qu'on peut mesurer sur la totalité de l'emploi salarié. Cependant, pour l'ensemble des femmes salariées, il est beaucoup plus courant de quitter un emploi salarié quand on devient mère (Meurs, Pora, 2019). En définitive, compte tenu de la part d'infirmières concernées, la contribution de cet effet à l'évolution du volume de travail salarié total des infirmières

hospitalières – quels que soient leur sexe ou leur choix de devenir mère – est de -0,06 EQTP au bout de dix ans de carrière. Cette réduction transite principalement par une diminution de l'emploi EQTP des personnes occupant un emploi salarié. ●



Télécharger les données associées à l'étude

Mots clés : **Hôpital** **Infirmier** **Professions de santé** **Trajectoire professionnelle** **Mode d'activité**
Conditions de travail **Emploi** **Maternité**

Pour en savoir plus

- > Barlet, M., Cavillon, M. (2010, novembre). La profession infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles. DREES, Documents de travail (1989-2019), 101.
- > Landaud, F. (2021, décembre). From employment to engagement? Stable jobs, temporary jobs, and cohabiting relationships. *Labour Economics*, 73.
- > Meurs, D., Pora, P. (2019, décembre). Égalité professionnelle entre les femmes et les hommes en France : une lente convergence freinée par les maternités. *Economie et Statistique/Economics and Statistics*, 510-511-512, pp. 109-130.
- > Kleven, H., Landais, C., Søgaard, J.E. (2019, octobre). Children and Gender Inequality: Evidence from Denmark. *American Economic Journal: Applied Economics*, 11(4), pp. 181-209.

> Publications
drees.solidarites-sante.gouv.fr
> Open Data
data.drees.solidarites-sante.gouv.fr
> Nous contacter
DREES-INFO@solidarites-sante.gouv.fr
> Contact presse
DREES-PRESSE@solidarites-sante.gouv.fr

Directeur de la publication : Fabrice Lenglet
Responsable d'édition : Valérie Bauer-Eubriet
Rédactrice en chef technique : Céline Roux
Chargées d'édition : Élisabeth Castaing, Laurence Lefebvre
Composition et mise en pages : Drapeau Blanc
Conception graphique : DREES
Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources
ISSN électronique 1146-9129 - AIP 0001384

Les destinataires de cette publication sont informés de l'existence à la DREES d'un traitement de données à caractère personnel les concernant. Ce traitement, sous la responsabilité du directeur de la publication, a pour objet la diffusion de la publication de la DREES. Les données utilisées sont l'adresse, le prénom, le nom, l'adresse postale personnelle ou professionnelle. Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les destinataires disposent d'un droit d'accès et de rectification aux données les concernant ainsi qu'un droit d'opposition à l'émission de ce traitement. Ils peuvent exercer ces droits en écrivant à : DREES - Bureau des Publications et de la Communication, 14, avenue Daumesnil - 75200 Paris 12^e ou en envoyant un e-mail à : drees-info@solidarites-sante.gouv.fr

DREES • Études et Résultats • juillet 2023 • n° 1277 • Près d'une infirmière hospitalière sur deux a quitté l'hôpital ou changé de métier après dix ans de carrière

ANNEXE III : Enquête FHF/2019 : L'attractivité des EPS vis-à-vis des professionnels soignants

(Sources : Roux A., Attractivité paramédicale et difficultés de recrutement, Enquête FHF, Revue Hospitalière de France, n°590, septembre 2019)

L'attractivité des EPS vis-à-vis des professionnels soignants

-Présentation de l'enquête

Une enquête de la FHF a été réalisée en 2019¹³¹ sur la thématique de l'attractivité paramédicale et les difficultés de recrutement. Plus de 350 établissements représentant plus de 470 000 agents publics hospitaliers, ont participé à l'enquête en ligne. Parmi ces établissements, la très grande majorité, soit 97 %, rencontre des difficultés de recrutement. Sur les conséquences de ces difficultés de recrutement, ont été identifiées : une sollicitation accrue des équipes de soins et de l'encadrement ; une inquiétude quant à la dégradation de l'atmosphère de travail, voire des tensions sociales et des craintes de baisse de la qualité de prise en charge des patients ou des difficultés à permettre le départ en formation des professionnels.

Le recrutement des professionnels paramédicaux reste un enjeu majeur pour un EPS, la profession des IDE étant la plus représentée. L'objectif de cette enquête était d'établir un diagnostic partagé et de décliner les premières pistes d'actions à mettre en œuvre pour remédier à ce défaut de recrutement et de fidélisation. L'ensemble des établissements est confronté à des postes vacants.

-L'attractivité par cible de recrutement et fidélisation

70 % des répondants observent une hausse des départs de professionnels, notamment pour un exercice libéral. Cet attrait peut s'expliquer par : la flexibilité organisationnelle qu'offre ce type d'exercice ; une demande croissante de professionnels intervenant à domicile et un niveau de rémunération plus élevé, notamment pour les jeunes professionnels. L'exercice infirmier libéral est aujourd'hui minoritaire, mais il progresse. En 2018, sur les quelque 700 000 infirmiers exerçant en France, environ 123 000 exerçaient en libéral, soit près de 18 %, contre un peu moins de 17 % en 2014.

-Quels motifs aux difficultés de recrutement ?

Les réponses à l'enquête mettent en lumière la pluralité des motifs de ce désamour.

Tout d'abord, il est à noter que pour les responsables hospitaliers en ressources humaines, c'est l'image négative des conditions de travail qui nuit le plus à l'attractivité paramédicale.

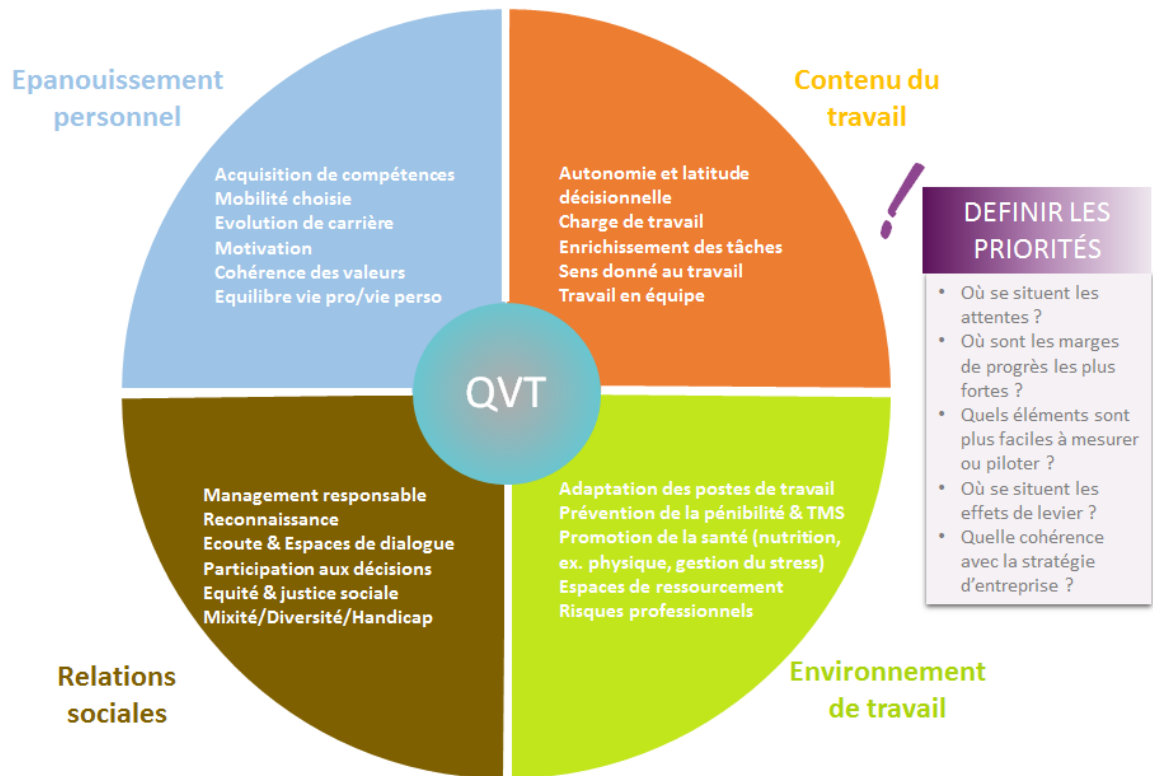
¹³¹ Enquête FHF, « Attractivité paramédicale et difficultés de recrutement », *Revue Hospitalière de France*, n° 590, septembre-octobre 2019.

Ainsi, plus des deux tiers des répondants notent une image négative des métiers paramédicaux. Deux facteurs éclairent ces réponses.

D'une part les métiers du soin seraient confrontés à une intensification du travail (baisse de la durée moyenne de séjour, polypathologie des patients de plus en plus âgés...). D'autre part, l'image des conditions de travail véhiculée dans le grand public se serait dégradée. La rémunération, placée en seconde position, complète le sentiment d'un employeur public hospitalier qui n'aurait pas les moyens de récompenser ses professionnels à la hauteur de leurs compétences et de leur engagement. Les commentaires des répondants font également apparaître un enjeu sociétal qui, s'il dépasse le cadre des secteurs sanitaire et médico-social, risque de présenter un fort impact dans les années à venir : l'évolution du rapport au travail. Les professionnels de santé, et tout particulièrement les jeunes professionnels, accorderaient, comme dans d'autres secteurs d'activité, une plus grande attention à l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle, avec une moindre acceptation des contraintes horaires et statutaires. Dans le contexte hospitalier et médico-social, marqué par les obligations de continuité de service, cette nouvelle approche du travail pourrait constituer un frein à l'attractivité difficile à contourner.

Les résultats de l'enquête en ligne conduite par la FHF en 2019 confirment des difficultés de recrutement de plus en plus fréquentes au sein des établissements. Ils révèlent également l'attention accrue des établissements à cet enjeu d'attractivité, qui se traduit par des stratégies de Ressources Humaines innovantes portant tant sur le recrutement que sur l'accueil, l'accompagnement et **la fidélisation des professionnels.**

ANNEXE IV : Schéma : Les conditions de la qualité de vie au travail (ANACT)



Source : ANACT - <https://www.anact.fr/themes/qualite-de-vie-au-travail>

ANNEXE V : Le Baromètre Santé 360 ° MNH - ODOXA

En 2023, la Mutuelle Nationale des Hospitaliers (MNH) a réalisé une enquête sur l'état de santé des soignants et des personnels hospitaliers. La population de l'étude comprenait les soignants (1140) dont 557 IDE et les Français (1005). L'enquête visait la perception des Français et des professionnels de santé sur l'hôpital, le système de santé et l'attractivité des métiers de la santé : « le Baromètre Santé 360° ».

***Différents constats :**

Les professionnels de santé ont la vocation : Ils adorent leur métier bien plus que les autres Français (63 % soit le double des autres actifs), envisagent moins qu'eux d'en changer, car ils ont tous le sentiment d'effectuer un travail "utile" (95 %) et "intéressant" (93 %). Pourtant, la désillusion s'est profondément installée. C'est le manque de reconnaissance et l'insatisfaction dans des domaines bien précis, doublée de difficultés parfois majeures rencontrées au quotidien qui expliquent ce qui suit : les professionnels de santé sont bien moins heureux au travail que les autres actifs :

- 27 % seulement des professionnels de santé estiment que leur travail est reconnu à sa juste valeur (contre 46 % des Français en général) et 91 % que leurs métiers sont moins reconnus/considérés qu'auparavant,
- 27% seulement des professionnels de santé estiment que leurs perspectives d'évolution sont motivantes (contre 44 % des Français en général),
- 68% des actifs hospitaliers ont envisagé de changer de métier au cours des deux dernières années (même s'ils sont moins nombreux à envisager de changer de métier que le reste des Français dans les cinq prochaines années).

***Différents facteurs d'insatisfaction au travail des personnels soignants sont identifiés :**

-Les professionnels de santé sont finalement moins satisfaits au travail que les autres actifs : seulement 49 % sont satisfaits alors que 70 % des actifs le sont. L'insatisfaction concerne même 60 % des infirmiers et des aides-soignants. Les trois-quarts des professionnels de santé sont mécontents de la prise en compte des risques professionnels, qu'ils soient physiques (73 % de mécontents) ou psychosociaux (76 %).

Une majorité d'entre eux estime ne pas "avoir un bon équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle" : 49 % sont satisfaits vs 72 % des actifs Français, soit 23 points de plus. Les deux-tiers des professionnels de santé (67 %) estiment ne pas "avoir suffisamment de temps pour accomplir leur travail", soit une proportion inverse à celle observée dans la moyenne nationale (68 % des actifs disposent de ce temps). Et une majorité de professionnels de santé (52 % vs 48 %) assurent que leur travail "leur génère un niveau de stress inacceptable", alors que les deux-tiers des actifs en France (66 %) disent l'inverse.

Résultat : 81 % des Français et 92 % des professionnels de santé pensent que les métiers de la santé sont "plus difficiles que les autres" et surtout qu'ils sont moins attractifs qu'auparavant (81 % des Français et 95 % des professionnels de santé le pensent). Ainsi, plus de 8 professionnels de santé sur 10 ne leur conseilleraient pas de devenir infirmier (80 %) ou aide-soignant (82 %) à l'hôpital... Cependant, l'enquête ne se contente pas de tirer une sonnette d'alarme sur les difficultés, elle montre aussi la voie sur les solutions attendues par les professionnels de santé pour améliorer leur situation quotidienne : « le salaire » est, évidemment un sujet majeur, mais il est loin d'être le seul et il est finalement moins prioritairement cité par les professionnels de santé ; l'équilibre vie professionnelle-vie personnelle : c'est leur 2e priorité, à seulement 13 points du salaire, le "sens du travail proposé" qui arrive en 4e position des critères qu'ils citent le plus, et enfin « les conditions de travail proposées" (locaux, matériels à disposition...). C'est la 3e priorité la plus citée par les professionnels de santé.

Schéma de qualité de Donabedian

L'équilibre entre les risques et les bénéfices pour la santé définit la qualité des soins qui est liée à l'utilisation des services médicaux et des ressources

Donabedian propose d'évaluer 3 trois éléments du système de santé : sa structure, les processus et le résultat

- Les **Structures** : aspects physiques et l'organisation des soins : ressources humaines et financières, infrastructures et équipement

- Les **Processus** des soins : en relation avec les structures fournissant les ressources et mécanismes nécessaires personnel soignant

- Les processus ont 2 composantes : les *interventions* (ce qui est fait) Les *services* (comment c'est fait)

- Le **Résultat** est "le changement dans la santé du patient présente ou future qui peut être attribué au soin de santé reçu " Ceci inclut les fonctions sociales et physiologiques de même que les performances physiques et physiologiques.

Les trois aspects mesurables de la qualité: structures, processus et résultats sont intimement liés



Source : Hurlimann C., « Les principes généraux de la qualité », *adsp* n°35, juin 2021, p. 24

ANNEXE VII : Origine du modèle des Hôpitaux magnétiques (HM)

Dans les années 1980 aux Etats-Unis, la pénurie d'infirmiers dans les hôpitaux était déjà manifeste. Plusieurs centres hospitaliers avaient déjà atteint un seuil critique, causant ainsi de nombreux dysfonctionnements. A cette période, l'équipe de chercheurs en soins infirmiers dirigée par M. McClure (Directrice de soins et Professeure en Sciences Infirmières)¹³², s'est intéressée aux établissements qui n'étaient pas confrontés à ces problématiques d'attractivité. Ces établissements "réussissaient en imaginant des organisations des soins qui fonctionnaient comme des « aimants » pour la profession" (McClure et al., 1983)¹³³. La comparaison au magnétisme est ici justifiée par le fait que ces structures étaient capables d'attirer et de retenir les personnels. Les résultats de cette étude seront transcrits en 1983 dans l'ouvrage "Magnet Hospital: Attraction and Retention of Professional Nurse" publié par l'American Academy of Nursing. Cet ouvrage est donc la genèse du concept d'Hôpital Magnétique¹³⁴. L'objectif est de fournir des leviers aux managers en se basant sur des exemples d'établissements qui ne rencontrent pas de difficultés dans la gestion de leurs effectifs.

Cette approche positive, permet aux managers de ne pas se centrer sur les raisons de leurs échecs mais de développer des solutions basées sur les facteurs clés de succès du magnétisme hospitaliers. L'étude s'intéresse donc au processus qui conduit le personnel à rester dans l'établissement et non au processus qui le conduit à partir.

Le concept d'Hôpital Magnétique est aujourd'hui fortement implanté aux Etats Unis. En effet il s'agit d'un outil de labellisation : le Magnet Recognition Program, développé par l'American Nurses Credentialing Center (ANCC). Le label est délivré aux établissements qui remplissent un certain nombre de critères : "les pratiques RH, organisationnelles et managériales identifiées pour rendre optimales l'exercice professionnel des soignants "(ANCC, 2008)¹³⁵. En 2021, l'US News and World Report¹³⁶, publiait le classement des meilleurs hôpitaux aux Etats Unis, les 10 hôpitaux qui arrivent en tête de ce classement ont par ailleurs obtenu le "Magnet Recognition Program". Ce dernier est devenu un outil de référence en matière de qualité des pratiques. Si la réputation de l'Hôpital Magnétique est notamment due aux efforts de l'ANCC pour le populariser Outre Atlantique, nous remarquons son absence dans la certification HAS 2022.

¹³² McClure M., Poulin M., Sovie M. & al, *Magnet hospitals: attraction and retention of professional nurses*, Kansas City, MO : American Nurses' Association, 1983

¹³³ Ibid

¹³⁴ Ibid

¹³⁵ ANCC, *Magnet Recognition Program: Application Manual*, American Nurses Credentialing Center, 2008.

¹³⁶ America's Best Hospitals: the 2022-2023 Honor Roll and Overview | U.S. News (usnews.com)

Au niveau Européen c'est la Belgique qui a souhaité reproduire le modèle avec le projet **ARIQ** (Attraction, Rétention, Implication des Infirmiers et Qualité des Soins)¹³⁷. Il s'agit là d'une démarche participative, portée par l'encadrement, qui adopte un style de management par l'intelligence collective pour intégrer l'avis des professionnels, pour les rendre plus autonomes et plus conscients des valeurs communes de l'établissement de santé agile. Le concept d'hôpital magnétique rentre bien dans la notion «d'organisation qualifiante ou apprenante».



¹³⁷ Pronost AM., « Expérimentation d'un management basé sur le concept d'hôpital magnétique », *ADSP*, mars 2020, n°110, p. 39-40.

GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES INFIRMIERS

Présentation :

Je m'appelle Carole DURIGNEUX, je suis cadre supérieur de santé au CHU d'Angers. Dans le cadre de ma formation en MASTER 2 « Analyse et Management des Organisations de Santé », je réalise un mémoire professionnel sur la thématique de la fidélisation des infirmiers au sein des établissements publics de santé. Ce mémoire traite du lien entre les conditions de travail, la fidélisation des infirmiers et la qualité des soins prodiguée au patient. L'objectif de notre rencontre d'aujourd'hui est de recueillir vos impressions et vos sentiments sur cette thématique.

Recueil du consentement : êtes-vous favorable à l'enregistrement de cet entretien ? Bien évidemment l'ensemble des données recueillies seront traitées de manière anonyme.

Entretien : **Situation du professionnel** :

Pour débiter l'entretien, j'aurai besoin de quelques éléments vous concernant :

- Décrivez-moi brièvement votre parcours professionnel ?
- Qu'est-ce qui vous a amené à devenir IDE ?
- Quelle est votre ancienneté dans ce métier ? Dans cette structure ?
- Quel poste occupez-vous aujourd'hui ? Depuis combien de temps ?
- Avez-vous choisi d'être sur ce poste ? Si oui, pour quelles raisons ?
- Quel est votre projet professionnel ?

THEME 1	FIDELISATION
Objectifs	Définir le terme de fidélisation et déterminer les facteurs de fidélisation
Question 1	Selon vous, comment peut-on fidéliser aujourd'hui un professionnel infirmier ?
Relance	<i>Quels sont les moyens qui permettent à une institution de fidéliser son personnel infirmier ? (Tutorat, livret d'accueil, politique d'intégration ?)</i>
Question 2	Quelles sont vos attentes professionnelles en tant qu'IDE au sein de votre institution ?
Relance	<i>A votre avis, que pourrait améliorer l'institution à son processus de fidélisation ?</i>

Question 3	Au sein de votre établissement, quels sont les actions, les moyens utilisés pour fidéliser un infirmier ? <i>Valorisation des compétences (DP, groupes de travail, GPMC, pratiques avancées) ; évolution professionnelle (FO, FC, soutien de mobilité interne) ; conditions de travail (aménagement du temps de travail ; aide au logement, politique d'accueil du jeune enfant...) ; recherche en soins ; communication-partenariat</i>
Question 4	Qu'est-ce qui vous semblerait primordial comme actions ?
THEME 2	CONDITIONS DE TRAVAIL
Objectifs	Evaluer l'impact des conditions de travail sur la fidélisation et la QVT des professionnels
Satisfaction au travail	
Question 1	Que préférez-vous le plus et le moins dans votre fonction ?
Relance	<i>Les tâches liées à votre fonction sont-elles conformes à ce que vous espérez et à votre description de poste ?</i>
Question 2	Est-ce que votre fonction vous semble suffisamment variée ?
Relance	<i>Etes-vous « challengé » dans votre fonction ?</i>
Question 3	Votre travail vous permet-il d'acquérir de nouvelles compétences ?
Question 4	L'entreprise vous offre-t-elle suffisamment d'opportunités de formation ?
Relance	<i>De quelle manière l'entreprise vous accompagne-t-elle dans votre développement professionnel ? Cela vous semble-t-il suffisant ?</i>
Question 5	Que pensez-vous des possibilités de « combiner » travail et vie privée ?
Relance	<i>Des améliorations sont-elles possibles à ce niveau ?</i>
Supervision et soutien	
Question 1	Avez-vous des rencontres individuelles avec votre encadrement pour connaître les points positifs et les points à améliorer dans votre travail ?
Relance	<i>Est-ce que votre encadrement vous donne des recommandations concrètes sur la manière dont vous pourriez vous améliorer ?</i>
Question 2	Recevez-vous des feedbacks et avez-vous eu la possibilité d'en donner vous-même ?
Relance	<i>Les attendus vous semble t'ils clairs ?</i>
Question 3	Comment se passe votre relation avec votre supérieur hiérarchique direct ?
Relance	<i>Vous sentez-vous soutenu et accompagné par votre supérieur hiérarchique ?</i>
Question 4	Avez-vous accès à toute l'information nécessaire pour faire votre travail ?
Relance	<i>Ces informations vous semble-t-elle suffisamment claires ?</i>

Question 5	De quels moyens supplémentaires auriez-vous besoin pour exercer votre fonction de manière optimale ?
Reconnaissance au travail	
Question 1	Vous sentez-vous reconnu dans votre travail ?
Question 2	Croyez-vous que votre travail soit valorisé ?
Relance	<i>Vous sentez-vous valorisé dans votre travail ?</i>
Question 3	Existe-t-il des récompenses ou une reconnaissance pour les idées novatrices ?
Question 4	Est-ce que votre salaire correspond à vos attentes et à votre travail ? Si non, pourquoi ?
Environnement de travail	
Question 1	Pensez-vous disposer du temps et des ressources nécessaires pour faire votre travail ?
Question 2	Votre environnement est-il source de stress ? Si oui, quelles sont les solutions que vous voyez pour le réduire ?
Relance	<i>Comment vivez-vous la pression dans votre fonction ?</i>
Question 3	Travaillez-vous en collaboration avec les médecins et autres membres de l'équipe ?
Relance	<i>Comment se passe la collaboration avec vos collègues, votre équipe, les autres services ?</i>
Question 4	Est-ce que vos collègues et encadrement vous demandent votre aide afin de résoudre des problèmes ?
Question 5	Quels changements/améliorations apporteriez-vous pour améliorer votre environnement de travail ?
THEME 3	QUALITE DES SOINS
Objectifs	Déterminer les facteurs influençant la qualité des soins
Question 1	Qu'évoque pour vous, dans votre mission quotidienne, la qualité des soins ? La sécurité des soins ?
Question 2	Pensez-vous réaliser des soins de qualité au sein de votre service? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ?
Question 3	Quels sont, pour vous, les facteurs contributifs à la qualité et sécurité des soins ?
Relance	<i>De quoi avez-vous besoin pour délivrer des soins de qualité (environnement, accompagnement, management...) ?</i>
Question 4	Pensez-vous que vos conditions de travail influencent la qualité de vos soins ?

Questions d'ouverture	<ul style="list-style-type: none">- Recommanderiez-vous à d'autres personnes de venir travailler ici ?- Avez-vous une idée des motifs/raisons qui poussent les infirmiers à quitter leur travail ? L'institution ?-Avez-vous des questions, suggestions à ajouter ?
----------------------------------	---

ANNEXE IX : Tableau de la population d'enquête

IDE	LIEU D'EXERCICE	ANCIENNETE DANS LA FONCTION	PROFIL DU SOIGNANT	PARCOURS PROFESSIONNEL	PROJET PROFESSIONNEL
1	CHU : Médecine 1H15	≥ 5 ans => IDE depuis juillet 2019 (IFSI Paris) 100% jour	Famille dans le domaine médical + valeurs soignantes (écoute/relationnel) + importance du relationnel dans les soins : veut moins d'actes techniques	IDE en Neurologie Ped pendant 1 an (Trousseau/Paris) IDE pendant 2 ans en Chir Gynéco (Pitié Salpêtrière/Paris) Mutation depuis 2022 en Neurologie au CHU d'Angers	Envie d'être CS au départ puis plus du tout à ce jour Départ du CHU en septembre prochain pour un projet extra hospitalier : IDE libérale
2	CHU : Pédiatrie 1H25	≥ 15 ans => IDE depuis juillet 2009 (IFSI Angers) IDEP depuis 2023 80% jour	Valeurs soignantes + sentiment d'utilité + aime la PEC aigue du patient (multidisciplines)/ Développe le raisonnement clinique	IDE au SAU pendant 9 ans + SI Neurovasculaire adulte nuit pendant 1 an Réa ped en 2019 pendant 2 ans puis UP avant FO PUER en 2023 Retour UP depuis 01/2024	Projet PUER aux UP accompli (besoin de mettre à profit les acquis de formation) – pas d'autre projet à ce jour – se sent bien aux UP et au sein du pôle
3	CHU : Pédiatrie 1H10	≥ 15 ans => IDE depuis 2006 (IFSI La Flèche) IDEP depuis 2007 80% jour	Métier riche / valorisant et passionnant + Valeurs de soin + Travail en équipe	Depuis 2008 : Oncologie pédiatrique	Souhaite rester en Oncologie péd car s'y sent bien (équilibre vie pro et vie perso) + intérêt du poste (discipline qui évolue tout le temps) – Souhaite par contre s'investir sur les missions transversales dans le service
4	CHU : Chirurgie 55 min	≤ 5 ans => IDE depuis 2020 (Centre val de Loire) 100% jour	Métier riche, passionnant et qui demande de l'engagement, de l'investissement de soi + valeurs professionnelles très importantes	Depuis 2021 : pas de souhait de service particulier : CMA	Très contente de travailler dans ce service car multidisciplinaire (riche professionnellement) Projet pro : mise en place du tutorat des étudiants mais pas de mobilité
5	CHU : Pool secteur médecine adulte 1H35	Entre 5 et 10 ans => IDE depuis 2015 (clinique+ Asso) CHU depuis 2019	Métier riche, passionnant, donne du sens et enrichit de valeurs humaines telles que la diversité sociale et médicale – valorisant	2015-2017 : expérience mixte SSR (CDI) + dans le privé en tant qu'intérimaire (médecine/ehpad) 2017-2019 : souhait de partir à l'étranger => expérience au Togo dans un	-Pas de souhait de mobilité à ce jour/ Se sent épanouit et bien dans son travail – se sent bien de nuit (équilibre trouvé) -Pas de projet pro

		100% nuit		centre de santé (coopération) : laboratoire d'analyse (mission de 1 an renouvelable) Retour en 2019 : CHU Angers sur le pool de secteur du pôle JUPITER (souhait de ne se fixer sur un service précisément)	spécifique à ce jour
6	CHU : Pédiatrie 1H05	≤ 1 an => IDE depuis juillet 2023 (IFSI Angers) 100% de jour pendant 6 mois puis de nuit dans le même service	Famille dans le milieu soignant Souhait de travailler sur le CHU (connaissance /stages)	Depuis DE : Oncopédiatrie (avait candidaté en pédiatrie suite au jobdating : souhait pro honoré)	Pas de projet pro à ce jour – attend d'évoluer professionnellement avant de penser à une mobilité ou un autre projet pro Projet à moyen terme : CS en institut (aime la pédagogie)
7	CHU : Médecine 1H20	≥ 10 ans => IDE depuis 2010 (IFSI Blois) 1 ^{er} poste sur le CHU (pas de poste attractif sur Blois) 100% de jour	CHU : pas forcément le choix de départ mais volonté de monter en compétences + volonté d'être stagiaire rapidement	6 mois en Cardio de nuit puis 4 ans ½ en CCVT (jour) puis demande de mobilité 7 ans en Réa médicale (alternance j/n) 2024 : demande d'intégrer la pédiatrie => Réa néonatal	Projet PUER : concours passés en 2024
8	CHU : Médecine spécialisée 1H10	≥ 10 ans => IDE en 2012 (IFSI Angers) Projet pro : travailler en hémato / Stage prépro en hémato 80% de jour	Intérêt pour le relationnel / le social + métier qui allie le relationnel et technique : riche + travail en collaboration, en équipe pluriprof	En hématologie depuis 12 ans	Ne souhaite pas de mobilité sur un autre secteur de soins actuellement Projet IPA à moyen terme, en milieu hospitalier : souhaite faire de la recherche + souhaite davantage travailler en autonomie
9	CHU : EHPAD 55 min	≤ 5 ans => IDE depuis 2021 (IFSI Le Mans) 100% de jour	Métier : soin des humains + métier relationnel, donnant du sens au travail	Chir gynéco pendant 5 mois EHPAD en décembre 2021: pas un choix (déception++)	Pas de motivation sur le secteur actuel Projet de passer le concours de l'école de puéricultrice pour favoriser départ de l'EHPAD
10	CHU : Médecine 1H20	≥ 30 ans => IDE depuis 1990 (IFSI Vannes) 80% de jour	Métier : tante IDE à domicile et la suivait dans ses tournées : aimait aider les autres, soigner et parler => Importance du respect de l'autre, des valeurs pro	Opportunité de poste en pédiatrie dès le diplôme 1992 : pédiatrie générale 1998 : HDJ pédiatrique 1999 : disponibilité du CHU (suivi de conjoint pendant 2 ans : expérience difficile car	Pas de projet de mobilité Equilibre trouvé à 80% Service de soins varié

				PEC pas en accord avec valeurs Depuis 2015 : médecine polyvalente	
11	CHU : Pédiatrie 1H25	≤ 1 an => IDE depuis 2023 (IFSI Blois) 100% de jour	Famille dans le monde soignant Métier riche et apprenant – mobilise des valeurs humaines	Stage prépro aux UP du CHU => candidature au job dating et recrutement aux UP en juillet 2023 (poste vacant)	Se sent très bien aux UP Projet à moyen terme : école de puer
12	CHU : EHPAD 1H	≥ 5 ans => IDE depuis 2019 (IFSI Angers)	Métier de sens, alliant technique et relationnel	Chirurgie viscérale pendant 3 ans puis Ehpads depuis 2 ans	Projet de mobilité à venir vers le secteur privé
Sources : Durigneux C. (CSS Pôle FME-CHU A , 2024)					

GUIDE D'ENTRETIEN POUR CS-DS-DRH

Présentation :

Je m'appelle Carole DURIGNEUX, je suis cadre supérieur de santé au CHU d'Angers. Dans le cadre de ma formation en MASTER 2 « Analyse et Management des Organisations de Santé », je réalise un mémoire professionnel sur la thématique de la fidélisation des infirmiers au sein des établissements publics de santé. Ce mémoire traite du lien entre les conditions de travail, la fidélisation des infirmiers et la qualité des soins prodiguée au patient.

L'objectif de notre rencontre d'aujourd'hui est de recueillir vos impressions et vos sentiments sur cette thématique.

Recueil du consentement : êtes-vous favorable à l'enregistrement de cet entretien ? Bien évidemment l'ensemble des données recueillies seront traitées de manière anonyme.

Entretien : **situation du professionnel** :

Pour débiter l'entretien, j'aurai besoin de quelques éléments vous concernant :

- Décrivez-moi brièvement votre parcours professionnel ?
- Qu'est-ce qui vous a amené à devenir IDE ?
- Quelle est votre ancienneté dans ce métier ? Dans cette structure ?
- Quel poste occupez-vous aujourd'hui ? Depuis combien de temps ?
- Avez-vous choisi d'être sur ce poste ? Si oui, pour quelles raisons ?
- Quel est votre projet professionnel ?

THEME 1	FIDELISATION
Objectifs	Définir le terme de fidélisation et déterminer les facteurs de fidélisation
Question 1	Selon vous, comment peut-on fidéliser aujourd'hui un professionnel infirmier ?
Relance	<i>Quels sont les moyens qui permettent à une institution de fidéliser son personnel infirmier ? (Tutorat, livret d'accueil, politique d'intégration ?)</i>
Question 2	Quelles sont vos attentes professionnelles en tant que CS au sein de votre institution ?
Relance	<i>A votre avis, que pourrait améliorer l'institution à son processus de fidélisation ?</i>

Question 3	Au sein de votre établissement, quels sont les actions, les moyens utilisés pour fidéliser un infirmier ? <i>Valorisation des compétences (DP, groupes de travail, GPMC, pratiques avancées) ; évolution professionnelle (FO, FC, soutien de mobilité interne) ; conditions de travail (aménagement du temps de travail ; aide au logement, politique d'accueil du jeune enfant...) ; recherche en soins ...</i>
Question 4	Qu'est-ce qui vous semblerait primordial comme actions ?
THEME 2	CONDITIONS DE TRAVAIL
Objectifs	Evaluer l'impact des conditions de travail sur la fidélisation et la QVT des professionnels
Satisfaction au travail	
Question 1	Que préférez-vous le plus et le moins dans votre fonction ?
Question 2	Est-ce que la fonction IDE vous semble suffisamment variée aujourd'hui ?
Relance	<i>Sont-elles suffisamment « challengées » dans leur fonction ?</i>
Question 3	Leur travail permet-il d'acquérir de nouvelles compétences ?
Question 4	L'entreprise offre-t-elle suffisamment d'opportunités de formation aux IDE ?
Relance	<i>De quelle manière l'entreprise accompagne-t-elle les IDE dans leur développement professionnel ? Cela vous semble-t-il suffisant ?</i>
Question 5	Que pensez-vous des possibilités de « combiner » travail et vie privée pour les IDE ?
Relance	<i>Des améliorations sont-elles possibles à ce niveau ?</i>
Supervision et soutien	
Question 1	Organisez-vous des rencontres individuelles avec les IDE pour connaître les points positifs et les points à améliorer dans leur travail ?
Relance	<i>Est-ce que vous leur donnez des recommandations concrètes sur la manière dont elles pourraient s'améliorer ?</i>
Relance	<i>Les attendus leur semble t'ils clairs ?</i>
Question 2	Comment se passe votre relation avec votre équipe ?
Relance	<i>Pensez-vous les soutenir et les accompagner suffisamment ?</i>
Question 3	Pensez-vous donner accès à toute l'information nécessaire pour qu'elles puissent faire positivement leur travail ?
Question 4	De quels moyens supplémentaires auraient-elles besoin pour exercer leur fonction de manière optimale ?

Reconnaissance au travail	
Question 1	Pensez-vous que les IDE sont suffisamment reconnus dans leur travail ?
Question 2	Et valorisés dans leur travail?
Question 3	Existe-t-il des récompenses ou une reconnaissance pour les idées novatrices au sein de votre service ?
Question 4	Que pensez-vous du salaire des IDE ? Sont-elles suffisamment rémunérées au regard de leurs missions et tâches quotidiennes ?
Environnement de travail	
Question 1	Pensez-vous que les IDE ont le temps et les ressources nécessaires pour faire leur travail ?
Question 2	Leur environnement est-il source de stress ? Si oui, quelles sont les solutions que vous voyez pour le réduire ?
Question 3	Est-ce que les IDE travaillent en collaboration avec les médecins et autres membres de l'équipe ?
Relance	<i>Comment se passe la collaboration avec leurs collègues, leur équipe et les autres services ?</i>
Question 4	Quels changements/améliorations apporteriez-vous pour améliorer leur environnement de travail ?
THEME 3	QUALITE DES SOINS
Objectifs	Déterminer les facteurs influençant la qualité des soins
Question 1	Qu'évoque pour vous la qualité des soins ? La sécurité des soins ?
Question 2	Pensez-vous que les IDE réalisent des soins de qualité au sein de votre service? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ?
Question 3	Quels sont, pour vous, les facteurs contributifs à la qualité et sécurité des soins ?
Relance	<i>De quoi auraient-elles besoin pour délivrer des soins de qualité (environnement, accompagnement, management...)?</i>
Question 4	Pensez-vous que les conditions de travail influencent la qualité des soins ?

Questions d'ouverture	<ul style="list-style-type: none"> - Recommanderiez-vous à d'autres personnes de venir travailler ici ? - Avez-vous une idée des motifs/raisons qui poussent les infirmiers à quitter leur travail ? L'institution ? -Avez-vous des questions, suggestions à ajouter ?
------------------------------	---

ANNEXE XI : Analyse des questions d'ouverture posées aux IDE

(Source : Durigneux.C- avril 2024)

Les entretiens infirmiers révèlent des perspectives variées concernant les recommandations de travailler au CHU, ainsi que les raisons des départs de l'institution :

*Recommandations de travailler au CHU

➤ Avis positifs

-Des opportunités de formation : les infirmiers recommandent de travailler au CHU pour les valeurs qu'ils défendent, notamment sur le plan universitaire. Ils apprécient les opportunités de formation continue en promotion professionnelle, le développement des connaissances, l'exposition aux nouvelles technologies et l'interaction avec des étudiants de cursus différents.

-Un contexte de travail riche et formateur : plusieurs infirmiers soulignent le caractère formateur et enrichissant du travail en CHU, en particulier la diversité des situations de soins, la complexité des cas, et l'accès à un plateau technique avancé.

-Une confiance dans la médecine pratiquée : certains expriment leur confiance en la qualité des soins dispensés au CHU et leur attachement à l'établissement.

-Des offres de carrière : les opportunités d'évolution de carrière et la mobilité au sein de l'institution sont également des facteurs positifs mentionnés.

➤ Réserves et avis négatifs

-Une pénibilité des conditions de travail : Les conditions de travail, incluant la charge de travail et parfois une mauvaise ambiance, sont des aspects négatifs. Certains recommandent de venir au CHU tout en mettant en garde contre ces difficultés.

-Un impact sur la santé mentale : l'importance de prendre soin de soi est soulignée pour éviter l'épuisement professionnel et les répercussions sur la santé mentale des professionnels.

➤ Recommandation spécifiques

Les recommandations des IDE enquêtés sont parfois spécifiques à certains services, comme la pédiatrie, en raison de meilleures expériences par rapport aux services adultes. De plus, les infirmiers insistent sur la nécessité d'aligner les valeurs personnelles et professionnelles avec celles du service public et de l'institution (vision commune).

IDE 5 : «Je recommande par rapport aux valeurs que je défends et à la valence universitaire de l'institution : formation, développement des connaissances, confrontation aux étudiants, aux nouvelles technologies ; pour le qualitatif dans la prise en soins des patients. Le CHU reste performant par rapport à cela ; très important car sinon cela me ferait peur (importance de se baser sur la science et les données scientifiques)».

IDE 9 : «Plus de moyens qu'ailleurs je pense mais ne souhaite pas « mentir » sur les conditions de travail difficiles et pénibles. Parfois j'ai une mauvaise image de l'hôpital. Par contre, je recommanderai de venir aux jeunes professionnels car je pense que c'est formateur, peut-être plus qu'ailleurs sur le versant universitaire».

IDE 11 : « Oui je recommande aux jeunes professionnels et aux autres collègues de venir sur le CHU car l'hôpital permet de développer ses compétences ; c'est un contexte de travail apprenant où les situations de soins sont complexes et variées, ce qui est riche et motivant ».Au CHU, on bénéficie d'un plateau technique avec des activités que l'on ne retrouve pas ailleurs».

IDE 10 : «Oui, je recommande aux professionnels de venir travailler sur le CHU car j'ai confiance en la médecine réalisée sur le CHU ; j'aime mon CHU».

IDE 6 : «Je recommande aux autres professionnels de venir au CHU en lien avec les valeurs du service public, les prises en soins de qualité, le sentiment de satisfaction par rapport au travail accompli, les possibilités d'évolution de carrière et de mobilité (possible quand on en ressent le besoin)».

IDE

3 : «Oui en pédiatrie mais pas forcément sur le CHU car mauvaise expérience chez l'adulte».

IDE 1 : «Dépend des valeurs de chacun ; je recommande par rapport aux valeurs du service public et des valeurs professionnelles et de l'offre de service».

IDE

2 : «Pas recommandé à ce jour, pas eu l'occasion mais pour la pédiatrie oui évidemment mais pas forcément au niveau du CHU globalement ne connaissant pas les secteurs de soins». **IDE 8** : «Oui je recommande de venir travailler au CHU mais je mets en garde par rapport aux conditions de travail : endroit riche car journées toujours différentes ; beaucoup de partages, de nouveautés mais attention à bien prendre soin de soi pour bien prendre soin des autres».

*Raisons des départs du CHU

-Pour des motivations professionnelles: Le désir de découvrir d'autres environnements de travail (3/12), souvent à l'étranger, est un facteur de départ. Les retours des IDE indiquent également le souhait d'être moins stressé, d'être mieux valorisé et d'avoir une plus grande autonomie de travail.

-En lien avec une insatisfaction au travail : La pénibilité du poste, la charge de travail excessive (8/12), le manque de soutien et de reconnaissance (10/12) et les horaires décalés sont des motifs fréquents de départ. De plus, un mauvais accueil et un manque de soutien pour les nouveaux arrivants peuvent mener à des départs précoces (7/12). Les conditions de travail qui ne répondent plus aux attentes des professionnels (6/12), notamment en termes de salaire et de reconnaissance institutionnelle, incitent au départ.

➤ Projet de changement de carrière : Pour 7/12 IDE, certains infirmiers quittent la profession pour explorer d'autres secteurs de soins, comme le libéral, ou pour échapper à des responsabilités jugées trop lourdes.

➤ Recherche d'accomplissement personnel : Les départs peuvent parfois être motivés par des projets de vie personnelle (2/12) ou par la recherche d'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle (10/12).

➤ Problèmes structurels liés au sentiment de dévalorisation : les infirmiers se sentent parfois comme des « pions » dans une grande structure (7/12), ce qui les pousse à chercher des environnements de travail plus humains et proches des valeurs initiales du métier. Par ailleurs, une bonne relation avec la direction, notamment à travers les commissions, est considérée comme importante pour la fidélisation (4/12), mais cela n'est pas toujours le cas.

Motifs des départs IDE du CHU et des arrêts de l'exercice de la profession :

IDE 4 : «Projets futurs – Besoin de travailler autrement - Ras le bol de la fonction – Besoin de voir autre chose, de se rapprocher de son domicile (frais occasionnés)».

IDE 6 : «Aujourd'hui, on pense plus à la vie perso que la vie pro : c'est un équilibre à trouver, que ce soit pour les médecins et les paramédicaux. Pas comme avant, générationnel ? Renforcé avec le COVID».

IDE 10 : «Maintenant les IDE ont le choix donc s'en vont plus facilement du CHU ; ils sont en force par rapport au monde du travail ; il y a plein de postes partout».

IDE 1 : «Projet personnel pour moi qui a évolué, qui a murit ; trop de contraintes et pénibilité du travail au CHU».

IDE 3 : «Rester dans un service où l'on ne s'épanouit pas c'est délétère et cela se répercute sur beaucoup de choses. Si pas bien, on part du CHU et même parfois on peut remettre en cause sa fonction IDE».

IDE 12 : «Importance de l'accueil des nouveaux arrivants car c'est favorable à la fidélisation – l'intégration des nouveaux offre une ouverture d'esprit aux nouvelles pratiques, riche d'apprentissages».

IDE 8 : «Difficultés de conjuguer la vie perso et la vie pro + pénibilité du poste occupé + charge de travail excessive; manque de soutien et de reconnaissance de la part de la hiérarchie».

IDE 9 : «Horaires décalés avec accumulation de conditions d'exercice qui se dégradent sur le CHU ; le salaire et la reconnaissance institutionnelle du métier».

IDE 7 : «Suivi de conjoint (projet personnel) + besoin de découvrir un autre secteur de soins (libéral) + fuite par rapport aux responsabilités (« marche haute » pour certains)».

IDE 2 : «Lié à un ras le bol général ; façon de travailler plus en phase avec leurs valeurs, plus en phase avec l'idée qu'ils se faisaient du métier ; plus envie d'être traité comme un « pion » ; sentiment d'avoir beaucoup donné sans avoir de contrepartie».

IDE 11 : «Trop de contraintes personnelles, travail qui ne répond plus aux besoins individuels des personnes. Les professionnels ne recherchent plus la sécurité de l'emploi – trop d'impacts pro sur la vie perso – le rapport au travail a changé : on travaille pour partir en vacances ; mentalités plus individuelles, centrées sur soi et ses propres besoins. Etre IDE est juste une passerelle pour accéder à un autre projet pro après (pas une finalité en soit)».

IDE 4 : «Manque de moyens et de reconnaissance financière ; mauvaises relations avec son encadrement ; absentéisme non remplacé : impact sur la qualité des soins».

IDE 2 : «La gestion organisationnelle avec le planning et les rappels sur repos + la charge de travail et la charge mentale associée à la charge de travail».

IDE 5 : «Une charge de travail excessive avec une quantité de patients en charge trop importante par rapport au nombre de soignants ; pas assez de temps pour le relationnel patient alors que l'essence même de notre travail».

IDE 10 : «La perte de sens (« quand le travail ne fait plus sens »), « je ne sais plus pourquoi je viens au travail, je ne trouve plus ma place, je suis à l'écart des autres».

IDE 9 : «Si les IDE ne se sentent pas écoutés, pas reconnus, pas valorisés dans leur mission au quotidien ; mauvaise ambiance de travail impactant l'épanouissement pro et ayant impact sur la vie personnelle».

IDE 6 : «Par rapport à l'arrêt du métier : ne trouve plus de sens à la mission, « à fait le tour », connaît une situation dégradée par rapport aux conditions de travail d'avant, à la fatigue, à la pénibilité et aux contraintes organisationnelles : trop d'impacts sur la vie personnelle».

Les recommandations de travailler au CHU sont généralement positives, surtout en ce qui concerne les opportunités de formation, de développement des compétences, et les valeurs universitaires. Cependant, les conditions de travail reconnues comme pénibles et le manque de reconnaissance de la part de l'institution sont des points négatifs majeurs. Les départs du CHU sont souvent motivés par la recherche d'un meilleur équilibre vie professionnelle - vie personnelle ou une volonté de changement de secteur d'activité en raison de l'insatisfaction au travail au sein de l'institution. Ces éléments indiquent des pistes d'amélioration et leviers d'actions afin d'améliorer les conditions de travail et ainsi favoriser la fidélisation des IDE au sein des EPS.

Annexe XII : Synthèse et analyse des entretiens réalisés avec le CS, le DRH et la DS

(Source : Durigneux.C- avril 2024)

La Fidélisation

DRH : « La fidélisation intervient dès le recrutement, il faut faciliter l'entrée du professionnel dans l'établissement, que ce ne soit pas un parcours du combattant : faire bonne impression. Il faut au maximum répondre à ses attentes par rapport à la discipline et au temps de travail souhaité. Cela correspond au contrat moral entre l'employeur et l'employé ».

DS : « Il faut laisser le temps à la réflexion pour le futur recruté. Si on va trop vite, on peut nuire à la relation de confiance ; c'est une vigilance à avoir. Ne pas imposer un choix mais conseiller et soutenir ».

CS : « Dans l'attractivité et la fidélisation, le cadre a un rôle d'information, de conseils et d'explicitation. Il doit soutenir les choix et encourager l'implication, l'engagement professionnel». Dans le quotidien de travail, cela se traduit par différents leviers et actions, tels que :

-Etablir une relation de confiance entre le cadre et l'agent : « importance de communiquer, d'enlever les incertitudes, notamment par rapport au planning (validation du planning à l'avance : sécurise car le cadre est connu et validé par l'équipe) ».

-Promouvoir la QVT des agents => : « enlever les zones d'incertitude, être dans du « donnant donnant » : le cadre attend de la compétence en contrepartie. Axe où le manager a le total pouvoir car cela relève de son autonomie de management et de ce qu'il veut développer comme lien avec son équipe => si relation de confiance : on travaille sereinement ensemble. Ceci ne fidélise pas forcément les professionnels mais la régularité dans la gestion des plannings permet une bonne QVT et ainsi le professionnel a davantage envie de rester ; cela participe à sa fidélisation ».

-Faciliter la communication entre l'équipe paramédicale et les médecins : « il est essentiel d'être présent en cas de difficultés : le cadre joue un rôle de médiation et de régulation ; il faut arrondir les angles, être à l'écoute et être là pour eux dans la juste dose ».

DRH : Autre levier, plutôt institutionnel : « l'accompagnement des parcours professionnels afin de faire évoluer l'agent : aide dans la rédaction du CV par exemple, dans la préparation d'un entretien, dans les conseils, l'accompagnement doit se faire au bénéfice de l'agent à visée d'une fidélisation au sein de l'établissement ».

DS : « Le CS doit pouvoir accompagner la mobilité des professionnels. Il doit avoir une pensée collective car la perspective d'évolution dans la carrière d'un professionnel donne du sens au métier. L'avantage de l'établissement est qu'il existe beaucoup de services avec des disciplines multiples, ceci offre aux professionnels de nombreuses opportunités.

CS : « Les professionnels doivent pouvoir partir en souriant du service » car on est aussi là pour les accompagner à évoluer et à développer leurs compétences ».

DS : « Nous devons donner accès à des missions transversales pour les IDE. Il faut pouvoir leur donner du plaisir au travail autrement. Il faut accepter de bouger nos paradigmes et faire varier leurs activités, modifier les organisations, innover et sortir du cadre. Les professionnels d'aujourd'hui ne sont pas prêts à supporter un rythme de travail pesant tout le temps. Il faut apporter de la souplesse dans nos modes de pensées. Cela implique un changement de culture médicale et paramédicale (car fait prendre des risques ; insécurise). Il est primordial de faire évoluer les nouveaux métiers, type IPP, IDEC, IPA... et penser autrement les parcours pro des nouvelles générations ».

Les conditions de travail, l'environnement professionnel

*La satisfaction au travail :

CS : « Les soignants n'ont pas les moyens aujourd'hui d'avoir une variété d'actions, c'est donc au cadre d'en assurer la mission : accompagner l'agent à effectuer des missions transversales valorisantes, qui lui plaît, sur le volontariat. Proposer de réfléchir à une mission transversale à investir pour varier la fonction et se challenger un peu. (Ex : intégrer des groupes de travail institutionnels, tels que le CLUD, le CLAN, le CLIN, le tutorat des étudiants). Il faut que le professionnel puisse se faire plaisir, sortir de son quotidien et se fabriquer des atouts pour évoluer dans le futur. De plus, cet accompagnement est valorisant pour le manager car on procure du plaisir au travail et on permet au soignant de garder de l'énergie pour le reste, telles que la prise en charge des pathologies plus routinières ».

DRH : « L'accompagnement à la formation doit faire partie intégrante du rôle du cadre de proximité même si c'est un domaine de responsabilités à 3 têtes (DRH, DDS et CS). Cela permet de valoriser l'agent et en plus de répondre à ses besoins de formations au niveau individuel et institutionnel (double gain) pour un meilleur investissement au sein de l'institution ».

DS : « Prendre en compte et respecter au maximum l'équilibre de vie professionnelle et vie personnelle : enlever toutes les zones d'incertitude dans le planning ; soutenir l'envie et l'énergie au travail : il faut rappeler parfois le cadre du métier de soignant parfois car je remarque qu'aujourd'hui les soignants veulent moins de contraintes et travailler moins de WE mais pas toujours réalisable au regard de la continuité des soins sur le CHU ».

DRH : « Les professionnels fuient plus rapidement vers les secteurs sans WE de travail. Je constate qu'il y a moins de turn over sur les unités sans WE de travail et une meilleure fidélisation pour cette raison-là probablement ».

***La supervision et le soutien de l'encadrement :**

DS : « Nécessaire et indispensable pour la QVT du professionnel ».

CS : « L'entretien annuel est un moment privilégié où l'on peut tirer vers le haut l'agent. Moment privilégié où l'on peut valoriser le soignant. Temps privilégié où l'on aborde le développement des compétences, l'évolution du professionnel – importance de faire ressortir leurs forces lors de ce moment-là car valorisant».

DRH : « Importance que les attendus de l'entretien et des missions exercés soient clairement exprimés aux agents. Eviter le flou car cela renforce l'insécurité au travail (les agents en burn out l'expriment assez bien) ».

*** La reconnaissance au travail :**

Le DS et le CS pensent que les IDE sont reconnus et valorisés dans leur travail de manière générale au sein de l'institution.

CS : « Les CS font tout pour valoriser les professionnels mais les professionnels attendent cette reconnaissance aussi de la part de l'équipe médicale et cela ne vient pas car les médecins sont eux-mêmes aussi débordés et donc moins à l'écoute des paramédicaux ».

DRH, DS et CS: Peu de reconnaissance des idées novatrices à l'échelle du service pour le cadre mais le DS et le DRH ont le sentiment de valoriser les projets et les actions innovantes, notamment au niveau des instances, telles que la CME ou la CSIRMT.

CS : « Les dirigeants pensent valoriser les projets mais cela ne rayonne pas dans les services. Les fonctionnements en pôle cloisonnent les choses ».

DRH : « Valorisation des professionnels possible dans GESFORM

CS : « On peut relever le degré d'engagement et d'investissement dans GESFORM mais on n'en fait pas grand-chose sur le plan institutionnel - pas la culture de la valorisation des soignants dans notre système de santé / le cap n'est pas donné (on est trop absorbé par les problématiques RH) et cela engendre des problématiques de recrutement et de fidélisation ».

Le **DRH** pense que la reconnaissance salariale est plus importante aujourd'hui, depuis le Ségur. Pour le **DS et le cadre**, le salaire des IDE reste insuffisant au regard des responsabilités et des compétences attendues

DS : « ne reflète pas la réalité du terrain et la pénibilité de la mission ».

CS : « la pénibilité devrait se payer davantage – peu de différence entre le salaire des IDE et celui des AS. La pénibilité physique et morale ne semblent pas prises en compte ».

***L'environnement de travail :**

-Facteur temps : Pour le **DS, DRH et le CS**, les IDE ont assez de temps pour réaliser leur travail de manière générale (**DRH et DS**: « les HS sont souvent liées aux temps de transmissions allongés et non pas au travail effectif réel »).

-Facteur RH : **DS et CS** : « on fait au mieux pour dégrader le moins possible les organisations de travail ; il y a un bon ratio soignant-soigné dans les services de manière générale (sans absentéisme). D'ailleurs, quand ils sont « en plus », ce n'est pas pour autant que les soins sont mieux faits ou bien mieux organisés ».

-Gestion de la pression et du stress au quotidien : **CS** : « importance pour le cadre de bien rassurer le professionnel sur ses compétences et redire l'importance de la priorisation : il faut positiver ce qui peut être source de stress ; c'est aussi leur démontrer que l'on croit en eux et en leurs compétences ».

-Travail de collaboration : **DS et CS** : « l'entraide entre des unités du même service se fait avec le soutien du cadre mais l'entraide sur le pôle est plus compliqué car logiques de travail très différentes => appartient au domaine de l'humain qui dit « toujours non en première intention ; à accompagner ».

-Leviers évoqués : **DRH** : « Il faut tester des nouvelles organisations de travail car celles d'aujourd'hui manquent d'agilité : redonner du sens au travail de cette manière ». **CS et DS** : « alléger la charge de travail, développer la transversalité et donner des « possibilités » aux agents d'évoluer ».

DS : « Plus de professionnels pour organiser les missions et davantage de synchronisation entre le temps médical et celui paramédical ; recentrer les IDE sur le raisonnement clinique car cela donne du sens à la mission ».

CS et DS : « diminuer la charge de travail au quotidien pour ne pas épuiser les équipes, décloisonner les organisations ».

DRH : « Importance du sentiment d'appartenance « faire corps » et ce, malgré les difficultés ».

La qualité des soins

Définition de la qualité et de ses déterminants

DS : « Prise en soins complète, globale du patient, pluri professionnelle ».

CS : Importance du rôle du cadre dans la démarche qualité, doit encourager ses équipes à donner le questionnaire de satisfaction patient dans le service ; doit transmettre les indicateurs ISHA et les analyser ; doit réaliser des quicks audits par rapport au dossier de soin => tout ceci sont des leviers managériaux de la qualité ».

DRH : « Répondre aux besoins des patients et participer à la performance des EPS ». **DS** : « Une équipe qui va bien est une équipe managée ; importance du leadership du cadre de santé car la qualité des soins en découle ».

CS : « Je ne questionne pas mes équipes sur leur sentiment d'autosatisfaction par rapport à leur qualité de prise en soins dans le service. Je ne me suis jamais posé la question, à savoir si les soignants pensent faire de la qualité dans leur travail, je n'y avais pas pensé - j'interroge davantage la QVT mais pas la qualité des soins ».

Facteurs contributifs de la qualité

CS : « le travail d'équipe surtout – importance du collectif de travail car le retour des familles est parfois décevant pour les professionnels car les familles ne font remonter que le négatif et rarement le positif = rôle du cadre très important par rapport à ça ».

Pour le DS et le DRH : « compétences et raisonnement clinique ».

Idéal commun à trouver : Aligner la cohérence managériale et la cohérence médicale : cohérence institutionnelle et culture à accompagner.

ANNEXE XIII : Matrice SWOT

(Source : Durigneux.C- avril 2024)

Diagnostic posé au regard des éléments marquants issus de l'analyse des entretiens infirmiers

FORCES

- Formation continue et développement professionnel
- Culture organisationnelle positive (environnement de travail favorable)
- Reconnaissance et récompense

FAIBLESSES

- Charge de travail élevée (sous-effectif, fatigue...)
- Rémunération insuffisante au regard des responsabilités et des compétences
- Manque de ressources humaines et matérielles

OPPORTUNITES

- Technologie et innovation en soins (nouvelles technologies pour améliorer les soins et l'efficacité des organisations)
- Amélioration de la formation avec développement des programmes de formation en ligne

MENACES

- Pénurie de professionnels qualifiés (concurrence, départs non remplacés...)
- Stress et épuisement professionnel (taux élevé de burn out)

Capitaliser sur les forces et les opportunités afin d'améliorer la fidélisation des IDE et assurer des soins de qualité supérieurs

ANNEXE XIV :

Fiche ANAP : Bâtir sa politique d'attractivité RH et de fidélisation (07 mars 2024)

Fiche 4 : « Fidéliser vos équipes »

Définition de la fidélisation : La fidélisation des professionnels, aussi appelée « rétention », consiste à développer la capacité de l'employeur à retenir de façon durable les talents.

Quel enjeu ? L'enjeu de la fidélisation est la cohésion d'équipe, le sentiment d'appartenance, la qualité de prise en charge et la culture de l'organisation de travail.

Comment fidéliser ?

***Etape 1** : situer et préciser le rôle des professionnels, des managers, des gestionnaires en RH, des partenaires sociaux et de la direction dans la démarche : expression des besoins, pilotage de la politique RH, concertation, décisions et arbitrages...

***Etape 2** : Choisir l'échelle pour mener sa politique RH : le service, l'établissement, le GHT/organisme gestionnaire, voire le secteur sanitaire et social.

***Etape 3** : Distinguer les temporalités de mise en œuvre et communiquer largement afin de conjuguer le court terme, le moyen terme et le long terme.

***Etape 4** : Identifier une ou des modalités de recensement et de suivi des besoins exprimés.

***Etape 5** : Suivre une logique de pilotage de type : diagnostic, stratégie, plans d'actions...

***Etape 6** : Associer les parties prenantes (professionnels, managers, partenaires sociaux, directions..).

***Etape 7** : Définir les indicateurs de suivi de la politique RH et de fidélisation et les modalités de suivi.

Quelques indicateurs ?

-Le taux de turnover ; le taux d'absentéisme ; la pyramide des âges ; le taux de recours à l'intérim ; le taux de postes vacants et le niveau de satisfaction des salariés et des nouveaux salariés.

-Importance de la construction d'une relation RH, de la qualité du collectif et de la relation à l'encadrement et à l'institution et aussi l'environnement de travail.

Conseils pour retenir les talents ?

- Etre à l'écoute des besoins des collaborateurs, quelle que soit leur position dans m'organisation ;
- Développer le télétravail comme levier d'attractivité ;
- Diversifier les avantages sociaux (crèche, services de conciergerie...);
- Mobiliser le comité de direction sur ces enjeux ;
- Définir la fréquence de l'évaluation de la politique de fidélisation (selon le contexte de l'établissement) ;
- Mettre en place des outils de mesure de la satisfaction des professionnels et de la qualité de vie au travail, des conditions d'emploi, du management...
- S'assurer que les professionnels sont équipés en matériels adaptés à leur activité et à son évolution ;
- Professionnaliser la pratique du management en se formant et en adoptant son style selon le contexte ;
- Accompagner le management dans la résolution de problèmes.

ANNEXE XV : Journées d'étude de l'ANAP

Expérience du 29 au 31 janvier 2024 : fidélisation des professionnels de santé et management collaboratif (Belgique/Pays-Bas)

Missions d'étude de l'ANAP ?

- Mission certifiée par l'ANAP, au cœur des enjeux de performance en santé ;
- 2 à 3 jours d'immersion en France et en Europe ;
- Visite d'établissements et découverte des solutions visionnaires sélectionnées par l'ANAP ;
- Echanges et études de cas avec les professionnels pour analyser la mise en œuvre ;
- Une formation certifiée par Qualiopi ;
- Des moments d'échanges précieux entre pair.

Qui ?

20 professionnels - à destination des DH, DRH, DS ou encore médecins et encadrants en établissement de santé.

Où ?

***Pays-Bas** : un des meilleurs systèmes de santé au monde qui fait émerger des solutions innovantes pour répondre au mieux aux enjeux d'attractivité et de fidélisation du personnel soignant dans un contexte concurrentiel

***Belgique** : engagement du CHU d'Anvers pour devenir le premier hôpital magnétique européen.

Objectifs du voyage ?

- Structurer une nouvelle approche RH de fidélisation et d'attractivité et de découvrir des modèles inspirants ;
- Découvrir les techniques de management innovantes mises en place par les acteurs du système de santé néerlandais ;

-Visiter des hôpitaux et offreurs de soins développant des démarches RH proactives, favorisant la diversité et le management collaboratif, de la labellisation « magnet hospital » à un centre de formation ultra-moderne ;

-Comprendre les modèles d'auto-gestion de Buurtzorg.

Programme du voyage ?

***29 janvier 2024 :**

-Conférence d'introduction éclairante animée par le Pr Ronald Batenburg, coordonnateur des programmes de recherche chez NIVEL, l'Institut néerlandais de recherche sur les services de santé.

-Visites des professionnels chez SANQUIN, une organisation à but non lucratif, pilier des services sanguins aux Pays-Bas. Spécificité de cette organisation : avoir le courage de remettre en question les normes en ayant un grand sens des responsabilités. Les employés identifient activement les domaines à améliorer et prennent des mesures proactives. Notamment, l'initiative innovante « Young Blood » : réseau dynamique créé par de jeunes professionnels pour partager des connaissances, de l'inspiration et établir des liens entre les départements.

***30/01/2024 :**

-Découverte de l'hôpital ISALA (7000 professionnels) : soins médicaux généraux spécialisés et services cliniques de haut niveau, comprenant plusieurs fonctions spécialisées. Centre de référence en traumatologie - Unité de soins intensifs spécialisée pour les nouveau-nés : exemple d'engagement envers l'excellence des soins de santé.

-Rencontre de l'ANA (American Nurses Association) : organisation phare représentant les intérêts de 4 millions d'IDE aux USA. Voix la plus forte de la profession infirmière, en première ligne de l'amélioration de la qualité des soins de santé pour tous, introduisant le concept innovant de « l'hôpital magnétique ».

***31/01/2024 :**

-Découverte de Buurtzorg : organisation de soins à domicile créée par l'IDE visionnaire Jos de Blok en 2006 : 1000 équipes d'IDE aux Pays-Bas et une expansion à l'international, dont en France et au Canada => approche novatrice pour réinventer les soins à domicile.

DURIGNEUX	Carole	24 juin 2024
MASTER 2 AMOS – EHESP Rennes Promotion 2023-2024		
Caractérisation, modélisation et développement d'une politique efficiente de fidélisation des infirmiers au profit de la qualité des soins au sein d'un établissement public de santé		
Résumé : Selon un Rapport de la DREES en juillet 2023, près d'une infirmière sur deux a quitté l'hôpital ou changé de métier après 10 ans de carrière. Ce mémoire professionnel tente d'identifier les facteurs et les actions favorisant la fidélisation des infirmiers au sein des établissements publics de santé afin de garantir la qualité des soins. Si la fidélisation est un processus dépendant de multiples variables, il repose essentiellement sur le sentiment de satisfaction au travail et l'engagement organisationnel. Suite à notre étude, nous pouvons retenir que le management de proximité est une figure clé dans le processus de fidélisation car il initie le sentiment de soutien, d'autonomie et de reconnaissance envers ses collaborateurs. Attirer, retenir et fidéliser les professionnels infirmiers représente un véritable challenge pour les managers des établissements publics de santé. Ainsi, nous proposons des préconisations et des perspectives d'actions sur les caractéristiques organisationnelles et managériales favorables à la fidélisation des infirmiers au bénéfice de la qualité des soins.		
Mots clés : Infirmier - Fidélisation - Etablissement public de santé - Qualité des soins – Satisfaction au travail – Engagement - Management de proximité - Autonomie – Soutien - Reconnaissance		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		