



HAL
open science

Le turn-over du personnel infirmier aux urgences

Sébastien Dehay

► **To cite this version:**

Sébastien Dehay. Le turn-over du personnel infirmier aux urgences. Sciences de l'Homme et Société. 2021. dumas-03414595

HAL Id: dumas-03414595

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03414595v1>

Submitted on 4 Nov 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTE

IF Santé – Institut Catholique de Lille

Promotion 2020/2021

MEMOIRE DE RECHERCHE

Pour obtenir le diplôme de

MASTER 2

Actions et activités de la santé et du social

Arrêté ministériel du 25 avril 2002

Présenté et soutenu publiquement par

Sébastien DEHAY

Le 30 Juin 2021

Le turn-over du personnel infirmier aux Urgences

Mémoire dirigé par Monsieur **Damien VANNESTE**

JURY

M. VANNESTE Damien

Sociologue -Maitre de conférences

Directeur de mémoire

M. MARTIE David

IF Santé - Cadre de santé

Tuteur de mémoire



A mon Frère.

Remerciements

A Damien VANNESTE, Maître de conférences, pour sa disponibilité, nos conversations riches, sa manière habile de me guider vers d'autres horizons.

A David MARTIE, cadre de santé pédagogique, pour ses précieux conseils méthodologiques, son écoute attentive et son expérience.

A Sandrine SCHOENENBERGER, Maître de conférences en psychologie du travail, pour son aide précieuse et ses explications claires en termes de statistiques et comparaisons chiffrées.

Aux cadres pédagogiques de l'IFCS d'IF Santé, Mme Lise DELOFFRE et tout particulièrement Mme Catherine LEFEBVRE pour sa bienveillance et son empathie.

A mes collègues de la promotion 2020-2021 pour la richesse de nos échanges et nos joyeux éclats de rire.

A Nicolas, Marine et Karine, mes collègues de promotion pour leur amitié et leur soutien.

Mélanie, mon épouse, pour sa patience et son soutien indéfectible.

Abstract

Context : This study deals with the turn-over of nurses in hospital emergency units.

Purpose : This research work aims to determine how healthcare managers can reduce this turn-over by promoting the integration.

Methodology : This approach is first inductive through the study of facts and statistics related to the turn-over subject. Then comes a hypothetico-deductive approach, based on two hypotheses. I endeavoured to validate these hypotheses using a questionnaire.

Results : The results show that the healthcare manager welcoming and the humanist management allowed reducing the turn-over. We have managed to partially show that integration is fostered by coaching and training curricula.

Conclusion : We highlight the existence of mechanisms that allow staff retention. As our health care system is currently in a state of flux, it would take a while to evaluate the effects of the new measures on nurses' desire to leave. Nevertheless, healthcare managers can implement an annual turn-over monitoring to measure the “humanist” health of our health centres.

Keywords : Turn-over, humanist management, integration, coaching, reception, training, healthcare manager.

Sommaire

Remerciements -----	
Abstract-----	
Sommaire-----	
Introduction -----	1
1. Le constat -----	3
1.1. Le Service des Urgences -----	3
1.2. La situation de départ-----	4
2. Cadre contextuel -----	7
2.1. Le turn-over : définitions et état des lieux-----	7
2.2. Les causes du turnover -----	13
2.3. Les conséquences du turnover -----	16
2.4. Les générations -----	19
2.5. Précarisation de l'emploi en France -----	25
2.6. Les conditions de travail du personnel soignant-----	29
3. Les entretiens exploratoires -----	32
3.1. La démarche exploratoire-----	32
3.2. Les modalités d'analyse-----	33
4. La problématique -----	39
5. Le cadre théorique-----	40
5.1. L'accueil -----	41
5.2. L'accompagnement-----	44
5.3. La formation -----	48
5.4. Vers un management humaniste-----	54
6. La méthodologie de recherche-----	63
6.1. La population -----	63

6.2.	Le questionnaire-----	64
6.3.	Les modalités de l'enquête -----	69
7.	Les résultats de la recherche -----	71
7.1.	Statistiques descriptives de la population -----	71
7.2.	Analyse de la fiabilité du questionnaire -----	75
7.3.	Analyse des dimensions (variables)-----	79
7.4.	Revenons à nos hypothèses-----	86
7.5.	Critiques de la recherche-----	87
7.6.	Perspectives-----	89
	Conclusion -----	92
	Bibliographie -----	94
	Glossaire-----	103
	Table des matières -----	104
	Table des illustrations -----	108
	Annexes -----	109

Introduction

Cette année aura été tout particulièrement marquée par la crise sanitaire. Cette crise a eu des répercussions humaines, sociales et économiques importantes. Notre quotidien a été affecté et, pour certains, la vision qu'ils pouvaient avoir sur leur vie a été modifiée.

Le système de santé français a pris de plein fouet cette pandémie et a dû s'adapter. Dans sa plus grande majorité, le personnel hospitalier a su faire face. Mais, ces changements organisationnels, cette surcharge de travail et cette pression supplémentaire ont poussé quelques-uns vers d'autres horizons. La conséquence de cette situation est un besoin important en personnel qualifié et opérationnel de suite, et nous avons pu constater que cela n'était pas si simple à trouver.

Le turn-over du personnel infirmier a toujours existé, nous avons la chance d'exercer une profession qui permet cette mobilité, ces changements de caps au cours d'une carrière. Pour autant, cette mobilité n'est pas toujours pleinement choisie et heureuse. En effet, le personnel peut être amené à quitter un service rapidement pour de multiples raisons : contrats courts, contraintes importantes, mauvaise ambiance, compétences mal exploitées...

Ces départs peuvent engendrer un déficit de compétences dans les services et en particulier aux urgences.

Notre recherche portera donc sur le turn-over du personnel infirmier dans les services d'urgences hospitaliers et nous nous demanderons si le cadre de santé peut diminuer ce turn-over.

Dans un premier temps, nous ferons dans un premier temps un état des lieux de la situation générale du travail des infirmiers en France. Nous aborderons les causes possibles et les conséquences du turn-over.

Dans un second temps, riches des enseignements apportés par le cadre contextuel, nous aborderons une série de concepts sur l'accueil, l'accompagnement, la formation et le management humaniste.

Ensuite, à l'aune des concepts évoqués ci-dessus, nous bâtirons un questionnaire de recueil de données nous permettant d'explorer nos hypothèses de recherche.

Finalement, l'analyse des résultats nous permettra d'apporter des éléments de réponse sur la place du cadre de santé dans cette problématique de rotation du personnel infirmier. Tout particulièrement, nous nous demanderons s'il existe des dispositifs capables de faciliter la stabilité des équipes soignantes dans nos hôpitaux.

1. Le constat

Un mémoire de recherche requiert de se questionner sur une problématique et pour cela il apparaît important de prendre comme point de départ une situation vécue. Je suis infirmier depuis plus de 20 ans et Faisant Fonction Cadre depuis 3 ans dont la majeure partie dans un service d'urgences. J'ai souhaité vous décrire rapidement le service dans lequel cette situation s'est déroulée afin de vous montrer que celui-ci n'est pas spécifique. En effet, il ressemble par son architecture et son fonctionnement à la majeure partie des services d'urgences de sa dimension.

1.1. Le Service des Urgences



Figure 1 - Vue de l'accueil des urgences

L'établissement hospitalier est situé dans le troisième bassin de vie le plus peuplé des Haut-de-France avec 160 000 habitants, qui est également la quatrième région française. Cet établissement compte 124 médecins, 969 soignants pour un effectif global de 1466 agents.

Le service des urgences a été totalement reconstruit et repensé en 2017. Son architecture et son organisation ont été pensées pour faire face à l'évolution de l'activité. En effet, le nombre de passages dans les services d'urgence en France sont en constante augmentation. Selon un

article du quotidien Le Monde¹, les passages ont progressé de 93% entre 1997 et 2015. C'est dans le cadre de ce constat et avec le désir de modernisation de ses infrastructures que ce nouveau service d'urgences a été bâti. Sa conception a permis d'améliorer la capacité d'accueil des patients et la qualité de leur prise en charge (augmentation du nombre de box et de chambres), d'optimiser le suivi et la prise en charge médicale et paramédicale (conception à 360°, centrale de surveillance des constantes, centrale de perfusion, salle de déchocage en pression positive). L'ergonomie de travail a été améliorée avec du matériel adapté aux contraintes, des flux de patients optimisés et des zones de travail bien définies.

L'activité aux Urgences

En 2019, il y a eu 39 693 passages soit plus de 108 personnes par jour (progression de 4 à 5% tous les ans). Les sorties SMUR connaissent la même évolution avec 1706 sorties en 2019. L'année 2020 connaîtra un recul sensible du nombre d'entrée du fait de la crise sanitaire (32 642 passages), c'est pour cela que je n'ai pas tenu à vous rendre compte des chiffres correspondant à cette année car ils seraient peu significatifs de la progression constante de l'activité.

L'effectif

Ce service comprend un nombre important de personnel, il est varié et se compose de :

- 44 IDE
- 22 Aides-soignants
- 8 Brancardiers
- 6 Ambulanciers SMUR
- 3 Soignants d'accueil
- 2 Cadres de proximité.

1.2. La situation de départ

Lors de mon arrivée dans le service (mai 2018), l'équipe soignante m'a fait remarquer qu'il existait un nombre de départ important du personnel infirmier. Au départ, je croyais (à tort) que ce phénomène était dû au turn-over naturel de chaque équipe ; au fait que le service

¹ https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2019/06/14/pourquoi-le-nombre-de-patients-aux-urgences-augmente-d-annee-en-annee_5476111_4355770.html, consulté le 13/03/2021.

était récent. En effet, mon expérience en santé au travail m'avait appris qu'un nombre non-négligeable de salarié prenait avec difficulté les changements d'organisation et décidait de partir.

Une étude chiffrée de ce phénomène allait montrer que cette augmentation était plus que négligeable. Pour cela, je suis allé chercher l'information dans l'historique des plannings, je me suis fait aider du service des relations humaines. J'ai ainsi pu remarquer que sur une période d'une année s'étalant de Août 2018 à Août 2019, 11 infirmiers avaient quitté le service, soit plus de 24% de l'effectif global.

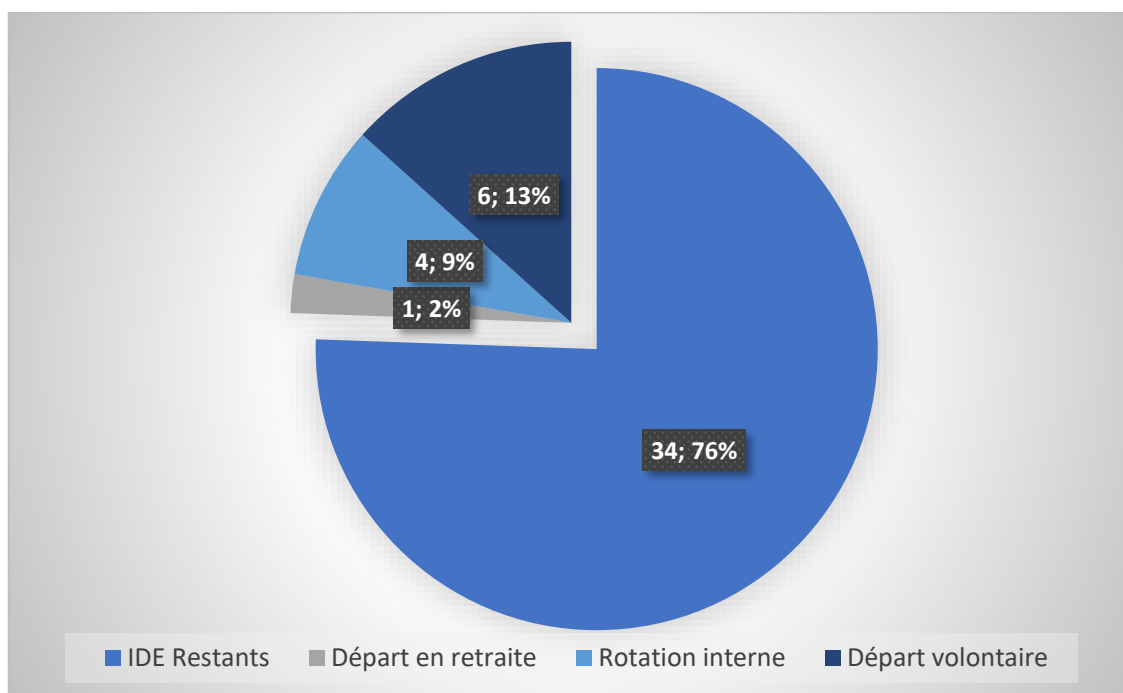


Figure 2 - Répartition des départs infirmiers vs. Effectif restant (données internes)

Cette balance importante des entrées et des sorties a engendré une fuite de compétences et d'expérience (départ d'infirmières avec plus de 2 ans d'expérience) car ces départs n'étaient remplacés que partiellement par des infirmiers confirmés : 6 IDE en mutation sans expérience aux urgences et 5 IDE nouvellement diplômés.

A noter que sur cette même période d'étude 22 IDE ont été embauchés pour des contrats courts afin de combler les arrêts pour accident de travail ou maladie. Ce chiffre s'explique par le type de contrat dont bénéficient les nouvelles recrues. Ils sont recrutés en CDD et le service des ressources humaines en 2019 obligeait de renouveler les agents tous les 3 mois.

En effet, au-delà de ce délai de 3 mois si le contrat se termine c'est au centre hospitalier de payer les A.R.E.² jusqu'à la reprise de travail du salarié dans un autre établissement.

Par conséquent, et sur cette période, la proportion de jeunes arrivés a pris de l'importance. Le risque étant que la prise en soin pouvait se retrouver dégradée et le risque d'erreurs pouvait prendre de l'ampleur.

Donc sur une seule année, le total des nouvelles recrues s'élève à 33 personnes. Trente-trois personnes avec des niveaux de compétences et de connaissance différents.

Les différents contacts que j'ai pu avoir avec les agents sur le départ m'ont permis de recueillir des éléments de réponses. Les infirmiers mettaient en avant la difficulté du travail aux urgences par sa complexité et sa charge, « la peur de perdre son diplôme » que je traduisais par la trop grande autonomie et le désarroi face aux situations complexes, la Cédésiation trop longue et le niveau de rémunération trop faible.

Alors même que cette situation de départ apparaît comme révélatrice d'une constance dans le monde hospitalier, il nous apparaît judicieux d'examiner plus finement le turn-over des infirmiers.

Pour cela, dans un premier temps, nous ferons une revue de la démographie infirmière en France avec un focus particulier sur la jeunesse puis dans un second temps, nous définirons le turn-over à travers ses causes et ses méfaits.

² Allocation de Retour à l'Emploi.

2. Cadre contextuel

2.1. Le turn-over : définitions et état des lieux

2.1.1. Démographie infirmière

La population infirmière représente près de 750 000 personnes au 1^{er} Janvier 2020³, c'est la population la plus importante dans le secteur de la santé. Cette population est majoritairement féminine avec une présence à 86 % sur l'ensemble des secteurs professionnels (libéral, hospitalier ou autre).

Le secteur hospitalier concentre la majorité du personnel infirmier avec 64.4 %. La proportion de femme est identique à la population générale des infirmiers avec 86 %. L'âge moyen du personnel infirmier hospitalier est de 45 ans avec une différence significative entre homme (46,1 ans) et femme (44,8 ans).

Dans la région des Hauts-de-France, au 01 janvier 2020, la population des infirmiers hospitaliers représente 42 898 personnes.

Les femmes sont majoritaires et proche de la moyenne nationale avec 85 %. Les moins de 25 ans représentent 6.32 % de cette population tandis que la tranche d'âge majoritaire est celle des 30-34 ans avec 13.73 %.

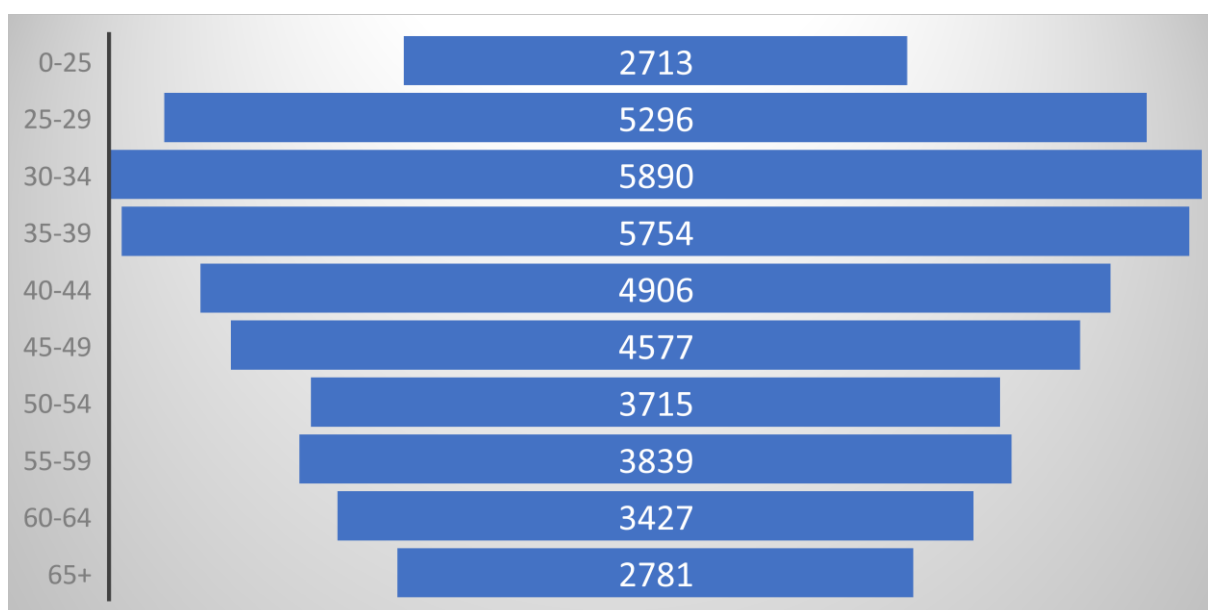


Figure 3 - Répartition des infirmiers hospitaliers par tranches d'âges – Région Hauts-de-France (source DREES)

³ Répertoire ADELI- Drees, données au 01/01/2020.

2.1.2. Les jeunes diplômés : démographie et précarisation

Afin de mieux appréhender les problématiques auxquelles les jeunes infirmiers sont confrontés, il apparaît judicieux d'avoir une vision plus descriptive de cette population. Nous aborderons ici les types de contrat accordés aux jeunes diplômés.

Il y a de plus en plus d'infirmiers diplômés en France, ils sont 26 000 en 2017⁴ (+88 % vs. 2000). 74 % d'entre eux trouvent un emploi en moins d'un mois, ce chiffre est en baisse comparativement à 2007 (85 %). La moitié de ces nouveaux arrivants sur le marché du travail se situe dans la fonction publique hospitalière. Leur premier contrat est précaire à 73 % (CDD, intérim, contrat aidé). Par contre, après 3 ans d'exercice, 83% ont un emploi stable (CDI, fonctionnaire...).

Les conditions d'emploi des néo-salariés semblent se précariser avec une augmentation des CDD, une part importante des salariés en CDI vs. Titularisation⁵. Une étude⁶ réalisée en 2016 par le site infirmiers.com auprès de 1400 infirmiers diplômés montre l'importance de ce phénomène, les jeunes diplômés sont de plus en plus embauchés en contrats précaires. En effet, près d'un tiers d'entre eux sont en CDD (32.89%).

Les établissements de santé de notre région semblent de plus en plus avoir recourt aux CDD, d'ailleurs 40 % des répondants indiquent avoir été embauchés par ce biais. Cette précarité touche tout particulièrement les jeunes diplômés, chez les néo-diplômés seulement 19.85 % ont obtenu un CDI, ce chiffre augmente légèrement à 23.14 % pour les infirmiers avant moins de 3 ans de diplôme. La moyenne d'âge des répondants n'est pas significative du monde réel du travail et ainsi les résultats de cette étude peuvent être sujet à caution (+de 60% des répondants ont moins de 30 ans), néanmoins ils apportent une tendance du monde du travail des néo-travailleurs.

De plus, même si un CDI peut être synonyme d'une certaine stabilité dans le monde du travail, il n'est pas l'égal de la titularisation dans la fonction publique hospitalière. L'infirmier fonctionnaire bénéficie d'un avancement prévu par la loi, de primes diverses en

⁴ CROGUENNEC Yannick (DREES), *Études et Résultats* n°1099 01/2019.

⁵ SCHWEYER François-Xavier, *Santé, contrat social et marché : la fonction publique hospitalière en réformes*, Revue française d'administration publique, vol. 132, no. 4, 2009, pp. 727-744.

⁶ <https://www.infirmiers.com/emploi/emploi/emploi-infirmier-une-situation-tendue.html>, consulté le 03/03/2021.

fonction de son lieu d'exercice, d'une prime annuelle, a contrario des salariées en CDD ou CDI. Le délai pour atteindre cette titularisation est passé de quelques mois dans les années 2000 à plusieurs années (5 à 7 ans) en 2020.

Nous pouvons donc conclure que la population infirmière est en constante croissance, de plus en plus de jeunes sont formés pour venir remplacer un nombre important de retraités (les baby-boomers). Pour autant, cette jeunesse est confrontée à une précarité de l'emploi avec des contrats courts et une rémunération peu attractive. Cette réalité socio-économique peut donc être source d'intention de départ des jeunes infirmiers et faciliter le turn-over.

2.1.3. Le turn-over : définitions

Il est important de distinguer le turn-over de la mobilité. Ce distinguo permettra de calculer au mieux le taux de rotation.

La mobilité

Elle concerne les agents en recherche de changement de poste. Elle peut être interne en cas de changement de poste dans la même entreprise ou externe dans le cas d'un changement d'entreprise. Dans le cas d'un déménagement ou d'un rapprochement familial, on la définit comme mobilité géographique. La mobilité interne n'influe pas sur le calcul du taux de rotation.

Le turn-over ou taux de rotation

Selon le Larousse, le turn-over définit la rotation du personnel dans une entreprise⁷.

Plus précisément, le turn-over est un anglicisme qui pourrait se traduire par « taux de rotation ». C'est un taux qui s'exprime en pourcentage, la période de référence est habituellement une année. Il permet de mettre en évidence de quelle manière un effectif est renouvelé. Il prend en compte le nombre de départ, d'arrivée et l'effectif présent au premier janvier de l'année de référence. Les salariés ayant quitté un service pour un autre dans le même établissement n'entrent pas dans ce calcul.

⁷ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/turnover/80298>, consulté le 03/03/2021.

Le Turn-over se calcule ainsi :

Équation 1 - Formule de calcul Turn-over

$$\text{Turnover} = [(\text{Nombre de départs} + \text{Nombre d'arrivées}) / 2] / \text{Effectif au 1er janvier de l'année}$$

Le chiffre obtenu est ensuite multiplié par 100 pour obtenir un taux, 0% signifiant qu'il n'y a eu aucun mouvement tandis qu'à l'inverse 100% montre un renouvellement complet des effectifs. Il est donc un indicateur précieux des fonctions R.H.

Un faible turn-over aura tendance à caractériser une situation sociale faible, à l'inverse il deviendrait un malaise social à résoudre. Il est communément admis que l'on retrouvera un bon climat social dans les entreprises avec un taux de turn-over inférieur à **5 %**, cependant un taux nul peut aussi être révélateur d'un manque de dynamisme de l'entreprise⁸. Même si l'étude du taux peut apporter des éléments importants pour l'entreprise, ce taux doit être corrélé avec d'autres indicateurs ou avec le contexte de l'entreprise avant d'entreprendre des changements sur le management ou sur la stratégie organisationnelle.

Exemple de calcul : Si nous reprenons notre situation de départ, et en suivant stricto sensu la formule, il faut considérer 7 départs infirmiers pour 7 arrivées dans l'année de référence. En effet, les 4 infirmiers qui ont changé de service dans le même établissement ne rentrent pas dans le calcul du taux de rotation.

L'effectif étant de 45 infirmiers pour l'année de référence, nous obtenons : $[(7+7) / 2] / 45 \times 100 = \mathbf{15.56 \%}$.

En prenant en compte l'ensemble des départs de notre constat, nous pourrions obtenir le taux de rotation du service sur l'année de référence, soit : $[(11+11) / 2] / 45 \times 100 = \mathbf{24.44 \%}$.

2.1.4. Dans le milieu hospitalier

Il existe peu de données sur le sujet, mais nous pouvons avoir une idée relativement précise du phénomène à travers l'étude des bilans sociaux des établissements de santé

⁸ <https://www.qualtrics.com/fr/gestion-de-l-experience/employe/taux-turnover/>, consulté le 03/03/2021.

réalisée par l'ATIH⁹. En 2018, le taux de rotation (turnover) est de **10.3%** (+0.8% vs. 2017)¹⁰ pour le personnel non-médical.

Une étude de l'OCDE en 2008¹¹ sur les personnels de santé s'est intéressée au turnover. Elle a permis de définir 2 types de turn-over :

- La rotation contrôlée qui concerne les départs à la retraite, les licenciements et le re-dispatching de personnel
- La rotation volontaire qui concerne les salariés quittant leur emploi pour trouver un meilleur salaire ou perspectives de carrière.

Selon ce rapport, les départs à la retraite et les départs volontaires sont les principaux facteurs d'augmentation du turn-over.

Si nous portons le regard plus spécifiquement sur d'autres services d'urgences, nous pouvons remarquer qu'il existe des similitudes. Ainsi dans les hôpitaux parisiens, les infirmiers des urgences restent en moyenne 3 ans. Dans un article paru dans Le Monde¹², les soignants apportent des éléments de réponse sur ces départs, ils se déclarent à bout physiquement et psychologiquement.

Un service d'urgence est un lieu physiquement éprouvant mais c'est aussi, un lieu d'accueil et ainsi toute personne qui se présente se doit d'être accueillie.

Le niveau de rémunération au regard du travail fourni est aussi une raison du départ des infirmiers, ainsi dans le JDD13 les infirmiers interrogés déclarent qu'avec un salaire de débutant de 1500€ ils ne peuvent pas s'en sortir, d'autant plus que cette rémunération n'évolue pas en CDD.

⁹ Agence technique pour l'information sur l'hospitalisation.

¹⁰ ATIH, *Analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé*, ATIH, 2018.

¹¹ OCDE, *Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE, Comment répondre à la crise imminente ?*, OCDE 2008.

¹² https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/06/19/le-turn-over-des-infirmiers-aux-urgences-signe-de-services-en-detresse_5478361_3224.html, consulté le 03/03/2021.

¹³ *Journal du Dimanche*, n° 3791, p.2 08/09/2019.

De plus, un rapport parlementaire¹⁴ précise cette fuite en avant des professionnels de santé dans les services d'urgence. Il décrit la pression constatée du personnel dans la prise en charge d'un nombre important et l'insécurité ou l'agressivité qu'il en résulte parfois. Par ailleurs, le nombre des passages est actuellement d'environ 20 millions avec une progression annuelle de 3.5%¹⁵. Ceci implique que le personnel se retrouve dans l'insatisfaction d'un travail « mal fait », de ne pas être dans la bienveillance. Ce rapport affirme, lui aussi, que le turn-over des professionnels est important aux urgences et que la plupart du temps les soignants en partance sont remplacés par des jeunes professionnels devant être encadrés par des équipes déjà débordées.

Cette instabilité a des conséquences directes sur le travail des soignants, le turn-over entraîne indubitablement une fuite de compétences. La crise sanitaire actuelle a mis en évidence un manque cruel de personnel soignant en France (infirmiers spécialisés en soins critiques ou réanimation) mais ce phénomène est plus ancien, en 2019 il y avait, par exemple, 400 postes non pourvus à l'AP-HP¹⁶.

Dans ces conditions, le recrutement du personnel de remplacement se retrouve fragilisé et le recours aux « novices » est de plus en plus fréquent.

C'est pourquoi, cette arrivée massive de « novices » pourrait provoquer un déficit de compétences et donc être préjudiciable dans la prise en charge des patients.

Au regard du constat de départ et des différents éléments que nous venons de mettre en évidence, il apparaît que ce phénomène de rotation est prégnant dans le domaine de la santé, il reste à en connaître les causes. A travers quelques études, enquêtes et rapports nous aborderons les raisons pour lesquelles le personnel infirmier est enclin à partir, qu'elles soient organisationnelles, physiques, financières ou personnelles.

¹⁴ SENAT, *Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé*, SENAT, 26/07/2017.

¹⁵ <https://fr.statista.com/statistiques/689285/nombre-passages-urgences-france/>, consulté le 03/03/2021.

¹⁶ https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/05/15/des-hopitaux-publics-en-mal-de-candidats-aux-postes-d-infirmiers-et-d-aides-soignants_5462155_3224.html, consulté le 03/03/2021.

2.2. Les causes du turnover

Même si nous déjà évoqué des pistes au sujet de ces causes, il paraît judicieux de se référer à la littérature pour affiner notre réflexion. En 2010, une analyse¹⁷ a permis de mettre en évidence les facteurs personnels et professionnels liés au turnover des soignants dans l'union européenne.

Cette étude concerne plus de 23 000 soignants. Elle révèle tout d'abord qu'une majorité des soignants (86.8%) quitte volontairement leur poste. Les principales raisons de leur départ est lié aux conditions de travail.

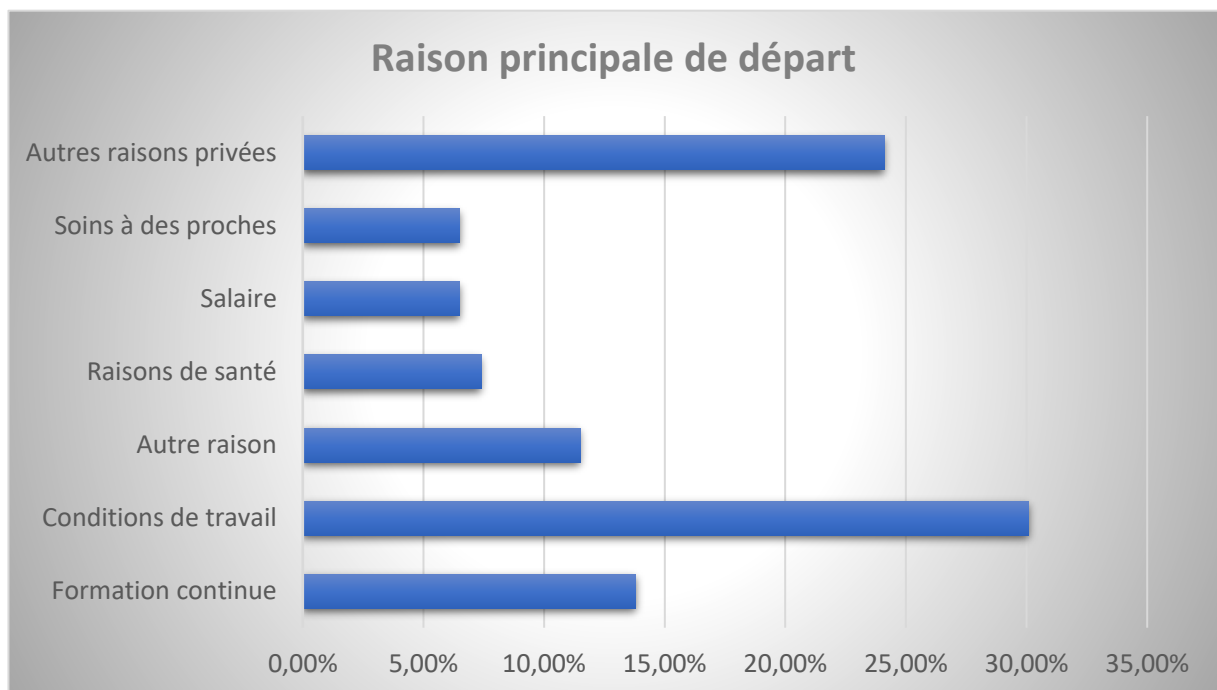


Figure 4 - Raisons principales de départ des soignants

Nous pouvons observer dans les détails de cette étude que cela concerne la pression temporelle, le défaut dans la qualité des soins, le manque d'autonomie, la difficulté des horaires et un salaire trop bas.

De plus, pour un nombre important le désir de formation complémentaire a été un élément déclencheur dans l'action de partir. Outre le fait d'apporter des éléments sur les causes du

¹⁷ ESTRYN-BEHAR Madeleine, et al., *Analyse longitudinale des facteurs personnels et professionnels associés au turnover parmi les soignants*, Recherche en soins infirmiers, vol. 103, no. 4, 2010, pp. 29-45.

turn-over, cette analyse¹⁸ permet de révéler que l'intention de quitter un établissement est un indicateur qui peut être relié au turn-over.

En 2017, une étude¹⁹ sur le turn-over dans les EHPADs privés en France nous apporte un complément de réponses. Elle met en évidence une grande difficulté pour ce secteur à fidéliser son personnel. Les causes de départ volontaire mises en avant sont le niveau de rémunération et la pénurie de personnel.

La localisation de l'EHPAD est elle aussi un facteur favorisant. En effet, si un Hôpital est situé à proximité, il peut apporter une certaine attractivité et le taux de départ sera plus important afin de répondre au désir des soignants de saisir une opportunité professionnelle. Il existe néanmoins une différence entre les infirmiers et les aides-soignants sur le sujet de la rémunération. Cette étude révèle que les infirmiers ont un salaire supérieur de 40% à celui des aides-soignants dans les EHPADs ainsi, pour eux, c'est le défaut en qualité des soins qui est prépondérant dans leur choix de départ.

Il apparaît donc que ce taux de rotation est la conséquence d'un départ volontaire des infirmiers, causé par des conditions de travail dégradée, un salaire inégal, un défaut dans la qualité des soins ou un désir de formation.

Nous venons de mettre en évidence les caractéristiques du turn-over et ses causes, il serait important de se demander si la génération elle-même favorise cette rotation.

2.2.1. La jeunesse abandonne-t-elle ?

Face à l'augmentation de la charge de travail, au faible niveau de rémunération et au manque de perspectives d'évolution ou de formation, le nombre de jeunes diplômés quittant la profession augmente. Thierry Amouroux²⁰ affirme que 30% des nouveaux diplômés quitte la profession dans les 5 ans qui suivent l'obtention de leur diplôme.

Cette fuite provoque un trou d'air dans la profession avec 7500 postes non pourvus en France, aggravant ainsi le manque de personnel dans les établissements de santé. Le syndicat

¹⁸ Graphique élaboré à partir du Tableau 4 de l'analyse longitudinale.

¹⁹ MARTIN Cécile et RAMOS-GORAND Méline, *Turnover élevé du personnel soignant dans les Ehpads privés en France : impact de l'environnement local et du salaire*, Economie et statistique n°493, 2017.

²⁰ Porte-parole du Syndicat National des Professionnels Infirmiers.

affirme que cet abandon est la résultante d'une faible attractivité salariale pour des professionnels avec un grade Licence (1450€ nets par mois en début de carrière), des contraintes peu prises en compte (prime de nuit et week-end faibles), la charge de travail, les contraintes horaires et le manque de remplacement.

Ce constat peut-il être relié à la population elle-même ? En effet, les médias ou le bon sens populaire décrit une jeunesse moins engagée dans son travail que ses aînés, mais qu'en est-il ? Ces générations que nous appelons X,Y, Millénium, d'individus hyperconnectés, est-elle déconnectée du monde du travail ?

L'IRES²¹ en 2019 propose une lecture différente de ce qui est communément admis. Pour ces chercheurs, « les études sociologiques montrent que la centralité du travail, pourvoyeur de revenu et d'identité sociale, reste une constante de génération en génération »²². Ils démontrent que c'est le contexte actuel par la persistance du chômage et la précarisation du travail (contrats courts, CDD, faible salaire) qui influe sur leur choix de changement. Dans « réinventer le travail »²³, deux sociologues affirment que cette incertitude oblige les jeunes travailleurs à vivre dans le court terme, et par conséquent ils n'ont pas la même loyauté envers l'employeur que leurs aînés. Cette déloyauté peut donc être interprétée par certains comme un manque de motivation.

Cette réalité est confirmée par une enquête réalisée auprès de 19 500 jeunes ayant terminé leurs études en 2013. Seulement 15% des jeunes interrogés²⁴ voient leur priorité actuelle hors du travail, la très grande majorité considère la stabilité dans le travail ou l'amélioration de sa situation professionnelle comme un élément important. De plus, cette enquête apporte des informations sur le point de vue de cette jeunesse sur le travail²⁵. Elle permet de mieux appréhender ce que cette population recherche à travers le travail.

Ainsi, nous pouvons remarquer que l'équilibre entre la vie professionnelle et personnelle, l'intérêt pour le poste et l'autonomie et la prise d'initiative sont des éléments déterminants

²¹ Institut de Recherches Economiques et Sociales.

²² La revue de l'IRES, n°99, page 4.

²³ MEDA, Dominique, et Patricia VENDRAMIN, *Réinventer le travail*, Presses Universitaires de France, 2013.

²⁴ Institut National de la Jeunesse et de l'Education Populaire, *Les jeunes face au travail : un regard ambivalent, reflet de disparités*, Analyses et Synthèses, n°24, Juin 2019.

²⁵ Cf. Figure 5

dans le travail pour cette jeunesse. Nous pouvons remarque, aussi et surtout, que cette jeunesse ne montre pas de désintérêt pour le monde du travail, elle est en recherche des mêmes éléments que les générations précédentes.

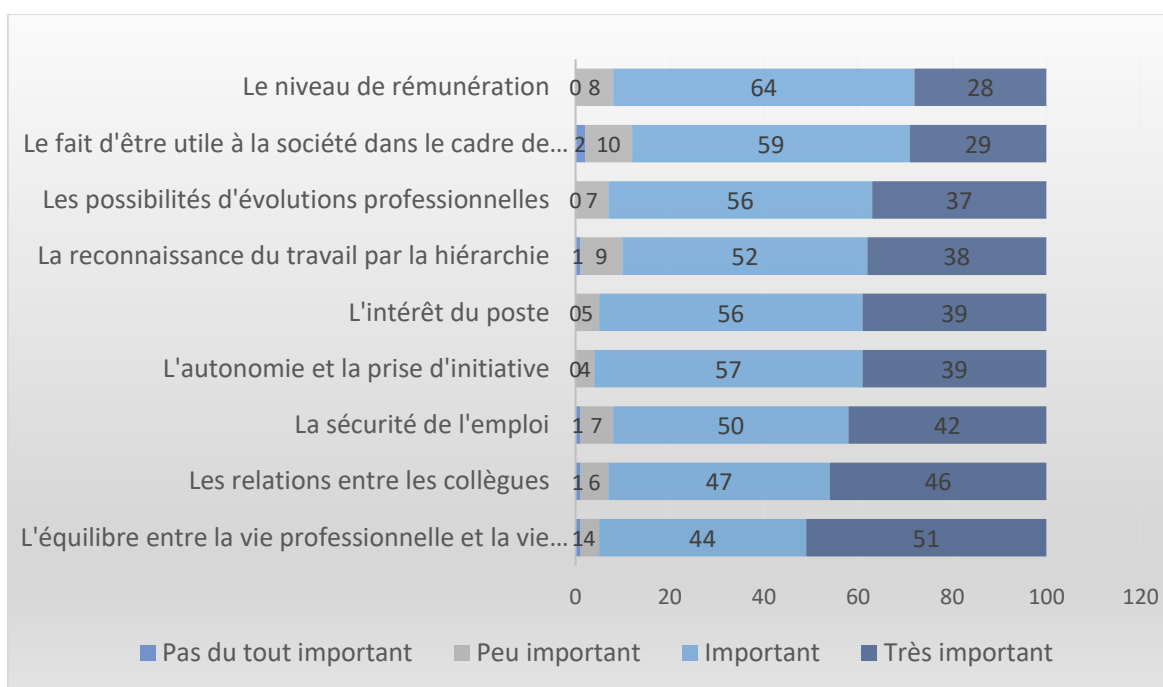


Figure 5 - Point de vue général sur le travail, CEREQ "Génération 2013", interrogation 2016

Nous pouvons donc nous demander si le contexte socio-économique actuel du monde du travail impose la rotation à la jeunesse ou est-ce les conditions de travail elles-mêmes. Nous essaierons d'apporter des éléments de réponse en étudiant la précarité de l'emploi infirmier en France.

2.3. Les conséquences du turnover

Le renouvellement du personnel n'est pas sans contraintes, il apporte des conséquences non négligeables sur les effectifs des équipes de soin. En effet nous pouvons retrouver des conséquences en termes de déficit de compétences, de diminution de la qualité des soins, économiques et humaines.

2.3.1. Une conséquence sur le déficit en compétences

En premier lieu, c'est une fuite de compétences qui est la plus délétère. En effet, un infirmier qui quitte son service, c'est un savoir, une expérience que l'on perd. L'entreprise devra réinvestir du temps (et de l'argent ?) pour former à nouveau un professionnel. Il faut

plusieurs mois (ou plusieurs années) pour qu'un infirmier devienne compétent dans son travail. Ce temps nécessaire pour doubler le jeune professionnel pour qu'il soit formé par ses pairs, à l'installer dans un parcours de formation professionnel, doit être réinvesti pour chaque nouvel arrivant.

Et quid de la transmission ? Un service de soins, ce n'est pas que du savoir-faire, c'est aussi une histoire, un schéma de valeurs communes. Si la rotation perdure, le vécu commun se disperse emportant avec lui les valeurs.

2.3.2. Une conséquence sur la qualité des soins

Dans l'univers des soins, le monde de la dépendance a particulièrement suivi ce phénomène de rotation. De nombreuses études montrent que la diminution du turn-over est corrélée à l'augmentation de la qualité des soins. De plus, dans le cas d'un turn-over faible, l'amélioration n'est pas significative. A contrario, un turn-over important peut engendrer des interruptions dans la continuité des soins pouvant aller jusqu'à des erreurs de prescription²⁶.

Une revue de la littérature réalisée par l'ARS apporte des éléments complémentaires. L'analyse d'une étude comparative réalisée auprès de 9 pays européens confirme que plus la charge de travail augmente, plus le niveau de formation baisse et ainsi le taux de mortalité augmente.

2.3.3. Une conséquence économique

Même si cet élément peut paraître éloigné du soin, il doit néanmoins être abordé dans le cadre d'une gestion plus saine d'un service.

En effet, lorsqu'un infirmier décide de partir il doit être bien souvent remplacé par un autre avec (souvent) un plus faible niveau de compétences. Cette personne doit être doublée et formée par ses pairs pour acquérir de nouvelles compétences et atteindre le niveau de la personne qui est partie. L'ensemble de cette période doit être considérée comme un investissement et donc « coûte » à l'entreprise.

²⁶ LOQUET Julien et NAGOU Gwladys, *Le turnover du personnel infirmier en France : une analyse empirique à partir des déclarations annuelles de données sociales*, Novembre 2014, page 4.

De plus, lors d'un départ de salarié, le poste peut rester vacant et générer ainsi des heures supplémentaires chez les autres salariés.

Finalement, nous pouvons y ajouter le coût de la formation des nouveaux agents. Par exemple pour le secteur des urgences, il est fréquent de proposer des formations en gypsothérapie (1350 €), prévenir et gérer l'agressivité (1290 €), soins infirmiers en SAUV (1750 €) représentant à elles trois 11 jours d'absence.

Par conséquent, si nous faisons le choix de la formation et de la montée en compétences des nouveaux arrivants, il faut avoir à l'esprit qu'il a un coût indirect non négligeable.

2.3.4. Une conséquence humaine

Quand un agent décide de partir, le plus souvent le cadre de proximité doit faire appel à l'auto-remplacement dans l'attente d'un recrutement : ce sont les autres agents qui pallient l'absence. Ce phénomène peut augmenter le sentiment de lassitude au travail par l'équipe ainsi que les contraintes physiques et psychologiques. Le risque principal étant de créer de l'absentéisme en essayant de gérer localement le remplacement.

Le temps consacré par le cadre de santé au remplacement de l'agent parti est un temps qu'il ne pourra donner aux membres de son équipe et leurs préoccupations. Ce temps ne sera pas investi dans la proximité et l'assurance de la qualité et la sécurité des soins.

Le nouvel arrivant peut ainsi se retrouver en insécurité dans un milieu aussi complexe que les urgences. Cela peut l'amener à douter de lui, de ses compétences, de son utilité et le conduire à quitter prématurément son emploi.

Le nouvel arrivant peut être considéré comme un élève et non comme un professionnel de santé. Ainsi, il peut être amené à porter longuement l'étiquette de Novice. De plus, une équipe de soins c'est un ensemble de générations différentes qui sont enclins à cohabiter et travailler ensemble. Ces générations peuvent-elles travailler ensemble ? ou est-ce que cette cohabitation pousse les jeunes infirmiers au départ ?

Depuis de nombreuses années, de nombreuses générations ont été décrites : Baby-boomers, X, Y, milléniums, Z... C'est pourquoi, dans un premier temps et afin de mieux comprendre leurs interactions, il est nécessaire de mieux décrire ces populations pour mieux les

comprendre. Ensuite nous nous efforcerons d'étudier la littérature afin de mieux comprendre leurs relations.

2.4. Les générations

La théorie sur les générations a été définie par William Strauss et Neil Howe dans plusieurs ouvrages. Ils ont progressivement décrit les vétérans (1920-1945), les baby-boomers (1946-1964), la génération X (1965-1980) et la génération Y (1981-2000)²⁷. Cette théorie, largement reprise se base sur l'influence des conditions socio-culturelles sur une génération et les valeurs ou attitudes communes que ses membres partagent. Vivre ensemble dans une même époque permet d'avoir les mêmes expériences sociales, les mêmes contraintes économiques, le même monde politique. Ces expériences génèrent ainsi des opinions et des valeurs communes.

Actuellement, 4 générations vivent ensemble et au moins 3 d'entre elles peuvent être amené à travailler dans la même entreprise. Cette nouvelle cohabitation entraîne parfois des tensions et souvent des difficultés de compréhension. Ainsi, « les anciens » critiquent volontiers le manque de motivation au travail des « jeunes » qui eux leur reproche leur manque de réactivité. La temporalité des différentes générations s'oppose, les exigences immédiates des jeunes se confronte au temps du projet des anciens. C'est pourquoi, le manager doit apprendre de ces générations et identifier ce qui mobilise et motive chacun de ses employés, pour maximiser ses performances²⁸.

Ainsi, 4 générations sont amenées à coexister sur le même lieu de travail et cela peut provoquer des incompréhensions, voir des conflits générationnels.

2.4.1. Les baby-boomers

Cette population est définie par une année de naissance comprise entre 1946 et 1964. Cette population est la conséquence d'un pic de naissance post seconde guerre mondiale.

²⁷ STRAUSS William et HOWE Neil, *The fourth turning*, Crown, 1997.

²⁸ GRUBB V.M., *Clash of the generations*, Wiley, 2016.

Cette population a vécu dans la période des trente glorieuses. Cette période a connu une forte croissance économique et une augmentation du niveau de vie, elle s'étend de 1946 à 1975. Ces trente années ont été marquées par un progrès technique élevé, une reconstruction intense, un plein emploi, une forte croissance de production de l'industrie et une croissance démographique importante : le fameux baby-boom.

Du fait de ce contexte socio-économique, cette génération a connu le plein emploi ainsi qu'une croissance économique spectaculaire. Il en découle ainsi leurs caractéristiques qui en font des êtres positifs et à la recherche de la réussite professionnelle. En effet, pour cette génération, l'accès à l'emploi correspond à l'accès à une classe sociale. L'engagement pour l'entreprise est un engagement à vie, le changement est une exception.

Cette génération est aussi le symbole de la libération sexuelle, rendu célèbre par les mouvements hippies aux États-Unis.

Les rapports avec la hiérarchie sont excellents, ils sont respectueux et fidèles.

2.4.2. La génération X

C'est une génération de transition, moins nombreuse que les baby-boomers, elle a eu du mal à s'intégrer sur le marché de l'emploi, elle a commencé à vivre le chômage de masse²⁹. Cette génération a été marquée par d'importantes mutations sociales et économiques. Les individus de cette génération sont nés entre 1964 et 1978. C'est la première génération à avoir connu le chômage dans un contexte de marché de travail congestionné. Cette congestion s'est d'ailleurs majorée avec l'arrivée des femmes sur le marché du travail³⁰.

Cette génération a elle aussi connu des progrès techniques importants, dans le champ de la communication tout particulièrement avec l'émergence du minitel et l'internet. La fin de la croissance économique et du plein emploi a provoqué un investissement important de cette génération dans son travail³¹. Ces salariés sont les premiers à souhaiter un plus juste équilibre entre vie professionnelle et personnelle. Ce temps personnel étant nécessaire aux relations

²⁹ PAUGET Bertrand et DAMMAK Ahmed, *Secteur sanitaire et social, état des lieux de la génération Y en 2013*, Soins cadres n°88, Novembre 2013, pages 24-25.

³⁰ SIMARD Stéphane, *Génération X @ Z, Un monde différent*, 2017.

³¹ GUESTIN Ambre, *Manager des générations ou générer des managements ?*, Soins cadres, n°88, page 29.

avec leurs parents (qui vivent plus longtemps), leurs enfants (qui restent plus longtemps dans le foyer) et l'émergence d'une société consumériste.

Cette génération dite « sandwich » est coincée entre les baby-boomers et les enfants rois de la génération Y. « On dit souvent de la génération X qu'elle a vécu une crise identitaire, qu'elle est perdue et qu'elle cherche à se définir dans l'ombre des baby-boomers »³². Les organisations sont des difficultés à reconnaître leurs talents, par conséquent cette génération apparaît en retrait par rapport aux Baby-boomers.

Vis-à-vis du management, ils ont tendance à contester la légitimité de l'autorité de leur aînés, point commun d'avec la génération Y. Pour eux, une personne compétente doit être en mesure de le montrer et le justifier.

2.4.3. La génération Y

Autrement appelée « Millénium », cette génération est la plus importante sur le marché du travail. Elle se caractérise par des individus nés entre 1981 et 1997. Cette génération reprend les caractéristiques des générations qui l'ont précédé en les accentuant. Face à un monde de plus en plus instable, cette génération s'est adapté en créant plus de mobilité et en ne se référant plus à la tradition. C'est la génération du développement personnel en quête d'expériences qui vont lui apporter connaissance et culture.

Au niveau sociétal, cette génération a connu l'explosion de l'informatique et de la sphère internet. Leur contexte social se définit par l'individualisme, la précarité familiale et la réforme des 35 heures. Ils sont par conséquent définis par l'autonomie, la curiosité, l'absence de limite, l'épicurisme, l'immédiateté, le « multitâches ». Ce côté « multitâches », issu de l'informatisation du monde, peut paraître pour de la désinvolture pour les autres générations. Cette hyper-connexion permet un accès à l'information rapide et une résolution de problème immédiate mais il est nécessaire de leur repréciser le sens des priorités et l'intérêt d'une communication adaptée.

³² <https://www.stephanesimard.com/generation-sandwich/>, consulté le 23/03/2021.

« Ils ne vivent pas pour travailler mais plutôt travaillent pour vivre car le travail permet d'accéder à la consommation et aux loisirs »³³. Ils aspirent à un équilibre entre le professionnel et le privé. C'est la génération de la confiance et de l'optimisme qui souhaite travailler moins et mieux.

C'est une génération qui est marquée par une loyauté « relative », n'hésitant pas à changer d'organisation si une opportunité se présente. Cette impatience trouve son essence dans le sens à son action et les bénéfices de son implication. Par conséquent, au niveau managérial, cette génération doit être impliquée dans les projets. Le manager doit avoir à l'esprit leur désir d'individualisme et d'autonomie. Ils excellent dans la résolution de problématiques complexes.

Cette génération est à l'aise avec les baby-boomers, auprès de qui ils recherchent des conseils³⁴. Les associer en travail de groupe peut avoir de l'intérêt.

2.4.4. La génération Z

C'est la dernière génération à arriver dans le monde du travail. C'est d'ailleurs certainement celle qui caractérise notre sujet d'étude avec des individus nés après 1997. Elle prend naissance avec le nouveau millénaire. Elle s'est construite dans le monde des NTIC, apportant des êtres plus à l'aise avec les réseaux sociaux que les contacts directs³⁵. Ils sont hyperprésents sur le net, cela fait partie de leur quotidien. Cette génération est marquée par un rejet des médias traditionnels et des institutions.

Pour Michel Serres³⁶, comme ils habitent dans le virtuel, « ils ne connaissent, ni n'intègrent, ni ne synthétisent comme nous, leurs ascendants ». L'accès par leur smartphone a un nombre incalculable d'information leur apporte une définition de l'espace complètement différente. La rapidité avec laquelle il s'exerce sur leur nouveau « précieux » a poussé le philosophe à

³³ ABDELOUAHID Assaidi, KIZABA Godefroy, et GUILLUY-SULIKASHVILI Natalia, *Génération Baby-Boomers, X et Y : Les barrières entrepreneuriales des entrepreneurs dans le Nord de la France*, Gestion 2000, vol. volume 32, no. 4, 2015, pp. 83-106.

³⁴ DEJOUX Cécile et WECHTLER Heidi, *Diversité générationnelle : implications, principes et outils de management*, Management & Avenir, vol. 43, no. 3, 2011, pp. 227-238.

³⁵ GUESTIN Ambre, *Manager des générations ou générer des managements ?*, Soins cadres, n°88, page 29.

³⁶ SERRES Michel, *Petit poucette*, éditions le pommier, 2012.

les rebaptiser « petite poucette » dans son ouvrage. Cette distorsion de l'espace-temps amène lui confère de nouvelles compétences d'apprentissage, de nouvelles fonctions cognitives. Par conséquent, avec eux, l'enseignement et la transmission du savoir doit se réinventer. Ainsi, pour eux l'entreprise est un prolongement de leur apprentissage initial, ils considèrent qu'elle doit lui apporter des connaissances et connaissances supplémentaires.

Cette hyper-connexion a des conséquences sur leur vision de l'entreprise, selon une enquête³⁷ réalisée auprès de 3200 français de 15 à 20 ans, la clé de la réussite professionnelle se situe dans un « bon réseau » avant le bon diplôme ou le bon CV. Cette conscience que le monde de demain reste à inventer avec les métiers qui en résultent, l'apprentissage n'a plus la moindre importance et les diplômes associés non plus. La génération Z, comme la génération Y, fait face à une crise sociale, politique et identitaire. Leur monde est marqué par la montée de la violence, des partis extrêmes et du terrorisme comme l'attentat sur le World Trade Center. Ce groupe qui s'est développé dans la crise, et son incertitude, veut profiter au maximum du temps présent, qu'il soit personnel ou professionnel (à salaire égal, 25% choisissent une entreprise plus fun, 21% une entreprise plus éthique). Quand on analyse les causes de leur démission, dans 71 % des cas elle est liée à une mauvaise entente avec son encadrement ou un collaborateur.

L'ambiance a un caractère déterminant dans le choix de leur entreprise, elle doit leur apporter sécurité dans les relations afin qu'ils soient eux-mêmes, authentiques, en harmonie avec leurs propres valeurs³⁸. De plus, ils apportent une grande importance au lien, au partage, au groupe. Dans leur monde post-matérialiste, « le lien apporte plus que le bien »³⁹, leur besoin de partage à leur communauté est important que le bien lui-même. Par conséquent, ils deviennent des individus égocentriques. Pour 42% des « Z », leur confiance en eux est sensible aux commentaires que l'on fait sur eux.

³⁷ Enquête « La grande invasion », BNP Paribas - The Boson Project, 2015

³⁸ OLLIVIER Daniel et TANGUY Catherine, *Génération Y & Z, le grand défi de l'intergénérationnel*, Deboeck, 2018.

³⁹ GENTINA Elodie et DELECLUSE Marie-Eve, *Génération Z, des Z consommateurs aux Z collaborateurs*, Dunod, 2018.

Concernant le rapport à la hiérarchie, la génération Z attend d'un manager qu'il possède des compétences relationnelles fortes, plutôt qu'organisationnelles ou techniques. Ils attendent de leur manager un rapport d'égal à égal.

2.4.5. Quelques exemples intergénérationnels

Cette notion de générations est souvent reprise dans nos organisations de travail. Le conflit intergénérationnel est parfois mis en avant comme cause évidente de tensions au sein d'une équipe. Cette tension pouvant amener certains à quitter leur emploi.

Un ethnologue, François FLAMANT, a étudié le cas d'un conflit dans une gare de triage ferroviaire⁴⁰. Dans cette gare, un conflit a émergé entre quinquagénaires et jeunes récemment embauchés. Ce conflit a rapidement été identifié par les protagonistes comme un conflit intergénérationnel.

Le chercheur s'est efforcé de décortiquer la situation, il révèle que ce qui est résumé par tous comme un conflit inter générationnel est en fait la conséquence de problèmes organisationnels modifiant la position sociale des protagonistes. Il en résulte que ce qui fait conflit dans cette situation n'est ni l'âge des ouvriers, ni le concept de génération mais la modification des valeurs sociales de l'entreprise.

Vincent CARADEC, un sociologue français, est spécialiste des questions du vieillissement. Dans un récent article⁴¹, il soulève la question de la coexistence des « jeunes » et des « vieux » dans la société actuelle. Il rejette le concept de générations, trop marquées, pour une définition qui prend en compte le contexte : « Le destin de chaque génération est, en effet, fortement marqué par les événements qu'elle traverse et par la conjoncture économique et sociale qu'elle connaît. ».

Selon lui, ce sont les inégalités conjoncturelles qui ont indubitablement provoqué des inégalités dans les revenus et inégalités dans l'accession au pouvoir : « Les jeunes grandissent dans un autre monde que celui qu'ont connu les vieux quand ils étaient jeunes,

⁴⁰ FLAMANT Nicolas, *Conflit de générations ou conflit d'organisation ? Un train peut en cacher un autre...*, Sociologie du travail, Vol. 47 - n° 2 | 2005, 223-244.

⁴¹ CARADEC Vincent, « Jeunes » et « vieux » : les relations intergénérationnelles en question, *Agora débats/jeunesses*, vol. 49, no. 3, 2008, pp. 20-29.

ce qui constitue une différence essentielle par rapport aux sociétés qui connaissaient un faible changement social. ».

Au travers ces deux exemples, il apparaît qu'au-delà du concept des générations déterminé par l'âge, c'est plutôt l'organisation du travail ou les éléments socio-économiques qui peuvent être source de ce qui peut être nommé comme un conflit entre les générations. Malheureusement, quand ce terme est utilisé, il réduit la problématique à une question d'âge et n'invite pas à l'exploration des réelles causes.

Cette revue démographique des infirmiers en France, la définition des caractéristiques du turn-over et l'étude du concept générationnel ont permis de dégager des éléments de réponse, il semble qu'un des fondements de cette rotation serait lié aux conditions de travail. C'est pourquoi, il pourrait être judicieux de vérifier si la dégradation des conditions de travail est une constante dans le monde du travail actuel et le monde hospitalier en particulier.

2.5. Précarisation de l'emploi en France

Nous aborderons dans cette section un état des lieux sur la précarisation du travail en France et en particulier dans le domaine de la Santé.

2.5.1. Définitions

Selon l'INSEE, l'emploi précaire se définit ainsi : « Sous le terme formes particulières d'emploi, (ou parfois emplois précaires) sont regroupés les statuts d'emploi qui ne sont pas des contrats à durée indéterminée. Ce sont l'intérim, les contrats à durée déterminée, l'apprentissage et les contrats aidés »⁴². Par cette définition, nous comprenons que ce type d'emploi est caractérisé par le contrat lui-même, et les caractéristiques de celui-ci ne permettent pas au salarié de connaître la durée exacte de sa mission.

Le taux de précarité correspond à la part de l'emploi en intérim, CDD et apprentissage rapporté à l'emploi total.

⁴² <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1570>, consulté le 20/03/2021.

2.5.2. La précarité de l'emploi en général

La part des emplois précaires en France est en constante augmentation. Cette hausse n'est pas nouvelle, d'après les données de l'INSEE, elle a connu une première progression au milieu des années 80.

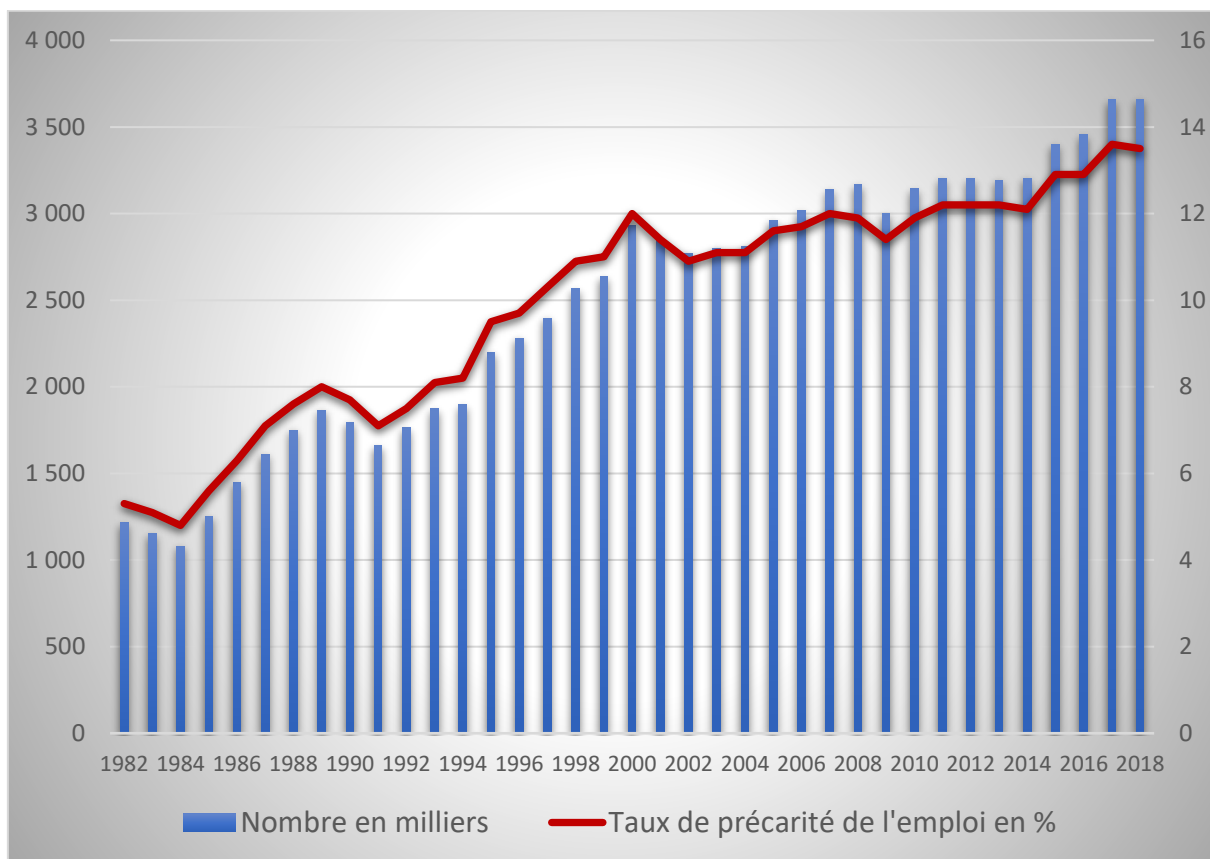


Figure 6 - Evolution de l'emploi précaire en France - Source INSEE

Cette évolution constante a permis d'atteindre un taux de précarité de l'emploi de 12% en 2000. S'en est suivie ensuite une période de stagnation de 15 ans pour reprendre une progression constante depuis 2014. Actuellement, ce taux est de 13.5%.

2.5.3. La précarité des jeunes

Le taux de précarité est inégalement réparti dans la population active. Ainsi, la population des jeunes de 15-24 représente la part la plus importante de ce taux. Entre 1982 et 2018, ce taux de précarité est passé de 17.3 % à 53.7 % chez les jeunes.

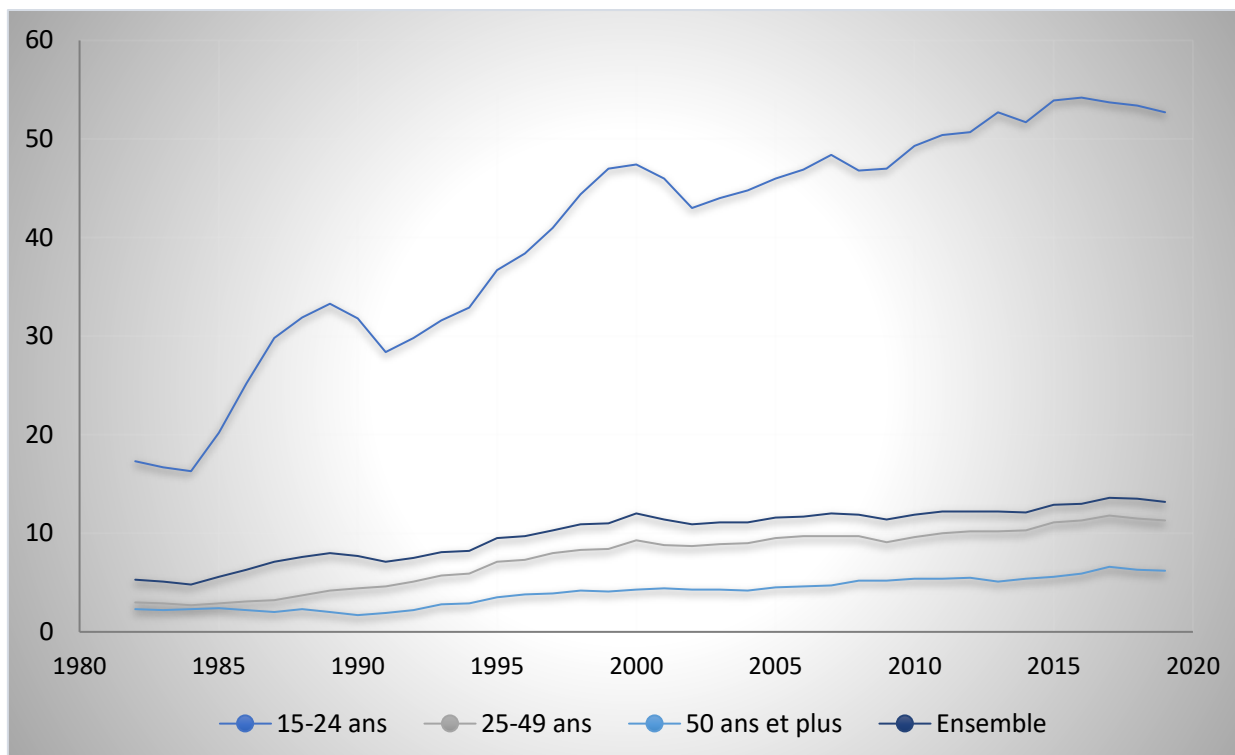


Figure 7 - Evolution de la précarité selon l'âge - Source INSEE

Ainsi, l'emploi précaire donne l'impression d'un mode d'entrée obligatoire de cette population dans l'emploi en France.

2.5.4. Précarisation de l'emploi dans le monde de la santé

Nous venons de le voir, le recours au travail précaire est important dans l'ensemble des entreprises. Mais qu'en est-il du monde de la santé ?

Le mode d'entrée des agents de l'Etat se fait de plus en plus par le mode du contrat, la titularisation étant ainsi atteinte de plus en plus tardivement⁴³. Un rapport⁴⁴ sur l'état de la fonction publique annexé au projet de loi de finance de 2021 précise que 19.2 % des emplois de la fonction publique hospitalière sont contractuels (CDI et CDD), et que 57 % de ceux-ci sont des CDD. Cette part est d'ailleurs en augmentation de 6.2 % entre 2017 et 2018.

De plus, la proportion des salariés contractuels a progressé de 48 % entre 2007 et 2017.

⁴³ PEYRIN Aurélie, *Sociologie de l'emploi public*, Armand Colin, 2019, pp 5-13.

⁴⁴ Rapport sur l'état de la fonction publique et les rémunérations, annexe au projet de loi de finances 2021, Ministère des finances.

Une enquête⁴⁵ de la caisse des dépôts vient renforcer cette tendance en précisant que le nombre d'agents titulaires reste stable entre 2011 et 2016 alors que le nombre total d'agent était en augmentation sur la même période.

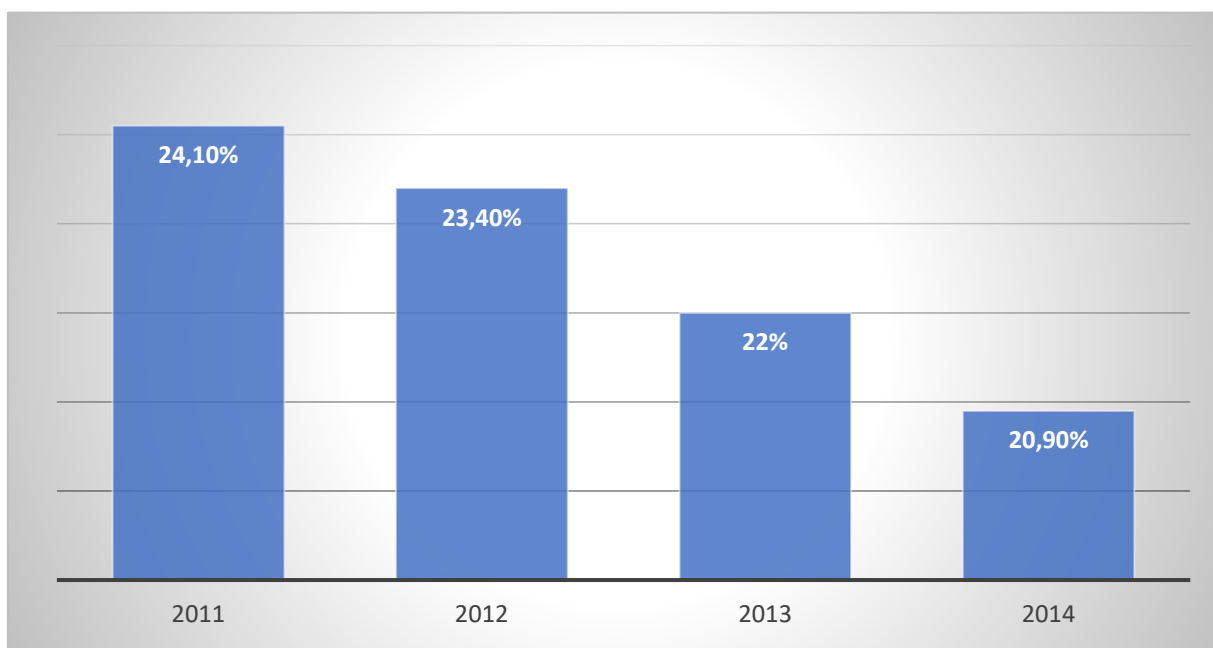


Figure 8 - Part des titularisations dans les 2 ans

Ainsi, la part des fonctionnaires est en recul et par conséquent celle des contractuels en augmentation (+10 % sur la même période).

Cette enquête apporte aussi des précisions sur la précarisation des emplois dans la fonction publique hospitalière. Elle propose un suivi des contractuels sur plusieurs années afin de déterminer la part des agents titularisés dans les 2 ans. Alors que le nombre de contractuels augmentait sur cette période, la proportion d'agent étant titularisés diminuait pour atteindre 20.9%. Cette enquête permet aussi de démontrer qu'il existe des disparités dans la probabilité de devenir titulaire en fonction du lieu d'exercice.

Ainsi, la probabilité pour un contractuel de devenir titulaire sous 2 ans est de 15 % dans un hôpital local, 26 % dans un centre hospitalier général et 31 % dans un centre hospitalier universitaire.

⁴⁵ CHATAIGNIER, JULLIARD et SOULAT, *L'emploi dans la fonction publique hospitalière*, Caisse des dépôts, Octobre 2019.

Les disparités financières existent elles aussi entre contractuels et fonctionnaires, ainsi pour les moins de 25 ans, la différence de salaire annuelle brute est de 4 200 € (21 500 € vs. 25 700 €). Cette différence augmente même à 5 000 € pour les 25-29 ans. Par conséquent, un nombre non négligeable d’infirmières contractuelles exercent les mêmes fonctions et ont les mêmes missions que les infirmières fonctionnaires⁴⁶. Cet emploi « à moindre coût » devient progressivement la norme, réduisant ainsi le coût du travail pour les directions de ressources humaines des centres hospitaliers.

2.6. Les conditions de travail du personnel soignant

Les conditions de travail sont particulièrement étudiées chez l’ensemble des salariés. Par exemple, l’enquête SUMER étudie l’exposition des salariés aux risques professionnels. Cette enquête est réalisée par les médecins du travail depuis 1994, elle permet d’avoir des éléments statistiques réguliers et comparer différentes catégories socio-professionnelles, différents lieux d’exercices et ainsi déterminer des axes d’amélioration.

Initialement prévue pour le secteur privé, cette enquête a été ouverte aux différentes fonctions publiques lors de sa dernière version. Les derniers résultats ont été publiés en 2017, ils permettent de mettre en évidence des différences notables d’exposition entre les salariés du secteur public et privé.

	FPH	Ensemble des employeurs
Abandon fréquent d'une tâche pour une autre non prévue	65,8	57,6
Contact tendu avec le public même occasionnellement	69,1	49,9
Travail au moins 10 dimanches par an	45,6	20,5
Manque de reconnaissance	57,7	50,6
Salariés en situation de job strain	35,3	26,9

Tableau 1 - Source enquête SUMER 2017

Le tableau récapitulatif ci-dessus reprend les éléments significatifs de l’enquête SUMER.

Ainsi, nous pouvons remarquer que les salariés du secteur public ont des contraintes temporelles fortes (65.8 % vs. 57.6 %) et un manque de reconnaissance (57.7 vs. 50.6 %).

⁴⁶ PEYRIN Aurélie, *Sociologie de l'emploi public*, Armand Colin, 2019, pp. 127-160.

En conséquence, les salariés font face à de fortes contraintes psychologiques et une faible latitude décisionnelle, c'est ce qu'on appelle le « Job strain » ou souffrance au travail (35.3 % vs. 26.9 %). Cet ensemble de contraintes est clairement définie par Karasek⁴⁷, cette charge mentale peut être source de troubles cardio-vasculaires, troubles musculosquelettiques ou dépressions⁴⁸.

En 2020, l'INSEE vient confirmer cette tendance dans une enquête sur l'emploi, le chômage et les revenus du travail⁴⁹, leur étude reprend plusieurs éléments statistiques dont l'enquête CT-RPS 2016 de la DARES.

	Ensemble	Privé	Fonction publique	FPH
Contraintes et risques physiques				
Avoir au moins trois contraintes physiques	34	34	32	56
Intensité du travail et pression temporelle				
Avoir au moins trois contraintes de rythme	35	37	27	43
Devoir se dépêcher	45	46	41	59
S'interrompre pour effectuer une tâche non prévue	65	65	67	79
Autonomie, marges de manœuvre				
Avoir un travail répétitif	43	45	36	47
Ne pas pouvoir régler soi-même les incidents	30	30	31	37
Coopération, soutien. Être aidé pour mener les tâches :				
les supérieurs hiérarchiques	77	77	76	74
les collègues	83	82	87	91
Conflits, harcèlement				
Victime d'une agression de la part :				
- du public	17	13	28	41
- de collègues ou supérieurs hiérarchiques	11	11	13	17
Reconnaissance				
Recevoir l'estime et le respect que mérite le travail	74	74	74	73

Tableau 2 - Source Dares-Drees-DGAFP-Insee, enquête conditions de travail et risques psychosociaux, 2016

⁴⁷ CHAPELLE Frédéric, *Modèle de Karasek*, Frédéric Chapelle éd., Risques psychosociaux et Qualité de Vie au Travail. Dunod, 2018., pp. 107-112.

⁴⁸ NIEDHAMMER Isabelle, et al, *Exposition aux facteurs psychosociaux au travail du modèle de Karasek en France : étude méthodologique à l'aide de l'enquête nationale Sumer*, Travailler, vol. 17 n° 1, 2007, pp. 47-70.

⁴⁹ Insee – Dares, *Emploi, chômage, revenus du travail*, Insee références, n° 5, 2020.

Ce tableau⁵⁰ permet de mettre en évidence le niveau d'exposition des salariés du secteur public. Ainsi dans la fonction publique hospitalière, les salariés sont plus exposés aux contraintes physiques (56% vs. 34 %), à l'intensité du travail et la pression temporelle à travers les interruptions de tâches (79% vs. 65%). Concernant la pression temporelle, 59.6 % des salariés de la FPH⁵¹ doivent se dépêcher pour effectuer leur travail (vs. 41% sur l'ensemble des fonctions publiques d'état). Ils se sentent moins soutenus par leur hiérarchie (74% vs. 77%). Concernant l'ambiance de travail, les salariés hospitaliers du secteur public sont plus enclins à être agressés par le public (41% vs. 17 %) ou ses collègues/supérieurs (17 % vs. 11 %).

La lecture de ces deux rapports d'enquêtes permet de mettre en lumière l'existence de conditions de travail dégradées pour le personnel de la fonction publique hospitalière. Ces conditions de travail génèrent des contraintes physiques, organisationnelles et psychologiques. Ces contraintes conjuguées à la précarisation de l'emploi chez les jeunes de moins de 25 ans peuvent être source de départ anticipé et ainsi augmenter le turn-over.

Suite au constat de départ, nous avons exploré le contexte démographique des infirmiers en France et en particulier celui des jeunes diplômés. Afin de mieux comprendre le taux de rotation, nous l'avons défini et essayé de faire émerger ses caractéristiques. Finalement, dans le but de mieux appréhender causes de ces départs nous avons étudié les conditions du travail en France.

Par conséquent, et afin de confronter cette revue de contexte à l'existant, il nous paraît judicieux de réaliser deux entretiens exploratoires à destination d'infirmiers des urgences.

⁵⁰ Tableau 2

⁵¹ Fonction Publique Hospitalière

3. Les entretiens exploratoires

A travers ces entretiens exploratoires, nous avons cherché à aborder des thèmes en lien avec cette recherche. Le but étant de récupérer des données liées au terrain et à la population cible (les infirmiers ayant débuté dans un service d'urgences récemment).

3.1. La démarche exploratoire

3.1.1. Le type d'échantillon

Au regard du constat de départ, l'échantillon concernera le public infirmiers. C'est pourquoi, nous avons contacté le service des urgences du Centre Hospitalier de Calais pour obtenir le contact de deux infirmiers. Le choix de l'échantillon s'est porté sur des nouveaux arrivants dans le service (moins de 2 ans), dont un infirmier néo-diplômé et un infirmier ayant une expérience précédente.

3.1.2. Le type d'entretien

La méthode utilisée sera un entretien semi-directif. L'objectif étant de recueillir des informations qui apporteront éventuellement des explications ou des éléments de preuve.

Ce type d'entretien nécessite de montrer des qualités d'écoute, d'attention et de patience. L'écueil à éviter est l'inférence, l'intervention dans le discours de l'interviewé en apportant des éléments de réponse pourrait apporter des éléments de réponse dirigés.

Il se compose de questions posées de manière générale par thématique et ouvertes.

Les thématiques retenues :

- Trajectoire professionnelle : par choix ? types de contrats ?
 - o Pour déterminer sur le turn-over peut être subi ou choisi, si le service de soins a été choisi, si le type de contrat à son influence.
- L'accueil dans le service : collègues, administration, encadrement.
 - o Pour connaître les conditions d'accueil, ses réussites et ses écueils.
- L'intégration parmi l'équipe soignante : intégré, novice, éternel débutant.
 - o Pour investiguer l'identité professionnelle.
- Les formations proposées, suivies, espérées.
 - o Existe-t-il un programme d'intégration ?

- Le rapport avec la profession : équilibre vie perso/travail, métier alimentaire, importance de la vie extérieure.
 - o Explorer la professionnalisation du métier et ses attentes.

3.1.3. Les conditions d'entretien

La situation sanitaire en France a totalement bouleversé notre univers. Dans ce contexte, il nous apparaissait judicieux de proposer des entretiens vidéo. Pour cela, contact a été pris avec les interviewés et une proposition leur a été faite d'utiliser le logiciel Zoom. Ce logiciel permet d'enregistrer l'entretien ce qui facilitera le recueil d'information, et aussi et surtout, facilitera l'échange et la communication en m'évitant de prendre des notes.

Un rendez-vous est fixé à l'avance et confirmé par la personne interviewée, le temps d'entretien estimé est transmis afin de s'assurer que le répondant sera dans de bonnes conditions temporelles.

En début d'entretien, je me suis présenté et expliqué rapidement mon travail. Nous nous sommes bien gardés d'exprimer la problématique du constat initial afin d'éviter d'induire des réponses biaisées : « Notre sujet de recherche concerne les jeunes infirmiers dans les services d'urgence ».

3.1.4. Les limites de l'entretien

Le risque de ce type d'entretien est qu'il dévie du cadre original, il faut ainsi arriver à réorienter l'entretien sans induire les réponses.

Du fait du nombre d'entretiens, les réponses apportées peuvent ne pas être complètement significatives de la population des jeunes infirmiers des urgences.

Du fait de l'unique provenance des interviewés, les réponses apportées peuvent être le reflet d'une organisation ou d'un management particulier.

3.2. Les modalités d'analyse

L'analyse reposera sur la mise en tableau des réponses des répondants. Ces réponses seront retranscrites de manière la plus fidèle possible en regroupant les idées ou les informations dans la même phrase. Ces entretiens exploratoires ont abordé 5 thématiques

différentes, de temps en temps il a été nécessaire de relancer ou reformuler certaines questions. Les éléments de tableau seront ensuite regroupés et analysés afin d'en dégager des éléments communs.

	Répondant 1 THIBAUT – 23 min	Répondant 2 ADRIEN – 34 min
Trajectoire professionnelle	<p>IDE depuis 2020.</p> <p>J'ai commencé dans un service de pneumologie pour 2 mois puis on m'a demandé si je voulais poursuivre mon contrat aux urgences. Je suis toujours en CDD pour le moment. Je devrais normalement signer un Cdi cette année. J'espère que cela viendra rapidement pour prendre un crédit afin d'acheter une nouvelle voiture. Je suis sapeur-pompier volontaire depuis 3 ans.</p>	<p>IDE depuis 2015.</p> <p>Pas d'expérience professionnelle au préalable, pas d'activité de sapeur-pompier.</p> <p>Première expérience en H.A.D. met rupture de contrat car trop isolé en début de diplôme (besoin de collègues, d'un cadre rassurant, trop isolé) « tout seul avec sa mallette, c'est trop dur ».</p> <p>Puis 2 ans en soins intensifs en cardiologie/pneumologie.</p> <p>Arrivée par choix aux urgences en 2018 : « je voulais faire d'autres services avant pour me rassurer après mon expérience en H.A.D. ».</p> <p>CDI depuis 2017.</p>

<p style="text-align: center;">L' accueil dans le service</p>	<p>L'arrivée aux urgences s'est faite suite à la fin de ma mission en pneumologie. Je suis allé aux urgences car il manquait du personnel et je suis resté.</p> <p>Relance : « comment s'est passé l'accueil par l'encadrement, avez-vous été doublé ? »</p> <p>Réponse : L'accueil a été classique, je n'ai pas été doublé. Les premiers postes ont été assez difficiles physiquement et psychologiquement. C'était chaud, les médecins m'ont mis la pression. Heureusement les collègues sont présents pour aider.</p> <p>Relance : « Vous a-t-on attribué un tuteur, un parrain ? »</p> <p>Réponse : Non pas du tout.</p>	<p>Transfert classique de service à service. Besoin d'une reformulation sur un programme d'intégration, doublure...</p> <p>Il n'a pas été doublé dès sa première journée de 12h. s'est posé beaucoup de questions suite à cette journée.</p> <p>Relance : « vous êtes-vous senti en danger ? »</p> <p>Réponse : « on aurait peut-être pu me mettre en filière courte pour moins de prise en charge. L'idéal aurait été de me doubler au moins une journée ».</p> <p>Pas de protocole d'accueil spécifique.</p> <p>La cadre lui a demandé de réviser l'AVC, la douleur thoracique à l'aide d'un support papier. Une tutrice lui a été affecté mais elle était en poste inversé, nous nous sommes rarement croisés.</p> <p>Je pense que la tutrice aurait pu être désignée en fonction du planning réalisé. Mais ce tutorat n'a abouti à rien.</p>
--	--	--

<p style="text-align: center;">L' intégration</p>	<p>Très bon accueil dans le service par les collègues et les médecins que je connaissais déjà suite à mon stage préprofessionnel.</p> <p>Relance : « Est-ce difficile de passer d'un statut de stagiaire à professionnel ? ».</p> <p>Réponse : oui car les attentes ne sont pas les mêmes. Cela a pris du temps pour que je fasse ma place dans l'équipe, pour qu'ils me fassent confiance.</p>	<p>Bon accueil dans le service par les collègues, après une période de test dans les différents secteurs.</p>
<p style="text-align: center;">Les formations</p>	<p>Depuis mon arrivée aux urgences je n'ai pas eu de formations. J'apprends sur le tas, quand on a le temps sur le poste de travail. Avec la situation sanitaire, cela est difficile d'avoir du temps pour le faire. Je travaille à la maison pour me mettre à niveau (livre sur les soins d'urgence). Mon activité en tant que sapeur-pompier me permet d'avoir un programme de formation complet. Chez les pompiers, on ne peut exercer une fonction qu'après la formation, c'est rassurant.</p> <p>Formations souhaitées : Déchocage, accueil, pédiatrie.</p>	<p>Après 3 ans de diplôme, j'ai enfin eu des formations aux urgences. Ces formations étaient proposées pour l'ensemble du service en général, mais il existe une formation spécifique accueil et déchocage pour les IDE de moins de 2 ans de présence. J'ai eu la chance d'arriver dans une année riche en formation : IAO, déchocage, accueil de l'enfant. Formation SMUR prévue sur 2 jours en avril prochain.</p> <p>Formations souhaitées : Damage control, formation respirateurs.</p> <p>Pas de période de doublure pour le passage en déchocage ou à l'accueil des urgences mais évaluation par la cadre.</p>

Le rapport avec la profession	<p>Poste en 12h de par la situation sanitaire, sinon auparavant c'était des postes de 7h. Je préfère les postes en 12h pour l'équilibre travail/loisirs.</p> <p>Les repos me permettent de prendre des gardes chez les pompiers.</p> <p>Les repos sont regroupés par la cadre et cela permet de bien récupérer et se ressourcer.</p>	<p>Habituellement, il y a des postes du matin, après-midi et des postes de 12h. Ces postes sont mixés. J'ai plus de repos pour ma vie personnelle. La cadre met souvent 2 repos consécutifs. J'arrive à planifier mes weekends de manière identique à mon épouse Infirmière dans le même C.H. Actuellement uniquement des postes de 12h à cause de la crise. Je préférerais plus d'alternance de tache et de poste de travail sur les 12h.</p>
--------------------------------------	--	--

Tableau 3 - Entretiens exploratoires

La lecture de ce tableau nous permet de regrouper des thématiques communes :

La précarité des emplois

Les deux personnes interviewées ont connu ou connaissent encore une période de précarité. Thibaut est encore en CDD et Adrien après avoir été Cédésisé au bout de 2 ans, n'est à ce jour pas titulaire de la fonction publique. Ces résultats confirment bien les éléments mis en avant dans notre analyse du contexte.

Absence de parcours d'intégration

L'accueil est classique mais il ne prévoit pas de réel programme intégratif. Quand l'arrivée de l'agent est prévue, un tuteur est désigné mais sans réel objectif. Quand le salarié arrive en remplacement, aucun dispositif ne lui est proposé. Aucune visite de service n'est programmée, il n'existe pas de livret du nouvel arrivant. Thibaut a eu des difficultés à s'intégrer dans l'équipe du fait de ce déficit de parcours intégratif : le changement d'identité entre étudiant et soignant a été difficile.

Les formations

Elles sont proposées à l'ensemble du personnel. Adrien a eu la chance de bénéficier d'une année faste. Thibaut n'a, à ce jour, pas reçu de formations mais le contexte sanitaire peut être un paramètre à prendre en compte. La formation par les pairs n'est pas programmée non plus, il n'existe aucune période de « doublure » pour les nouveaux arrivants. Ce déficit

formatif met les infirmiers dans l'insécurité et génère des contraintes psychologiques. Les deux agents ont détourné ce manque par la formation personnelle à travers leur lecture ou la formation des pompiers.

L'équilibre personnel

C'est un aspect important de la profession, le bénéfice de plusieurs jours de repos consécutifs est mis en avant afin de mieux récupérer et concilier le travail et la vie personnelle. Les postes de 12h, expérimentés depuis peu dans ce centre hospitalier sont plébiscité car ils permettent de générer plus de jours de repos.

De plus, ces entretiens exploratoires n'ont pas mis en évidence des complications d'intégration ou des désirs de départs prématurés liés aux conflits générationnels.

4. La problématique

Dans cette première partie du travail de recherche, nous nous sommes penchés sur les caractéristiques du turn-over. Nous avons pu ainsi mieux en comprendre les facteurs favorisant et les conséquences. De plus, nous avons pu mettre en évidence les conditions de travail des jeunes diplômés du domaine de la santé en France.

Il en résulte que les causes de départs des infirmiers sont les conditions de travail et le déficit en formation. Ainsi, nous avons développé que les conditions de travail des infirmiers s'étaient particulièrement dégradées depuis de nombreuses années et que la Fonction Publique Hospitalière était tout particulièrement touchée par ce phénomène.

Le service des urgences est un lieu de haute technicité qui demande de la rapidité d'exécution, de la précision, des connaissances théoriques et cliniques fortes...pouvant provoquer de l'insécurité pour des infirmiers « novices » en manque d'assurance et de formation. Ainsi, le nouvel arrivant peut se sentir en insécurité dans son travail et avoir envie de quitter le service.

De par ses missions d'accompagnement, de formation, d'animation de l'équipe, le cadre de santé peut diminuer l'insécurité ressentie par les infirmiers « novices ».

Notre problématique peut donc se rédiger ainsi :

Comment le cadre de santé peut favoriser l'intégration des nouveaux arrivants infirmiers et ainsi diminuer le turn-over ?

Afin d'essayer d'y répondre, nous pouvons émettre les hypothèses suivantes :

Hypothèse 1 : Le cadre de santé facilite l'intégration des infirmiers par la mise en place d'un programme d'accompagnement et de formation.

Hypothèse 2 : Le cadre de santé en proposant un accueil personnalisé de qualité et un management humaniste permet de diminuer l'intention de départ des infirmiers.

5. Le cadre théorique

Notre problématique évoque l'intégration des nouveaux arrivants. En effet, il n'est pas aisé pour une nouvelle recrue de pouvoir s'adapter rapidement à un fonctionnement de service ou de prendre en soins des patients aux pathologies complexes. Il est nécessaire pour cela qu'il soit intégré. L'intégration est une notion complexe qui ne mérite pas d'être confondue avec l'insertion ou l'assimilation. Son étymologie est issue d'*integrare* qui veut dire faire participer, renouveler, associer⁵².

Pour le ROBERT, l'intégration est « l'assimilation d'un individu à une communauté ou à un groupe social »⁵³. L'intégration suggère donc une participation et une association. Même si ce concept est largement appliqué dans le domaine de l'immigration, nous pouvons adapter notre grille de lecture au monde professionnel et au monde de la santé en particulier.

Ainsi, l'intégration est favorisée par trois principes clés que sont :

- Construire un parcours d'intégration basé sur un accueil de qualité.
- Assurer les conditions de la promotion sociale, culturelle et professionnelle. Afin de permettre d'appréhender les normes, les valeurs, la culture du service de soins. Ce principe est favorisé par l'action de formation.
- L'égalité des droits. Le nouvel arrivant doit pouvoir bénéficier des mêmes droits que ses collègues, sans intolérance ou discrimination.

Ce concept d'intégration appliqué au service de soins est une partie du processus de socialisation organisationnelle. La socialisation organisationnelle a été largement étudiée par D. LACAZE. Ce Maître de conférences considère que l'intégration est au cœur des préoccupations des responsables des ressources humaines. Les départs en retraites massifs sont remplacés par des jeunes recrues aux valeurs et comportements différents, ainsi l'intégration doit s'adapter à ce changement : « Les pratiques traditionnelles de fidélisation nécessitent d'être adaptées pour éviter une pénurie de compétences. En particulier, la phase

⁵² SCANDELLARI Thomas, *Politiques d'intégration et de lutte contre les exclusions*, Dunod, 2018, pp. 3-39.

⁵³ <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/integration>, consulté le 26/05/2021.

d'intégration dans l'entreprise comporte des enjeux déterminants tels que l'attachement des jeunes salariés à la culture organisationnelle et l'acquisition créative des savoir-faire »⁵⁴.

L'intégration est un concept inclus dans l'onboarding cher aux entreprises anglo-saxonnes. L'onboarding correspond au processus complet d'intégration de l'accueil à la prise complète du poste de travail en totale autonomie. Il comprend l'accueil, l'intégration et l'accompagnement.

C'est pourquoi à la lecture ce que définit le concept d'intégration, notre recherche tentera d'éclaircir les concepts d'accueil, d'accompagnement, de formation et de management humaniste à travers une étude de la littérature et une analyse d'articles se référant au sujet.

5.1. L'accueil

Quand on s'interroge sur les conditions nécessaires à une intégration réussie, il s'avère que l'accueil fait partie des étapes importantes.

L'accueil est la première étape de la création d'un contact humain, d'une rencontre.

5.1.1. Définitions

Selon le LAROUSSE, l'accueil est « Action et manière d'accueillir, de recevoir quelqu'un, quelque chose »⁵⁵. Ce moment se détermine donc dans l'action et dans une manière de faire.

C'est le début de toute relation sociale, Mme FORMARIER le définit comme « l'ouverture du lien social, ritualisée avec et par des automatismes sociaux et culturels. Il n'a de sens que par la finalité de la rencontre, mais il peut avoir une influence sur cette dernière par l'organisation sociale qu'il engendre et la persistance des impressions qu'il laisse »⁵⁶. Au-

⁵⁴ LACAZE Delphine, *La gestion de l'intégration en entreprise de service : l'apport du concept de socialisation organisationnelle*, Management & Avenir, vol. 14, no. 4, 2007, pp. 9-24.

⁵⁵ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/accueil/569>, consulté le 26/05/2021.

⁵⁶ FORMARIER Monique, *Les concepts en sciences infirmières*. 2ème édition. Association de Recherche en Soins Infirmiers, 2012, pp. 43-45.

delà de l'idée de début à toute relation, l'auteure insiste sur l'influence que l'accueil aura sur l'intégration et les impressions générales qu'il laisse au nouvel arrivant.

L'accueil n'est pas qu'une attitude ou un processus théorique, selon W. HESBEEN « Être accueilli, c'est être attendu en vue de réaliser quelque chose, bénéficier d'un sourire, capter de la chaleur, bénéficier d'une démarche personnalisée, c'est percevoir de la disponibilité en termes de moment, de lieu et de personnes »⁵⁷. Cette définition est riche d'enseignements, elle nous apporte des éléments incontournables et essentiels comme l'empathie, l'attitude bienveillante, la disponibilité et la posture humaniste.

5.1.2. Le pré-accueil

Avant même la réalisation d'un accueil de qualité, il existe une étape préparatoire selon LACAZE, c'est « la socialisation anticipée ». Elle commence avant l'entrée dans l'organisation. C'est le moment de l'entretien d'embauche ou l'entretien préalable en fonction des situations.

En effet, lors du processus de recrutement, le candidat et le recruteur accède chacun à certains éléments que l'autre veut bien laisser percevoir. Il s'agit là des compétences, des savoirs, les attentes ou la culture d'entreprise. Le recrutement est moyen d'évaluer si chacun peut être en adéquation avec l'autre. Pour le recruteur c'est une première étape d'évaluation qui peut lui permettre de réaliser un accueil et une intégration de qualité.

Il est donc primordial d'anticiper l'arrivée du nouvel arrivant dans le service afin de lui réserver un accueil de qualité. Il convient donc faciliter l'arrivée du nouveau collaborateur en réunissant les conditions matérielles (tenues, badge), informatiques (codes d'accès et adresse mail) et humaines nécessaires à sa prise de poste.

L'arrivée du nouvel agent pourra être anticipée auprès de l'équipe par une communication interne, et un ensemble d'acteurs (pairs, collègues, tuteur...) peut être réuni afin de préparer un accompagnement personnalisé⁵⁸. Car être attendu, c'est déjà exister socialement dans le groupe et dans l'esprit du nouvel arrivant.

⁵⁷ HESBEEN Walter, *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin dans une perspective soignante*. Masson, 1997.

⁵⁸ DGAFP, *On-Boarding – Quels acteurs mobiliser ?*, DGAFP, 2020.

La mise à disposition d'un certain nombre d'outils d'informations et de communication peut être un atout dans un accueil de qualité : plan, numéros importants, fiche de poste...

5.1.3. Les accueillants

Un recueil des bonnes pratiques d'accueil, d'engagement et d'insertion⁵⁹ dans la fonction publique met en avant l'importance du cadre et des équipes dans les premiers jours d'accueil.

Le cadre a un rôle de coordination de l'ensemble des acteurs qui vont concourir à un parcours d'intégration complet : visite de locaux, présentation de services, inscription à des formations... Le cadre a aussi un rôle de communication de la culture du service, ses valeurs, ses codes, son histoire ; ce qui facilitera leur appropriation par la nouvelle recrue.

L'importance de l'équipe se situe dans un accueil plus informel et chaleureux. Ce point est primordial car il confère à créer de la proximité entre les membres de l'équipe et le nouvel arrivant. Ainsi, ce dernier aura moins de craintes à aborder ses collègues en cas de questionnement et cela facilitera son intégration dans le service.

La prise de poste dans un milieu inconnu peut être vécue difficilement et générer un sentiment de vulnérabilité et du stress pour le nouvel arrivant. Cet état le place dans une position relationnelle asymétrique engendrant une inégalité de rôles⁶⁰. L'objectif de l'accueil sera donc de rétablir un équilibre dans la relation pour que le nouvel arrivant devienne acteur, collaborateur et développe ses capacités d'adaptation.

Nous venons de le préciser, l'accueil est le commencement d'un parcours pour le nouvel arrivant. Celui-ci doit poursuivre son chemin vers la professionnalisation en étant correctement accompagné par l'équipe et l'encadrement.

⁵⁹ https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/carrieres_et_parcours_professionnel/formation/EMRH/Fonds_documentaire_-_Atelier_transfo_RH_accueil_et_integration.pdf, consulté le 26/05/2021.

⁶⁰ FORMARIER Monique, *Les concepts en sciences infirmières*. 2ème édition. Association de Recherche en Soins Infirmiers, 2012, pp. 43-45.

5.2. L'accompagnement

Selon Larousse⁶¹, l'accompagnement réside dans le fait d'accompagner. C'est-à-dire « Mener, conduire quelqu'un quelque part ». Rapporté à la conduite managériale, l'accompagnement se définit dans des notions de guide, de soutien ou d'accompagnateur d'un parcours professionnel.

5.2.1. Définitions

Le mot accompagnement découle du verbe accompagner. Selon son étymologie, il est composé du préfixe ac- qui signifie « rapprochement/proximité », puis de -cum- qui signifie « avec » et finalement -panis qui signifie « pain »⁶².

La définition d'accompagner pourrait se résumer à « qui mange son pain avec ».

Maela PAUL⁶³ en s'appuyant sur cette définition nous permet de mieux comprendre les caractéristiques de ce concept. Selon elle, l'accompagnement c'est « être avec » et « aller vers ».

Elle ponctue cette rapide définition par trois principes fondamentaux que sont :

- La mise en relation dépend de la mise en chemin.
- « S'orienter vers... » est plus important que d'atteindre un résultat.
- L'action se règle sur autrui supposant de s'accorder sur celui que l'on accompagne.

Ce dernier principe est sans nul doute celui qui demande le plus d'investissement de la part de l'accompagnateur. Il doit respecter le parcours et les idées d'autrui, il doit favoriser l'interaction et savoir s'adapter à toute évolution de la situation, il doit rester à l'écoute et se rendre disponible, il doit valoriser l'autre et favoriser son autonomie.

5.2.2. Les postures d'accompagnement

Selon Le Boterf : « Accompagner un parcours c'est accompagner celui qui fait le parcours. On n'accompagne pas un chemin, on accompagne une personne (dans sa vie professionnelle) sur un chemin (le développement professionnel et la construction de ses

⁶¹ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/accompagner/470>, consulté le 25/05/2021.

⁶² MOTTAZ Anne-Marie, *Les concepts en sciences infirmières*. 2ème édition. Association de Recherche en Soins Infirmiers, 2012, pp. 42-43.

⁶³ PAUL Maela, *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*, L'Harmattan, 2004, pp. 13-20.

compétences professionnelles). On accompagne donc toujours une personne sur un chemin, un itinéraire, un changement, un mouvement, un développement »⁶⁴. Il précise bien la notion de personne que l'on accompagne et non d'objectif à atteindre.

Ce concept d'accompagnement est communément utilisé dans le domaine de la santé autour des prises en soins des patients. Concernant le management, il s'est développé autour de différents projets comme l'autonomisation du personnel ou le développement des compétences. M. PAUL regroupe ainsi l'ensemble de techniques managériales autour de l'accompagnement : « L'accompagnement constitue une posture spécifique au centre d'actions déterminées par des pratiques définies ».

Ainsi, la notion d'accompagnement fédère un ensemble de pratiques qui lui sont co-existantes comme le counseling, le coaching, le mentoring, le tutorat, le parrainage ou le compagnonnage⁶⁵. Pour M. PAUL, c'est la nébuleuse de l'accompagnement :

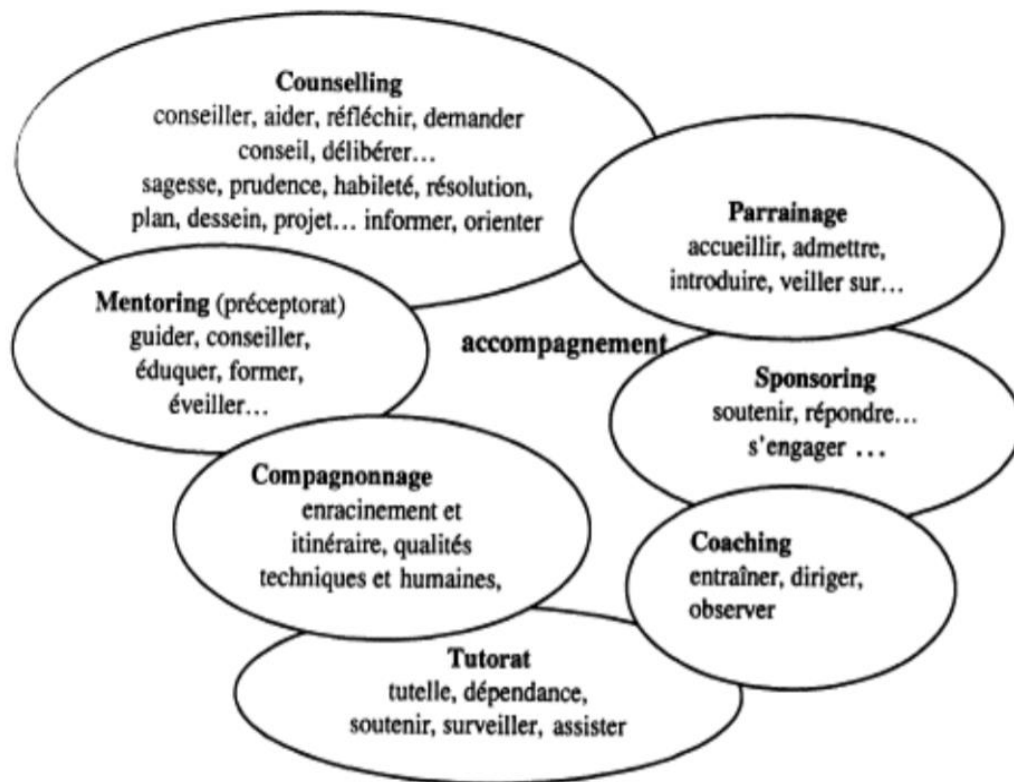


Figure 9 - Nébuleuse de l'accompagnement de M. PAUL

⁶⁴ LE BOTERF Guy, *Repenser la compétence*. Eyrolles, 2008., pp. 108-110.

⁶⁵ PAUL Maela, *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*, L'Harmattan, Paris, 2004.

D'ailleurs pour elle, l'accompagnement est une posture nécessaire au développement des compétences que seule la formation ne peut assouvir : « Parallèlement, c'est pour assurer le passage d'un modèle de la formation comme transmission à celui de développement de compétences qu'une nouvelle posture a été requise »⁶⁶.

Cette posture d'accompagnement est complétée par 5 dimensions⁶⁷ selon M. PAUL :

- Une posture « éthique ». Être critique et réflexif sur sa propre posture : cadre de bienveillance, respect de l'autre, pas de prise de pouvoir, laisser l'autre être auteur de son projet.
- Une posture de « non savoir ». Se positionner d'égal à égal en évitant la posture d'expert.
- Une posture « d'écoute ». Elle permet l'interaction, la reformulation, le questionnement et l'attention à l'autre.
- Une posture de « dialogue ». Chacun est acteur et auteur de la relation en sortant des cadres habituels.
- Une posture « émancipatrice ». Chacun peut évoluer et grandir en humanité.

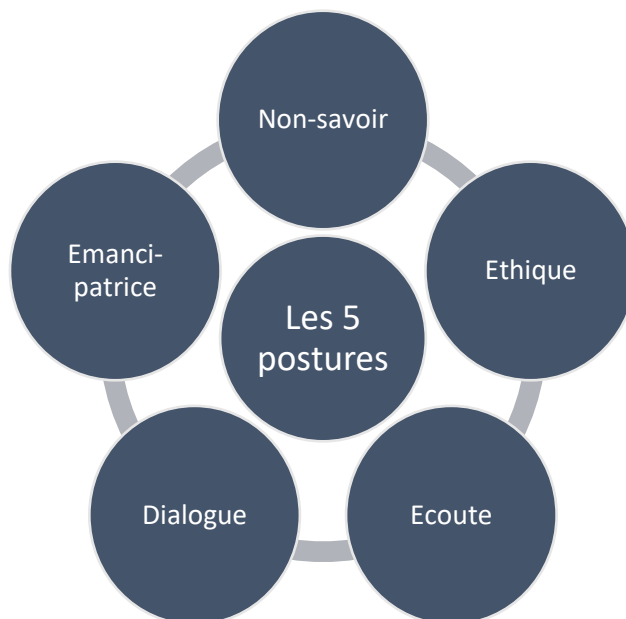


Figure 10 - Les 5 dimensions de l'accompagnement

⁶⁶ PAUL Maela, *Accompagnement*. Recherche et formation, 62, 2009.

⁶⁷ Figure 10

Les principes et les postures décrites par M. PAUL s'inspirent des concepts de « non directivité » et « centration sur la personne » développés par C. ROGERS. Il est à l'initiative du courant humaniste qui s'est répandu sur le XXème Siècle. Pour lui, « tous les hommes ont une orientation positive »⁶⁸. Ils ont eu eux une envie d'apprendre, de s'autonomiser et établir des rapports satisfaisants avec autrui, c'est ce qu'il appelle « la tendance actualisante ».

C. ROGERS s'oppose aux approches psychanalytiques et comportementalistes car elles ne prennent pas en compte l'individu dans sa globalité⁶⁹. Il développe ainsi l'approche centrée sur la personne qui vise à se mettre à la place de l'individu plutôt que de le comparer à un cadre théorique de référence.

Dans l'approche centrée sur la personne selon ROGERS, le thérapeute (l'accompagnant) doit développer trois attitudes fondamentales :

- La congruence : Être le plus vrai et authentique possible
- Le regard positif inconditionnel : Accepter la personne telle qu'elle est, sans jugement et sans rien attendre d'elle.
- La compréhension empathique : Essayer de se mettre à la place de la personne pour mieux comprendre ses sentiments et son point de vue.

5.2.3. Le processus d'accompagnement

Au-delà de la posture du thérapeute, selon J.P. BOUTINET⁷⁰, il existe quatre temps du processus d'accompagnement. Ces quatre temps sont autonomes les uns par rapport aux autres :

- Le diagnostic de la situation d'accompagnement : Regard porté sur la situation actuelle et sur l'historique de cette situation. C'est un temps de diagnostic réalisé par les deux parties accompagnant/accompagné.

⁶⁸ ROGERS Carl, *Le Développement de la personne*, 1961, Dunod, 2005.

⁶⁹ OLANO Marc, *Carl Rogers et le courant humaniste*, Sciences Humaines, vol. 301, no. 3, 2018, p 24.

⁷⁰ BOUTINET Jean-Pierre, *Penser l'accompagnement adulte*, PUF, 2007, pp. 27-49.

- L'ébauche d'un projet d'accompagnement : Etape d'inventaire des possibilités et des priorités. Le projet d'accompagnement est fixé dans un temps relativement proche (semaines ou mois vs. Années).
- La mise en œuvre du projet d'accompagnement : C'est l'étape de réalisation du projet d'accompagnement dans une mise en adéquation du projet d'accompagnement et projet accompagné. Il y a une cogestion de la démarche entre la personne qui accompagne et la personne accompagnée.
- L'évaluation du projet : C'est une démarche rétrospective sur les points forts de l'accompagnement et ses limites. Elle doit permettre d'élaborer des préconisations pour des accompagnements ultérieurs.

BOUTINET distingue l'accompagnement individuel et collectif. Pour lui, l'accompagnement individuel s'inscrit dans une interaction au travers d'une dynamique relationnelle, tandis que l'accompagnement collectif a des caractéristiques complexes faites de sous-groupes, d'individus, de clans, de leaders positifs et négatifs...

L'accompagnement se caractérise donc dans une dynamique humaniste, centrée sur la personne accompagnée. L'accompagnant se doit de développer des aptitudes spécifiques d'écoute, d'empathie, de vérité, de bienveillance afin de participer à l'évolution de la personne et son autonomie.

5.3. La formation

Les différents éléments que nous venons de mettre en avant suggère que l'intégration n'est possible que par l'adaptation au poste de travail. Cette adaptation se réalise à travers l'accueil et l'accompagnement du nouvel arrivant, mais aussi par l'accompagnement dans un processus de formation / d'apprentissage. La formation permet d'adapter les compétences du collaborateur au poste de travail ou même en acquérir de nouvelles.

5.3.1. Définitions

Pour l'INSEE⁷¹, la formation est une forme d'apprentissage. C'est un apprentissage institutionnalisé et organisé. Elle ajoute que cette forme d'apprentissage est caractérisée par l'intentionnalité de l'agent à être formé.

Pour le LAROUSSE, c'est « L'action de donner à quelqu'un, à un groupe, les connaissances nécessaires à l'exercice d'une activité »⁷² ou « L'action de former quelqu'un intellectuellement ou moralement ». Il existe donc deux notions dans ces différentes définitions, l'apprentissage c'est-à-dire acquérir de nouvelles connaissances et/ou compétences et le fait qu'il y ait un objectif à atteindre : l'adaptation au poste de travail. Former quelqu'un c'est attendre de lui qu'il devienne autonome et efficace dans une fonction.

La formation est classée de manière générale en deux catégories : la formation initiale et la formation continue. Notre objet d'étude concernant les nouveaux arrivants en unité de soins, il conviendra de n'aborder que la notion de formation continue ou formation professionnelle.

Pour l'INSEE, la formation professionnelle est « un processus d'acquisition de connaissances et de compétences requises dans des métiers spécifiques ou plus largement sur le marché de l'emploi. Ce processus peut intervenir en cours de formation initiale (par exemple apprentissage, lycée professionnel...) ou de formation continue »⁷³.

Quant à lui, l'apprentissage est défini par le ROBERT comme le « fait d'apprendre un métier manuel ou technique ; ensemble des activités de l'apprenti »⁷⁴ ou d'un point de vue psychologique comme les « modifications durables du comportement d'un sujet grâce à des expériences répétées ».

L'apprentissage est issu du verbe apprendre, selon le ROBERT c'est « chercher à acquérir (un ensemble de connaissances) par un travail intellectuel ou par l'expérience ».

Le verbe apprendre est issu du latin *apprehendere* qui signifie : prendre, saisir, attraper.

⁷¹ <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c2161>, consulté le 27/05/2021.

⁷² <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/formation/34643>, consulté le 27/05/2021.

⁷³ <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c2144>, consulté le 27/05/2021.

⁷⁴ <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/apprentissage>, consulté le 27/05/2021.

Dans le dictionnaire de la langue française, c'est « acquérir la connaissance d'une chose par l'exercice de l'intelligence, de la mémoire, des mécanismes gestuels appropriés, etc... »⁷⁵ ou « Acquérir par l'entraînement la maîtrise des procédés ou des mécanismes permettant de se livrer à une activité déterminée générale ou professionnelle. »

La formation et l'apprentissage sont des concepts très proches, ils ne se forment donc que dans l'intentionnalité de l'apprenant, dans sa mobilisation dans l'action, dans la mobilisation de son intelligence et l'acquisition de nouveaux éléments.

« Apprendre sans réfléchir est vain.

Réfléchir sans apprendre est dangereux »⁷⁶.

Nous venons d'observer que la formation continue (ou professionnelle) a des aspects identiques à l'apprentissage. Nous nous efforcerons donc de développer ce concept d'apprentissage afin de mieux en saisir les spécificités.

5.3.2. Historique législatif de l'apprentissage

L'apprentissage a une histoire relativement récente dans notre société. La loi ASTIER du 25 juillet 1919 pose le principe d'un enseignement professionnel pour les travailleurs de moins de 18 ans employés dans le commerce et l'industrie.

Il faudra ensuite attendre 1971⁷⁷ pour que la loi reconnaisse l'apprentissage comme une forme d'éducation. L'accès à la qualification par l'alternance se dote d'un dispositif complet :

- Le contrat d'apprentissage devient un contrat de travail.
- Les formations générales et technologiques sont confiées au C.F.A.⁷⁸.

⁷⁵ <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/apprendre>, consulté le 27/05/2021.

⁷⁶ Confucius.

⁷⁷ Loi n°71-576 dite « DELORS » du 16 juillet 1971.

⁷⁸ Centre de Formation d'Apprentis.

- Le financement est assuré par la taxe d'apprentissage.
- L'employeur est soumis à l'obtention d'un agrément.

En 1987, la loi SEGUIN⁷⁹ confirme l'apprentissage comme une filière de formation professionnelle initiale. L'apprentis peut atteindre l'ensemble des qualifications professionnelles par la succession de contrat d'apprentissage. Les employeurs profitent d'incitations financières importantes afin de favoriser le dispositif.

Les différentes lois successives (17 juillet 1992, 20 décembre 1993, 6 mai 1996, 17 janvier 2002, 18 janvier 2005, 28 juillet 2011, 5 mars 2014, 8 août 2016...) auront pour but de renforcer le dispositif par le financement des C.F.A., la formation des « maîtres d'apprentissage », crédit d'impôts pour les employeurs, âge d'entrée en apprentissage.

Plus proche de nous, la Loi du 5 septembre 2018⁸⁰ institue (entre autres) un âge limite de 30 ans pour les contrats d'apprentissage et une certification de « Maître d'apprentissage ».

5.3.3. Les différentes théories de l'apprentissage

« On considère l'acte d'apprendre comme une démarche idiosyncrasique et auto poïétique. »⁸¹, G. AIGUIER considère donc que l'on peut enseigner quelque chose à quelqu'un mais on ne peut apprendre à sa place.

L'apprentissage est une construction de l'apprenti, il dépend de plusieurs facteurs :

- Ceux appartenant au sujet : son histoire, son vécu, son expérience, ses compétences, ses capacités d'apprentissage.
- Ceux appartenant à la situation d'apprentissage : le processus, le contenu, la posture...

⁷⁹ Loi 87-572 du 23 juillet 1987.

⁸⁰ Loi 2018-771 du 5 septembre 2018.

⁸¹ G. AIGUIER, enseignant-chercheur, IFCS IF Santé le 17/02/2021.

Il dépend aussi de la posture pédagogique, différents courants se sont succédés comme le comportementalisme, le cognitivisme, le constructivisme et le socio-constructivisme.

Le comportementalisme / behaviorisme

C'est un courant axé sur le comportement. L'objectif étant d'adopter le bon comportement au regard d'une norme.

Les maîtres à penser du behaviorisme sont PAVLOV, WATSON et SKINNER.

Dans ce modèle, l'apprentissage s'effectue au regard de l'observation du comportement exposé à des stimuli. Le principe du modèle étant de concevoir des stimuli permettant d'atteindre la réponse souhaitée. Ainsi l'arrangement des stimuli provoquent des changements comportementaux permettant d'obtenir une réponse définie au préalable.

Les comportements obtenus sont renforcés positivement ou négativement afin d'orienter la réponse de l'apprenant dans l'axe souhaité.

Dans ce modèle, la psychologie de l'apprenant n'est pas observée, on ne cherche pas non plus à savoir pourquoi il commet des erreurs.

De nos jours, ce modèle est toujours utilisé dans le découpage des tâches en sous-tâches, le renforcement positif des comportements souhaités, les évaluations.

Le cognitivisme

BRUNER, MILLER et CHOMSKY ont théorisé le cognitivisme. Ce courant considère que le processus d'apprentissage peut être décrit comme un processus d'information. Le mode de pensée apprenant est associé à un raisonnement informatique. L'apprentissage se structure autour de la mémoire et l'intelligence de l'individu. L'objectif de ce modèle est d'améliorer les capacités et les stratégies cognitives par l'entraînement et la structuration d'opérations mentales.

Les cognitivistes cherchent à comprendre comment une personne peut traiter l'information, l'encoder et y accéder quand cela est nécessaire. Ils s'intéressent à la mémoire à court terme ou à long terme et l'organisation des éléments dans la mémoire. Pour les cognitivistes, apprendre c'est ajouter de l'information à l'information existante dans la mémoire de l'individu.

Contrairement au comportementalisme, le cognitivisme prend en compte le bagage de connaissances de l'apprenant pour lui apporter de nouvelles connaissances.

L'apprenant dans ce modèle doit traiter l'information, il est actif et engagé consciemment dans le traitement de l'information : c'est la métacognition.

Le constructivisme

Dans ce modèle, les apprenants ont besoin d'exploration pour réaliser des apprentissages.

PIAGET a défini ce modèle. L'expérience est au cœur de ce modèle, elle permet la construction de représentations. C'est un apprentissage basé sur l'action. Selon PIAGET, le développement cognitif est constitué de stades successifs. L'apprentissage est dans ce modèle une construction personnelle.

La pédagogie issue du constructivisme permet de créer des situations favorisant la construction progressive des structures d'appréhension du réel par la résolution de problèmes.

L'apprenant peut dans ce modèle de pédagogie construire une réponse même s'il n'a pas de connaissances en rapport avec la situation donnée. L'apprenant est actif dans les situations qui lui sont proposées.

Les constructivistes travaillent tout particulièrement sur l'erreur, pour mieux la comprendre et construire quelque chose.

Le socio-constructivisme

Le principal auteur du socio-constructivisme est M. VIGOTSKY. Il considère que l'environnement social permet de construire plus finement l'apprentissage. Ainsi, l'échange entre les différents apprenants permet d'obtenir un consensus qui sera profitable à l'ensemble des parties en présence.

Contrairement au constructivisme, le développement cognitif n'est pas figé par l'âge, l'accompagnement permet d'accéder à un processus cognitif supérieur en dépit de l'âge de l'apprenant. Dans ce courant, il est important de fournir des situations permettant l'échange entre les apprenants en les laissant discuter ensemble.

De nos jours, le socioconstructivisme se retrouve dans les débats, les journées d'échange de pratique, la co-construction...

Un point sur...le connectivisme

C'est une théorie de l'apprentissage proposé par SIEMENS et DOWNES. Cette théorie s'appuie sur l'émergence de l'outil informatique dans notre quotidien. L'apprentissage est désormais possible grâce à de nombreuses sources d'information diffusées sur les réseaux.

Pour les connectivistes, l'apprentissage est un processus de connexion des nœuds spécialisés ou sources d'information.

La théorie connectiviste émet plusieurs principes :

- L'apprentissage en continu n'est possible qu'en entretenant et maintenant des connexions, selon SIEMENS « Les moyens dont nous sommes connectés à d'autres individus sont responsables quant à nos habiletés à rester à jour dans notre domaine... ».
- L'apprentissage par le connectivisme est basé sur la mise à jour des connaissances.
- La prise de décision est un processus d'apprentissage.
- L'apprentissage ne se fait plus de façon individualiste.

Actuellement, nous retrouvons ce modèle dans la pédagogie inversée, les forums de discussion...

Nous venons de passer en revue rapidement les différentes théories de l'apprentissage. Nous avons pu constater qu'elles peuvent chacune avoir leur intérêt dans l'apprentissage du nouvel arrivant. Il reste néanmoins primordial que l'accompagnant puisse proposer une posture adaptée, centrée sur l'individu afin de mieux le comprendre et mieux adapter l'apprentissage.

5.4. Vers un management humaniste

Afin de mieux comprendre le management, nous apporterons un point étymologique et historique de ce concept. Puis nous définirons le manager selon MINTZBERG avant d'effectuer un focus plus précis sur le management humaniste.

5.4.1. Le management

La question du management concerne l'ensemble des acteurs d'un hôpital comme les cadres de santé, le bureau des ressources humaines, les responsables de formation continue ou les professionnels de l'encadrement pour ne citer qu'eux.

Le terme "management" est issu du vieux français « mesnage » ou « mesnagement » qui jusqu'au XV^{ème} siècle signifiait « avoir la responsabilité de quelque chose dont on n'est pas propriétaire ». Comme « mesnager » sa monture en parlant d'un cheval.

Le terme moderne management est actuellement défini dans la langue française comme un « ensemble des techniques de direction, d'organisation et de gestion de l'entreprise »⁸².

Il est aussi issu de l'anglicisme « to manage » qui a deux significations :

- To Manage : Diriger, administrer, gérer, mener, conduire...
- To Manage : S'arranger, se débrouiller, trouver moyen de, parvenir à...

Même si son origine est ancienne, le management n'a été étudié que récemment. C'est avec l'essor de l'industrie que cette notion a pris tout son sens.

L'organisation scientifique du travail et la conduite des individus au travail a permis à TAYLOR de conceptualiser le management. Selon lui, il y a deux organisations du travail : ceux qui pensent et ceux qui exécutent. C'est la fameuse conception du fractionnement des activités.

Plus proche de nous, FAYOL parle plutôt d'organisation, c'est « de la prévoyance, de l'organisation, du commandement, de la coordination, du contrôle »⁸³.

Il propose d'ailleurs 14 principes nécessaires à toute organisation afin d'obtenir un fonctionnement optimal : la division, du travail, l'autorité, la discipline, l'unité de commandement, l'unité de direction, l'intérêt général est supérieur à l'intérêt personnel, la rémunération du personnel, la centralisation la hiérarchie, l'ordre, l'équité, la stabilité du personnel, l'initiative et l'union du personnel. Ces principes visaient à structurer et hiérarchiser le travail, nous notons quand même l'émergence de valeurs humaines qui

⁸² <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/management/49022> , consulté le 28/05/2021.

⁸³ FAYOL Michel, Administration industrielle et générale, Dunod, 1917.

marquent une différence avec la philosophie Taylorienne comme la rémunération, l'équité, la stabilité, l'initiative et l'union.

Actuellement, le management est considéré comme un concept à deux dimensions avec l'une concernant la gestion d'une entité et l'autre concernant la gestion d'une équipe de personnes.

Elton MAYO est considéré comme l'un des pères fondateurs de la psychologie du travail, il est à l'origine du mouvement des relations humaines en management.

Il considère que :

- Les individus ont naturellement besoin d'appartenir à un groupe et si ce besoin d'appartenance est satisfait, ils arrivent à coopérer et adhérer aux objectifs de l'entreprise.
- L'encadrement doit montrer au personnel qu'il est utile à la bonne marche de l'entreprise. L'esprit d'initiative doit être encouragé concernant les tâches courantes inerrantes à l'entreprise.
- Un environnement agréable et des avantages matériels ou financiers permettent au salarié de mieux s'intégrer, s'épanouir et être plus productif.

LINKERT a prolongé les travaux de MAYO, ses recherches sur l'organisation du travail ont permis de mettre en évidence quatre styles de management : autoritaire, paternaliste, consultatif et participatif.

Pour LIKERT, il n'existe pas de bon ou de mauvais types de management. Mais il doit être adapté à la situation. En cas d'urgence (par exemple), le style directif sera alors privilégié.

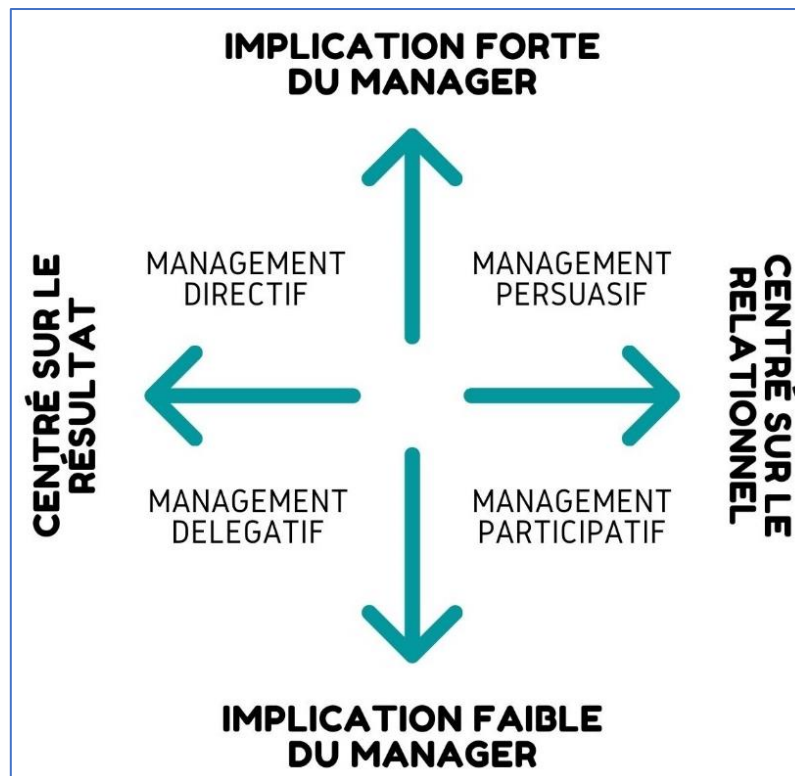


Figure 11 - Les styles de management selon LIKERT

5.4.2. Les dix rôles du cadre selon MINTZBERG⁸⁴

Afin de savoir ce que faisaient les cadres, MINTZBERG a consulté des observations, de résultats d'expériences, il a eu recours à des résultats d'études empiriques et des observations diverses comme « l'étude des agendas de cadres supérieurs et de cadres moyens, l'observation détaillée de chefs de bandes de jeunes, d'administrateurs d'hôpitaux et de responsables de production... »⁸⁵.

En observant leurs activités, MINTZBERG classe les dix rôles professionnels du cadre en trois groupes : les rôles interpersonnels, les rôles de traitement de l'information et les rôles de prise de décision.

Selon lui, ces rôles sont inséparables de la fonction du cadre, mais chaque cadre y apporte un intérêt particulier en fonction de sa personnalité et ses aspirations.

⁸⁴ MINTZBERG Henry, *Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre*, éd. d'organisations, 1984, 220p.

⁸⁵ MINTZBERG Henry, *Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre*, éd. d'organisations, 1984, p 18.

Le travail de MINTZBERG permet de faire émerger les caractéristiques du travail de cadre :

- Beaucoup de travail, un rythme soutenu.
- Une activité caractérisée par la brièveté, la variété, la fragmentation.
- La préférence pour l'action.
- L'importance de la communication verbale.
- Le cadre : à la charnière entre son organisation et un réseau de contacts.
- Un mélange de droits et de devoirs.

La communication a un rôle majeur dans ces caractéristiques. Il doit sans cesse recréer du lien, préférer la communication verbale pour mieux faire passer l'information, créer et faire vivre un réseau de contacts.

Selon MINTZBERG⁸⁶, les rôles du cadre sont regroupés en trois grandes catégories :

Les rôles interpersonnels

- Le rôle de symbole : De par sa fonction, chaque manager doit accomplir quelques obligations de représentation, de communication avec l'extérieur.
- Le rôle de leader : Parce qu'il est chargé d'une organisation, le manager est responsable du travail des employés de cette organisation. Il motive et encourage les agents. Il possède un pouvoir d'autorité.
- Le rôle d'agent de liaison : Le cadre crée des relations avec des intervenants situés à l'extérieur de son service. Ce rôle a pour but principal de construire le propre réseau d'information, informel, privé et verbal mais néanmoins très efficace.

Les rôles liés à l'information

Pour MINTZBERG, l'information est la base du processus de prise de décision : « la possession d'informations est une des clefs de la profession de manager »⁸⁷.

⁸⁶ MINTZBERG Henry, *Management : voyage au centre des organisations*, éd. d'organisations, 2004.

⁸⁷ MINTZBERG Henry, *Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre*, éd. d'organisations, 1984, p 41.

- Le rôle d'observateur actif : Le manager est constamment à la recherche d'informations formelles et informelles par des observations, discussions, bavardages, spéculations...
- Le rôle de diffuseur : Les managers doivent répartir et diffuser une grande partie des informations obtenues à l'ensemble de l'équipe.
- Le rôle de porte-parole : Le cadre communique les informations relatives à son service. Il transmet les informations reçues par les acteurs extérieurs au service et rend compte des décisions prise lors de réunions ou staffs par exemple.

Les rôles décisionnels

Nous venons de voir que l'information permet de prendre des décisions. Cette prise de décisions est l'une des missions du cadre permettant d'engager le service dans de nouveaux projets, de nouvelles organisations.

- Le rôle d'entrepreneur : Amélioration de l'organisation dont il a la charge. Le cadre est créatif, innovant et ambitieux. Il est à l'initiative de la mise en place de nouveaux projets, tout en déléguant des missions à certains membres de l'équipe. Il est porteur de changement.
- Le rôle de régulateur : Il fait suite au rôle précédent car le changement peut être source de tensions ou de pression au sein de l'équipe. Il devra être à l'écoute de chacun et permettre le dialogue pour diminuer cette tension.
- Le rôle de répartiteur des ressources : Il a la responsabilité de ce comment le travail doit être coordonné, de sa répartition.
- Le rôle de négociateur : Ce rôle complémentaire au rôle de régulateur permet d'expliquer à l'équipe afin de recueillir son adhésion quant aux évolutions, aux changements ou aux décisions prises.

La lecture de ces rôles permet de voir que le cadre a des missions d'organisation mais aussi relationnelles. Concernant l'intégration d'un nouvel arrivant dans son service, il doit pouvoir comprendre les relations interpersonnelles, saisir les demandes des agents, comprendre les forces et faiblesses de chacun.

Au-delà des organisations, le cadre de santé a des missions centrées sur l'humain tel que l'on peut le retrouver dans l'orientation humaniste du management.

5.4.3. Le management humaniste

Le management humaniste prend sa source dans le mouvement humaniste apparu au cours du XXème Siècle.

Historique et définitions

L'humanisme est un courant de pensée s'étant développé à la Renaissance : « L'Homme ne naît pas Homme, il le devient »⁸⁸.

Pour le dictionnaire de l'académie française, l'humanisme est une « doctrine, attitude philosophique, mouvement de pensée qui prend l'homme pour fin et valeur suprême, qui vise à l'épanouissement de la personne humaine et au respect de sa dignité »⁸⁹.

Au XXème siècle, LEROUX et MOUNIER vont poursuivre ce courant de pensée par la philosophie personnaliste. Pour LEROUX, une personne libre désiré « déterminer librement et volontairement la signification de son existence »⁹⁰. Ainsi la notion d'autodétermination est capitale dans la vision humaniste : « Nous croyons qu'il est de l'essence de l'homme de créer matériellement et moralement, de fabriquer des choses et de se fabriquer lui-même »⁹¹.

Par conséquent, le management humaniste va prendre en considération le bien-être des équipes tout en souhaitant atteindre les objectifs fixés.

Ce type de management fait suite à un changement de paradigme depuis plus de vingt ans dans les organisations des sociétés occidentales :

- Un changement de la société vers une recherche d'équilibre entre vie professionnelle et vie privée.
- Une recherche de plus d'individualisation.
- La féminisation des professions...

⁸⁸ ERASME.

⁸⁹ <https://www.cnrtl.fr/definition/academie9/Humanisme> , consulté le 29/05/2021.

⁹⁰ ARNAUD Stéphanie, *Le management humaniste. Enjeux, outils et obstacles*, Revue internationale de psychosociologie, 2008, pp. 207-224.

⁹¹ BERGSON Henri, *La pensée et le mouvant*. Presses Universitaires de France, 1993.

Ce changement de paradigme fait aussi suite à des modifications dans les valeurs de la société. Les valeurs d'autorité ont tendance à disparaître, il existe une véritable crise d'autorité à l'instar de ce que décrit H. ARENDT. Selon elle, la crise d'autorité a permis l'émergence du doute et il s'est répandu dans tous les domaines de la société. La tradition et l'autorité ont laissé place à l'esprit critique, l'innovation, la réalisation de soi.

Ainsi, la recherche de compréhension de soi a fait émerger le concept de management humaniste pour répondre au besoin existentiel de « sens » et du « rôle » que chacun a dans la société.

Les principes du management humaniste⁹²

- Autonomie : Elle doit permettre au salarié d'exprimer sa personnalité. Il doit pouvoir adapter son travail à sa personnalité et/ou compétences.
- Compétences : Le salarié doit pouvoir exprimer ses qualités à travers le travail, afin de développer ses compétences.
- Reconnaissance et écoute : C'est une relation basée sur la confiance mutuelle, le salarié doit se sentir écouté et reconnu par ses supérieurs.
- Respect du résultat de la logique d'autodétermination : C'est le respect de la vie privée au sens large des salariés ainsi que toute forme de discrimination. L'autodétermination est l'un des fondements de la philosophie humaniste que toute forme de discrimination ne respecterait pas.
- Respect de la singularité et de la subjectivité de la personne : Le salarié est écouté et respecté dans sa singularité.

La mise en place d'un tel management n'est pas si simple qu'il y paraît. Il peut apparaître de nombreux freins à son expression comme les fausses croyances de ce concept, la crainte de laisser une place trop importante à l'autonomie et la liberté, le temps que cela suggère, le

⁹² ARNAUD Stéphanie, Le management humaniste. Enjeux, outils et obstacles, Revue internationale de psychosociologie, 2008, pp. 207-224.

manque d'implication du « top » management, le développement de l'intelligence émotionnelle du manager et sa confiance en lui.

6. La méthodologie de recherche

La première partie de notre recherche, constituée d'un cadre contextuel, a suivi les principes d'une démarche inductive. Ainsi nous nous sommes interrogés sur le turn-over du personnel infirmier des services d'urgences et les données étudiées ont permis de mettre en évidence la réalité de ce turn-over et ses composantes. Cet apport d'information nous a aidé à clairement définir notre problématique.

La seconde partie de notre recherche s'est concentrée sur les éléments théoriques relatifs à notre problématique. Nous abordons donc à partir de cet instant une démarche hypothético-déductive. Elle s'appuie donc sur une problématique ainsi qu'une ou plusieurs hypothèses. L'outil de recherche s'évertuera donc à confirmer ou infirmer le ou les hypothèses formulées. Nous avons choisi le questionnaire comme outil le questionnaire. La partie suivante s'attachera donc à présenter les composantes du questionnaire, définir la population cible et les modalités de l'enquête.

6.1. La population

Notre population est déterminée par notre problématique et les hypothèses formulées, ce sera donc la catégorie des infirmiers travaillant dans un service d'urgences hospitalière. La structure hospitalière est choisie par soucis d'homogénéité. En effet, les structures des services d'urgences en milieu hospitalier sont similaires partout en France, tandis que les urgences privées peuvent avoir des structures et fonctionnement assez hétérogènes.

Ce questionnaire est destiné aux infirmiers présents depuis moins de 5 ans dans un service d'urgence. Cette durée expérientielle a été choisie dans un souci de recueillir suffisamment d'éléments de réponse et ainsi se retrouver au plus proche de la réalité de terrain. De plus, la crise sanitaire actuelle a des conséquences non négligeables sur les organisations, accompagnements et formation des jeunes recrues. Par conséquent, le choix d'une durée expérientielle plus faible aurait pu ainsi être révélatrice de problématiques ponctuelles.

6.2. Le questionnaire⁹³

Notre questionnaire est divisé en plusieurs parties permettant d'aborder différentes thématiques. Pour cela nous nous sommes inspirés majoritairement de questionnaires existants et éprouvés, ceci permettant de conforter la fiabilité de celui-ci.

Nous aborderons donc l'intention de départ à travers les échelles de PERROT et celle de HANSEZ et BERTRAND. Puis nous chercherons à définir l'insécurité au travail et ainsi la relier au besoin en formation à travers les échelles de BERTRAND et HANSEZ ainsi que le MBI⁹⁴.

6.2.1. Les caractéristiques de la population

Dans cette première partie, nous aborderons les composantes de notre population, à travers son âge, ses années d'exercice, son contrat de travail et son temps de trajet.

Q1 - En quelle année êtes-vous né(e) ?

Ici nous demandons une année de naissance et non pas une date de naissance afin de faciliter le recueil des données et le dépouillement.

Q2 - Je suis ... Homme ou Femme ?

Cet élément permettra (peut-être) de catégoriser les réponses en fonction du sexe.

Q3 - En quelle année avez-vous été diplômé(e) ?

Nous retrouverons ainsi les années d'expérience dans la fonction.

Q4 - Depuis combien d'années exercez-vous au sein d'un service des urgences ?

Parallèlement à la question précédente, nous interrogeons l'expérience au poste de travail au sein du service des urgences.

Q5 - Depuis combien d'années travaillez-vous dans le milieu hospitalier ?

Afin d'écarter les répondants des structures privées et investiguer le temps de présence en structure hospitalière vis-à-vis de l'expérience globale.

⁹³ Cf. Annexe 1, p 110.

⁹⁴ Maslach Burnout Inventory

Q6 - Actuellement, quel est votre type de contrat (CDD de moins de 3 mois, CDD de plus de 3 mois, CDI, stagiaire, titulaire) ?

Ceci nous permettra de comparer notre échantillon aux données nationale précédemment citées.

Q7 - Quel est le temps de trajet (en minutes) entre votre domicile et votre lieu de travail ?

Cette question peut apporter des éléments de réponses sur le désir de quitter son emploi.

Pour la suite du questionnaire, nous avons fait le choix d'utiliser exclusivement une échelle de Likert à 5 niveaux. En effet, cette échelle était déjà utilisée dans certains questionnaires dont nous nous sommes inspirés et nous avons souhaité uniformiser celle-ci à l'ensemble des questions afin de ne pas perturber le répondant. Le choix s'est donc porté sur une échelle à 5 niveaux de 1 = Pas du tout d'accord à 5 = Tout à fait d'accord. Cette échelle impaire permet d'avoir une graduation centrale offrant une absence d'avis, a contrario d'une échelle paire qui impose un choix. De plus, comme nous avons fait le choix d'un questionnaire en ligne, la numérotation de 1 à 5 rend l'exercice plus aisé pour le répondant et offre une facilité dans la compilation des données.

6.2.2. L'accompagnement par le cadre de santé

Les différents concepts développés précédemment ainsi que les éléments recueillis lors des entretiens exploratoires nous ont permis de dégager les caractéristiques de l'accompagnement.

Dans cette partie, nous avons cherché à investiguer l'accueil et le management du cadre de santé à travers les questions Q8, Q11, et Q14. Puis nous avons questionné l'accompagnement et la stratégie de formation à travers les questions Q9, Q10, Q12 et Q15.

Le répondant donne son opinion de 1 à 5 (cf. échelle de Likert précédemment citée) à la lecture des affirmations suivantes.

Q8 - J'ai été correctement accueilli(e) dans le service par le(la) cadre de santé : visite de service, livret d'accueil, fiche de poste.

Q9 - J'ai pu être doublé(e) par une infirmière confirmée pendant une période suffisante.

Q10 - Afin de me sentir en sécurité dans mon exercice, j'éprouve un besoin en formation.

Q11 - Le(la) cadre de santé a cherché à équilibrer mon planning entre vie professionnelle et personnelle.

Q12 - Un parrainage a été mis en place avec un(e) infirmier(e) confirmé(e) du service.

Q13 - Mon évolution dans le service s'est faite par étapes successives : box, IAO, déchocages...

Q14 - Je me sens soutenu(e) par ma(mon) cadre de santé.

Q15 - Une ou plusieurs formations m'ont été proposées dans ma première année d'exercice.

6.2.3. L'intention de départ

Concernant l'intention de départ, nous avons cherché à en définir les causes à travers 2 outils existants.

Premièrement, l'intention de départ a été étudiée par Serge Perrot⁹⁵ à travers la théorie de tension de rôles. Ses recherches ont permis d'identifier 5 composantes de tension de rôle que sont : le conflit individu/climat, la surcharge de rôle, le conflit individu/rôle, le conflit individu/ensemble des rôles et le conflit d'accès à l'information. Selon l'auteur, le conflit « individu / rôle » et le conflit « individu / climat » sont les deux antécédents clés des intentions de départ. Nous nous sommes donc appliqués à transposer les items de l'auteur et ainsi les rendre plus compréhensibles pour le public cible.

Le répondant donne son opinion de 1 à 5 (cf. échelle de Likert précédemment citée) à la lecture des affirmations suivantes.

⁹⁵ PERROT Serge, *L'entrée dans l'entreprise des jeunes diplômés : une approche en termes de tensions de rôles*, Economica, 2001.

« Conflit individu/climat »

Q16 - Je n'accroche pas complètement avec l'ambiance générale de travail au sein du service des urgences.

Q17 - Mon établissement de santé a parfois un mode de fonctionnement qui m'énerve.

Q18 - Mon établissement de santé n'est pas très attentif aux préoccupations de ses salariés.

« Conflit individu/rôle »

Q19 - J'aurai malheureusement assez vite fait le tour de mon poste actuel

Q20 - J'aimerais bien pouvoir utiliser plus mes compétences dans mon travail

Concernant cette composante, nous avons fait le choix d'éliminer un item du modèle de référence car il semblait peu approprié au monde de la santé.

Item retiré : « *Globalement, mon travail est plutôt sous-qualifié par rapport à ma formation* ».

Deuxièmement, nous nous sommes inspirés des recherches de Françoise BERTRAND et Isabelle HANSEZ⁹⁶ sur les facteurs d'insatisfaction incitant au départ. L'échelle élaborée par les auteurs sur l'intention de quitter est composée de 5 items. Nous les avons adaptés au monde de la santé pour notre questionnaire. De plus, nous avons souhaité orienter ces items plus précisément vers le contrat de travail ou la rémunération par rapport à l'échelle initiale.

Les résultats de BERTRAND et HANSEZ ont mis en évidence une cohérence faible pour un item (« *On ne peut pas trouver pire emploi que j'occupe actuellement* »), nous avons donc fait le choix de remplacer cet item par la Q35 qui investigate les relations avec les collègues.

⁹⁶ BERTRAND Françoise et HANSEZ Isabelle, *Facteurs d'insatisfaction incitant au départ et intention de quitter le travail : analyse comparative des groupes d'âges*, Le travail humain, vol. 73, no. 3, 2010, pp. 213-237.

Le répondant donne son opinion de 1 à 5 (cf. échelle de Likert précédemment citée) à la lecture des affirmations suivantes.

Q32 - Je souhaite quitter mon emploi pour une meilleure rémunération.

Q33 - Le manque de perspective de carrière (titularisation) dans mon établissement de santé pourrait me pousser à partir.

Q34 - Si j'étais assuré de retrouver un emploi ailleurs immédiatement, je quitterais ma fonction.

Q35 - Les relations difficiles que j'entretiens avec mes collègues peuvent me pousser à quitter mon emploi.

Q36 - Je pense quitter l'établissement de santé qui m'emploie pour un autre qui me proposera un meilleur contrat de travail.

Finalement, l'un des facteurs d'intention de départ peut être lié au manque de ressources pour travailler qu'elles soient matérielles ou managériales. Nous avons donc choisi les items de l'échelle de BERTRAND et HANSEZ⁹⁷ qui investigate cette composante. Nous avons conservé intégralement les 6 items car ils étaient adaptés à notre questionnaire.

Le répondant donne son opinion de 1 à 5 (cf. échelle de Likert précédemment citée) à la lecture des affirmations suivantes.

Q21 - Le matériel dont je dispose est insuffisant ou inadapté à la prise en charge des patients.

Q22 - Je manque d'informations claires pour mener à bien mon travail.

Q23 - J'éprouve de la difficulté à faire un travail de qualité.

⁹⁷ BERTRAND Françoise et HANSEZ Isabelle, *Facteurs d'insatisfaction incitant au départ et intention de quitter le travail : analyse comparative des groupes d'âges*, Le travail humain, vol. 73, no. 3, 2010, pp. 213-237.

Q24 - Je considère que mes compétences de professionnel de santé ne sont pas souvent exploitées.

Q25 - Je manque de soutien de l'encadrement en cas de problème.

Q26 - Il existe une forte agressivité au sein du service des urgences et cela me pèse.

La satisfaction au travail apparaît comme une variable d'ajustement de l'intention de départ (cf. étude de BERTRAND et HANSEZ). C'est pourquoi, nous nous sommes inspirés de la composante « accomplissement personnel » du test MBI⁹⁸ afin de mesurer l'épanouissement au travail⁹⁹. De plus, nous considérons que la satisfaction au travail est révélatrice d'une intégration réussie. La satisfaction au travail apparaîtra donc pour nous comme un facteur d'intégration. Les 8 items initiaux de cette composante ont été réduits à 5 pour ce questionnaire.

Le répondant donne son opinion de 1 à 5 (cf. échelle de Likert précédemment citée) à la lecture des affirmations suivantes.

Q27 - Je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent

Q28 - Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients

Q29 - J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens

Q30 - J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail

Q31 - Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement

6.3. Les modalités de l'enquête

Notre questionnaire a été mis en forme sous Google Forms afin qu'il puisse être diffusé en ligne. Les fonctionnalités de Google Forms ont permis de recueillir les résultats de ce

⁹⁸ Maslach Burnout Inventory

⁹⁹ Maslach, C et col. (2006). Burn-out : l'épuisement professionnel.

questionnaire sous forme de tableau Microsoft Excel de données brutes¹⁰⁰. Ainsi, ces données ont déjà pu être traitées et épurées en amont avant d'être analysées par le logiciel Jamovi¹⁰¹.

Le questionnaire a été pré testé auprès de 3 infirmiers de service d'urgence d'un centre hospitalier. Les retours ont été positifs sur la compréhension des questions et la facilité d'y apporter une réponse.

La diffusion du questionnaire sur internet¹⁰² a eu lieu entre le 01 mai 2021 et le 08 mai 2021 minuit. Il a été diffusé via LinkedIn, plusieurs pages Facebook concernant les services d'urgences ou de SMUR et par mail à l'aide d'un réseau local de cadre de santé. Sur chaque réseau de diffusion, il a été précisé que ce questionnaire était à destination des infirmiers présents depuis moins de 5 ans dans un service d'urgences. A la fin de la période de diffusion, 197 personnes avaient répondu au questionnaire.

¹⁰⁰ Cf. Annexe 2, page 122.

¹⁰¹ Logiciel d'analyse statistiques

¹⁰² <https://forms.gle/hCtfjRCY4Xc9gJVC7>

7. Les résultats de la recherche

7.1. Statistiques descriptives de la population

Sur l'ensemble des questionnaires validés (197) nous avons dû en exclure 35 car la durée de leur expérience dans un service d'urgences était supérieure à 5 ans. Par conséquent, le nombre de questionnaire exploitables est de 162. La partie descriptive qui suit a été réalisée avec l'aide du logiciel Jamovi.

Concernant la répartition des sexes de notre population, nous avons 69.1% de femmes pour 30.9% d'hommes. Cette répartition est comparativement plus peuplée d'hommes vs. Statistiques nationales¹⁰³ mais elle est significative de ce type de service où l'on retrouve une part plus importante d'hommes.

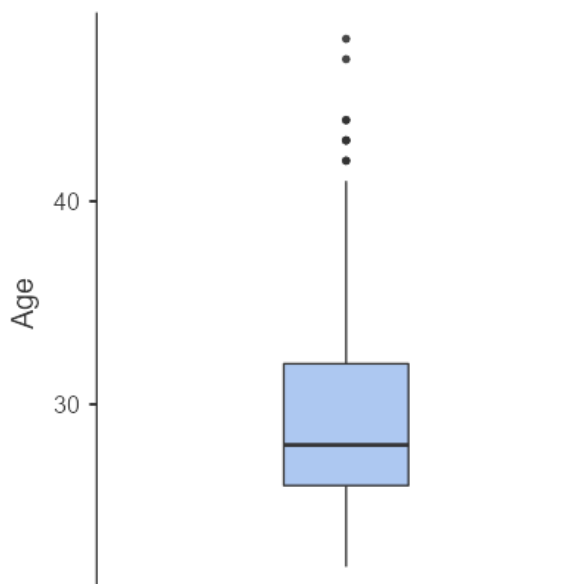
Répartition des sexes

Niveaux	Nombre	% Total	Cumul %
Homme	50	30.9 %	30.9 %
Femme	112	69.1 %	100.0 %

Ce questionnaire étant destiné aux jeunes recrues d'un service d'urgences, il n'est pas étonnant de se retrouver avec une population plutôt jeune. Elle se répartit comme suit :

Répartition des âges

	Âge
N	162
Moyenne	29.9
Médiane	28.0
Minimum	22
Maximum	48



¹⁰³ Page 6.

L'âge des participants s'étale entre 22 ans et 48 ans avec une moyenne d'âge de 29,9 ans. La figure 9 permet de visualiser un groupe compact de répondant qui a entre 27 et 32 ans avec une médiane à 28 ans.

Répartition des âges / Sexe

	Sexe	Age
N	Homme	50
	Femme	112
Moyenne	Homme	29.8
	Femme	30.0
Médiane	Homme	28.5
	Femme	28.0
Minimum	Homme	22
	Femme	22
Maximum	Homme	43
	Femme	48

Figure 13 - Répartition des âges / Sexe

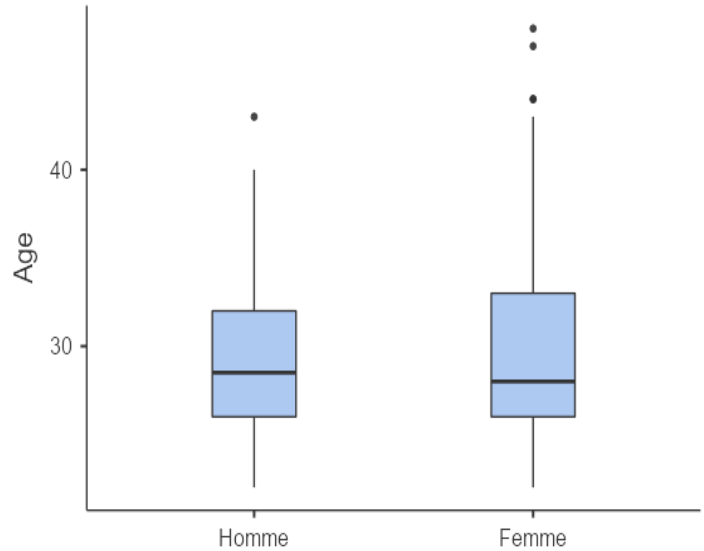


Figure 12 - Répartition des âges

La répartition des âges en fonction du sexe est assez similaire.

Nous avons interrogé les répondants sur leur année de diplôme d'infirmier, ceci nous permettant de déterminer le nombre d'années d'expérience au poste. Il en résulte en moyenne une population avec 5.83 ans d'expérience au poste avec une médiane à 4 ans.

Nombre d'années de diplôme

Années d'expérience	
N	162
Moyenne	5.83
Médiane	4.00
Minimum	1
Maximum	25

Comparativement, le nombre d'années de présence dans un service d'urgences est plus faible avec 2.58 ans en moyenne et une médiane à 2.50 années.

Nombre d'années au SAU	
	Années au SAU
N	162
Moyenne	2.58
Médiane	2.50
Minimum	0.160
Maximum	5.00

Si nous croisons les données relatives à l'âge et l'expérience, il apparaît qu'il existe une relation forte entre l'âge, l'expérience globale et les années de présence en milieu hospitalier. La relation linéaire est ainsi très forte entre l'âge / années d'expérience (coef. Pearson à 0.739), l'âge / années en milieu hospitalier (coef. Pearson à 0.703) et années d'expérience / années en milieu hospitalier (coef. Pearson à 0.749).

La relation est beaucoup moins forte avec la composante temps de présence dans un service d'urgence, cela s'explique par l'intention de recueillir les réponses des débutants de ce service.

Corrélation Âge / Expérience

		Age	Années d'expérience	Années au SAU	Années en milieu hospitalier
Age	Pearson's r	—			
	p-value	—			
Années d'expérience	Pearson's r	0.739 ***	—		
	p-value	< .001	—		
Années au SAU	Pearson's r	0.096	0.198 *	—	
	p-value	0.245	0.015	—	
Années en milieu hospitalier	Pearson's r	0.703 ***	0.749 ***	0.307 ***	—
	p-value	< .001	< .001	< .001	—

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Ensuite, nous avons interrogé le type de contrat de travail. Cette donnée est importante car nous avons vu précédemment que la précarité de l'emploi peut être source de désir de départ.

Nous retrouvons donc une population coupée en deux avec 46.3 % d'agents non titulaires, dont 22.8% en CDD, contre 53.7 % d'agents titulaires ou en voie de titularisation.

Fréquences des types de contrat

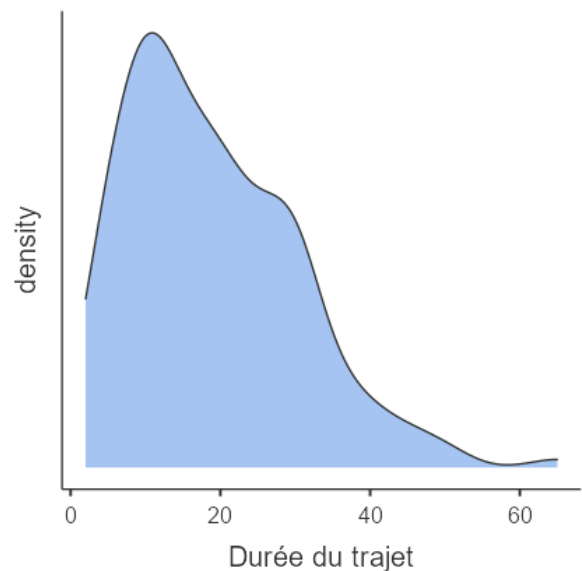
Type	Nombre	% Total	Cumul %
CDD de moins de 3 mois	7	4.3 %	4.3 %
CDD de plus de 3 mois	30	18.5 %	22.8 %
CDI	38	23.5 %	46.3 %
Stagiaire	15	9.3 %	55.6 %
Titulaire	72	44.4 %	100.0 %

Si nous observons le type de contrat au regard du sexe, il apparaît que les femmes sont plus enclines à avoir des contrats précaires avec 47.1 % de CDD/CDI vs. 40% pour les hommes (avec 30 % de CDI).

Sexe		Type de contrat					Total
		CDD de moins de 3 mois	CDD de plus de 3 mois	CDI	Stagiaire	Titulaire	
Homme	Observé	1	4	15	3	27	50
	Attendu	2.16	9.26	11.7	4.63	22.2	50.0
	%	2.0 %	8.0 %	30.0 %	6.0 %	54.0 %	100.0 %
Femme	Observé	6	26	23	12	45	112
	Attendu	4.84	20.74	26.3	10.37	49.8	112.0
	%	5.4 %	23.2 %	20.5 %	10.7 %	40.2 %	100.0 %
Total	Observé	7	30	38	15	72	162
	Attendu	7.00	30.00	38.0	15.00	72.0	162.0
	%	4.3 %	18.5 %	23.5 %	9.3 %	44.4 %	100.0 %

Nous avons ensuite demandé aux répondants le temps de trajet entre leur domicile et le travail, ce facteur étant un paramètre important du désir de départ si l'agent est trop éloigné de son domicile. Nous observons donc une moyenne de 18.9 mn entre le domicile et le lieu de travail avec une médiane à 15 mn. La grande majorité de notre population est proche de son lieu de travail avec moins de 20 mn de trajet.

Durée du trajet	
N	162
Moyenne	18.9
Médiane	15.0
Minimum	2
Maximum	65



7.2. Analyse de la fiabilité du questionnaire

Avant de passer aux résultats proprement dits, il est important de vérifier la fiabilité du questionnaire à l'aide du logiciel Jamovi.

7.2.1. L'intention de départ

Concernant l'intention de départ, nous avons retenu les items de l'échelle de PERROT qui concerne la tension de rôle. Sur les 5 composantes de l'échelle de PERROT, nous avons gardé les composantes conflit individu / climat et conflit individu / rôle. Une analyse de composante nous informera sur les items significatifs. Cette analyse nous confirme bien qu'il existe 2 composantes dans ce groupe d'items mais la Q16 n'apparaît pas significative de la composante 1 (conflit individu/climat), de plus sa prise en compte dans la composante 2 (conflit individu / rôle) réduit l'importance des Q19 et Q20. Nous choisissons donc d'exclure la Q16 des résultats et ainsi uniquement associer Q17 avec Q18 et Q19 avec Q20.

	Composante		Unicité
	1	2	
Q16		0.543	0.664
Q17	0.902		0.175
Q18	0.899		0.190
Q19		0.775	0.398
Q20		0.759	0.423

	Composante		Unicité
	1	2	
Q17	0.903		0.177
Q18	0.907		0.173
Q19		0.812	0.337
Q20		0.821	0.325

Concernant la composante 1 (Conflit individu/climat), le retrait de la Q16 permet d'obtenir une bonne fiabilité de la composante.

Fiabilité Conflit Individu/Climat	
Cronbach's α	
scale	0.787

Alpha si un item est enlevé	
Cronbach's α	
Q17	0.703
Q18	0.602

Concernant la composante 2 (Conflit Individu/Rôle), l'alpha de Cronbach est relativement moyen avec 0.498. Il conviendra donc de relativiser les résultats de cette composante ou de les associer avec d'autres éléments du questionnaire.

Fiabilité Conflit Individu/Rôle	
Cronbach's α	
scale	0.498

Alpha si un item est enlevé	
Cronbach's α	
Q19	0.283
Q20	0.398

Notre questionnaire propose ensuite l'échelle de BERTRAND et HANSEZ en 5 items pour analyser l'intention de départ. La modification de la Q35 vis-à-vis du modèle d'origine n'a pas porté préjudice à la fiabilité de ce groupe de questions car l'alpha de Cronbach est très significatif avec une valeur de 0.812.

Fiabilité Intention de départ	
Cronbach's α	
scale	0.812

Alpha si un item est enlevé	
Cronbach's α	
Q32	0.787
Q33	0.792
Q34	0.737
Q35	0.821
Q36	0.729

Il n'est pas nécessaire de retirer un item dans cette composante, les alpha individuels étant vraiment proches et significatifs.

7.2.2. Le manque de ressources

Les questions relatives au manque de ressources matérielles ou managériales ont une fiabilité satisfaisante avec un alpha de Cronbach proche de 0.7 à 0.689.

Fiabilité Manque de ressources	
Cronbach's α	
scale	0.689

Alpha si un item est enlevé	
Cronbach's α	
Q21	0.661
Q22	0.607
Q23	0.632
Q24	0.653
Q25	0.656
Q26	0.676

Il n'est pas nécessaire de retirer un item dans cette composante, les alpha individuels étant vraiment proches et significatifs.

7.2.3. Accomplissement personnel

La composante « accomplissement personnel » du test MBI apporte elle aussi une fiabilité satisfaisante avec un alpha de Cronbach à 0.689.

Fiabilité Accomplissement personnel

	Cronbach's α
scale	0.689

Alpha si un item est enlevé

	Cronbach's α
Q27	0.711
Q28	0.609
Q29	0.603
Q30	0.627
Q31	0.641

Le retrait de la Q27 ne permet de gagner que peu de point d'alpha de Cronbach, nous garderons donc cet item pour l'analyse.

7.2.4. Accueil et accompagnement du cadre

La composante « Accueil et soutien du cadre » se retrouve par l'association de Q8, Q11 et Q14.

Fiabilité Accueil et Soutien du cadre

	Cronbach's α
scale	0.648

Alpha si un item est enlevé

	Cronbach's α
Q8	0.451
Q14	0.441
Q11	0.741

Il n'est pas nécessaire de retirer un item dans cette composante, les alpha individuels étant vraiment proches et significatifs.

7.2.5. Accompagnement et formation

Les items concernant l'accompagnement et la formation ne permettent pas de dégager une composante fiable.

Fiabilité Accompagnement et formation	
Cronbach's α	
scale	0.379

Alpha si un item est enlevé	
Cronbach's α	
Q9	0.320
Q15	0.256
Q13	0.265
Q10bis	0.390

Le retrait d'un ou plusieurs items ne permettra pas de retrouver un alpha satisfaisant. Il conviendra donc d'utiliser individuellement ces questions si nécessaire.

Finalement, et afin de résumer l'analyse de la fiabilité des composantes de notre questionnaire, celui-ci nous a permis de dégager plusieurs dimensions :

- Q8+Q11+Q14 = Accueil et soutien du cadre.
- Q17+Q18 = Conflit individu/climat.
- Q19+Q20 = Conflit individu/rôle.
- Q21+Q22+Q23+Q24+Q25+Q26 = Manque de ressources matérielles ou managériales.
- Q27+Q28+Q29+Q30+Q31 = Accomplissement personnel.
- Q32+Q33+Q34+Q35+Q36 = Intention de départ.

La suite de notre analyse essaiera donc de répondre à nos deux hypothèses en confrontant ces différentes dimensions entre-elles ainsi que des items isolés.

7.3. Analyse des dimensions (variables)

Le logiciel Jamovi permet d'analyser des variables prédictives (appelées VI) et des variables de résultat (appelées VD). Nous nous efforcerons donc de mettre en relation nos différentes variables afin d'apporter des éléments de réponses à nos deux hypothèses.

Nous supposons donc que les variables de résultat concernent « l'intention de départ » et « l'accomplissement personnel » et que les variables prédictives concernent « L'accueil et le soutien du cadre », le « Conflit individu/climat », le « Conflit individu/rôle » et le « Manque de ressources ».

7.3.1. Les dimensions influençant l'accomplissement personnel

Dans un premier temps, nous chercherons à déterminer les relations que cette variable peut avoir avec les autres, pour cela nous réalisons une matrice de corrélation selon le modèle de Pearson.

		Accomplissement personnel	Soutien du cadre	Conflit Individu/climat	Conflit Individu/rôle	Manque de ressources matérielles ou managériales	Intention de départ
Accomplissement personnel	Pearson's r	—					
	p-value	—					
Soutien du cadre	Pearson's r	0.207 **	—				
	p-value	0.008	—				
Conflit Individu/climat	Pearson's r	0.198 *	0.213 **	—			
	p-value	0.012	0.007	—			
Conflit Individu/rôle	Pearson's r	0.042	0.108	0.120	—		
	p-value	0.595	0.172	0.129	—		
Manque de ressources matérielles ou managériales	Pearson's r	0.289 ***	0.449 ***	0.336 ***	0.431 ***	—	
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	—	
Intention de départ	Pearson's r	0.114	0.317 ***	0.157 *	0.402 ***	0.438 ***	—
	p-value	0.147	< .001	0.046	< .001	< .001	—

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Nous pouvons observer qu'il existe une relation entre « l'accomplissement personnel » et le « manque de ressources... » avec un $r = 0.289$ et un $p < 0.001$ (cercle bleu). Il est à noter que la variable « manque de ressources » est aussi corrélée avec les variables « soutien du cadre », « conflit individu/climat » et « conflit individu/rôle » (cercle rouge).

Si nous cherchons à déterminer l'influence des variables prédictives sur « l'accomplissement personnel », nous devons réaliser une régression linéaire, nous obtenons :

Model	R	R ²
1	0.328	0.107

Model Coefficients - **Accomplissement personnel**

Predictor	Estimate	SE	t	p	Stand. Estimate
Intercept	4.1779	0.3215	12.993	< .001	
Soutien du cadre	0.0445	0.0484	0.920	0.359	0.0783
Conflit Individu/climat	-0.0600	0.0457	-1.313	0.191	-0.1054
Conflit Individu/rôle	0.0536	0.0503	1.066	0.288	0.0896
Manque de ressources matérielles ou managériales	-0.1895	0.0714	-2.654	0.009	-0.2569

Ces tableaux de mesure indiquent que les variables prédictives n'influent que de 10.7% ($R^2 = 0.107$) « l'accomplissement personnel ». La variable la plus significative vis-à-vis est le « Manque de ressources... » avec un $p = 0.009$ et une importance de - 25.69 %.

Autrement dit, cela signifie que moins le « Manque de ressources... » est fort, plus « L'accomplissement personnel » sera important. Le fait de se sentir bien au travail et dans sa fonction peut donc être lié aux ressources matérielles et managériales.

Cherchons à explorer ce point en détaillant un peu plus les rapports des items avec « l'accomplissement personnel ». Pour cela nous choisirons les items concernant le « manque de ressources... » (Q21 à Q26) ainsi que quelques items en rapport avec l'accueil, le fait d'être double et un programme de formation (Q8, Q9 et Q15). La matrice de corrélation et la régression linéaire nous donne les tableaux suivants :

Correlation Matrix

Accomplissement personnel		
Q8	Pearson's r	0.240 **
	p-value	0.002
Q9	Pearson's r	0.239 **
	p-value	0.002
Q15	Pearson's r	0.204 **
	p-value	0.009
Q21	Pearson's r	-0.142
	p-value	0.072
Q22	Pearson's r	-0.207 **
	p-value	0.008
Q23	Pearson's r	-0.297 ***
	p-value	< .001
Q24	Pearson's r	-0.168 *
	p-value	0.033
Q25	Pearson's r	-0.211 **
	p-value	0.007
Q26	Pearson's r	-0.065
	p-value	0.411

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Régression linéaire

Model	R	R ²
1	0.388	0.151

Model Coefficients - Accomplissement personnel

Predictor	β	Stand. Estimate
Intercept	< .001	
Q8	0.801	0.0243
Q9	0.099	0.1415
Q15	0.247	0.0961
Q21	0.764	-0.0275
Q22	0.699	-0.0388
Q23	0.026	-0.1973
Q24	0.567	-0.0483
Q25	0.362	-0.0797
Q26	0.442	0.0633

Il apparait donc que « l'accomplissement personnel » est corrélé principalement avec la Q23 (la difficulté à effectuer un travail de qualité). Elle est aussi corrélée avec les items concernant le management (Q8, Q22, Q25) et ceux concernant les formations (Q9, Q15). La régression linéaire nous apporte quelques éléments de réponse avec l'implication de la Q23 et de la Q9 dans l'expression de la variable.

Par conséquent, concernant la variable de résultat « Accomplissement personnel », nous pouvons en déduire que celle-ci est influencée par la difficulté à effectuer un travail de qualité et le fait que des postes de doublure aient été proposés.

7.3.2. Les dimensions influençant l'intention de départ

Dans un premier temps, nous chercherons à déterminer les relations que cette variable peut avoir avec les autres, pour cela nous réalisons une matrice de corrélation selon le modèle de Pearson.

		Intention de départ	Soutien du cadre	Conflit Individu/climat	Conflit Individu/rôle
Intention de départ	Pearson's r	—			
	p-value	—			
Soutien du cadre	Pearson's r	-0.317 ***	—		
	p-value	< .001	—		
Conflit Individu/climat	Pearson's r	0.157 *	-0.213 **	—	
	p-value	0.046	0.007	—	
Conflit Individu/rôle	Pearson's r	0.402 ***	-0.108	0.120	—
	p-value	< .001	0.172	0.129	—
Manque de ressources matérielles ou managériales	Pearson's r	0.438 ***	-0.449 ***	0.336 ***	0.431 ***
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Ceci nous permet d'affirmer qu'il existe une relation forte entre « l'intention de départ » et les variables « soutien du cadre », « conflit individu/rôle » et « Manque de ressources... ».

Nous chercherons donc à déterminer si ces variables prédictives ont une influence sur « l'intention de départ » par une régression linéaire.

Model Fit Measures

Model	R	R ²
1	0.523	0.273

Model Coefficients - Intention de départ

Predictor	Estimate	SE	t	p	Stand. Estimate
Intercept	1.31651	0.5647	2.3313	0.021	
Conflit Individu/climat	0.00696	0.0803	0.0866	0.931	0.00627
Conflit Individu/rôle	0.32748	0.0884	3.7064	< .001	0.28102
Manque de ressources matérielles ou managériales	0.33603	0.1254	2.6798	0.008	0.23403
Soutien du cadre	-0.19914	0.0850	-2.3433	0.020	-0.17992

Cette analyse nous apporte plusieurs éléments importants :

- Les variables prédictives influent 27.3% ($R^2 = 0.273$) ce qui est très significatif pour des variables en rapport avec la sociologie.
- La variable « Individu/rôle » influe fortement « l'intention de départ » avec une estimation standardisée à 28.1 % (Bêta = 0.28102) et un $p < 0.001$.
- La variable « Manque de ressources... » influe fortement « l'intention de départ » avec une estimation standardisée à 23.4 % (Bêta = 0.23403) et un $p = 0.008$.
- La variable « Soutien du cadre » influe de manière significative « l'intention de départ » avec une estimation standardisée à -17.9 % (Bêta = -0.17992) et un $p = 0.020$.

Autrement dit, c'est surtout le conflit individu/rôle qui influence l'intention de départ. Le conflit individu/climat n'est pas une variable à retenir dans cette recherche de corrélation. Cela concerne donc les infirmiers qui jugent avoir fait le tour de leur poste ou qui aimeraient que leurs compétences soient plus utilisées.

Le « manque de ressources... » est aussi une variable qui modifie « l'intention de départ », elle concerne l'insécurité matérielle ou organisationnelle, l'agressivité ou le manque de soutien de l'encadrement.

Le « Soutien de l'encadrement » est elle aussi une variable qui influence « l'intention de départ », elle concerne le soutien de l'encadrement, l'accueil et la prise en compte de la vie personnelle de l'agent par l'encadrement.

Cherchons à explorer ce point en détaillant un peu plus les rapports des items avec « l'intention de départ ». Pour cela nous choisirons certains items concernant le « manque de ressources... » (Q21 à Q26) ainsi que quelques items en rapport avec l'accueil, le fait d'être double et un programme de formation (Q8, Q9 et Q15). La matrice de corrélation nous donne le tableau suivant :

Correlation Matrix

		Intention de départ
Intention de départ	Pearson's r	—
	p-value	—
Q8	Pearson's r	-0.354 ***
	p-value	< .001
Q9	Pearson's r	-0.150
	p-value	0.057
Q10bis	Pearson's r	-0.168 *
	p-value	0.032
Q11	Pearson's r	-0.110
	p-value	0.164
Q12	Pearson's r	-0.003
	p-value	0.968
Q13	Pearson's r	-0.133
	p-value	0.091
Q14	Pearson's r	-0.276 ***
	p-value	< .001

Q15	Pearson's r	-0.145
	p-value	0.066
Q19	Pearson's r	0.321 ***
	p-value	< .001
Q20	Pearson's r	0.336 ***
	p-value	< .001
Q21	Pearson's r	0.155 *
	p-value	0.048
Q22	Pearson's r	0.379 ***
	p-value	< .001
Q23	Pearson's r	0.246 **
	p-value	0.002
Q24	Pearson's r	0.290 ***
	p-value	< .001
Q25	Pearson's r	0.347 ***
	p-value	< .001

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Il apparaît donc que les items en relation avec « l'intention de départ » soient Q8, Q14, Q19, Q20, Q22, Q24 et Q25. Si nous isolons ces items pour les confronter en régression linéaire à la variable « Intention de départ », nous obtenons :

Model	R	R ²
1	0.559	0.312

Model Coefficients - Intention de départ

Predictor	Estimate	SE	t	p	Stand. Estimate
Intercept	1.56504	0.4749	3.2954	0.001	
Q8	-0.17149	0.0713	-2.4046	0.017	-0.20345
Q14	-0.03196	0.0874	-0.3658	0.715	-0.03472
Q19	0.16917	0.0818	2.0688	0.040	0.16229
Q20	0.16727	0.0668	2.5035	0.013	0.19016
Q22	0.18779	0.0723	2.5968	0.010	0.19557
Q24	-0.00128	0.0748	-0.0171	0.986	-0.00141
Q25	0.09956	0.0729	1.3664	0.174	0.11758

La régression linéaire nous permet de déterminer quels items interviennent le plus dans la modification de la variable. Il apparaît que les items sélectionnés interviennent pour 31.2% ($R^2=0.312$) dans la fluctuation de cette variable, ce qui est vraiment important. Si nous reprenons individuellement ces items, nous pouvons observer que l'accueil a vraiment une relation forte avec la variable avec 20.3% d'implication, légèrement en retrait nous retrouvons « le désir d'utiliser plus ses compétences » avec 19% d'implication et « le manque d'informations claires pour mener son travail » avec 19.5% d'implication dans la variable.

Par conséquent, la variable « intention de départ » que nous pouvons associer au turn-over dans le service est fortement liée à l'accueil réalisé par le cadre de santé, la prise en compte des compétences de l'infirmier, la mise en pratique de celles-ci et le manque d'informations claires pour mener à bien le travail des infirmiers.

7.4. Revenons à nos hypothèses

Dans le cadre de ce travail de recherche, nous avons formulé des hypothèses. Essayons donc de mettre en relation les résultats obtenus afin d'apporter des éléments de réponse à ces deux hypothèses.

Hypothèse 1 : Le cadre de santé facilite l'intégration des infirmiers par la mise en place d'un programme d'accompagnement et de formation.

L'intégration est un phénomène complexe qui a de multiples définitions. Nous avons fait le choix d'associer ce concept à la variable « Accomplissement personnel » car nous considérons qu'un infirmier qui se sent bien dans son travail est correctement intégré dans une équipe et dans un service.

Notre outil d'enquête a révélé que l'intégration était facilitée par la mise en place de poste en doublure. Même s'il existe une corrélation entre l'accueil, les formations proposées et « l'accomplissement personnel », notre analyse n'a pas permis de démontrer une influence significative de ces items.

C'est pourquoi, nous pouvons considérer que cette hypothèse n'est que partiellement validée.

Hypothèse 2 : Le cadre de santé en proposant un accueil personnalisé de qualité et un management humaniste permet de diminuer l'intention de départ des infirmiers.

Notre sujet central concerne le turn-over, nous avons associé ce terme à la variable « intention de départ ». Notre analyse a permis de mettre en évidence une relation et une influence des variables suivantes : le conflit individu/rôle, le manque de ressources matérielles et managériales et le soutien de l'encadrement.

Une analyse plus fine nous a permis de mettre en lumière les items qui apportaient le plus d'influence. Il s'agit de l'accueil, la prise en compte des compétences de l'infirmier et leur mise en pratique ainsi que le manque d'informations claires pour mener à bien son travail.

Nous l'avons abordé dans la partie précédente, le management humaniste a pour objectif de se centrer sur l'individu, de le prendre en compte dans sa globalité. Ainsi, nous pouvons considérer que la prise en compte des compétences individuelles fait partie intégrante du management humaniste.

C'est pourquoi au regard des résultats obtenus, nous pouvons affirmer que cette hypothèse est validée.

7.5. Critiques de la recherche

Ce travail de recherche visant à mettre en évidence les facteurs favorisant/limitant le turn-over des infirmiers aux urgences nous a permis d'obtenir des résultats intéressants. Pourtant, il existe quelques pistes d'amélioration.

Premièrement, la mise en ligne de ce questionnaire a certes permis d'avoir un panel large de répondants mais cela peut créer une dilution des réponses. En effet, nous souhaitons observer l'importance de la conduite managériale sur le turn-over, et donc le fait de recevoir des réponses disséminées dans la France entière ne permet pas de cibler un service en particulier. Afin de renforcer les résultats de cette étude, il aurait été préférable de cibler un ou plusieurs services déterminés à l'avance pour ainsi les confronter. Nous aurions aussi pu collecter un nombre plus important de questionnaires afin de diminuer ce risque de dilution.

Deuxièmement, le concept d'accompagnement n'a pas été suffisamment mis en avant dans le questionnaire. Le choix de ne pas apporter trop de questions a été délétère pour ce concept. Ainsi l'accompagnement n'a pas pu être correctement confronté à l'intégration.

Finalement, nous pouvons observer que le choix d'un questionnaire demande de la pratique et des connaissances approfondies. C'est l'expérience qui permet de mieux comprendre comment construire efficacement un questionnaire. Les hypothèses que nous avons formulées abordaient des concepts forts comme l'intégration, la formation, l'accompagnement, l'accueil, l'intention de départ et le management. Afin de mieux appréhender les relations possibles entre tous ces concepts, nous nous devons de proposer plus d'items correspondants ou réduire le nombre de concepts afin d'observer des résultats plus forts.

D'autres études ont cherché à mettre en évidence les relations possibles avec le turn-over des infirmiers. Des chercheurs de l'université de Bruxelles ont étudié le cas de 287 infirmières belges en 2011¹⁰⁴ à travers la satisfaction au travail et l'engagement organisationnel. Il en résulte que les infirmières qui manquent de satisfaction au travail sont plus amenées à quitter leur emploi et que les infirmières les plus jeunes en recherche de satisfaction et engagement organisationnel désirent quitter leur emploi. Pour autant, les chercheurs concluent que les études doivent être poursuivies car il n'existe pas (à l'heure actuelle) de modèles permettant de saisir pleinement le turn-over infirmier.

Une étude canadienne¹⁰⁵ concernant 348 jeunes infirmières diplômées a révélé que la moitié du panel n'avait pas l'intention de quitter leur travail. Concernant les facteurs favorisant le turn-over, les chercheurs ont mis en évidence une relation forte avec l'environnement de travail, la recherche de soins infirmiers de qualité et l'autonomie.

¹⁰⁴ DE GIETER Sara, HOFMANS Joeri, PEPERMANS Roland, *Revisiting the impact of job satisfaction and organizational commitment on nurse turnover intention: An individual differences analysis*, International Journal of Nursing Studies, Volume 48, 2011, pp. 1562-1569.

¹⁰⁵ RHÉAUME, CLÉMENT, LEBEL. *Understanding intention to leave amongst new graduate Canadian nurses: a repeated cross sectional survey*. International Journal of Nursing Studies, Volume 48, 2011, pp. 490-500.

C'est pourquoi, il nous paraît important à l'avenir de cibler les éléments de recherche sur deux ou trois composantes afin de mieux maîtriser les résultats et les pistes de réflexion.

7.6. Perspectives

Notre travail de recherche a cherché à s'intéresser au turn-over du personnel infirmier des services d'urgence. L'objectif de ce travail était de connaître les raisons qui amenaient les infirmiers à partir et les moyens que le cadre de santé pouvait mettre en place afin de les conserver à leur emploi.

Cette prise de conscience a déjà eu lieu outre atlantique, où de nombreux centres hospitaliers ont choisi de mettre en place un dispositif pour mieux fidéliser son personnel.

Ce dispositif est nommé « magnet hospital »¹⁰⁶, il permet aux hôpitaux qui l'ont mis en place d'attirer et fidéliser son personnel. L'objectif des hôpitaux magnétiques est de disposer de personnel performant afin de garantir la qualité et la sécurité des soins.



Les hôpitaux magnétiques ont trois valeurs essentielles¹⁰⁷ :

- La bienveillance, le « care » vis-à-vis des patients et des soignants.
- L'autonomie dans un cadre organisé des normes professionnelles.
- La responsabilisation et la coopération

Depuis le début de leur existence dans les années 80, les hôpitaux magnétiques se caractérisent toujours par leur attractivité, leur faible turn-over et une satisfaction au travail importante¹⁰⁸. Ces hôpitaux conservent huit caractéristiques essentielles :

- L'autonomie professionnelle des infirmières.
- Un support par les services administratifs pour la sécurité au travail, l'équipement, la garderie...
- Une bonne collaboration.

¹⁰⁶ Hôpital magnétique

¹⁰⁷ https://www.anfh.fr/sites/default/files/fichiers/matthieu_sibe_isped_0.pdf, consulté le 04/06/2021.

¹⁰⁸ BRUNELLE, Yvon. « 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*, vol. vol. 40, no. 1, 2009, pp. 39-48.

- Une valorisation professionnelle et leadership infirmier, les infirmiers sont encouragés à donner ou suivre des cours, la formation continue est mise en avant.
- Relations positives entre collègues.
- Gestion des effectifs optimale avec un ratio infirmier plus important que dans les autres hôpitaux.
- Une culture du soin centrée sur le patient.
- La recherche de la qualité des soins.

Au-delà de l'objectif de fidélisation de ce dispositif, il s'avère qu'il apporte des améliorations significatives sur la santé au travail, le climat et la satisfaction au travail et une amélioration de la qualité de soins (taux de mortalité plus faible, moins d'erreurs et de plaintes).

En France et en Belgique, un dispositif similaire commence à se mettre en place. C'est le dispositif ARIQ : Attraction, Rétention, Implication des infirmières et Qualité des soins. Basé sur les principes des « magnets hospitals », le projet ARIQ réalise dans un premier temps en diagnostic de chaque centre de soins et permet de proposer un plan d'action. L'ensemble du personnel est associé à la démarche et l'efficacité du dispositif est évalué tous les ans.

La mise en place de ce type de dispositif dans la réalité de nos centres hospitaliers pourrait permettre de réguler l'intention de départ des infirmiers. Avant cela, il serait judicieux d'évaluer les effets des politiques récentes mise en place comme le Ségur de la santé¹⁰⁹ qui a déjà amélioré les conditions salariales des agents et qui promet une amélioration des conditions de travail : amélioration de la qualité des soins, ouverture de lits, formation...

Néanmoins, nous pouvons d'ores et déjà surveiller annuellement le taux de rotation du personnel. Il serait en effet intéressant d'effectuer cette mesure à l'échelle d'un établissement mais surtout à l'échelle d'un pôle. Elle permettrait d'obtenir une base de travail afin de mesurer l'efficacité des mesures prises et/ou du management appliqué dans un pôle donné.

¹⁰⁹ <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante-les-conclusions/>, consulté le 04/06/2021.

Au niveau managérial, il faudrait favoriser l'émergence des compétences et permettre le développement de nouvelles. Il faudrait aussi laisser plus de place à l'autonomie dans un cadre bien défini respectant les critères qualité de l'établissement.

Conclusion

Dans un contexte de pénurie de professionnels de santé, la question de la fidélisation est essentielle.

Notre travail de recherche s'est intéressé sur le turn-over des infirmiers de services d'urgences hospitaliers. Nous avons cherché à déterminer comment le cadre de santé pouvait faciliter l'intégration des nouveaux arrivants et ainsi diminuer leur intention de départ.

Dans un premier temps, nous avons utilisé une démarche empirico-déductive afin d'expliquer ce phénomène de turn-over. Nous nous sommes appuyés sur des faits vérifiés, des constatations ou même des statistiques poussées pour déterminer les facteurs favorisant au turn-over. Nous avons ensuite réalisé deux entretiens exploratoires afin de confirmer les données que nous avions récoltées au préalable.

Dans un second temps, nous avons développé les concepts concernant notre questionnement. Cet enrichissement littéraire et intellectuel nous a permis de mieux appréhender les notions fines d'intégration et de la construction d'une identité de professionnel de santé. Cette démarche hypothético-déductive a permis de mieux définir la problématique et dégager deux hypothèses.

Finalement, ces deux premières parties ont servi de fondation à la création d'un outil d'enquête basé sur un questionnaire. L'analyse de celui-ci a permis de mettre en lumière des éléments importants.

En effet, il s'avère que l'accueil apparaît comme un facteur déterminant de l'intention de départ. Les infirmiers ont mis en avant l'intérêt qu'ils pouvaient porter sur leurs compétences et le désir qu'elles soient utilisées à leur juste valeur. Ces éléments concourent à caractériser le management humaniste et par conséquent, nous avons pu déterminer que le positionnement du cadre dans un management humaniste pouvait réduire le turn-over de son équipe.

Par contre, notre enquête n'a pas permis de révéler totalement qu'un programme d'accompagnement et de formation facilitait l'intégration. Cet écueil peut avoir pour cause l'outil d'enquête lui-même qui n'était pas assez détaillé, mais il peut être aussi la conséquence du public lui-même. En effet, dans un service d'urgence, les connaissances sont le plus souvent acquises sur l'expérience les premières années. Les jeunes recrues comptent

beaucoup sur leurs pairs pour acquérir le savoir-faire et le savoir-être utiles à leur exercice. C'est d'ailleurs pourquoi, dans notre questionnaire, ils mettent en avant l'intérêt des postes de doublure.

Au-delà de notre travail de recherche, nous avons compris que la recherche de réduction du turn-over des infirmiers à l'hôpital ne pouvait se réfléchir de manière microscopique dans les services. Cette prise de conscience doit avoir lieu au plus haut point dans les centres hospitaliers. Les différentes instances dirigeantes doivent prendre en considération le capital humain, valoriser leur personnel, améliorer leur qualité de vie et prendre soin d'eux comme des patients.

Pour finir, notre recherche s'est consacrée aux jeunes arrivants des services d'urgences hospitalières, le plus souvent en début de carrière. Mais nous pourrions nous interroger sur les dernières années de la vie au travail. Quid des futurs retraités ? Quelle place leur offrons-nous dans nos structures de soins ? Ne pourrions-nous pas leur offrir la possibilité de mieux transmettre leurs savoirs ? Ne pourrions-nous pas les intégrer à des programmes d'accueil et d'accompagnement des jeunes arrivants ?

Et si la fin de carrière favorisait la naissance de l'identité
d'un nouveau professionnel ?

Bibliographie

Lois	95
Ouvrages	95
Articles	97
Rapports et statistiques	100
Webographie.....	101

Lois

- Loi n°71-576 du 16 juillet 1971.
- Loi 87-572 du 23 juillet 1987.
- Loi 2018-771 du 5 septembre 2018.

Ouvrages

- BENNER Patricia, *De novice à expert : excellence en soins infirmiers*, Masson, 2003.
- BERGSON Henri, *La pensée et le mouvant*. Presses Universitaires de France, 1993.
- BOUTINET Jean-Pierre, *Penser l'accompagnement adulte*. PUF, 2007.
- CHAPELLE Frédéric, *Modèle de Karasek, Risques psychosociaux et Qualité de Vie au Travail*, Dunod, 2018.
- FAYOL Michel, *Administration industrielle et générale*, Dunod, 1917.
- GENTINA Elodie et DELECLUSE Marie-Eve, *Génération Z, des Z consommateurs aux Z collaborateurs*, Dunod, 2018.
- GRUBB, *Clash of the generations*, Wiley, 2016.

- HESBEEN Walter, *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin dans une perspective soignante*, Masson, 1997.
- LE BOTERF Guy, *De la compétence à la navigation professionnelle*, Les éditions d'organisation, 1997.
- LE BOTERF Guy, *Repenser la compétence*, Eyrolles, 2008.
- MEDA Dominique et Patricia VENDRAMIN, *Réinventer le travail*, Presses Universitaires de France, 2013.
- MINTZBERG Henry, *Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre*, Les éditions d'organisation, 1984.
- MINTZBERG Henry, *Management : voyage au centre des organisations*, Les éditions d'organisation, 2004.
- OLLIVIER Daniel et TANGUY Catherine, *Génération Y & Z, le grand défi de l'intergénérationnel*, Deboeck, 2018.
- PAUL Maela, *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*, L'Harmattan, 2004.
- PERROT Serge, *L'entrée dans l'entreprise des jeunes diplômés : une approche en termes de tensions de rôles*, Economica, 2001.
- PEYRIN Aurélie, *Sociologie de l'emploi public*, Armand Colin, 2019.
- ROGERS Carl, *Le Développement de la personne*, 1961, traduit par Dunod, 2005.
- SCANDELLARI Thomas, *Politiques d'intégration et de lutte contre les exclusions*, Dunod, 2018.

- SERRES Michel, *Petit poucette*, éditions le pommier, 2012.
- SIMARD Stéphane, *Génération X @ Z*, Un monde différent, 2017.
- STRAUSS William et HOWE Neil, *The fourth turning*, Crown, 1997.

Articles

- ABDELOUAHID Assaidi, KIZABA Godefroy et GUILLUY-SULIKASHVILI Natalia, *Génération Baby-Boomers, X et Y : Les barrières entrepreneuriales des entrepreneurs dans le Nord de la France*, *Gestion 2000*, vol. volume 32, no. 4, 2015, pp. 83-106.
- ARNAUD Stéphanie, *Le management humaniste. Enjeux, outils et obstacles*, *Revue internationale de psychosociologie*, 2008, pp. 207-224.
- BERTRAND Françoise et HANSEZ Isabelle, *Facteurs d'insatisfaction incitant au départ et intention de quitter le travail : analyse comparative des groupes d'âges*, *Le travail humain*, vol. 73, no. 3, 2010, pp. 213-237.
- BRUNELLE Yvon, *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*, vol. vol. 40, no. 1, 2009, pp. 39-48.
- CARADEC Vincent, « Jeunes » et « vieux » : les relations intergénérationnelles en question, *Agora débats/jeunesses*, vol. 49, no. 3, 2008, pp. 20-29.

- DEJOUX Cécile et WECHTLER Heidi, *Diversité générationnelle : implications, principes et outils de management*, Management & Avenir, vol. 43, no. 3, 2011, pp. 227-238.
- DE GIETER Sara, HOFMANS Joeri, PEPERMANS Roland, Revisiting the impact of job satisfaction and organizational commitment on nurse turnover intention: An individual differences analysis, *International Journal of Nursing Studies*, Volume 48, 2011, pp. 1562-1569.
- ESTRYN-BEHAR Madeleine, et al., *Analyse longitudinale des facteurs personnels et professionnels associés au turnover parmi les soignants*, Recherche en soins infirmiers, vol. 103, no. 4, 2010, pp. 29-45.
- FLAMANT Nicolas, *Conflit de générations ou conflit d'organisation ? Un train peut en cacher un autre...*, Sociologie du travail, Vol. 47 - n° 2 | 2005, pp. 223-244.
- FORMARIER Monique, *Accueil*, Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières*. 2ème édition. Association de Recherche en Soins Infirmiers, 2012, pp. 43-45.
- GUESTIN Ambre, *Manager des générations ou générer des managements ?*, Soins cadres, n°88, p 29.
- *Journal du Dimanche*, n° 3791, p 2, 08/09/2019.
- LACAZE Delphine, *La gestion de l'intégration en entreprise de service : l'apport du concept de socialisation organisationnelle*, Management & Avenir, vol. 14, no. 4, 2007, pp. 9-24.
- *La revue de l'IRES*, n°99, p 4.

- *Les jeunes face au travail : un regard ambivalent, reflet de disparités*, Institut National de la Jeunesse et de l'Éducation Populaire, Analyses et Synthèses, n°24, 06/2019.
- MARTIN Cécile et RAMOS-GORAND Méline, *Turnover élevé du personnel soignant dans les Ehpad privés en France : impact de l'environnement local et du salaire*, Economie et statistique n°493, 2017.
- MOTTAZ Anne-Marie, *Accompagnement*, Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières*. 2ème édition. Association de Recherche en Soins Infirmiers, 2012, pp. 42-43.
- NIEDHAMMER Isabelle, et al, *Exposition aux facteurs psychosociaux au travail du modèle de Karasek en France : étude méthodologique à l'aide de l'enquête nationale Sumer*, Travailler, vol. 17 n° 1, 2007, pp. 47-70.
- OLANO Marc, *Carl Rogers et le courant humaniste*, Sciences Humaines, vol. 301, no. 3, 2018, p 24.
- PAUGET Bertrand et DAMMAK Ahmed, *Secteur sanitaire et social, état des lieux de la génération Y en 2013*, Soins cadres n°88, Novembre 2013, pp. 24-25.
- PAUL Maela, *Accompagnement*. Recherche et formation, 62, 2009.
- PAUL Maela, *L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient*, Recherche en soins infirmiers, vol. 110, no. 3, 2012, pp. 13-20.
- RHÉAUME, CLÉMENT, LEBEL. Understanding intention to leave amongst new graduate Canadian nurses: a repeated cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, Volume 48, 2011, pp. 490-500.

- SCHWEYER François-Xavier, *Santé, contrat social et marché : la fonction publique hospitalière en réformes*, Revue française d'administration publique, vol. 132, no. 4, 2009, pp. 727-744.

Rapports et statistiques

- ATIH, *Analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé*, ATIH, 2018.
- CHATAIGNIER, JULLIARD et SOULAT, *L'emploi dans la fonction publique hospitalière*, Caisse des dépôts, Octobre 2019.
- Direction Générale de l'Administration de la Fonction Publique, *On-Boarding – Quels acteurs mobiliser ?*, DGAFP, 2020.
- DREES, CROGUENNEC Yannick, *Études et Résultats n°1099 Janvier 2019*.
- Enquête « La grande invasion », BNP Paribas - The Boson Project, 2015.
- Insee – Dares, *Emploi, chômage, revenus du travail*, Insee références, n° 5, 2020.
- Ministère des finances, *Rapport sur l'état de la fonction publique et les rémunérations*, annexe au projet de loi de finances 2021.
- OCDE, *Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE, Comment répondre à la crise imminente ?*, OCDE, 2008.
- Répertoire ADELI- Drees, données au 1er janvier 2020.
- SENAT, *Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé*, SENAT, 26 juillet 2017.

Webographie

- https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2019/06/14/pourquoi-le-nombre-de-patients-aux-urgences-augmente-d-annee-en-annee_5476111_4355770.html, consulté le 13/03/2021.
- <https://www.infirmiers.com/emploi/emploi/emploi-infirmier-une-situation-tendue.html>, consulté le 03/03/2021.
- <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/turnover/80298>, consulté le 03/03/2021.
- <https://www.qualtrics.com/fr/gestion-de-l-experience/employe/taux-turnover/>, consulté le 03/03/2021.
- https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/06/19/le-turn-over-des-infirmiers-aux-urgences-signe-de-services-en-detresse_5478361_3224.html, consulté le 03/03/2021.
- <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1570>, consulté le 20/03/2021.
- <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/integration>, consulté le 26/05/2021.
- <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/accueil/569>, consulté le 26/05/2021.
- https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/carrieres_et_parcours_professionnel/formation/EMRH/Fonds_documentaire_-_Atelier_transfo_RH_accueil_et_integration.pdf, consulté le 26/05/2021.
- <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/accompagner/470>, consulté le 25/05/2021.

- <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c2161>, consulté le 27/05/2021.
- <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/formation/34643>, consulté le 27/05/2021.
- <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c2144>, consulté le 27/05/2021.
- <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/apprentissage>, consulté le 27/05/2021.
- <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/apprendre>, consulté le 27/05/2021.
- <https://www.cnrtl.fr/definition/academie9/Humanisme>, consulté le 29/05/2021.
- <https://www.stephanesimard.com/generation-sandwich>, consulté le 23/03/2021.
- <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/management/49022>, consulté le 28/05/2021.
- <https://bu.dauphine.psl.eu/fileviewer/view.php?doc=2000PA090011&target=interne>, Serge Perrot, « L'entrée dans l'entreprise des jeunes diplômés : une approche en termes de tensions de rôles », Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion. Consulté le 4/01/2021.
- https://www.ces-asso.org/sites/default/files/Loquet_Nagou.pdf, « Le turnover du personnel infirmier en France : une analyse empirique à partir des déclarations annuelles de données sociales », Julien Loquet - Glawdys Nagou, Novembre 2014.
- <https://fr.statista.com/statistiques/689285/nombre-passages-urgences-france/>, consulté le 03/03/2021.

- https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/05/15/des-hopitaux-publics-en-mal-de-candidats-aux-postes-d-infirmiers-et-d-aides-soignants_5462155_3224.html, consulté le 03/03/2021.
- https://www.anfh.fr/sites/default/files/fichiers/matthieu_sibe_isplay_0.pdf, consulté le 04/06/2021.
- <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante-les-conclusions>, consulté le 04/06/2021.

Glossaire

- ATIH : Agence technique pour l'information sur l'hospitalisation.
- ARE : Allocation de Retour à l'Emploi.
- CFA : Centre de Formation d'Apprentis.
- FPH : Fonction Publique Hospitalière.
- IRES : Institut de Recherches Economiques et Sociales.
- MBI : Maslach Burnout Inventory

Table des matières

Remerciements -----	
Abstract-----	
Introduction -----	1
1. Le constat -----	3
1.1. Le Service des Urgences -----	3
L'activité aux Urgences-----	4
L'effectif-----	4
1.2. La situation de départ-----	4
2. Cadre contextuel -----	7
2.1. Le turn-over : définitions et état des lieux-----	7
2.1.1. Démographie infirmière -----	7
2.1.2. Les jeunes diplômés : démographie et précarisation -----	8
2.1.3. Le turn-over : définitions-----	9
La mobilité -----	9
Le turn-over ou taux de rotation-----	9
2.1.4. Dans le milieu hospitalier -----	10
2.2. Les causes du turnover -----	13
2.2.1. La jeunesse abandonne-t-elle ?-----	14
2.3. Les conséquences du turnover -----	16
2.3.1. Une conséquence sur le déficit en compétences -----	16
2.3.2. Une conséquence sur la qualité des soins -----	17
2.3.3. Une conséquence économique-----	17
2.3.4. Une conséquence humaine-----	18
2.4. Les générations -----	19
2.4.1. Les baby-boomers -----	19

2.4.2.	La génération X	20
2.4.3.	La génération Y	21
2.4.4.	La génération Z	22
2.4.5.	Quelques exemples intergénérationnels	24
2.5.	Précarisation de l'emploi en France	25
2.5.1.	Définitions	25
2.5.2.	La précarité de l'emploi en général	26
2.5.3.	La précarité des jeunes	26
2.5.4.	Précarisation de l'emploi dans le monde de la santé	27
2.6.	Les conditions de travail du personnel soignant	29
3.	Les entretiens exploratoires	32
3.1.	La démarche exploratoire	32
3.1.1.	Le type d'échantillon	32
3.1.2.	Le type d'entretien	32
3.1.3.	Les conditions d'entretien	33
3.1.4.	Les limites de l'entretien	33
3.2.	Les modalités d'analyse	33
	La précarité des emplois	37
	Absence de parcours d'intégration	37
	Les formations	37
	L'équilibre personnel	38
4.	La problématique	39
5.	Le cadre théorique	40
5.1.	L'accueil	41
5.1.1.	Définitions	41
5.1.2.	Le pré-accueil	42
5.1.3.	Les accueillants	43

5.2.	L'accompagnement	44
5.2.1.	Définitions	44
5.2.2.	Les postures d'accompagnement	44
5.2.3.	Le processus d'accompagnement	47
5.3.	La formation	48
5.3.1.	Définitions	49
5.3.2.	Historique législatif de l'apprentissage	50
5.3.3.	Les différentes théories de l'apprentissage	51
	Le comportementalisme / behaviorisme	52
	Le cognitivisme	52
	Le constructivisme	53
	Le socio-constructivisme	53
	Un point sur...le connectivisme	54
5.4.	Vers un management humaniste	54
5.4.1.	Le management	55
5.4.2.	Les dix rôles du cadre selon MINTZBERG	57
	Les principes du management humaniste	61
6.	La méthodologie de recherche	63
6.1.	La population	63
6.2.	Le questionnaire	64
6.2.1.	Les caractéristiques de la population	64
6.2.2.	L'accompagnement par le cadre de santé	65
6.2.3.	L'intention de départ	66
6.3.	Les modalités de l'enquête	69
7.	Les résultats de la recherche	71
7.1.	Statistiques descriptives de la population	71
7.2.	Analyse de la fiabilité du questionnaire	75

7.2.1.	L'intention de départ-----	75
7.2.2.	Le manque de ressources-----	77
7.2.3.	Accomplissement personnel-----	77
7.2.4.	Accueil et accompagnement du cadre-----	78
7.2.5.	Accompagnement et formation-----	78
7.3.	Analyse des dimensions (variables)-----	79
7.3.1.	Les dimensions influençant l'accomplissement personnel-----	80
7.3.2.	Les dimensions influençant l'intention de départ-----	82
7.4.	Revenons à nos hypothèses-----	86
7.5.	Critiques de la recherche-----	87
7.6.	Perspectives-----	89
	Conclusion-----	92
	Bibliographie-----	94
	Glossaire-----	103
	Table des matières-----	104
	Table des illustrations-----	108
	Annexes-----	109

Table des illustrations

Figures

Figure 1 - Vue de l'accueil des urgences	3
Figure 2 - Répartition des départs infirmiers vs. Effectif restant (données internes).....	5
Figure 3 - Répartition des infirmiers hospitaliers par tranches d'âges – Région Hauts-de-France (source DREES).....	7
Figure 4 - Raisons principales de départ des soignants	13
Figure 5 - Point de vue général sur le travail, CEREQ "Génération 2013", interrogation 2016	16
Figure 6 - Evolution de l'emploi précaire en France - Source INSEE.....	26
Figure 7 - Evolution de la précarité selon l'âge - Source INSEE	27
Figure 8 - Part des titularisations dans les 2 ans.....	28
Figure 9 - Nébuleuse de l'accompagnement de M. PAUL	45
Figure 10 - Les 5 dimensions de l'accompagnement.....	46
Figure 11 - Les styles de management selon LIKERT.....	57
Figure 12 - Répartition des âges	72
Figure 13 - Répartition des âges / Sexe	72

Tableaux

Tableau 1 - Source enquête SUMER 2017.....	29
Tableau 2 - Source Dares-Drees-DGAFP-Insee, enquête conditions de travail et risques psychosociaux, 2016.....	30
Tableau 3 - Entretiens exploratoires	37

Les IDE des services d'urgences

Ce questionnaire est destiné aux infirmiers exerçant dans un service d'urgences depuis moins de 5 ans. Si tel est votre cas, je vous remercie de m'accorder 10 mn de votre temps afin d'y répondre.

***Obligatoire**

1. En quelle année êtes-vous né(e) ? *

2. Je suis ... *

Plusieurs réponses possibles.

- Un Homme
 Une Femme

3. En quelle année avez-vous été diplômé(e) ? *

4. Depuis combien d'années exercez-vous au sein d'un service d'urgences ? *

5. Depuis combien d'années travaillez vous dans le milieu hospitalier ?

6. Actuellement, quel est votre type de contrat (CDD court, CDD long, CDI, stagiaire, titulaire) ? *

Plusieurs réponses possibles.

- CDD de moins de 3 mois
 CDD de plus de 3 mois
 CDI
 Stagiaire
 Titulaire

7. Quel est le temps de trajet (en minutes) entre votre domicile et votre lieu de travail ? *

Pour la suite du questionnaire, merci d'indiquer votre opinion de 1 à 5 vis-à-vis des affirmations suivantes.

De 1 = Pas du tout d'accord à 5 = Tout à fait d'accord

8. J'ai été correctement accueilli(e) dans le service par le(la) cadre de santé : visite de service, livret d'accueil, fiche de poste (De 1 = Pas du tout d'accord à 5 = Tout à fait d'accord). *

Une seule réponse possible.

- 1
 2
 3
 4
 5

9. J'ai pu être doublé(e) par une infirmière confirmée pendant une période suffisante (De 1 = Pas du tout d'accord à 5 = Tout à fait d'accord). *

Une seule réponse possible.

- 1
 2
 3
 4
 5

10. Afin de me sentir en sécurité dans mon exercice, j'éprouve un besoin en formation (De 1 = Pas du tout d'accord à 5 = Tout à fait d'accord). *

Une seule réponse possible.

- 1
 2
 3
 4
 5

11. Le(la) cadre de santé a cherché à équilibrer mon planning entre vie professionnelle et personnelle (De 1 = Pas du tout d'accord à 5 = Tout à fait d'accord). *

Une seule réponse possible.

- 1
 2
 3
 4
 5

12. Un parrainage a été mis en place avec un(e) infirmier(e) confirmé(e) du service (De 1 = Pas du tout d'accord à 5 = Tout à fait d'accord). *

Une seule réponse possible.

- 1
 2
 3
 4
 5

13. Mon évolution dans le service s'est faite par étapes successives : box, IAO, déchocages... (De 1 = Pas du tout d'accord à 5 = Tout à fait d'accord). *

Une seule réponse possible.

- 1
 2
 3
 4
 5

14. Je me sens soutenu(e) par ma(mon) cadre de santé (De 1 = Pas du tout d'accord à 5 = Tout à fait d'accord). *

Une seule réponse possible.

- 1
 2
 3
 4
 5

15. Une ou plusieurs formations m'ont été proposées dans ma première année d'exercice (De 1 = Pas du tout d'accord à 5 = Tout à fait d'accord). *

Une seule réponse possible.

- 1
 2
 3
 4
 5

16. Je n'accroche pas complètement avec l'ambiance générale de travail au sein du service des urgences (De 1 = Pas du tout d'accord à 5 = Tout à fait d'accord). *

Une seule réponse possible.

- 1
 2
 3
 4
 5

17. Mon établissement de santé a parfois un mode de fonctionnement qui m'énerve (De 1 = Pas du tout d'accord à 5 = Tout à fait d'accord). *

Une seule réponse possible.

- 1
 2
 3
 4
 5

18. Mon établissement de santé n'est pas très attentif aux préoccupations de ses salariés (De 1 = Pas du tout d'accord à 5 = Tout à fait d'accord). *

Une seule réponse possible.

- 1
 2
 3
 4
 5

19. J'aurai malheureusement assez vite fait le tour de mon poste actuel (De 1 = Pas du tout d'accord à 5 = Tout à fait d'accord). *

Une seule réponse possible.

- 1
 2
 3
 4
 5

20. J'aimerais bien pouvoir utiliser plus mes compétences dans mon travail (De 1 = Pas du tout d'accord à 5 = Tout à fait d'accord). *

Une seule réponse possible.

- 1
 2
 3
 4
 5

21. Le matériel dont je dispose est insuffisant ou inadapté à la prise en charge des patients (De 1 = Pas du tout d'accord à 5 = Tout à fait d'accord). *

Une seule réponse possible.

- 1
 2
 3
 4
 5

22. Je manque d'informations claires pour mener à bien mon travail (De 1 = Pas du tout d'accord à 5 = Tout à fait d'accord). *

Une seule réponse possible.

- 1
 2
 3
 4
 5

23. J'éprouve de la difficulté à faire un travail de qualité (De 1 = Pas du tout d'accord à 5 = Tout à fait d'accord). *

Une seule réponse possible.

- 1
 2
 3
 4
 5

24. Je considère que mes compétences de professionnel de santé ne sont pas souvent exploitées (De 1 = Pas du tout d'accord à 5 = Tout à fait d'accord). *

Une seule réponse possible.

- 1
 2
 3
 4
 5

25. Je manque de soutien de l'encadrement en cas de problème (De 1 = Pas du tout d'accord à 5 = Tout à fait d'accord). *

Une seule réponse possible.

- 1
 2
 3
 4
 5

26. Il existe une forte agressivité au sein du service des urgences et cela me pèse (De 1 = Pas du tout d'accord à 5 = Tout à fait d'accord). *

Une seule réponse possible.

- 1
 2
 3
 4
 5

27. Je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent (De 1 = Pas du tout d'accord à 5 = Tout à fait d'accord). *

Une seule réponse possible.

- 1
 2
 3
 4
 5

28. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients (De 1 = Pas du tout d'accord à 5 = Tout à fait d'accord). *

Une seule réponse possible.

- 1
 2
 3
 4
 5

29. J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les patients (De 1 = Pas du tout d'accord à 5 = Tout à fait d'accord). *

Une seule réponse possible.

- 1
 2
 3
 4
 5

30. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail (De 1 = Pas du tout d'accord à 5 = Tout à fait d'accord). *

Une seule réponse possible.

- 1
 2
 3
 4
 5

31. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement (De 1 = Pas du tout d'accord à 5 = Tout à fait d'accord). *

Une seule réponse possible.

- 1
 2
 3
 4
 5

32. Je souhaite quitter mon emploi pour une meilleure rémunération (De 1 = Pas du tout d'accord à 5 = Tout à fait d'accord). *

Une seule réponse possible.

- 1
 2
 3
 4
 5

33. Le manque de perspective de carrière (titularisation) dans mon établissement de santé pourrait me pousser à partir (De 1 = Pas du tout d'accord à 5 = Tout à fait d'accord). *

Une seule réponse possible.

- 1
 2
 3
 4
 5

34. Si j'étais assuré de retrouver un emploi ailleurs immédiatement, je quitterais ma fonction (De 1 = Pas du tout d'accord à 5 = Tout à fait d'accord). *

Une seule réponse possible.

- 1
 2
 3
 4
 5

35. Les relations difficiles que j'entretiens avec mes collègues peuvent me pousser à quitter mon emploi (De 1 = Pas du tout d'accord à 5 = Tout à fait d'accord). *

Une seule réponse possible.

- 1
 2
 3
 4
 5

36. Je pense quitter l'établissement de santé qui m'emploie pour un autre qui me proposera un meilleur contrat de travail (De 1 = Pas du tout d'accord à 5 = Tout à fait d'accord). *

Une seule réponse possible.

- 1
 2
 3
 4
 5

Résumé

Contexte : Cette étude traite du turn-over des infirmiers dans les services d'urgences hospitalières.

Objectif : La recherche cherche à déterminer par quels moyens le cadre de santé peut favoriser l'intégration des infirmiers et diminuer le turn-over.

Méthodologie : La démarche est premièrement inductive à travers l'étude des faits et des statistiques traitant le sujet du turn-over. Elle s'oriente ensuite vers une démarche hypothético-déductive, basée sur deux hypothèses. Nous avons cherché à vérifier ces hypothèses à l'aide d'un questionnaire.

Résultats : Les résultats ont montré que l'accueil réalisé par le cadre et le management humaniste permettait de diminuer le turn-over. Nous avons pu partiellement démontrer que l'intégration été favorisée par l'accompagnement et un programme de formation.

Conclusion : Nous avons pu mettre en évidence l'existence de dispositifs permettant la fidélisation du personnel. Notre système de santé étant actuellement en pleine mutation, il faudrait attendre un peu pour juger des effets des nouvelles mesures sur le désir de départ des infirmiers. Nous pouvons néanmoins mettre en place une surveillance annuelle du turn-over afin de mesurer la bonne santé « humaniste » de nos centres de soins.

Mots clés : Turn-over, management humaniste, intégration, accompagnement, accueil, formation, cadre de santé.