

Faculté de santé publique

L'impact de l'accréditation des institutions hospitalières sur la rétention du personnel infirmier : une recherche exploratoire

Mémoire réalisé par
Matthieu Gévart

Promoteur(s)
Mathieu Louiset

Année académique 2018-2019
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

L'impact de l'accréditation des institutions hospitalières sur la rétention du personnel infirmier : une recherche exploratoire

Mémoire réalisé par
Matthieu Gévart

Promoteur(s)
Mathieu Louiset

Année académique 2018-2019
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Je voudrais, dans un premier temps, remercier mon promoteur Monsieur Mathieu Louiset, pour sa patience, sa disponibilité et surtout, ses conseils judicieux, qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

J'adresse mes sincères remerciements à tous les professeurs, intervenants et toutes les personnes qui par leurs paroles, leurs écrits, leurs conseils et leurs critiques ont guidé mes réflexions.

J'aimerais exprimer ma gratitude aux différentes directions de département infirmier, trop nombreux pour être cités, dont chacun des échanges m'a aidé à faire avancer mon analyse.

Je remercie mes proches qui ont toujours été là pour moi. Leur soutien inconditionnel et leurs encouragements ont été d'une grande aide.

Enfin, je remercie N. Vaccarello pour sa patience, son écoute et ses conseils avisés.

A tous ces intervenants, je présente mes remerciements, mon respect, ma gratitude.

Le Plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

Introduction	1
Cadre théorique.....	3
1. Le roulement du personnel infirmier dans le secteur hospitalier	3
1.1. Problématique	3
1.2. Déterminants.....	4
1.3. Conséquences.....	6
1.4. Situation en Belgique.....	7
1.5. Conclusion	8
2. L'accréditation des institutions hospitalières.....	8
2.1. L'accréditation	9
2.2. Déroulement du processus d'accréditation	9
2.3. Situation en Belgique.....	11
2.4. Impact sur le personnel infirmier	12
2.5. Conclusion	14
3. Rétention, fidélisation et attractivité de la profession infirmière en milieu hospitalier	14
3.1. Leadership	15
3.2. Accueil et intégration du nouveau collaborateur.....	17
3.3. Environnement de travail	19
3.4. Label <i>Magnet hospital</i>	21
3.5. Tableau comparatif entre l'accréditation Canada (ACI) et le label <i>Magnet</i> (ANCC)	23
3.6. Situation en Belgique.....	23
3.7. Conclusion	23
Méthodologie.....	25
1. Introduction	25
2. Objectifs de la recherche	25
3. Choix de la méthodologie.....	26
4. Choix de l'échantillon	26
4.1. Sélection des institutions	26
4.2. Sélection des répondants	27
4.3. Elaboration de l'échantillon	28
5. Récolte des données	28

6. Analyses des données.....	29
Résultats	31
1. Introduction	31
2. Le roulement du personnel infirmier	31
2.1. La situation de l'hôpital en termes de roulement.....	33
2.2. Les causes de roulement	33
2.3. Les conséquences du roulement.....	34
3. L'accréditation des institutions hospitalières.....	34
3.1. Le but de la démarche d'accréditation.....	37
3.2. Les changements amenés dans le travail quotidien des infirmiers.....	37
3.3. Les avantages pour le corps infirmier	38
3.4. La perception des infirmières.....	38
3.5. L'influence de l'accréditation sur la fidélisation du personnel infirmier.....	39
4. La rétention du personnel infirmier	39
4.1. Le leadership et management des cadres infirmiers	43
4.2. L'accueil et l'intégration du nouveau collaborateur	44
4.3. La communication et l'ouverture	45
4.4. L' <i>empowerment</i> de l'infirmier	45
4.5. La gouvernance partagée	46
4.6. Les compétences professionnelles.....	46
4.7. Le label <i>Magnet</i>	46
Discussion	47
1. Introduction	47
2. Le roulement du personnel infirmier	47
2.1. Les causes de roulement	47
2.2. Les conséquences de roulement.....	49
3. L'accréditation des institutions hospitalières.....	50
3.1. Le but de la démarche d'accréditation.....	50
3.2. La perception des infirmières	50
3.3. Les changements amenés dans le travail quotidien des infirmiers et leurs avantages	51
3.4. L'influence de l'accréditation sur la fidélisation du personnel infirmier selon la direction du département infirmier.....	52
4. La rétention du corps infirmier.....	53
4.1. Le leadership et le management des cadres infirmiers	53
4.2. L'accueil et l'intégration du nouveau collaborateur	55

4.3. La communication et l'ouverture	56
4.4. Le label <i>Magnet</i>	57
5. Limites de la recherche	59
Conclusion et perspectives	60
Bibliographie.....	62
Annexes	71
Annexe 1. Carte conceptuelle du cadre théorique	71
Annexe 2. Cycle triennal-Accréditation Canada	72
Annexe 3. Schéma conceptuel du leadership transformationnel et transactionnel	73
Annexe 4. Modèle conceptuel du développement et maintien du leadership infirmier	74
Annexe 5. Tableau comparatif entre l'accréditation Canada et le label <i>Magnet</i>	75
Annexe 6. Guide d'entretiens semi-dirigés pour la direction du département infirmier des hôpitaux accrédités de la Fédération Wallonie-Bruxelles.....	76
Annexe 7. Guide d'entretien pour l'Hôpital Universitaire d'Anvers (UZA)	78

Introduction

A l'heure actuelle, les institutions de soins sont en proie à des difficultés en termes de recrutement du personnel infirmier ainsi qu'au maintien en place de ce dernier. La Commission Européenne tire la sonnette d'alarme, indiquant qu'il s'agit d'une problématique urgente et imminente devant être traitée avec la plus grande attention par les différentes parties prenantes du secteur des soins de santé (Barriball et al., 2015). Cette problématique trouve son origine dans la pénurie d'infirmiers ainsi que dans le roulement du personnel (Stordeur & D'hoore, 2007). En effet, le personnel infirmier quittant son emploi ou sa profession, constitue un sujet de préoccupation dans tous les systèmes de soins de santé. Le roulement peut s'avérer onéreux pour les institutions hospitalières et impacte négativement le bien-être des infirmiers ainsi que la sécurité des patients (Dawson et al, 2014). Il est donc nécessaire, pour les gestionnaires de services de santé, de réduire ce roulement.

Les soins infirmiers constituent la plus grande composante des effectifs hospitaliers. Leur performance représente un gage de sécurité dans les soins et la satisfaction des patients. En Belgique, la situation mérite une attention particulière. Selon le rapport sur la performance du système de santé belge, le nombre moyen de patients par infirmier, dans les hôpitaux aigus, est l'un des plus élevés d'Europe (KCE, 2019). Un ratio infirmier par patient élevé peut engendrer des conséquences néfastes sur la sécurité des patients (Aiken et al., 2012, cité par KCE, 2019).

Afin de répondre à la problématique de pénurie et de roulement, l'Organisation mondiale de la Santé (2015) recommande que les organisations de soins s'impliquent dans la fidélisation des infirmiers. En effet, augmenter le taux de rétention du corps infirmier permettrait d'améliorer la sécurité des patients (Chen et al., 2014).

Ayant été praticien de l'art infirmier, j'ai été conscientisé aux difficultés que l'on peut rencontrer sur le terrain. Je porte donc un intérêt particulier à la problématique. Par conséquent, je souhaite apporter ma contribution afin d'améliorer le bien-être des infirmiers au travail et optimiser la performance organisationnelle. Par ailleurs, je désire m'investir dans la recherche de stratégies de rétention efficaces mais aussi innovantes.

En parallèle à cette situation critique, les institutions hospitalières s'inscrivent dans une démarche d'amélioration continue, afin d'améliorer la sécurité des patients. Dans cette optique, les organisations de santé de nombreux pays se tournent vers l'accréditation. Cette dernière pourrait également avoir une incidence sur la satisfaction au travail du personnel

infirmier. Les organismes accréditeurs avancent que l'accréditation contribue à améliorer la communication et la collaboration interdisciplinaire au sein de l'institution (Nicklin, 2015).

En Fédération Wallonie-Bruxelles, l'accréditation des institutions hospitalières est devenue une priorité, sous l'impulsion de plusieurs initiatives comme le "plan qualité des soins", initié par le gouvernement Wallon et des organismes tels que la Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients (PAQS).

Dès lors, nous nous sommes posé la question suivante : "Quel est l'impact de l'accréditation des institutions hospitalières sur la rétention du personnel infirmier?". De plus, nous essayerons de mettre en lumière des pistes d'amélioration en vue de les proposer aux gestionnaires des hôpitaux. Ces pistes auront pour but d'optimiser la fidélisation de leur personnel infirmier.

Dans un premier temps, nous procéderons à une recherche approfondie de la littérature scientifique, afin de mettre en lumière la problématique de roulement du personnel infirmier dans les institutions hospitalières. Ensuite, nous nous attarderons sur les différents bénéfices que présente l'accréditation. Pour conclure cette première partie, nous nous pencherons avec une attention particulière, sur les facteurs ayant une influence sur la rétention du corps infirmier dans les hôpitaux ainsi que sur les différentes stratégies d'amélioration.

En second lieu, nous procéderons à une enquête auprès de la direction du département infirmier des hôpitaux accrédités. Cette enquête, menée par le biais d'un entretien semi-directif, aura pour but de leur soumettre les conclusions résultantes de la revue de littérature. Ensuite, nous mettrons en lumière à partir des résultats de l'enquête et des recherches scientifiques, l'influence de l'accréditation sur la rétention du personnel infirmier. Pour finir, nous émettrons des recommandations en vue d'optimiser le maintien en poste des infirmiers au sein du secteur hospitalier.

Cadre théorique

Au cours de cette partie théorique, nous aborderons tout d'abord la problématique de roulement du personnel infirmier dans les hôpitaux en tant que telle. Pour ce faire, nous explorerons les différentes causes ainsi que les conséquences découlant de cette situation critique. Ensuite, nous mettrons en évidence l'apport de l'accréditation dans le travail quotidien infirmier. Pour finir, différentes stratégies de rétention seront étudiées afin de pouvoir proposer, au terme de cette recherche, des pistes d'amélioration pour les gestionnaires d'hôpitaux.

Afin d'avoir une vision de l'ensemble de notre cadre théorique, une carte conceptuelle est disponible en annexe (1).

1. Le roulement du personnel infirmier dans le secteur hospitalier

Il existe un bon nombre de définitions sur le roulement du personnel infirmier mais la plus fréquemment utilisée dans la littérature scientifique est la suivante: "le processus par lequel l'infirmière quitte l'institution hospitalière ou est mutée dans un autre service au sein même de l'hôpital" (O'Brien-Pallas et al., 2006, cité par Kovner et al., 2014, p. 65).

Le roulement peut être décrit comme volontaire ou involontaire, évitable ou inévitable.

Il peut être interne, c'est-à-dire quitter son poste pour un autre poste infirmier ou non infirmier au sein de la même institution de santé. Il peut être aussi externe, c'est-à-dire partir pour un autre emploi infirmier ou non infirmier dans une organisation de santé différente ou tout simplement quitter la profession (Halter et al., 2017a).

Deux types de roulement peuvent être observés: "la rotation fonctionnelle, qui se produit lorsque des employés peu performants partent et la rotation dysfonctionnelle qui se produit lorsque des employés performants quittent l'institution" (Eberly et al., 2009, cité par Kovner et al., 2014, p. 65).

1.1. Problématique

Le roulement infirmier constitue un sujet de préoccupation dans tous les systèmes de soins de santé (Dawson et al., 2014). Les nombreuses recherches sur le roulement du personnel

infirmier sont révélatrices de l'inquiétude persistante suscitée par l'instabilité du personnel des organisations de santé (Hayes et al., 2012).

L'Organisation mondiale de la Santé (2015) rapporte que “les faibles taux de rétention des professionnels de la santé, y compris des infirmières qualifiées, nuisent à la prestation des systèmes de soins de santé et à la santé de la population.”

Réduire les taux de roulement est une priorité importante pour les gestionnaires de services de santé, pour plusieurs raisons. D'une part, ce roulement se révèle onéreux pour les institutions de santé (Dawson et al., 2014; Kovner et al., 2014; Li et Jones, 2013). D'autre part, il affecte les rôles, le moral et les niveaux de stress des collaborateurs restants, ce qui impacte significativement la productivité de ces derniers (Dawson et al., 2014).

Afin de mieux saisir l'ampleur de la problématique, il est important de pouvoir identifier les déterminants de roulement du personnel infirmier ainsi que ses conséquences.

1.2. Déterminants

Une méta-analyse de Halter et al (2017a) démontre qu'il existe de grandes lacunes dans la littérature sur les déterminants du roulement du personnel infirmier malgré la multitude de recherches portant sur ce dernier. Nous y retrouvons un certain nombre de mesures comme l'intention de partir, le roulement, l'intention de rester et la rétention. Cependant, un bon nombre d'études ne fait pas de différence entre ces concepts. La plupart des études utilise l'intention de partir comme mesure plutôt que l'action de partir en elle-même, c'est-à-dire le roulement. Par conséquent, il est difficile d'établir comment les intentions comportementales se développent mais aussi d'identifier le lien entre l'intention de quitter un emploi et l'intention de partir.

Malgré cela, nous pouvons tout de même relever quatre types de déterminants (Halter et al, 2017a):

- déterminants individuels,
- déterminants liés à l'emploi,
- déterminants interpersonnels,
- déterminants organisationnels.

Déterminants individuels:

Les déterminants individuels sont répartis en deux catégories: les expériences psychologiques et les caractéristiques sociodémographiques.

En ce qui concerne les expériences psychologiques, le stress et l'épuisement professionnel sont considérés comme des expériences négatives susceptibles d'influencer la décision de partir (Coomber et Barriball, 2007). De fait, l'épuisement professionnel ainsi que l'épuisement émotionnel favorisent l'intention d'un départ de l'institution de soins, voire plus généralement de la profession (Chan et al., 2013; Flinkman et al., 2010; Toh et al., 2012).

Au travers d'un certain nombre d'études, l'insatisfaction au travail s'est révélée être un déterminant de l'intention de partir et la satisfaction au travail comme un déterminant de l'intention de rester (Chan et al., 2013; Coomber et Barriball, 2007; Toh et al., 2012).

Au sujet des caractéristiques sociodémographiques, les résultats sont fort contrastés, en particulier pour l'âge, ce qui est dû aux nombreuses variables qui rentrent en compte comme le type de poste ou le nombre d'années d'expérience. On constate également que les infirmières célibataires et les infirmières plus instruites sont plus susceptibles de quitter l'hôpital (Chan et al., 2013).

Déterminants liés à l'emploi:

La méta-analyse de Halter et al (2017a) souligne une série de déterminants favorisant l'intention de partir et le roulement: une charge de travail élevée, un contenu de travail exigeant, une variation dans les tâches ainsi qu'une ambiguïté des rôles.

Les types d'horaire, tels que le travail en soirée et de nuit, sont liés à l'intention de partir, ce qui engendre une rotation dans le but de réduire le stress au travail (Chan et al., 2013). On retrouve aussi les opportunités de promotion comme déterminants liés à l'emploi. En effet, l'intention de quitter augmente quand les possibilités de développement professionnel des infirmières sont réduites (Chan et al., 2013; Flinkman et al., 2010).

Déterminants interpersonnels:

D'après les revues de Coomber et Barriball (2007) et de Cowden et al (2011), l'appui des cadres a une influence positive sur l'intention de rester. De plus, l'impact positif des éloges, de la reconnaissance et de la confiance provenant des gestionnaires sont significativement corrélés à l'intention de rester (Cowden et al., 2011).

Dans une étude qualitative de Chan et al (2013), il a été démontré qu'une mauvaise gestion du personnel, des processus ou encore de systèmes de travail est liée de façon positive à l'intention de partir.

Pour ce qui est des types de leadership, les études ont révélé que le style de gestion transformationnelle, principalement participatif, augmente l'intention de rester. Au contraire, il a été constaté que le style de leadership transactionnel, selon lequel les managers agissent

seulement dans le cadre de dérogations liées au budget, augmente les taux de roulement. Le leadership autocratique a été corrélé de façon négative avec l'intention de rester (Cowden et al., 2011).

Selon la revue de Cowden et al (2011), l'*empowerment* et la prise de décision partagée ont une influence positive et significative sur l'intention de rester.

De même que pour la cohésion du groupe, l'importance du soutien social ainsi qu'une bonne communication avec les cadres ont une incidence positive sur l'intention de rester des infirmières, en particulier dans un hôpital. Par contre, le travail d'équipe de faible qualité est associé à une intention de quitter (Chan et al., 2013).

Cependant les auteurs des revues ont apporté certaines limites au sujet de la qualité de l'évaluation des preuves, telles qu'une généralisation des résultats émise par des études hétérogènes ainsi que des biais de synthèse (Coomber et Barriball, 2007; Cowden et al., 2011).

Déterminants organisationnels:

L'influence de la pénurie du personnel sur l'intention de partir a été mentionnée dans une étude qualitative (Chan et al., 2013). Dans cette même étude, les infirmières insatisfaites de leur rémunération étaient plus susceptibles de partir. Certaines recherches ont montré que l'équité et l'égalité de la rémunération étaient importantes pour le personnel infirmier dans le maintien de son poste (Halter et al., 2017a).

Pour conclure, Halter et al (2017a) constatent que les déterminants du roulement les plus soutenus dans la littérature étudiée se situent principalement au niveau individuel: le stress, l'épuisement professionnel et l'insatisfaction au travail. Le soutien du leadership supérieur est par contre le déterminant le plus largement pris en compte pour la rétention.

1.3. Conséquences

On observe, au travers de la méta-analyse de Halter et al (2017a), que la littérature scientifique sur les conséquences des déterminants est rare.

Malgré un manque de preuves significatives, certaines conséquences du roulement du personnel infirmier méritent tout de même d'être signalées. Selon la revue de Dawson et al (2014), le roulement du ce dernier aurait un impact sur la sécurité des patients et celui-ci serait associé à une probabilité accrue d'erreur médicale et à une diminution de la satisfaction des

patients. En effet, un certain nombre de revues scientifiques soulignent que les patients font face à une souffrance physique et émotionnelle plus élevée dans les milieux de soins de santé où le roulement du personnel infirmier est important (Hayes et al., 2012). D'un point de vue financier, la rotation du personnel infirmier serait coûteuse pour les organisations de santé mais les auteurs des revues recommandent des études plus approfondies afin d'analyser de façon plus précise les coûts de roulement (Dawson et al., 2014; Duffield et al., 2014; Li et Jones, 2013). Selon Duffield et al (2014), une part importante des coûts du roulement est attribuée au remplacement temporaire des effectifs.

1.4. Situation en Belgique

Une recherche scientifique baptisée *NEXT* (Nurses Early Exit Study) soutenue et financée par l'Union européenne, a permis de mettre en évidence les raisons des départs prématurés des infirmières de leur emploi et, de manière plus générale, de leur profession. Cette étude a été réalisée au sein de dix pays de l'Union européenne (Allemagne, Belgique, Finlande, France, Italie, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Royaume-Uni, Slovaquie). On constate qu'en Belgique, tous secteurs confondus (hôpitaux, maisons de repos, centres de soins à domicile), 9,3% des infirmières participantes à l'étude ont fréquemment (plusieurs fois par mois à tous les jours) songé à quitter leur profession. Le taux de roulement dans les institutions hospitalières dites conventionnelles variait entre 7,2% à 13,1% (Stordeur et D'Hoore, 2007).

Les facteurs les plus fréquemment exprimés quant à l'intention de partir étaient: le manque de reconnaissance et de considération du leadership supérieur, des opportunités inadéquates de développement professionnel, une réorganisation du à un roulement élevé, une dotation infirmière insuffisante, une culture du rendement qui supprime une culture de qualité, une charge de travail trop importante, une insatisfaction à l'égard du salaire et des horaires ainsi que la dépression et l'épuisement (Stordeur et D'Hoore, 2005).

Dans le cadre du septième programme-cadre de recherche et développement (PCRD), l'Union européenne a soutenu une autre recherche (2009-2011) intitulée: *Registered Nurse Forecasting* (RN4CAST) qui se trouve être une étude prévisionnelle des besoins en soins infirmiers en Europe, en ce y compris la Belgique. On remarque que 29% des infirmières belges ont l'intention de quitter leur hôpital dans l'année qui suit, 25% ont montré des signes d'épuisement professionnel et 22% sont insatisfaites de leur travail (Bruyneel et al., 2017).

Une étude plus récente (Vandenbroeck et al., 2017) sur le burnout des médecins et infirmiers belges dans le secteur hospitalier, a démontré que l'épuisement émotionnel était associé de façon positive à une intention de partir du personnel soignant. L'étude rapporte que près de 30% des infirmières interrogées présentaient un épuisement émotionnel.

1.5. Conclusion

Malgré la pléthore d'études, Halter et al (2017a) conclut qu'il existe des lacunes dans les études relatives au roulement du personnel infirmier. Par conséquent, cela limite les conclusions que l'on peut tirer sur le sujet. Cependant, il existe un ensemble de données probantes qui permettent de nous faire une idée sur les conséquences économiques et humaines, ainsi que sur les multiples déterminants du roulement du personnel infirmier: le niveau de stress, les facteurs d'insatisfaction, le style de gestion et le soutien de la hiérarchie. Kovner et al (2014) recommandent une définition standard du roulement, qui aiderait beaucoup à identifier les raisons du roulement du personnel infirmier et à déterminer si les gestionnaires devraient s'inquiéter du taux de roulement au sein de leur institution. En effet, celui-ci peut être considéré comme un indicateur de qualité du milieu de travail d'un organisme de santé.

Des recherches approfondies et de qualité sont nécessaires afin d'émettre des preuves probantes de l'impact de la rotation du personnel infirmier sur les patients et les budgets financiers des organismes de santé. Cela permettrait une meilleure compréhension des interventions nécessaires à mettre en place en vue de maintenir la rétention du personnel infirmier au sein des institutions de santé (Halter et al., 2017a; Hayes et al., 2012).

2. L'accréditation des institutions hospitalières

Au sein des organismes de santé, la sécurité des patients et la qualité des soins sont en train de devenir les facteurs déterminants dans la politique des soins de santé.

En réponse aux différentes préoccupations que sont les coûts, les normes réglementaires et la sécurité des soins, les gestionnaires des institutions hospitalières recherchent des procédés efficaces afin d'améliorer les différents services dont le patient peut bénéficier. L'accréditation des institutions de santé est un outil mis à disposition, permettant de renforcer la sécurité des patients et la qualité des soins (Brubakk et al., 2015; Devkaran et O'Farrell, 2015).

2.1. L'accréditation

De manière générale, l'accréditation est “un système d'amélioration organisationnelle centré sur un organisme accréditeur qui évalue les performances par rapport à des normes prédéterminées, généralement via divers dispositifs” (Braithwaite et al., 2011).

À l'échelle internationale, l'accréditation est conçue pour améliorer les organisations en élaborant de nouvelles normes par le biais de recherches et de conseils d'experts. Des critères et des indicateurs de performance sont définis et ensuite appliqués aux processus de l'organisation (Braithwaite et al., 2011).

En 1951, l'*American College of Internal Medicine*, l'*American Hospital Association*, l'*American Medical Association* et l'Association médicale du Canada se joignent à l'*American College of Surgeons* pour créer la Commission mixte sur l'accréditation des hôpitaux. Depuis, de nombreuses organisations indépendantes ont vu le jour, dont certaines font référence dans le secteur hospitalier tels que la *Joint Commission International* (JCI), l'*Accreditation Canada* (AC) ou encore l'*Australian Council on Healthcare Standards International* (ACHSI). Les différentes organisations de santé reconnaissent le potentiel de l'accréditation pour améliorer les performances organisationnelles, la qualité des soins et les normes de sécurité ainsi que la satisfaction du consommateur (Braithwaite et al., 2011; PAQS, 2016).

Selon la revue de littérature de Nicklin (2015), l'accréditation des institutions de santé est “un processus d'évaluation de renommée internationale utilisé pour évaluer et améliorer la qualité, l'efficience et l'efficacité des institutions de soins de santé. Elle est fondée sur le principe que le respect des normes fondées sur des preuves produira des services de santé de meilleure qualité, dans un environnement de plus en plus sûr. C'est également un moyen de reconnaître publiquement qu'une organisation de soins de santé répond aux normes de qualité nationale”.

2.2. Déroulement du processus d'accréditation

Braithwaite et al (2011) exposent un modèle générique d'accréditation qui illustre de façon générale le processus d'accréditation. Celui-ci comprend l'élaboration des normes par l'organisme accréditeur et la mise en place de programmes cycliques ou périodiques d'évaluations des pratiques organisationnelles et cliniques.

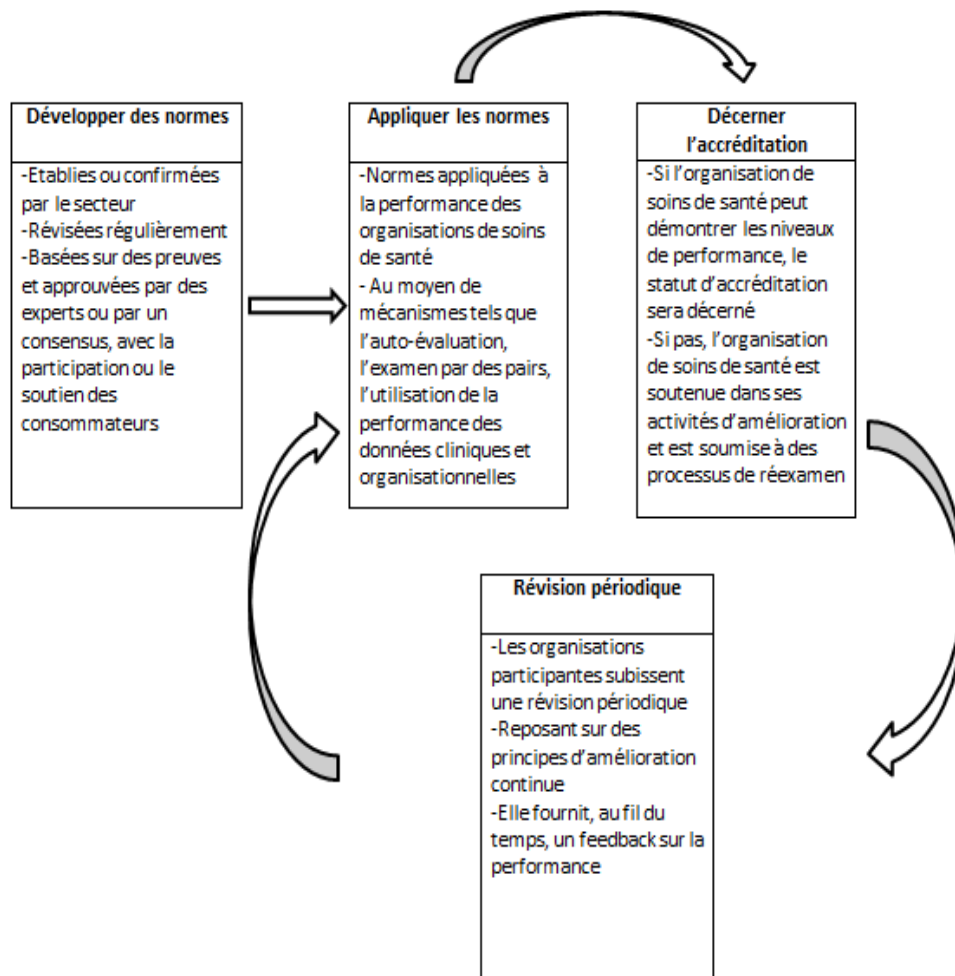


Figure 1: Modèle d'accréditation générique (Traduction libre sur base du modèle de Braithwaite et al, 2011)

Il existe différents organismes en charge d'accréditer les institutions de santé. Le programme Accreditation Canada, par exemple, comporte quatre phases bien distinctes (annexe 2).

Premièrement, à l'aide de questionnaires et d'une visite d'évaluation initiale de l'hôpital, l'organisme accréditeur va émettre un rapport sur l'état de préparation de la procédure d'accréditation.

Deuxièmement, sur base d'un questionnaire fourni par l'organisme, une auto-évaluation sera réalisée dans l'ensemble de l'institution. Cela permettra à cette dernière de mesurer ses lacunes ainsi que ses points forts et d'établir une feuille de route.

Troisièmement, une équipe d'expert-visiteurs se rendent sur place afin d'évaluer les pratiques cliniques et organisationnelles. L'évaluation de cette visite fera l'objet d'un rapport et fournira des recommandations basées sur les meilleures pratiques en matière de santé.

Pour finir, l'organisme accréditeur transmettra un rapport détaillé qui établira la décision ainsi que le niveau d'accréditation. L'attribution de l'accréditation aura une durée de 3 ans, au terme de laquelle une nouvelle visite sera effectuée (ACI, 2013; Nicklin, 2015; PAQS, 2016).

2.3. Situation en Belgique

En Belgique, l'amélioration de la qualité au sein des hôpitaux a été, au fil du temps, encouragée sous l'impulsion de nombreuses initiatives. Mais ce n'est que récemment que les premiers hôpitaux accrédités ont vu le jour sur notre territoire.

En Flandre, le décret du 17 octobre 2003, relatif à la qualité des prestations de santé et de protection sociale, vise à promouvoir la qualité des soins dans les différents secteurs de la santé en encourageant les établissements à surveiller et à améliorer en permanence cette qualité (Zorg en Gezondheid, 2018). Cette initiative est à l'origine de l'apparition des premiers hôpitaux accrédités en Belgique. En 2017, la Flandre comptait un total de 28 hôpitaux accrédités sur 54 hôpitaux généraux et universitaires, les 26 autres hôpitaux étant en cours de procédure d'accréditation. Les principaux organismes accréditeurs sont la *Joint Commission International* (JCI) et le *Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg* (NIAZ) (Vlaams Parlement, 2017).

En ce qui concerne la Wallonie et Bruxelles, certaines initiatives ont permis de promouvoir le processus d'accréditation au sein des institutions hospitalières. A travers la mesure 14 du plan Marshall horizon 2022, le Gouvernement wallon et la Fédération Wallonie-Bruxelles a pour objectif de stimuler l'innovation et d'optimiser la gestion des soins de santé; "Afin de soutenir l'innovation et la qualité dans les hôpitaux, acteurs de premier plan et importants pourvoyeurs d'emplois, notamment au travers d'une démarche d'accréditation, le Gouvernement a récemment adopté le plan wallon pour la qualité des soins hospitaliers qui vise l'amélioration de la qualité des soins par une approche multifacette." (SPW Économie, 2013, p. 6).

En 2013, le Gouvernement wallon adopte le « Plan wallon pour la qualité des soins hospitaliers » qui se définit en six axes : "Axe 1 : Réfléchir sur l'évolution des normes et préparer la mise en oeuvre de nouvelles normes. Axe 2 : Produire des indicateurs. Axe 3 : Préparer et accompagner le déploiement du processus d'accréditation. Axe 4 : Mettre en cohérence organisation de l'inspection, normes, indicateurs et accréditation. Axe 5 : Initier un benchmarking entre établissement de soins. Axe 6 : Mener une réflexion sur la diffusion publique de données relatives à l'inspection, la performance et les résultats." (Parlement de Wallonie, 2015, para. 9).

Il est également important de souligner l'impact de différentes associations dans la promotion de la qualité et de la sécurité au sein des institutions de santé en Fédération Wallonie-Bruxelles. Pour exemple, la Plateforme pour l'Amélioration de la Qualité des soins et de la Sécurité du patient (PAQS) fut lancée, en 2013, afin de soutenir le secteur des soins de santé en matière de qualité et de sécurité.

Enfin, au niveau fédéral, le SPF Santé publique lançait un premier programme pluriannuel (2007-2012) qui était composé de trois piliers; "Pilier 1 : Développer et mettre en œuvre un système de gestion de la sécurité (SGS). Pilier 2 : Analyser et (re) développer un processus : informations sur les soins transmuraux. Pilier 3: Collecter les indicateurs multidimensionnels en matière de qualité et de sécurité des patients" (Health Belgium, 2016a, para. 2).

Ensuite un second programme débutait en 2013 dans la continuité du premier et se terminait en 2017. Celui-ci encourageait les hôpitaux à mettre en place des actions d'amélioration dans des domaines bien définis. Les hôpitaux qui souhaitaient adhérer à ce plan devaient réaliser une série d'objectifs stratégiques. (Health Belgium, 2016b)

Plus récemment, le programme *Pay for Performance* (P4P) (2018) a été introduit dans le cadre de la réforme du financement des hôpitaux. Le fonctionnement de ce programme repose sur le principe de rémunérer les soins en fonction de leur qualité. Celle-ci est évaluée au moyen d'indicateurs de structure, de processus et/ou de résultat. Cette initiative a pour but d'améliorer la qualité des soins dans les institutions hospitalières. Par exemple, le fait d'intégrer l'accréditation dans les indicateurs P4P récompense les hôpitaux qui ont déjà obtenu une accréditation et stimule ceux qui sont la phase préparatoire (Health Belgium, 2018).

2.4. Impact sur le personnel infirmier

L'évaluation de l'impact de l'accréditation des institutions hospitalières sur les soins de santé a fait l'objet de nombreuses revues scientifiques, avec des conclusions très variables (Brubakk et al., 2015). Les normes issues des programmes d'accréditation sont considérées comme un moyen important d'améliorer la pratique clinique et la performance organisationnelle au sein des organisations de santé (Greenfield et al., 2012).

Le personnel infirmier constitue la plus grande composante des effectifs hospitaliers. Les actions de ce dernier étant directes et permanentes auprès du patient, celui-ci est essentiel à l'élaboration d'un programme de qualité dans les hôpitaux (Manzo et al., 2012a). Il est donc

nécessaire de mettre en évidence l'influence des normes de sécurité et de qualité sur le personnel infirmier.

Une revue systématique de Greenfield et Braithwaite (2008) met en avant l'incohérence des résultats concernant l'attitude des professionnels de la santé envers l'accréditation.

En effet, dans certaines études, l'accréditation se traduit par une meilleure performance organisationnelle et permet une prise de décision collégiale. Tandis que dans d'autres études, le programme, essentiellement bureaucratique, prend beaucoup de temps à l'organisation et celui-ci est perçu comme ajoutant peu de valeur aux soins du patient. Par contre, les infirmières gestionnaires se montraient très positives et motivées à participer à un processus d'accréditation en raison de leurs responsabilités organisationnelles.

L'étude de Manzo et al (2012a) expose aussi ce même constat: certains professionnels de la santé accueillent le processus de manière positive, et d'autres l'abordent de façon négative. L'accréditation peut être source de fierté et de satisfaction en lien aux responsabilités. L'apprentissage et le perfectionnement des connaissances apportent un sentiment d'autoréalisation et de sécurité. Cependant, l'accréditation peut également être vécue comme source de stress, où l'on retrouve des infirmières dans un environnement imprégné de surcharge, de pression, de manque de valorisation et de reconnaissance.

Manzo et al (2012b) avancent que cette situation est inhérente à tout système qui utilise un processus continu d'évaluation et d'amélioration. Elle peut être atténuée par un renforcement des stratégies visant à valoriser les infirmières impliquées dans ce processus. Il est impossible de réaliser des améliorations sans en augmenter la responsabilité. En effet, les points négatifs présentés découlent peut-être de la nouveauté elle-même, qui crée un sentiment d'insécurité et de résistance immédiate mais momentanée.

La revue de littérature de Nicklin (2015) met en évidence les avantages de l'accréditation pour le personnel soignant. Il apparaît que cette dernière contribue à améliorer la communication au sein de l'institution ainsi que la collaboration interdisciplinaire. Elle permet aussi au personnel soignant de se perfectionner et d'apprendre, ce qui tend à développer le sentiment d'autoréalisation et de sécurité. Il en ressort aussi que l'accréditation contribue à accroître la satisfaction professionnelle du personnel infirmier et d'autres professionnels de la santé.

Cette amélioration de la communication dans les équipes pluridisciplinaires a aussi été constatée dans une étude qualitative de Rajan et al (2015). On y trouve également que les

infirmières, participant un programme d'accréditation, gagnent en autonomie et en clarté dans leurs tâches quotidiennes.

2.5. Conclusion

Tout d'abord, il est important d'insister sur le fait que le personnel infirmier joue un rôle clé dans l'accréditation. En effet, il possède des compétences et des aptitudes essentielles au succès de l'accréditation dans les organisations hospitalières (Manzo et al., 2012b).

A travers différentes études, il apparaît que l'accréditation des hôpitaux a un certain impact sur le personnel infirmier. On y retrouve d'ailleurs des constats significatifs tels que l'instauration d'un travail d'équipe basé sur la communication et sur la collaboration interdisciplinaire: le sentiment de fierté, d'autoréalisation et de sécurité ou encore la performance organisationnelle.

Des études supplémentaires pourraient être réalisées afin de déterminer de manière empirique l'impact de l'accréditation sur le personnel soignant, par exemple au travers de données sur le taux de roulement du personnel (Mumford et al., 2013).

3. Rétention, fidélisation et attractivité de la profession infirmière en milieu hospitalier

A l'heure actuelle, on constate que les gestionnaires des départements infirmiers et des ressources humaines ont comme principal objectif de mettre en place des stratégies efficaces afin de réduire le roulement du personnel infirmier et par conséquent augmenter la rétention de ce dernier (Halter et al., 2017b; Merk et Rahmel, 2016). La rétention du personnel infirmier est définie comme "la durée de séjour pendant laquelle les infirmières demeurent dans leur emploi actuel" (Ellenbecker, 2004, p. 304).

Il est donc important de conserver les infirmières au sein des institutions de santé dans le but de maintenir un effectif et un niveau de leadership constant (Gordon et al., 2014). Pour ce faire, il est nécessaire de fidéliser le personnel infirmier, c'est-à-dire de mettre en place "un ensemble de mesures permettant de réduire les départs volontaires des salariés" (Peretti, 2001, cité par Giraud et al., 2012, p. 45). Selon Peretti (2000, cité par Boivin et al., 2009, p.39), un employé dit fidèle se caractérise comme étant "celui qui présente une ancienneté significative dans l'entreprise, une faible propension à rechercher et examiner les offres d'emploi externes et d'une façon générale possédant un sentiment d'appartenance fort à l'égard de son

institution.” La fidélisation du personnel infirmier se construit autour d’un ensemble d’interventions spécifiques permettant une certaine attractivité de l’organisation de santé. Cette attractivité se définit comme “les avantages envisagés qu’un employé potentiel voit dans le fait de travailler pour une organisation spécifique” (Berthon et al., 2005, cité par Merk et Rahmel, 2016, p. 2). Cette notion d’attractivité devient de plus en plus importante pour les futurs employés dans leurs prises de décisions concernant leur futur lieu de travail (Merk et Rahmel, 2016).

3.1. Leadership

La notion de leadership dans le secteur de la santé est largement étudiée dans la littérature scientifique. En effet, suite aux modifications du secteur de santé subies au cours des dernières décennies (les progrès techniques, un financement strict, la fusion des hôpitaux, la pénurie du personnel soignant,..), il a été recommandé de mettre en place des styles de leadership efficaces pour subvenir aux besoins, en termes de management, des services de santé (Sfantou et al., 2017). Globalement, le leadership se définit comme “un phénomène complexe qui touche de nombreux autres processus organisationnels, sociaux et personnels importants. Cela dépend d’un processus d’influence, qui pousse les gens à travailler pour atteindre les objectifs du groupe, non pas par la contrainte, mais par une motivation personnelle” (Bolden, 2004, p. 5).

Le leadership a une importance capitale au sein d’un groupe qui travaille pour un même but. Le leader “doit être capable de diriger les actions d’autres employés; il exerce une influence. Grâce à ses facultés de vision de perception, il est considéré comme un guide que l’on souhaite suivre” (Stordeur et D’Hoore, 2009, p. 19). Il est important de signaler qu’un leader n’est pas obligatoirement un gestionnaire et que celui-ci n’est pas automatiquement un leader. Le gestionnaire a pour “rôle officiel de diriger et de guider le travail que d’autres employés accomplissent” (Stordeur et D’Hoore, 2009, p. 19). Parmi les gestionnaires d’une institution hospitalière, on retrouve les cadres infirmiers (infirmiers en chef, infirmiers chef de services, cadres infirmiers de département,..) qui sont responsables d’une ou plusieurs unités de soins, voire d’un département. Ces derniers se réfèrent aux cadres supérieurs (administrateurs, directeurs, responsables des opérations,..) qui eux assument des responsabilités organisationnelles plus générales (Gifford et al., 2018).

On retrouve, dans la littérature scientifique, différents styles de leadership possédant un impact variable en fonction de leur utilisation dans la pratique des soins de santé (Sfantou et al., 2017). En effet, Cope et Murray (2017) affirment que le style de leadership dont fait preuve l'infirmier en chef influence le rendement des infirmières. Il existe deux grandes classes de leadership. On retrouve, d'une part, le leadership relationnel qui se concentre sur les personnes et les relations, tels que le leadership transformationnel, l'intelligence émotionnelle, le leadership résonnant et participatif. On identifie, d'autre part, le leadership axé sur les tâches qui se focalise sur les directives, la finition et les délais du travail, tels que le leadership transactionnel, autocratique et laissez-faire.

Le leadership transformationnel occupe une place importante dans le milieu infirmier. Il encourage le changement, facilite l'apprentissage collectif et reconnaît les efforts, alors que le leadership transactionnel tend à clarifier les rôles, à planifier le travail de manière efficace et à surveiller ce dernier. Le management infirmier utilisant le leadership transformationnel fait preuve d'optimisme et d'empathie dans les moments critiques en s'adaptant aux besoins personnels, ce qui tend à développer une certaine confiance auprès des infirmières. Ces leaders sont source d'inspiration et favorisent le développement personnel en instillant la motivation. Ils promeuvent et véhiculent des valeurs fondamentales au sein des équipes infirmières (Gifford et al., 2018; Cope et Murray, 2017; Cummings et al., 2010).

Cependant, afin d'assurer un leadership efficace, il est suggéré d'associer au leadership transformationnel certains aspects du leadership transactionnel (Gifford et al., 2018).

Par ailleurs, Stordeur et D'Hoore (2009) propose un schéma conceptuel de ces deux types de leadership. Celui-ci est accessible en annexe (3).

Selon Cummings et al (2010), les organisations de soins de santé doivent investir dans le développement du leadership afin de former leurs infirmières ayant des responsabilités managériales. Les programmes de développement du leadership ont une influence significative sur le comportement des gestionnaires: on constate une augmentation des aptitudes et des compétences en leadership. Il a été rapporté que les infirmières gestionnaires répondant aux besoins individuels de leur personnel sont plus susceptibles de le conserver. Le soutien, la valorisation et la reconnaissance du travail accompli par les cadres tend à conserver le personnel infirmier au sein de l'institution. En termes de gestion, les infirmières participant à la prise de décisions sont plus susceptibles de rester et de s'investir dans l'organisation. Les cadres infirmiers ayant un leadership axé sur les relations ont également fait preuve d'une

grande collaboration interdisciplinaire et d'un travail d'équipe efficace (Cowden et al., 2011; Cummings et al., 2010).

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario a développé un modèle conceptuel pour le développement et le maintien du leadership infirmier au sein des organisations de santé (annexe 4). Ce modèle est basé sur des données probantes issues de la littérature scientifique. Il comprend cinq pratiques de leadership transformationnel servant à mettre en place un environnement de travail sain. Ces pratiques s'adressent à tous types d'infirmières; tant celles possédant des responsabilités managériales que celles procurant des soins directs aux patients. On retrouve aussi deux facteurs prédisposant, tels que les soutiens organisationnels et les ressources personnelles. Ces derniers "influencent la capacité de chaque personne à faire preuve de leadership efficacement" (RNAO, 2013, p. 17). Il a été prouvé, à partir de plusieurs études scientifiques, que ces cinq pratiques ont une influence significativement positive sur les infirmières, sur l'organisation de santé elle-même et sur les patients (RNAO, 2013).

Il est important de signaler que l'influence positive ou négative du style de leadership peut avoir un impact direct et/ou indirect tant sur la satisfaction du personnel infirmier que sur la qualité des soins au patient (Lartey et al., 2014; Sfantou et al., 2017). On privilégiera donc un style de leadership relationnel plutôt transformationnel afin d'augmenter la rétention du personnel infirmier, d'améliorer les conditions de travail, et de fournir des soins de qualité centrés sur le patient.

On soulignera aussi l'importance du soutien des hautes instances dans la promotion et le développement du leadership relationnel au sein de l'institution hospitalière. Il est donc impératif de s'assurer que les gestionnaires de santé fassent preuve de compétences relationnelles, c'est-à-dire qu'ils considèrent le personnel infirmier en tant qu'être humain ayant des besoins personnels et qu'ils puissent travailler en synergie vers un but commun (Cummings et al., 2010; Cummings et al., 2018; Lartey et al., 2014).

3.2. Accueil et intégration du nouveau collaborateur

Étant directement confrontées à la réalité du terrain, les infirmières nouvellement diplômées font face à certains défis en matière de connaissances et de compétences. Afin de les soutenir dans ce processus d'apprentissage, des programmes de transition, tels que le mentorat et le préceptorat, sont mis en place par l'institution hospitalière. Ceux-ci démontrent que les

nouveaux diplômés en sciences infirmières ont besoin d'une préparation complémentaire dans le but de renforcer leurs compétences professionnelles (Gordon et al., 2014; Halter et al., 2017b; Rush et al., 2013).

Le préceptorat se définit comme “une relation formelle et individuelle d'une durée prédéterminée, entre une infirmière expérimentée (précepteur) et une infirmière novice, et qui est conçue pour aider avec succès la novice à s'adapter et à performer dans son nouveau rôle” (CNA, 1995, cité par CNA, 2004, p. 13). Il est judicieux de souligner l'importance de la qualité du préceptorat dans un programme de transition. En effet, les précepteurs doivent faire preuve d'assurance et de motivation afin de ne pas affecter la confiance des nouveaux diplômés (Gordon et al., 2014).

Le mentorat, quant à lui, se décrit comme “une relation d'apprentissage individualisée entre les nouveaux employés et les seniors, basée sur des cours spécifiques ou des objectifs d'apprentissage conçus par l'institution concernée” (Wensel, 2006, cité par Chen et Lou, 2014, p. 434) ou encore comme “une relation dans laquelle un mentor expérimenté et compétent soutient la maturation du mentoré moins expérimenté” (DeCicco, 2008, cité par Chen et Lou, 2014, p. 434).

Le préceptorat et le mentorat ont pour objectif de promouvoir la qualité des milieux de pratique au sein des hôpitaux. Malgré de grandes similarités entre ces deux types d'internat, il existe certaines différences. Le préceptorat se base essentiellement sur un processus formel via une supervision directe durant une période de temps limitée. Le mentorat peut s'appuyer autant sur un processus formel qu'informel, il permet un développement professionnel et personnel assez large grâce à une supervision sur le long terme (CNA, 2004).

D'après la revue systématique de Chen et Lou (2014), les mentors doivent faire preuve d'une grande maturité en matière de communication et posséder une expérience adéquate, alors que les précepteurs ne doivent pas nécessairement répondre à ces critères.

Les programmes de mentorat se basent sur des stratégies d'enseignement multidimensionnelles et sur des cours afin de former l'infirmière nouvellement diplômée sur la résolution de problèmes, la gestion du temps, la réflexion, les valeurs. Il s'agit donc que le mentor et l'infirmière récemment diplômée s'inscrivent dans un engagement mutuel à long terme (plus d'un an) (Chen et Lou, 2014).

Rush et al (2013) constatent que les programmes de mentorat sont propices à réduire de façon efficace le stress et le temps d'adaptation dans le cadre d'un programme de transition. En

effet, les nouveaux diplômés sont confrontés, dans les premiers mois, à des niveaux de stress élevés et à un faible taux de satisfaction au travail. Sans compter le fait qu'ils sont parfois confrontés à un manque de respect ou à une certaine insensibilité de la part des infirmières plus expérimentées ou ayant plus d'ancienneté. Cependant, en ce qui concerne les précepteurs, il est recommandé qu'ils reçoivent une formation rigoureuse afin de procurer une assistance de qualité aux nouveaux diplômés. Les programmes de transition nécessitent une durée minimale de neuf mois afin que cette aide soit efficace (Gordon et al., 2014; Rush et al., 2013). Le succès d'un programme de transition dépend aussi des fonds disponibles afin de soutenir la mise en œuvre et l'évaluation en cours du programme (Gordon et al., 2014).

Pour conclure, la mise en œuvre de programmes de transition est essentielle pour conserver les infirmières récemment inscrites. Ce type de programme pourrait aider à résoudre la problématique du taux de roulement et par conséquent garder en place le personnel infirmier, en particulier celui nouvellement diplômé, au sein du secteur hospitalier (Chen et Lou, 2014; Rush et al., 2013).

3.3. Environnement de travail

Il est nécessaire pour les gestionnaires de santé de prendre en compte les milieux de travail dans le but de créer des environnements propices à la rétention. Comme énoncé précédemment, on remarque que ces derniers peuvent être influencés par le leadership des cadres infirmiers. En effet, le leadership relationnel tend à créer des environnements de travail de qualité (Cowden et al., 2011). Nous avons également relevé que le milieu de travail est un paramètre important dans le processus d'adaptation des infirmières nouvellement diplômées. Le mentorat ou le préceptorat sont des initiatives permettant d'induire un environnement de travail sain et, par la même occasion, atténuer l'impact de la transition vers le monde du travail (Rush et al., 2013).

Il est fortement conseillé de prôner une culture favorisant l'*empowerment* du personnel infirmier au sein des institutions de soins. L'*empowerment* dans l'exercice de sa profession s'exprime par "une capacité d'agir, une autonomie, une responsabilisation et un contrôle sur sa pratique professionnelle" (Petit Dit Dariel, 2015, p. 199). D'après l'étude de Gess et al (2008), l'autonomie est un facteur clé pour accroître la productivité des infirmières et ainsi améliorer la qualité de leur travail. Afin d'augmenter l'autonomie de ces dernières, il est recommandé d'encourager le personnel infirmier à entreprendre des formations

d'apprentissage, proposées ou non par l'institution. Les infirmières en chef sont invitées à promouvoir le partage de ces expériences d'apprentissage au sein de leur unité de soins. La direction du département infirmier doit favoriser et soutenir le développement de nouvelles stratégies par les membres du personnel dans la prestation des soins. Une gouvernance partagée, basée sur une gestion participative, peut être mise en place dans le but de renforcer l'autonomie (Cicolini et al., 2013; Gess et al., 2008; Petit Dit Dariel., 2015). Petit Dit Dariel (2015, p. 199) définit la gouvernance partagée comme "un modèle permettant d'impliquer le personnel soignant en lui donnant un pouvoir décisionnel et une marge de manœuvre sur leurs pratiques professionnelles et l'organisation des soins". Cette approche permet donc au personnel infirmier de travailler de manière plus autonome. Le processus d'*empowerment* des infirmiers engendre une satisfaction élevée au travail et favorise, par conséquent, le maintien en poste de ces derniers (Cicolini et al., 2013; Gess et al., 2008).

Il est aussi judicieux que les cadres et les gestionnaires de santé recourent à des dispositifs de communication adaptés au sein de l'organisation. En effet, les gestionnaires commettent souvent l'erreur de communiquer avec un niveau de complexité qui n'est pas adapté (Gess et al., 2008). L'écoute active, de la part des cadres infirmiers et en particulier de l'infirmière en chef, est primordiale car cela permet de faire preuve d'un engagement sincère envers l'équipe infirmière. En procédant de la sorte, on prête attention aux problèmes, aux attentes et aux besoins du personnel pour, par la suite, y répondre de manière efficace (Gess et al., 2008). Il est donc recommandé d'accorder des temps de parole lors des réunions du personnel, par exemple. Il peut être conseillé de mettre en œuvre des modèles de gouvernance partagée afin d'accroître la communication (Gess et al., 2008).

Afin de promouvoir le développement personnel et professionnel des employés, il est fondamental de reconnaître la valeur du travail accompli. De façon récurrente, un manque de reconnaissance peut entraîner une baisse de la qualité du travail et du moral, voire une diminution de l'estime de soi (Gess et al., 2008). Il existe différentes formes de reconnaissance que l'on peut appliquer dans les soins infirmiers sous forme de rétroactions : les récompenses, les éloges, les célébrations, les compliments. Les cadres infirmiers, en particulier les infirmières en chef, doivent instaurer une culture de la reconnaissance au sein des institutions hospitalières, ce qui favorise un environnement de travail positif et performant. D'autant plus que le manque de reconnaissance contribue à une baisse de la satisfaction ainsi qu'une augmentation du taux de roulement du personnel infirmier. Par ailleurs, il est recommandé de se concentrer sur la satisfaction professionnelle afin

d'améliorer la rétention du personnel au sein des hôpitaux (Cocilini et al., 2013; Dawson et al., 2014; Gess et al., 2008).

3.4. Label *Magnet hospital*

Le concept d'hôpital "aimant" (*Magnet*) a vu le jour au début des années 1980, aux Etats-Unis. Les différentes recherches sur le concept ont permis d'identifier 14 caractéristiques, basées sur 41 hôpitaux, qui se démarquent des autres organisations en termes d'attractivité et de fidélisation du personnel infirmier. Ces 14 caractéristiques sont plus connues sous le nom de forces magnétiques. Le terme "aimant" est utilisé afin de "souligner l'attrait que les professionnels ressentent à l'égard de ces hôpitaux dans lesquels le taux de roulement du personnel infirmier est faible" (Buchan, 1999, cité par McCaughey et al., 2018, p. 2).

Les 14 forces du magnétisme	
1. Qualité du leadership infirmier 2. Structure organisationnelle (horizontale et décentralisée) 3. Style de management (participatif) 4. Politiques et programmes (valorisent l'équilibre «vie professionnelle-personnelle») 5. Modèles professionnels de soins 6. Qualité des soins 7. Processus d'amélioration (continu)	8. Ressources accessibles et relations positives interprofessionnelles 9. Autonomie dans la pratique professionnelle 10. Organisations communautaires et autres organisations de soins (partenariats) 11. Les infirmiers reconnus comme enseignants (mentor/tuteur) 12. Image positive des soins infirmiers 13. Relations interdisciplinaires (respect et collaboration) 14. Développement professionnel

Tableau 1. Les 14 forces du magnétisme (ANCC, 2018a)

L'*American Nurses Credentialing Center* (ANCC) a repris ce concept dans le but de développer et de proposer un label certifié aux institutions de soins de santé. Elle décrit les forces de magnétisme comme "des attributs ou des résultats qui illustrent l'excellence des soins infirmiers." Elle ajoute que "la pleine expression des forces du magnétisme est nécessaire pour obtenir la désignation *Magnet* et incarne un environnement professionnel

guidé par un dirigeant infirmier fort et visionnaire qui défend et soutient l'excellence dans la pratique infirmière" (ANCC, 2018a, para. 2).

Dans un souci de clarté, un nouveau modèle a été conçu. Ce dernier organise les 14 forces du magnétisme en cinq composantes: le leadership transformationnel, l'*empowerment* structurel, la pratique professionnelle exemplaire, les nouvelles connaissances, l'innovation et améliorations et les résultats de qualité empiriques (ANCC, 2018b).

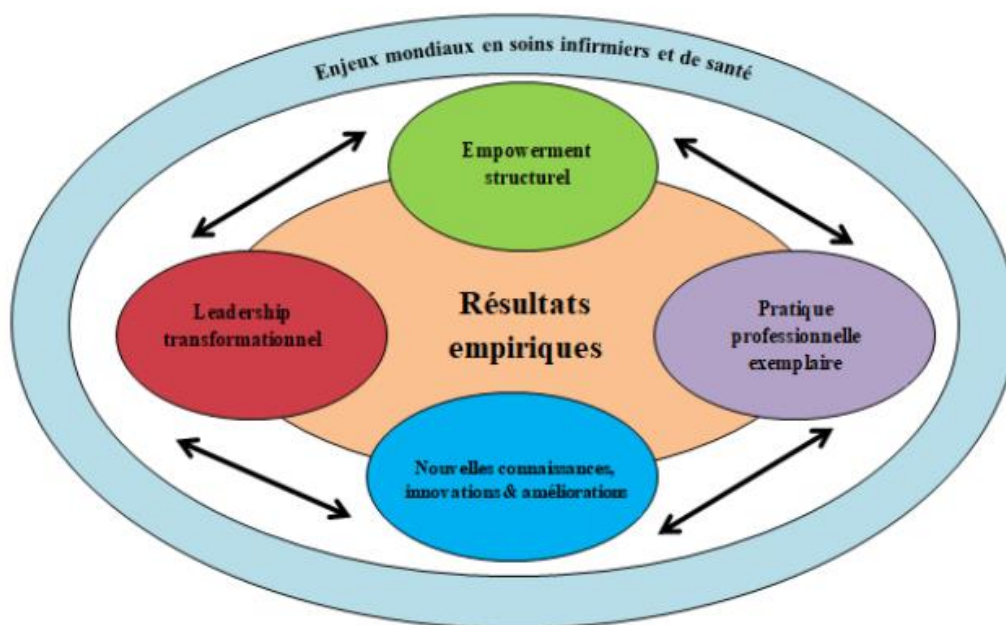


Figure 3. Modèle *Magnet* (Traduction libre sur base du modèle de l'ANCC, 2018b)

Le label *Magnet* permet une amélioration de la rétention, du recrutement ainsi qu'une diminution de la charge de travail et de l'épuisement professionnel. De plus, il entraîne une baisse du taux de roulement au sein des unités de soins et augmente le niveau de satisfaction au travail (Anderson et al., 2018; Kelly et al., 2011; Park et al., 2016).

Après la mise en place du processus, on constate que les principes de base du label *Magnet* tels que l'autonomie du personnel infirmier, la communication interdisciplinaire, la formation professionnelle et le leadership infirmier, influencent de manière positive l'environnement du travail et permettent de mettre en place une culture organisationnelle performante (Anderson et al., 2018; Kelly et al., 2011). A travers une revue de littérature scientifique, l'Association des Infirmières Américaine a mis en évidence les résultats positifs de la certification *Magnet* sur la qualité et la sécurité des soins aux patients (ANA, 2018).

En 2018, on compte un total de 482 organisations de soins *Magnet* dans le monde, dont 474 institutions aux États-Unis, trois en Australie, deux en Arabie saoudite, une au Canada, une au Liban et une en Belgique (ANCC, 2018c).

3.5. Tableau comparatif entre l'accréditation Canada (ACI) et le label *Magnet* (ANCC)

Afin de saisir les différences et similitudes entre l'accréditation Canada (ACI) et le label *Magnet* (ANCC), nous avons réalisé un tableau comparatif. Celui-ci est disponible en annexe (5).

3.6. Situation en Belgique

En Belgique, le projet ARIQ (Attraction, Rétention, Implication des infirmières et Qualité des soins) a vu le jour sous l'initiative de Stordeur et D'Hoore. Il se base sur les caractéristiques managériales et organisationnelles des hôpitaux jugés attractifs, afin d'identifier les caractéristiques d'un environnement de travail favorable à la satisfaction et au bien-être du personnel ainsi qu'à la qualité des soins au sein d'une structure hospitalière (Stordeur et D'Hoore, 2009). Le modèle ARIQ repose sur trois grands axes : le sens d'une mission, le support organisationnel apporté par l'institution à ses collaborateurs et la stratégie d'ouverture vers l'extérieur. Une grille d'autoévaluation est fournie pour permettre d'évaluer de manière systématique et objective les pratiques et les politiques intra-hospitalières. Ce modèle a pour objectif l'élaboration d'un modèle de gestion qui permet de "favoriser une dynamique d'amélioration continue au sein des établissements de santé" (Stordeur et D'Hoore, 2009, p. 138).

En 2017, L'Hôpital Universitaire d'Anvers (UZA) est devenu le premier hôpital d'Europe à recevoir le label *Magnet* décerné par l'*American Nurses Credentialing Center* (ANCC). Cette démarche de certification a été entreprise afin d'attirer et de fidéliser le personnel infirmier en se basant sur une culture de la qualité dans les soins. (UZA, 2018)

3.7. Conclusion

Actuellement, il est nécessaire pour les gestionnaires des hôpitaux de se concentrer sur le recrutement de leaders possédant des compétences relationnelles (Cumings et al., 2018). Un leadership de qualité des cadres infirmiers est essentiel à la viabilité de la fidélisation du corps

infirmier au sein des organisations de soins (Cope et Murray, 2017; Cummings et al., 2010; Gifford et al., 2018).

L'infirmier en chef est un maillon important dans la promotion et le soutien des interventions, comme le mentorat ou la gestion partagée, visant au développement personnel et professionnel des infirmières. Le modèle *Magnet* peut servir de catalyseur aux établissements de santé qui désirent s'inscrire dans une démarche d'attractivité et de fidélisation de la main d'œuvre infirmière, ainsi que dans une démarche de qualité des soins aux patients (Petit Dit Dariel, 2015).

Méthodologie

1. Introduction

Tout au long de ce cadre théorique nous avons abordé la problématique de roulement du corps infirmier au sein du secteur hospitalier pour ensuite nous attarder sur le processus d'accréditation des hôpitaux. Enfin, nous avons exploré les différentes stratégies visant à optimiser la rétention du personnel infirmier.

Dans cette partie pratique, nous détaillerons dans un premier temps la méthodologie de recherche. Nous présenterons ensuite les résultats de notre enquête par interview réalisée auprès de la direction du département infirmier de chaque hôpital accrédité au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Pour finir, nous procéderons à une analyse des résultats, afin de mettre en évidence l'apport de l'accréditation dans la rétention du personnel infirmier.

2. Objectifs de la recherche

La revue de la littérature scientifique a mis en évidence toute l'importance de la problématique de roulement du personnel infirmier au sein du secteur hospitalier. C'est pourquoi il est nécessaire et crucial de mettre en place de stratégies favorisant la rétention de ce dernier. Récemment, certains hôpitaux en Fédération Wallonie-Bruxelles se sont inscrits dans une démarche d'accréditation dans laquelle la qualité des soins et la sécurité du patient sont une priorité. Il est donc intéressant d'analyser l'apport de cette démarche à la problématique de roulement.

Par conséquent, l'objectif de recherche de ce mémoire est double. D'une part, il s'agit de mettre en lumière l'impact de l'accréditation des institutions hospitalières sur la rétention du personnel infirmier. D'autre part, il s'agit de dégager des pistes de solutions pour les institutions hospitalières. Pour ce faire, une recherche exploratoire de cet impact sera faite auprès de la direction du département infirmier des hôpitaux accrédités en s'appuyant sur les conclusions de la revue de la littérature scientifique. En procédant de la sorte, nous pourrions tenter de répondre à notre question de recherche : "Quel est l'impact de l'accréditation des institutions hospitalières sur la rétention du personnel infirmier?".

3. Choix de la méthodologie

La question de recherche ayant un but exploratoire, il est donc recommandé de s'orienter vers une méthodologie de recherche à visée qualitative. En effet, il s'agit ici de comprendre l'impact d'un processus, en l'occurrence l'accréditation, dans une problématique aussi complexe que le roulement du personnel infirmier dans le secteur hospitalier. Par ailleurs, il est nécessaire d'explorer l'apport des différents concepts à la question de recherche afin de comprendre comment ils s'articulent entre eux.

Le choix d'une méthodologie quantitative aurait pu se poser dans le cas où nous aurions mesuré des taux de roulement, de rétention, ou encore de satisfaction professionnelle auprès des infirmiers. Cependant, dans ce contexte cela n'aurait pas été pertinent pour plusieurs raisons :

- l'accréditation est un concept nouveau dans les hôpitaux de la communauté française,
- l'accréditation est un processus continu,
- le roulement des infirmiers est une problématique complexe et propre à chaque hôpital,
- la rétention du corps infirmier requiert des stratégies ciblées et innovantes.

Cette démarche qualitative aura comme objectif d'analyser en profondeur les différents concepts, ce qui nous permettra de comprendre et d'expliquer la portée de l'accréditation sur la rétention et également d'identifier de nouvelles théories.

4. Choix de l'échantillon

4.1. Sélection des institutions

Nous avons repris dans notre échantillon neuf institutions hospitalières accréditées, en date de rédaction de ce mémoire, au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles:

- L'Hôpital psychiatrique du Beau Vallon (Accrédité en avril 2016)
- Le Centre Hospitalier de Mouscron (Accrédité en décembre 2016)
- La Clinique Notre Dame de Grâce de Gosselies (Accrédité en avril 2017)
- Le Groupe Jolimont (Accrédité en octobre 2017)
- Le Centre Hospitalier Chrétien (Accrédité en mai 2018)

- La clinique Saint-Joseph, la clinique de l'Espérance et la clinique Saint-Vincent (MontLégia)
- La clinique Notre-Dame (Waremmes)
- La clinique Notre-Dame (Hermalle)
- La clinique Sainte-Elisabeth
- La Clinique Saint-Luc de Bouge (Accrédité en juillet 2018)

Parmi cette sélection, nous retrouvons huit hôpitaux généraux et un hôpital psychiatrique.

En 2019, la nouvelle clinique MontLégia regroupera l'activité de trois des six sites actuels du CHC: la clinique Saint-Joseph, la clinique de l'Espérance et la clinique Saint-Vincent.

Suite à ce regroupement, le CHC adopte un nouvel organigramme. Mme Isabelle Thys, actuellement directrice infirmière à la clinique St Vincent à Rocourt, reprend en plus la clinique St Joseph et la clinique de l'Espérance (MontLégia). Mme Dominique Bonhivers reste la directrice infirmière de la clinique Notre dame de Waremmes. Mr Bernard Destexhe reste directeur infirmier à la clinique Ste Elisabeth à Verviers. Mme Evelyne Wey, actuellement directrice infirmière de la clinique de l'Espérance, est mutée au même poste sur la clinique Notre dame de Hermalle.

Dans un souci de pertinence, nous n'avons pas pris en compte les institutions hospitalières accréditées après juillet 2018. En effet, de part cette entrée en matière récente, ces hôpitaux ne possèdent pas encore la pleine maîtrise du concept d'accréditation. Par conséquent, il serait difficile d'observer une potentielle influence de cette dernière sur la rétention du personnel infirmier.

4.2. Sélection des répondants

Afin de constituer notre échantillon, nous avons sélectionné la direction du département infirmier de chaque hôpital accrédité.

Il est judicieux de solliciter des personnes ayant un lien direct avec le corps infirmier mais surtout ayant une vue d'ensemble des différents concepts qui constituent la question de recherche et possédant une certaine maîtrise de ceux-ci. Cela permettra de générer un grand nombre d'informations sur les différents concepts abordés. La direction du département infirmier correspond en tout point à ces caractéristiques.

Dès lors, notre échantillon sera constitué de neuf intervenants se référant à chaque hôpital sélectionné.

4.3. Elaboration de l'échantillon

Comme énoncé ci-dessus, nous avons sollicité la direction du département infirmier de chaque hôpital accrédité. Pour ce faire, nous avons envoyé un mail à chacun des contacts afin d'obtenir une interview de notre public cible dans le cadre de notre recherche. Nous sommes passés directement par le directeur du département infirmier pour le Groupe Jolimont et la Clinique Notre Dame de Grâce. En ce qui concerne le Centre Hospitalier de Mouscron et la Clinique St Luc de Bouge, nous sommes passés par la direction générale qui nous a ensuite redirigés vers le directeur du département infirmier. Pour finir, la direction médicale a été sollicitée pour l'hôpital psychiatrique du Beau Vallon afin qu'elle puisse nous mettre en contact avec le directeur du département infirmier ainsi que Mme Umubyeyi en charge de la coordination qualité-sécurité patient. Concernant le Centre Hospitalier Chrétien, la direction médicale nous a dirigés vers Mr Hoste, coordinateur du département infirmier, qui lui nous a réorientés vers la direction infirmière des différents sites du CHC.

5. Récolte des données

Afin de récolter les données, notre choix s'est porté sur l'utilisation d'entretiens semi-directifs et individuels. L'entretien semi-directif permet de laisser une marge importante de liberté d'expression, ce qui nous donne l'opportunité d'approfondir les concepts énoncés ci-dessous. Un guide d'entretien a été élaboré sur base de la revue de littérature scientifique réalisée pour notre cadre théorique. Celui-ci est accessible en annexe (6). Nous en avons retiré les concepts clés qui définissent notre question de recherche. À partir de ces concepts, nous avons ciblé certains aspects/notions à développer afin de construire les questions, principalement ouvertes du guide. Le pré-test de notre guide d'entretien a été réalisé lors de notre première interview, ce qui nous a permis de fusionner deux questions similaires concernant l'influence de l'accréditation.

Ce guide comporte deux parties distinctes. Tout d'abord, on retrouve une introduction qui comprend la présentation de l'interviewer, le but de l'entretien, la confidentialité des données, les modalités de feedback ainsi que la présentation de l'interviewé. Ensuite, la deuxième

partie du guide se consacre à l'entretien en tant que tel, dans lequel nous retrouvons les concepts issus de notre cadre théorique :

- le roulement du personnel infirmier:

Nous y abordons la situation de l'hôpital en terme de roulement infirmier mais aussi les causes et conséquences de ce roulement au sein de l'institution.

- le processus d'accréditation:

Le but de la démarche d'accréditation de l'hôpital y est mis en évidence ainsi que les changements induits par cette dernière au niveau de l'environnement de travail des infirmiers. On y retrouve aussi la perception des infirmiers face à l'accréditation ainsi que les avantages actuels et potentiels de l'accréditation pour le personnel infirmier.

- les stratégies de rétention du corps infirmier:

Dans ce dernier thème, nous abordons les interventions actuelles et potentielles favorisant la rétention du personnel infirmier au sein de l'hôpital. Différentes stratégies de rétention y sont exposées afin de permettre un échange par la suite (mentorat, gouvernance partagée, label *Magnet*,..).

6. Analyses des données

Nous avons tout d'abord réalisé la retranscription des entretiens semi-directifs. Avant de procéder au traitement des données selon une analyse qualitative, il nous est apparu judicieux d'effectuer un premier relevé des principales idées retenues lors des premières lectures. En effet, nous avons dans un premier temps noté en parallèle au texte tous les points qui nous semblaient importants. Cela nous a permis, par la suite, de faciliter notre travail d'analyse descriptive du corpus. Nous avons choisi d'utiliser l'analyse thématique ayant comme objectif premier la thématisation du corpus (Mucchielli et Paillé, 2016). Cette méthode a pour but de relever les différents thèmes en lien avec nos objectifs de recherche ainsi que de mettre en lumière des convergences et des divergences entre les thèmes.

La thématisation des entretiens s'est faite en continu. Nous avons donc recouru à un relevé de thèmes afin de rassembler les thèmes émergents au fur et à mesure des analyses ainsi qu'un journal de thématisation qui a permis de mettre en parallèle certains thèmes afin de les regrouper ou non.

Ce type de démarche permet une analyse minutieuse et complète du corpus (Mucchielli et Paillé, 2016).

Nous avons employé des rubriques afin de classer les thèmes relevés. Dans le but de garder une cohérence tout au long du mémoire, ces rubriques sont les concepts issus du cadre théorique et qui sont présents dans le guide d'entretien:

- le roulement du personnel infirmier,
- l'accréditation des institutions hospitalières,
- la rétention du personnel infirmier.

Les résultats sont présentés sous forme de relevé ventilé par colonnes, avec comme objectif une visualisation claire et précise de ces derniers. Des verbatims (extraits de retranscription des entretiens) viennent compléter l'ensemble de la description afin d'illustrer les différents thèmes abordés dans le chapitre suivant.

Résultats

1. Introduction

Ce chapitre tend à mettre en lumière les différentes thématiques qui nous permettront, par la suite, de répondre aux différents objectifs de recherche. Afin de répondre à une plus grande transparence, les résultats sont présentés de façon détaillée au moyen de tableaux ventilés par colonnes. Dans le but d'éclairer le lecteur, une liste des abréviations correspondant aux noms des différentes institutions est présentée ci-dessous:

- Hôpital psychiatrique du Beau Vallon (BV)
- Clinique Notre-Dame de Grâce (CNDG)
- Clinique Saint-Luc de Bouge (CSLB)
- Centre Hospitalier de Mouscron (CHM)
- Groupe Jolimont (GJ)
- Centre Hospitalier Chrétien:
 - Clinique Notre-Dame de Hermalle (CHC-CNDH)
 - Clinique Notre-Dame de Waremmes (CHC-CNDW)
 - Clinique Saint-Elisabeth (CHC-CSE)
 - Clinique du MontLégia (CHC-ML).

2. Le roulement du personnel infirmier

Ce premier tableau, nous permet de mettre en exergue la problématique de roulement du personnel infirmier au sein des institutions sollicitées. Pour ce faire, nous avons mis en évidence trois sous-rubriques: la situation de l'hôpital en matière de roulement, les causes de roulement et les conséquences liées à ce dernier.

Tableau 1: Le roulement du personnel infirmier

Roulement du personnel infirmier		
Sous-rubriques	Thèmes	Extraits de verbatim
Situation de l'hôpital en termes de roulement	Stabilité du personnel infirmier	“Moi, je trouve le personnel du Beauvallon stable au niveau infirmier.” (BV)
	Roulement modéré	“En matière de <i>turn-over</i> , nous en avons mais il est très modéré.” (GJ)
	Roulement faible	“J’ai très peu de roulement, j’ai des gens extrêmement fidèles.” (CHC-CNDW)
Causes du roulement	Réalité du terrain	“On a des personnes qui arrivent et qui se rendent vite compte que ce n'est pas leur truc, et qui repartent.” (BV)
	Grossesses/maladies de longues durées	“Il y a des maladies de longue durée, des grossesses.” (CSLB)
	Peur du changement dans l’institution	“Le changement est vraiment quelque chose qui provoque de la peur. Aujourd’hui, on a chacun sur nos sites, des gens qui nous proposent leur démission parce qu’ils ont très peur de ce changement-là.” (CHC-ML)
	Changement de carrière	“Je pense que la première raison, clairement, c’est de se lancer en tant qu’indépendant.” (GJ)
	Changements dans la vie privée	“Alors, il y a des gens qui se marient. Le conjoint habite plus loin, donc ils suivent leur conjoint.” (CHM)
	Reprise des études	“Des gens qui entament encore des études, que ce soit une spécialisation ou un master, et qui partent parce que c’est difficile de combiner le fait d’habiter ou travailler à Mouscron et faire des études plus loin.” (CHM)
	Ambiance au travail	“L’ambiance... L’ambiance de travail.” (CHC-CSE)
	Évaluation négative de la part de l’institution	“Il y a une partie où ce sont les évaluations négatives pour lesquelles clairement, si quelqu’un ne convient pas dans le système, il n’est alors pas retenu.” (CSLB)
	Tourisme et travail	“Dans la nouvelle tendance, j’ai ceux qui font du tourisme, qui viennent travailler un an ici et qui partent un an à l’île de la Réunion et qui reviennent après, de passage.” (CSLB)

	Ne plus s'identifier aux valeurs de l'institution	“Ce sont plus des situations comme ça qui m'interpellent, quand quelqu'un qui était compétent et ancré dans une dynamique ne s'y retrouve plus.” (CSLB)
Conséquences du roulement	Déséquilibre dans l'expertise des soins	“Vous pouvez amener un certain déséquilibre au niveau de l'expertise à partir du moment où vous changez quelqu'un dans une équipe.” (GJ)
	Instabilité de l'équipe	“Mais le fait d'accueillir des nouveaux peut déstabiliser une équipe.” (CNDG)
	Gestion du changement dans les équipes	“Il y a un travail de gestion des changements que doivent faire les responsables de service, surtout en gestion intergénérationnelle.” (BV)
	Faire appel à de l'intérim	“Parfois, on prend un peu d'intérim. On essaie de réduire très fort ça. C'est problématique.” (CHC-CSE)
	Investissements perdus dans la formation du personnel	“Et donc cette formation du personnel à la base est un gros investissement pour, in fine, peut-être ne pas pouvoir les garder.” (CHC-CNDH)
	Diminution de la qualité et de la sécurité	“Les conséquences du roulement c'est très clairement l'instabilité dans les équipes par rapport à la baisse de la qualité.” (CSLB)
	Épuisement des équipes	“Ce sont des périodes plus sensibles en termes d'erreurs, d'incidents, de compréhension de l'information, et d'épuisement des équipes.” (CSLB)

2.1. La situation de l'hôpital en termes de roulement

Il est intéressant d'avoir une idée de la situation de chaque hôpital en termes de roulement du personnel infirmier. La majorité des directions interrogées avancent ne pas avoir un roulement significatif. Elles mentionnent notamment une grande stabilité de leur personnel, avec un taux d'ancienneté assez élevé. Cette appréciation du taux de roulement reste subjective car elle ne repose sur aucune données ou statistiques.

2.2. Les causes de roulement

Les écarterments pour grossesse et les maladies de longue durée ont été rapportées par la plupart des directions infirmières comme étant des indicateurs de roulement. La réalité du terrain a été citée comme étant une cause de roulement, en particulier dans un secteur très spécialisé comme la psychiatrie. Parmi les autres causes énoncées, on retrouve la reprise d'études ainsi que les changements de direction dans la profession vers les soins à domicile. La résistance au changement a été relevée comme une cause de roulement. En effet, une

modification du milieu de travail, dans ce cas-ci un nouvel hôpital, peut induire un sentiment de crainte ou de peur face à l'inconnu. Ce type de changement implique : la réorganisation des tâches, les nouvelles habitudes, la perte de certains avantages, la nouveauté. Les infirmières ayant le plus d'ancienneté sont principalement touchées par ce phénomène.

Dans certains cas, il a été rapporté que l'infirmier quitte l'institution à la suite d'une évaluation négative. Il s'agit d'un roulement défini comme fonctionnel (Eberly et al., 2009). Dans d'autres situations, il est question de roulement volontaire mais dysfonctionnel (Eberly et al., 2009). En effet, certaines directions rapportent un départ volontaire du collaborateur alors que ce dernier est performant. L'explication avancée, dans certains cas, est que l'infirmier ne serait plus en adéquation avec la vision ou les valeurs de l'hôpital.

D'autres facteurs, comme les changements dans la vie privée du collaborateur ou une mauvaise ambiance au travail, ont également été mis en avant. Dans une tendance assez récente, il a été rapporté que certains infirmiers partent temporairement travailler à l'étranger afin d'associer le tourisme au travail.

2.3. Les conséquences du roulement

Pour la majorité des hôpitaux rapporte un déséquilibre dans l'expertise des soins a été rapporté. Ce déséquilibre pourrait engendrer de potentielles répercussions sur la sécurité des patients. Par ailleurs, le roulement peut provoquer une instabilité des équipes infirmières, notamment lorsque l'on doit accueillir et intégrer un nouveau collaborateur. En effet, l'arrivée d'un nouvel infirmier dans une équipe demande une gestion du changement, en particulier au niveau intergénérationnel, de la part des cadres infirmiers dans le but de garder une certaine cohésion dans l'équipe. Afin de remplacer le personnel manquant, certains hôpitaux font parfois appel à des agences d'intérim. Enfin, d'autres conséquences de roulement du personnel infirmier ont été évoquées comme l'épuisement des équipes ou encore les investissements perdus dans les formations infirmières.

3. L'accréditation des institutions hospitalières

Dans cette partie, nous abordons les différentes caractéristiques de l'accréditation des hôpitaux. Cette démarche a pour but de faire émerger des thématiques, pouvant nous donner des pistes de réponses quant à notre question de recherche.

Nous retrouvons donc : le but de la démarche d'accréditation de l'hôpital, les changements apportés dans le travail quotidien du personnel infirmier, les avantages que peut en retirer ce dernier, la perception du personnel infirmier envers l'accréditation, l'influence éventuelle que peut avoir l'accréditation sur la fidélisation du corps infirmier.

Tableau 2: L'accréditation des institutions hospitalières

Accréditation des institutions de soins de santé		
Sous-rubriques	Thèmes	Extraits de verbatim
But de la démarche	Démarche d'amélioration continue	"Il nous est apparu évident que dans une démarche d'amélioration continue, l'accréditation était un levier." (CNDG)
	Exposer un label qualité	"Je pense que c'était de pouvoir en tout cas, exposer, montrer notre label qualité." (CHC-CNDH)
	Harmoniser les pratiques sur plusieurs sites hospitaliers	"Le but était multiple. Le tout premier, c'était d'amener une certaine harmonisation sur l'ensemble des quatre sites hospitaliers." (GJ)
	Reconnaître le travail des acteurs de terrain	"Un des objectifs était de pouvoir mettre un label et reconnaître la qualité du travail fourni au quotidien par tous les acteurs de l'hôpital." (CHC-CNDH)
	Se démarquer des autres	"Je pense que dans un premier temps, il y avait une volonté de se démarquer des autres institutions, parce qu'il y a quand même une grande concurrence sur Liège." (CHC-ML)
	Se comparer aux standards internationaux	"Le but premier était de rentrer dans une démarche qui puisse comparer les procédures et les modèles d'organisation interne à des standards internationaux approuvés." (CSLB)
	Se faire évaluer par une organisation externe reconnue	"Donc, le fait de se faire évaluer, <i>benchmarker</i> , par une association reconnue en terme d'accréditation était vraiment un moteur intéressant." (GJ)
Changements apportés dans le travail quotidien des infirmiers	Transmission des informations et ordres par écrit	"Alors, les gens écrivent plus. En psychiatrie, on a toujours été dans l'oral. On se dit les informations, on les communique oralement... Maintenant je peux dire qu'il y a eu une évolution, on a vu vraiment les notes dans les dossiers des patients augmenter, et des notes structurées." (BV)
	Mise en commun d'une information pluridisciplinaire	"Alors, la deuxième chose que ça a amélioré, vraiment, c'est la mise en commun d'une information pluridisciplinaire. Dans le dossier patient chaque discipline a son endroit où mettre l'information avec une possibilité de rassembler cette information." (BV)

	Instauration d'une logique d'amélioration continue Amélioration de la collaboration interdisciplinaire Standardisation des procédures Développement de l'esprit critique de l'infirmier	“On a surtout implémenté une logique d'amélioration continue...On est soit dans une démarche sur de l'analyse de fait qui se produit, donc l'analyse des événements indésirables. Donc on a une déclaration, on a une analyse, on a des actions d'amélioration. Soit on peut avoir une démarche où on apprend aux gens à être proactif dans la démarche d'amélioration où là on part plutôt d'une cartographie des risques où vous avez identifié les risques.” (CNDG) “C'est aussi un travail de collaboration plus étroit avec les médecins et les autres disciplines, donc paramédicaux.” (CHM) “Le gros changement je pense que c'est la standardisation des procédures. Aujourd'hui, on est clairement dans quelque chose d'uniformisé.” (CHC-ML) “Donc aujourd'hui, quelque soit l'infirmier, il est censé en priorité mettre en place sa grille esprit critique pour répondre à la sécurité du patient.” (GJ)
Avantages pour les infirmiers	Favorise la collaboration interdisciplinaire Facilite le travail des infirmiers Promeut la communication entre services et départements Reconnaissance du travail des infirmiers	“Cela a permis de formaliser les procédures en cours, de permettre de mettre en collaboration l'équipe médicale et l'équipe infirmière, donc de faciliter la communication pluridisciplinaire.” (CSLB) “Donc tout ce qu'on a fait c'était pour apporter une plus-value et faciliter le travail sur le terrain, ça c'est certain.” (CNDG) “Il y a tout d'abord eu beaucoup de rencontres, beaucoup de communication et beaucoup de concertation qui a fait que les unités qui ont travaillé autour d'un même référentiel ont appris à se connaître parce qu'avant ce n'était pas le cas.” (GJ) “On sait quantifier un peu plus leurs actions, leurs activités, leurs responsabilités. Et ça, elles sont contentes. Ça leur apporte une reconnaissance.” (CHM)
Perception des infirmiers	Surcharge de travail Inquiétude Motivation Enthousiasme	“Parce qu'au début, on a l'impression que ça donne, et c'est une réalité, une surcharge de travail.” (BV) “Au début il y a eu beaucoup de craintes parce que l'on venait avec un gros changement.” (CNDG) “Maintenant, beaucoup plus positive, parce que l'on a obtenu des résultats dans des domaines où les infirmières étaient en difficulté. Elles sont très motivées par leur matière et elles sont fort dans l'intérêt du patient, et la sécurité de ce dernier.” (CHM) “Et très vite on a eu un enthousiasme de vouloir se prendre au jeu, on est vraiment arrivé à susciter un enthousiasme. Quand on a reçu l'accréditation cela a été célébré par toutes les équipes.” (CNDG)

	Fierté	“Il y a une certaine fierté d'avoir reçu un label.” (CSLB)
Influence sur la fidélisation du corps infirmier	Collaboration avec les familles des patients	“Je ne vais pas dire la joie de vivre, la joie au travail mais ce climat de coopération. Cette coopération avec les familles qui est plus aisée et facilitée, qui est soutenue par la direction.” (BV)
	Sentiment d’accomplissement	“Ils voient leurs patients; parce que ce sont leurs patients, aux infirmières; arriver en crise, évoluer et finir par sortir. Donc ça, ça les fidélise, voir ce travail qui a une fin.” (BV)
	Sentiment de fierté	“Les gens étaient vraiment fiers d'appartenir à l'hôpital, en se disant on a réussi à faire ça tous ensemble et oui, il y a encore des choses que l'on doit améliorer mais on a déjà fait ça.” (CHM)
	Sentiment de sécurité	“Il y a aussi le fait que, comme on a clarifié pas mal de choses, on a éliminé aussi beaucoup de zones d'ombre ou d'incertitudes donc il peut être rassurant pour le personnel de par les procédures mises en place par l'accréditation.” (CNDG)
	Cohésion	“C'est vraiment ça, par cohésion je vais dire d'une équipe et d'avoir un projet bien défini et en commun.” (CHC-CNDW)

3.1. Le but de la démarche d'accréditation

Une grande partie des directions infirmières interrogées a expliqué que le but de la démarche d'accréditation était de s'inscrire dans une logique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité dans les soins au patient. Dans certains hôpitaux, le but était d'harmoniser les pratiques sur les différents sites hospitaliers appartenant au même groupement. La reconnaissance du travail des acteurs de terrain a été relevée comme étant un objectif d'acquiescer l'accréditation. Quelques directions ont déclaré qu'il y avait une intention de pouvoir exposer un label de qualité ou pour essayer de se démarquer des autres hôpitaux de la région. Pour finir, certaines directions du département infirmier ont indiqué vouloir se comparer à des standards internationaux ou de se faire évaluer par une organisation externe reconnue.

3.2. Les changements amenés dans le travail quotidien des infirmiers

Concernant les changements apportés dans le travail quotidien du personnel infirmier, il a été rapporté que la transmission des informations et des ordres médicaux est formalisée par écrit. Précédemment à l'accréditation, cette transmission se faisait par oral dans certains hôpitaux.

Dans certaines institutions hospitalières, l'accréditation a permis de mettre en commun les informations multidisciplinaires consacrées au patient dans un plan de soins. Une majorité des directions infirmières mentionnent la standardisation des procédures comme un changement important dans le travail quotidien. L'accréditation permet d'instaurer une logique d'amélioration continue dans le quotidien des infirmiers, de par une approche réactive (analyse des événements indésirables) ou proactive (cartographie des risques). Cette approche a pour objectif de développer l'esprit critique des infirmiers et de permettre une réflexion dans leur pratique quotidienne. Enfin, une amélioration de la collaboration entre les médecins et les paramédicaux a été citée comme étant aussi un changement.

3.3. Les avantages pour le corps infirmier

Nous pouvons aussi relever certains avantages, associés à l'accréditation, pour le personnel infirmier. D'une part, la plupart des directions infirmières mentionnent une collaboration interdisciplinaire plus étroite, grâce à la mise en place de procédures. Cette collaboration permet de favoriser une communication interdisciplinaire. D'autre part, ces procédures issues de l'accréditation permettent de faciliter le travail du corps infirmier. En effet, un gain de temps réel est constaté dans leur pratique quotidienne. Un grand nombre des directions interrogées indiquent que l'accréditation a permis de décloisonner les différents services et départements de l'institution et, par conséquent, de développer la communication entre eux. Pour finir, certaines directions ont signalé que l'accréditation produit une certaine satisfaction dans le travail accompli, notamment grâce aux indicateurs de résultat mis en place.

3.4. La perception des infirmières

Tout d'abord, il est important de spécifier que la perception est différente selon le moment où l'accréditation est perçue. En effet, un grand nombre des directions du département infirmier mentionnent que l'accréditation a été perçue, dans un premier temps, comme une surcharge de travail voire un changement introduisant une certaine peur. Dans un second temps, la plupart des directions s'accordent à dire que l'accréditation a été appréhendée de façon plus positive. Certaines directions rapportent que les infirmières se sentent vraiment animées par cette démarche d'amélioration continue. Un grand nombre de directions infirmières indique que les infirmières se sont approprié l'accréditation. En effet, les infirmières étaient très enthousiastes à l'idée de participer à la concrétisation du projet. Par ailleurs, l'aboutissement de ce dernier

générerait une certaine fierté au sein du corps infirmier, notamment de par la reconnaissance internationale dont fait part ce label.

3.5. L'influence de l'accréditation sur la fidélisation du personnel infirmier

Nous avons ensuite abordé l'influence de l'accréditation sur la fidélisation du personnel infirmier, selon la perception de la direction du département infirmier des hôpitaux. Pour la majorité, le sentiment d'accomplissement par rapport au travail fourni et le sentiment de fierté d'appartenir à un hôpital accrédité sont des composantes majeures dans le processus de fidélisation. La collaboration des infirmiers avec les familles, dans le déroulement des soins au patient, a été citée dans un milieu spécialisé comme la psychiatrie. Selon certaines directions, l'accréditation permet de créer une cohésion dans les équipes. En effet, des groupes de travail sont mis en place afin d'œuvrer vers un but commun permettant de créer une cohésion dans les équipes. On y retrouve, par ailleurs, un sentiment de sécurité par rapport à l'ensemble des procédures mises en place dans l'institution. Cela peut rassurer les infirmiers dans leur pratique professionnelle quotidienne.

4. La rétention du personnel infirmier

Dans cette dernière rubrique, nous explorons la rétention du personnel infirmier en tant que telle. Pour ce faire, des sujets importants ont été mis en avant tels que le leadership et le management des cadres infirmiers, l'accueil et l'intégration du nouvel employé, la gouvernance partagée ainsi que le label *Magnet*. À cela, ce sont ajoutés d'autres idées comme l'*empowerment* des infirmiers ou encore l'ouverture et la communication entre les infirmiers et les gestionnaires (cadres infirmier et direction).

Tableau 3: La rétention du personnel infirmier

Rétention du personnel infirmier		
Sous-rubriques	Thèmes	Extraits de verbatim
Leadership et management des cadres infirmiers	Garantir le bien-être de l'équipe Prise en compte de l'environnement externe	“Ils doivent être garants du fait que la personne doit se sentir bien dans le service.” (BV) “Vous devez avoir un <i>open mind</i> sur les abords de votre service et dans le contexte dans lequel vous vous inscrivez, que ce soit le contexte institutionnel ou le

	Leadership transformationnel Leadership situationnel Importance de l'infirmier en chef Conscientisation des responsabilités de l'infirmier en chef Management participatif	contexte extra-muros avec toute la législation.” (CNDG) “Je suis pour un leadership transformationnel, c’est certain. Alors, ça c’est en théorie, parce qu’une équipe d’infirmières en chef c’est comme une équipe d’infirmières dans unité de soins, on a toutes les générations.” (GJ) “Selon moi, il faut du leadership situationnel: parfois il faut être directif, parfois il faut être plus souple... Il faut pouvoir s'adapter à la situation dans laquelle on se trouve.” (CHM) “L’infirmier en chef, je trouve qu’il a un rôle très important. C’est le rôle le plus difficile de la clinique je trouve, parce qu’il doit coordonner beaucoup de choses. Pour moi, le rôle le plus important est de bien sûr veiller à la sécurité du patient mais aussi de son équipe.” (CHM) “Maintenant là où je pense que les défis à venir sont fondamentaux ou importants c’est dans la conscientisation des responsabilités que les cadres de proximité ont.” (CSLB) “Alors, on a un management participatif, ça c’est fondamental. Donc, j’entends par là quand on met en place des projets, faire intervenir des personnes de terrain avec nous dans la construction du projet, ça c’est fondamental.” (CHC-ML)
	Gestion du changement Formations et outils pour le management des équipes Gestion de l’absentéisme Gestion des compétences	“On attend énormément des chef, dans le sens où ils doivent faire de la vraie gestion du changement.” (BV) “Et donc on leur a fait faire une formation de management et on leur a donné plein d’outils de management. Donc ils ont tous eu les mêmes outils, des outils managériaux.” (CNDG) “Donc, clairement, le projet qui nous a porté en 2018 et qui est vraiment mis en œuvre en 2019, c’est la lutte contre l’absentéisme.” (GJ) “On a beaucoup travaillé et on doit encore travailler sur la gestion des compétences et le repérage des compétences.” (CNDG)
Accueil et intégration du nouveau collaborateur	Formations pour le nouveau collaborateur Infirmier ICANE	“Donc à la base, il y a tout le package de formation du nouveau, avec des journées accueil du nouveau, le module <i>e-learning</i>, le coaching terrain,..” (CHC-CNDH) “Donc, j’ai une infirmière ICANE dont la mission principale est de remettre les infirmiers nouveaux engagés, quel que soit l’âge, jeune comme plus âgé, au même niveau et ils sont évalués tous de la même

	Tutorat	manière pour voir si c'est acquis ou non acquis." (GJ) "Donc le tuteur, en fait, il est désigné avant l'arrivée de la personne. Donc, quand la personne arrive, elle a déjà un tuteur et pendant X temps, en fonction de l'habitation de la personne, la personne va fonctionner en supplément pour ne pas être tout de suite écrasée par le travail. Elle va prendre le temps d'apprendre. C'est ce qu'on appelle l'écolage, dont le temps nécessaire varie d'une personne à l'autre. Elle va être accompagnée." (BV)
	Mentorat	"En structurant bien que le nouveau collaborateur est d'abord accueilli par son cadre intermédiaire qui lui présente toute la clinique puis l'infirmière en chef, ensuite il a un mentor sur lequel il peut s'appuyer." (CNDG)
	Implication de la direction de l'institution	"Tout le monde passe, le directeur également, se présente etc... La direction reste vraiment au contact avec les collaborateurs." (BV)
	Procédure d'immersion	"Il y a vraiment cette procédure d'immersion : quand vous arrivez dans un service ce n'est pas le dernier choix, vous avez d'autres choix. Donc si vous ne vous plaisez pas dans un service, vous pouvez toujours aller ailleurs. Ca, c'est quelque chose qui a eu son efficacité." (BV)
	Evaluation et Entretiens de fonctionnement	"Mais le fait d'accueillir des nouveaux cela peut déstabiliser une équipe donc l'accueil doit être bien structuré avec des évaluations et des entretiens de fonctionnement pour que le nouveau collaborateur puisse aussi s'y retrouver." (CNDG)
	Centre de formation	"Ici quand les gens arrivent, on a un centre de formation. C'est un auditoire et on a des chambres de simulation dans lesquelles nous avons des mannequins aussi. Tous les nouveaux entrants dans le département de soins vont passer une semaine dans le centre de formation pour revoir les techniques, les procédures." (CHM)
	Feedback de la part des nouveaux arrivants	"Et de temps en temps, on fait une réunion, quand on a 10-15 nouveaux, entre les 10-15 pour dire comment ça se passe, comment vous percevez/vivez les choses, qu'est-ce qu'on peut encore améliorer au niveau de l'accueil, l'intégration,.." (CHM)
Communication	Communication adaptée de la part de la direction	"Ma manière de fonctionner avec mes chefs, les chefs le font avec leur personnel. Je pars du principe que l'on doit travailler la communication, on doit expliquer le sens et la cohérence." (CNDG)
	Être à l'écoute du personnel infirmier	"On essaie d'être fort à l'écoute du personnel et moi en direct où via mon adjointe." (CHC-CNDW)
	Réunions d'équipe	"Il faut décompresser tous ces points et ça passe par des réunions d'équipe où on s'arrête, où on fait le bilan des semaines qui se sont écoulées ou de la

		semaine qui s'est écoulée." (GJ)
Ouverture	Grande accessibilité au niveau de la direction	"On a travaillé sur la transparence, comme vous le voyez, avec les locaux où tout est très vitré, ce qui donne aussi la possibilité aux gens de se dire que la direction est très accessible et donc la possibilité aux gens de ne pas avoir peur de venir discuter ou de présenter des choses, exprimer une demande, ect." (CNDG)
	Proximité de la direction par rapport au terrain	"La proximité est aussi quelque chose d'important pour le personnel et donc c'est rare de nous voir dans les unités en train de discuter avec le personnel sur leur réalité." (CSLB)
	Convivialité d'une petite institution	"Culturellement parlant, la clinique est une petite clinique. Qui dit petite clinique dit côté convivial, familial, une clinique où on sait encore se dire bonjour et rendre service." (CNDG)
Empowerment des infirmiers	Promouvoir les formations complémentaires	"On promeut les formations complémentaires, les masters, l'école des cadres, ou d'autres formations." (CHC-CNDH)
	Gestion de projet	"Elles vont créer des groupes de travail par rapport au projet qu'elles souhaitent mettre en place et donc il va, à chaque fois, y avoir un chef de projet dans l'équipe qui travaille avec plusieurs collaborateurs et qui supervise l'évolution du projet." (CNDG)
Gouvernance partagée	Prise en compte de l'avis des infirmiers	"On a l'habitude de demander l'avis de nos collaborateurs. Si je prends par exemple le projet "Peau Neuve" qui était le projet de rénovation de l'hôpital. Très concrètement, aujourd'hui le produit fini que vous voyez correspond à 96 % des points qui ont été mis en évidence par nos collaborateurs." (CNDG)
Compétences professionnelles	Valoriser les compétences professionnelles	"Dans l'accréditation 2020, il y a toute une réflexion qu'on doit avoir à propos de "comment récompenser la compétence?" Quand on sait que pour les infirmiers on n'a pas la possibilité de récompenser comme dans les entreprises privées donc on doit réfléchir dans notre secteur comment on pourrait mettre à l'honneur le "bon employé du mois" ou quelque chose dans ce genre." (CNDG)
Label Magnet	Intérêt porté au label	"Je serai tout de suite partante sans aucun doute, parce que je reste persuadée qu'un infirmier qui se sent bien, qui a envie de rester, travaille mieux. J'en suis persuadée." (BV)
	Principes du label compris dans l'accréditation Canada	"Après, si vous répondez à des niveaux platine ou diamant en accréditation clairement le <i>Magnet hospital</i> vous allez leur demander de venir vous inspecter, ils vont venir et ce sera une formalité. Parce que tout est dedans, parce que dans l'accréditation il y

		a quand même un référentiel leadership et le référentiel excellence maintenant. Si vous reprenez ça, vous allez retrouver tous les fondements que vous trouvez dans le <i>Magnet hospital</i> .” (CNDG)
	Contingence financière	“Malheureusement, il y a toujours la contingence financière et même si on se veut excessivement ouvert et prôner un modèle participatif où chaque travailleur est acteur dans sa société, avec sa société, pour sa société, avec le patient, pour le patient, mine de rien on arrive très vite à des contraintes financières et on ne peut pas gruger les gens. Mine de rien, c’est souvent le plus grand frein.” (GJ)
	Anticiper la pénurie d’infirmiers	“Mais, on va vers une pénurie d’infirmières de qualité mais aussi vers une pénurie médicale même si Maggie DeBlock dit le contraire. Je pense que l’approche <i>Magnet hospital</i> sera vraiment une approche qui mériterait d’être développé voire de l’anticiper, si le scénario catastrophe arrive tel qu’il a été annoncé.” (GJ)
	Questionnement par rapport à l’adaptabilité du label par rapport aux nouvelles générations	“Le label <i>Magnet hospital</i> demande d’être à l’écoute du personnel de base et de faire en sorte qu’ils se trouvent bien dans son travail, combiné à sa vie privée. Pour l’instant je trouve que, et je ne peux pas généraliser, mais la plupart des jeunes a un peu difficile à dire : j’ai mon travail et j’ai ma vie privée. C’est plutôt : j’ai ma vie privée et si j’ai le temps je viens encore travailler. Donc, implémenter ça, oui je veux bien mais je pense qu’on aura beaucoup de discussions avec les jeunes parce qu’ils ont une autre façon de voir leur devoir.” (CHM)
	Projet futur	“On a acheté le livre et tout. C’est quelque chose que l’on pourrait envisager bien sûr, dans une idée de pouvoir se comparer à d’autres standards.” (CSLB)

4.1. Le leadership et management des cadres infirmiers

Certaines directions infirmières favorisent un leadership de type transformationnel. Tandis que d’autres directions sont plus nuancées et avancent qu’il est préférable d’utiliser un leadership selon la situation. Ce type de leadership comprend quatre postures bien distinctes : persuasif, participatif, délégitif ou directif (Hersey et Blanchard, 1979). Le cadre infirmier doit alors pouvoir passer d’une posture à l’autre selon la situation dans laquelle il se trouve par rapport à son équipe.

Une majorité des directions a relevé l’importance de l’infirmier en chef dans une organisation telle que l’hôpital, de par ses responsabilités managériales vis-à-vis de son équipe et de son service. Il a souvent été mentionné que l’infirmier en chef doit être garant du bien-être de son équipe et qu’il doit prendre en compte l’environnement externe à son service. Il doit donc

garder l'esprit ouvert par rapport au contexte de l'institution, ainsi qu'au contexte politique et juridique des soins de santé. Dans une même logique, il a été indiqué que l'infirmier en chef doit être conscientisé par rapport à ses responsabilités managériales.

Le management participatif a été relevé comme un style de management favorisant l'implication du personnel infirmier dans la gouvernance de l'hôpital. En effet, il s'agit d'inclure des acteurs de terrain dans un processus décisionnel comme dans la mise en place de projets par exemple. Quelques directions du département infirmier ont rappelé l'importance de proposer un certain nombre de formations en gestion d'équipe ainsi que de mettre à disposition des outils de gestion nécessaires à leur pratique. En effet, il a été relevé que l'infirmier en chef doit pouvoir s'investir dans la gestion du changement auprès de son équipe. Certains départements infirmiers commencent à s'investir dans la gestion de l'absentéisme au niveau du département infirmier ou encore dans la gestion des compétences. Bons nombres de directions infirmières ont indiqué que la mise en place de ces bonnes pratiques, en termes de management, a été impulsée par les recommandations de l'accréditation en la matière.

4.2. L'accueil et l'intégration du nouveau collaborateur

Dans le cadre de l'accueil et de l'intégration du nouvel employé, la majorité des directions indiquent que des formations spécifiques sont mises en place. On retrouve des formations obligatoires concernant le dossier du patient informatisé (DPI) ou encore la prescription médicale informatisée (PMI). Cependant, d'autres types de formations voient le jour comme le e-learning. Il s'agit d'une méthode d'apprentissage via internet qui est notamment encouragé par l'accréditation. Le *e-learning* est. La plupart des directions infirmières mettent en évidence le rôle de l'infirmier ICANE qui est chargé de l'accueil et des nouveaux engagés. Afin de faciliter l'intégration du nouvel infirmier, certains hôpitaux mettent en place un système de tutorat. L'infirmier sera donc accompagné par un tuteur attitré qui procédera à son écolage. La durée du tutorat dépendra du temps nécessaire d'adaptation du nouvel employé.

D'autres directions mettent en avant un système de mentorat, où le nouveau collaborateur pourra se référer à une personne désignée au préalable comme mentor. Quelques directeurs mentionnent une implication de la direction du département infirmier et de la direction générale dans le processus d'accueil du nouveau collaborateur. Un hôpital spécialisé, comme la psychiatrie, a mis en place une procédure d'immersion pour tout le personnel infirmier ainsi

que les nouveaux engagés. Ceux-ci ont donc l'opportunité de se mettre sur une liste d'attente afin de pouvoir faire, par la suite, une immersion dans un service de leur choix. Si l'expérience est positive, l'infirmier peut rester à long terme dans ce même service.

L'ensemble des directions du département infirmier mentionne la mise en place d'entretiens de fonctionnement ainsi que d'évaluations. Cela permet de mesurer le processus d'intégration du nouvel infirmier pour ensuite l'adapter en fonction de la situation. Pour un cas unique, un centre de formation a été mis en place afin de faciliter l'intégration des nouveaux collaborateurs. Ce centre est pourvu d'un auditoire et de chambres de simulation.

Enfin, une direction infirmière relève que l'avis des nouveaux arrivants, sur l'accueil et l'intégration de ces derniers, est sollicité dans le but d'améliorer ces deux processus. Il est intéressant de noter que certains hôpitaux ont spécifié que c'est grâce à la mise en place des procédures de l'accréditation qu'ils ont pu développer la thématique de l'accueil et de l'intégration du nouveau collaborateur.

4.3. La communication et l'ouverture

Certains hôpitaux s'activent à promouvoir une communication efficiente entre les différents niveaux hiérarchiques du département infirmier. Tandis que d'autres s'efforcent à être le plus possible à l'écoute de son personnel. Les réunions d'équipe sont citées comme un moyen de communiquer dans les équipes infirmières. Dans une optique d'ouverture, certaines directions infirmières s'efforcent d'être accessibles en tout temps pour leur personnel, en travaillant par exemple sur la transparence de l'architecture des bureaux. D'autres directions s'appliquent à instaurer une proximité avec les acteurs de terrain, notamment en descendant dans les services afin de communiquer. Quelques directions infirmières ont indiqué que la taille de l'institution entre en ligne de compte. En effet, la convivialité au sein de l'hôpital et la proximité sont majorées dans une institution de taille humaine.

4.4. L'empowerment de l'infirmier

Afin d'encourager l'autonomisation (*empowerment*) des infirmiers, plusieurs stratégies ont été citées par les directions du département infirmier interviewées. D'une part, la promotion des formations complémentaires a été mise en avant. On y retrouve les spécialisations, les formations continues ou encore les masters. D'autre part, la gestion de projets par les acteurs de terrain permet d'accroître leurs responsabilités.

4.5. La gouvernance partagée

Dans le cadre d'une gouvernance partagée, on retrouve le concept du management participatif. En effet, certains départements infirmiers essaient d'inclure le corps infirmier dans les discussions et dans les prises de décisions.

4.6. Les compétences professionnelles

La valorisation des compétences professionnelles a été citée comme une thématique à explorer dans le futur. Elle pourrait se faire selon des modèles inspirés des entreprises privées du secteur marchand.

4.7. Le label *Magnet*

En dernier lieu, nous avons évoqué le concept *Magnet* comme levier dans le cadre de la rétention du personnel infirmier. La majorité des directions interrogées a manifesté un intérêt par rapport à ce label et seraient disposées à s'investir dans ce projet. Bien qu'une direction ait signifié qu'elle n'y voyait pas l'utilité. En effet, celle-ci avance que les grands principes du *Magnet* sont repris dans l'accréditation. Par ailleurs une autre direction explique qu'en s'insérant dans cette démarche, l'hôpital pourrait se retrouver face à des obstacles financiers. Effectivement, les moyens mis en œuvre pour mettre en place un modèle participatif, certifié, nécessitent des ressources financières adaptées. Le label *Magnet* a été cité comme pouvant être une piste d'amélioration dans une problématique telle que la pénurie du personnel infirmier. Il pourrait être utilisé afin d'anticiper cette future pénurie. La direction infirmière d'un hôpital s'est toutefois posé la question de l'adaptabilité du label par rapport aux nouvelles générations. En effet, elle explique que le modèle prend en compte la vie privée du personnel infirmier et, pourrait poser problème face à une génération Z. Pour cette génération, la vie privée passe avant le travail. Pour finir, un hôpital a mentionné qu'il souhaitait s'inscrire dans ce type de démarche dans un futur proche.

Discussion

1. Introduction

Dans l'intention de répondre à notre question de recherche, il est nécessaire de pouvoir confronter notre revue de littérature scientifique à nos résultats. Cette question porte sur l'impact de l'accréditation des institutions hospitalières sur la rétention du personnel infirmier. Notre objectif de recherche consiste, bien sûr, à y répondre mais aussi à dégager des pistes d'amélioration en termes de rétention. Notre recherche scientifique a permis d'établir un canevas théorique sur lequel nous nous sommes basés pour réaliser notre guide d'entretien. Afin de garder cette logique, nous allons reprendre cette trame pour interpréter nos résultats. Pour finir, nous vous présenterons les limites de cette étude.

2. Le roulement du personnel infirmier

Nous rappelons que le but d'aborder la thématique de roulement est de mettre en lumière les causes et les conséquences qui en découlent. En effet, nous jugeons utile d'étudier la problématique en lien avec le sujet central de notre étude afin d'en saisir les enjeux. De la sorte, cela nous permettrait de cibler des stratégies d'amélioration en matière de rétention. Notre revue de littérature scientifique n'utilise pas toujours le terme "roulement" en tant que tel mais elle englobe différents indicateurs liés au roulement des infirmiers, comme l'intention de quitter ou au contraire, l'intention de rester (Halter et al., 2017a).

Nous avons décidé de ne pas discuter de la situation de roulement des hôpitaux interrogés. Nous aborderons cette question à titre informatif, car la situation avancée par les institutions ne repose sur aucune donnée quantitative et relève uniquement de la subjectivité du répondant.

2.1. Les causes de roulement

Les résultats de la recherche nous ont permis de répertorier une série de causes relevées par les directions de département infirmier interrogées. Tout d'abord, la reprise d'études ou encore un changement de direction vers des organisations extra-hospitalières, telles que les soins à domicile, ont été énoncées. Les gestionnaires perçoivent ces causes en tant que telles tandis que pour les infirmiers elles peuvent représenter une issue pour faire face à des raisons

intrinsèques, directement liées au contexte hospitalier. Par exemple, une infirmière peut être insatisfaite de sa rémunération, ce qui occasionne un départ de l'organisation de santé (Chan et al., 2013). Elle pourrait donc se tourner vers une autre partie de la profession offrant une rémunération plus élevée.

Les directions infirmières avancent donc un certain nombre de raisons bien définies concernant le roulement des infirmiers qui ne représentent pas nécessairement les réelles causes vécues par le personnel infirmier. Effectivement, la littérature scientifique énonce de potentielles causes, relayées par le personnel infirmier. Halter et al (2017a) mettent en avant l'épuisement professionnel, l'insatisfaction au travail, le manque d'opportunités de promotion, le leadership transactionnel ou autocratique. Nous pouvons constater que le corps infirmier et la direction du département infirmier (les gestionnaires) n'ont pas toujours la même perception du motif de départ du collaborateur.

La résistance au changement peut aussi provoquer un départ de l'institution. Pour exemple, lors du regroupement de l'activité de plusieurs cliniques sur un même site, certains employés peuvent présenter de la peur, des craintes face à cette nouveauté. Cette crainte peut mener au départ du collaborateur. Nous pouvons rattacher cela aux expériences psychologiques répertoriées par Halter et al (2017a) où l'on retrouve, notamment, le stress au travail comme déterminant de roulement (Coomber et Barriball, 2007).

Il peut arriver que l'infirmier ne se sente plus en phase avec la politique ou les valeurs de l'institution et, par conséquent, quitte l'hôpital. Nous pouvons associer cela à l'insatisfaction au travail qui se trouve être un indicateur de l'intention de partir (Chan et al., 2013; Coomber et Barriball, 2007; Toh et al., 2012). Dans un secteur comme la psychiatrie, le roulement est assez élevé chez les nouveaux diplômés, n'ayant pas de spécialité en psychiatrie. En effet, ils sont très vite confrontés à la réalité du terrain qui n'est pas en adéquation avec leurs attentes. Pour finir, les écartements pour grossesse ont été cités par la plupart des directions. En effet, le personnel infirmier est constitué en majorité par la gente féminine ce qui, par conséquent, augmente la probabilité de grossesses. Dans la majorité des cas, il s'agit d'un roulement temporaire.

Nous pouvons constater que la direction du département infirmier n'a pas mentionné de déterminants de type interpersonnels qui se basent principalement sur les relations gestionnaires-employés tels que la reconnaissance au travail, le type de leadership ou encore le soutien de la hiérarchie (Cowden et al., 2011; Halter et al., 2017a). D'autres causes importantes, retrouvées dans la littérature, n'ont pas été reprises par les directions interrogées comme l'épuisement professionnel ou l'épuisement émotionnel favorisant le roulement du

corps infirmier. Nous pouvons penser que la vision du gestionnaire ne correspond pas toujours à celle de l'employé. En effet, il est possible que la direction infirmière ne mesure pas toujours les enjeux auxquels sont confrontés les équipes infirmières sur le terrain.

2.2. Les conséquences de roulement

Les directions infirmières ont mis en évidence un déséquilibre dans l'expertise des soins. Ce déséquilibre entraîne une diminution de la sécurité dans les soins au patient. En effet, le roulement induit naturellement un renouvellement de l'effectif des équipes infirmières touchées par ce dernier. Ce renouvellement implique alors d'engager de nouveaux collaborateurs dont le niveau d'expertise est inférieur à celui de l'équipe en place. Ces résultats rejoignent ceux de plusieurs études qui attestent que le roulement du personnel infirmier aurait un impact sur la sécurité des patients (Dawson et al., 2014; Oliveira et al., 2016; Zander et al., 2016).

Dans d'autres cas, les hôpitaux doivent faire appel à des agences intérimaires. Ce choix entraîne un coût non négligeable pour l'institution, ce qui corrobore l'étude de Duffield et al (2014) qui démontre que les coûts du roulement sont attribués, en grande partie, au remplacement temporaire des effectifs. Toujours sur un plan financier, on retrouve également les investissements perdus autour des formations infirmières, confirmé par la littérature scientifique, qui avance que la rotation du personnel infirmier serait coûteuse pour les organisations de santé (Dawson et al, 2014; Duffield et al, 2014; Li et Jones, 2013).

L'instabilité des équipes infirmières a été citée comme une conséquence de ce roulement. En effet, cette instabilité peut être expliquée par une réduction temporaire des effectifs au sein des services, une diminution de la cohésion des équipes ou encore de par cette différence d'expertise. Les infirmières ayant une ancienneté importante sont confrontées à l'arrivée de nouvelles générations qui présentent des différences sur de nombreux points, tels que la place du travail dans la vie privée ou encore l'expertise dans les soins. Ce constat implique une gestion intergénérationnelle dans les équipes. Enfin, il a été relevé qu'un roulement élevé au sein d'une équipe infirmière avait pour conséquence l'épuisement de cette dernière. La surcharge de travail engendrée par le roulement occasionne une fatigue émotionnelle et physique pour les membres de l'équipe en place.

En résumé, il est nécessaire d'attirer l'attention des gestionnaires des hôpitaux accrédités sur le fait que le roulement du personnel infirmier peut avoir un impact sur la sécurité du patient

et par conséquent sur le maintien des standards requis par l'accréditation (Oliveira et al., 2016).

3. L'accréditation des institutions hospitalières

Lors de cette thématique, nous allons aborder différents aspects en lien avec l'accréditation qui seront exploités selon nos résultats. Le but est de mettre en lumière l'impact de cette dernière sur la rétention du personnel infirmier. Il convient donc de mettre en évidence les changements et les avantages apportés par l'accréditation dans le travail quotidien des infirmiers. La perception de ces derniers vis-à-vis de l'accréditation est à prendre en compte même si elle se fait par le biais de la direction infirmière. En effet, elle peut nous apporter des indications pertinentes sur l'impact de l'accréditation. Par ailleurs, nous avons sollicité l'avis des directions des départements infirmiers afin de voir leur point de vue concernant l'influence de cette dernière sur la rétention du corps infirmier.

3.1. Le but de la démarche d'accréditation

Il nous est paru intéressant d'exposer les motivations des différentes institutions à se lancer dans cette démarche. Nombreuses sont celles qui ont avancé vouloir s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue pour la sécurité dans les soins au patient. Pour certaines institutions, le but est de pouvoir se comparer à des standards internationaux reconnus. Pour d'autres, il s'agit pour les acteurs de terrains, de pouvoir jouir d'une reconnaissance de par l'obtention du label. Nous pouvons noter que cette motivation est centrée sur le personnel soignant, en particulier le corps infirmier. En effet, la reconnaissance est un facteur favorisant le maintien en poste du personnel (Cummings et al., 2010).

D'autre part, cela permet l'harmonisation des pratiques sur les différents sites d'un groupement hospitalier. Par ailleurs, il apparaît que certains hôpitaux désirent se démarquer des autres structures hospitalières de la région en entrant dans ce programme ou, tout simplement, pouvoir exposer un label de qualité aux yeux de tous.

3.2. La perception des infirmières

Certaines directions interrogées avancent que dans un premier temps, l'accréditation a été perçue de façon négative par les équipes infirmières. En effet, ces dernières y voyaient une surcharge de travail d'un point de vue administratif. Dans un second temps, les directions ont

indiqué que l'accréditation a été vécue de façon plus positive puisqu'ils ont pu remarquer une émulation de la part des infirmières. Ces résultats concordent avec l'étude de Manzo et al (2012a). Cette différence de perception est inhérente à tout système qui utilise un processus d'amélioration continue. La nouveauté est susceptible de créer un sentiment d'insécurité et de résistance immédiate mais éphémère (Manzo et al., 2012b).

Certains hôpitaux renseignent que les infirmiers peuvent ressentir une certaine fierté vis-à-vis de l'accréditation, principalement de part la reconnaissance internationale dont jouit ce label. Par contre, Manzo et al (2012a) avancent que ce sont les responsabilités découlant de l'accréditation qui feraient naître un sentiment de fierté auprès du personnel infirmier.

3.3. Les changements amenés dans le travail quotidien des infirmiers et leurs avantages

Nos résultats montrent que la standardisation des procédures est citée comme un changement majeur dans le travail quotidien des infirmiers. Cette standardisation permettrait de faciliter le travail de ceux-ci. Par ailleurs, Rajan et al (2015) indiquent que le personnel infirmier participant à un programme d'accréditation, gagne en clarté dans ses tâches quotidiennes. Notons que certaines directions ont indiqué une transmission des données par écrit comme changement majeur dans le travail quotidien. En effet, la transmission des informations et des ordres médicaux se faisait principalement oralement dans certains hôpitaux, . Sous l'impulsion de l'accréditation, la collaboration entre les médecins et les paramédicaux s'est vue augmenter. Cela est notamment dû à la mise en place de procédures permettant de favoriser la communication interdisciplinaire.

Dans un même registre, l'accréditation a permis de décloisonner les différents services et départements de l'institution et donc de favoriser la communication entre ces derniers. Ces résultats rejoignent ceux de la revue de littérature de Nicklin (2015), où il apparaît que l'accréditation contribue à améliorer la communication au sein de l'institution ainsi que la collaboration interdisciplinaire. Par ailleurs, cette dernière fait partie des 14 forces du magnétisme mises en avant par l'*American Nurses Credentialing Center* (ANCC) qui a instauré le label *Magnet* (ANCC, 2018a). En effet, certaines études avancent que la collaboration interdisciplinaire influence de manière positive l'environnement du travail (Anderson et al, 2018; Kelly et al, 2011). A travers une revue de littérature scientifique, Stordeur et D'Horre (2009) ont mis en évidence l'influence positive de la collaboration entre infirmiers et médecins sur la satisfaction professionnelle et la rétention du corps infirmier. La satisfaction dans le travail accompli a été citée comme un avantage pour le corps infirmier,

notamment grâce à la mesure des résultats découlant de leurs actions. Cet effet est confirmé par Lin et al (2008), qui démontrent une augmentation de la satisfaction professionnelle du personnel infirmier participant à un programme d'accréditation. Par ailleurs, un bon nombre d'études recommandent de se concentrer sur la satisfaction professionnelle dans le but d'améliorer la rétention du personnel au sein des institutions hospitalières. (Chan et al., 2013; Cocilini et al., 2013; Coomber et Barriball, 2007; Cummings et al., 2018; Dawson et al., 2014; Gess et al., 2008; Toh et al., 2012).

D'autre part, l'accréditation permettrait d'instaurer une logique d'amélioration continue dans le quotidien des infirmiers qui permettrait de développer l'esprit critique de ces derniers. En effet, l'accréditation favoriserait le renforcement des capacités, le perfectionnement professionnel et l'apprentissage organisationnel (Greenfield & Braithwaite, 2008; Groene et al., 2010). Le développement professionnel fait lui aussi partie des 14 forces de magnétisme, ce qui en fait un facteur déterminant dans la fidélisation du personnel (ANCC, 2018a).

3.4. L'influence de l'accréditation sur la fidélisation du personnel infirmier selon la direction du département infirmier

Certaines directions infirmières ont déclaré que l'accréditation pouvait amener un sentiment d'accomplissement et de reconnaissance du travail fourni ainsi qu'un sentiment de fierté suite à l'obtention d'un label. Guess et al (2008) mentionnent dans leur étude toute l'importance de la reconnaissance du travail accompli sur le terrain. En effet, le manque de reconnaissance contribue à une baisse de la satisfaction ainsi qu'une augmentation du taux de roulement du personnel infirmier (Guess et al., 2008). Par ailleurs, nous pouvons associer ce point à la satisfaction professionnelle. Il est important de rappeler que celle-ci favorise le maintien en poste du personnel infirmier (Chan et al., 2013; Coomber et Barriball, 2007; Guess et al., 2008; Toh et al., 2012).

Par ailleurs, il a été mis en avant un sentiment de fierté quant à l'appartenance à une institution hospitalière accréditée. En effet, certains hôpitaux étaient parmi les précurseurs en Fédération Wallonie-Bruxelles ou dans leur région. Ce sentiment de fierté est naturellement lié à la satisfaction professionnelle du corps infirmier. D'autres directions infirmières ont expliqué que l'accréditation pouvait induire un sentiment de sécurité au regard de l'ensemble des procédures mises en place dans l'institution.

La collaboration des infirmiers avec les familles, dans le déroulement de soins au patient, a été avancée dans un secteur de soins comme la psychiatrie. En effet, le corps infirmier se sent

motivé à l'idée de travailler en coopération avec les familles des patients ainsi que d'être acteur de l'évolution de ces derniers. Les résultats de cette évolution sont à présent observables pour le personnel infirmier. Il y a donc un réel sentiment de satisfaction du travail accompli.

Pour finir, l'accréditation aurait pour effet d'augmenter la cohésion au sein des équipes infirmières. Ce constat corrobore l'étude de Cowden et al (2011) qui relève que la cohésion du groupe présente un impact positif sur l'intention de rester.

Une étude mixte concernant l'influence de l'accréditation hospitalière sur la satisfaction professionnelle de l'équipe soignante, a permis de confirmer que l'accréditation est un facteur positif de satisfaction professionnelle (Oliveira et al., 2019).

4. La rétention du corps infirmier

Nous allons comparer les bonnes pratiques récoltées sur le terrain à celles de notre revue de littérature scientifique, dans le but d'en dégager de potentielles stratégies de rétention pour le personnel infirmier. Afin d'enrichir notre récolte de données concernant le concept *Magnet*, nous avons réalisé une interview supplémentaire auprès de l'Hôpital Universitaire d'Anvers (UZA). Cette interview a été réalisée auprès du directeur des soins aux patients de l'hôpital, Mr Van Aken. Nous nous sommes, en partie, basés sur le même guide d'entretien que pour notre public cible. Cependant, nous l'avons adapté de sorte à avoir un maximum d'informations sur la reconnaissance *Magnet* (annexe 7). Pour rappel, l'UZA est une institution hospitalière accréditée auprès de la *Joint Commission International* (JCI) depuis 2015 et est le premier hôpital européen à recevoir la reconnaissance *Magnet* en 2017, décernée par l'ANCC.

4.1. Le leadership et le management des cadres infirmiers

Un leadership de type transformationnel pour les cadres infirmiers a été avancé lors de nos entretiens. Ce type de leadership est prôné par certaines directions de département au sein de leurs équipes d'infirmiers en chef. Les cadres infirmiers utilisant un leadership transformationnel sont une source d'inspiration pour leurs équipes. Ils manifestent de l'empathie dans les moments critiques et répondent aux besoins de leurs équipes infirmières. Ils font également preuve de soutien et favorisent le changement (Cummings et al., 2010; Cope et Murray, 2017; Gifford et al., 2018). L'étude de Cowden et al (2011) révèle que le

style de leadership transformationnel augmente l'intention de rester au sein des institutions de santé. Par ailleurs, selon plusieurs études, ce type de leadership influencerait de façon positive sur la satisfaction professionnelle des infirmières dans les hôpitaux étudiés (Choi et al., 2016; Ibraheem et al., 2011; Negussie et Demissie, 2013; Wang et al., 2011).

Il est important de noter que le soutien du leadership de la hiérarchie est un déterminant de rétention largement considéré dans la littérature scientifique (Halter et al., 2017a).

Néanmoins, d'autres directions nuancent en proposant un leadership situationnel. C'est-à-dire que le cadre infirmier choisira, selon les besoins des membres de son équipe, un leadership persuasif, participatif, délégatif ou directif (Hersey et Blanchard, 1979). Afin d'optimiser son leadership, il est recommandé que les cadres infirmiers associent des comportements axés sur le changement (leadership transformationnel) à des comportements axés sur la tâche (leadership transactionnel) selon les circonstances du terrain. (Gifford et al., 2018).

De façon unanime, l'importance de l'infirmier en chef dans son rôle relatif au bien-être des équipes infirmières a été cité. Ce dernier doit, en plus de ses responsabilités managériales, être garant du bien-être de son équipe. Il est censé avoir un regard attentif et critique vis-à-vis de l'environnement externe à son service. Enfin, il doit être conscient de ses responsabilités managériales et ce qu'elles impliquent dans la gestion d'une équipe infirmière. Une série d'études affirment qu'il est nécessaire que les cadres infirmiers, en particulier les infirmiers en chef, appliquent un leadership de qualité afin de perdurer la fidélisation du personnel infirmier au coeur des institutions de soins (Cope et Murray, 2017; Cummings et al., 2010; Gifford et al., 2018).

Quelques directions infirmières ont révélé commencer à mettre en place un management participatif au sein de leur institution. Ce style de management favorise principalement l'inclusion des acteurs de terrain dans le processus décisionnel de l'organisation. Il fait lui aussi partie des forces du magnétisme mis en évidence par l'ANCC (ANCC, 2018a). On peut d'ailleurs lui associer le principe de gouvernance partagée. En effet, celui-ci est basé sur une gestion participative qui renforce, notamment, l'autonomie de l'employé (Cicolini et al., 2013; Gess et al., 2008; Petit Dit Dariel, 2015). Afin de favoriser l'*empowerment* des infirmiers, certains hôpitaux interrogés proposent des formations complémentaires, comme les spécialisations, les formations continues ou encore les masters. Ils promeuvent aussi la mise en place de groupes de projets autonomes au sein des unités de soins. D'autres études indiquent que le processus d'*empowerment* des infirmières engendre une satisfaction élevée au travail (Choi et al., 2016; Cicolini et al., 2013; Gess et al., 2008) et favorise, dès lors, la rétention du personnel infirmier.

Une majorité des directions interrogées met également en avant les formations en management pour les infirmiers en chef et cadres intermédiaires, afin d'optimiser leurs compétences managériales. Ils mettent l'accent sur la gestion du changement, la gestion de l'absentéisme ainsi que la gestion des compétences professionnelles. Cette dernière pourrait se faire selon des modèles inspirés des entreprises privées du secteur marchand.

Enfin, il est judicieux de préciser que pour bon nombre d'hôpitaux, certaines thématiques du leadership et du management ont pu être développées sous l'impulsion de l'accréditation.

Selon une étude descriptive sur les changements apportés par l'accréditation dans la gestion hospitalière, il apparaît que cette dernière transforme le style de gestion présent dans l'institution en un management plus participatif. Cela comprend donc l'inclusion du personnel de terrain dans le processus décisionnel ainsi que le décroisement des différents services hospitaliers (Oliveira et al., 2017).

4.2. L'accueil et l'intégration du nouveau collaborateur

Dans la plupart des institutions, des formations spécifiques sont mises en place pour le nouveau collaborateur. On y retrouve des formations, obligatoires, relatives à l'utilisation du dossier du patient informatisé (DPI) et à la prescription médicale informatisée (PMI). D'autres types de formations voient le jour comme le *e-learning*, impulsée par l'accréditation. Par ailleurs, les institutions mettent en lumière le rôle de l'infirmier ICANE, chargé de l'accueil et des nouveaux engagés.

Un système de tutorat est mis en place dans certains hôpitaux. Dans d'autres, il s'agit plutôt du mentorat où, comme sa dénomination l'indique, un mentor est préalablement désigné. Ce dernier sera la personne de référence du nouvel arrivant. Selon Rush et al (2013), les programmes de mentorat sont bénéfiques dans la réduction du stress du nouveau collaborateur et de leur temps d'adaptation. Une durée minimale de neuf mois est requise pour que ce type de programme de transition soit efficace (Gordon et al., 2014; Rush et al., 2013). Par ailleurs, l'utilisation du mentorat pourrait avoir un impact sur la problématique de roulement et par conséquent sur le maintien en place du personnel infirmier nouvellement diplômé au sein du secteur hospitalier (Chen et Lou, 2014; Rush et al., 2013). Pour l'ensemble des hôpitaux, la mise en place d'entretiens de fonctionnement et d'évaluations permet de mesurer le processus d'intégration et de l'adapter si besoin. En outre, l'implication de la direction dans le processus d'accueil du nouvel engagé est mis en exergue pour quelques institutions. Cette stratégie se base sur les principes d'inclusion et d'ouverture. La direction infirmière fait preuve

d'ouverture en incluant elle-même le nouvel arrivant au sein de l'organisation. Une procédure d'immersion a été mise en place dans un hôpital spécialisé. Cette procédure donne l'opportunité au nouvel engagé, mais également à tout membre du personnel infirmier, de faire une immersion dans l'unité de soin de son choix. L'expérience favorise, pour autant qu'elle soit positive, le maintien au poste de l'infirmier au sein du service choisi.

Un centre de formation, pourvu d'un auditoire et de chambres de simulation, a été installé au sein d'une institution hospitalière. Ce centre permet une remise à niveau et un perfectionnement des pratiques infirmières. Toujours au sein de cette même institution, un feedback de la part du nouveau collaborateur, concernant son expérience personnelle d'accueil et d'intégration, est sollicité dans le but d'améliorer l'intégration des futurs nouveaux arrivants.

Pour finir, certains hôpitaux ont spécifié que la mise en place de procédures a permis de développer la thématique de l'accueil et de l'intégration du nouveau collaborateur.

4.3. La communication et l'ouverture

Une communication efficiente entre les différents niveaux hiérarchiques est promue au sein de certains hôpitaux. En effet, Guess et al (2008) recommandent de mettre en place une communication adaptée entre les cadres infirmiers et le personnel de terrain. Par ailleurs, les réunions d'équipe sont citées comme un moyen de communiquer au sein des unités de soins. Dès lors, il est préconisé d'accorder un temps de parole à chacun durant ces réunions (Guess et al., 2008). De plus, certaines institutions essaient de favoriser l'écoute active de la direction infirmière envers son personnel. Guess et al (2008) indiquent que l'écoute active de la part des cadres infirmiers permet de faire preuve d'ouverture et d'inclusion envers le personnel de terrain.

Dans une optique d'ouverture, la direction se rend plus accessible en travaillant sur la transparence de l'architecture de ses bureaux. Certaines directions infirmières s'appliquent à instaurer un sentiment de proximité avec les acteurs de terrain, en se rendant notamment dans les services afin de communiquer avec ces derniers.

La taille de l'institution entre en ligne de compte pour quelques hôpitaux. En effet, une institution de taille humaine permet de favoriser la proximité et la convivialité dans les relations interpersonnelles.

4.4. Le label *Magnet*

Une grande partie des directions interrogées a manifesté un certain intérêt envers le label *Magnet* et serait disposée à s'investir dans le projet. D'ailleurs, un hôpital a mentionné qu'il souhaitait s'inscrire dans cette démarche dans un futur proche. Cependant, une direction a exprimé ne pas saisir l'utilité de ce label, avançant que les grands principes de l'accréditation s'y retrouvent. En outre, il a été rapporté que l'institution pourrait se trouver face à des obstacles financiers. Cependant, le label *Magnet* pourrait représenter une piste d'amélioration dans la problématique de la pénurie du personnel. Ceci étant, il nécessite un potentiel remaniement et ajustement en vue de l'adapter aux nouvelles générations.

Le but de l'Hôpital Universitaire d'Anvers (UZA) de s'inscrire dans le programme *Magnet* était d'attirer et de maintenir le personnel infirmier au sein de l'organisation. Ce label a permis à l'hôpital de mettre en place une série de stratégies en termes d'attractivité et de fidélisation. Ces stratégies sont basées sur des résultats empiriques de la pratique infirmière.

La direction infirmière a pu établir un modèle de gouvernance partagée au sein du département infirmier. Dès lors, le corps infirmier prend part à la politique de base de l'organisation et à la possibilité de décider des objectifs ou stratégies qu'ils veulent mettre en place. Pour exemple: *“les infirmiers ont choisi d'inclure chaque patient dans le rapport de changement de service (matin-soir-nuit). C'est, donc, une décision qui est prise par les infirmières elles-mêmes. Et nous avons appuyé cette décision, nous avons fait en sorte qu'ils puissent le faire.”*

Elle spécifie que la collaboration entre les médecins et les infirmières est performante au sein de l'institution. Cette collaboration est d'ailleurs soulignée par les clients lors des enquêtes de satisfaction. Elle se caractérise aussi au niveau des relations interpersonnelles. Par exemple, les médecins sont appelés par leur prénom et non par leur titre de docteur lors de conversations qui n'incluent pas le patient.

Les infirmiers ont appris à évaluer leur propre travail, non plus en fonction de leur perception mais bien en fonction des résultats basés sur des données probantes. Ils ont l'occasion d'étudier leurs propres processus afin de pouvoir les modifier si besoin. Il est important de donner les outils nécessaires au personnel infirmier pour qu'il puisse améliorer sa pratique infirmière. Par ailleurs, ce type de stratégie relève de l'*empowerment* de l'infirmier.

Concernant la thématique du leadership, la direction infirmière de l'UZA y accorde beaucoup d'attention. Elle investit considérablement dans les formations pour les cadres infirmiers et propose un cours sur le leadership infirmier pour chaque nouvelle infirmière en chef. Les

infirmiers travaillant à l'UZA ont l'opportunité d'assister à des congrès et de participer à des programmes de formations initiés par l'hôpital. Ce genre d'initiative a pour but d'encourager le développement personnel des infirmiers. La direction stipule qu'il est nécessaire de s'investir dans les attentes et les besoins du personnel.

Par ailleurs, certaines études mettent en évidence l'influence positive de tous ces thèmes que sont l'autonomie du personnel infirmier, la communication interdisciplinaire, la formation professionnelle et le leadership infirmier sur l'environnement du travail ainsi que sur la performance organisationnelle (Anderson et al., 2018; Kelly et al., 2011).

La direction mentionne ne plus devoir faire appel aux agences intérimaires alors qu'auparavant, c'était une pratique assez courante. En effet, elle précise qu'il est compliqué de recruter dans la région d'Anvers. Par ailleurs, la direction souligne que le programme de reconnaissance *Magnet* a permis d'inverser cette tendance.

Afin de faire face à la pénurie d'infirmiers, suite à l'allongement des études en soins infirmiers, le département infirmier a mis en place une stratégie de réserve du personnel infirmier. Cette stratégie se concentre particulièrement sur les étudiants infirmiers. En effet, il s'attelle à leur fournir une bonne formation pour qu'ils aient, par la suite, une impression favorable de l'institution. Toutes les cinq semaines, la direction du département infirmier invite un étudiant au restaurant et organise une marche afin de pouvoir discuter et établir une relation entre l'organisation et l'étudiant.

La direction infirmière utilise un programme de transition de l'ANCC: *Practice Transition Accreditation Program* (PTAP), qui est indépendant au programme *Magnet* mais qui est adaptable au sein de ce dernier. Ce programme utilise le concept de mentorat et de préceptorat. Le précepteur sera impliqué dans la transmission du savoir et des compétences techniques tandis que le mentor veillera au bien-être du nouvel engagé.

Le taux de satisfaction au travail des infirmières est mesuré tous les deux ans. Celui-ci représente un indicateur pertinent afin de mesurer la rétention au sein de l'hôpital. La direction du département infirmier affirme observer une différence entre le taux de satisfaction des infirmières avant la reconnaissance *Magnet* et après celle-ci. Par exemple, le taux concernant l'intention de partir est passé de 12 % à moins de 3% sur une période de 8 ans. La moyenne nationale étant supérieur à 20%. Pour le label *Magnet*, il est nécessaire de prouver que l'on diminue son taux de roulement afin de s'assurer que le personnel est satisfait et heureux. En effet, plusieurs études indiquent que la reconnaissance *Magnet* entraîne une diminution du taux de roulement au sein du corps infirmier et augmente le niveau de

satisfaction au travail de ce dernier (Anderson et al., 2018; Kelly et al., 2011; Park et al., 2016).

Afin d'illustrer les effets du *Magnet*, l'UZA explique devoir faire face, à présent, à un enjeu externe à l'institution pour ce qui est du roulement. En effet, ils ont pu constater que dans 75% des cas, les problèmes d'embouteillage ont été mentionnés comme raisons de roulement.

5. Limites de la recherche

Au cours de la rédaction de ce mémoire, nous avons été confrontés à plusieurs limites que nous allons mettre en évidence. Ces dernières doivent inviter le lecteur à prendre du recul quant à l'interprétation de nos résultats. En effet, cette dernière est interprétative et relève donc de la subjectivité du chercheur.

Par ailleurs, nous avons choisi de puiser nos données auprès d'un public cible ayant un regard de gestionnaire sur notre question de recherche. Il est donc important de relever que nos données n'impliquent pas le regard du personnel infirmier. Par conséquent, seule la vision de la direction de département infirmier est prise en compte afin d'interpréter nos résultats. Ce choix, fait en toute connaissance de cause, repose sur notre volonté de cibler un public ayant suffisamment de recul afin de répondre à notre question de recherche; tant sur la vision d'ensemble du processus d'accréditation que sur l'éventuel impact de ce dernier sur le corps infirmier.

En outre, nous pouvons constater que certains hôpitaux n'étaient que nouvellement accrédités, soit en mai et juillet 2018. Ayant réalisé nos entretiens aux mois de janvier et février 2019, cela laisse donc peu de temps aux institutions hospitalières concernées de pouvoir mesurer et objectiver les effets de l'accréditation sur le personnel de terrain.

Ensuite, nous pouvons également souligner que lors du recueil de nos données, nous avons pu influencer ce dernier de par notre expérience, nos motivations personnelles ou nos hypothèses préliminaires concernant le sujet de recherche. Ce point relève de la réflexivité personnelle du chercheur. Finalement, rappelons que notre démarche scientifique est avant tout à visée exploratoire.

Conclusion et perspectives

Les institutions hospitalières connaissent actuellement des difficultés à maintenir en poste les infirmiers. Le roulement de ces derniers a une incidence négative sur la sécurité des patients ainsi que sur le bien-être des équipes. Ce mémoire avait pour ambition de mettre en lumière les bénéfices pouvant être apportés par l'accréditation à la problématique et par la suite, énoncer des pistes d'amélioration en termes de rétention. Nous avons confronté les résultats obtenus au cours de notre enquête à la littérature scientifique. Nous avons pu constater que la perception des causes du roulement semble différente selon le point de vue de l'infirmier ou du gestionnaire. Dès lors, nous invitons les gestionnaires à prendre en considération ces raisons de départ afin de cibler au mieux leurs stratégies de rétention.

Nos résultats ont mis en évidence que l'accréditation permet d'instaurer une démarche d'amélioration continue, encourageant le développement personnel des infirmiers en augmentant leurs capacités professionnelles. Elle favorise la collaboration interdisciplinaire entre les médecins et les infirmiers. Par ailleurs, elle recommande une gestion plus participative des hôpitaux. De la sorte, un management participatif permet de développer l'*empowerment* de l'infirmier en lui permettant de prendre part au processus décisionnel de l'institution. Dans certains cas, elle a permis d'instaurer des programmes de transition pour les nouveaux collaborateurs. Ces différents déterminants ont pour effet d'augmenter la satisfaction au travail chez les infirmiers. Il est donc recommandé de se concentrer sur la satisfaction professionnelle de ces derniers comme indicateur de rétention, afin d'optimiser leur fidélisation.

En termes de stratégies de rétention, les cadres infirmiers et particulièrement l'infirmier en chef ont une importance capitale. En effet, le leadership employé influence directement la fidélisation du corps infirmier. Il est nécessaire que l'ensemble des cadres infirmiers fassent preuve de compétences relationnelles. Un leadership transformationnel est encouragé pour son impact positif sur l'environnement de travail et la satisfaction professionnelle. Il est également recommandé de leur proposer des formations et de leur procurer les outils nécessaires afin qu'ils puissent développer leurs compétences managériales. Par ailleurs, les hôpitaux sont invités à mettre en place des programmes de transition, tels que le mentorat et le préceptorat, dans le but de favoriser l'intégration des nouveaux collaborateurs au sein de l'organisation. Lors de la mise en place de ces programmes, il est pertinent d'adapter ces derniers aux attentes et aux besoins des nouvelles générations.

Chacun des facteurs de rétention cités ci-dessus est intégré et développé dans la certification *Magnet*, où l'on y retrouve le leadership transformationnel, l'*empowerment*, le management participatif, la collaboration interdisciplinaire ou encore le développement professionnel. La reconnaissance *Magnet* a permis à l'Hôpital Universitaire d'Anvers (UZA) de diminuer de façon significative le taux de roulement du personnel infirmier au sein de l'institution. La satisfaction du personnel y est utilisée comme indicateur, afin de mesurer le taux de rétention. En s'inspirant de la collaboration interdisciplinaire, nous pourrions pousser le concept plus loin en promouvant un management de type collectif au sein des institutions hospitalières. Le management collaboratif permet d'inclure toutes les parties prenantes dans le processus décisionnel, afin d'établir un consensus. Pour ce faire, la volonté d'implantation doit être initiée par la direction (top management) et soutenue tout au long de la démarche. Il est nécessaire de ne pas concevoir ce style de gestion comme un modèle binaire. En effet, nous sommes conscients que ce type de management peut bouleverser les habitudes ou la culture d'une organisation. Il est donc judicieux, dans un premier temps, d'exploiter certaines approches de ce dernier afin de les utiliser dans certaines situations spécifiques, telles que des projets pilotes intra-hospitaliers. Le plus important étant d'instaurer une culture collaborative au sein de l'institution et du département infirmier.

Notre étude ayant une visée exploratoire, il serait pertinent d'entreprendre des études ultérieures sur le sujet. Une approche quantitative permettrait de confirmer ou de nuancer nos résultats, en mesurant par exemple le taux de satisfaction des infirmières dans les hôpitaux accrédités belges. Par ailleurs, il pourrait être intéressant d'explorer et de mesurer l'impact du roulement infirmier sur l'accréditation des institutions hospitalières. En effet, cette dernière a pour objectif la sécurité dans les soins apportés au patient. Dès lors, les organisations de santé ont tout intérêt à porter une attention particulière aux conséquences que pourraient engendrer le roulement du personnel infirmier, en particulier sur le maintien des niveaux d'excellence requis par l'accréditation.

Au terme de ce mémoire, nous avons pu mettre en exergue que l'accréditation aurait un impact positif sur la satisfaction professionnelle et sur la rétention du personnel infirmier. Elle permet d'instaurer, au sein des institutions de soins, une logique et une culture d'amélioration continue centrée sur le patient avant tout mais aussi sur les prestataires de soins. Dans cette optique, le label *Magnet* pourrait constituer un moyen solide qui aurait pour but d'optimiser la fidélisation du corps infirmier ainsi que l'attractivité de l'institution.

Bibliographie

- ❖ AMERICAN NURSES ASSOCIATION (ANA). (2018). Library of Magnet Journal Articles. Disponible à l'adresse: <https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/library-of-magnet-journal-articles/#13>, consulté le 11 novembre 2018.

- ❖ AMERICAN NURSES CREDENTIALING CENTER (ANCC). (2018a). Forces of magnetism. Disponible à l'adresse: <https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/history/forces-of-magnetism/#1>, consulté le 9 novembre 2018.

- ❖ AMERICAN NURSES CREDENTIALING CENTER (ANCC). (2018b). Magnet model. Disponible à l'adresse: <https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/magnet-model/>, consulté le 9 novembre 2018.

- ❖ AMERICAN NURSES CREDENTIALING CENTER (ANCC). (2018c). Find a Magnet Facility. Disponible à l'adresse: <https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/find-a-magnet-facility>, consulté le 10 novembre 2018.

- ❖ ANDERSON V.L., JOHNSTON A.N.B., MASSEY D., BAMFORD-WADE A. (2018). Impact of MAGNET hospital designation on nursing culture: an integrative review. *Contemporary Nurse*, 54 (4-5), 483-510. doi:10.1080/10376178.2018.1507677.

- ❖ ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUTORISÉS DE L'ONTARIO (RNAO). (2013). Lignes directrices de pratiques exemplaires: Lignes directrices sur le développement et le maintien du leadership infirmier. Deuxième édition. Disponible à l'adresse: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/LeadershipBPG_FR.pdf, consulté le 8 novembre 2018.

- ❖ BARRIBALL L., BREMNER J., BUCHAN J., CRAVEIRO I., DIELEMAN M., DIX O., *et al.* (2015). Recruitment and Retention of the Health Workforce in Europe: Final report. Disponible à l'adresse: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/workforce/docs/2015_healthworkforce_recruitment_retention_frep_en.pdf, consulté le 18 mai 2019.

- ❖ BOIVIN J., LUTUMBA NTETU A., POIRIER D. (2009). Facteurs explicatifs de la non-rétention du personnel infirmier : étude de la situation au Service régional Info-Santé et Info-social du Saguenay-Lac-Saint-Jean. *L'infirmière clinicienne*, 6 (1), 38-47.
- ❖ BOLDEN R. (2004). What is leadership? (Research Report 1). Centre for Leadership Studies, University of Exeter.
- ❖ BRAITHWAITE J., WESTBROOK J., JOHNSTON B., CLARK S., BRANDON M., BANKS M., *et al.* (2011). Strengthening organizational performance through accreditation research-a framework for twelve interrelated studies: the ACCREDIT project study protocol. *BMC research notes*, 4, 390. doi:10.1186/1756-0500-4-390.
- ❖ BRUBAKK K., VIST G.E, BUKHOLM G., BARACH P., TJOMSLAND O. (2015). A systematic review of hospital accreditation: the challenges of measuring complex intervention effects. *BMC Health Services Research*, 15, 280. doi:10.1186/s12913-015-0933-x.
- ❖ BRUYNEEL L., THOELLEN T., ADRIAENSSENS J., SERMEUS W. (2017). Emergency room nurses' pathway to turnover intention: a moderated serial mediation analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 73 (4), 930-942. doi:10.1111/jan.13188.
- ❖ CANADA NURSES ASSOCIATION (CNA). (2004). Achieving Excellence in Professional Practice – A Guide to Preceptorship and Mentoring. Disponible à l'adresse: <http://saskpreceptors.ca/documents/CNA%20Preceptor%20guide.pdf>, consulté le 4 novembre 2018.
- ❖ CENTRE FÉDÉRAL D'EXPERTISE DES SOINS DE SANTÉ (KCE). (2019). La performance du système de santé belge - RAPPORT 2019. Disponible à l'adresse: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_313B_Rapport_Performance_2019_Rapport%20FR.pdf, consulté le 5 mai 2019.
- ❖ CHAN Z.C., TAM W.S., LUNG M.K., WONG W.Y., CHAU C.W. (2013). A systematic literature review of nurse shortage and the intention to leave. *Journal of Nursing Management*, 21 (4), 605-613. doi:10.1111/j.1365-2834.2012.01437.x.

- ❖ CHEN C.M., LOU M.F. (2014). The effectiveness and application of mentorship programmes for recently registered nurses: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 22 (4), 443-442. doi:10.1111/jonm.12102.
- ❖ CICOLINI G., COMPARCINI D., & SIMONETTI V. (2013). Workplace empowerment and nurses' job satisfaction: a systematic literature review. *Journal of Nursing Management*, 22 (7), 855-871. doi:10.1111/jonm.12028.
- ❖ COOMBER B., BARRIBALL K.L. (2007). Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature. *International Journal Nursing Studies*, 44 (2), 297–314. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.02.004.
- ❖ COPE V., MURRAY M. (2017). Leadership styles in nursing. *Nursing Standard*, 31 (43), 61-70. doi:10.7748/ns.2017.e10836.
- ❖ COWDEN T., CUMMINGS G., PROFETTO-MCGRATH J. (2011). Leadership practices and staff nurses' intent to stay: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 19 (4), 461-477. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01209.x.
- ❖ CUMMINGS G.G., MACGREGOR T., DAVEY M., LEE H., WONG C.A., LO E., *et al.* (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 47 (3), 363-385. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.08.006.
- ❖ CUMMINGS G.G., TATE K., LEE S., WONG C.A., PAANANEN T., MICARONI S.P.M., CHATTERJEE G.E. (2018). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 85, 19–60. doi:10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016.
- ❖ DAWSON A.J., STASA H., ROCHE M.A., HOMER C.S.E., DUFFIELD C. (2014). Nursing churn and turnover in Australian hospitals: nurses perceptions and suggestions for supportive strategies. *BMC Nursing*, 13 (1), 11. doi:10.1186/1472-6955-13-11.
- ❖ DEVKARAN S., O'FARRELL P.N. (2015). The impact of hospital accreditation on quality measures: an interrupted time series analysis. *BMC health services research*, 15, 137. doi:10.1186/s12913-015-0784-5.

- ❖ DUFFIELD C.M., ROCHE M.A., HOMER C.A., BUCHAN J., DIMITRELIS S. (2014) A comparative review of nurse turnover rates and costs across countries. *Journal of Advanced Nursing*, 70 (12), 2703–2712. doi: 10.1111/jan.12483.
- ❖ ELLENBECKER C.H. (2004). A theoretical model of job retention for home health care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 47 (3) 303-310. doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03094.x.
- ❖ FLINKMAN M., LEINO-KILPI H., SALANTERÄ S. (2010). Nurses' intention to leave the profession: integrative review. *Journal of advanced nursing*, 66 (7), 1422-1434. doi: 10.1111 / j.1365-2648.2010.05322.x.
- ❖ GESS E., MANOJLOVICH M., WARNER S. (2008). An Evidence-Based Protocol for Nurse Retention. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 38 (10), 441-447. doi:10.1097/01.nna.0000338152.17977.ca.
- ❖ GIFFORD W.A., SQUIRES J.E., ANGUS D.E., ASHLEY L.A., BROSSEAU L., CRAIK J.M., *et al.* (2018). Managerial leadership for research use in nursing and allied health care professions: a systematic review. *Implementation science : IS*, 13 (1), 127. doi:10.1186/s13012-018-0817-7.
- ❖ GIRAUD L., ROGER A. & THOMINES S. (2012). La fidélisation des Ressources Humaines en période de crise économique. *Revue de gestion des ressources humaines*, 84 (2), 44-60. doi:10.3917/grhu.084.0044.
- ❖ GORDON C.J., AGGAR C., WILLIAMS A.M., WALKER L., WILLCOCK S.M., BLOOMFIELD J. (2014). A transition program to primary health care for new graduate nurses: a strategy towards building a sustainable primary health care nurse workforce? *BMC nursing*, 13, 34. doi:10.1186/s12912-014-0034-x.
- ❖ GREENFIELD D., BRAITHWAITE J. (2008). Health sector accreditation research: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 20 (3), 172-183. doi:10.1093/intqhc/mzn005.
- ❖ GREENFIELD D., PAWSEY M., HINCHCLIFF R., MOLDOVAN M., BRAITHWAITE J. (2012). The standard of healthcare accreditation standards: a review of empirical research underpinning their development and impact. *BMC health services research*, 12, 329. doi:10.1186/1472-6963-12-329.

- ❖ HALTER M., BOIKO O., PELONE F., BEIGHTON C., HARRIS R., GALE J., *et al.* (2017a). The determinants and consequences of adult nursing staff turnover: a systematic review of systematic reviews. *BMC Health Services Research*, 17, 824. doi:10.1186/s12913-017-2707-0.
- ❖ HALTER M., PELONE F., BOIKO O., BEIGHTON C., HARRIS R., GALE J., GOURLAY S., *et al.* (2017b). Interventions to Reduce Adult Nursing Turnover: A Systematic Review of Systematic Reviews. *The open nursing journal*, 11, 108-123. doi:10.2174/1874434601711010108.
- ❖ HAYES L.J., O'BRIEN-PALLAS L., DUFFIELD C., SHAMIAN J., BUCHAN J., HUGHES F., *et al.* (2012). Nurse turnover: a literature review - an update. *International Journal of Nursing Studies*, 49 (7), 887-905. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.10.001.
- ❖ HEALTH BELGIUM. (2016a). Premier programme pluriannuel 2007-2012. Disponible à l'adresse: <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/qualite-des-soins/securite-des-patients/premier-programme>, consulté le 27 octobre 2018.
- ❖ HEALTH BELGIUM. (2016b). Deuxième programme pluriannuel 2013-2017. Disponible à l'adresse: <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/qualite-des-soins/securite-des-patients/deuxieme-programme>, consulté le 27 octobre 2018.
- ❖ HEALTH BELGIUM. (2018). Programme Pay for Performance 2018 pour les hôpitaux généraux. Disponible à l'adresse: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/note_daccompagnement_p4p_24_avril_2018_0.pdf, consulté le 27 octobre 2018.
- ❖ HERSEY P., BLANCHARD K.H., NATEMEYER W.E. (1979). Situational Leadership, Perception, and the Impact of Power. *Group & Organization Studies*, 4 (4), 418-428. doi:10.1177/105960117900400404.
- ❖ KELLY L.A., MCHUGH M.D., AIKEN L.H. (2011). Nurse outcomes in Magnet® and non-magnet hospitals. *The Journal of nursing administration*, 41 (10), 428-433. doi:10.1097/NNA.0b013e31822eddbbc.

- ❖ KOVNER C.T., BREWER C.S., FATEHI F., JUN J. (2014). What Does Nurse Turnover Rate mean and What Is the rate? *Policy Politics & Nursing Practice*. 15 (3-4), 64-71. doi:10.1177/1527154414547953.
- ❖ LARTEY S., CUMMINGS G., PROFETTO-MCGRATH J. (2014). Interventions that promote retention of experienced registered nurses in health care settings: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 22 (8), 1027-1041. doi:10.1111/jonm.12105.
- ❖ LI Y., JONES C.B. (2013). A literature review of nursing turnover costs. *Journal of Nursing Management*, 21 (3), 405–418. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01411.x.
- ❖ MANZO B.F., BRITO M.J.M., CORRÊA A.R. (2012a). Implications of hospital accreditation on the everyday lives of healthcare professionals. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46 (2), 388-394. doi:10.1590/S0080-62342012000200017.
- ❖ MANZO B.F., RIBEIRO H.C.T.C., BRITO M.J.M., ALVES M. (2012b). Nursing in the hospital accreditation process: practice and implications in the work quotidian. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20 (1), 151-158. doi:10.1590/S0104-11692012000100020.
- ❖ MCCAUGHEY D., MCGHAN G.E., RATHERT C., WILLIAMS, J.H., HEARLD K.R. (2018). Magnetic work environments. *Health Care Management Review*, 1. doi:10.1097/hmr.0000000000000198.
- ❖ MERK J., RAHMEL A. (2016) Hospital Employer Attractiveness Considering the Increasing Shortage of Skilled Medical Professionals—A German Review. *Journal of Biosciences and Medicines*, 4 (12), 1-10. doi: 10.4236/jbm.2016.412001.
- ❖ MUMFORD V., FORDE K., GREENFIELD D., HINCHCLIFF R., BRAITHWAITE J. (2013). Health services accreditation: what is the evidence that the benefits justify the costs? *International Journal for Quality in Health Care*, 25 (5), 606-620. doi:10.1093/intqhc/mzt059.
- ❖ NICKLIN W. (2015). The Value and Impact of Health Care Accreditation: A Literature Review. Accreditation Canada. Disponible à l'adresse: <http://hpm.fk.ugm.ac.id/wp/wp-content/uploads/Sesi-8-BAHAN-BACAAN-The-Value-and-Impact-of-Health-Care-Accreditation.pdf>, consulté le 12 octobre 2018.

- ❖ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). (2015). Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030. Disponible à l'adresse: https://www.who.int/hrh/resources/French_global_strategyHRH.pdf, consulté le 12 octobre 2018.
- ❖ PARK S.H., GASS S., BOYLE D.K. (2016). Comparison of reasons for nurse turnover in Magnet® and non-Magnet hospitals. *Journal of Nursing Administration*, 46 (5), 284-290. doi: 10.1097/NNA.0000000000000344.
- ❖ PARLEMENT DE WALLONIE. (2015). Les indicateurs de qualité des soins des hôpitaux. Disponible à l'adresse: https://www.parlement-wallonie.be/pwpages?p=interp-questions-voir&type=all&id_doc=58390, consulté le 28 octobre 2018.
- ❖ PETIT DIT DARIEL, O. (2015). L'empowerment structurel des hôpitaux « magnétiques » est-il concevable en France ? *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 1 (4), 197 - 204. doi:10.1016/j.refiri.2015.10.005.
- ❖ PLATEFORME POUR L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SOINS ET DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS (PAQS). (2013). Qmentum International: Programme francophone international. Disponible à l'adresse: <https://www.paqs.be/getfile/9cc948bd-a52d-4ad4-92f8-8f7cf9a8cf5c/Organisme-daccreditation-ACI;.aspx>, consulté le 25 octobre 2018.
- ❖ PLATEFORME POUR L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SOINS ET DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS (PAQS). (2016). L'accréditation des hôpitaux en Wallonie et à Bruxelles. Disponible à l'adresse: http://www.gbs-vbs.org/fileadmin/user_upload/Unions/intensivisten/L_accréditation_des_hopitaux_en_Wallonie_et_a_Bruxelles.pdf, consulté le 20 octobre 2018.
- ❖ RUSH K.L., ADAMACK M., GORDON J., LILLY M., JANKE R. (2013). Best practices of formal new graduate nurse transition programs: an integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 50 (3), 345-356. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.06.009.
- ❖ SERVICE PUBLIC DE WALLONIE (SPW) ÉCONOMIE. (2013). Plan Marshall 2022 - Premières étapes de mise en oeuvre. Disponible à l'adresse:

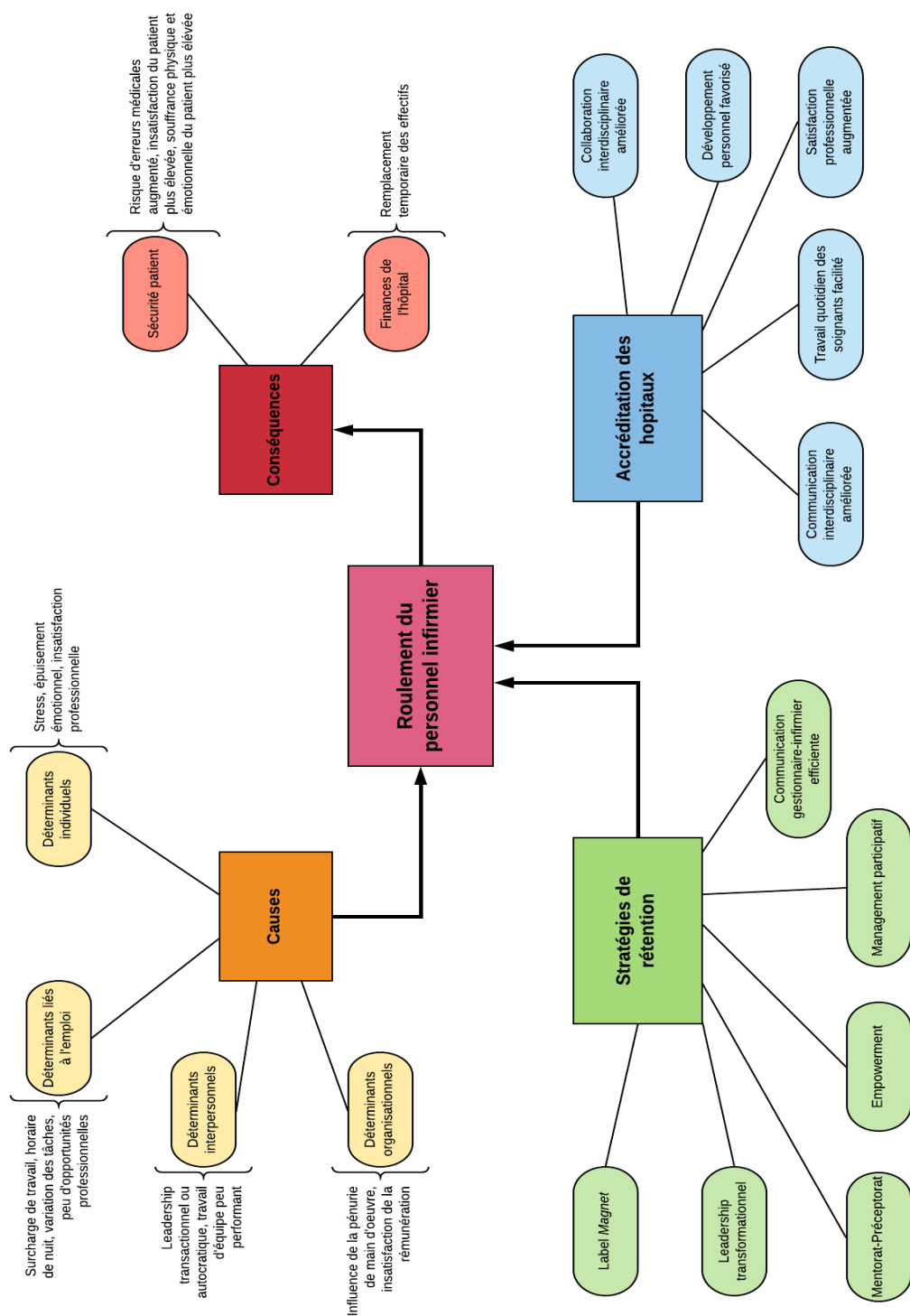
<http://economie.wallonie.be/sites/default/files/pm2022-1eresetapesmisesenoeuvres.pdf>, consulté le 28 octobre 2018.

- ❖ SFANTOU D.F., LALLOTIS A., PATELAROU A.E., SIFAKI-PISTOLLA D., MATALLIOTAKIS M., PATELAROU E. (2017). Importance of Leadership Style towards Quality of Care Measures in Healthcare Settings: A Systematic Review. *Healthcare (Basel)*, 5 (4), 73. doi:10.3390/healthcare5040073.
- ❖ STORDEUR S., D'HOORE W. (2005). Investigation des raisons du départ prématuré des infirmières 2002-2005. NEXT - nurses' early exit study. Disponible à l'adresse: [http://www.hosp.ucl.ac.be/recherche/NEXT Belgium-OrganizationalFactors.pdf](http://www.hosp.ucl.ac.be/recherche/NEXT%20Belgium-OrganizationalFactors.pdf), consulté le 20 octobre 2018.
- ❖ STORDEUR S., D'HOORE W. & THE NEXT-STUDY GROUP. (2007). Organizational configuration of hospitals succeeding in attracting and retaining nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 57(1), 45–58. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04095.x.
- ❖ STORDEUR S., D'HOORE W. (2009). *Attractivité, fidélisation et qualité des soins: 3 défis, une réponse*. Paris: Lamarre. 243p.
- ❖ TOH S.G., ANG E., DEVI M.K. (2012). Systematic review on the relationship between the nursing shortage and job satisfaction, stress and burnout levels among nurses in oncology/haematology settings. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 10 (2), 126-141. doi: 10.1111 / j.1744-1609.2012.00271.x.
- ❖ UNIVERSITAIRE ZIEKENHUIS ANTWERP (UZA). (2018). Magnet hospital. Disponible à l'adresse: <https://www.uza.be/magnet-hospital>, consulté le 12 novembre 2018.
- ❖ VANDENBROECK S., VAN GERVEN E., DE WITTE H., VANHAECHT K., GODDERIS L. (2017). Burnout in Belgian physicians and nurses. *Occupational Medicine*, 67 (7), 546–554. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqx126>.
- ❖ VLAAMS PARLEMENT. (2017). Algemene ziekenhuizen - Accreditatie. Disponible à l'adresse: <http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1335246>, consulté le 26 octobre 2018.

- ❖ ZANDER B., AIKEN L.H., BUSSE R., RAFFERTY A.M., SERMEUS W., BRUYNEEL L. (2016). The state of nursing in the European Union, Eurohealth [Version électronique]. *Eurohealth incorporating Euro Observer*, 22 (1), 3-6.
- ❖ ZORG EN GEZONDHEID. (2018). Kwaliteit in algemene ziekenhuizen. Disponible à l'adresse: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/kwaliteit-in-algemene-ziekenhuizen>, consulté le 26 octobre 2018.

Annexes

Annexe 1. Carte conceptuelle du cadre théorique



Annexe 2. Cycle triennal-Accréditation Canada



AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ Cycle de trois ans

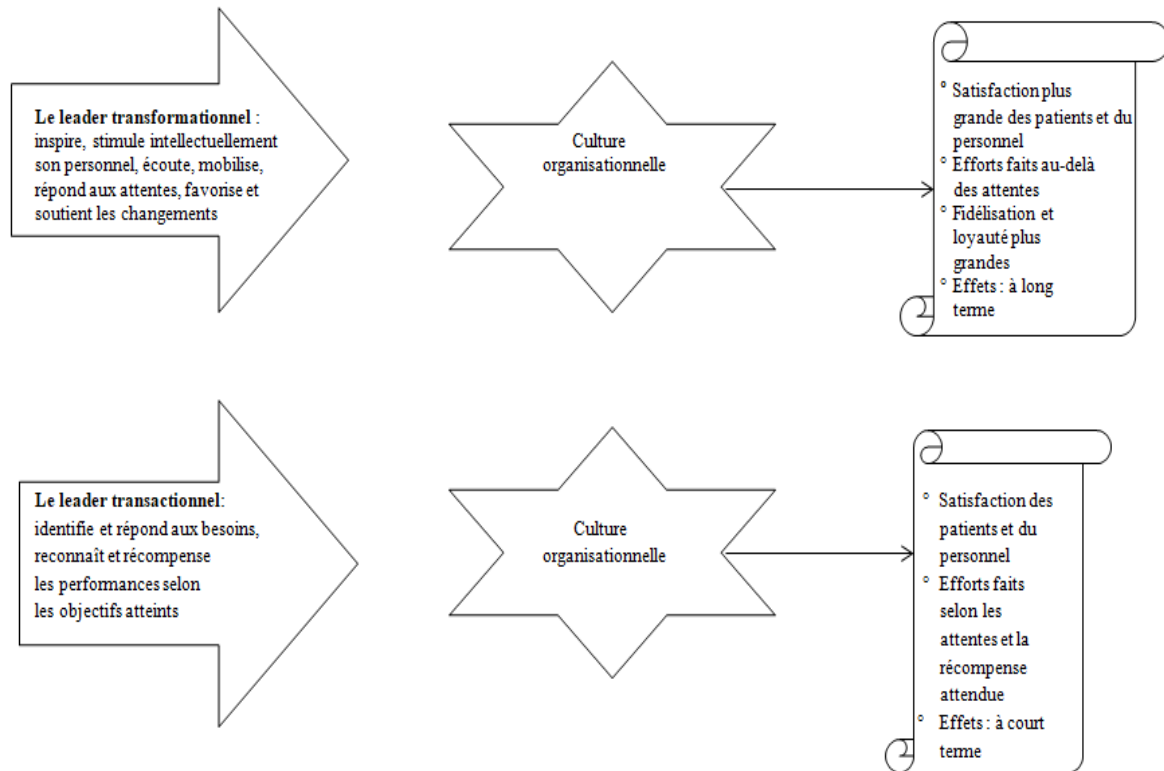


© Agrément Canada, 2009
10/2009

 **ACCREDITATION CANADA**
AGRÈMENT CANADA
www.accreditation.ca

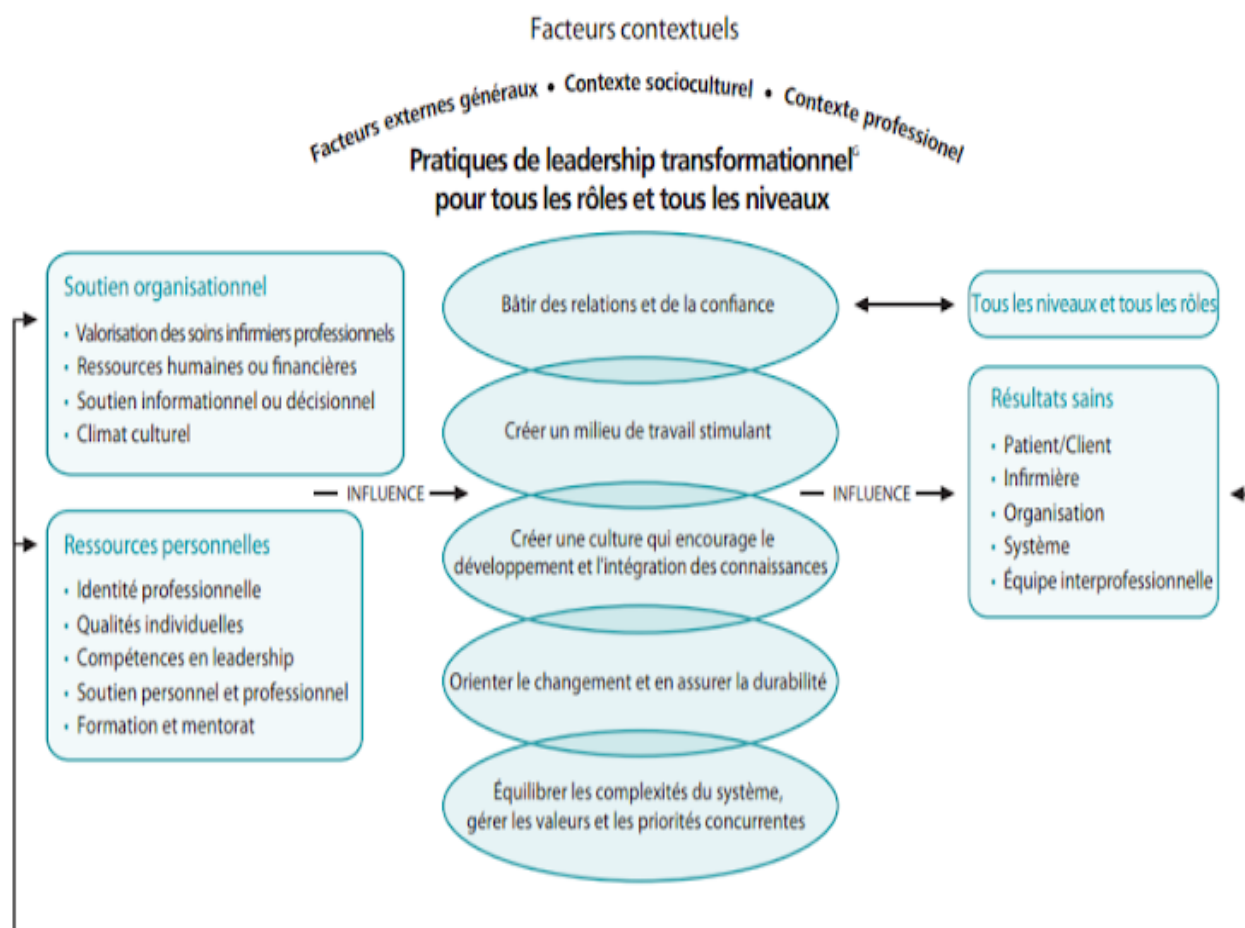
Accreditation Canada, 2013

Annexe 3. Schéma conceptuel du leadership transformationnel et transactionnel



Stordeur et D'Hoore (2009)

Annexe 4. Modèle conceptuel du développement et maintien du leadership infirmier



RNAO, 2013

Annexe 5. Tableau comparatif entre l'accréditation Canada (ACI) et le label *Magnet* (ANCC)

Accréditation	Label <i>Magnet</i>
Démarche d'amélioration continue	Démarche d'amélioration continue
Centrée sur le patient	Centré sur le personnel infirmier
Basée sur des données probantes	Basé sur des données probantes
Axée sur les processus	Axé sur les résultats
Orientée sécurité patient	Orienté résultats cliniques, satisfaction patient et satisfaction infirmière
Promeut un management participatif	Instaure un management participatif
Favorise la collaboration interdisciplinaire	Favorise la collaboration interdisciplinaire
Leadership axé sur le processus d'amélioration continue de l'organisation	Leadership axé sur le personnel infirmier (Leadership transformationnel)
Encourage le développement personnel	Développe l' <i>empowerment</i> de l'infirmier

Annexe 6. Guide d'entretiens semi-dirigés pour la direction du département infirmier des hôpitaux accrédités de la Fédération Wallonie-Bruxelles

Bonjour Mr X, je suis étudiant en dernière année du master en sciences de la santé publique. Je réalise mon mémoire sur l'impact de l'accréditation des institutions hospitalières sur la rétention du personnel infirmier.

Je vous remercie d'avoir répondu favorablement à ma demande d'interview.

L'objectif de notre rencontre est de mettre en lumière, à travers cet entretien, l'impact/l'influence de l'accréditation de l'hôpital sur la rétention du personnel infirmier au sein de l'institution.

Dans un souci de précision pour la retranscription de l'entretien, puis-je vous enregistrer ? Il est possible d'arrêter à tout moment l'enregistreur.

Je tiens à préciser et à certifier que l'enregistrement ne sera écouté que par moi-même et personne d'autre.

Avant de commencer, pouvez-vous vous présenter et définir votre fonction au sein de l'institution?

Entretien

1. Combien de cycles d'accréditation avez-vous vécu?
2. Quel est le but de l'hôpital de s'inscrire dans une démarche d'accréditation?
3. Quelle est la situation de l'hôpital en matière de roulement du personnel infirmier?
4. Quelles sont les causes de roulement au sein de votre institution hospitalière?
5. Quelles sont les conséquences liées au roulement du personnel infirmier?
6. Quels sont les changements apportés par l'accréditation dans le travail quotidien des infirmiers?
7. Quels avantages liés à l'accréditation le personnel infirmier retire-t-il?
8. Quelle est la perception du corps infirmier vis-à-vis de l'accréditation?
9. En quoi l'accréditation peut-elle influencer de manière positive la fidélisation des infirmiers?

10. Des interventions ont-elles déjà été instaurées au sein de votre institution hospitalière afin de réduire le roulement du corps infirmier? Si oui, lesquelles?
11. Comment pourriez-vous mettre en place des interventions afin de réduire ce roulement?
- Quel programme de transition utilisez-vous pour les nouveaux diplômés? (mentorat, préceptorat)
 - Quelle importance accordez-vous au leadership des cadres infirmiers? Quel type de leadership favorisez-vous?
 - Que pensez-vous d'un système de gouvernance partagée dans la gestion des soins infirmiers?
12. Connaissez-vous le label *Magnet* (hôpitaux aimants)? Que pensez-vous de ce label pour les institutions hospitalières? Étant inscrit dans un processus de qualité continu, pourriez-vous envisager d'entreprendre les démarches d'accréditation *Magnet*?

Annexe 7. Guide d'entretien pour l'Hôpital Universitaire d'Anvers (UZA)

(Version française)

Introduction

Bonjour Mr X, je suis étudiant en dernière année du master en sciences de la santé publique. Je réalise mon mémoire sur l'impact de l'accréditation des institutions hospitalières sur la rétention du personnel infirmier.

Je vous remercie d'avoir répondu favorablement à ma demande d'interview.

L'objectif de notre rencontre est de mettre en lumière, à travers cet entretien, l'impact/l'influence de l'accréditation de l'hôpital sur la rétention du personnel infirmier au sein de l'institution.

Dans un souci de précision pour la retranscription de l'entretien, puis-je vous enregistrer ? Il est possible d'arrêter à tout moment l'enregistreur.

Je tiens à préciser et à certifier que l'enregistrement ne sera écouté que par moi-même et personne d'autre.

Avant de commencer pouvez-vous vous présenter et définir votre fonction au sein de l'institution?

Entretien

1. Combien de cycles d'accréditation avez vous vécu en ce qui concerne la Joint Commission International (JCI) et la certification *Magnet*?
2. Quel est le but de l'hôpital de s'inscrire dans une démarche d'accréditation?
3. Quelle est la situation de l'hôpital en matière de roulement du personnel infirmier?
4. Quelles sont les causes de roulement au sein de votre institution hospitalière?
5. Quelles sont les conséquences liées au roulement du personnel infirmier au sein de votre hôpital?
6. Quel était le but de l'institution d'obtenir le label *Magnet*? L'accréditation a-t-elle eu un rôle quelconque dans cette démarche? Si oui, quelle a été son influence?
7. Selon vous, quelles sont les ressemblances et les différences avec l'accréditation JCI?
8. Quels sont les changements apportés par le label *Magnet* dans le travail quotidien des infirmiers?

9. Quels avantages lié au label le personnel infirmier retire-t-il?
10. Quelle est la perception du corps infirmier vis à vis du label *Magnet*?
11. Quelles sont les stratégies de rétention qui ont été instaurées suite au label *Magnet*?
12. D'autres interventions ont-elles déjà été instaurées au sein de votre institution hospitalière afin de réduire le roulement du corps infirmier? Si oui, lesquelles?
 - Quel programme de transition utilisez-vous pour les nouveaux diplômés? (mentorat, préceptorat)
 - Quelle importance accordez-vous au leadership des cadres infirmiers? Quel type de leadership favorisez-vous?
 - Que pensez-vous d'un système de gouvernance partagée dans la gestion des soins infirmiers?

(Version anglaise)

Introduction

Hello Mr X, I am a final year student in of a Master in Public Health Sciences. I am writing my thesis on the impact of the accreditation of hospital institutions on the nursing staff retention.

Thank you for responding positively to my request for an interview.

The objective of our meeting is to highlight, through this interview, the influence of hospital accreditation on the nursing staff retention within the institution.

For the sake of accuracy in transcribing the interview, may I record you? It is also possible to stop the recorder at any time.

Just to be clear I certify that the recording will only be listened to by myself and no one else.

How to provide feedback?

Before you start, can you introduce yourself and define your role within the institution?

Interview:

1. How many accreditation cycles have you experienced with regard to the Joint International Commission (JCI) and Magnet certification?

2. What is the purpose of the hospital to be part of an accreditation process?
3. What is the hospital's situation in terms of nurse staff turnover?
4. What are the causes of turnover in your hospital institution?
5. What are the consequences of nurse turnover in your hospital?
6. What was the purpose to obtain the Magnet label? Has accreditation had any role in this process? If so, what was its influence?
7. In your opinion, what are the similarities and differences with JCI accreditation?
8. What changes does the Magnet label bring to the daily work of nurses?
9. What are the label benefits for nurses?
10. What is the nursing profession's perception of the Magnet label?
11. What are the retention strategies that have been implemented following the Magnet label?
12. Have other interventions already been implemented in your hospital institution to reduce nurse turnover? If so, which ones?
 - What bridging program do you use for new graduates? (mentoring, preceptorship)
 - How important is nursing leadership to you? What type of leadership do you favour?
 - What do you think of a system of shared governance in nursing management?

-