

RIPOST

Recherches sur les interrelations
personnelles, organisationnelles
et sociales du travail

Centre de santé et de services sociaux
de la Vieille-Capitale

Centre affilié universitaire

Prévenir, soigner, soutenir... chaque jour

La fidélisation des jeunes infirmières et infirmières auxiliaires au CSSS de la Vieille-Capitale



Equipe de recherche sur les impacts
psychologiques, organisationnels
et sociaux du travail

(RIPOST)

Avril 2014

Centre affilié universitaire



UNIVERSITÉ
LAVAL

RECHERCHE
et évaluation

Nancy Côté, chercheuse d'établissement¹

Renée Bourbonnais, professeure associée au département de réadaptation¹⁻²

Nadine Bolduc, professionnelle de recherche¹

Audrey Duchesne, professionnelle de recherche¹

Nathalie Jauvin, chercheuse d'établissement¹

Marie-France Lafond, responsable en transfert de connaissances¹

¹ CSSS de la Vieille-Capitale

² Université Laval

Pour obtenir une copie de ce rapport, veuillez consulter la section des publications à l'adresse suivante : www.ripost.qc.ca

Équipe RIPOST

880, rue Père-Marquette, 3e étage

Québec (Québec) G1S 2A4

Téléphone: (418) 681-8787

Télécopieur: (418) 687-9694

Courriel : ripost@csssvc.qc.ca

Dépôt légal : 2014

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

ISBN 978-2-89680-080-3 (papier)

ISBN 978-2-89680-081-0 (PDF)

© CSSS de la Vieille-Capitale, avril 2014

Remerciements

Nous remercions d’abord toutes les infirmières et infirmières auxiliaires qui ont pris part à cette recherche en acceptant de participer aux entrevues menées dans le volet qualitatif de l’étude. Nous sommes reconnaissantes de leur disponibilité et leur générosité à nous raconter leur vécu. Merci également aux gestionnaires, représentants syndicaux et acteurs-clés du CSSS de la Vieille-Capitale qui ont également participé aux entrevues de recherche.

Nous tenons à remercier chaleureusement et à souligner la participation active des membres du comité consultatif, soit, du CSSS de la Vieille-Capitale, Francine Blackburn, Directrice adjointe aux affaires universitaires et à l’enseignement, France Goudreault, Directrice des ressources humaines, Suzanne Péloquin, Directrice adjointe à la Direction générale et responsable du Service des communications, Agnès Gaudreault, Directrice des soins infirmiers et des pratiques professionnelles, Diane Baulne, alors Chef du service de la PMO et de la Dotation, Rita Lamothe et Lynda Lessard, Présidente locale et présidente locale par intérim du Syndicat des professionnelles en soins de Québec (SPSQ), Geneviève Fortier, représentante du Comité d’infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA), Christine Lesieur, représentante du Conseil des infirmières et infirmiers, et, en-dehors du CSSS de la Vieille-Capitale, Marie-Dominique Bélisle, Conseillère en ressources humaines à l’Association québécoise d’établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), Sylvie Hains, Directrice de la planification et des soins infirmiers au Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et Nathalie Gauthier, Conseillère de l’Ordre régional des infirmières et infirmiers de Québec (ORIIQ). Ces personnes ont joué un rôle de premier plan à la fois dans la réalisation de la recherche, dans l’identification de pistes d’action et de leviers et dans la mise en œuvre de mesures pour favoriser la fidélisation du personnel infirmier.

Nous remercions le CSSS de la Vieille-Capitale pour son appui financier et logistique, lequel a rendu possible la réalisation de cette recherche. À cet effet, nous tenons à souligner l’engagement de l’établissement et des différentes directions impliquées dans l’ensemble du processus.

Enfin, soulignons la contribution de deux étudiants-stagiaires au projet de recherche, Jacky Rioux et Janic Allard.

Sommaire

Réalisée par l'équipe RIPOST¹, la présente recherche s'intéresse aux motifs menant les jeunes infirmières² et infirmières auxiliaires du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Vieille-Capitale, Centre affilié universitaire (CAU), à quitter volontairement leur emploi et aux stratégies pour favoriser leur fidélisation au sein de l'établissement.



La recherche compte deux volets :

- 1) un volet quantitatif qui dresse un portrait du personnel infirmier du CSSS de la Vieille-Capitale et présente les statistiques des départs survenus entre 2005 et 2009;
- 2) un volet qualitatif qui présente les résultats d'entrevues menées auprès de jeunes infirmières et infirmières auxiliaires ayant quitté l'établissement ou toujours en emploi.

Utilisant la perspective des parcours de vie, la recherche propose une nouvelle conception des départs qui tient compte à la fois des perspectives individuelle et organisationnelle et de la dynamique entre les deux. Plusieurs pistes sont présentées pour favoriser la fidélisation du personnel infirmier. Les nombreuses retombées de la démarche dans le milieu, issues d'un travail de collaboration entre les différents partenaires impliqués dans le projet, sont enfin abordées.

¹ *Recherches sur les interrelations personnelles, organisationnelles et sociales du travail.*

² Puisque les infirmières et infirmières auxiliaires sont majoritairement des femmes, le féminin sera utilisé dans le but d'alléger le texte.

Table des matières

REMERCIEMENTS	iii
SOMMAIRE	iv
LISTE DES TABLEAUX	vi
LISTE DES GRAPHIQUES	vii
LISTE DES FIGURES	viii
FAITS SAILLANTS	ix
PRÉSENTATION DE LA RECHERCHE	1
ORIGINE DE LA RECHERCHE	2
MÉTHODOLOGIE	3
RÉSULTATS	4
Statistiques concernant le personnel infirmier (Volet I).....	4
<i>Un portrait d'ensemble</i>	4
<i>Statistiques entourant les départs</i>	5
<i>Principaux constats du Volet I</i>	14
Les récits des participantes (Volet II)	15
<i>Le portrait des participantes</i>	16
<i>Les six enjeux entourant le choix de quitter ou de rester en emploi</i>	17
<i>Les départs sur un continuum de temps : quatre types de parcours rencontrés</i>	24
<i>Principaux constats du Volet II</i>	29
IMPLICATIONS PRATIQUES	31
Une piste à action multiple	32
RETOMBÉES DANS LE MILIEU	34
Mobilisation de l'ensemble des acteurs autour d'un enjeu commun	35
Mise sur pied d'un sondage portant sur l'ensemble du personnel	35
Compréhension renouvelée des départs.....	35
Changements dans les pratiques organisationnelles	36
Conclusion.....	39
RÉFÉRENCES	40
ANNEXE – Document de travail ayant servi à l'exercice de priorisation de pistes d'action avec le comité consultatif	42

Liste des tableaux

TABLEAU 1 : PORTRAIT DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIÈRES AUXILIAIRES ENTRE LE 1 ^{ER} AVRIL 2005 ET LE 31 MARS 2009.....	4
TABLEAU 2 : PORTRAIT DES PARTICIPANTES	16

Liste des graphiques

GRAPHIQUE 1 : ÉVOLUTION DES DÉPARTS SUR QUATRE ANS.....	5
GRAPHIQUE 2 : ÉVOLUTION DES DÉPARTS SELON LE SEXE	6
GRAPHIQUE 3 : ÉVOLUTION DES DÉPARTS SELON LE TITRE D'EMPLOI	6
GRAPHIQUE 4 : ÉVOLUTION DES DÉPARTS SELON LE GROUPE D'ÂGE	7
GRAPHIQUE 5 : ÉVOLUTION DES DÉPARTS SELON L'ANCIENNETÉ	7
GRAPHIQUE 6 : ÉVOLUTION DES DÉPARTS SELON LE STATUT D'EMPLOI.....	8
GRAPHIQUE 7 : ÉVOLUTION DES DÉPARTS SELON LE QUART DE TRAVAIL	8
GRAPHIQUE 8 : ÉVOLUTION DES DÉPARTS SELON LA MISSION.....	9
GRAPHIQUE 9 : PROPORTION DES DÉPARTS SELON L'ÂGE, L'ANCIENNETÉ ET LE TITRE D'EMPLOI.....	10
GRAPHIQUE 10 : PROPORTION DES DÉPARTS SELON L'ÂGE, L'ANCIENNETÉ ET LE STATUT D'EMPLOI.....	11
GRAPHIQUE 11 : PROPORTION DES DÉPARTS SELON L'ÂGE, L'ANCIENNETÉ ET LE QUART DE TRAVAIL	12
GRAPHIQUE 12 : PROPORTION DES DÉPARTS SELON L'ÂGE, L'ANCIENNETÉ ET LA MISSION	13
GRAPHIQUE 13 : TAUX DE ROULEMENT PERSONNEL INFIRMIER DU CSSS DE LA VIEILLE-CAPITALE	34

Liste des figures

FIGURE 1 : CONTINUUM DE DÉPART	24
FIGURE 2 : ILLUSTRATION DES PISTES D’ACTION SUR LE CONTINUUM DE DÉPART	32
FIGURE 3 : UNE PISTE À ACTION MULTIPLE : LA STABILISATION DES ÉQUIPES.....	33

Faits saillants

Les données statistiques sur le personnel infirmier permettent de faire les constats suivants :

- ✚ Contrairement à certaines hypothèses, le phénomène de roulement du personnel infirmier n'est pas spécifique aux jeunes; nous constatons un taux de roulement important parmi les autres catégories d'âge.
- ✚ L'ancienneté a un effet significatif sur les départs; nous observons un taux de roulement important parmi les infirmières et les infirmières auxiliaires qui ont moins de 5 ans d'ancienneté et ce, peu importe leur âge.
- ✚ Les 18 premiers mois dans l'organisation sont critiques; la moitié des départs survient durant cette période. Toutefois, bien qu'un nombre moins important de départs surviennent entre 18 mois et 5 ans, ce sont des infirmières expérimentées qui quittent, ce qui peut représenter des coûts importants pour l'établissement.

Les données issues des entrevues menées auprès de jeunes infirmières et infirmières auxiliaires mènent aux conclusions suivantes :

- ✚ Les « jeunes » ne partagent pas tous les mêmes valeurs à l'égard du travail; les attentes à l'égard du travail varient d'une personne à l'autre et évoluent dans le temps.
- ✚ Six grands enjeux liés à l'organisation du travail jouent un rôle important dans la décision de quitter ou de rester en emploi : L'accueil, l'orientation et l'encadrement, le travail avec la clientèle, le sentiment d'améliorer de façon continue sa situation en termes d'horaire et de stabilité, l'équipe de travail, le rôle du supérieur immédiat, les conditions de conciliation travail/famille.
- ✚ La décision de quitter, lorsqu'elle se produit, se construit dans le temps et implique très souvent plusieurs dimensions de la vie d'un individu et de ses proches.
 - L'analyse des parcours de départ révèle que les conditions entourant le travail, notamment les horaires et la charge de travail, sont à la source des insatisfactions dans de nombreux cas, amenant plusieurs infirmières ou infirmières auxiliaires qui aimaient leur emploi à faire le choix de le quitter quand même.
 - D'un autre côté, l'analyse met de l'avant certains aspects de l'organisation du travail qui contribuent à tempérer l'impact des difficultés rencontrées tels que l'équipe de travail, le soutien des collègues, la possibilité de travailler auprès de la clientèle de son choix ou d'améliorer de façon continue sa situation.
- ✚ Les résultats invitent à réfléchir à des mesures de fidélisation qui vont agir à la fois sur le court terme (les entrevues d'embauche, l'accueil et l'orientation, la stabilité des horaires) et sur le long terme (le cheminement de carrière et le développement des compétences). Ils invitent aussi à réfléchir à des pistes ayant des effets bénéfiques sur plusieurs dimensions à la fois (la stabilisation des équipes).



Présentation de la recherche

Devant l'ampleur des **taux de roulement observés parmi certaines catégories de travailleurs**, les directions des ressources humaines des établissements du réseau québécois de la santé et des services sociaux s'interrogent depuis quelques années sur les stratégies à adopter pour retenir et fidéliser la main-d'œuvre. C'est dans ce contexte qu'a été élaborée la présente recherche, qui s'est déroulée entre 2009 et 2012 et qui s'est penchée sur le cas spécifique des infirmières et des infirmières auxiliaires œuvrant au Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Vieille-Capitale, Centre affilié universitaire (CAU).

Roulement et fidélisation du personnel infirmier dans le RSSS

Les établissements de santé font état depuis quelques années d'un problème important de roulement du personnel dans plusieurs pays occidentaux (Lavoie-Tremblay et al., 2011; Loan-Clarke et al., 2010; Pang et al., 2002). La profession infirmière est particulièrement visée par cette mobilité croissante (O'Brien-Pallas et al., 2008).

En plus d'affecter la continuité et la qualité des services, un taux important de roulement occasionne de nombreux problèmes dans les équipes : manque de personnel, surcharge de travail chez le personnel stable, perturbation des opérations quotidiennes, absentéisme, formations à répétition, perte d'expertise, augmentation des problèmes de santé parmi les travailleurs à l'emploi, etc. (Hayes et al., 2011; Singh et Loncar, 2010; Takase, 2010; O'Brien-Pallas et al., 2008; Jones, 2004, 2005). Cette situation engendre de nombreux coûts directs et indirects (O'Brien-Pallas et al., 2008; Waldman et al., 2004; Cascio, 1987).

Pour ces multiples raisons, fidéliser les infirmières s'avère depuis plusieurs années un enjeu majeur au sein de nombreux établissements de santé qui appréhendent dans les années à venir une pénurie de main-d'œuvre (Maddalen & Crupi, 2008).

ORIGINE DE LA RECHERCHE

Faisant face à des taux de roulement élevés au sein de son personnel infirmier (infirmières et infirmières auxiliaires) notamment parmi celles ayant peu d'ancienneté, le CSSS de la Vieille-Capitale a entamé à l'automne 2009 une collaboration avec des chercheurs de l'équipe RIPOST (*Recherches sur les interrelations personnelles, organisationnelles et sociales du travail*) afin de mieux comprendre le phénomène et identifier des mesures à mettre en place pour favoriser la rétention de sa main-d'œuvre dans un contexte de rareté de la main-d'œuvre et de compétition entre les organisations.

La réflexion entourant la rétention et la fidélisation des jeunes infirmières et infirmières auxiliaires a d'entrée de jeu mis de l'avant la **nécessité d'acquérir une meilleure connaissance des motifs causant les départs**; en effet, bien des études ont démontré que les *réelles* raisons des départs sont souvent méconnues des employeurs (Paillé, 2011). Or, une compréhension de ces motifs permet d'agir plus efficacement sur la rétention et la fidélisation du personnel (Paillé, 2011, 2010) ce qui, en corollaire, assure un environnement de travail plus performant (Mohr et al., 2012) et améliore l'efficacité et la qualité des services (O'Brien-Pallas et al., 2008; Buchan, 1999). L'objectif et les questions de la recherche ont été définis de la façon suivante :

Comprendre les processus qui mènent les jeunes infirmières et les infirmières auxiliaires à la décision de quitter leur emploi au sein de l'établissement.

- **Pourquoi autant de jeunes quittent-ils leur emploi?**
- **Quoi faire pour les fidéliser à l'organisation?**

Un comité consultatif a été mis sur pied, réunissant, en plus de l'équipe de recherche, des représentants du CSSS de la Vieille-Capitale (Ressources humaines, syndicat, Affaires universitaires, Soins infirmiers, Conseil des infirmières et infirmiers, Comité d'infirmières et infirmiers auxiliaires), ainsi que des partenaires régionaux et nationaux, incluant l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Québec, l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux et le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Mandat du comité consultatif

Dans une perspective de coconstruction des connaissances, le mandat de ce comité était de discuter de l'avancement des travaux et des différentes étapes de la recherche, de participer à la prise de certaines décisions concernant le projet, d'échanger sur les résultats et de participer activement à l'identification de pistes et mesures découlant de ces résultats.

MÉTHODOLOGIE

VOLET 1 (QUANTITATIF). Dans un premier temps, une analyse statistique du profil de l'ensemble des infirmières et infirmières auxiliaires œuvrant au CSSS de la Vieille-Capitale a été réalisée. Bien que la recherche vise les jeunes infirmières et les infirmières auxiliaires, le volet quantitatif fut étendu à l'ensemble des catégories d'âge afin de **vérifier l'hypothèse de départ voulant que le taux de roulement soit plus élevé chez les jeunes.** Pour ce faire, une analyse quantitative des fichiers administratifs de l'ensemble du personnel infirmier ayant travaillé entre le 1^{er} avril 2005 et le 31 mars 2009 au sein du CSSS a été effectuée.

VOLET 2 (QUALITATIF). Le second volet de l'étude visait à **approfondir la compréhension des différents processus qui mènent à la décision de quitter ou de rester en emploi chez les infirmières et infirmières auxiliaires âgées de moins de 35 ans.** L'intérêt plus spécifiquement porté sur ce groupe d'âge est lié à l'hypothèse qu'au sein du CSSS de la Vieille-Capitale, le roulement du personnel est un problème particulièrement criant chez les jeunes travailleuses. Par ailleurs, cette période est associée à un moment du cycle de la vie où s'effectuent de nombreuses transitions dans les sphères conjugale, familiale et professionnelle. En effet, les infirmières et infirmières auxiliaires rencontrées avaient non seulement terminé leurs études, mais elles avaient déjà cumulé une certaine expérience de travail. Plusieurs étaient en couple et avaient amorcé une vie familiale. Ainsi, la sélection de cette tranche d'âge nous assurait de pouvoir interroger l'impact des multiples domaines de la vie sur le rapport au travail des infirmières et infirmières auxiliaires. Ce second volet a été réalisé sur la base des **récits de vie de 42 participantes.** Nous avons inclus dans l'échantillon à la fois les bachelières, les techniciennes et les infirmières auxiliaires, les hommes et les femmes, et rejoint les différents secteurs du CSSS de la Vieille-Capitale. L'échantillon comptait des participantes ayant déjà quitté leur emploi au moment de l'entrevue (celles-ci devaient avoir cumulé moins de cinq ans d'ancienneté³), et d'autres toujours en emploi au CSSS (celles-ci devaient avoir dépassé le seuil critique du roulement préalablement établi par les analyses quantitatives à cinq ans d'ancienneté³). Ce second volet a été complété enfin par des **entrevues auprès des gestionnaires, des représentants syndicaux et des acteurs-clés impliqués dans le recrutement ou l'encadrement des nouvelles recrues.** Ces entrevues (n = 15) visaient essentiellement à interroger ce groupe de personnes sur les mesures à mettre en place dans le CSSS pour favoriser la rétention et la fidélisation du personnel infirmier. Lors de ces rencontres, les gestionnaires, acteurs-clés et représentants syndicaux ont proposé diverses pistes de solution, qui se retrouvent en synthèse en annexe.



³ Selon les analyses statistiques portant sur l'ensemble des départs (autres que la retraite) des infirmières et infirmières auxiliaires entre 2005 et 2009, 80 % sont survenus dans les cinq premières années.

Résultats

STATISTIQUES CONCERNANT LE PERSONNEL INFIRMIER (VOLET I)

Un portrait d'ensemble

L'analyse des fichiers administratifs de l'ensemble des infirmières et infirmières auxiliaires a permis de répertorier, pour la période comprise entre le 1^{er} avril 2005 et le 31 mars 2009, un total de 1 586 employées, dont 1 015 infirmières et 571 infirmières auxiliaires. Le portrait de ces employées est présenté dans le tableau 1.

Tableau 1 : Portrait des infirmières et infirmières auxiliaires entre le 1^{er} avril 2005 et le 31 mars 2009

PORTRAIT DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIÈRES AUXILIAIRES D'UN CSSS ENTRE LE 1 ^{ER} AVRIL 2005 ET LE 31 MARS 2009 (N=1586)			
		N	%
Titre d'emploi	Infirmières	1 015	64,0
	Infirmières auxiliaires	571	36,0
Sexe	Femme	1 408	88,8
	Homme	178	11,2
Âge	Moins de 35 ans	420	26,5
	35 à 44 ans	362	22,9
	45 ans et plus	802	50,6
Ancienneté	5 ans et plus	842	53,1
	Moins de 5 ans	744	46,9
Statut d'emploi	OCC	292	18,4
	TCR	583	36,8
	TCT	8	0,5
	TPR	604	38,1
	TPT	97	6,1
Quart de travail	Jour	867	54,7
	Soir	307	19,4
	Nuit	118	7,4
	Rotation	38	2,4
	Deux quarts de travail	256	16,1
Mission	CLSC	611	38,5
	CHLSD	821	51,8
	Autres directions	154	9,7
Départs	Encore en emploi	1 048	66,1
	Départ autre que la retraite	380	24,0
	Départ à la retraite	158	10,0

Les données analysées ont fait ressortir certaines tendances dans le profil de ces employées concernant l'âge, le sexe, l'ancienneté, le statut d'emploi et le quart de travail. Le tableau ci-contre permet par exemple d'observer que :

- la majorité des sujets à l'étude sont des femmes (89 %);
- 26 % ont moins de 35 ans;
- 50 % sont âgées de 45 ans et plus;
- un nombre important d'infirmières et infirmières auxiliaires ont moins de cinq ans d'ancienneté (47 %);
- 37 % détiennent un statut de temps complet régulier (TCR), 38 %, un statut de temps partiel régulier (TPR), et 18 %, un statut d'occasionnel;
- la majorité travaille de jour (55 % d'entre elles) et en CHSLD (52 %);
- 45 % possèdent toutefois un horaire atypique.

Statistiques entourant les départs

L'analyse statistique du Volet I, en plus d'établir un portrait global du personnel infirmier, visait plus spécifiquement à chiffrer et analyser l'ensemble des départs survenus entre le 1^{er} avril 2005 et le 31 mars 2009. Parmi ces départs, nous nous sommes intéressées essentiellement aux **départs volontaires autres que la retraite**.

Le tableau 1 révèle que sur un total de 1 586 employées, 34 % ont quitté durant la période étudiée, dont 24 % pour des raisons autres que la retraite.

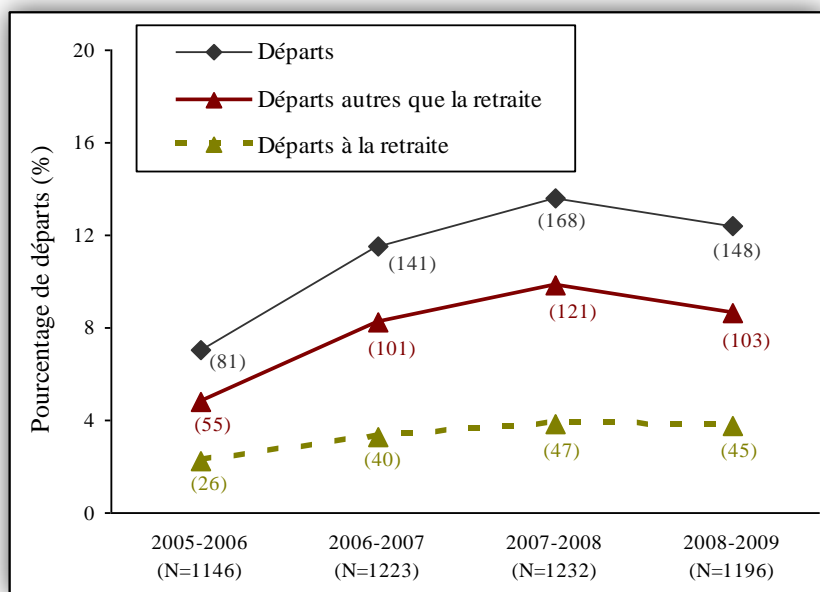
Les données recueillies sur les départs ont également été ventilées par année, ce qui nous permet d'établir un portrait de l'évolution des départs au cours de ces quatre années.

Évolution des départs sur quatre ans

Le graphique 1 permet de distinguer de façon globale **pour chaque année** :

1. le total de l'ensemble des départs;
2. le nombre de départs survenus pour des raisons autres que la retraite;
3. le nombre de départs à la retraite.

Graphique 1 : Évolution des départs sur quatre ans

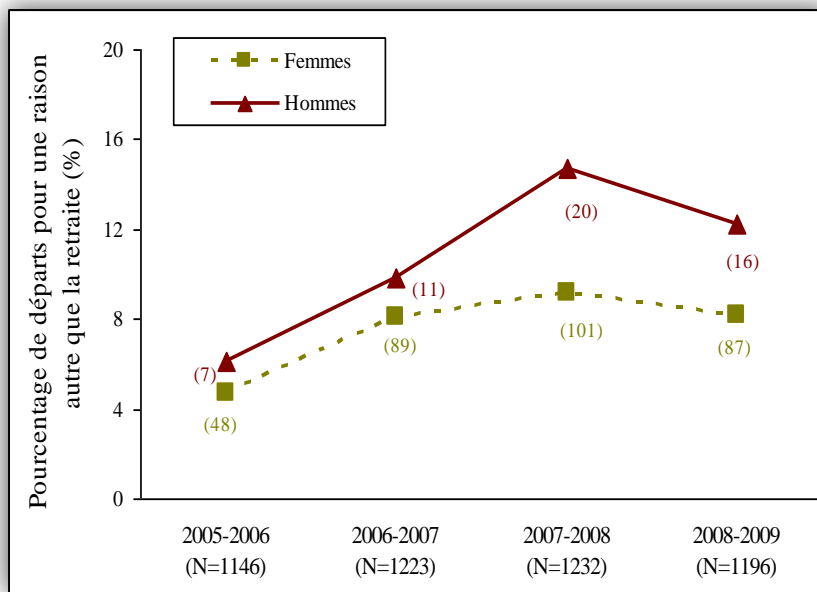


Les données révèlent que les départs connaissent une importante croissance jusqu'en 2007-2008 et diminuent légèrement en 2008-2009, à l'exception des départs à la retraite qui restent relativement stables.

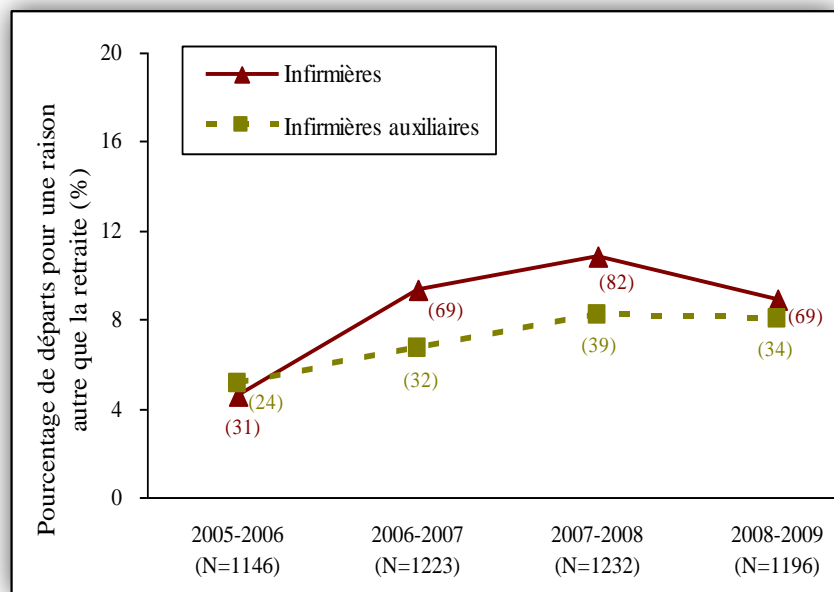
Les prochains graphiques se concentrent uniquement sur les **départs volontaires autres que la retraite**. Ils permettent de suivre l'évolution de ces départs, cette fois selon les variables que l'on retrouve dans le portrait d'ensemble, à savoir le sexe, le titre d'emploi, le groupe d'âge, l'ancienneté, le statut d'emploi, le quart de travail et la mission.

Graphique 2 : Évolution des départs selon le sexe

Les courbes du graphique 2, qui présentent l'évolution des départs selon le sexe, permettent de constater que cette évolution est à peu près similaire chez les hommes et les femmes, moyennant une augmentation substantielle des départs en 2007-2008 pour les hommes. En 2008-2009, on retrouve une légère baisse des taux de départ dans les deux groupes.



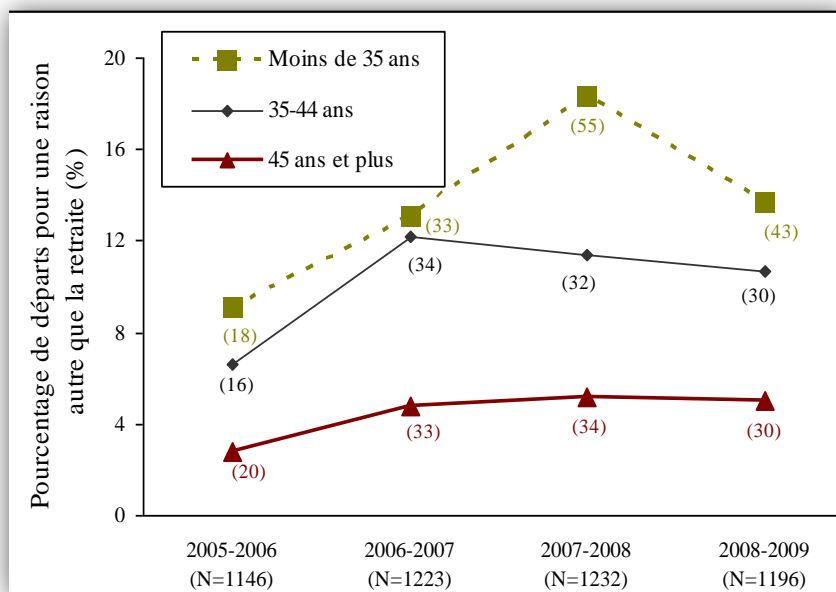
Graphique 3 : Évolution des départs selon le titre d'emploi



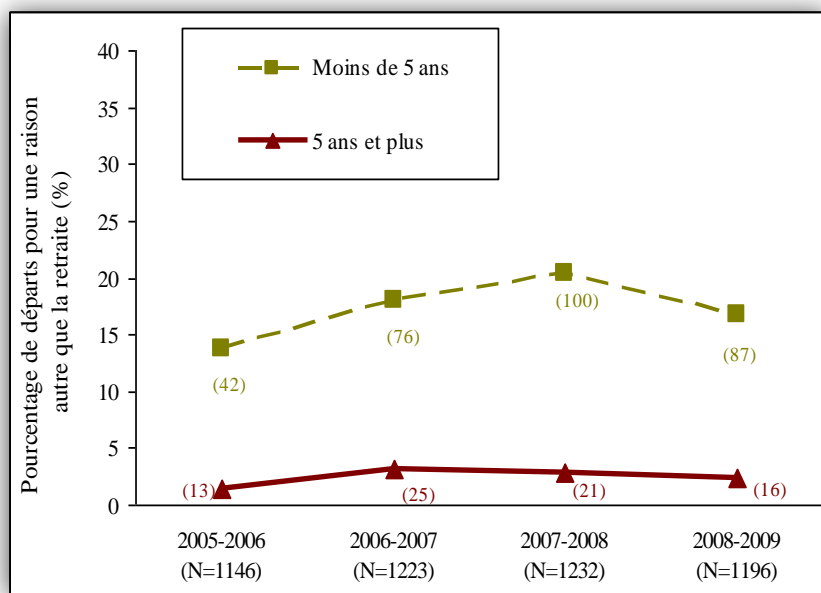
L'évolution des départs est également relativement similaire pour les infirmières et les infirmières auxiliaires, tel que le révèlent les courbes du graphique 3. Toutefois, les infirmières ont été légèrement plus affectées par la hausse des départs de 2006 à 2008 que les infirmières auxiliaires.

Graphique 4 : Évolution des départs selon le groupe d'âge

Il apparaît dans le graphique 4 que les moins de 35 ans présentent des taux plus élevés de départ, particulièrement en 2007-2008. Il faut toutefois noter que le choix de ne pas retenir ici les départs à la retraite, qui sont ceux qui surviennent le plus chez les 45 ans et plus, diminue substantiellement les proportions de départs au sein de ce groupe d'âge.



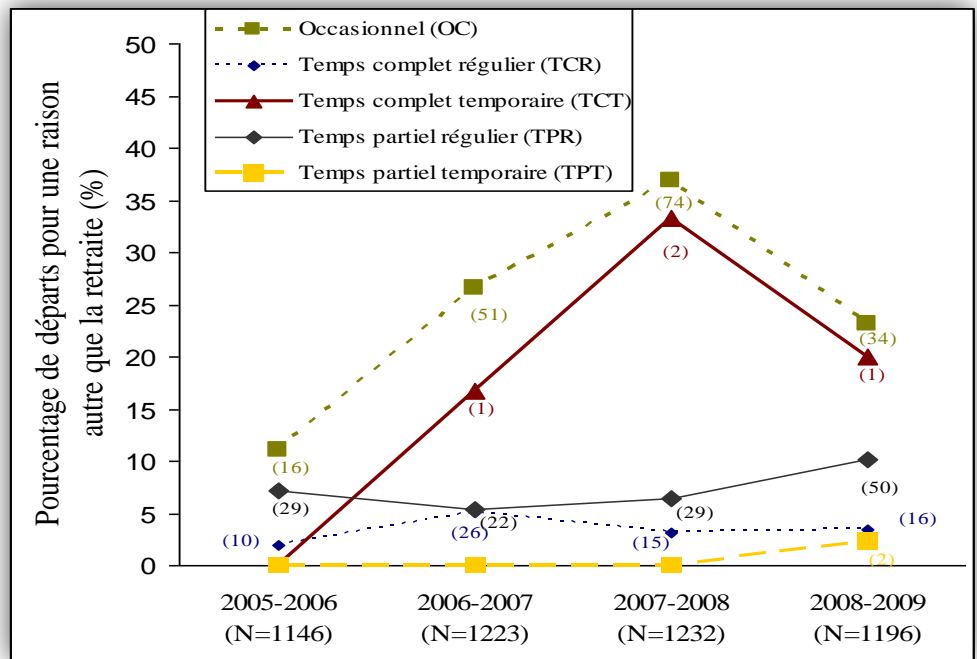
Graphique 5 : Évolution des départs selon l'ancienneté



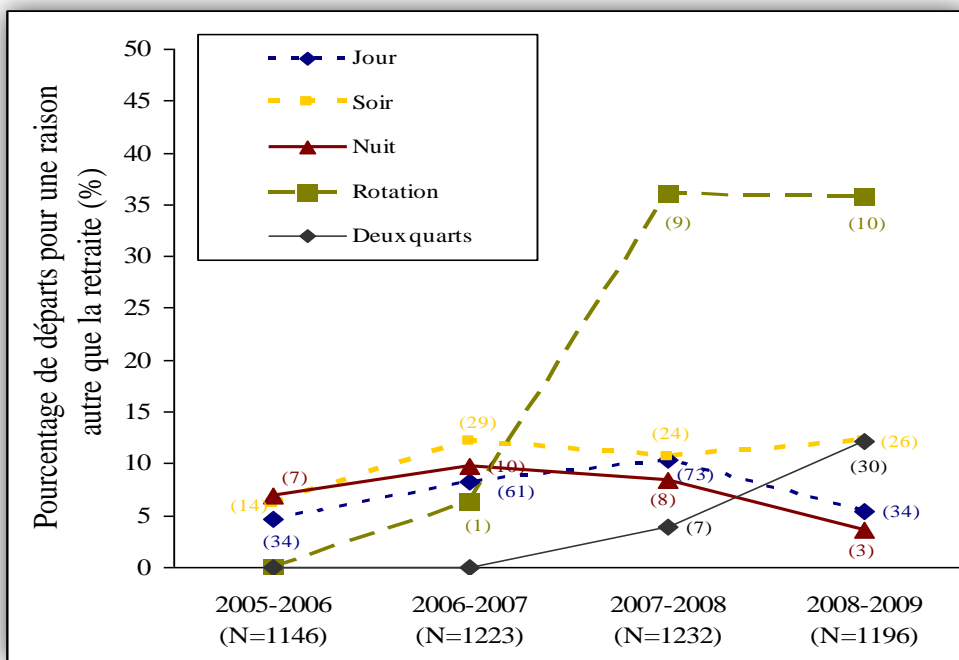
L'évolution des départs selon l'ancienneté permet de remarquer de façon très nette que la grande majorité des départs survient chez le personnel possédant moins de cinq ans d'ancienneté, et ce, peu importe l'année.

Graphique 6 : Évolution des départs selon le statut d'emploi

On observe dans le graphique 6 que les occasionnelles et celles possédant un statut de temps complet temporaire (TCT), bien que ces catégories comportent peu d'effectifs, sont celles qui partent en plus grand nombre. Une fois de plus, l'année 2007-2008 a été particulièrement marquante, avec une proportion de départs atteignant les 37 % chez les occasionnelles.



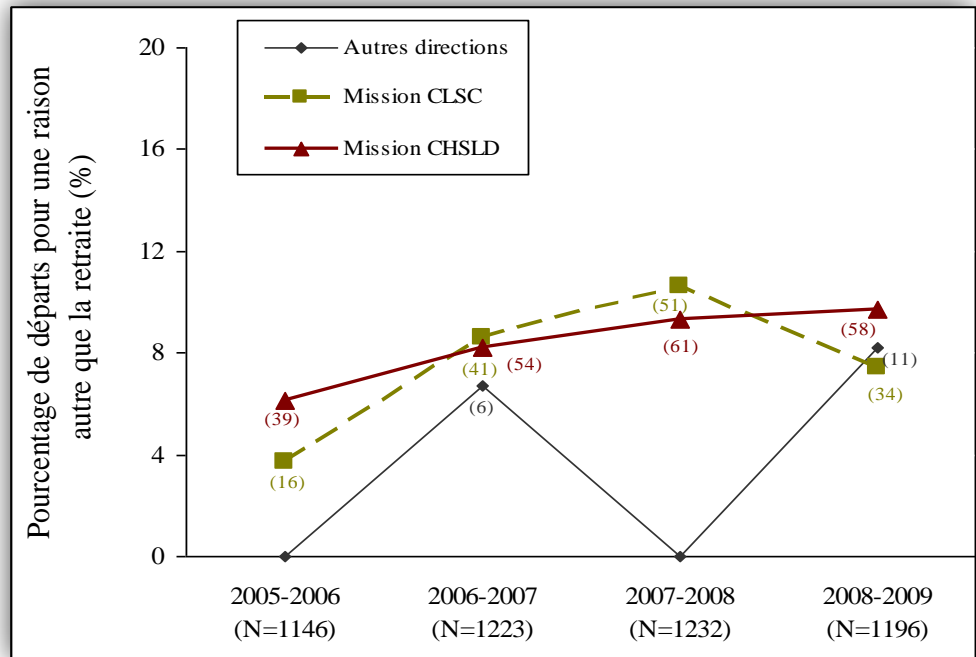
Graphique 7 : Évolution des départs selon le quart de travail



Les courbes du graphique 7 dévoilent des taux plus élevés de départ chez le personnel en rotation (à partir de 2007 toutefois). Le personnel de jour et de soir connaît des taux de départ relativement stables alors que celui sur deux quarts de travail, qui semblait protégé en 2005 et 2006, augmente pour s'approcher des autres quarts à partir de 2007.

Graphique 8 : Évolution des départs selon la mission

L'évolution des départs selon la mission indique qu'en dehors des autres directions qui ont très peu d'effectifs, les missions CLSC et CHSLD connaissent des proportions de départs relativement similaires, moins fluctuantes toutefois dans le cas des CHSLD.



Les courbes d'analyse de l'évolution des départs au cours des quatre années permettent globalement d'observer, peu importe les variables retenues, une croissance des départs connaissant un sommet en 2007⁴ puis une baisse l'année suivante.

Proportion des départs selon les principales variables d'intérêt

En tenant compte de l'ensemble des catégories d'âge, l'analyse des départs survenus entre 2005 et 2009 devait nous permettre de vérifier l'hypothèse voulant que le taux de roulement soit plus élevé chez les jeunes. Toutefois, à partir des analyses statistiques sur les départs, on a pu constater que **l'ancienneté était plus significative que l'âge pour expliquer les départs**, la majorité des départs survenant à l'intérieur des cinq premières années.

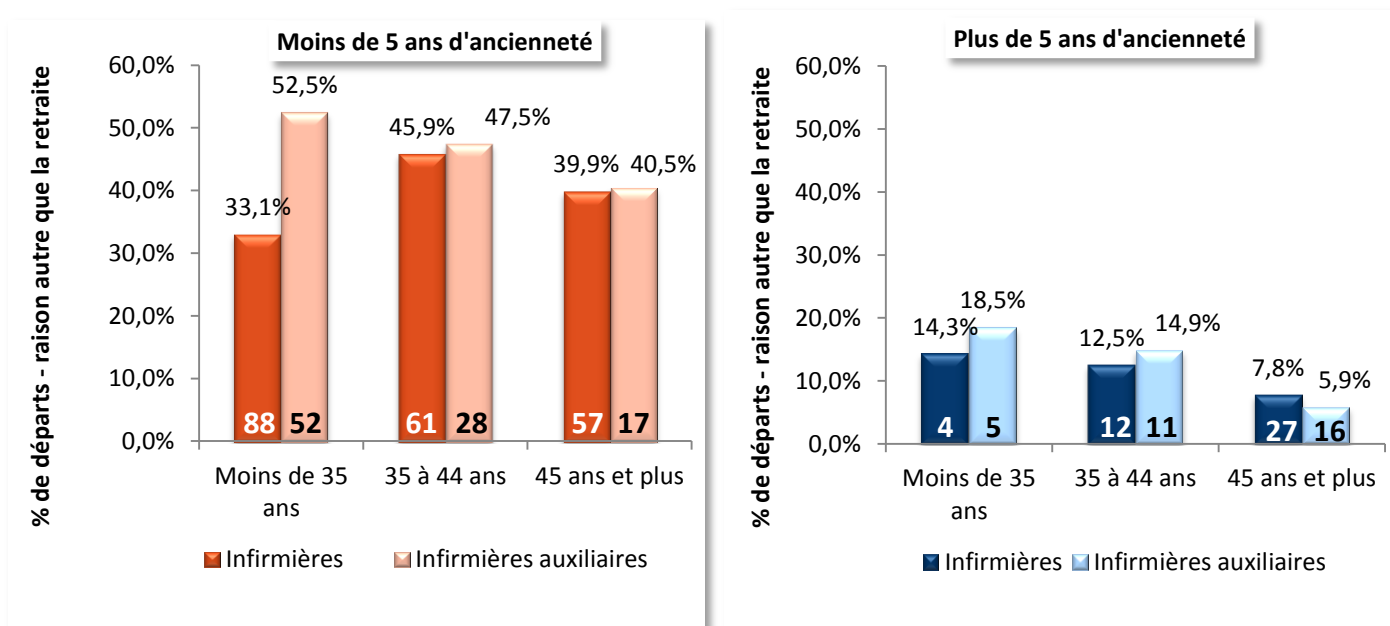
Conséquemment, on a tenu compte de ces deux variables, soit l'âge et l'ancienneté, pour étudier la proportion de départs selon le titre d'emploi, le statut d'emploi, le quart de travail et la mission. Les histogrammes présentés dans les pages suivantes font état des résultats.

⁴ 2007-2008 s'inscrit dans la période de la titularisation de l'ensemble des salariées de la catégorie 1 dans des postes réguliers 4/14, ce qui pourrait peut-être expliquer les mouvements plus marqués au sein du personnel.

La distribution des départs selon l'âge, l'ancienneté et le **titre d'emploi**, telle que présentée dans le graphique 9, démontre clairement que c'est d'abord l'ancienneté qui influence les départs autres que la retraite, et ce, pour tous les groupes d'âge. En effet, ce sont les sujets qui ont moins de cinq ans d'ancienneté qui quittent le plus leur emploi (de 33 % à 52 %).

On observe également que l'influence du titre d'emploi sur ces proportions reste modérée; le pourcentage de départs est légèrement plus important chez les infirmières auxiliaires, où il diminue avec l'âge, alors que chez les infirmières il est plus élevé chez les 35-44 ans. En dehors de ces quelques différences, les proportions de départ restent somme toute relativement similaires entre les infirmières et les infirmières auxiliaires

Graphique 9 : Proportion des départs selon l'âge, l'ancienneté et le titre d'emploi

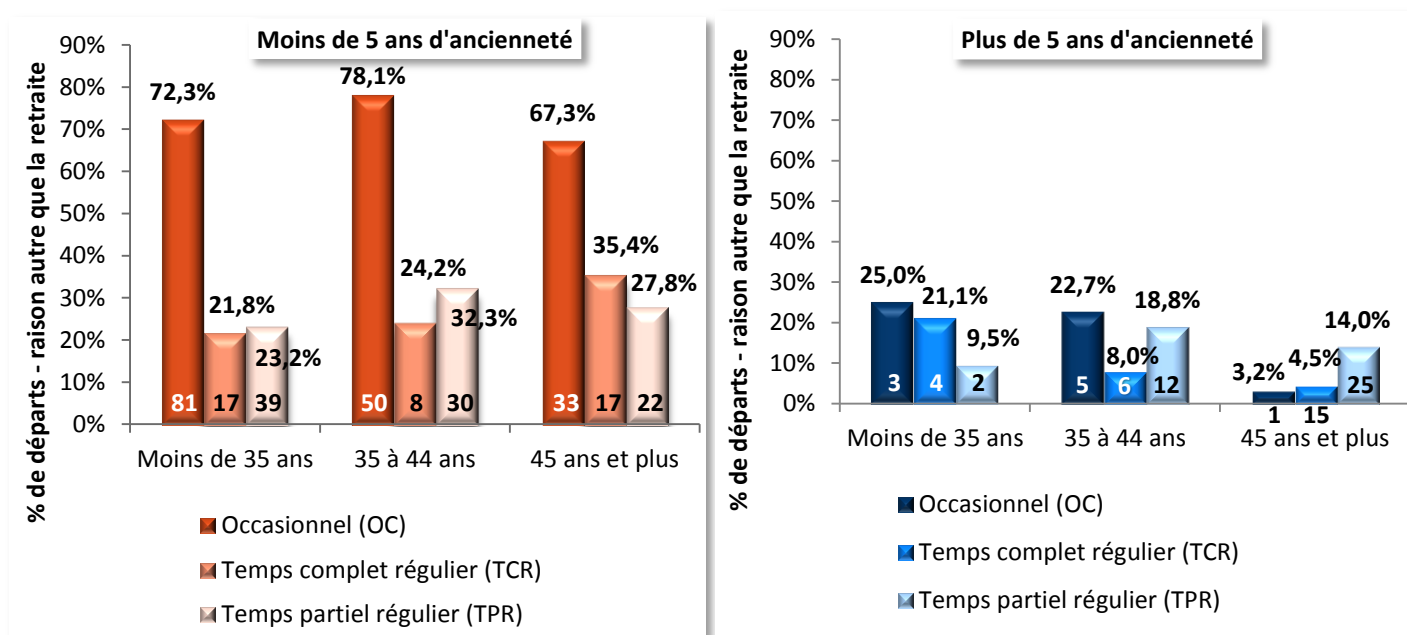


Astuce pour interpréter les données : les chiffres inscrits à l'intérieur des colonnes représentent le **nombre de départs**. En prenant l'exemple des **infirmières âgées de moins de 35 ans et avec moins de cinq ans d'ancienneté**, il y a eu 88 départs entre le 1^{er} avril 2005 et le 31 mars 2009. En tenant compte du nombre total d'infirmières de cette catégorie (celles âgées de moins de 35 ans et avec moins de cinq ans d'ancienneté, soit 266 infirmières au total), cela représente un **pourcentage de départs de 33,1 % pour des raisons autres que la retraite**.

La ventilation des départs selon l'âge, l'ancienneté et le **statut d'emploi** (graphique 10) permet de constater clairement que c'est surtout chez les occasionnelles que l'ancienneté (moins de cinq ans) est un facteur important de départ, et ce, quel que soit le groupe d'âge.

On peut toutefois observer qu'il y a une proportion non négligeable d'infirmières ou d'infirmières auxiliaires qui quittent alors qu'elles ont un poste à temps plein ou à temps partiel.

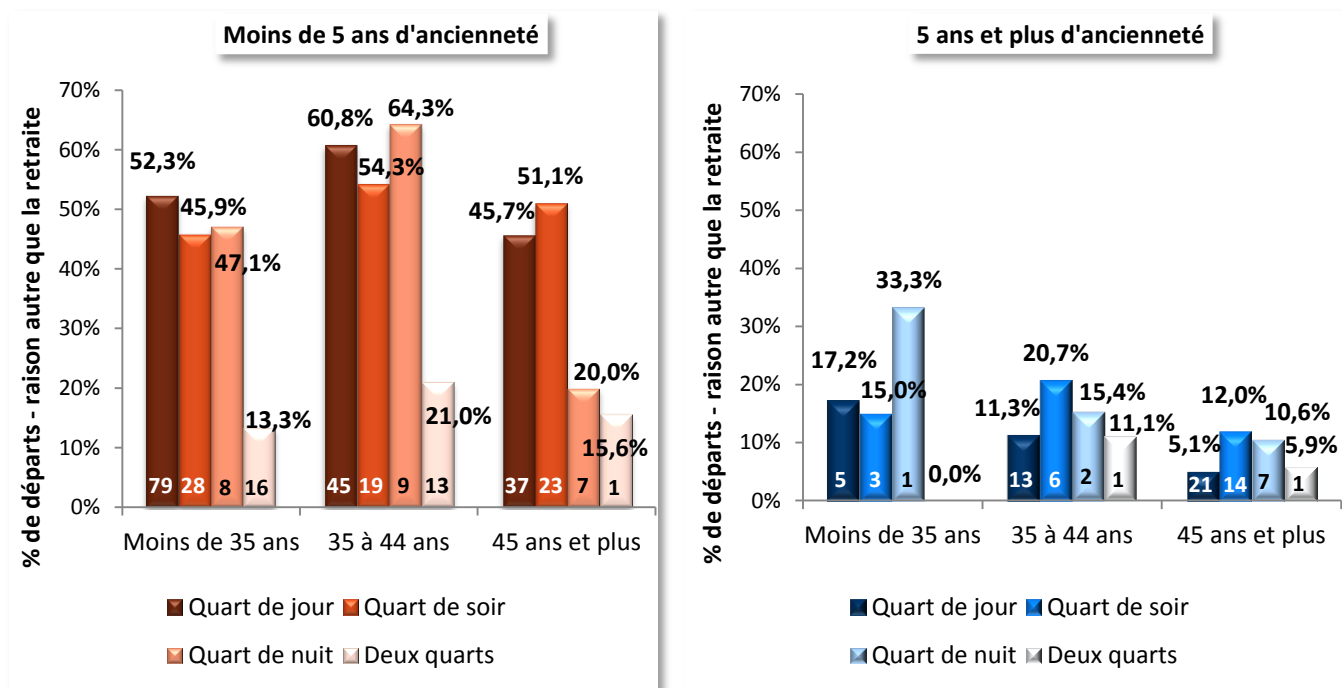
Graphique 10 : Proportion des départs selon l'âge, l'ancienneté et le statut d'emploi



Le graphique 11, qui présente une répartition des départs selon l'âge, l'ancienneté et le **quart de travail**, démontre que cette dernière variable n'est pas déterminante sur la proportion des départs, les taux de départs les plus élevés se distribuant à tour de rôle parmi les différents groupes représentés (quart de jour, quart de soir, quart de nuit).

Seul le personnel œuvrant sur deux quarts de travail se démarque par ses taux de départ particulièrement faibles.

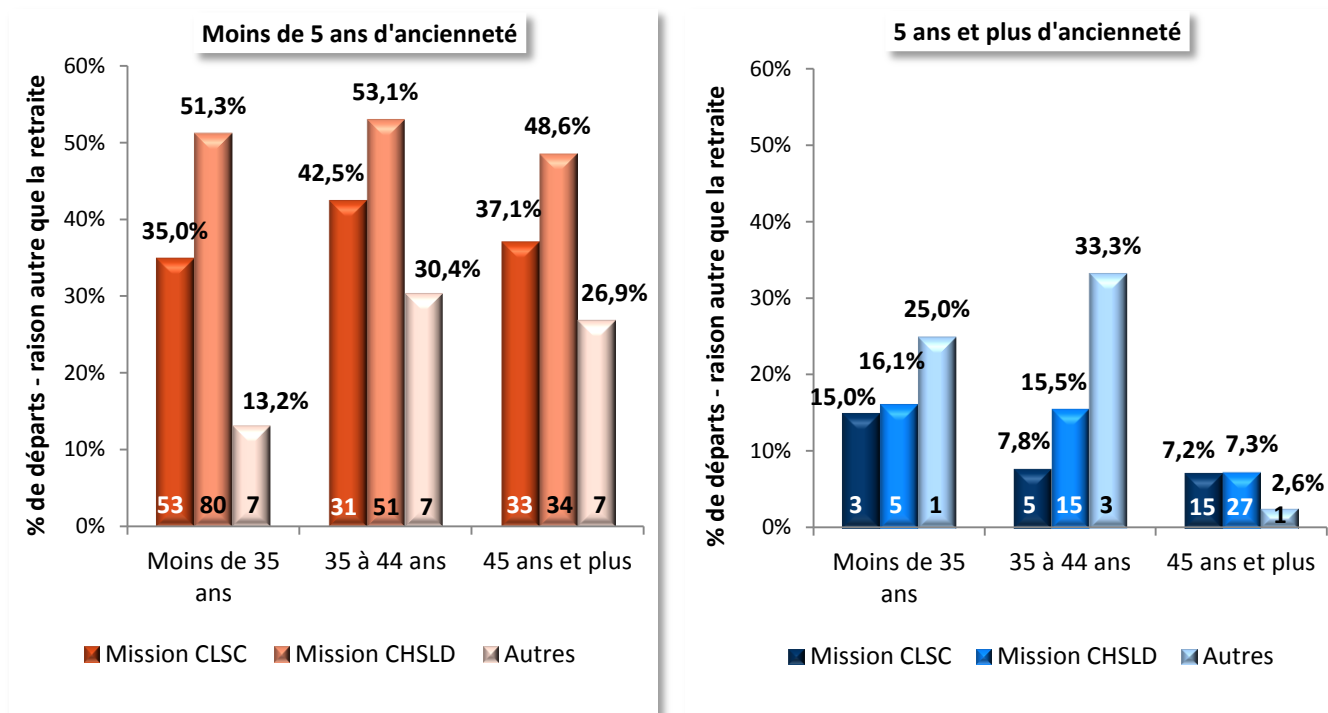
Graphique 11 : Proportion des départs selon l'âge, l'ancienneté et le quart de travail



Enfin, la répartition des départs selon l'âge, l'ancienneté et la **mission** (graphique 12) indique que la mission CHSLD se distingue par des taux de départs particulièrement plus élevés, mais seulement chez les moins de cinq ans d'ancienneté. Cette différence tend à s'estomper chez les plus anciens.

Les autres missions de l'établissement connaissent des taux de départ très variables, qui prennent des proportions plus importantes chez les plus de cinq ans d'ancienneté.

Graphique 12 : Proportion des départs selon l'âge, l'ancienneté et la mission



Principaux constats du Volet I

1. L'analyse de l'évolution des départs sur les quatre années étudiées révèle, alors que le nombre de départs à la retraite reste assez stable d'une année à l'autre, que le nombre de départs volontaires pour des motifs autres que la retraite connaît une légère croissance annuelle jusqu'en 2007-2008, pour diminuer la dernière année. Cela confirme que **la hausse des départs n'est pas uniquement attribuable aux nombreux départs à la retraite**, qui tendent à se stabiliser depuis les dernières années, mais implique également d'autres motifs.
2. Les résultats des analyses statistiques nous ont démontré que non seulement l'âge, mais également le sexe et le titre d'emploi n'influencent pas significativement les départs, contrairement au statut d'emploi et à la mission. En effet, nous avons pu constater que les occasionnelles partent en plus grande proportion et que les personnes travaillant en CHSLD quittent leur emploi plus souvent que celles œuvrant en CLSC. Toutefois, **ces variables semblent avoir un impact sur les départs uniquement lorsqu'intervient la variable de l'ancienneté**, c'est-à-dire que les proportions de départ sont plus fortes au sein de ces groupes seulement chez les moins de cinq ans d'ancienneté.

Ainsi, contrairement à l'hypothèse de départ, **ce serait moins l'âge qui influencerait le fait de quitter que l'ancienneté**, les départs étant majoritairement concentrés chez les moins de cinq ans d'ancienneté, et ce, quel que soit l'âge, le titre d'emploi, le statut d'emploi, le quart de travail et la mission.

Même s'il existe une certaine corrélation entre l'âge et l'ancienneté⁵, l'âge seul n'est pas significatif pour expliquer les départs. Conséquemment, on peut en déduire que, selon les résultats de la présente étude, **le phénomène de roulement n'est pas spécifique aux jeunes infirmières et infirmières auxiliaires**⁶.

⁵ Il est attendu que les infirmières et infirmières auxiliaires ayant moins de 35 ans sont plus nombreuses à avoir moins de cinq ans d'ancienneté.

⁶ Ce constat se base sur les résultats de la présente étude qui utilise uniquement les données statistiques du CSSS de la Vieille-Capitale. Ce constat ne peut donc pas être généralisé à l'ensemble des établissements.

LES RÉCITS DES PARTICIPANTES (VOLET II)

Alors que le Volet I du projet a permis de dégager quelques grandes tendances concernant le profil des départs chez l'ensemble du personnel infirmier, le Volet II ciblait plus spécifiquement le groupe des moins de 35 ans. L'objectif était non seulement d'identifier les principaux motifs ou enjeux entourant la décision de quitter ou de rester en emploi, mais également de mieux comprendre la dynamique des différents facteurs qui concourent à cette décision. Pour ce faire, nous avons cherché à identifier, à partir des **récits de 42 participantes**, l'enchaînement des événements ayant mené au départ ou, au contraire, au maintien en emploi. L'approche retenue prend appui sur **la perspective des parcours de vie** qui tient compte des différentes dimensions de la vie de l'individu pouvant avoir un impact sur son rapport au travail. Ainsi, c'est par une analyse de l'interaction entre la vie professionnelle, la vie familiale et sociale et la santé que nous avons entrepris de cerner les processus menant à la décision de quitter son emploi.

La perspective des parcours de vie appliquée à la problématique de roulement de la main-d'œuvre

La perspective des parcours de vie (Elder et al., 2004; Lalive D'Épinay, 2005; McDaniel et Bernard, 2011) permet de tenir compte de l'individu, de ses capacités, de la phase de la vie dans laquelle il se trouve, de ses aspirations, de ses valeurs, en lien avec ses différents contextes de vie que sont le travail, la vie familiale, sociale et personnelle. Cette approche tente de saisir la dynamique entre ces différentes dimensions de même que son évolution dans le temps tout en considérant l'influence que peuvent avoir les trajectoires des proches sur les parcours individuels.

Dans le cadre de la présente étude, nous avons plus spécifiquement questionné les dimensions sociales impliquées dans le phénomène du roulement. Nous avons situé l'individu dans le temps en tenant compte de la phase de la vie dans laquelle il se trouve et des réalités spécifiques qui y sont liées considérant que les attentes et les besoins sont amenés à évoluer au fil du temps. Nous avons considéré les multiples dimensions de sa vie (formation, famille, travail, santé) pour mieux cerner comment l'interaction entre ces différentes sphères participe à la décision de quitter son emploi. Nous avons également situé cet individu dans un réseau de relations où les événements qui surviennent dans la vie des proches (conjoint, enfants, parents, etc.) peuvent influencer les choix professionnels qui sont faits. Nous avons de plus examiné sa capacité d'agir au travail et dans sa vie personnelle afin de réduire l'écart entre ses aspirations et sa réalité concrète de travail. Nous avons enfin considéré le contexte social et de travail dans lequel évolue cet individu, qui est source de possibilités et de contraintes.

Le portrait des participantes

Au total, **42 participantes** ont été rencontrées en entrevue, soit **34 infirmières** et **8 infirmières auxiliaires**. Parmi ces participantes, **16 étaient toujours en emploi** et **26 avaient quitté** au moment de l'entrevue.

L'analyse du portrait de ces participantes, tel que présenté dans le tableau 2, permet de remarquer que

Tableau 2 : Portrait des participantes

		En emploi (n = 16)	Ont quitté (n = 26)
Âge	25-29	8	13
	30-35	8	13
Titre d'emploi	Infirmières	13	21
	Infirmières auxiliaires	3	5
Études	DEP	3	5
	Technique	5	3
	Baccalauréat	7	13
	Études de 2 ^e cycle	1	5
Ancienneté	Moins de 1 an	1	9
	1-5 ans	3	17
	Plus de 5 ans	12	0
Dernière mission où la personne a travaillé	CLSC	10	18
	CHSLD	6	8
Statut d'emploi lors de la démission ou de l'entrevue	Poste temps plein	12	8
	Poste temps partiel	4	6
	Sur un remplacement	0	7
	Sur appel	0	5
Nombre d'enfants	0	7	13
	Enceinte du 1 ^{ier}	1	2
	1-2	8	9
	3 +	0	2
Situation conjugale	En couple	15	22
	Célibataire	1	4

sur les 42 personnes interrogées :

- une forte proportion était très scolarisée (26 d'entre elles possédaient des études universitaires);
- la totalité de celles qui ont quitté possédait moins de cinq ans d'ancienneté, alors que la grande majorité de celles toujours en emploi possédait plus de cinq ans d'ancienneté;
- celles sur remplacement ou sur appel avaient également toutes quitté au moment de l'entrevue.

L'échantillon qualitatif s'avère, sur ces deux derniers points, représentatifs des tendances observées dans le volet 1.

Les sections suivantes abordent plus en profondeur les **différents facteurs intervenant dans la décision de quitter ou de rester en emploi**.

Les six enjeux entourant le choix de quitter ou de rester en emploi

L'analyse des récits des participantes a fait ressortir **six grands enjeux** qui sont généralement déterminants dans la décision de quitter ou de rester en emploi, et qui se rapportent principalement aux conditions d'exercice et au contexte de travail, soit :

- 1) L'accueil, l'orientation et l'encadrement
- 2) Le travail avec la clientèle
- 3) Le sentiment d'améliorer de façon continue sa situation en termes d'horaire et de stabilité
- 4) L'équipe de travail
- 5) Le rôle du supérieur immédiat
- 6) Les conditions de conciliation travail/famille

1. L'accueil, l'orientation, l'encadrement

Selon plusieurs infirmières rencontrées, **les jeunes qui débutent en emploi aujourd'hui ne semblent pas pouvoir bénéficier d'un encadrement aussi structuré et soutenu que celles qui ont commencé leur**

carrière il y a plus de cinq ans. En effet, face à l'augmentation de la charge de travail, l'équipe aurait de plus en plus de difficulté à jouer son rôle intégrateur. Le manque de stabilité de la main-d'œuvre ainsi que le haut taux de roulement du personnel engendrent de la formation à répétition, surchargeant les équipes de travail. La citation de **Sarah** est, à cet effet, éloquente. Du point de vue des participantes, on attend de plus en plus des travailleuses qu'elles deviennent fonctionnelles rapidement. Ces lacunes au niveau de l'accueil et de l'orientation ont affecté non seulement leur travail, mais également la confiance en leur capacité d'être une « bonne » infirmière. Plusieurs affirment avoir vécu une grande insécurité en début d'emploi, ne pas s'être senties compétentes ou « à la hauteur », allant jusqu'à remettre en question leur choix de métier.

« Ensuite de ça, ils m'ont embauchée. Là, le fun a commencé. [...] j'étais une journée aux soins courants, une autre journée au triage. En tout cas, j'ai comme fait quatre places dans les cinq jours d'orientation. Puis il y en a même une, sur un tableau, j'avais mon nom, [...] puis l'infirmière qui était supposée de me former, elle avait marqué « Je ne suis pas d'accord », elle refusait de m'orienter. Q.: Pourquoi? R.: Elle était tannée d'orienter du monde qui s'en allait parce que les gens restaient pas, (Sarah, infirmière qui a quitté)

Certaines ont bénéficié à l'inverse d'un accueil soutenu, où elles avaient le sentiment de pouvoir compter sur leurs collègues dans les situations embêtantes ou difficiles, même après la période d'orientation. Une majorité de celles qui étaient toujours en emploi lors des entrevues a bénéficié de ce type d'accueil et de soutien lors de leur entrée en fonction.

Au-delà de l'accueil : des besoins d'encadrement accrus lors des « passages »

Selon les personnes interrogées, les besoins en termes de soutien et d'orientation ne se limitent pas à l'entrée en emploi. Les périodes de transition ou les « passages », par exemple de l'hôpital ou du CHSLD au CLSC, nécessitent également un encadrement soutenu. Lors de ces passages, les infirmières doivent à chaque fois s'adapter à un nouvel environnement de travail, comme le souligne **Jean-Pierre**.

« Ça prend[rait] un document [d'orientation] pour chaque programme. Chaque programme est différent avec sa couleur différente puis ses rôles différents, et responsabilités, par le fait même. » (Jean-Pierre, infirmier qui a quitté)

En somme, qu'il s'agisse d'une embauche, d'un passage entre la mission hébergement et la mission CLSC ou d'un changement d'équipe, la qualité de l'accueil, l'orientation et l'encadrement s'avère déterminante dans le fait de rester ou de quitter.

2. Le travail avec la clientèle

L'analyse a également permis de mettre au premier plan **l'importance de la relation avec la clientèle dans la décision de quitter ou de rester**. Pour une majorité, il s'agit d'une source de valorisation importante; elles font ce métier d'abord et avant tout pour aider les gens. Sur ce point, certaines considèrent avantageux de travailler en CSSS plutôt qu'à l'hôpital, puisqu'elles bénéficient de plus de temps et de meilleures conditions pour offrir des soins et pour la dimension relationnelle avec leur clientèle. Ce volet de la profession infirmière revêt donc un rôle crucial dans l'appréciation de l'emploi.

« Puis j'aime beaucoup, beaucoup, beaucoup, beaucoup la clientèle en gériatrie. [...] J'ai pas à me forcer, c'est comme naturel. Ils m'aiment puis j'aime ça passer du temps avec eux autres [...] Je trouvais ça tellement gratifiant de dire que je vais passer leur dernier instant de vie avec eux pour finir ce chemin-là [...] de leur donner de l'attention puis le respect qu'ils méritent [...] Je me sentais bien, j'avais l'impression de faire quelque chose d'important pour ce monde-là. » (Sabrina, infirmière auxiliaire qui a quitté)

Le travail avec la clientèle implique également l'opportunité de pouvoir travailler avec la clientèle de son choix; en effet, certaines infirmières et infirmières auxiliaires expriment une préférence plus marquée ou une aisance à travailler avec une clientèle particulière, comme en témoigne **Sabrina**. Celles qui ont eu l'occasion de travailler avec la clientèle de leur choix ont le sentiment d'avoir été « chanceuses », ce qui s'avère le cas de plusieurs infirmières et infirmières auxiliaires encore en emploi. À l'inverse, celles qui ont quitté ont manifesté plus d'insatisfactions à cet égard. Toutefois, la possibilité de travailler avec la clientèle de son choix ne peut s'offrir à toutes dans les délais espérés, certaines devant attendre quelques

années et se voir confier en début de carrière des mandats dans des secteurs moins intéressants pour elles. Par ailleurs, l'appréciation de la clientèle peut ne pas suffire à retenir la personne lorsqu'interviennent d'autres facteurs affectant le lien en emploi, comme les horaires de travail ou une intégration difficile dans l'équipe, ce qui explique pourquoi Sabrina a quitté malgré tout.

Des conditions qui affectent le sens du travail

Alors que le travail avec la clientèle représente pour plusieurs l'essence même de leur travail, les conditions difficiles dans lesquelles elles sont amenées à exercer affectent directement leur capacité à prodiguer des soins en accord avec leurs valeurs professionnelles. Plusieurs observent une augmentation de la charge de travail et une diminution du personnel depuis quelques années et affirment ne pas avoir suffisamment de temps pour prodiguer des soins adéquats, notamment en ce qui concerne la dimension relationnelle des soins.

Certaines développeront des stratégies pour retrouver des conditions se rapprochant de leur idéal de la profession infirmière, comme travailler de soir ou de nuit, où le rythme de travail et les tâches sont différents. Néanmoins, les changements des dernières années dans les conditions de travail génèrent des tensions entre les valeurs professionnelles et la pratique, tensions qui atteignent le sens même du travail comme en

« Tu sais, c'est ça qui était le plus décevant parce que, t'es là pour le client, c'est son milieu de vie, il dépend de nous autres, mais finalement c'est lui qui écope [...] puis on n'a pas plus de personnel, puis on a plus de paperasse. On a toujours une feuille de plus à faire, puis il y a toujours une nouvelle affaire à évaluer, mais c'est parce que je fais autant de clients que j'en faisais, là. [...] Mais c'est le client qui écope. « Bonjour, Monsieur! », on ne demande même pas si ça va bien parce qu'on n'a pas le temps de savoir si ça va bien ou pas [plus loin dans l'entrevue :] On peut-tu leur donner le petit peu de dignité qu'ils peuvent avoir, puis le petit peu d'amour, ou de réconfort [...] J'ai pas le choix d'aller les voir puis les rassurer, c'est mon rôle puis ça me fait plaisir de le faire, puis oui, je vais le faire, puis oui, je vais bien le faire, mais ça va écopé ailleurs. Ou je vais finir plus tard, ou bien c'est mes collègues qui vont m'aider » (Marie-Annick, infirmière toujours en emploi)

témoigne **Marie-Annick** qui est prête à faire des sacrifices pour que son travail continu à faire sens.

3. Le sentiment d'améliorer de façon continue sa situation (en termes d'horaires et de stabilité)

L'analyse des entrevues a révélé que le sentiment d'améliorer continuellement sa situation en emploi contribue au maintien de l'engagement au travail alors qu'au contraire, la détérioration de certaines conditions peut engendrer un désengagement progressif pouvant mener éventuellement à la décision de quitter.

La perception de l'amélioration de la situation en emploi concerne particulièrement **la question des horaires et de la stabilité** (en termes d'heures garanties et de lieux de travail fixes). Déjà pour certaines d'entre elles, surtout celles qui possédaient une expérience antérieure à l'hôpital, l'entrée en emploi au CSSS représente une amélioration de leur situation en ce qui a trait aux heures supplémentaires obligatoires et à la cadence de travail. Cette perception variera toutefois d'un secteur à l'autre, le nombre d'heures supplémentaires obligatoires étant supérieur en CHSLD ou d'une équipe à l'autre.

La perte de certains acquis

Ces « acquis » représentent certains « avantages » que les infirmières et infirmières auxiliaires ont cumulés au fil du temps qui font qu'elles apprécient particulièrement leur emploi, par exemple des horaires plus intéressants, l'équipe de travail, la relation avec le supérieur immédiat, etc. Ces acquis peuvent également représenter des bénéfices liés à l'accumulation d'une ancienneté dans l'organisation, telles une plus grande stabilité d'emploi, la possibilité de travailler avec une équipe ou une clientèle privilégiée, etc. La déception et le sentiment d'impuissance liés à la perte de ces acquis sont d'autant plus grands qu'elle est causée par des facteurs hors de leur portée, souvent liés à l'organisation. Par exemple, suite à un changement de supérieur immédiat, des infirmières ont déploré la perte d'une certaine flexibilité dont elles disposaient dans la gestion des horaires et congés au sein de leur équipe. L'arrivée des postes sectoriels a, pour sa part, nécessité des réorganisations internes majeures qui, aux yeux des participantes, ont fait perdre de précieux acquis à des travailleuses possédant plusieurs années d'ancienneté, comme en témoigne **Marie-Soleil**. Ce dernier exemple a d'ailleurs engendré un questionnement autour de la « valeur » de l'ancienneté, qui représentait pour plusieurs un moyen « sûr » pour améliorer leur situation au travail. Dans ce contexte, certaines infirmières possédant plusieurs années d'ancienneté ont considéré quitter le CSSS voire même la profession.

« [...] toutes les plus vieilles qui ont pas pris les postes sectoriels parce qu'elles ne désiraient pas se promener, ben elles sont obligées de se promener maintenant. Je connais une fille [...] elle s'est remise de nuit et elle s'est remise les deux fins de semaine, après huit ans d'ancienneté » (Marie-Soleil, infirmière auxiliaire toujours en emploi)

4. L'équipe de travail

Les participantes ont insisté sur l'importance de **l'équipe de travail et son rôle « compensatoire »** face aux difficultés vécues au quotidien.

« Ça fait qu'on est deux qui avons un secteur proche. [...] Si ma collègue me dit: « Écoute, j'ai pas le temps d'aller faire cette patiente-là. [...] Peux-tu y aller ? » Ça fait qu'on peut s'entraider comme ça. [...] Si j'ai des interrogations, j'appelle les plus expérimentées. » (Raphaëlle, infirmière toujours en emploi)

Comme l'exprime **Raphaëlle**, l'équipe représente une source de soutien et d'entraide, facilite l'intégration des nouvelles recrues et crée un effet protecteur pour l'ensemble. En ce sens, elle représente un élément majeur dans l'appréciation d'un emploi et le désir d'y rester.

Des équipes déstructurées

Dans les dernières années, plusieurs facteurs ont toutefois contribué à déstructurer les équipes de travail. Entre autres, le roulement du personnel a grandement affecté la cohésion d'équipe et le sentiment d'appartenance. Plusieurs participantes, comme **Érika**, ont déploré le départ de nombreuses infirmières et

« Ça démoralise les troupes [...] on a besoin, [...] de quelqu'un qui sait tout du bout des doigts [...] Il manque ça, je trouve, des piliers. » (Érika, infirmière toujours en emploi)

infirmières auxiliaires d'expérience qui assumaient des fonctions de formatrices ou superviseuses de stages; pour les nouvelles recrues, ces dernières représentaient des mentors, des piliers sur qui elles pouvaient se reposer lorsqu'elles font face à des situations difficiles. Le recours depuis plusieurs années aux infirmières et infirmières auxiliaires provenant d'agences a également contribué à affecter la solidité des équipes et a même eu, selon certaines participantes, un impact non négligeable sur le climat de travail dans son ensemble.

5. Le rôle du supérieur immédiat

L'analyse du récit des participantes a également permis de mettre en lumière **le rôle déterminant du supérieur immédiat**, qui peut faire une grande différence dans le désir de rester ou de quitter. De nombreux exemples nous ont permis de constater que ce que les infirmières et infirmières auxiliaires apprécient particulièrement, c'est la réciprocité qui s'installe au fur et à mesure que la relation se développe entre le supérieur et son employée, ou ce que certaines, comme **Anaïs**, appellent le « donnant-donnant ». Plusieurs ont ainsi témoigné d'arrangements possibles avec leur supérieur qui facilitent grandement leurs conditions de travail face aux horaires, à la conciliation travail / famille ou à l'obtention de congés. Ce dernier exemple représente d'ailleurs un enjeu majeur pour la quasi-totalité des infirmières et infirmières auxiliaires rencontrées. D'autres ont mis de l'avant certaines qualités fort appréciées chez leur supérieur, telles l'écoute, la présence et le soutien, qui ont réellement fait une différence dans leur parcours professionnel; pour l'une des participantes à titre d'exemple, le bon déroulement de son retour en emploi après un épisode de maladie est essentiellement attribuable au soutien de son supérieur immédiat.

« On dépanne notre gestionnaire [par exemple en acceptant un chiffre moins intéressant], dans le fond, parce que c'est lui qui va se retrouver [...] Tu sais, on le dépanne, mais c'est ça, souvent, quand je demande un congé... Tu sais, c'est un peu du donnant, donnant, mais c'est à cause qu'on a un gestionnaire qui est quand même fin parce que... [...] C'est sûr qu'on s'organise. On est une équipe, aussi, là [...] Q. : Puis quand vous dites que c'est du donnant, donnant, vous voulez dire quoi? R. : Bien, ça veut dire que pour les échanges, tu sais, je peux avoir une souplesse. C'est beaucoup avec le...
Le côté humain du gestionnaire y vaut pour beaucoup. » (Anaïs, infirmière toujours en emploi)

Un vecteur de reconnaissance

Les attentes de reconnaissance provenant du supérieur immédiat sont très présentes dans le discours des participantes en même temps que plusieurs soulignent un manque important à cet égard. Questionnées sur ce que signifie concrètement pour elles la reconnaissance au travail, elles expriment, comme **Valérie**, que cette reconnaissance pourrait résider en de simples gestes ou paroles au quotidien qui amélioreraient grandement leur satisfaction au travail.

« Moi, ce que j'aimais pas c'était quand il y avait des affaires de pas correct [...] là on se faisait piocher sur la tête tout le temps, mais quand on faisait un bon coup, entre nous autres on se le disait, mais les boss au-dessus, c'était bien rare qu'on l'avait, [...] Je ne demande pas d'avoir l'employée du mois ou une étoile dans mon cahier, mais tu sais, juste de temps en temps « Hey c'est le fun! » (Valérie, infirmière auxiliaire qui a quitté)

En ce qui a trait au supérieur immédiat, qu'est-ce que la RECONNAISSANCE?

C'est un supérieur qui :

- ◆ **est en mesure d'apprécier la charge réelle** de travail et d'ajuster ses demandes en conséquence;
- ◆ **reconnaît les compétences de ses employées** et offre le soutien nécessaire lorsque des difficultés surviennent avec la clientèle;
- ◆ **consulte les employées** sur les décisions qui les concernent;
- ◆ **encourage et soutient les projets** mis en place par les employées dans le but d'accroître la qualité des soins et services ou des conditions de travail;
- ◆ **encourage l'avancement professionnel** en facilitant la conciliation du travail et des études;
- ◆ **reconnaît l'engagement de ses employées** en tentant de les accommoder en retour par l'octroi de congés, entre autres (donnant-donnant).

Plus spécifiquement, les infirmières et infirmières auxiliaires nous ont fait part de leur conception de la reconnaissance. Pour ces dernières, la reconnaissance ne se vit pas qu'à travers les mots, elle se vit également à travers les actions concrètes de leurs supérieurs. Ces actions touchent différentes dimensions du travail : les tâches, les horaires, le développement professionnel, l'autonomie au travail et l'initiative, la participation aux décisions, etc. Le principe du donnant-donnant présenté plus haut se trouve au cœur de la notion de reconnaissance.

6. Les conditions de conciliation travail / famille

Le dernier enjeu qui s'avère déterminant dans le choix de quitter ou de rester en emploi concerne la conciliation travail / famille. À cet effet, les infirmières et infirmières auxiliaires nous ont fait part des conditions facilitant ou, au contraire, entravant la possibilité de concilier aisément le travail et leur vie personnelle. De façon générale, les horaires de jour s'avèrent fortement appréciés pour la conciliation, d'autant plus que, dans certains secteurs, les heures supplémentaires sont limitées, ce qui facilite grandement l'organisation du quotidien. À l'inverse, les secteurs qui nécessitent du personnel sur plusieurs quarts de travail, qui exigent d'effectuer des heures supplémentaires obligatoires ou encore qui ont régulièrement recours au travail sur appel s'avèrent plus contraignants pour la conciliation. Le travail de soir pour celles qui ont des enfants d'âge scolaire et les horaires débutant très tôt le matin sont également problématiques pour la conciliation travail / famille. C'est toutefois **l'instabilité des horaires qui complexifie le plus l'organisation du quotidien et la conciliation** des différentes sphères de la vie des infirmières et infirmières auxiliaires.

Celles qui restent / celles qui quittent : les grandes tendances

En rassemblant les constats généraux issus de chacun de ces six grands enjeux, il est possible de dégager un certain « profil » de celles qui ont quitté versus celles qui ont fait le choix de rester en emploi.

« Celles qui restent ⁷ »	« Celles qui quittent »
<ul style="list-style-type: none">❖ Ont bénéficié d'un meilleur encadrement et soutien en début de fonction;❖ Partagent la perception d'avoir été « chanceuses », car elles :<ul style="list-style-type: none">○ ont eu la possibilité de travailler avec la clientèle de leur choix;○ ont le sentiment d'avoir amélioré de façon continue leur situation en emploi.❖ Ont bénéficié du soutien de leur équipe pour compenser les difficultés vécues;❖ Considèrent leur charge de travail moins lourde comparée à celle des nouvelles infirmières qui commencent dans le métier;❖ Disposent d'une certaine capacité à se projeter dans l'avenir au sein de l'organisation;❖ Démontrent dans leur récit que les expériences positives l'emportent sur les insatisfactions au travail.	<ul style="list-style-type: none">❖ Ont vécu un choc entre leurs attentes et la réalité de travail;❖ Ont bénéficié d'une orientation ou d'un encadrement insuffisant, ce qui a généré chez certaines un sentiment d'incompétence;❖ Ont eu à composer avec des horaires instables :<ul style="list-style-type: none">○ « sur appel »;○ peu d'heures garanties.❖ Perçoivent les possibilités d'amélioration de leur situation en emploi comme étant limitées à court terme;❖ Partagent le sentiment d'avoir subi une perte de certains « acquis »;❖ Ont travaillé auprès d'une clientèle imposée;❖ Bénéficient, pour certaines, d'une formation ou une expertise plus spécialisée (qui les aurait amenées à rechercher d'autres défis).

Les six enjeux que nous venons d'aborder attirent l'attention sur des dimensions importantes de l'organisation du travail qui entrent en jeu dans la décision de quitter ou de rester en emploi chez le personnel infirmier. Or, le choix de quitter l'organisation ou non s'inscrit dans une dynamique beaucoup plus large qui se déroule dans le temps et qui implique l'individu en lien avec les multiples dimensions de sa vie.

C'est ce processus que nous allons décrire dans la section suivante. Pour ce faire, **nous nous pencherons plus spécifiquement sur le cas de celles qui ont quitté l'organisation** pour analyser le processus qui a mené au départ.

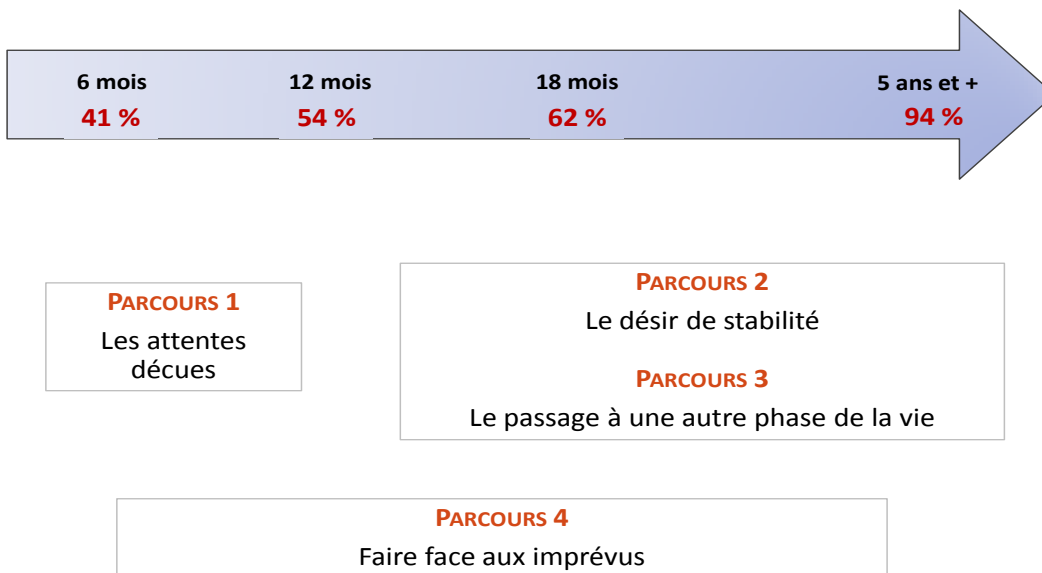
⁷Ce tableau fait état de caractéristiques partagées GLOBALEMENT par celles qui étaient toujours en emploi au moment où nous les avons rencontrées ou par celles qui avaient fait le choix de quitter l'établissement. Cela ne signifie pas que toutes possèdent l'ensemble de ces caractéristiques; il s'agit plutôt d'une tendance observée au sein de chacun des groupes.

Les départs sur un continuum de temps : quatre types de parcours rencontrés

L'analyse des processus qui ont mené au départ des infirmières et infirmières auxiliaires interrogées met en évidence la nécessité de prendre en compte la **dimension temporelle**, qui implique le temps qui s'est écoulé entre l'embauche et le moment du départ.

En considérant l'ensemble des départs chez les moins de 35 ans (n = 149)⁸, l'analyse des fichiers administratifs a permis d'établir un **continuum sur cinq ans**, qui constitue l'**intervalle de temps durant lequel sont survenus la grande majorité des départs**. Ce continuum, illustré à la figure 1, permet de constater que la grande majorité des infirmières et infirmières auxiliaires de moins de 35 ans, soit 62 %, ont quitté leur emploi à l'intérieur des **18 premiers mois**, ce qui représente une **période particulièrement critique pour les départs**. On y observe également qu'un nombre important (41 %) a quitté l'organisation très rapidement, à l'intérieur des six premiers mois.

Figure 1 : Continuum de départ



Partant de ce continuum, l'analyse du récit des 26 participantes⁹ ayant quitté leur emploi a permis de faire émerger **quatre types de parcours de départ** qui possèdent des caractéristiques distinctes relativement : à l'**expérience subjective de travail**; au **cycle de la vie**; au **temps écoulé entre l'embauche et le départ effectif**.

⁸ Des 420 infirmières et infirmières auxiliaires de moins de 35 ans qui ont travaillé au CSSS de la Vieille-Capitale entre 2005 et 2009, 149 ont quitté l'organisation, ce qui correspond à 36 %.

⁹ Sur les 42 participantes rencontrées en entrevue (les autres étant toujours en emploi).

Parcours 1 : les attentes déçues

Dans cette catégorie, tel qu'illustré précédemment à la figure 1, les départs se produisent assez rapidement, soit à l'intérieur des six à huit premiers mois généralement. Les infirmières qui s'inscrivent dans ce premier type de parcours ont en commun d'avoir ressenti un écart important entre leurs attentes à l'égard de l'emploi et leur réalité concrète de travail en début de fonction, écart qui est souvent vécu comme un véritable choc. Les insatisfactions qui sont identifiées sont très variables d'une employée à l'autre. Plusieurs problèmes sont liés au fait que **les nouvelles recrues n'ont pas reçu l'information juste lors de l'entrevue d'embauche** concernant l'horaire, la nature du travail ou encore le degré d'autonomie au travail. Certaines personnes se sont fait orienter vers des secteurs plus touchés par le manque de main-d'œuvre, avec l'assurance qu'elles pourraient éventuellement transférer vers un secteur de leur choix. Lorsqu'elles se rendent compte que ce passage peut prendre plusieurs années, elles quittent généralement

« [...] J'ai dit, je veux bien être engagée, mais moi mon but, c'est vraiment d'aller dans le secteur communautaire. Puis la personne qui était là à l'époque me dit «reste en soins longue durée puis, dans six mois tu vas pouvoir appliquer sur des postes, puis aller dans le secteur communautaire. [...] je me rends bien compte après quelques mois que des affichages de postes dans le secteur communautaire, il y en a pas tant que ça [...] et que je n'avais pas assez d'expérience [pour en obtenir un]. Je n'ai pas fait 6 mois. [...] J'ai vraiment senti que j'avais été manipulée dès le départ. » (Camille, infirmière qui a quitté)

rapidement (**Camille**). L'absence d'information juste au départ n'est toutefois pas la seule raison des départs précipités. L'écart entre les attentes et la réalité se manifeste également au niveau de **l'encadrement en début de fonction qui est jugé insuffisant** par certaines nouvelles recrues. D'autres infirmières, pour leur part, ne s'attendaient pas aux **difficultés** qu'elles ont vécues **par rapport à l'horaire de travail** (horaires changeants, nombre insuffisant d'heures de travail, travail « sur appel », etc.).

Ce type de parcours place les infirmières et infirmières auxiliaires dans des conditions qui ne favorisent pas la réalisation de soi par le travail. En effet, celles qui déplorent par exemple le manque d'encadrement et de soutien en début de fonction vivent très difficilement cette situation, qui suscite chez elles un sentiment d'incompétence ou des doutes quant à leur capacité à exercer cette profession. De façon plus globale, les employées s'inscrivant dans ce parcours **ne se sentent pas à leur place dans cet emploi** et réalisent rapidement que celui-ci ne correspond pas du tout à leurs attentes. Par ailleurs, l'analyse des récits permet de constater que ces employées se trouvent à une période de transition dans leur vie professionnelle (fin des études, passage d'infirmière technicienne à infirmière bachelière), ou ont récemment vécu des changements dans leur vie personnelle (problème de santé, divorce, déménagement...). Le lien d'emploi étant encore fragile, car elles sont à l'emploi depuis peu, la décision de quitter est d'autant plus facile à prendre. Cette décision s'inscrit alors dans une quête ou une exploration du marché du travail selon la **logique « je cherche ma place »**; elles cherchent un emploi qui convient à leurs attentes, dans lequel elles vont pouvoir se réaliser professionnellement et qui, pour certaines, sera adapté à leur nouvelle réalité de vie.

Parcours 2 : le désir de stabilité

Dans cette catégorie, les départs surviennent le plus souvent sur le long terme, soit entre deux et cinq ans après l'embauche. Les infirmières qui se retrouvent dans ce parcours **vivent certaines insatisfactions en début d'emploi, mais elles sont prêtes à faire certains compromis** le temps de faire leur place au sein de l'établissement. Ce qu'il est intéressant de souligner c'est que ces infirmières disent aimer leur travail, ce qui explique qu'elles soient demeurées longtemps en emploi. Toutefois, toutes souhaitent améliorer leur situation au fil du temps, en misant principalement sur le cumul de l'ancienneté ou encore sur une formation universitaire qui leur donnera un accès plus rapide à certains postes¹⁰. Or, **les insatisfactions vécues, qui concernent en majeure partie l'instabilité des horaires et la précarité**, mais également le rythme et la charge de travail, s'accumulent au fil du temps, rendant la situation de plus en plus difficile à vivre subjectivement pour plusieurs raisons. D'abord, elles trouvent

Je ne voyais pas comment j'allais pouvoir m'en sortir. Mes tâches augmentaient toujours. Je ne voyais pas du tout la lumière au bout du tunnel... ». [...] Il était temps que je sorte de là. Puis là, justement, on m'a recommandé d'aller me prendre un billet de maladie. [...] Je ne dormais plus, j'étais vraiment épuisée. C'est là que j'ai pris la décision de démissionner. Je ne retournerai pas dans cet enfer-là. (Sarah, infirmière qui a quitté)

éprouvant de maintenir ce rythme de travail en continu; après quelque temps, elles ressentent un certain essoufflement ou un sentiment d'usure. De plus, un certain pessimisme s'installe progressivement par rapport à une amélioration possible de leur situation dans un délai qu'elles jugent acceptable. Dans ce cas, les infirmières, telle **Sarah**, considèrent détenir peu de marge de manœuvre face à ce qu'elles appellent « la grosse machine » pour négocier des aménagements possibles, qui les amène à douter d'une amélioration éventuelle de leur situation en emploi dans un délai qu'elles jugent convenable.

Enfin, et ce qui apparaît central dans leur décision de quitter leur emploi, elles réalisent que **la précarité constitue un frein à la réalisation de soi dans les autres domaines de leur vie**. En effet, après quelques années sur le marché du travail, elles arrivent à une phase de leur vie où elles désirent réaliser d'autres projets; elles souhaitent s'investir dans une vie de couple, s'acheter une maison, avoir des enfants, faire des voyages, etc. La précarité et l'instabilité les empêchent d'atteindre un certain équilibre auquel elles aspirent dans leur vie. Ainsi, contrairement au premier parcours, ce n'est pas le contenu même du travail qui pose problème, mais les conditions dans lesquelles elles sont amenées à pratiquer. L'idée de quitter s'installe progressivement au fur et à mesure que les autres dimensions de la vie prennent de l'importance. Les départs qui s'inscrivent dans ce parcours sont ainsi motivés par une **logique de stabilisation**. Les infirmières cherchent un emploi stable qui va leur permettre de se réaliser à la fois au travail et à travers les autres dimensions (conjugale, familiale, sociale) de leur vie.

¹⁰ Les postes de bacheliers sont octroyés en fonction des compétences puis de l'ancienneté selon des modalités balisées par la convention collective.

Parcours 3 : le passage à une autre phase de la vie

Nous retrouvons ici des infirmières et infirmières auxiliaires qui arrivent à une **phase différente de leur vie professionnelle ou personnelle et qui éprouvent d'autres besoins par rapport à leur emploi**. Ces infirmières aimaient leur emploi, ce qui explique que, dans ce groupe-ci également, les départs surviennent à plus long terme. Ce type de parcours présente deux cas de figure.

a) Il y a d'abord les infirmières et infirmières auxiliaires qui vivent **des changements dans leur vie personnelle ou familiale qui vont générer des difficultés de conciliation** avec leur emploi actuel. Par exemple, un horaire de soir, bien qu'intéressant pour certaines employées ayant de jeunes enfants, peut devenir plus problématique à partir du moment où les enfants entrent à l'école, le soir représentant le seul moment où elles pourront passer du temps avec eux. Malgré le fait qu'elle aimait son emploi, au point d'affirmer en entrevue « *je peux pas croire que j'ai été obligée de lâcher une job que j'aimais de même* », **Maryse** s'est retrouvée dans cette situation et a quitté pour cette raison. Ces participantes arrivent à une autre phase de leur vie familiale qui les incite à revoir certains choix en fonction de ce qui est prioritaire pour elles à ce moment. Les difficultés vécues sont liées à la conciliation de différentes tâches familiales et professionnelles. Plus encore, ces difficultés réfèrent à la gestion de tensions identitaires générées par le désir de s'investir à la fois dans leur vie personnelle et familiale et au travail. Les infirmières et infirmières auxiliaires correspondant à ce premier cas de figure s'inscrivent alors dans une **logique de conciliation du travail et de la famille**; cette quête les amènera à faire des choix visant à tendre vers l'équilibre recherché.

Ça a été parfait, travailler de soir quand les enfants étaient jeunes. [Quand mon fils a commencé l'école] j'ai fait le choix de me chercher un emploi de jour parce que je ne voyais plus mon fils ni mon chum. C'a été un choix pour la vie de famille. (Maryse, infirmière qui a quitté)

b) Le deuxième cas de figure correspond aux **départs qui sont liés au désir d'évoluer professionnellement**. Plusieurs infirmières ont fait le choix de quitter leur emploi parce qu'elles se retrouvaient à une autre phase de leur vie professionnelle et qu'elles voulaient **relever de nouveaux défis** ou encore souhaitaient occuper un emploi correspondant davantage au diplôme récemment obtenu. Le désir de quitter est généralement influencé par un événement comme la fin d'un cycle d'études universitaires ou encore une offre d'emploi intéressante qui se présente et qui marque une nouvelle étape dans le cheminement professionnel. Or, au moment où elles aspirent à des changements, elles n'entrevoient aucune possibilité au sein de leur établissement. Pour cette raison, les infirmières rechercheront un autre emploi qui leur permettra d'utiliser leurs compétences, de découvrir d'autres facettes d'elles-mêmes et de se réaliser professionnellement. C'est pour elles une façon de s'éprouver et de se connaître à travers des situations nouvelles, ces expériences s'insérant dans une démarche de

*« Ça a été de me connaître à travers chacun des emplois que j'ai faits puis de me découvrir moi-même qui j'étais puis qui je voulais être là-dedans. »
(Gabrielle, infirmière qui a quitté)*

quête identitaire, comme en témoigne **Gabrielle**. En effet, ce qui prime pour elles et qui s'avèrera déterminant dans le choix de quitter est l'intérêt que comporte l'emploi dans le processus de construction de soi. La décision de quitter s'inscrit alors dans une **logique de développement professionnel**.

Ainsi, dans les deux cas de figure, la décision de quitter son emploi est liée au passage d'une phase de la vie à une autre, au niveau professionnel ou familial, et au constat que l'organisation n'est pas en mesure de répondre à leurs besoins changeants; en effet, la plupart auraient souhaité poursuivre leur carrière au sein de l'organisation si celle-ci avait été en mesure de répondre à leurs nouveaux besoins.

Parcours 4 : faire face aux imprévus

Dans ce parcours, les départs peuvent survenir à n'importe quel moment du continuum. Les infirmières qui correspondent à ce profil ont ceci en commun qu'au moment où elles prennent la décision de quitter leur emploi, elles aimaient leur travail et n'envisageaient pas de quitter l'organisation. Certaines vivaient des insatisfactions, d'autres très peu, mais surtout, les insatisfactions ne sont pas la cause des départs. **La décision de quitter fut provoquée par un événement déclencheur soudain et imprévisible.** À travers le récit des infirmières, différents types d'événements déclencheurs ont été identifiés et des **logiques d'action différentes ont été mobilisées selon la nature des événements.** Ce sont en fait les mêmes logiques que celles identifiées dans les parcours 1, 2 et 3.

Parmi les événements déclencheurs, nous retrouvons les **nombreux changements organisationnels** survenus au cours des dernières années qui ont provoqué une détérioration importante de la situation en emploi de certaines infirmières. Ces nombreux changements ont pénalisé certaines infirmières qui se sont retrouvées avec une diminution de leurs heures de travail ou encore un horaire incompatible avec leurs responsabilités familiales. Étant à l'emploi depuis plusieurs mois, voire quelques années (entre un et trois ans), s'étant investies au travail, elles auraient souhaité avoir la chance de faire leur place dans cette organisation. Dans leur cas, la décision de quitter représente moins un choix qu'une situation qu'elles subissent et qui les conduit à devoir explorer d'autres horizons professionnels. À nouveau, elles doivent « chercher leur place » dans l'univers du travail selon une logique qui s'apparente à celle qu'on retrouve dans le parcours 1. À la suite de ces événements, certaines ont quitté le réseau public, d'autres la profession. Dans certains contextes, la **survenue d'un problème de santé** peut aussi constituer un événement déclencheur obligeant les infirmières à devoir quitter leur emploi, surtout pour celles qui n'ont pas de stabilité d'emploi et qui cumulent des contrats dans différents établissements. La stabilité de l'emploi deviendra donc une préoccupation de première importance, et le choix de quitter sera fait selon une logique de stabilisation semblable à celle qu'on retrouve dans le parcours 2. L'événement déclencheur peut aussi prendre la forme d'une **offre d'emploi imprévue** qui concorde davantage avec les intérêts et la perspective de carrière de l'individu, propulsant alors l'infirmière dans une logique de développement professionnel, à l'instar de certaines des infirmières du parcours 3.

Les infirmières qui s'inscrivent dans ce parcours sont en mode réactif. Les événements imprévisibles n'ont pas le même impact sur l'expérience subjective de travail. Certains événements sont vécus de manière positive et contribuent à la réalisation de soi au travail. D'autres sont plutôt vécus comme des moments difficiles auxquels elles doivent faire face, qui nécessitent des réajustements professionnels importants et qui entravent la construction de soi par le travail. Dans tous les cas, les événements déclencheurs ont mené à un départ, mais les motivations pour le faire ont été de nature très différente

et la signification dans le parcours professionnel également. De plus, dans ce parcours, l'événement déclencheur n'est pas nécessairement lié à une phase spécifique de la vie, par contre la façon d'y réagir dépendra des différents contextes de vie de l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire, si elle vit seule, si elle a un emploi stable, si elle a des responsabilités familiales contraignantes, etc.

Principaux constats du Volet II

1. Les « jeunes » infirmières et infirmières auxiliaires **ne partagent pas tous les mêmes valeurs à l'égard du travail**. De plus, les attentes à l'égard du travail **évoluent dans le temps** selon la phase de la vie, les événements qui surviennent dans la vie professionnelle et personnelle et les conditions dans lesquelles les infirmières et infirmières auxiliaires sont amenées à travailler.
2. La **décision de quitter le travail** implique très souvent plusieurs dimensions de la vie d'un individu. En effet, cette **décision s'inscrit dans un parcours individuel complexe**, où interviennent à la fois l'expérience de travail, les projets de vie et familiaux, les objectifs de carrière, la phase de la vie et l'influence du conjoint ou des proches.
3. Les quatre parcours de départs mettent en évidence que **la décision de quitter se construit dans le temps**, que cette décision est l'aboutissement d'un **processus** plus ou moins long. Ainsi, certains départs peuvent survenir très tôt, comme ce fut le cas pour les infirmières et infirmières auxiliaires qui s'inscrivent dans le parcours 1, alors que d'autres peuvent survenir à plus long terme comme le démontrent les parcours 2 et 3. Ils peuvent également survenir à n'importe quel moment du continuum lorsque c'est un événement déclencheur qui provoque le départ, à l'instar du parcours 4.

Les **départs qui surviennent tôt** sont causés par des **insatisfactions nombreuses autant au niveau de la nature des tâches que des conditions de travail**. Le manque d'encadrement et de soutien en début de fonction, l'instabilité et l'imprévisibilité des horaires, l'impossibilité de travailler avec la clientèle de leur choix et d'effectuer leur métier en cohérence avec leurs valeurs professionnelles sont des aspects problématiques à la source de ces départs.

Les **départs qui se produisent sur le long terme** procèdent, quant à eux, de logiques différentes. Les infirmières et infirmières auxiliaires s'inscrivant dans ces parcours aimaient pour la plupart leur emploi et auraient souhaité y demeurer. **Les insatisfactions soulevées concernent essentiellement le contexte de travail** qui ne leur permet pas de s'investir comme elles le souhaitent dans les autres domaines de leur vie ou de concilier de manière satisfaisante le travail et la famille. En effet, il existe une imbrication très forte entre les attentes de réalisation de soi au travail et les attentes de réalisation de soi dans les autres dimensions de la vie à partir desquelles sera évaluée la qualité de l'emploi occupé. D'autres auraient souhaité pouvoir évoluer professionnellement au sein de l'établissement mais au moment où elles aspirent à relever des défis ou à utiliser leurs nouvelles compétences, l'organisation n'était pas en mesure de répondre à leurs attentes.

Les effets positifs du contexte de travail

Cette section se concentre sur les **parcours de DÉPART** des infirmières et infirmières auxiliaires. Or, l'analyse des entrevues auprès des infirmières toujours en emploi a permis de mettre en évidence **certains aspects de l'organisation du travail qui contribuent à amoindrir ou tempérer l'impact des difficultés rencontrées**. Ainsi, l'équipe de travail peut faire toute la différence entre rester ou quitter. Le soutien reçu des collègues, le sentiment de ne pas porter seule sa charge de travail, l'entraide et la possibilité d'apprendre auprès d'infirmières expérimentées a été déterminant pour plusieurs infirmières et infirmières auxiliaires qui ont fait le choix de rester en emploi. La possibilité de compter sur une certaine stabilité en emploi en début de fonction, de travailler auprès de la clientèle de son choix, d'améliorer de façon continue sa situation en emploi a été déterminante pour certaines infirmières qui sont restées en emploi malgré les insatisfactions. Pour d'autres, c'est la capacité de l'organisation à répondre aux besoins changeants des infirmières en termes de cheminement professionnel et de conciliation travail/famille/vie personnelle qui a permis le maintien durable du lien d'emploi.

Implications pratiques

Les résultats de cette étude attirent l'attention sur le **processus entourant la décision de quitter**, qui se construit dans un laps de temps plus ou moins long et qui s'inscrit au sein d'une dynamique complexe faisant intervenir à la fois le contexte de travail de l'individu, son contexte de vie et l'environnement plus global dans lequel il s'inscrit.

En termes de mesures à envisager, conceptualiser les départs comme un processus nous permet d'identifier:

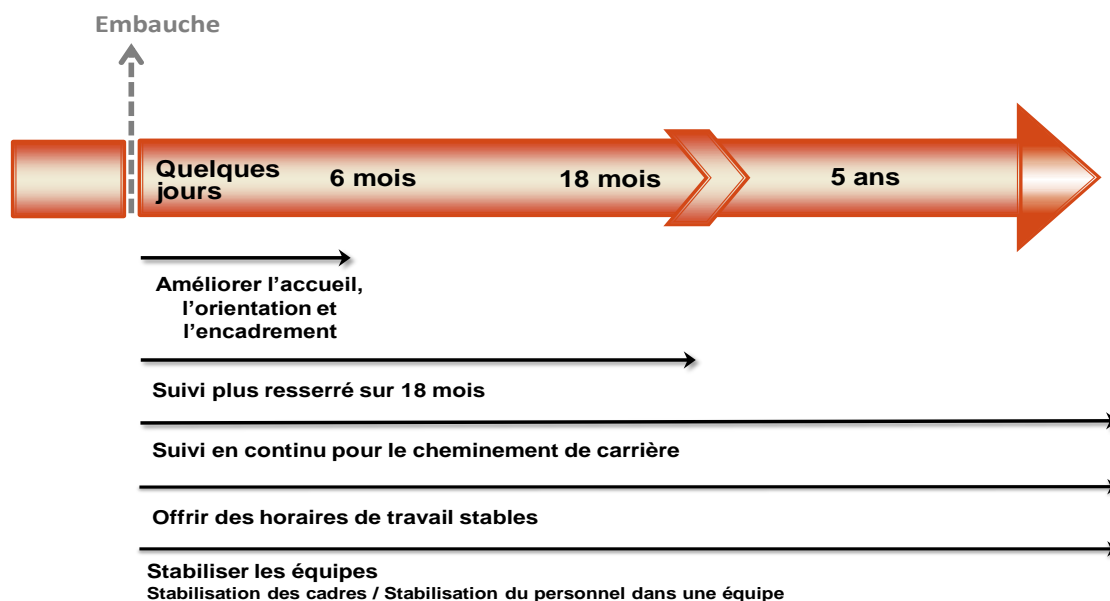
- 1) **comment intervenir**, soit en développant des interventions plus ciblées en fonction des différents profils;
- 2) **quand intervenir**, soit en repérant les moments les plus propices à la mise en place de mesures qui agiront en amont de la décision de quitter.

En d'autres termes, l'identification de différents profils permet de mettre en évidence la nécessité pour les organisations de développer des **mesures de rétention et de fidélisation qui vont à la fois agir à court terme**, pour retenir celles qui risquent de quitter rapidement, **et à plus long terme**, pour retenir celles susceptibles de quitter après quelques années.

Les mesures de rétention et de fidélisation agissant à **court terme** pourraient viser, entre autres, **l'amélioration du soutien et de l'encadrement** qu'il serait pertinent d'étendre à toute la période critique de 18 mois, en instaurant un suivi plus resserré les six premiers mois. Il conviendrait également d'assurer le plus possible au personnel infirmier un **nombre d'heures de travail suffisant ainsi qu'une stabilité au niveau des horaires de travail**. Concernant les **entrevues d'embauche**, il serait pertinent de s'assurer de toujours **donner l'heure juste** aux infirmières et infirmières auxiliaires quant aux tâches, aux horaires et aux possibilités de mobilité au sein de l'établissement.

Les mesures à plus **long terme**, pour leur part, pourraient miser sur **l'amélioration continue de la situation professionnelle des infirmières et infirmières auxiliaires en termes d'horaires et de stabilité**, sur le **développement des compétences** et sur la **stabilité des équipes**. Il serait également pertinent pour les organisations de se questionner sur les moyens à mettre en place pour répondre aux besoins changeants des infirmières et infirmières auxiliaires en termes de cheminement de carrière afin qu'elles puissent **être en mesure de se projeter au sein de l'établissement** et envisager d'y faire carrière. La figure 2 illustre les différentes pistes proposées sur le continuum de départ sur cinq ans.

Figure 2 : Illustration des pistes d'action sur le continuum de départ



UNE PISTE À ACTION MULTIPLE

Parmi les différentes pistes suggérées, la **stabilisation des équipes de travail** nous apparaît comme étant une piste porteuse, pouvant agir sur plusieurs dimensions à la fois (voir figure 3) et touchant différents temps d'intervention, autant les semaines suivant l'embauche que le plus long terme. Plus spécifiquement, stabiliser les équipes aurait pour impact de :

- ✓ **Diminuer les problèmes liés à l'embauche massive.** Des équipes stables permettraient une meilleure planification de l'embauche et des besoins liés à celle-ci, de sorte que cette mesure permettrait à l'organisation d'agir en mode préventif plutôt qu'en mode réactif. Elles inciteraient ainsi à revoir les stratégies d'attraction.
- ✓ **Diminuer l'énergie, le temps et les sommes consacrées à l'accueil, l'orientation et l'encadrement.** Des équipes stables seraient moins sollicitées par la formation à répétition des nouvelles, entre autres, par la préservation dans l'équipe de l'expertise acquise et une diminution du nombre de nouvelles recrues. Par le fait même, les besoins en termes de soutien clinique iraient en diminuant.
- ✓ **Offrir des horaires stables et prévisibles.** Les horaires étant plus faciles à gérer et à planifier avec des équipes stables, le recours aux infirmières d'agence, à la liste de rappel et aux appels de dernière minute serait considérablement amoindri. Pour les infirmières stabilisées, cela signifierait une diminution du nombre de leurs fins de semaine de travail.
- ✓ **Faciliter la gestion des demandes de congés.** Avec une équipe plus stable et du personnel suffisant sur le plancher, les demandes de congés seraient plus faciles à gérer. Par ailleurs, la

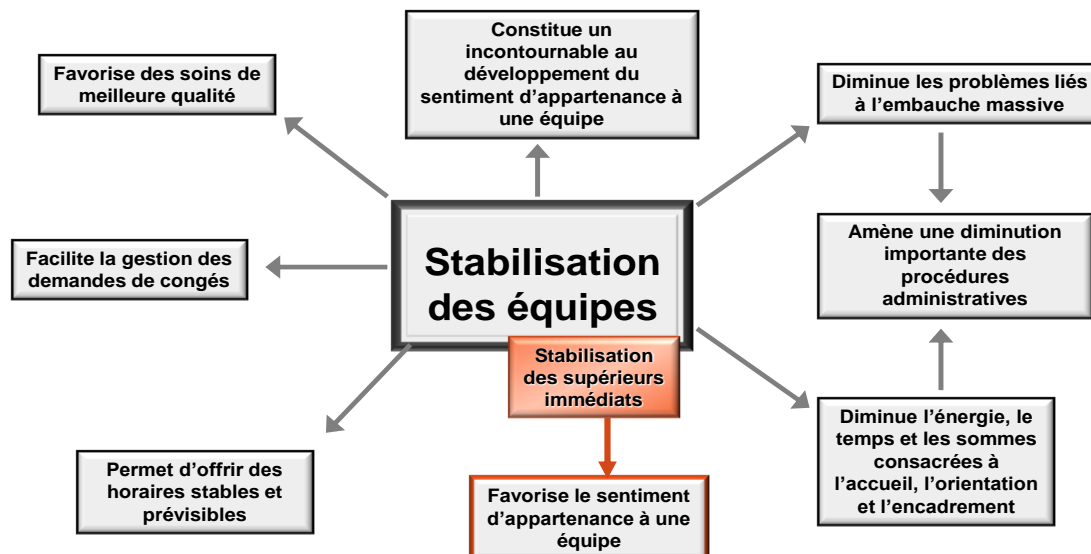
cohésion d'équipe qui s'installerait au fil du temps faciliterait la collaboration entre les infirmières, qui pourraient plus facilement s'accommoder entre elles.

- ✓ **Favoriser des soins de meilleure qualité.** En œuvrant auprès de la même clientèle jour après jour, les infirmières pourraient développer une expertise et une aisance avec cette clientèle.
- ✓ **Développer un sentiment d'appartenance à une équipe. Une équipe stable :**
 - ◆ favorise l'entraide, la collaboration, le soutien mutuel, la solidarité, la reconnaissance des compétences des pairs;
 - ◆ permet une meilleure intégration des nouveaux à la culture d'équipe;
 - ◆ permet de bénéficier de piliers sur qui l'équipe peut compter;
 - ◆ rend, au niveau individuel, les interventions plus rapides et efficaces.



Enfin, la stabilisation des équipes de travail va de pair avec la stabilisation des supérieurs immédiats, qui aurait pour impact de favoriser le sentiment d'appartenance à une équipe. Un supérieur immédiat stable : aurait une meilleure connaissance de ses employés; ferait une meilleure utilisation des compétences de ceux-ci; aurait la capacité de porter à long terme des projets et initiatives; offrirait une meilleure reconnaissance de l'engagement de professionnelles (donnant-donnant).

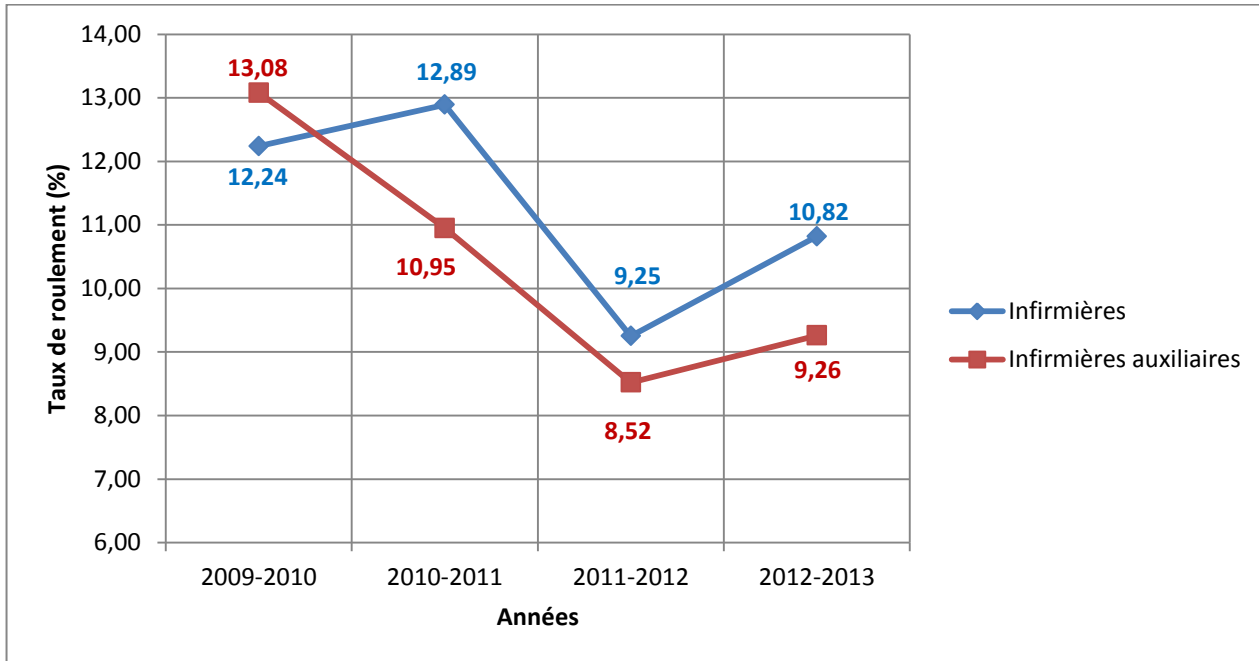
Figure 3 : Une piste à action multiple : la stabilisation des équipes



Retombées dans le milieu

Le projet de recherche tire ses origines du constat de la présence d'un taux de roulement élevé au sein du personnel infirmier au CSSS de la Vieille-Capitale et de la volonté de favoriser la rétention de cette main-d'œuvre. Dans ce contexte, nous avons obtenu, grâce à la collaboration de la Direction des ressources humaines de l'établissement, les taux de roulement¹¹ du personnel infirmier pour les quatre dernières années. Les courbes illustrées dans le graphique 13 démontrent une diminution substantielle jusqu'en 2013.

Graphique 13 : Taux de roulement personnel infirmier du CSSS de la Vieille-Capitale



L'implication de plusieurs acteurs clés du CSSS au sein du comité consultatif a permis une réflexion concertée sur la question de la rétention et de la fidélisation du personnel infirmier et une appropriation continue des résultats tout au long de la démarche débouchant sur l'identification de mesures concrètes favorisant la rétention du personnel infirmier. Ainsi, les retombées¹² présentées dans les pages suivantes sont issues de la synergie entre certaines orientations privilégiées par le CSSS et les résultats

¹¹ Les statistiques du Volet I de la recherche sont basées sur le **nombre de départs**. Dans le cas présent, il est question du **taux de roulement**, qui se résume au pourcentage que représente le nombre de personnes quittant définitivement l'établissement pour une période donnée par rapport au nombre de personnes à l'emploi de l'organisation au cours de cette même période. La formule utilisée pour le calculer est la suivante : $(\text{Nombre de départs} / \text{Moyenne de l'effectif}) * 100$

¹² Dans l'optique de réaliser un bilan des retombées dans le milieu, l'équipe de recherche a rencontré la Direction des ressources humaines et les représentantes syndicales de la catégorie 1 ainsi que la Direction des soins infirmiers et des pratiques professionnelles. Le contenu des discussions qui se sont tenues lors de ces deux rencontres est résumé dans les pages suivantes.

émergeant du projet de recherche qui ont contribué tantôt à renforcer ces orientations tantôt à ouvrir sur de nouvelles voies pour développer des mesures intégrées de fidélisation.

Mobilisation de l'ensemble des acteurs autour d'un enjeu commun

La recherche sur la fidélisation des infirmières et infirmières auxiliaires a été menée dans une logique de coconstruction réunissant au sein du comité consultatif différents acteurs concernés par la question. Les membres du comité ont été appelés à échanger sur les résultats tout au long du processus. Ces rencontres ont permis de développer une **vision commune** de la problématique du roulement au sein de l'établissement. Réunir ces différentes personnes à la même table a également permis de favoriser la compréhension de la réalité et des contraintes de chacun (ex. : conventions collectives, ressources budgétaires, orientations ministérielles, etc.), ce qui permis l'identification de solutions réalistes et applicables à différents niveaux (organisationnel, syndical, ministériel). Au sein de l'établissement concerné, ces rencontres ont également permis de réunir les parties patronale et syndicale pour discuter d'enjeux communs, et ce, en dehors des rencontres habituelles de relations de travail.

Mise sur pied d'un sondage portant sur l'ensemble du personnel

À la demande de l'établissement, la recherche sur la fidélisation du personnel infirmier a donné naissance à un **court sondage**¹³ **visant à documenter les motifs de départ de l'ensemble des employés** ayant quitté volontairement leur emploi. S'échelonnant entre le 1er octobre 2010 et le 14 mars 2011, le sondage a permis à l'établissement de réfléchir sur des mesures de fidélisation non seulement pour les infirmières, mais aussi pour les autres catégories d'emploi. Des pistes d'action issues des résultats du sondage ont par la suite été intégrées au *Plan stratégique de développement des ressources humaines 2011-2016* (PSDRH) de l'établissement.

Compréhension renouvelée des départs

La recherche a permis, en utilisant l'approche des parcours de vie, de comprendre les départs sous l'angle des processus en retraçant l'enchaînement des événements qui a conduit à la décision de quitter son emploi. Cette façon de conceptualiser les départs a permis de mettre en évidence que la décision de quitter se construit dans le temps et qu'elle implique généralement plusieurs dimensions de la vie d'un individu. L'analyse a également révélé l'importance de tenir compte des besoins changeants des individus à l'égard de l'emploi qui évoluent en fonction de la phase de la vie et des événements qui surviennent aussi bien au travail que dans la vie personnelle et familiale. Cette compréhension

¹³ Il est possible de consulter le sondage sur Internet à l'adresse suivante :

http://www.ripost.qc.ca/fileadmin/user_upload/publications/fichiers/Cote - Sondage departs CSSSVC - rapport coul. 01.pdf

renouvelée des départs implique donc de tenir compte de la dynamique entre les conditions de travail et les conditions individuelles ainsi que le contexte plus large du marché du travail. C'est cette vision des départs que les membres du comité consultatif ont été amenés à développer et qui a permis de relativiser et de réviser l'idée répandue selon laquelle les départs sont essentiellement attribuables aux valeurs des jeunes à l'égard du travail.

Changements dans les pratiques organisationnelles

Les changements qui se sont déroulés au cours de cette période (2009-2013) permettent de faire ressortir la variété des mesures entreprises pour réduire le roulement et la concordance de ces mesures avec plusieurs pistes issues du projet de recherche, plus particulièrement en ce qui a trait à l'amélioration de l'accueil, l'orientation et l'encadrement, au développement des compétences et au cheminement de carrière ainsi qu'au sentiment d'améliorer de façon continue sa situation en termes d'horaires et de lieux de travail.

Amélioration des procédures d'accueil et d'orientation

Les résultats du projet ont mis en évidence l'importance d'améliorer les mesures de soutien pour diminuer le roulement du personnel infirmier. Elle a notamment démontré l'importance de se pencher sur des mesures d'accueil, d'orientation et d'encadrement touchant les dix-huit premiers mois, avec un suivi plus resserré les six premiers mois. Ainsi, plusieurs changements ont été apportés dans les procédures d'accueil et d'orientation de l'établissement entre 2011 et 2013 dans divers secteurs. Ces changements permettent d'offrir une orientation de plus grande qualité aux nouvelles infirmières et infirmières auxiliaires et facilitent le processus d'accueil et d'orientation au sein des équipes. Mentionnons à cet effet :

- L'ajout de deux jours théoriques d'orientation à l'Hébergement et au Soutien à domicile;
- Selon les secteurs, la prise en charge du volet théorique de l'accueil par les conseillères cliniciennes en soins infirmiers (CCSI) ou les assistances du supérieur immédiat (ASI);
- L'organisation, au Soutien à domicile, de journées mensuelles spécifiquement destinées¹⁴ à l'accueil;
- La révision des guides d'intégration qui reflètent les bonnes et les meilleures pratiques en soins infirmiers.

L'un des changements majeurs apportés aux procédures d'accueil et d'orientation, particulièrement celles à plus long terme, reste toutefois la bonification du programme de préceptorat.

¹⁴ Le projet de recherche avait mis de l'avant le désir de la part des gestionnaires de pouvoir bénéficier de journées fixes destinées à l'accueil et l'orientation.

Bonification du programme de préceptorat

Un programme de préceptorat fut instauré dans l'établissement dès 2009. L'objectif de ce programme était de mieux accompagner, sur la base d'un préceptorat, les infirmières et infirmières auxiliaires détenant deux ans et moins d'expérience clinique. Toutefois, ce programme était difficile à actualiser étant donné les difficultés inhérentes à la libération des préceptrices, désignées à l'intérieur même des équipes. En démontrant l'importance du préceptorat, le projet de recherche a servi de levier pour repenser autrement le programme et l'actualiser. Deux demi-postes relevant de la Direction des soins infirmiers et des pratiques professionnelles ont été créés.

Le programme de préceptorat actuel permet un accueil plus structuré allant de trois à six mois. Par ailleurs, le programme est accessible non seulement aux nouvelles infirmières et infirmières auxiliaires, mais également à celles œuvrant déjà dans l'établissement qui connaissent une réorientation de carrière les amenant à œuvrer auprès d'une clientèle différente (ex. : du CHSLD au CLSC). À ce sujet, le projet de recherche avait mis de l'avant l'importance pour les infirmières et infirmières auxiliaires de pouvoir bénéficier d'un encadrement plus soutenu non seulement à l'accueil, mais aussi lors des « passages » (voir p.18).

Rehaussement de postes

L'un des aspects cruciaux concernant la fidélisation des infirmières et infirmières auxiliaires relevé par le projet de recherche et par le sondage qui en a découlé est la stabilité en emploi. Le sentiment d'améliorer de façon continue sa situation en emploi est d'ailleurs intimement lié à la question de la stabilité, entre autres, en termes d'heures garanties. L'établissement a procédé à des mesures progressives de rehaussement de postes depuis 2012, en trois étapes. Il a d'abord procédé en 2012 à un rehaussement des postes d'infirmières en hébergement pour un horaire 7-14, puis à un rehaussement des postes d'infirmières auxiliaires pour un horaire 6-14 à l'automne 2013. Depuis décembre 2013, l'établissement considère un nouveau rehaussement des postes d'infirmières, cette fois pour un horaire 8-14.

Mise en place d'équipes volantes sectorielles

Certaines mesures ont par ailleurs été mises en place en vue de réduire la mobilité au sein de l'établissement. La stabilité en emploi, cette fois en termes de stabilisation dans une équipe ou dans un lieu de travail, constituait en effet l'une des dimensions mises de l'avant dans le projet de recherche comme facteur favorisant la fidélisation du personnel infirmier. Les équipes volantes sectorielles sont des équipes dédiées à un secteur donné, dont l'objectif est de stabiliser les infirmières et infirmières auxiliaires dans un secteur, et diminuer de surcroît la formation à répétition de nouvelles employées. Déjà en décembre 2009, ces équipes étaient mises en place dans le secteur de l'Hébergement de l'établissement. La mesure a par la suite été appliquée au Soutien à domicile (janvier 2014).

Établissement de diverses ententes permettant un assouplissement des horaires de travail

Plusieurs des difficultés rencontrées par les infirmières et infirmières auxiliaires sont liées à la question des horaires et aux soucis que ces derniers posent pour la conciliation du travail et de la vie personnelle. Le projet de recherche et le sondage ont dévoilé l'importance des difficultés à ce niveau. Entre 2009 et 2013, de nombreuses mesures ont été déployées pour offrir aux infirmières et infirmières auxiliaires l'opportunité de bénéficier d'horaires : 1) plus stables et prévisibles; 2) qui permettent de concilier plus facilement les diverses dimensions de leur vie. Ces mesures sont offertes sur une base **volontaire**, permettant une gestion plus souple et adaptée aux besoins variés et évolutifs du personnel. Mentionnons la mise en place :

- Dès 2009, des mesures de préaffectation. Ces mesures, mises en place dans le secteur de l'hébergement, offrent la possibilité aux infirmières et infirmières auxiliaires titulaires de postes à temps partiel d'obtenir leur horaire à l'avance.
- En 2011, de l'entente d'aménagement du temps de travail, une entente qui offre l'opportunité à l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire intéressée de convertir différents avantages sociaux (prime de nuit, vacances, certains fériés et congés de maladie) en jours de congé répartis à chaque semaine, lui permettant de travailler quatre jours par semaine au lieu de cinq.
- De l'entente de quarts de travail de 12 heures les fins de semaine. Cette entente permet à l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire qui en bénéficie de réduire le nombre de fins de semaine de travail, passant d'une fin de semaine de travail sur deux à une fin de semaine de travail sur trois, moyennant des quarts de travail de 12 heures la fin de semaine où elle travaille.
- De l'entente 7-7 pour les vacances. Cette entente, basée sur des modèles déjà existants ailleurs au Québec, consiste en un couplage de deux infirmières ou infirmières auxiliaires qui assurent mutuellement leur remplacement à tour de rôle une semaine sur deux durant les vacances ou la période des fêtes. L'entente permet aux deux infirmières ou infirmières auxiliaires couplées d'obtenir des vacances durant les mois les plus prisés (juillet et août). Elle s'avère avantageuse pour les jeunes travailleuses, qui d'ordinaire doivent attendre des années avant de pouvoir obtenir des vacances durant les mois les plus populaires de l'été.

Création d'une équipe spécialisée en gériatrie

Plus récemment, au cours de l'automne 2013, l'établissement a mis en place une équipe dédiée « SAPA » (Soutien pour l'Autonomie des Personnes Âgées). Il s'agit d'une équipe d'infirmières comptant une expertise en gériatrie et intervenant exclusivement auprès d'une clientèle spécifique, soit celle en perte d'autonomie de nature fonctionnelle ou cognitive, ou en raison de maladies chroniques. Cette nouvelle équipe offre une perspective de carrière intéressante pour les infirmières souhaitant se spécialiser auprès d'une clientèle particulière ou pour celles qui ont envie de faire des expériences professionnelles différentes.

CONCLUSION

L'importance des retombées du projet dans le milieu démontre à la fois la force de la collaboration qui s'est développée entre les différents acteurs mobilisés par la fidélisation du personnel infirmier et l'engagement de l'établissement face à cette problématique. Les résultats finaux du projet de recherche furent présentés au comité consultatif en septembre 2013, qui a alors formulé le besoin de poursuivre les travaux afin de consolider les actions déjà entamées et de réfléchir à de nouveaux moyens pour diminuer le roulement du personnel infirmier.

Références

- Buchan, J. (1999). 'Still attractive after all these years? Magnet hospitals in a changing health care environment.', *Journal of Advanced Nursing*, 30: 1, 100-108.
- Cascio, W. (1987). *Costing Human Resources: The Financial Impact of behavior organizations*, Boston, MA.
- Côté, N, Bolduc, N, Duchesne, A, Jauvin, N, & Lafond, M.-F. (2011). *Sondage sur les motifs de départ des employés du CSSS de la Vieille-Capitale*, Québec, RIPOST, CSSS de la Vieille-Capitale.
Sur Internet : [http://www.ripost.qc.ca/fileadmin/user_upload/publications/fichiers/Cote -
_Sondage departs CSSSVC - rapport coul. 01.pdf](http://www.ripost.qc.ca/fileadmin/user_upload/publications/fichiers/Cote_-_Sondage_departs_CSSSVC_-_rapport_coul._01.pdf)
- Elder, GH, Kirkpatrick Johnson, M, & Crosnoe, R. (2004). 'The Emergence and Development of Life Course Theory ', in JT Mortimer & MJ Shanahan (eds), *Handbook of the Life Course*, Springer.
- Hayes, LJ, Brien-Pallas, LO, Duffield, C, Shamian, J, Buchan, J, Hughes, F, et al. (2011). 'Nurse turnover : A literature review – An update', *International Journal Of Nursing Studies*, 49: 7, 887-905.
- Jones, CB. (2005). 'The Costs of Nurse Turnover. Part 2: Application of the Nursing Turnover Cost Calculation Methodology', *Journal of Nursing Administration*, 35: 1, 41-49.
- Jones, CB. (2004). 'The Costs of Nurse Turnover. Part 1: An Economic Perspective', *Journal of Nursing Administration*, 34: 12, 562-570.
- Lalive d'Épinay, C, Bickel, J-F, Cavalli, S, & Spini, D. (2005). 'Le parcours de vie: émergence d'un paradigme interdisciplinaire', in, *Guillaume, J.-F. (dir). Parcours de vie. Regards croisés sur la construction des biographies contemporaines.*, Liège: Éditions de l'ULG.
- Lavoie-Tremblay, M, Paquet, M, Marchionni, C, & Drevniok, U. (2011). 'Turnover Intention Among New Nurses: A Generational Perspective', *Journal of Nurse in Staff Development*, 27: 1, 39-45.
- Loan-Clarke, J, Arnold, J, Coombs, C, Hartley, R, & Bosley, S. (2010). 'Retention, turnover and return - a longitudinal study of allied health professionals in Britain', *Human Resource Management Journal*, 20: 4, 391-406.
- Maddalena, V. & Crupi, A. (2008). *A Renewed Call for Action: A Synthesis report on the Nursing Shortage in Canada*, Ottawa, Canadian Federation on Nurses Unions.
- McDaniel, S, & Bernard, P. (2011). 'Life Course as a Policy Lens : Challenges and Opportunities', *Canadian Public Policy*, 37: Numéro spécial, S1-S13.
- Mohr, DC, Young, GJ, & Burgess Jr, JF. (2012). 'Employee turnover and operational performance: the moderating effect of group-oriented organisational culture', *Human Resource Management Journal*, 22: 2, 216-233.

- O'Brien-Pallas, L, Murphy, GT, & Shamian, J. (2008). 'Final Report: Understanding the Costs and Outcomes of Nurses ' Turnover in Canadian Hospitals ', in: Nursing Health Services Research Unit.
- Paillé, P. (2011). "La fidélisation des ressources humaines: les dimensions négligées", in PUL (ed), *La fidélisation des ressources humaines (sous la direction de P. Paillé)*.
- Paillé, P, & Bourdeau, L. (2010). 'Support, trust, satisfaction, intent to leave and citizenship at organizational level. A social exchange approach', *International Journal of Organizational Analysis*, 18: 1, 45-58.
- Pang, T, Lansang, MA, & Haines, AD. (2002). 'Brain drain and health professionals: a global problem needs global solutions', *British medical Journal*, 324: 7336, 499-500.
- Singh, P, & Loncar, N. (2010). 'Pay Satisfaction, Job Satisfaction and Turnover Intent', *Relations industrielles / Industrial Relations*, 65: 3, 470-490.
- Takase, M. (2010). 'A concept analysis of turnover intention : Implications for nursing management', *Collegian*, 17: 1, 3-12.
- Waldman, JD, Kelly, F, Arora, S, & Smith, HL. (2004). 'The Shocking Cost of Turnover in Health Care', *Health Care Management Review*, 29: 1, 2-7.

Annexe – Document de travail ayant servi à l'exercice de priorisation de pistes d'action avec le comité consultatif

Le comité consultatif (voir p. 2 du rapport) a, dans une perspective de transfert et d'appropriation continue des connaissances, accompagné les travaux tout au long de la recherche. Deux des rencontres qu'il a tenues ont été consacrées à l'identification de pistes de solutions et de leviers pour favoriser la rétention du personnel infirmier. Dans le cadre d'un exercice réalisé en avril 2011, l'ensemble des pistes d'action soulevées lors des entrevues par les infirmières, les infirmières auxiliaires, les gestionnaires, les acteurs-clés et les représentants syndicaux ont été présentées et discutées. Le présent tableau reprend l'ensemble de ces pistes d'action, auxquelles furent ajoutées les pistes suggérées par l'équipe de recherche.

LES 6 GRANDS ENJEUX ENTOURANT LE DÉPART QUOI RETENIR	OBJECTIFS	PISTES D'ACTION IDENTIFIÉES PAR :	PISTES DE L'ÉQUIPE DE RECHERCHE
<p>L'ACCUEIL, L'ORIENTATION ET L'ENCADREMENT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les jeunes qui commencent en emploi ne semblent pas pouvoir bénéficier d'un encadrement aussi structuré et soutenu que celles qui ont commencé leur carrière il y a plus de 5 ans • À cause de la charge de travail et du manque de stabilité de la main-d'œuvre, l'équipe joue plus difficilement son rôle intégrateur • Le soutien « lors des passages » fait une différence dans la rétention • Les jeunes infirmières se voient confier rapidement la gestion d'une équipe en CHSLD 	<p>Être proactif et transparent lors de l'embauche</p>	<p>PISTES D'ACTION IDENTIFIÉES PAR :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les infirmières et infirmières auxiliaires • Les gestionnaires • Le syndicat <p>A. Rapidité dans le processus d'embauche</p> <ul style="list-style-type: none"> • Convoquer rapidement en entrevue une candidate intéressante; • Le gestionnaire doit participer activement à l'embauche et offrir une grande disponibilité pour les entrevues; • Simplifier le processus de l'embauche lors de l'orientation. <p>B. Donner l'heure juste</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présenter un portrait réaliste du travail et des perspectives de cheminement de carrière lors de l'entrevue d'embauche. 	
	<p>Améliorer la qualité de l'accueil, de l'orientation et de l'encadrement</p>	<p>A. Accueil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les supérieurs immédiats devraient rencontrer tous les nouveaux; • Transmettre la philosophie de l'établissement en matière de bonnes pratiques (CHSLD); • Favoriser une attitude accueillante des équipes. <p>B. Orientation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurer un meilleur arrimage entre la formation et la réalité terrain; • Mieux planifier l'embauche et limiter l'embauche massive • La responsabilité de l'orientation devrait être attribuée à l'équipe, qui en retour aura la garantie de conserver cette ressource; • Être formée par la même personne; • Dégager les formatrices et les préceptrices; • Les employés doivent orienter les nouveaux employés pendant leur temps de travail; • S'assurer que l'orientation soit une expérience valorisante et enrichissante; • Mieux structurer l'orientation; • Augmenter le temps d'orientation; • Orienter dans chacune des installations; • Orienter les jours les moins achalandés; • Orienter lors des passages (CH à CSSS et CHSLD à CLSC). <p>C. Suivi de probation et évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Améliorer l'évaluation et le suivi de probation; • Effectuer des évaluations du personnel sur une base régulière. <p>D. Soutien clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Améliorer le soutien clinique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer les mesures d'orientation et d'encadrement • Assurer un suivi régulier dans les 18 premiers mois, et plus serré pour les 6 premiers mois

LES 6 GRANDS ENJEUX ENTOURANT LE DÉPART QUOI RETENIR	OBJECTIFS	PISTES D'ACTION IDENTIFIÉES PAR : <ul style="list-style-type: none"> • Les infirmières et infirmières auxiliaires • Les gestionnaires • Le syndicat 	PISTES DE L'ÉQUIPE DE RECHERCHE
LA CONCILIATION TRAVAIL/FAMILLE <ul style="list-style-type: none"> • La stabilité des horaires de travail : un élément incontournable • Compte tenu de la phase de la vie dans laquelle les jeunes se trouvent, le travail à temps partiel s'avère parfois la solution privilégiée pour diminuer les contraintes liées à la conciliation 	Offrir des conditions qui facilitent la conciliation travail / famille / vie personnelle	A. Garderie <ul style="list-style-type: none"> • Mettre sur pied une garderie en milieu de travail. B. Congés <ul style="list-style-type: none"> • Permettre une plus grande souplesse pour accorder les congés; • Permettre des congés sans solde pour des raisons familiales. C. Flexibilité des horaires <ul style="list-style-type: none"> • Permettre certains aménagements dans les horaires quand c'est possible; • Respecter le choix du travail à temps partiel. 	
LE RÔLE DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT <ul style="list-style-type: none"> • Le manque de stabilité des cadres contribue au problème de rétention des infirmières et infirmières auxiliaires • Le supérieur peut faire une grande différence dans le désir de rester ou quitter le CSSS • L'équipe manifeste le besoin d'avoir un supérieur qui est présent, connaît leurs réalités et assume un leadership • Le donnant-donnant : reconnaissance des efforts et de l'engagement 	Soutenir le supérieur immédiat dans l'exercice de son rôle	A. Ce qu'on attend du supérieur immédiat <ul style="list-style-type: none"> • Être plus présent; • Gérer de façon équitable; • Reconnaître le travail accompli; • Agir selon le principe du donnant-donnant; • Savoir faire preuve de respect envers les jeunes afin de les intégrer plus facilement dans l'équipe; • Lors d'un départ, favoriser le maintien d'un lien, soit en accordant un congé sans solde ou en étant soucieux de laisser une bonne image de l'organisation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir le supérieur immédiat dans l'exercice de son rôle
L'ÉQUIPE DE TRAVAIL <ul style="list-style-type: none"> • Une équipe qui présente une stabilité et une bonne cohésion : <ul style="list-style-type: none"> – contribue à atténuer plusieurs problèmes vécus au travail; – favorise la construction d'un solide sentiment d'appartenance; – participe activement à l'intégration au travail des nouveaux; – favorise l'entraide entre collègues. 	Stabiliser l'équipe de travail		