

Université de Montréal

**Les stratégies de soutien des infirmières novices travaillant
le soir et la nuit en centre hospitalier**

par
Cynthia Cazeau

Faculté des sciences infirmières

Travail dirigé présenté à la Faculté des études supérieures et postdoctorales
en vue de l'obtention du grade de Maitre ès Sciences (M.Sc.)
en sciences infirmières
Option administration des services infirmiers

Décembre, 2015

© Cynthia Cazeau, 2015

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce travail dirigé intitulé :
Les stratégies de soutien des infirmières novices travaillant le soir et la nuit en centre hospitalier

Présenté par :
Cynthia Cazeau

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Annette Leibing, directrice de travail dirigé
Caroline Larue, membre du jury

Résumé

Problématique : De nombreux facteurs individuels, organisationnels et systémiques contribuent au taux de démission élevé des infirmières¹ en début de carrière. Les infirmières vivent difficilement cette période de transition d'étudiante à professionnelle de la santé. En plus, cette transition est aggravée par des facteurs tels que des horaires le soir et la nuit auxquels plusieurs infirmières sont contraintes de se plier. La précarité des nouvelles infirmières exige alors un soutien particulier dans leur intégration au sein de la profession. Le but de ce travail dirigé est de mieux comprendre le travail de soir et de nuit et d'émettre des stratégies pour soutenir efficacement les infirmières novices travaillant sur ces quarts en centre hospitalier.

Méthode : Une recherche intégrative des écrits est effectuée par la méthode de Galvan (2006) à partir des bases de données CINAHL, Pubmed, Web of Science et MEDLINE. Ce travail s'appuie sur le cadre théorique de la perception du soutien du superviseur immédiat d'Eisenberger (2002).

Résultats : L'analyse des écrits recensés permet d'identifier plusieurs recommandations au niveau de la pratique clinique, l'éducation, la gestion et la recherche.

Conclusion : Ce travail contribue à l'avancement des connaissances infirmières. Il présente des recommandations pour les infirmières-chefs et autres gestionnaires en centre hospitalier. De plus, ce travail sensibilise les infirmières d'expérience et les infirmières travaillant le jour au contexte de travail de soir et de nuit des nouvelles infirmières. Il permet également de constater des lacunes dans la littérature sur le sujet et des pistes pour des recherches ultérieures.

¹ Le féminin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

Mots-clés : infirmière novice, transition, assistante infirmière-chef, infirmière-chef, soutien du superviseur, travail de soir, travail de nuit.

Abstract

Background: Individual, organizational and systemic factors contribute to the high level of newly licensed nursing turnover. Among those factors, there is night and evening shifts that many new nurses are forced into. Unfortunately, nurses often live a harsh transition period from student to health professional. New nurses' vulnerability requires support in their integration in the nursing profession. The purpose of this work is to elaborate effective strategies to support new nurses working nights and evenings in hospitals.

Method: The integrative literature review based on the Galvan (2006) method was conducted with the databases of CINAHL, Pubmed, Web of Science and MEDLINE. The framework used is perceived supervisor support by Eisenberger et al. (2002).

Results: The literature review indicates many recommendations in practice, education, management and research.

Conclusion: This work contributes to nursing knowledge advancement. It presents recommendations for all levels of management, nurses working day shifts and experienced nurses. It also demonstrates the lack of literature about that phenomenon and gives insights for future research.

Keywords: novice nurse, transition, charge nurse, head nurse, supervisor support, evening shift work, night shift work.

Table des matières

Université de Montréal	3
Résumé.....	iii
Abstract.....	v
Table des matières.....	viii
Liste des abréviations.....	viii
Liste des tableaux.....	vii
Remerciements.....	x
Chapitre I	3
Problématique	2
But.....	6
Objectifs	7
Cadre de référence	7
Chapitre II	11
Méthode	12
Chapitre III.....	14
Recension des écrits.....	15
Les infirmières novices	15
<i>Transition.</i>	16
<i>L'expérience de la première année.</i>	20
<i>Différences générationnelles.</i>	22
<i>Intégration au sein de l'équipe.</i>	24
<i>Violence horizontale.</i>	26
<i>Épuisement professionnel.</i>	27
<i>Programme de soutien.</i>	29
Portrait du travail de soir et de nuit.....	30
<i>Contexte.</i>	30
<i>Perceptions du travail de soir et de nuit.</i>	31
<i>Manque de formation.</i>	34
Le soutien du superviseur immédiat	35

<i>Rôle et responsabilité</i>	35
<i>Soutien</i>	36
<i>Présence du supérieur immédiat</i>	38
<i>Assistante infirmière-chef</i>	40
Discussion et recommandations.....	43
Aspect novateur du travail et sa contribution à l'avancement des connaissances	46
Recommandations.....	47
Clinique.....	47
Gestion	48
Éducation	51
Recherche.....	52
Limites de l'analyse, de la proposition et du travail dirigé.....	55
Conclusion	56
Bibliographie.....	i
Annexe 1 : Grille d'analyse des écrits	x

Liste des abréviations

AIC : Assistante infirmière-chef

CEPI : Candidate à l'exercice de la profession infirmière

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Liste des tableaux

Tableau 1 : Résumé de la recension des écrits	p. 15
---	-------

À ma mère Karène Bernadel et à mon père Hartley Cazeau,

À toute la communauté haïtienne et autres parents immigrants,

Merci pour tous vos sacrifices.

« La persévérance, c'est ce qui rend l'impossible possible,

le possible probable et le probable réalisé».

Robert Hal

Remerciements

Ce travail a été le fruit de la persévérance et du sacrifice, mais surtout du courage. Je n'aurais pas pu terminer sans les encouragements, le soutien inestimable et les conseils précieux de ma famille et de mes amies. Un grand merci tout spécialement à ma mère, Karène Bernadel, mon père, Hartley Cazeau, mes frères, Yurri Cazeau et Vladimir Cazeau. Un énorme merci pour la patience et la très grande écoute de mes amies Bettina Émile, Simona Garbau, Kassandra Phanord et Nadine Belony. Merci à tous ceux que je n'ai pas nommés, mais qui ont chacun à leur manière et par différents moyens contribué à la réalisation de ce projet.

Je ne peux passer sous silence le soutien constant de ma directrice de recherche, Madame Annette Leibing. Elle a su me défendre et répondre à toutes mes questions en tout temps et même tout pays! Qu'elle ait été ici ou à l'autre bout du monde, je me suis toujours sentie soutenue. Merci beaucoup pour la qualité et la rapidité de vos rétroactions.

Je voudrais aussi remercier Damien Contandriopoulos et Caroline Larue qui m'ont tous deux fourni des suggestions pertinentes pour le développement de ce travail.

Merci à mon copain Louis-Léonard Marsan qui a su user de patience, de logique, d'écoute et d'humour durant ce parcours. Merci de me fournir l'équilibre nécessaire me permettant de mettre les choses en perspective et d'ainsi profiter de la vie à sa juste valeur. Keep focus!

En dernier, mais en première importance, merci à la force et la bonté du Seigneur.

Un des grands plaisirs de la vie est de faire ce que les autres nous croient incapable de faire.

Chapitre I

Problématique

Plusieurs études ont démontré que les infirmières novices sont particulièrement à risque de quitter leur premier emploi (Beecroft, Dorey & Wenten, 2008; Buchan & Aiken, 2008; Cowden, 2009; Duchscher, 2009; Hayes et al., 2012; Laschinger, 2012; Lavoie-Tremblay, 2011). De nombreux facteurs individuels, organisationnels et systémiques contribuent à ce phénomène complexe. Parmi ces facteurs figurent des horaires le soir et la nuit auxquels plusieurs infirmières sont contraintes de s'astreindre en début de carrière. Or, durant la quasi-totalité de ces quarts de travail, l'infirmière-chef est absente. Certaines études ont démontré que le superviseur immédiat, soit l'infirmière-chef dans le domaine infirmier, joue un rôle important dans le désir de démissionner ou de poursuivre sa carrière (Al-Hussami, 2009; Hayes, Bonner & Pryor, 2010; Rhoades & Eisenberger, 2002). Il incombe à l'infirmière-chef d'utiliser des stratégies pour soutenir adéquatement les nouvelles infirmières de soir et de nuit en son absence afin qu'elles puissent progresser de façon optimale dans leurs nouveaux rôles (Becker, 2010; Brewer, Kovner & Greene, 2012; Claffey, 2006; Cowden, Cummings & Profetto-McGrath, 2011; Lacey et al., 2008; Romyn et al., 2009; Schmalenberg & Kramer, 2009). En cette époque où la pénurie des infirmières perdure depuis bientôt deux décennies et que celle-ci engendre des coûts élevés, s'attarder à des moyens de rétention chez la relève infirmière s'avère pertinent.

Plusieurs auteurs reprennent fréquemment le surnom d'infirmière novice de Benner (1984) désignant la première année de pratique. Ce terme signifie qu'elles ont peu d'expérience face aux situations auxquelles elles seront confrontées et qu'elles se basent uniquement sur la théorie enseignée durant leur formation pour affronter des situations de soins dans la pratique (Benner, 1984). Dans le modèle développemental de Schoessler et Waldo (2006a), les auteurs ont démontré que les infirmières vivent généralement une période de transition durant les 18

premiers mois de pratique. Plusieurs auteurs ont constaté que les infirmières vivent difficilement cette période (Duchscher, 2009; Higgins, Spencer & Kane, 2010; Johnston, 2008; Parker et al., 2014; Schoessler & Waldo, 2006b). Cette transition, qualifiée de « choquante » par Duchscher (2009), est due en partie à la différence entre les aspirations élevées des infirmières et les soins réellement prodigués aux patients et l'intimidation de la part de certaines infirmières d'expériences (Duchscher, 2009; Higgins et al., 2010; Laschinger, 2012). Plusieurs auteurs dénoncent l'intimidation que subissent de nombreuses infirmières novices par leurs collègues (Budin, Brewer, Chao & Kovner, 2013; Berry, 2012; Morrow, 2009; Pellico, 2009 Mckenna, Smith, Poole & Coverdale, 2003). La période de transition d'étudiante à professionnelle de la santé est aussi caractérisée par un changement de rôle, de responsabilités, de relations avec des collègues de travail, de connaissance et de performance (Duchscher, 2009; Higgins et al., 2010). La précarité des nouvelles infirmières exige alors un soutien particulier dans leur intégration au sein de la profession (Benner, 1984).

En plus d'une transition ardue, les infirmières amorcent généralement leur carrière sur des postes avec des horaires atypiques. En effet, ces infirmières obtiennent souvent des affectations sur des quarts de travail de soir ou de nuit (Smith, 2010). Or, durant ces quarts de travail, il y a moins de ressources humaines disponibles telles que commis ou préposés aux bénéficiaires et un ratio patients/infirmière plus élevé. De plus, les infirmières expérimentées sont moins nombreuses le soir et la nuit. En dépit de ces faits, les infirmières travaillant le soir et la nuit sont souvent sous-appréciées (Kelly, Berridge & Gould, 2009; Nilsson, Campbell & Andersson, 2008; Powell, 2013). Selon certaines études dénonçant des perceptions négatives, ces infirmières seraient considérées comme moins qualifiées et ayant une charge de travail plus légère que celles travaillant le jour (Brooks & Swailes, 2002; Claffey, 2006; Kelly, 2009).

Plusieurs articles portent sur les difficultés familiales et sur les problèmes de santé que rencontrent les infirmières travaillant le soir et la nuit (Knutsson & Kempe, 2014; Stocker, Macklon, Cheong & Bewley, 2014; Ulhôa, Marqueze, Burgos & Moreno, 2015), mais peu s'attardent sur des stratégies adaptées spécifiquement aux problématiques vécues le soir et la nuit.

Devant ces constats, il n'est pas étonnant d'observer que si le taux moyen de démission des infirmières au Canada est de 20%, il est de 50% chez les infirmières novices (O'Brien-Pallas, Murphy, Shamian, Li & Hayes, 2010; Winfield, Melo & Myrick, 2009). En effet, 50,5% de la relève infirmière change d'employeur au cours des trois premières années de services (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2013). Au Canada, chaque démission coûte cher pour l'organisation soit une moyenne de 25 000 dollars (O'Brien-Pallas, Tomblin Murphy & Shamian, 2008). En plus des coûts engendrés, la démission des infirmières diminue la performance, la qualité des soins et le moral des infirmières persévérant au sein de l'organisation (Wagner, 2010). Il est estimé que si aucune stratégie n'est entreprise pour retenir les nouvelles infirmières, il manquera 60 000 infirmières d'ici 2020 (Canadian Nurse Association [CNA], 2012). De plus, les infirmières novices sont majoritairement de la génération Y (personnes nées entre 1980 et 1995) qui est caractérisée par le peu de loyauté face à leur employeur, la recherche de satisfaction au travail et l'équilibre entre la famille et le travail (Lower, 2008; Olson, 2009).

La vulnérabilité de cette population est inquiétante, notamment pour les infirmières-chefs des centres hospitaliers. L'infirmière-chef est responsable des ressources humaines de son unité et, par le fait même, elle occupe une position d'influence dans la rétention de ses infirmières (Cowden, 2011; Duffield, 2011; Hayes, O'Brien-Pallas, Duffield, Shamian, Buchan, Huges, et al., 2006). Dans une étude menée par Bowles et Candella (2005), 65% des participants ont

souligné l'importance d'obtenir du soutien de l'infirmière-chef et 62% ont nommé l'importance du sentiment d'écoute de la part de l'infirmière chef. Le soutien de l'infirmière-chef se définit comme la perception qu'a l'employé du niveau auquel son superviseur immédiat prend en considération ses efforts, son investissement personnel, son bien-être professionnel et la qualité de son environnement de travail (Eisenberger, 1986; Marchand, 2009; Paillé, 2007). Le superviseur immédiat, soit l'infirmière-chef, influence directement l'engagement des infirmières dans l'organisation (Eisenberger, 1986). Le soutien de l'infirmière-chef est aussi une composante essentielle de la productivité, d'un environnement de travail sain, de la satisfaction au travail et, éventuellement, de la rétention (Cummings, 2009; Kramer, Maguire, Schmalenberg, Brewer, Burke, Chmielewski et al., 2007; Parker, 2014; Tourangeau, 2009). De plus, l'étude de Rosengren, Athlin et Segesten (2007) suggère que la présence du gestionnaire, soit l'infirmière-chef, est inter-reliée avec le développement professionnel, la qualité des soins et le soutien dans la pratique de tous les jours. Toutefois, l'infirmière-chef est absente le soir et la nuit. L'assistante infirmière-chef (AIC) la représente pour la durée de son quart de travail (Sherman, 2005).

Les AIC assurent la bonne continuité des soins et gèrent le personnel, les patients et la famille (Connelly, 2003). Elles doivent prendre des décisions importantes durant leur quart, lesquelles auront un impact sur l'environnement de travail, la qualité des soins et la sécurité des patients (Wilson, 2011). Cependant, ces dernières ne sont pas nécessairement adéquatement formées pour accomplir leurs responsabilités. En effet, les programmes en soins infirmiers ne comprennent pas des cours obligatoires sur les bonnes pratiques et les employeurs n'inscrivent pas automatiquement les nouvelles AIC aux formations (Patrician, 2012). Malgré ce rôle angulaire au sein de l'équipe de soins, celui-ci n'est pas toujours assuré par la même personne 7 jours sur 7. Certains milieux ont une AIC du lundi au vendredi et une autre qui peut changer la

fin de semaine, alors que d'autres milieux n'ont pas d'AIC régulières. En raison de la pénurie, les AIC ont parfois moins de deux ans d'expérience, en plus d'avoir des patients à leur charge. Les AIC doivent accorder du soutien aux nouvelles infirmières, mais dans une étude aux États-Unis de Patrician (2012), les participantes ont affirmé manquer de soutien de la part de leur infirmière-chef et ne pas être impliquées dans les grandes décisions.

Plusieurs études démontrent un haut taux d'épuisement professionnel en début de carrière (Cho et al., 2006; Hutchinson et al., 2012; Rudman & Gustavson, 2010). Selon Cho et al. (2006), ce taux serait de l'ordre de 66 %. Les mauvaises conditions de travail et la surcharge de travail sont quelques facteurs entraînant ce phénomène (Laschinger, 2014; Rudman & Gustavsson, 2011). Le soutien du superviseur semble quant à lui réduire significativement ce phénomène (Spooner-Lane & Patton, 2007). Compte tenu des risques plus élevés de démission des infirmières novices, des effets néfastes du roulement infirmier sur la qualité des soins, des contraintes du travail le soir et la nuit et des effets bénéfiques du soutien, le superviseur immédiat doit fournir du soutien pour maintenir les infirmières novices de soir et de nuit sur son unité (Anonson, 2014; Bowles, 2005; Lacey, 2008; Morrow, 2009; Parker, 2014; O'Donnell, 2012). Lorsqu'elle est absente, l'infirmière-chef doit s'assurer qu'un bon soutien est offert par les personnes présentes, soit les collègues de travail, et en particulier l'AIC. Le soutien s'avère alors un élément primordial à explorer auprès des infirmières novices en général, mais plus spécialement celles qui travaillent le soir et la nuit.

But

Le but du travail dirigé est d'émettre des stratégies pour soutenir efficacement les infirmières novices travaillant le soir et la nuit en centre hospitalier. Ce travail se veut utile aux infirmières-chefs, aux AIC et à toutes les infirmières travaillant le soir et la nuit désirant

améliorer l'environnement de travail des infirmières novices travaillant le soir et la nuit dans un but ultime de favoriser la rétention des infirmières.

Objectifs

1. Mieux comprendre, par une recension des écrits, le travail de soir et de nuit des infirmières.
2. Formuler des recommandations à l'intention des infirmières-chefs et l'AIC pour mieux soutenir les infirmières novices travaillant le soir et la nuit en centre hospitalier.

Cadre de référence

Le concept de soutien provient de travaux en sociologie et en psychologie sociale. Il est divisé en soutien social et soutien organisationnel. Le soutien social réfère à la relation entre les collègues, alors que le soutien organisationnel renvoie à la relation entre l'employeur et l'employé. Le premier type de soutien influence le stress et la santé de l'employé, et est donc associé à la santé et la qualité de vie des employés (Bliese, 2001 ; Ruiller, 2010). Le soutien social est défini différemment d'un domaine d'étude à l'autre, mais il signifie essentiellement les comportements d'aide sur lesquels une personne peut compter lorsqu'elle a besoin d'aide (Ruiller, 2010). Le soutien social englobe la nature et la manière dont les relations entre collègues se structurent et se perçoivent. Le soutien organisationnel influence positivement ou négativement la performance, l'implication affective, la satisfaction au travail, la bonne humeur au travail, le désir de rester dans l'organisation (Rhoades & Eisenberger, 2002) et favorise aussi la création d'un sentiment d'appartenance (Eisenberger, 1990). En effet, les auteurs ont trouvé que, généralement, plus l'employé perçoit un soutien de son employeur, plus il s'implique au sein de l'organisation.

Ce présent travail dirigé est guidé par la théorie de la perception du soutien du superviseur élaborée par Weissenberger, Stinglhamber, Vandenberghe, Sucharski et Rhoades (2002) dans le domaine de la sociologie. Cette théorie découle de la méta-analyse d'Eisenberger, Huntington, Hutchison et Sowa (1986) sur la perception du soutien organisationnel qui réunit plus de 70 recherches sur le sujet. Ce soutien est associé à trois facteurs, soit le sentiment de justice, la nature du soutien du superviseur et les conditions de travail jumelées à un système de récompenses organisationnelles. En ce qui concerne le sentiment de justice, il représente l'équité avec laquelle l'employeur distribue ses ressources humaines et matérielles. La justice se subdivise en justice sociale et justice structurelle. La justice sociale comporte les relations interpersonnelles au travail (confiance, dignité et respect). Quant à la justice structurelle, elle comprend les règles formelles et les politiques (consultation des employés dans le processus de décision). Pour les conditions de travail, elles comprennent la sécurité d'emploi, la reconnaissance du travail, l'autonomie, le degré de formalité des politiques et procédures et la possibilité de promotion et de formations. À l'inverse, la surcharge de travail est associée à une diminution du soutien organisationnel perçu. Au niveau individuel, un soutien fort amène de la satisfaction au travail et un état d'humeur positif.

Le dernier facteur est la nature du soutien du superviseur immédiat, qui sera utilisé comme cadre de référence pour le présent travail. Selon Eisenberger (2002), le soutien du superviseur est la variable la plus significative dans la construction de la perception du soutien organisationnel. Le superviseur immédiat est un membre de la direction qui est considéré comme un gestionnaire de niveau intermédiaire, c'est-à-dire celui ayant un contact direct avec les employés. La perception du soutien du superviseur est déterminée par la vision progressive qu'a l'employé de la valorisation de sa contribution et de son bien-être par son employeur. Une vision

positive entraîne l'employé à adopter de bonnes attitudes et de bons comportements, tels que la ponctualité et la diminution du taux d'absentéisme (Rhoades & Eisenberger, 2002). En ce sens, si une infirmière perçoit la présence de son infirmière-chef lors de moments difficiles, elle se sentira redevable envers l'infirmière-chef et offrira une meilleure performance. Toutefois, l'étude de Meyer et al. (2002) a démontré qu'il est possible pour les infirmières de dissocier le supérieur immédiat de l'organisation. En effet, certains participants avaient une bonne relation avec leur supérieur, mais n'avaient pas de sentiment d'attachement envers leur organisation.

De façon générale, les études ont démontré un lien important entre la perception du superviseur et les résultats escomptés de l'organisation et la rétention des employés (Rhoades & Eisenberger, 2002). Un niveau élevé de soutien du superviseur engendre des sentiments de confiance et d'engagement à long terme envers l'organisation, une réduction du roulement de personnel et une amélioration de la performance individuelle (Arokiasamy et al., 2010; Eisenberger et al., 2002; Ruiller, 2010). D'autres études ont démontré que ce soutien amenait un sentiment d'importance et d'identification à l'organisation (Fuller et al., 2006 ; Knippenberg & Sleebos, 2006).

Cette théorie du soutien du superviseur souligne l'importance pour les professionnels de percevoir qu'ils ont l'opportunité d'apprendre et de se développer. Les employés ont besoin de sentir que les récompenses sont octroyées par la volonté de leur supérieur immédiat et non dues aux circonstances ou aux fruits de bonnes négociations.

Une grande lacune ressortie dans les écrits est l'absence d'explication sur la façon de construire ce soutien. Les auteurs expliquent le lien entre le soutien du superviseur et plusieurs facteurs comme l'engagement envers l'organisation et la rétention du personnel, mais ils ne démontrent pas comment développer ce soutien. Le cadre ne propose aucune pratique concrète

pour les gestionnaires pour créer ou augmenter la perception du soutien du superviseur immédiat (Allen et al., 2003).

La théorie du soutien est très large et complexe, il est difficile d'incorporer toutes ses sphères au sein d'un travail dirigé. Par conséquent, seule une partie du concept du soutien sera exploré dans ce travail, soit le soutien du superviseur immédiat. Dans le cadre d'un doctorat, il sera pertinent et intéressant d'explorer ce concept plus en profondeur. Entre autres, cette thèse explorerait les mécanismes pour compenser le manque de soutien provenant de l'infirmière-chef et de son assistante, mais aussi les facteurs politiques et économiques liés au soutien reçu par les infirmières novices.

La théorie du soutien est générale pour toutes les professions et les métiers et n'est donc pas spécifique au domaine infirmier. Il est toutefois approprié de le contextualiser à sa profession. Le cadre choisi servira de toile de fond pour analyser les écrits pertinents et pour développer les recommandations visant le bien-être des infirmières. Il est également utilisé pour construire la grille d'analyse des écrits (annexe 1).

Chapitre II

Méthode

Pour atteindre le but de ce travail dirigé, une recherche intégrative des écrits proposée par Galvan (2006) a été effectuée. Il s'agit d'une méthode structurée de huit étapes : 1) Connaître la méthode APA, ce qui signifie s'approprier dès le début les styles, marges références et autres éléments réglementés pour présenter un travail; 2) Identifier un sujet. Dans ce cas-ci : les stratégies des infirmières novices travaillant le soir et la nuit dans un centre hospitalier; 3) Identifier le type d'écrits recherchés (base de données). La recherche débute de manière générale et termine de manière spécifique. Il faut chercher avec des mots-clefs généraux, un seul mot à la fois et terminer avec des combinaisons de mots-clefs précis reliés à notre sujet; 4) Analyser les écrits retenus (catégoriser les écrits). Il faut souligner les citations pertinentes, les statistiques utiles, noter les forces et les faiblesses, identifier les *patterns* et les lacunes dans la littérature; 5) Résumer les articles dans des tableaux (voir annexe 1); 6) Synthétiser les articles (comparer les écarts, similitudes, implications et suggestions); 7) Écrire la recension (indiquer l'importance du sujet); et 8) Assurer une cohérence dans la recension (utiliser des sous-titres).

Les bases de données consultées seront CINAHL, Pubmed, Web of Science et MEDLINE. Le moteur de recherche « Google Scholar » a également été consulté afin de repérer des ouvrages spécialisés en format électronique. Seuls les écrits publiés en langue française ou anglaise seront examinés. Il existe plusieurs articles à propos des infirmières novices, mais peu en lien direct avec le soutien des infirmières-chefs et des AIC. Par conséquent, les articles publiés entre 2000 et 2015 seront répertoriés afin de retenir un grand nombre d'articles tout en conservant la même époque. Toutefois, les articles sur le travail de soir et de nuit autre que les problèmes de santé se font rares, alors aucune restriction dans la période temps n'a été émise pour cette partie de la recension. À l'inverse, la satisfaction au travail est un concept pertinent,

mais trop vaste et exhaustif pour ce travail. Par conséquent, une brève recension des trois dernières années a été effectuée pour ce domaine.

Les mots-clés employés sont *administrator, chief, management style, front line management, nurse unit manager, head nurse, supervisor, charge nurse, non standard working hours, off shift, shiftwork, night nursing, support, new graduate nurse, new registered nurse et newly licensed registered nurse*. En utilisant la combinaison de ces mots-clés tels que *nurse unit manager AND new graduate nurse; head nurse AND new registered nurse; supervisor AND newly licensed registered nurse*, la recherche a permis de générer 68 articles en se basant sur le titre et le résumé de chacun. À partir des références des articles primaires, neuf autres références ont été sélectionnées pour la recension. Suite à une lecture approfondie de ces articles (n=47) ont été retenus pour la recension. Les articles proviennent des États-Unis, de la Corée du Sud, de Taiwan, de Suède, d'Australie, du Danemark, d'Angleterre et du Canada.

Chapitre III

Recension des écrits

Dans le cadre de ce travail dirigé, trois thèmes sont abordés afin d'analyser le soutien auprès des infirmières novices travaillant le soir et la nuit. Le tableau 1 résume les dimensions parcourues dans chacun des trois thèmes principaux de cette recension des écrits. Une analyse critique des écrits a été effectuée à l'aide d'une grille d'analyse (voir annexe 1).

Tableau 1– Résumé de la recension des écrits

Thèmes principaux	Infirmières novices	Portrait du travail de soir et de nuit	Soutien du superviseur immédiat
Sous thèmes	Transition	Contexte	Rôle et responsabilité
	Expérience de la première année	Perception du travail de soir et de nuit	Soutien
	Différence générationnelle	Manque de formation	Présence du supérieur immédiat
	Intégration au sein de l'équipe		Assistante infirmière-chef
	Violence horizontale		
	Épuisement professionnel		
	Programmes de soutien		

Les infirmières novices

Les écrits répertoriés pour ce thème traitent de la première année de pratique des infirmières. Ils permettent de mieux comprendre le contexte spécifique des infirmières novices. Plusieurs sphères de ce concept seront abordées dans ce thème soit la transition, l'expérience, la différence générationnelle, l'intégration au sein de l'équipe, la violence horizontale, l'épuisement

professionnel et les programmes de soutien. La satisfaction au travail sera discutée dans la section de l'expérience de la première année et la génération Y.

Selon Benner (1984), l'appellation « infirmière novice » signifie qu'elle est dans sa première année au sein de la profession. L'infirmière novice possède de grandes connaissances théoriques, mais peu d'expérience au chevet du patient. Durant cette période, elle intègre progressivement la théorie à la pratique. Cette première année est critique, car elle a un impact significatif sur le parcours de sa carrière (Beecroft et al, 2008; Duchscher, 2009; Parker et al., 2014). Les infirmières novices rencontrent plusieurs difficultés lors de cette période de transition d'étudiante à professionnelle de la santé, ce qui les rend vulnérables à leurs démissions de l'organisation ou même à l'abandon de la profession (Beecroft et al., 2008; Duchscher, 2009; Parker et al., 2014). Une des difficultés qui ressort dans les écrits est la réalisation de l'écart marquant entre l'école et le milieu de travail (Duchscher, 2009; Peggy, 2013). En effet, les infirmières novices commencent majoritairement leur carrière dans des hôpitaux où les attentes et la pression sont élevées, dues en partie à la complexification des soins (Bowles, 2005). Une autre difficulté rencontrée par plusieurs novices provient du fait qu'elles ne travaillent pas dans l'emploi convoité durant leur scolarité (Peggy, 2013). Tous ces écarts entre leurs attentes et la réalité créent un fort sentiment d'insatisfaction en début de carrière (Parker, 2014; Pellico, 2009). En effet, plusieurs infirmières novices expriment de l'insatisfaction à cause de la rotation d'horaire jour/nuit, du bas salaire et de la difficulté à obtenir les périodes de vacances souhaitées (Casey, 2004).

Transition.

La transition d'étudiante à infirmière est un processus difficilement vécu par plusieurs infirmières. La revue systématique d'Higgins, Spencer et Kane (2010) analyse l'expérience de ce

phénomène. Cet article donne une vision globale de l'expérience des infirmières novices des dernières années. Les auteurs ont recensé des articles du Royaume-Uni de 1996 à août 2009. Les 17 articles retenus font ressortir quatre thèmes, soit le changement, le développement personnel, l'éducation et le soutien (Higgins, 2010). Le premier thème était exprimé par le sentiment d'ambiguïté quant au changement et le manque de contrôle sur ce changement. Le deuxième thème aborde l'augmentation des responsabilités des nouvelles infirmières, ce qui augmente aussi leur stress. De plus, leur inexpérience provoque un manque de confiance en soi dans leur début de carrière. Dans le troisième thème, les participantes déplorent l'écart entre leur formation et la réalité. Elles expriment le haut niveau de théorie assimilé à l'école, mais les lacunes en ce qui concerne la pratique auprès du chevet des patients. Le quatrième thème permet de constater la récurrence du besoin de soutien chez les novices. Les infirmières novices tolèrent mieux la transition lorsqu'elles sont dans un environnement favorisant le soutien (Higgins, 2010).

Une autre revue de la littérature, cette fois-ci canadienne, traite de la transition des infirmières novices en regardant les conséquences du statu quo et les actions requises pour soutenir les nouvelles infirmières (Morrow, 2009). Les articles publiés entre 2000 et 2008 ont été retenus pour cette revue. L'auteure déplore que les premières années de pratique soient généralement négatives pour les infirmières novices. Bien que ces expériences plutôt insatisfaisantes soient décrites dans la littérature, et ce, depuis des décennies, la situation persiste cohorte après cohorte. Selon Morrow (2009), l'augmentation des départs à la retraite dans les prochaines années accentuera la pénurie des infirmières si aucune action n'est entreprise pour retenir les novices. Les infirmières novices ne continueront pas dans cette profession si elles ne reçoivent pas le soutien nécessaire pour une meilleure transition. Ce phénomène nuirait aussi à la sécurité et la qualité des soins des patients. L'auteure recommande plusieurs actions pour

soutenir les novices dans leurs transitions. Par exemple, lors de leur formation en soins infirmiers, les organisations devraient démontrer du soutien auprès des stagiaires. De même, les infirmières-chefs peuvent fournir du soutien en étant accessibles, attribuer un horaire adéquat et une orientation adaptée aux besoins des infirmières novices.

Les collègues de travail, surtout les plus expérimentés de l'unité, jouent également un rôle important dans la transition. Les infirmières expérimentées peuvent aider les novices à s'intégrer dans l'équipe, créer un environnement de travail agréable et les superviser cliniquement (Morrow, 2009; Pellico, 2009). Selon Johnstone (2008), les infirmières novices nécessitent du soutien tout au long de la première année de pratique pour permettre une transition efficace de novice à professionnelle. Dans l'étude de Chandler (2012), l'auteur désire justement apprendre les processus nécessaires pour une transition réussie dans la profession et décrire un soutien efficace pour les novices en vue de développer les connaissances, habiletés et attitudes pour progresser dans la profession. Cette étude qualitative descriptive a été menée auprès d'un échantillon de 36 infirmières provenant de différentes régions des États-Unis. L'analyse des données a permis de dégager trois thèmes soit « Elles étaient là pour moi », « Pas de questions stupides » et « Nourrir les semences ». En d'autres termes, les trois thèmes signifient que les novices expriment un besoin de se sentir soutenues, de non jugement et d'avoir une orientation personnalisée. Plusieurs ont démissionné de leur premier emploi, car elles ne se sentaient pas accueillies, elles se sentaient humiliées, intimidées et comme des étrangères.

Une étude longitudinale réalisée en 2000 compare la perception des nouvelles infirmières de leur transition d'étudiante à infirmière avec celles d'une étude antérieure réalisée en 1985 (Gerrish, 2000). Les nouvelles infirmières sont encore stressées et se sentent encore inadéquatement préparées pour leur nouveau rôle (Gerrish, 2000). Il serait pertinent de refaire ce

type d'étude pour comparer de nouveau les perceptions 15 ans plus tard sachant que de bonnes pratiques émergent de la recherche.

Pour leur part, Romyn, Linton, Giblin, Hendrickson, Limacher, Murray et al. (2009) rapportent, suite à des entrevues individuelles et des groupes de discussion (« focus groups ») auprès de 187 infirmières-chefs, novices et conseillères, qu'il existe un écart entre les attentes académiques et celles du milieu clinique. Ces auteurs, par une approche qualitative descriptive, voulaient comprendre cet écart et établir un consensus sur les stratégies pour effectuer une bonne transition dans le milieu de travail. Les participants ont souligné leur éducation trop théorique et le manque de stage. Ceci entraîne le sentiment d'insécurité pour pratiquer cliniquement. Les auteurs recommandent de former une préceptrice qui sera dédiée à une novice dans le milieu clinique et de développer un partenariat entre le milieu académique et clinique.

Dyess et Sherman (2009) tentent de décrire la transition et les besoins d'apprentissages des infirmières novices à partir d'entretien avec 81 infirmières ayant moins de 12 mois d'expérience dans un programme de soutien. Par des groupes de discussion et une analyse herméneutique, sept thèmes sont ressortis, soit l'alternance entre la confiance en soi et la peur, les lacunes en communication, la violence horizontale, la perception d'isolement professionnelle, la prise de décisions complexes et critiques et les informations contradictoires. Cependant, il aurait été fort intéressant de voir la différence entre les données pré et post programme. Les auteurs suggèrent de soutenir les novices tout au long de leur première année, de développer des stratégies pour qu'elles sachent répondre efficacement à la violence horizontale et d'avoir un seul précepteur.

Étant donné le contexte parfois difficile dans lequel les novices débutent leur carrière, Phillips Kenny, Esterman et Smith (2014) font des recommandations pour pallier à ce

phénomène. Les auteurs ont fait une analyse secondaire de données qualitatives d'une première étude sur le type d'emploi qui aiderait à mieux vivre la transition lorsqu'une personne est candidate à l'exercice de la profession infirmière (CEPI). Ainsi, pour le succès d'une bonne transition, il est recommandé d'assurer une bonne orientation, d'associer les patients avec les compétences de l'infirmière (ne pas les surcharger), de respecter les infirmières seniors et d'offrir de la rétroaction positive.

L'expérience de la première année.

Plusieurs aspects négatifs des premières années de pratique contribuent à la vulnérabilité des infirmières novices. Dans cette partie de la recension, plusieurs articles ont été retenus pour dresser un portrait de cette expérience. Le même thème de manque de soutien est retrouvé dans plusieurs écrits (Clark, 2012; Parker, 2014; Pellico, 2009). Celui de Parker, Giles, Lantry et McMillan (2014) retient l'attention pour son accent sur le soutien auprès des novices. Les auteurs ont exploré l'expérience de nouvelles diplômées de moins de deux ans depuis l'obtention de leur permis de l'Ordre et ont identifié les facteurs influençant leur transition dans la profession infirmière. Cette étude menée en Australie auprès de 55 infirmières divisées en sept groupes de discussion et de 282 autres participantes pour le questionnaire en ligne révèle les éléments suivants. Les participantes mentionnent le manque de soutien des collègues et des gestionnaires par rapport à leur développement professionnel et la violence horizontale. Elles ont de fortes attentes par rapport à elles-mêmes, qu'elles ne réussissent pas à satisfaire. Parmi les participantes, 55 % ont indiqué leur intention de démissionner et 53 % sont insatisfaites de leurs premières années de pratique. Le facteur le plus marquant de cette étude mixte transversale est l'écart entre le soutien qu'elles auraient voulu recevoir et ce qu'elles ont réellement reçu.

Par ailleurs, aux États-Unis cette fois-ci, les auteurs Clark et Springer (2012) examinent la satisfaction et l'expérience vécue de la première année. Les 37 participants de cette étude qualitative descriptive avaient entre huit jours et 19 semaines d'expérience. Les auteurs ont voulu capturer le moment présent pour enrichir leurs données. Cependant, huit jours sont nettement insuffisants pour décrire l'année et il en va de même pour 19 semaines. L'échantillon aurait été enrichi avec des infirmières ayant entre six et 12 mois d'expérience. Tout de même, plusieurs thèmes ont émergé de l'analyse des données. Le premier thème est la gestion des imprévus qui empêche des journées typiques, le stress de ne pas tout savoir, se sentir valorisée en gagnant de l'expérience et travailler avec une préceptrice qui soutient la novice et avoir plus de connaissances sur la communication, la gestion du stress, le changement et l'intimidation.

L'étude transversale en Corée du Sud menée par Park (2012) a également exploré la satisfaction au travail des infirmières. Toutefois, ses auteurs ont comparé le niveau de satisfaction de 622 femmes de différentes professions ayant moins de deux ans d'expérience. Malheureusement, les infirmières sont les plus insatisfaites en début de carrière (Park, 2012). L'étude a démontré que les nouvelles infirmières sont moins satisfaites que les nouvelles travailleuses sociales, les professeurs et les autres professionnels de la santé tels que les ergothérapeutes, les techniciens en radiologie et autres.

Dans une étude quantitative transversale menée par Pellico (2009), les auteurs mettent en évidence l'expérience négative de cette première année. Les auteurs ont exploré les perceptions de 612 infirmières novices dès leur première année de pratique à travers les États-Unis. De l'analyse des données émergent cinq thèmes, soit les contradictions entre leurs attentes personnelles et la réalité, la demande de l'employeur de performer rapidement, beaucoup de responsabilités, la violence verbale entre les infirmières et l'espoir d'une amélioration de l'unité

de soins. Dans cette étude, les participants ont exprimé un taux élevé de commentaires négatifs par rapport à leur première année d'expérience, soit 41 % (Pellico, 2009). Dans les commentaires positifs, plusieurs participants ont noté le soutien de l'infirmière-chef comme un incitatif à demeurer dans la même unité de soin. Les participants provenaient d'hôpitaux magnétiques et traditionnels. Les hôpitaux magnétiques prônent la satisfaction des infirmières et sont reconnus pour un niveau plus élevé de soutien et d'autonomie professionnelle. Pour avoir un tel statut, les hôpitaux magnétiques doivent passer une accréditation aux quatre ans. Un échantillon combinant les infirmières d'hôpitaux avec celles travaillant dans des hôpitaux magnétiques contribue à obtenir un échantillon fortement hétérogène. Dans les résultats, les auteurs n'ont pas différencié les données provenant d'infirmières d'hôpitaux magnétiques ou non. Toutefois, dans la discussion, les auteurs ont mentionné que les participantes provenant d'hôpitaux magnétiques semblaient avoir un environnement de travail plus positif que celles provenant d'un hôpital dit traditionnel.

Différences générationnelles.

Les infirmières novices sont majoritairement de la génération Y (personnes nées entre 1980 et 1995). Cette génération d'infirmières semble moins satisfaite que celles des autres générations (Coburn, 2014). En effet, de l'analyse de données de 223 participantes d'une étude descriptive aux États-Unis, cette génération accorde beaucoup d'importance à l'horaire (famille/travail). Elle n'est pas satisfaite des horaires inflexibles, du choix limité de vacances et des pressions pour l'exercice du temps supplémentaire (Cheng, 2015; Coburn, 2014 ; Morrow, 2009; Park, 2012; Romyn, 2009; Wilson, 2011).

La satisfaction au travail est un indicateur de l'intention de démissionner ou de s'investir dans une organisation (Laschinger, 2012; Tourangeau, 2008; Unruh, 2014; Wilson, 2011). Dans

le cas des nouvelles infirmières, elles sont moins satisfaites en début de carrière, ce qui entraîne plusieurs à démissionner. Dans l'étude descriptive, corrélationnelle et longitudinale sur trois, six et 18 mois de Cheng (2015) à Taiwan, l'auteur démontre que la satisfaction augmente graduellement au fil du temps. Les participantes ont de plus en plus confiance en elles, sont de moins en moins stressées et, donc, de plus en plus satisfaites. Les participantes provenant d'unités spécialisées étaient moins satisfaites que les infirmières en médecine/chirurgie, ce qui est probablement dû à l'intensité des milieux spécialisés (Cheng, 2015).

La génération Y est caractérisée par la dominance de la technologie, le peu de loyauté face à l'employeur, la revendication du bien-être au travail et la recherche d'équilibre entre la vie de famille et le travail (Clendon, 2012; Hutchinson, 2012; Lavoie-Tremblay, 2008; Olson, 2009). Il est donc important de prendre en considération les caractéristiques de cette nouvelle génération pour identifier des stratégies adéquates.

Dans une étude menée par Olson (2009), l'auteur a exploré l'expérience de la première année de pratique, mais n'a inclus que des participantes de la génération Y nées entre 1980 et 1999. Étant donné les différences entre les générations et le fait que les novices sont majoritairement de cette génération, l'auteur a exploré les perceptions de 12 infirmières par le biais d'entrevues individuelles. L'étude phénoménologique interprétative longitudinale a révélé quatre thèmes : la confusion d'être dans un milieu inconnu, des expériences inattendues, trouver sa voix pour communiquer avec les autres et le besoin d'une évaluation de sa performance. Les résultats ont démontré le besoin de soutien des infirmières novices de la part de leurs collègues, de l'infirmière-chef, des préceptrices et des autres membres de l'équipe médicale à travers le processus d'intégration dans la profession. Les participantes ont révélé le besoin que

l'infirmière-chef les approche ouvertement pour qu'elles sachent qu'elle est disponible pour écouter leurs préoccupations.

Étant donné les différences générationnelles, les auteurs Hutchinson et al. (2012) ont décrit par une revue de la littérature les moyens d'attraction et de rétention de cette génération. Les résultats de l'étude concluent que la qualité de vie est leur priorité. Cette génération a moins d'engagement envers l'organisation si elle n'obtient pas le soutien nécessaire, elle est très familière avec la technologie et elle est plus à risque de stress et d'épuisement professionnel. Les auteurs recommandent un environnement prônant le soutien qui renforce leurs compétences et offrant des récompenses financières et non financières. Dans un article, McCrindle (2007) déclare que cette génération nécessite plus de soutien que les précédentes, car elle entre dans le monde adulte plus tardivement. En effet, cette génération quitte le domicile familial plus tard et se marie plus tard. Elle grandit dans un environnement de soutien à l'école et à la maison et s'attend également à du soutien au travail.

En Nouvelle-Zélande, Clendon et Walker (2012) ont exploré l'expérience d'être une infirmière de moins de 30 ans. Ils ont découvert que ce groupe voulait plus d'opportunités de carrières et de soutien à la conciliation famille et vie personnelle/travail. Les participants reconnaissaient les bénéfices de la profession tels que la sécurité d'emploi et la reconnaissance des patients. Cependant, ils ne s'attendaient pas à autant de stress et d'intimidation. Les auteurs recommandent aux infirmières-chefs de sensibiliser les infirmières d'expérience à la réalité des nouvelles infirmières et de développer des stratégies pour contrer l'intimidation.

Intégration au sein de l'équipe.

Plusieurs études démontrent l'importance qu'accordent les nouvelles infirmières à l'intégration au sein de l'équipe (Feng & Tsai, 2012; Malouf & West, 2010; Thrysoe,

Houngaard, Dohn & Wagner 2012). Les participantes de l'étude qualitative de Malouf (2010) ont exprimé l'importance qu'elles accordent à ce que les autres pensent et à la peur de sembler stupide. Les auteurs Feng et Tsai (2012) explorent la socialisation de sept nouvelles infirmières ayant en moyenne 5,5 mois d'expérience. De l'analyse des données ressort les thèmes suivants : « Être un *insider* », « Apprendre en faisant » et « Chaos accablant ». Dans le premier thème, les participantes expriment qu'elles accordent une grande importance à leur intégration au sein de l'équipe de soins. Pour s'arrimer à l'équipe, elles préfèrent adhérer aux valeurs des infirmières d'expérience que celles apprises à l'école. Le deuxième thème signifie qu'elles continuent à apprendre énormément même si elles ne sont plus à l'école. Les participantes expriment dans le dernier thème le manque de soutien, de personnel et de temps. Elles se sentent impuissantes et non préparées pour leur nouveau rôle. Afin de pallier à cette situation, une communauté de pratique virtuelle a été introduite dans un centre hospitalier au Danemark. Ce type de communauté signifie un groupe de personnes qui partagent leurs connaissances et apprennent les unes des autres par un site internet dans un domaine commun au groupe. Thrysoe, Houngaard, Dohn et Wagner (2012) voulaient explorer l'interaction entre les nouvelles infirmières et les membres des communautés pour éventuellement améliorer les relations de travail et la satisfaction au travail. De façon informelle, les infirmières novices et d'expérience interagissent dans cette communauté, ce qui permet un bris d'isolement et une co-construction des savoirs explicites (Leblanc, 2010). Les neuf participantes de cette étude phénoménologique ont noté une augmentation de leur confiance en soi et des compétences. Cette approche permettait aux nouvelles infirmières de discuter de leurs problèmes et questionnements sans crainte et d'obtenir des suggestions.

Violence horizontale.

Plusieurs infirmières vivent de la violence horizontale dans les premières années de la part de leurs collègues de travail (Berry, 2012; Budin, 2013; Pellico, 2009). La violence horizontale signifie toute forme d'agressivité ou d'abus envers une autre personne ou groupe soit par ses actions, comportements, paroles ou attitudes de manières répétitives ce qui comprend notamment le harcèlement et l'intimidation (Becher, 2012; Pellico, 2009). Cette violence se manifeste par des critiques excessives, trop de responsabilités sans aucun soutien et une sous-estimation des novices. Cette violence diminue la confiance en soi des novices et augmente le taux d'absentéisme. De plus, elle est fortement reliée à l'intention de démissionner (Laschinger et al., 2010). Plus il y a un manque de personnel, plus le milieu est à risque de vivre de la violence horizontale (Budin, 2013). Selon 197 infirmières de moins de trois ans d'expérience, Berry (2011) a exposé que 21,3% d'entre elles vivaient de l'intimidation tous les jours. De plus, cette étude transversale descriptive a démontré que 46,7% des infirmières diminuaient leur productivité suite à de l'intimidation (Berry, 2011). Dans une étude menée en Nouvelle-Zélande, McKenna, Smith, Poole et Coverdale (2002) décrivent la prévalence de violence horizontale et les conséquences de cette violence dans la première année de pratique. Des 551 participantes, 50 % disent avoir vécu de la violence horizontale. Les auteurs recommandent de sensibiliser les infirmières et de fournir des programmes sur le sujet.

Une autre étude, menée au Québec cette fois-ci, révèle également des impacts négatifs de la violence horizontale. Selon Trépanier, Fernet et Austin (2013), 20,4 % des infirmières canadiennes vivent cette violence quotidiennement. Cependant, aucune statistique n'est émise pour les infirmières novices canadiennes. De plus, peu d'étude porte sur l'incidence de cette violence. Certaines recherches révèlent tout de même que le stress relié au travail (Topa et

Moriano, 2013) et le besoin de pouvoir et de contrôle sur leurs collègues et sur l'organisation entraîneraient de la violence (Katrinli, 2010; Purpora, 2012).

Aux États-Unis, Budin, Brewer, Chao et Kovner (2013) ont mis en évidence que les jeunes infirmières travaillant à l'hôpital sont le groupe le plus affecté par la violence verbale. De plus, dans leur étude, les infirmières travaillant le jour subissaient plus de violence que les infirmières travaillant le soir et la nuit. Les infirmières ne rapportant pas d'abus étaient plus satisfaites et autonomes au travail que les infirmières subissant de l'abus. En dépit de ces faits, peu d'études mentionnent clairement des moyens pour prévenir ce phénomène. Néanmoins, la plupart des études suggèrent une formation pour sensibiliser le personnel (Griffin, 2004; Mallette, 2011; St-Pierre, 2012). Bien que le phénomène existe depuis longtemps, il n'est étudié que depuis quelques années. Les études sur la violence au travail ont débuté dans les années 1980 dans les pays scandinaves (Bjorkqvist 1994; Leymann, 1990) et la problématique a graduellement été reconnue par les différents gouvernements à travers le monde. Tranquillement, les recherches ont débuté spécifiquement dans les différentes professions, dont celles des infirmières (Duffy, 1995; Quine, 2001).

Épuisement professionnel.

Une infirmière sur cinq vit une période d'épuisement professionnel extrême dans les trois premières années de pratique (Rudman & Gustavsson, 2010). Il s'avère donc primordial d'aborder ce phénomène. Quelques études traitent de cette problématique, notamment l'étude prospective longitudinale de Rudman (2010). L'auteur identifie et compare les changements de trajectoires typiques dans les symptômes d'épuisement des nouvelles infirmières. L'étude n'a pas trouvé une période spécifiquement plus cruciale dans les trois premières années de pratique. Toutefois, durant la deuxième année, les auteurs ont remarqué qu'un plus grand nombre

d'infirmières, soit une sur deux parmi les 997 participantes, se sentaient plus épuisées sans toutefois l'être extrêmement (Rudman, 2010). Les auteurs supposent qu'en deuxième année, les infirmières ont plus de responsabilités, mais n'ont pas de soutien comme durant leur première année. Fait saillant, les infirmières ayant une famille ou en processus de devenir une famille étaient moins à risque d'épuisement professionnel.

Pour leur part, Chachula, Myrick et Yonge (2015), par une théorisation ancrée au Canada, rapportent quatre facteurs contribuant à l'abandon de la profession : le peu de récompenses, la violence horizontale, la surcharge de travail et la peur d'effectuer les premières prises de sang seules et autres tâches. Les auteurs recommandent un meilleur soutien pour que les novices développent leur confiance et leur compétence, ce qui sera approfondi davantage dans le chapitre de la discussion.

Le taux de démission étant élevé chez les infirmières novices, Bowles et Candela (2005) présentent une étude quantitative descriptive des perceptions des infirmières de moins de cinq ans d'expérience au Nevada et les raisons pour lesquelles elles quittent leur emploi. Les résultats sont divisés en deux catégories. La première catégorie regroupe les soins auprès des patients et le travail d'équipe. Les nouvelles infirmières ont exprimé des sentiments négatifs envers leur environnement de travail, en partie à cause du stress et du manque d'autonomie. La deuxième catégorie aborde le soutien des gestionnaires. Les participants disent obtenir du soutien des infirmières-chefs dans leur nouveau rôle, mais la majorité ne se sent pas écoutées ou soutenues dans l'avancement de leur carrière. En ce qui concerne les raisons les menant à démissionner, le stress relié aux soins des patients et l'environnement de travail (incluant le manque de soutien) ressortent comme étant les premières et deuxièmes causes, respectivement. Cependant, cette

étude n'a pas spécifié les perceptions des infirmières novices qui travaillent pendant des quarts où l'infirmière chef est absente.

Programme de soutien.

Selon deux revues de la littérature, l'une des interventions les plus efficaces présentement pour faciliter la transition vers la vie professionnelle est le programme de mentorat. La première étude (Rush, Adamack, Gordon & Janke, 2012) identifie les meilleures pratiques pour un programme au Canada et la deuxième (Chen & Lou, 2014) examine l'efficacité et l'applicabilité de ces programmes à Taiwan pour comprendre le processus d'implantation. Ces deux revues de littérature ont permis de constater qu'il manque d'études sur le sujet et que celles qui ont été réalisées manquent de données et de rigueur, de sorte qu'elles ne permettent pas de dégager formellement des meilleures pratiques. Seuls cinq articles publiés entre 1999 à 2011 ont été retenus pour la revue de Chen et Lou (2014). Dû à la variabilité du temps des programmes, des coûts et des sujets d'activités proposées, les auteurs n'ont pu suggérer aucun programme modèle. Cependant, tous les programmes de soutien recensés dans l'étude de Chen (2014) ont noté des bénéfices financiers et une réduction significative du taux de démissions. De plus, les participantes étaient plus satisfaites et se sentaient plus compétentes. En général, les programmes recensés comprennent un précepteur par infirmière novice, des activités de réseautage entre les infirmières novices et des formations théoriques durant l'orientation pratique sur des sujets tels que la gestion de la douleur, les soins palliatifs et la résolution de conflits (Rush, 2012). Les auteurs proposent quelques recommandations qui seront revues dans le chapitre de la discussion.

Portrait du travail de soir et de nuit

Contexte.

Bien que les infirmières novices de soir et de nuit représentent une catégorie d'infirmières vulnérable à la démission, les articles abordant ce phénomène se font rares. En effet, plusieurs articles portent sur les difficultés familiales et sur les problèmes de santé que rencontrent les infirmières travaillant le soir et la nuit, mais peu proposent des stratégies adaptées au personnel de soir et de nuit. Les auteurs osant s'intéresser à cette population dénoncent tous la rareté d'études, en dépit de son importance (Becker, 2013; Claffey, 2006; De Cordova, Phibbs & Stone, 2013; Nilsson, Cambell & Andersson, 2008). Pourtant, le taux de démission chez les infirmières travaillant la nuit est de 10% comparativement à 3% chez les autres travailleurs de nuit dans les compagnies aux États-Unis (Claffey, 2006; Smith, 2010). Comme il a été mentionné plus haut, les infirmières novices ont tendance à obtenir plus souvent des postes sur les quarts de soir et de nuit, puisqu'il s'agit souvent des seuls postes disponibles (Brewer, 2012; Smith, 2010), ce qui n'est pas toujours leur premier choix. Selon Mayes et Schott-Baer (2010), trois raisons incitent les infirmières à travailler sur des horaires atypiques : aimer l'isolement et l'autonomie, être dans l'impossibilité d'obtenir d'autres postes et avoir des obligations personnelles telles que les finances ou les enfants.

Une diminution du nombre d'infirmières le soir et pire la nuit entraîne un plus grand nombre de patients sous la responsabilité de celles-ci. Une diminution et même l'absence de plusieurs professionnels de la santé tels que la travailleuse sociale ou la physiothérapeute empêche les infirmières de soir et de nuit de travailler dans un contexte d'interdisciplinarité comme celles qui travaillent de jour. De plus, ces infirmières ont moins accès à des formations étant donné que plusieurs milieux n'offrent de la formation que de jour.

Pour une meilleure compréhension du travail de nuit, Nilsson, Cambell et Pilhammar Andersson (2008) explorent les perceptions de ces infirmières par rapport à leur travail dans un hôpital. Les trois thèmes qui ressortent de la perception des infirmières sont la mauvaise compréhension du travail des infirmières de nuit, les conditions de travail difficiles (fatigue, silence et obscurité) et les soins généraux prodigués pour assurer le sommeil des patients et préparer l'unité pour le quart de jour. Cette étude qualitative descriptive fait ressortir le sentiment « d'invisibilité » des infirmières de nuit. En effet, les dix participantes d'un hôpital suisse ont exprimé un fort sentiment d'incompréhension et de sous appréciation de leur travail. Une force de cette étude est l'échantillon, qui comprend 11 infirmières et 11 infirmières auxiliaires provenant de toutes les unités de soins ouvertes en tout temps dans cet hôpital. Les participants avaient entre 31 et 60 ans et en moyenne 12 ans d'expérience uniquement la nuit. Toutefois, les auteurs mentionnent que l'hôpital venait récemment de faire des changements organisationnels, mais sans les décrire ni dire s'ils ont eu un impact sur le travail des infirmières. Des modifications récentes signifient que les participants étaient en processus d'adaptation et les questionner à ce moment-là a pu influencer les résultats. En effet, il est alors difficile de dissocier leurs frustrations/insatisfactions par rapport aux transformations des perceptions de leur travail en général. Cette étude permet quand même de mieux comprendre la réalité du travail des infirmières de nuit. Les questionnaires devraient tenir compte des conditions de travail et des besoins différents entre les quarts de travail pour prendre des décisions adaptées.

Perceptions du travail de soir et de nuit.

Les infirmières travaillant le soir et la nuit jouent des rôles importants au sein des organisations, mais elles ont le sentiment de travailler dans l'ombre (Claffey, 2006; Nilsson, 2008). Elles ont un sentiment d'isolement et un manque de reconnaissance de la part des

gestionnaires et des infirmières de jour, ce que plusieurs auteurs font émerger dans leurs études (Al-Hussami, 2009; Casida & Pinto-Zipp, 2008; Claffey, 2006; Powell, 2013). Plusieurs connotations négatives ont été rapportées dans certaines études par rapport aux infirmières travaillant la nuit. Il est difficile pour une infirmière de comprendre personnellement et professionnellement le travail de nuit si elle n'a jamais travaillé régulièrement de nuit (Gustafsson, Fagerberg & Asp, 2010). Dans l'étude qualitative de Kelly (2009), l'auteure explore justement les perceptions des gestionnaires et des infirmières ayant un horaire en rotation jour et nuit. Les 27 participantes proviennent de quatre établissements de santé différents, dont deux à Londres et deux en banlieue de Londres. Certaines participantes de cette étude ont avoué penser que le travail de nuit était plus facile et moins stressant que le travail de jour. Néanmoins, elles reconnaissent que les infirmières de nuit manquent davantage d'opportunités en ce qui concerne les formations. Ce manque de formation amène certaines participantes d'une autre étude à percevoir les infirmières de nuit comme moins qualifiées que les infirmières de jour (Brooks, 2002). Ces connotations négatives contribuent à l'insatisfaction des infirmières travaillant le soir et la nuit. En ajoutant les pressions familiales, les infirmières sur ces horaires de travail ont un plus grand risque de démissionner que les infirmières de jour (Martin et al., 2012). Justement, une étude quantitative menée par Brooks et Swailes (2002) explore l'engagement à la profession infirmière et le fait de travailler le soir et la nuit en Angleterre. Selon les résultats de cette étude menée auprès de 2987 participants travaillant le jour, le soir, la nuit et sur des quarts de 12 heures, les infirmières travaillant en permanence la nuit sont moins engagées que les infirmières travaillant le jour. L'analyse des données selon l'analyse de variance (ANOVA), vérification que les échantillons sont issus de la même population, et la méthode de régression multiple suggèrent que 64% des infirmières travaillant la nuit préféreraient travailler sur un autre quart de travail.

Cependant, 47 % des infirmières travaillant le jour voudraient aussi changer de quart de travail. Il serait intéressant de savoir pour quelles raisons 89% des participants et ce, dans tous les quarts, voudraient changer de quart de travail.

Dans un même ordre d'idées, une exploration de l'expérience du travail de nuit dans un centre hospitalier en Australie a été réalisée par Powell (2013). L'auteure a spécifiquement exploré les relations entre les infirmières travaillant la nuit et les infirmières de nuit et de jour. À partir de quatre entrevues individuelles et de journaux intimes de dix autres infirmières de nuit, l'auteure a procédé à une analyse de contenu thématique. L'auteur a identifié quatre grands thèmes, soit l'environnement de travail, la pratique infirmière, les relations et la vie personnelle. Les participants soulignent l'importance du travail d'équipe. Elles réussissent à travailler en équipe avec les infirmières de nuit, mais les infirmières de jour ne semblent pas vouloir collaborer. Parfois, elles recommandent une intervention pour un patient, et lorsqu'elles reviennent la nuit suivante, elles remarquent qu'aucune action n'a été entreprise. Les participantes ont un fort sentiment de dépréciation de la part des infirmières de jour, de l'infirmière-chef et de toute l'organisation. Les participantes déplorent le manque de formation la nuit, alors qu'elles ressentent une grande responsabilité de prendre des décisions seules contrairement aux infirmières de jour ayant la présence des médecins et des professionnels d'autres disciplines. De plus, les infirmières se sentent isolées, seules et traitées inférieurement aux infirmières de jour. Les participantes ont exprimé le besoin d'un fort soutien des gestionnaires pour briser ce mythe en communiquant davantage avec le personnel de nuit et en leur accordant plus de formations. Ces résultats corroborent ceux de l'étude qualitative de Gustafsson, Fagerberg et Asp (2010) menée en Suède. Les auteurs explorent les expériences des infirmières de nuit à propos de leurs conditions de travail. Les sept participantes ont surtout

souligné le fait qu'elles ne décident pas de leurs responsabilités/activités. Elles dépendent des gestionnaires et autres membres de l'équipe de jour, sans que ces derniers soient présents sur leur quart de travail (Gustafsson, 2003).

Manque de formation.

Plusieurs milieux n'offrent de la formation aux infirmières que durant la journée. Par conséquent, les infirmières de soir et de nuit doivent se déplacer hors de leur horaire de travail pour assister à ces formations, ce qui dissuade plusieurs d'entre elles (Claffey, 2006; Gould, 2007; Mayes, 2010). Dans une étude quantitative et qualitative explorant le développement professionnel des infirmières dans quatre hôpitaux londoniens, les auteurs ont noté que l'accès à la formation était plus difficile pour les infirmières travaillant la nuit (Gould, Drey et Berridge, 2007). Pour contrecarrer cette réalité, les infirmières novices de nuit développent un grand sens d'observation et une grande habileté à communiquer leurs observations dans leurs échanges entre les quarts de travail (Campbell, Nilsson & Andersson, 2008). Plusieurs milieux de soins ont remarqué une lacune dans l'offre des formations des infirmières de nuit, ce qui entrave la qualité des soins. Par conséquent, quelques établissements de santé tentent de combler les besoins des infirmières de différentes façons.

Par exemple, tel que décrit dans l'article de Becker (2013), un centre hospitalier a engagé une infirmière clinicienne spécialisée pour travailler la nuit et a créé un comité de communication sur le quart de nuit. Ce comité permet aux infirmières de nuit d'être au courant des décisions organisationnelles et d'émettre leurs opinions sur le sujet. Ainsi, les participantes se sentent plus connectées à l'équipe de jour. Les auteurs ont évalué le niveau de satisfaction des infirmières de nuit un an après l'implantation du comité. Les résultats ont démontré que 86% des

infirmières étaient très satisfaites. Cependant, les auteurs n'ont pas évalué s'il y a eu une augmentation dans la qualité des soins.

De plus, les auteurs n'ont pas évalué le taux de participation au comité. Flagg et Sparks (2003) ont toutefois noté l'augmentation du taux de participation dans leur étude. Ils ont implanté un comité multidisciplinaire offrant de la formation entre 2:00 et 4:00 du matin, car auparavant, les formations n'étaient offertes que durant la journée. Suite aux formations durant leur quart de travail de nuit, le taux de participation aux formations est passé d'environ 15% à 87%. De même, Smith (2010) a implanté un comité interdisciplinaire dans un centre hospitalier et a noté une augmentation de la satisfaction du personnel de nuit. Dans leur cas, la formation était entre 1:00 et 3:30 du matin et d'une durée de 30 minutes. L'auteur recommande une formation maximale de 30 minutes pour garder l'attention des infirmières et ne pas les éloigner trop longtemps de leurs patients.

Plusieurs auteurs suggèrent des formations durant le quart de travail de soir/nuit et non avant ou après (Gould, 2007; Mayes, 2010; Smith, 2010). De plus, ils proposent de publiciser à l'avance les formations, de choisir un local proche des unités de soins, d'offrir une collation et d'encourager l'infirmière-chef et l'AIC à faire participer le personnel de nuit (Gould, 2007; Mayes, 2010; Smith, 2010).

Le soutien du superviseur immédiat

Rôle et responsabilité.

L'infirmière-chef est à la base une infirmière. Elle occupe un poste-cadre administratif, mais détient aussi un rôle clinique. En centre hospitalier, elle assure la qualité et la sécurité des patients d'une ou de plusieurs unités de soins (Karna, 2012; Skytt et al., 2008). L'infirmière-chef sert de lien entre les directeurs et les soins directs aux patients (Cox-Ballah, 2013). Elle assure

l'atteinte des objectifs de l'organisation (Thrall, 2006). Elle est responsable de tous les soins aux patients sur son unité, 24 heures par jour, 7 jours par semaine (Thrall, 2006). Selon l'Organisation américaine des infirmières exécutives (2005), l'infirmière-chef a cinq fonctions, soit : gérer les ressources humaines et matérielles de son unité, favoriser la collaboration interdisciplinaire, la qualité des soins, le développement professionnel, la planification stratégique et suivre les règlements. Dans l'étude de McCallin et Frankson (2013), les auteurs ont exploré le rôle des infirmières-chefs selon la perspective de 12 d'entre elles. Les trois enjeux qui ressortent sont le rôle ambigu des infirmières-chefs, leur surcharge de travail et leur manque de compétence en gestion. Les participants exposent la discordance entre la description du rôle sur papier et la réalité. La description du rôle est très large et vague. Dans le deuxième thème, les participantes expriment le sentiment de surcharge causé par de grandes attentes de différents groupes telles que les infirmières, les hauts dirigeants et les patients. Le troisième aborde le manque de formation en gestion et en technologie des infirmières-chefs. Elles cumulent des années d'expériences cliniques, mais n'obtiennent pas nécessairement des formations en gestion de la part de leur employeur. Elles apprennent sur les lieux du travail, directement dans la pratique. Les auteurs prônent la poursuite des études des infirmières chef en administration avant d'entamer leurs fonctions pour qu'elles puissent mieux gérer la partie administrative de leur rôle.

Soutien.

Le thème du soutien de l'infirmière-chef est souligné dans la revue systématique de Cowden (2011). Le but de cette revue est de décrire la relation entre le leadership du gestionnaire, soit l'infirmière-chef, et la rétention du personnel infirmier. Parmi les 11 articles recensés entre 1985 et 2010 traitant du soutien du superviseur, sept établissent un lien direct entre un environnement de travail dans lequel le personnel infirmier se sent soutenu et la

rétribution des infirmières, soit Fisher et al. (1994), Sourdif (2004), Leveck et Jones (1996), Lynn & Redman (2005), Nedd (2006), Lacey et al. (2007) et Chen et al. (2008). Une des études de cette revue, Lavoie-Tremblay (2008), a étudié le soutien de l'infirmière-chef auprès des nouvelles infirmières de la génération Y. Cette génération est décrite comme une population valorisant la participation et la collaboration. De plus, elle s'attend à un « feedback » constant, des récompenses et des louanges. L'étude située au Québec a révélé qu'un environnement de travail prônant le soutien engendrait moins de stress psychologique et augmentait la confiance en leurs compétences des infirmières novices (Lavoie-Tremblay, 2008). De plus, huit participants ont déclaré vouloir démissionner, car le quart de nuit était trop difficile. Cependant, les conclusions de l'auteur ne sont pas très claires, car elles n'expliquent pas la signification de « difficile ». Par ailleurs, 12,6% voulaient abandonner la profession par manque de soutien.

Lorsque l'infirmière-chef est absente, l'AIC et les infirmières d'expérience participent au développement professionnel des infirmières novices. Il revient à l'infirmière-chef de bien préparer celles-ci pour cette responsabilité. Dans l'article de Ballem et MacIntosh (2014), les auteurs ont exploré la perception des infirmières d'expérience de travailler avec des infirmières novices. L'échantillon était composé de sept infirmières de plus de cinq ans d'expérience. Ces dernières avaient travaillé avec une infirmière de moins d'un an d'expérience dans la même unité de soin et dans les derniers 18 mois. « Les infirmières novices arrivent », « Nous restons sur nos gardes » et « Porter la charge » sont les principaux thèmes dont les auteurs discutent. Dans le premier thème, les participants ont exprimé de la frustration, car elles doivent consacrer beaucoup de temps aux nouvelles infirmières. D'un autre côté, elles sont ravies de l'arrivée des nouvelles infirmières, car cela signifie qu'elles feront moins de temps supplémentaire. Le deuxième thème aborde les explications et les répétitions qu'elles doivent fournir aux novices.

Pour ce faire, elles doivent se tenir à jour des nouvelles connaissances. Dans le dernier thème, elles soutiennent et dirigent les novices et ce, malgré leur charge de travail élevée. Les novices sont perçues comme désorganisées, manquant de confiance en elles et ayant des lacunes en connaissances infirmières. Ceci a un impact sur l'environnement de travail, car les infirmières d'expérience se sentent responsables de soutenir les nouvelles. L'étude n'est certainement pas généralisable puisque les sept infirmières étaient de la même nationalité, avaient le même niveau d'éducation et provenaient de la même unité de soins. Il aurait été pertinent d'inclure dans l'échantillon des AIC, car celles-ci sont généralement des infirmières d'expérience, mais elles jouent un rôle important dans l'intégration des nouvelles infirmières.

Présence du supérieur immédiat.

Comme il a déjà été dit, étant donné la position et le rôle de l'infirmière-chef, cette dernière joue un rôle fondamental dans la satisfaction et la rétention des infirmières de son unité de soins (Duffield, Roche, O'Brien-Pallas, Catling-Paull & King, 2008; Feather, Ebright & Bakas, 2014; Rosengren et al., 2007). Plusieurs auteurs abordent le leadership transformationnel de l'infirmière-chef et son impact direct sur la rétention (Boyle, 1999; Duffield, 2008; El Akremi, 2014; Tauton, 1997). Dans une étude phénoménographique de Rosengren et al. (2007), les auteurs ont tenté de décrire la conception du leadership de l'infirmière-chef. Plusieurs thèmes sont ressortis pour décrire le leadership des gestionnaires infirmiers tels que le soutien dans la pratique de tous les jours, la facilitation de la reconnaissance infirmière et l'amélioration des soins (Rosengren et al., 2007). Un autre thème de l'étude de Rosengren et al. (2007) est la présence et la disponibilité de l'infirmière-chef. Selon les infirmières de cette étude, la présence comprend les dimensions physique, mentale et sociale. Cette présence est requise pour appliquer les autres thèmes mentionnés ci-haut (Rosengren et al., 2007). Toutefois, l'étude s'est déroulée

dans une unité de soins intensifs dans un petit hôpital en Suède traitant dix patients. Dans cet établissement, la gestionnaire est responsable de tout le personnel incluant médecins et commis. Par conséquent, les auteurs ont dû inclure des membres de toute l'équipe dans l'échantillon, soit deux médecins, une secrétaire, quatre infirmières et trois infirmières auxiliaires.

Le thème de la présence de l'infirmière-chef est exploré dans le cadre du mémoire d'Amburgey (1997). Cette dernière a déterminé l'importance de la visibilité de l'infirmière-chef auprès des infirmières, a décrit les activités qui définissent sa visibilité et a déterminé le lien avec le *caring* et le soutien de l'infirmière-chef. Cette étude descriptive, réalisée auprès de 80 participantes de plus d'un an de pratique, a révélé le besoin de visibilité de l'infirmière-chef sur son unité. En effet, 95 % des participantes ont déclaré sa visibilité d'importante à très importante. Les participantes ont décrit sa visibilité comme l'accessibilité immédiate de l'infirmière-chef et sa participation dans les journées particulièrement lourdes sur l'unité. De plus, 97,5 % des participantes percevaient un lien important entre la visibilité, le soutien et le *caring* de l'infirmière-chef. Dans cette étude, les participantes étaient de tous âges. Ce groupe était composé de participantes ayant entre un et cinq ans d'expérience. Cependant, aucune donnée ne permet de vérifier l'horaire de travail des infirmières ni de connaître si la perception des infirmières de soir et de nuit a été incluse ou exclue des résultats de cette étude.

Dans le même ordre d'idée, la visibilité est abordée dans la thèse de doctorat de Berentson (1995). L'auteure a exploré les perceptions du soutien de l'infirmière-chef et la relation entre les valeurs des infirmières et celles de l'infirmière-chef. En adoptant une approche de Strauss et Corbin (1990), la théorisation ancrée, elle analyse les perceptions de 12 participantes. Les résultats permettent de comprendre l'importance de la proximité du supérieur immédiat. En effet, plus le superviseur est loin des infirmières, plus les infirmières pensent que

leurs valeurs sont divergentes de celles de l'infirmière-chef et, par conséquent, les infirmières éprouvent moins de soutien. Le facteur principal influençant le soutien est la proximité du superviseur. La proximité inclut la distance physique telle que le bureau dans l'unité de soin ou sur un autre étage et la fréquence de contact entre le supérieur et le personnel. La proximité est influencée par deux facteurs, soit la visibilité et la communication. Ces résultats sont toutefois déconcertants pour le personnel de soir et de nuit, qui ont une visibilité clairement réduite et même absente de leur infirmière-chef. Les participants variaient de 1,5 à 35 ans d'expérience et aucune spécification sur les horaires de travail n'a été émise dans les données démographiques. Ces données correspondent aux résultats de l'article de Kramer et Schmalenberg (2005) dont le but était de décrire le soutien de l'infirmière-chef. En effet, la visibilité et la communication sont des éléments clairement identifiés. Les participants ont spécifié que la communication doit être transparente et claire et que le superviseur doit non seulement être visible, mais aussi être accessible (Kramer & Schmalenberg 2005).

Assistante infirmière-chef.

Les infirmières-chefs ne sont pas les seules leaders de leur unité. Généralement, elles ont une assistante infirmière-chef (AIC) régulière sur chaque quart de travail. Ces dernières possèdent un rôle crucial au sein de l'équipe de soins. L'AIC est la pierre angulaire de l'unité de soins et permet une bonne continuité des soins dans un contexte où des infirmières provenant d'agences, des infirmières irrégulières sur l'unité et des infirmières novices se retrouvent sur leurs quarts de travail (Connelly, 2003). Elle représente l'infirmière-chef en son absence (Sherman, 2005). Elle doit gérer le personnel, les patients et leur famille (Patrician, 2012). Elle doit prendre des décisions importantes pendant la durée de leur quart, lesquelles auront un impact sur l'environnement de travail, la qualité des soins et la sécurité des patients (Wilson,

2011). Plusieurs de ces décisions sont prises pour « éteindre des feux », car elle est la personne ressource pour résoudre tous les problèmes ponctuels de tout genre au cours de son quart de travail (Eggenberger, 2012). En dépit de ces faits, les AIC ne sont pas nécessairement adéquatement formées pour accomplir leurs responsabilités. En effet, les programmes en soins infirmiers ne comprennent pas toujours des cours sur le sujet et les employeurs n'inscrivent pas automatiquement les nouvelles AIC aux formations (Patrician, 2012). Plusieurs études démontrent qu'il serait plus que nécessaire de les former dès l'embauche ainsi qu'en continu (Connelly et al., 2003; Eggenberger, 2012; Krugman, 2013; Patrician, 2012; Sherman, 2005).

Malgré un rôle répandu à travers le monde et essentiel au fonctionnement d'une unité de soins, peu d'études portent sur les AIC. Pourtant, ce rôle nécessiterait davantage de données probantes. Aucune étude n'a été trouvée sur l'étendue de leur pratique, leur impact sur la rétention dans l'unité et le soutien qu'elle nécessite. Quelques auteurs ont abordé ce rôle, mais ont tous exprimé des lacunes en termes d'études sur ce phénomène (Connelly et al., 2003; Eggenberger, 2012; Krugman, 2013; Patrician, 2012; Sherman, 2005). Les articles retenus pour cette partie de la recension sont par conséquent tous à l'étape qualitative exploratoire, à l'exception d'un article.

Il existe tout de même une étude d'Eggenberger (2012) décrivant l'expérience d'être une AIC à partir des perceptions de 20 AIC œuvrant dans quatre hôpitaux différents en Floride, aux États-Unis. Parmi les participantes, 16 n'avaient reçu aucune formation formelle dans le cadre de leur emploi et aucune n'en possédait déjà une avant l'embauche. Selon les participantes, leur priorité était la sécurité des patients et du personnel. Elles doivent être vigilantes, être un exemple, collaborer, gérer, résoudre des problèmes organisationnels et de soins et promouvoir le bien-être et la sécurité des patients. Le dernier thème renvoie au rôle gratifiant des AIC selon les

participantes. L'auteur recommande une meilleure orientation structurée et l'exigence de compétences spécifiques formelles à l'affichage de poste. En se basant sur les AIC de ces quatre hôpitaux, elles avaient toutes des niveaux de formations différentes, l'auteur suggère d'uniformiser le niveau d'éducation minimal au baccalauréat.

En poursuivant cette proposition sur l'éducation et le rôle des AIC, Sherman (2005) décrit les responsabilités de l'AIC et suggère le développement d'un programme abordant les quatre responsabilités recensées soit la communication, la résolution de conflit, la supervision et la délégation, ainsi que la cohésion d'une équipe. Le programme d'un jour a encouru un bénéfice de 8,98 dollars pour chaque dollar investi dans un hôpital de 350 lits avec 25 AIC ayant suivi le programme de l'étude. Dans le même ordre d'idée, Patrician et al. (2012) tentent de comprendre le développement professionnel des AIC. Les 26 AIC recrutés dans plusieurs hôpitaux en Alabama, aux États-Unis ont exprimé un sentiment d'impuissance face au manque de personnel et de ne plus pouvoir être ami avec les collègues de travail pour se consacrer à la prise de décisions. De plus, elles ont exprimé de la difficulté à gérer la performance et les conflits du personnel, l'augmentation de la charge de travail, leur non-implication dans les grandes décisions des employeurs et le manque de soutien et de rétroaction de leur chef. L'auteur propose une éducation formelle sur le rôle et les responsabilités, la gestion de la performance du personnel, la communication et les finances. De plus, les participants notent qu'un meilleur soutien de leur infirmière-chef serait un grand facilitateur dans leur travail.

Dans une étude longitudinale de 1996 à 2012, Krugman (2013) démontre qu'une orientation structurée améliore le fonctionnement des AIC. Pour sa part, Connelly (2003) identifie 54 compétences divisées en quatre catégories, qui sont clinique, jugement critique, organisationnelle et la dernière, mais la plus importante selon l'auteur, talents en relations

humaines. Cette dernière catégorie permet de créer un environnement propice pour la rétention et d'établir une bonne relation avec l'infirmière-chef.

Quant à Wilson (2011), elle explore les comportements menant à la prise de décision des AIC. L'auteure recueille un échantillon de 24 AIC et infirmières-chefs sur tous les quarts de travail dans un hôpital au Michigan, aux États-Unis. Les cinq comportements identifiés sont d'être la personne-ressource, flexible, confiante, avoir une communication efficace et une vision globale de l'unité.

Discussion et recommandations

Suite à l'analyse critique des articles de ce travail, force est de constater que les infirmières rencontrent de multiples difficultés en début de carrière. L'isolement et les mauvaises perceptions du travail de soir et de nuit aggravent la situation des novices sur ces quarts de travail. Cette recension nous renseigne également sur le manque de soutien offert par les infirmières d'expérience le soir et la nuit, les AIC et les préceptrices, alors que celles-ci ont pour mandat de fournir du soutien aux novices. Pire, plusieurs articles dénoncent et expliquent la violence horizontale des infirmières d'expérience envers les infirmières novices. De plus, les AIC ne sont pas forcément formées pour établir un environnement propice à l'accueil et à l'orientation des infirmières novices. Pour soutenir adéquatement les novices, il s'avère nécessaire de bien soutenir les infirmières d'expérience et les AIC. De l'analyse ressort également le besoin criant de reconnaissance des infirmières de soir et de nuit. En effet, les termes utilisés pour décrire ces quarts tels qu'« isolement » et « travail dans l'ombre » reflètent le désespoir de ces infirmières.

Le but de ce travail est de repérer des stratégies de soutien à partir de la littérature pour soutenir les infirmières novices travaillant le soir et la nuit. Plusieurs auteurs ont fourni des suggestions constructives afin de pallier à ce phénomène. Ces dernières ont été regroupées en quatre sous-groupes de recommandations, qui seront élaborées à la fin de la discussion.

Le cadre de référence permet de constater que les infirmières peuvent se référer à plusieurs personnes pour obtenir du soutien, et possiblement même trop de personnes. En effet, la chef, la coordonnatrice, l'AIC et même les conseillères-cadres peuvent être considérées comme des personnes représentant l'employeur au niveau intermédiaire, créant ainsi une ambiguïté dans les rôles de chacun. En effet, toutes ces personnes ont un rôle différent, mais les novices peuvent avoir de la difficulté à différencier les rôles et à savoir quelle question doit être

adressée à quelle personne. De peur de se tromper, la novice peut ne pas poser sa question. Par ailleurs, plusieurs des personnes qui représentent l'employeur ne sont pas présentes le soir et la nuit. Enfin, il est également démontré qu'il est préférable qu'une nouvelle infirmière se réfère à une seule personne pour ainsi diminuer le risque de confusion entre les informations différentes qu'elle pourrait recevoir d'une personne à l'autre (Ballem, 2014; Dyess, 2009; Feng, 2012; Romyn, 2009).

Au contraire du Québec, les autres provinces du Canada et les pays étrangers n'offrent que des quarts de travail de 12 heures, soit le jour (08h00 à 20h00) et la nuit (20h00 à 08h00). Au Québec, par contre, il y a trois quarts de travail soit 8 heures à 16 heures, 16 heures à minuit et minuit à 8 heures. Les hôpitaux anglophones offrent à la fois des quarts de 12 heures et de 8 heures et n'ont, par conséquent, pas tous les mêmes problématiques que les hôpitaux francophones québécois. Les hôpitaux anglophones offrent généralement des postes de rotation obligatoire ce qui entraîne la présence d'un nombre d'infirmières novices et d'expérience similaire sur les deux quarts de travail soit le jour et la nuit. Du côté francophone, les postes sont au contraire généralement fixes, de sorte que les infirmières attendent parfois plusieurs années avant d'avoir assez d'ancienneté pour obtenir un poste de jour et, à ce moment, elles ne veulent plus offrir de disponibilité sur les quarts de soir et de nuit. La spécificité du contexte québécois peut expliquer qu'à la connaissance de l'investigatrice, il n'existe pas d'articles scientifiques portant sur le travail des infirmières qui travaillent le soir. Ce constat nuit à la transférabilité des stratégies proposées dans la littérature au quart de soir. Toutefois, ce travail est un premier pas vers la sensibilisation des difficultés rencontrées par les infirmières de soir et de nuit. Au Québec, les postes syndiqués sont attribués par ancienneté, ce qui entraîne une majorité de jeunes infirmières inexpérimentées vers les quarts de soir et de nuit. Ceci fait aussi en sorte que les AIC

de soir et de nuit peuvent avoir peu d'expérience, parfois même moins de deux ans d'expérience. Il sera intéressant d'explorer ces particularités québécoises plus en profondeur lors d'une thèse doctorale.

À la connaissance de l'investigatrice, il n'existe pas d'étude portant spécifiquement sur les stratégies de soutien des infirmières novices de soir et de nuit. Ce travail donne des pistes pour la poursuite de recherches en sciences infirmières sur le sujet. De plus, il permet de contribuer au développement de stratégies organisationnelles sur le soutien des novices le soir et la nuit. Dans le cadre de ce travail dirigé, nous proposons le cadre théorique d'Eisenberger (2002) pour guider les stratégies développées. Ce cadre suggère que le soutien de l'AIC et de l'infirmière-chef agit positivement sur la rétention dans l'unité de soins et sur la performance des infirmières. Toujours selon le cadre, pour ce faire, les infirmières-chefs doivent se soucier du bien-être et de la contribution de leurs infirmières. Alors, ce travail propose des stratégies de soutien en tenant compte de plusieurs facteurs pour ainsi les formuler de la manière la plus appropriée possible. Comme il a été décrit plus haut, le soutien s'avère fort important pour les infirmières novices.

Aspect novateur du travail et sa contribution à l'avancement des connaissances

Ce travail s'avère novateur étant donné l'absence de littérature scientifique sur le sujet. Tout comme le cadre de référence le stipule, ce travail propose des stratégies tenant compte du contexte global des novices. Il est donc à la connaissance de l'investigatrice le premier travail proposant des stratégies pour les infirmières novices travaillant le soir et la nuit. Ce travail sensibilise également les infirmières-chefs, les AIC et les infirmières de jour à mieux comprendre le travail de soir et de nuit.

Une des forces de ce travail est la rigueur de la méthode de recension des écrits de Galvan (2006). Cette méthode offre une recension structurée et cohérente des écrits. La recension réalisée ici a permis de formuler des stratégies de soutien. Des interventions au niveau de la formation, la gestion, la recherche et la pratique clinique sont proposées aux professionnels de la santé afin de les sensibiliser et de les outiller pour mieux soutenir les infirmières novices.

Recommandations

Des recommandations sont nécessaires afin de mieux soutenir la relève infirmière. Ces recommandations se basent sur les stratégies proposées dans la littérature et les lacunes ressortant de la recension des écrits. Le cadre d'Eisenberger (2002) a permis de guider l'élaboration de stratégies de soutien, car il permet de prendre en considération le bien-être des infirmières novices dans leur contexte, qui est le travail de soir et de nuit. Les diverses stratégies pour soutenir les infirmières novices travaillant le soir et la nuit émises dans cette partie sont subdivisées en quatre catégories, soit clinique, gestion, éducation et recherche.

Clinique

Au niveau clinique, il est recommandé de jumeler une seule préceptrice à une infirmière tout au long de la durée de l'orientation (Ballem, 2014; Feng, 2012). Cependant, il ne faut pas toujours assigner la même infirmière d'expérience, afin de ne pas l'épuiser et permettre aux autres infirmières d'expérience d'orienter à tour de rôle (Caliskan, 2012; Phillips, 2014).

La sociabilité semble avoir un impact positif dans le développement des novices. En effet, elles ont peur de paraître « stupides » aux yeux de leurs collègues et donc ne posent souvent pas de questions ou ne demandent pas d'aide (Malouf, 2014). Ceci nuit à la qualité et la sécurité des soins. Plusieurs auteurs encouragent donc les employeurs à favoriser le réseautage des infirmières novices (Ballem, 2014; Rush, 2012; Thrysoe, 2012). Pour ce faire, il est conseillé

d'organiser des activités réunissant les novices de différentes unités de soins (Ballem, 2014; Rush, 2012; Thrysoe, 2012). Ce type d'activités favorise le soutien entre pairs. Les novices se sentent plus confortables pour poser des questions et remarquent qu'elles ne sont pas les seules à vivre cette épreuve. Il est également conseillé d'organiser des activités entre les infirmières novices et celles d'expérience. En effet, ceci encouragerait la socialisation entre collègues, ainsi que l'intégration des nouvelles dans l'équipe de soins. Les novices accordent une grande importance à ce que les infirmières d'expérience pensent d'elles (Malouf, 2011).

Plusieurs écrits s'accordent sur l'importance de les soutenir tout au long de la première année, en offrant de la rétroaction positive quotidiennement et en organisant une rencontre entre la gestionnaire de l'unité de soins et la novice (Ballem 2014; Caliskan, 2012; Chandler, 2012; Duchscher, 2008; Dyess, 2009; Phillips, 2014). De plus, quelques auteurs suggèrent fortement que les nouvelles débutent sur des unités non spécialisées comme une unité de médecine (Caliskan, 2012; Phillips, 2014). Amorcer sa carrière sur des unités plus calmes permettrait aux novices d'assimiler plus aisément les informations que si elles sont surchargées de travail (Caliskan, 2012; Phillips, 2014).

Gestion

Au niveau de la gestion, plusieurs auteurs soulignent le rôle important de l'infirmière-chef auprès des infirmières (Cowden, 2011; Duffield, 2008; Feather, 2014; Rosengren, 2007). L'un des rôles primordiaux est celui du soutien de la relève infirmière. Il s'avère important que l'infirmière-chef soutienne le plus tôt possible ses nouvelles infirmières pour ainsi faciliter leur période de transition dans la profession. Pour ce faire, plusieurs auteurs s'entendent sur l'importance de la visibilité et de la transparence de l'infirmière-chef (Cowden, 2011; Duffield, 2008; Feather, 2014; Rosengren, 2007). Il est donc pertinent que l'infirmière-chef travaille une

partie de la nuit et de la soirée à quelques reprises dans la semaine (Claffey, 2006). Par exemple, elle peut débiter à 7:00 et terminer à 15:00 une journée et, le lendemain, commencer à 9:00 et finir à 17:00. Elle peut également organiser des réunions de service mensuellement avec les quarts de soir et de nuit (Claffey, 2006). L'infirmière-chef peut mettre un tableau de bord pour tenir les infirmières de tous les quarts informées des décisions ou événements à venir (Claffey, 2006).

Puisque l'infirmière-chef ne peut être présente 24 heures sur 24, l'assistante infirmière-chef (AIC) la remplace et joue alors un rôle crucial dans le cheminement des novices le soir et la nuit (Sherman, 2005). Les infirmières-chefs doivent embaucher des AIC avec une description claire de leur rôle, de l'expérience clinique et une formation appropriée pour accomplir leurs responsabilités (Eggenberger; 2012; Krugman, 2013; Patrician, 2012). Il est recommandé d'uniformiser le niveau de formation des AIC pour que ces dernières aient au minimum un baccalauréat (Eggenberger, 2012). Les AIC nécessitent ce niveau d'éducation étant donné leur position d'autorité et de modèle. De plus, au baccalauréat, les étudiants développent des compétences en leadership, communication, résolution de problème et construction d'équipe (Eggenberger, 2012).

D'autre part, il revient à l'infirmière-chef et l'AIC, d'adopter des politiques de non-violence et de favoriser une culture de bienvenue envers les nouvelles infirmières sur l'unité de soins (Berry, 2012; Budin, 2013; Mckenna, 2002). Par peur de représailles, plusieurs infirmières ne dénoncent pas les situations d'abus. Il serait pertinent pour la gestionnaire de développer un système efficace de dénonciation. Par exemple, la gestionnaire de l'unité de soins peut implanter un formulaire d'incident confidentiel qui serait expliqué dès l'embauche. Ces formulaires seraient également accessibles aux ressources humaines. Ces dernières pourront analyser les

incidents des différentes unités de soins pour ensuite émettre des recommandations uniformes pour l'organisation. De plus, la gestionnaire pourrait informer les employés du programme d'aide aux employés en psychologie, qui est offert dans la plupart des établissements de santé. Toutefois, il semble que les infirmières aient peu recours à ce service. En effet, dans l'étude de McKenna (2003), seulement 12% des participants ayant vécu un événement de détresse psychologique avaient profité de cette aide.

Plusieurs novices sont insatisfaites au travail à cause de leur horaire inflexible et du temps supplémentaire (Cheng, 2015; Morrow, 2009; Park, 2012; Romyn, 2009; Wilson, 2011). Il est donc recommandé que les infirmières-chefs participent à la création des horaires des infirmières et qu'elle s'assure de la présence d'infirmières d'expériences sur les quarts de soir et de nuit. De plus, dans la mesure du possible, elle pourrait réduire le nombre d'infirmières novices travaillant sur la même unité de soins et le même quart de travail (Morrow, 2009). Dans les cas où elle ne peut assurer la présence d'une infirmière d'expérience, la gestionnaire pourrait demander à la conseillère-cadre de rester plus tard ou d'arriver plus tôt, ou encore assigner une conseillère-cadre sur les quarts de travail de soir et de nuit (Claffey, 2006). Malgré les coûts engendrés par l'assignation d'une conseillère-cadre aux quarts de soir et de nuit, cette stratégie serait certainement rentable puisqu'elle constitue un bon moyen de soutenir les infirmières tout au long de leur première année et d'accroître leur rétention.

Enfin, l'infirmière-chef doit tenir compte des caractéristiques générationnelles des infirmières novices lors de ses interventions. Les infirmières de la génération Y désirent généralement s'impliquer dans les prises de décisions, avoir plus de leadership et pouvoir pratiquer selon l'étendue de leur pratique (Romyn, 2009; Wilson, 2011;).

Éducation

Au niveau de l'éducation, il est recommandé de développer des formations le soir et la nuit (Becker, 2013; Gould, 2007; Mayes, 2010; Smith, 2010). Ces formations traiteraient des mêmes sujets que celles données le jour, mais seraient adaptées aux besoins du personnel de soir et de nuit. Par exemple, plusieurs auteurs recommandent des ateliers sur la communication, l'intimidation et la gestion du stress (Ballem, 2014 ; Budin, 2013 ; Clark, 2012; Dyess, 2009). Toutefois, il est conseillé d'ajouter un programme pour s'adapter au travail de nuit, par exemple des capsules sur le sommeil, la santé et la conciliation travail-famille (Claffey, 2006; Mayes, 2010). Ces formations devraient durer environ 30 minutes, car un temps plus long entraînerait une perte de concentration et un temps plus court serait insuffisant pour atteindre les objectifs d'une formation (Smith, 2010). De plus, le meilleur temps pour les formations serait entre 1:00 et 3:30 du matin pour le quart de nuit (Flagg, 2003; Smith, 2010). Il est aussi recommandé d'intégrer les technologies de communication dans l'apprentissage, car elles font partie intégrante des modes d'apprentissage de la nouvelle génération (par exemple l'utilisation de simulations d'apprentissage pour faciliter l'acquisition des compétences, formation sur le web, etc.). Pour maintenir les travailleurs de nuit éveillés, les formations doivent être interactives, tel que des jeux (par exemple, Jeopardy) ou jeux de rôles (Mayes, 2010). La création de divers comités la nuit donne l'occasion aux infirmières de la relève de s'impliquer et de donner leur avis sur les sujets d'intérêts, ce qui favorise un plus haut taux de participation aux formations.

D'autre part, il serait pertinent d'officiallement former les AIC et les préceptrices (Chandler, 2012; Eggenberger, 2012; Feng, 2012; Krugman, 2003; Romyn, 2009). Tout en reconnaissant leurs rôles, la formation permettrait aux AIC et aux préceptrices de mieux soutenir les nouvelles infirmières. Les préceptrices pourraient avoir l'opportunité d'apprendre à enseigner en se basant sur des données probantes éducationnelles (Chandler, 2012; Feng, 2012). Par

exemple, de telles formations pourraient aider les préceptrices à poser de bonnes questions afin de développer le jugement clinique des nouvelles infirmières (Chandler, 2012). Pour leur part, les AIC bénéficieraient d'une formation en gestion. L'expérience clinique est importante, mais il ne faut pas négliger l'importance de son rôle comme gestionnaire : durant son quart de travail, elle représente le leader de l'unité et, en tant que telle, elle doit régulièrement gérer les conflits entre membres du personnel.

L'un des moyens les plus efficaces et efficients présentement serait l'instauration d'un « programme de soutien ». Il faut réévaluer périodiquement que le programme répond aux besoins des infirmières novices (Caliskan, 2012; Romyn, 2009). La gestionnaire doit divulguer les bénéfices du programme de mentorat pour ainsi instaurer une mentalité positive dans son unité de soins (Ballem, 2014). Le programme peut débuter dès l'apprentissage académique. En effet, une étude a démontré les bienfaits d'engager des infirmières étudiantes comme observatrices dans les milieux cliniques (Guerrish, 2000). Les étudiantes peuvent déjà s'intégrer à l'équipe, s'approprier le rôle et les responsabilités d'une infirmière et, ainsi, diminuer le « choc de la réalité » lors de la transition d'étudiante à infirmière. De plus, le programme peut inclure des rencontres avec d'anciennes élèves en soins infirmiers pour discuter de la réalité du milieu. Ces rencontres peuvent également adoucir le « choc » de la transition entre étudiante et professionnelle (Ballem, 2014).

Recherche

Au niveau de la recherche, il est recommandé de poursuivre des recherches sur le travail de soir et de nuit. Plusieurs articles en dénoncent les effets néfastes sur la santé, mais il y aura toujours des infirmières sur ces quarts de travail. Par conséquent, il est crucial de chercher les meilleurs moyens pour atténuer les effets du travail de soir et de nuit. En premier lieu, il faudrait

approfondir l'évaluation de la satisfaction des infirmières de soir et nuit, pour ensuite évaluer les raisons pour lesquelles elles sont satisfaites ou pas. De plus, il serait crucial d'explorer le mythe sur le travail de soir et de nuit, selon lequel le travail est plus « facile ». Pourtant, elles se retrouvent souvent premières et seules intervenantes pour assurer la sécurité des patients. Étant donné qu'il y a moins de personnel le soir et la nuit, les infirmières sur ces quarts se retrouvent à aider les préposés aux bénéficiaires et à accomplir des tâches administratives, en plus de leurs tâches régulières. Il serait intéressant de comparer l'étendue de pratique entre les infirmières travaillant le jour et celle de nuit. Des études qui briseraient le mythe aideraient possiblement les infirmières de soir et de nuit à sortir de « l'isolement ». Il serait également pertinent d'évaluer les impacts de formations le soir et la nuit sur la satisfaction des infirmières, le sentiment de compétence et leur engagement envers l'organisation. Ainsi, des résultats positifs pourraient contribuer à la valorisation des infirmières de soir et de nuit et à l'augmentation de la qualité des soins, ce qui permettrait d'assurer la pérennisation des formations.

Plusieurs auteurs tels que Budin (2013), McKenna (2002) et Trépanier (2013) recommandent de poursuivre des études approfondies sur la violence horizontale et l'abus verbal envers les infirmières novices, de manière à développer des approches efficaces basées sur des données probantes pour atténuer ces problèmes.

Il y a place à la recherche dans le rôle et les responsabilités des AIC, puisque cela est peu exploré dans la littérature en dépit du fait que ce rôle est très répandu dans les établissements de santé du monde. Par exemple, des études portant sur la description du rôle de l'AIC permettraient d'identifier la formation nécessaire pour occuper cette position. De plus, une étude sur leur étendue de pratique serait également pertinente pour aider à valoriser et à reconnaître leur rôle.

Tout comme les novices, les AIC et les infirmières-chefs nécessitent du soutien. Des études devraient explorer cet aspect de manière à favoriser la satisfaction de ces dernières. Les infirmières-chefs semblent avoir un rôle ambigu et surchargé. Elles ont de grandes responsabilités, mais tout comme les AIC, elles ne sont pas toutes formées pour accomplir adéquatement leurs tâches. Elles ont souvent une grande expérience clinique, sans formation en gestion. Il est déjà complexe de soutenir ses employés, mais il est encore plus complexe de les soutenir lorsque ses employés travaillent 24 h / 24. Une étude exploratoire et comparative sur la perception des infirmières-chefs et des novices par rapport au soutien reçu et désiré serait pertinente.

Le rôle et le développement des compétences des nouvelles infirmières évoluent à travers le temps et varient d'une novice à l'autre. Pour faciliter la transition dans la profession, les structures organisationnelles en place doivent être suffisamment flexibles pour suivre cette évolution. L'infirmière-chef n'est pas l'unique responsable de la bonne transition des novices. Les études recensées n'ont pas tenu compte de valeurs plus macroscopiques telles que la structure organisationnelle de l'hôpital et les facteurs environnementaux. De nos jours, au Québec, la plupart des hôpitaux sont regroupés dans un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS). Les hauts dirigeants d'une grande région peuvent décider de ne pas prioriser le soutien des nouvelles, puisqu'ils ont un grand nombre de problèmes à résoudre. Il serait intéressant de comparer la nature du soutien offert aux infirmières novices selon la taille CISSS.

Pour assurer la pérennisation de cette proposition, il faudra l'appui des hauts dirigeants des centres hospitaliers et des autres gestionnaires comme ceux des ressources humaines. L'infirmière-chef est gestionnaire de niveau intermédiaire et ne peut donc pas à elle seule tout faire. Elle a besoin d'être soutenue et que les hauts dirigeants mettent en place des politiques

claires et uniformes à travers le centre hospitalier pour faciliter les conditions de travail des infirmières de soir et de nuit.

Limites de l'analyse, de la proposition et du travail dirigé

Les limites de ce travail sont au nombre de cinq. En premier lieu, il y a un manque flagrant d'écrits sur le sujet. Peu d'articles dans cette recension englobent les trois concepts étudiés, soit l'infirmière novice, le travail de soir/nuit et le soutien. La plupart des articles couvrent seulement deux des trois concepts. En deuxième lieu, la majorité des articles sont de type qualitatif. Peu d'études expérimentales ont été retrouvées et retenues, ce qui nuit à la transférabilité des conclusions. De plus, celles retenues ne tiennent pas compte du contexte québécois. En troisième lieu, le cadre de référence d'Eisenberger (2002) n'est pas propre aux sciences infirmières et ne peut être parfaitement jumelé au domaine infirmier. En effet, la théorie du soutien provient de la sociologie et de la psychologie sociale. Bien que l'auteur ait utilisé, entre autres, des participants du domaine de la santé dans leurs études, sans spécifier quelle profession, la théorie ne tient pas compte de la spécificité du domaine infirmier ou autres professions présentes 24h/24. Cependant, il ressort comme étant approprié pour le présent travail, car il permet de comprendre la relation de soutien entre l'employeur et l'employé. Le cadre théorique d'Eisenberger (2002) est également approprié, car il laisse la place à la construction de savoirs. Étant donné que ce cadre théorique n'explique pas comment augmenter le soutien, il est possible de l'adapter dans différentes disciplines. Quatrièmement, le cadre ne tient pas compte de la personnalité de l'infirmière-chef et de l'AIC, alors qu'elle joue un rôle dans le soutien à transmettre. Ce cadre a été choisi, car il permet d'élaborer librement le « comment » du développement du soutien. Cinquièmement, il est d'autant plus difficile

d'honorer la méthode de recension des écrits de Galvan (2006) en étant une investigatrice novice.

Conclusion

Pour conclure, ce travail présente des recommandations concrètes pour les infirmières-chefs aux niveaux clinique, éducatif, de gestion et de recherche. En effet, les infirmières-chefs possèdent dorénavant plusieurs stratégies pour mieux soutenir les novices le soir et la nuit. Les stratégies comportent des interventions pour contrer la violence horizontale, structurer l'orientation des nouvelles, fournir des formations adéquates, créer des comités, s'impliquer dans la création des horaires de ses infirmières et plusieurs autres. Un des aspects novateur de ce travail est le manque de reconnaissance des AIC. Ce rôle si crucial doit absolument être révisé, structuré et valorisé par les gestionnaires. Un autre aspect est le sentiment d'être dans l'ombre et de dévalorisation que les infirmières de soir et de nuit ont exprimé dans la littérature. Il semble crucial de continuer la recherche dans ce domaine pour améliorer non seulement les conditions de travail, mais surtout la perception des infirmières. Il est grand temps de réformer la perception du travail des infirmières de soir et de nuit. Ce travail propose de traiter les différents quarts de travail de manière similaire, par exemple en ayant de la formation sur le quart de soir et de nuit et en assurant la présence de l'infirmière-chef sur les quart de soir et de nuit.

Ces connaissances pourraient également être utile aux conseillères infirmières, les assistantes infirmières-chefs et les infirmières d'expérience travaillant le jour. En effet, les résultats de ce travail pourraient sensibiliser tous ces acteurs à la réalité des infirmières novices travaillant le soir et la nuit. De plus, un meilleur soutien engendrera une meilleure transition dans la profession infirmière et éventuellement une meilleure qualité et sécurité des soins.

Ce travail permet toutefois de constater les lacunes dans la littérature sur le travail de soir et de nuit, sur les AIC et sur le soutien des infirmières novices le soir et la nuit. Ce travail est un premier pas vers des recherches ultérieures sur ces différents sujets.

Bibliographie

- Al-Hussami, M. (2009) Predictors of nurses' commitment to health care organizations. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26(4), 36-48.
- Anonson, J., Walker, M.E., Arries, E., Maposa, S., Telford, P., & Berry, L. (2014). Qualities of exemplary nurse leaders: perspective of frontline nurses. *Journal of Nursing Management*, 22, 127-136.
- Ballem, A., & MacIntosh, J. (2014). A narrative exploration: experienced nurses' stories of working with new graduates. *Western Journal of Nursing Research*, 36(3), 374-387.
- Becher, J., & Visovsky, C. (2012). Horizontal Violence in Nursing. *Professional Practice Journal*, 21(4), 210-214.
- Becker, D.M. (2010). Implementing a night-shift clinical. *Clinical Nurse Specialist*, 27(1), 26-30.
- Beecroft, P.C., Dorey, F., & Wenten, M. (2008). Turnover intention in new graduate nurses: a multivariate analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 41-52.
- Benner, P. (1984). *De novice à expert, excellence en soins infirmiers*. Saint-Laurent: ERPI.
- Berry, P.A., Gillespie, G.L., Gates, D., & Schafer, J. (2012). Novice nurse productivity following workplace bullying. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(1), 80-87.
- Bjorkqvist, K., Osterman, K., Hjelt-Back, M. (1994). Aggression among university employees. *Aggressive Behaviour*, 20, 173-184.
- Bliese, P.D., & Britt, T.W. (2001). Social support, group consensus and stressor-strain relationships, social context matters. *Journal of Organizational Behavior*, 22, 25-436.
- Bowles, C., & Candela, L. (2005). First job experiences of recent RN graduates. *Journal of Nursing Administration*, 35(3), 130-137.
- Brewer, C.S., Kovner, C.T., & Greene, W. (2012). Predictors of actual turnover in a national sample of newly licensed registered nurses employed in hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 68(3), 521-538.
- Brooks, I., & Swailes, S. (2002). Analysis of the relationship between nurse influences over flexible working and commitment to nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 38(2), 117-126.

- Buchan J., & Aiken, L. (2008). Solving the nursing shortage: a common priority. *Journal of Clinical Nursing, 17*, 3262-3268.
- Budin, W.C., Brewer, C.S., Chao, Y.Y., & Kovner, C. (2013). Verbal abuse from nurse colleagues and work environment of early career registered nurses. *Journal of Nursing Scholarship, 45*(3), 308-316.
- Caliskan, A., & Ergun, Y.A. (2012). Examining job satisfaction burnout and reality shock amongst newly graduated nurses. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 47*, 1392–1397.
- Canadian Nurse Association [CNA] (2013). *Tested solutions for eliminating Canada's registered nurse shortage*. Canadian Nurse Association: Ottawa.
- Chachula, K. M., Myrick, F., & Yonge, O. (2015). Letting go: how newly graduated registered nurses in Western Canada decide to exit the nursing profession. *Nurse Education Today, 35*(7), 912–917.
- Chandler, G. E. (2012). Succeeding in the first year of practice: heed the wisdom of novice nurses. *Journal for Nurses in Staff Development, 28*(3), 103–107.
- Chen, M.C., & Lou, M.F. (2014). The effectiveness and application of mentorship programmes for recently registered nurses: a systematic review. *Journal of Nursing Management, 22*, 433-442.
- Cheng, C.-Y., Liou, S.-R., Tsai, H.-M., & Chang, C.-H. (2015). Job stress and job satisfaction among new graduate nurses during the first year of employment in Taiwan. *International Journal of Nursing Practice, 21*, 410–418.
- Claffey, C. (2006). Leadership support for night staff. *Nursing Management Journal, 37*(5), 41–44.
- Clark, C. M., & Springer, P.J. (2012). Nurse residents' first-hand accounts on transition to practice. *Nursing Outlook, 60*, 2-8.
- Clendon, J., & Walker, L. (2012). "Being young": a qualitative study of younger nurses' experiences in the workplace. *International Nursing Review, 59*, 555–561.
- Connelly, U. H., Yoder, L. H., & Miner-Williams, D. (2003). A qualitative study of charge nurse competencies. *Journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses, 12*(5), 298–302.
- Cowden, T., Cummings, G., & Profetto-McGrath, J. (2011). Leadership practices and staff nurses' intent to stay: a systematic review. *Journal of Nursing Management, 20*(1), 461-477.

- De Cordova, P.B., Phibbs, C.S., & Stone, P.W. (2013). Perceptions and observations of off-shift nursing. *Journal of Nursing Management*, 21, 283–292.
- Duchscher, J.E.B. (2009). Transition shock: the initial stage of role adaptation for newly graduated registered nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 1103-1113.
- Duffy, E. (1995). Horizontal violence: a conundrum for nursing. *Collegian Journal*, 2(2), 5–17.
- Dyess, S. M., & Sherman, R.O. (2009). The first year of practice: new graduate nurses' transition and learning needs. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 40(9), 430–410.
- Eggenberger, T. (2012). Exploring the charge nurse role holding the frontline. *Journal of Nursing Administration*, 42(11), 502–506.
- Eisenberger, R., Fasolo, P., & Davis-Lamastro, V. (1990). Effects of perceived organizational support on employee diligence, innovation, and commitment. *Journal of Applied Psychology*, 53, 51-59.
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison S., & Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 71, 500-507.
- Eisenberger, R., Stinglhamber, F., Vandenberghe, C., Sucharski, I.L., & Rhoades, L. (2002). Perceived supervisor support: contributions to perceived organizational support and employee retention. *Journal of Applied Psychology*, 87(3), 565–573.
- El Akremi, A., Colaianni, G., Portoghese, I., Galletta, M., & Battistelli, A. (2014). How organizational support impacts affective commitment and turnover among Italian nurses: a multilevel mediation model. *The International Journal of Human Resource Management*, 25(9), 1185–1207.
- Feather, R.A., Ebright, P., & Bakas, T. (2014). Nurse manager behaviors that RNs perceive to affect their job satisfaction. *Journal of Leadership*, 2(3), 63–67.
- Feng, R. F., & Tsai, Y.F. (2012). Socialisation of new graduate nurses to practising nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2064–2071.
- Flagg, R. L., & Sparks, A. (2003). Peer to peer education: night time is the right time. *Nursing Management*, 34(5), 42-43.
- Galvan, J. (2006). *Writing literature reviews: a guide for students of the behavioral sciences* (3^e éd.). Glendale, CA: Pycszak Publishing.

- Gerrish, K. (2000). Still fumbling along? A comparative study of the newly qualified nurse's perception of the transition from student to qualified nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (2), 473-480.
- Griffin, M. (2004). Teaching cognitive rehearsal as a shield for lateral violence: an intervention for newly licensed nurses. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 35(6), 257-263.
- Gustafsson, C., Fagerberg, I., & Asp, M. (2010). Dependency in autonomous caring – night nurses' working conditions for caring in nursing. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 24, 312–320.
- Hayes, B., Bonner, A., & Pryor, J. (2010). Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting: a review of recent literature. *Journal of Nursing Management*, 18, 804 - 814.
- Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J, Buchand, J., Hughes, F., et al. (2012). Nurse turnover: a literature review – an update. *International Journal of Nursing Studies*, 49(7), 887 - 905.
- Higgins, G., Spencer, R. L., & Kane, R. (2010). A systematic review of the experiences and perceptions of the newly qualified nurse in the United Kingdom. *Nurse Education Today*, 30, 499-508.
- Hutchinson, D., Brown, J., & Longworth, K.(2012). Attracting and maintaining the Y generation in nursing: a literature review. *Journal of Nursing Management*, 20, 444–450.
- Johnstone, M., Kanitsaki, O., & Currie, T. (2008). The nature and the implications of support in graduate nurse transition programs: an Australian study. *Journal of Professional Nursing*, 24(1), 46 - 53.
- Katrinli, A., Atabay, G., Gunay, G., & Cangrali, B.G. (2010). Nurses' perceptions of individual and organizational political reasons for horizontal peer bullying. *Nursing Ethics*, 17(5), 614-627.
- Kelly, D., Berridge, E.J., & Gould, D. (2009) Twenty-four hour care: implications for the role and developmental needs of nurses in acute and community settings. *Journal of Nursing Management*, 17(5), 594-602.
- Knutsson, A., & Kempe, A. (2014). Shift work and diabetes – A systematic review. *Chronobiology International*, 31(10), 1146–1151.
- Kramer, M., Maguire, P., Schmalenberg C., Brewer, B., Burke, R., Chmielewski, L., et al. (2007). Nurse manager support: what is it? Structures and practices that promote it. *Nursing Administration Quarterly*, 31(4), 325-340.

- Krugman, M., Kinney, L. J., Frueh, M., & Heggem, L. (2013). Longitudinal charge nurse leadership development and evaluation. *Journal of Nursing Administration*, 43(9), 438 – 446.
- Lacey, S.R., Teasley, S.L., Henion, J.S., Cox, K.S., Bonura, A., & Brown, J. (2008). Enhancing the work environment of staff nurses using targeted interventions of support. *Journal of Nursing administration*, 38(7), 336 – 340.
- Laschinger, H.K. (2012). Job and career satisfaction and turnover intentions of newly graduated nurses. *Journal of Nursing Management*, 20, 472 - 484.
- Lavoie-Tremblay, M., O'Brien-Pallas, L., Gélinas, C., Desforges, N., & Marchionni, C. (2008). Addressing the turnover issue among new nurses from a generational viewpoint. *Journal of Nursing Management*, 16, 724-733.
- Lavoie-Tremblay, M., Paquet, M., Marchionni, C., & Drevniok, U. (2011). Turnover intention among new nurses: a generational perspective. *Journal for nurses in staff development*, 27(1), 39-45.
- Leblanc, F. (2010). Implanter et animer une communauté virtuelle de pratique. Présentation effectuée le 12 mars au cours de la journée « Le développement de « l'internet santé » : quels sont les enjeux pour la santé publique? » dans le cadre des Journées annuelles de santé publique. Retrouvé sur <http://www.inspq.qc.ca/archives> .
- Leymann, H. (1990). Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence and Victims Journal*, (5) 2, 119–126.
- Lower, J. (2008). Brace yourself here comes generation Y. *Critical Care Nurse*, 28(5), 80 - 85.
- Malette, C., Duff, M., McPhee, C., Pollex, H., & Wood, A. (2011). Workbook to virtual worlds: A pilot study comparing educational tools to foster a culture of safety and respect in Ontario. *Nursing Research*, 24(4), 44-64.
- Malouf, M., & West, S. (2011). Fitting in: a pervasive new graduate nurse need. *Nurse Education today* 31, 488 - 493.
- Marchand, C. (2009). Le rôle de l'équipe, du supérieur immédiat et de l'organisation dans la rétention des employés. (Mémoire de maîtrise). Repéré à <http://www.archipel.uqam.ca/2629/1/M11091.pdf>
- Martin, J. E., Sinclair, R. R., Lelchook, A. M., Jenell, L. S., Wittmer, S., & Charles, K.E. (2012). Non-standard work schedules and retention in the entry-level hourly workforce. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 85(1), 1 - 22.
- Mayes, P., & Schott-Baer, D. (2010). Professional development for night shift nurses. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 41(1), 17 -24.

- McCordle, M. (2007). Bridging the gap: an employer's guide to managing and retaining the new generation of apprentices and trainees. Repéré à <http://www.wpcgroup.org.au/images/stories/pdf/BridgingGap-Employers.pdf>
- McKenna, B.G., Smith, N.A., Poole, S.J., & Coverdale, J.H. (2003). Horizontal violence: experiences of registered nurses in their first year of practice. *Journal of Advanced Nursing* 42(1), 90 – 96.
- Morrow, S. (2009). New graduate transitions: leaving the nest, joining the flight. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 278 - 87.
- Nilsson, K., Campbell, A.-M., & Andersson, E.P. (2008). Night nursing: staff's working experiences. *BioMed Central Nursing*, 7(13), 1 - 9.
- O'Brien-Pallas, L., Tomblin Murphy, G., Shamian, J. (2008). *Understanding the costs and outcomes of nurses' turnover in Canadian hospitals*. Final report submitted to Canadian Institutes of Health Research.
- O'Brien-Pallas, Tomblin Murphy, G., Shamian, J., Li, X., & Hayes, L.J. (2010). Positive working relationships matter for better nurse and patient outcomes. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 1073 - 1086.
- O'Donnell, D.M., Livingston, P.M., & Bartram, T. (2012). Human resource management activities on the front line: a nursing perspective. *Contemporary Nurse Journal*, 41(2), 198 - 205.
- Olson, M.E. (2009). The "Millennials": first year in practice. *Nursing Outlook*, 57(1), 10 - 17.
- Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec [OIIQ]. (2013). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2012-2013. Le Québec et ses régions*. Westmount, Québec : OIIQ.
- Paillé, P. (2007). Les relations entre le soutien organisationnel perçu, les comportements de citoyenneté organisationnelle et l'intention de quitter l'organisation. *Bulletin de psychologie*, 4(490), 349 – 355.
- Park, M., Lee, J.Y., & Cho, S.-H. (2012). Newly graduated nurses' job satisfaction: comparison with allied hospital professionals, social workers, and elementary school teachers. *Asian Nursing Research*, 6, 85 – 90.
- Parker, V., Giles, M., Lantry, G., & McMillan, M. (2014). New graduate nurses' experiences in their first year of practice. *Nurse Education Today*, 34, 150 - 156.
- Patrician, P. A., Oliver, D., Dawson, M., Ladner, K. A., & Miltner, R. S. (2012). Nurturing charge nurses for future leadership roles. *Journal of Nursing Administration*, 42(10), 461 - 466.

- Peggy, H., Lakey, S.A., & Letvak, S. (2013). Factors that influence new nurses' selection of first clinical position. *Clinical Nurse Specialist Journal*, 323 – 329.
- Pellico, L.H., Brewer, C.S., & Kovner, C.T. (2009). What newly licensed registered nurses have to say about their first experiences. *Nursing outlook*, 57(4), 194 – 203.
- Phillips, C., Kenny, A., Esterman, A., & Smith, C. (2014). A secondary data analysis examining the needs of graduate nurses in their transition to a new role. *Nurse Education in Practice*, 14, 106 – 111.
- Powell, L. (2013). Can you see me? Experiences of nurses working night shift in Australian regional hospitals: A qualitative case study. *Journal of Advance Nursing*, 69(10), 2172-2184.
- Price, J.L. (2001). Reflections on the determinant of voluntary turnover. *International Journal of Manpower*, 22(7), 600 - 624.
- Purpora, C. M., Blegen, M. A., & Stotts, N.A. (2012). Horizontal violence among hospital staff nurses related to oppressed self or oppressed group. *Journal of Professional Nursing*, 28(5), 306-14.
- Quine, L. (2001). Workplace bullying in nurses. *Journal of Health Psychology*, 6, 73–84.
- Rhoades, L., & Eisenberger, R. (2002). Perceived organizational support: A review of the literature. *Journal of Applied Psychology*, 87, 698 - 714.
- Romyn, D. M., Linton, N., Giblin, C., Hendrickson, B., Limacher, L. H., Murray, C., et al. (2009). Successful transition of the new graduate nurse. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6(1), 1 – 17.
- Rosengren, K., Athlin, E., & Segesten, K. (2007). Presence and availability: staff conceptions of nursing leadership on an intensive care unit. *Journal of Nursing Management*, 15, 522 - 529.
- Rudman, A., & Gustavsson, J. (2011). Early-career burnout among new graduate nurses: a prospective observational study of intra-individual change trajectories. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 292 - 306.
- Ruiller, C. (2010). Le soutien social au travail : conceptualisation, mesure et influence sur l'épuisement professionnel et l'implication organisationnelle : l'étude d'un cas hospitalier (Thèse de doctorat). Université de Rennes 1, France.
- Rush, K.L., Adamack, M., Gordon, J., Lilly, M., & Janke, R. (2013). Best practices of formal new graduate nurse transition programs: an integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 345 - 356.

- Schmalenberg, C., & Kramer, M. (2009). Nurse manager support: how do staff nurses define it? *Critical Care Nurse Journal*, 29(4), 61 - 69.
- Schoessler, M., & Waldo, M. (2006a). The first 18 months in practice: a developmental transition model for the newly graduated nurse. *Journal for Nurses in Staff Development*, 22(2), 47-52.
- Schoessler, M., & Waldo, M. (2006b). Organizational infrastructure to support development of newly graduated nurses. *Journal for Nurses in Staff Development*, 22(6), 286-293.
- Sherman, R. O. (2005). Don't forget our charge nurses. *Nursing Economics*, 23(3), 125 – 143.
- Skytt, B., Ljunggren, B., Sjöden, P.-O., & Carlsson, M. (2008) The roles of the first-line nurse manager: perceptions from four perspectives. *Journal of Nursing Management*, 16, 1012–1020.
- Smith, L.A. (2010). Night shift team building: an intervention to address the diverse needs of an underserved nursing population. *Journal for Nurses in Staff Development*, 26, 77-81.
- Stocker, L.J., Macklon, N.S., Cheong, Y.C., & Bewley, S.J. (2014). Influence of shift work on early reproductive outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Obstetrics Gynecology*, 124(1), 99-110.
- St-Pierre, I. (2012). How nursing managers respond to intraprofessional aggression: novel strategies to an ongoing challenge. *The Health Care Manager*, 31(3), 247-258.
- Thrall, T. (2006). Nurturing your nurse managers. *H&HN : Hospitals and Health Networks*, 80(4), 71-74.
- Thrysoe, L., Hounsgaard, L., Dohn, N. B., & Wagner, L. (2012). Newly qualified nurses — experiences of interaction with members of a community of practice. *Nurse Education Today*, 32, 551–555.
- Topa, G., & Moriano, J. A. (2013). Stress and nurses' horizontal mobbing: moderating effects of group identity and group support. *Nursing Outlook*, 61(3), e25-e31.
- Tourangeau, A.E., Cumming, G., Cranley, L.A., Ferron, E.M., & Harvey, S. (2010). Determinants of hospital nurse intention to remain employed: broadening our understanding. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 22 - 32.
- Trépanier, S.-G., Fernet, C., & Austin, S. (2013). Workplace psychological harassment in canadian nurses: a descriptive study. *Journal of Health Psychology*, 18(3), 383–396.
- Ulhôa, M.A., Marqueze, E.C., Burgos, L.G., & Moreno, C.R. (2015). Shift work and endocrine disorders. *International Journal Endocrinology*, 1–11.

- Unruh, L.Y., & Nooney, J. (2014). Newly licensed registered nurse job turnover and turnover intent. *Journal for Nurses in Professional Development, 30*(5), 572–584.
- Wagner, C.M. (2010). Predicting nursing turnover with catastrophe theory. *Journal of Advanced Nursing, 66*(9), 2071-2084.
- Wilson, B., Squires, M., Widger, K., Cranley, L., & Tourangeau, A. (2008) Job satisfaction among a multigenerational nursing workforce. *Journal of Nursing Management 16*, 716-723.
- Wilson, D. S., Talsma, A., & Martyn, K. (2011). Mindful staffing: a qualitative description of charge nurses' decision-making behaviors. *Western Journal of Nursing Research, 33*(6), 805–824.
- Wilson, N. A. (2015). Factors that affect job satisfaction and intention to leave of allied health professionals in a metropolitan hospital. *Australian Health Review, 39*, 290–294.
- Winfield, C., Melo, K., & Myrick, F. (2009). Meeting the challenges of new graduate role transition. Clinical nurse educators leading the change. *Journal for Nurses in Staff Development, 25* (2), 7-13.

Annexe 1 : Grille d'analyse des écrits

Grille d'analyse des écrits

<i>Titre, auteurs, pays et années de publication</i>	
<i>But de l'étude</i>	
<i>Pertinence pour le soir et la nuit</i>	
<i>Pertinence pour le superviseur</i>	
<i>Valorisation de son employeur de sa contribution et de son bien-être.</i>	
<i>Milieu, méthode et échantillon (n)</i>	
<i>Résultats et discussion</i>	
<i>Citations retenues</i>	
<i>Limites selon l'auteur</i>	
<i>Limites selon l'étudiante</i>	
<i>Forces de l'étude</i>	
<i>Implications et recommandations</i>	