

Les infirmières débutantes : identification et description de leurs stratégies d'adaptation en milieu de soins aigus

Une revue de littérature

Travail de Bachelor

Par

Saskia Andrey et Mégane Heyd
Promotion 2012-2015

Sous la direction de: Marie De Reyff

Haute Ecole de Santé, Fribourg
Filière soins infirmiers

9 juillet 2015

Résumé

Contexte et but : La Suisse va faire face d'ici 2020 à une importante pénurie d'infirmières¹. Alors que les infirmières débutantes couvrent 50% de la demande, une partie d'entre-elles décident de quitter prématurément la profession. En effet, l'entrée dans le monde professionnel est une période complexe et stressante. Le but de cette revue de littérature est d'identifier et de décrire les stratégies d'adaptation mises en place par les infirmières débutantes afin de faire face à leurs propres défis dans un milieu de soins aigus.

Méthode : Cette revue de littérature a été réalisée suite à la recherche d'articles scientifiques sur les banques de données CINAHL, Pubmed et Google Scholar. Les mots-clés utilisés pour cette recherche sont les nouvelles infirmières diplômées ou infirmières débutantes, les besoins, les stratégies d'adaptation, le Coping, le lieu de travail et la souffrance, traduis en anglais. Cela a permis de retenir six articles scientifiques de devis qualitatif, trois de devis quantitatif et une revue de littérature, selon les critères de sélection.

Résultats : Les résultats ont été catégorisés en deux stratégies d'adaptation principales : les stratégies de Coping et les stratégies de défense. Ces stratégies permettent de faire face aux défis des infirmières débutantes qui peuvent être vécus comme des situations stressantes ou de s'adapter à la souffrance qui peut être rencontrée au travail.

Discussion et conclusion : Les résultats obtenus permettent aux managers de mettre en place des interventions adéquates afin de soutenir les nouvelles

¹ Le féminin est utilisé dans toute cette revue de littérature pour nommer les infirmiers et infirmières.

infirmières diplômées dans la prise de conscience de leurs défis et stratégies qui doivent être utilisées pour y faire face ou s'adapter.

Mots-clés : infirmières débutantes / nouvelles infirmières diplômées, stratégies d'adaptation (Coping et défense), soins aigus

Zusammenfassung

Kontext und Ziel: Bis im 2020 wird die Schweiz unter einem deutlichen Mangel an Pflegekräften leiden. Obwohl die neuen diplomierten Pflegefachfrauen 50% der Nachfrage abdecken, entscheiden sich einige von ihnen, den Beruf vorzeitig zu verlassen. In der Tat, der Einstieg in die Berufswelt ist eine komplexe und stressige Zeit. Das Ziel dieser Literaturübersicht ist die Identifizierung und Beschreibung der Anpassungsstrategien, die von Anfängerinnen als Pflegefachfrauen verwendet werden, um ihre eigenen Herausforderungen zu bewältigen, in einer Akutversorgung.

Methode: Diese Literaturübersicht wurde nach der Suche wissenschaftlicher Artikel über die Datenbanken CINAHL, PubMed und Google Scholar durchgeführt. Die Schlüsselwörter, die für die Suche verwendet werden, sind die Anfängerinnen als Pflegefachfrauen oder die neuen diplomierte Pflegefachfrauen, die Bedürfnisse, die Anpassungsstrategien, das Coping, der Arbeitsplatz und das Leid, in Englisch. Dies führt zu der Auswahl von sechs qualitativen Forschungsartikeln, drei quantitativen und einer Literaturübersicht, nach diesen Auswahlkriterien.

Ergebnisse: Die Ergebnisse wurden in zwei Hauptanpassungsstrategien kategorisiert: Coping Strategien und Abwehrstrategien. Diese Strategien helfen den neuen diplomierten Pflegefachfrauen an die Herausforderungen, die als Stresssituationen erlebt werden können, zu bewältigen oder sich an das Leid, das am Arbeitsplatz auftreten kann, anzupassen.

Diskussion und Schlussfolgerung: Die Ergebnisse können Manager helfen geeignete Interventionen zu implementieren, um neue diplomierte Pflegefachfrauen zu unterstützen. Das hilft auch den Anfängerinnen als Pflegefachfrauen, dass ihnen

die Herausforderungen und verwendeten Strategien bewusst werden, um Stress zu bewältigen oder Leid anzupassen.

Schlüsselwörter : Anfängerinnen als Pflegefachfrauen oder neue diplomierte Pflegefachfrauen, Anpassungsstrategien (Coping und Gewalt-), Akutversorgung

Table des matières

Remerciements	viii
Introduction	1
État des connaissances	4
Cadre de référence	10
Coping de Lazarus et Folkman	11
La psychodynamique du travail de Dejours	14
Problématique, objectif et question de recherche	19
Problématique	20
Objectif de recherche.....	20
Question de recherche	20
Méthode	22
Argumentation du devis de recherche	23
Description des étapes de réalisation	23
Banques de données	23
Mots-clés.....	24
Critères d'inclusion et d'exclusion	24
Démarche d'analyse et stratégies de recherche.....	25
Résultats	27
Critères des études retenues.....	28
Présentation des thématiques	28
Tableau de synthèse des résultats	29
Présentation des résultats	30
Les stratégies de Coping	30
Se familiariser avec l'environnement.....	31
Renforcement des connaissances et compétences.....	32
Auto-évaluations.....	35
Soutien psychosocial.....	35
Autres stratégies de Coping utilisées	36
Les stratégies défensives.....	37
Discussion	40

Forces et faiblesses des articles retenus	44
Limites	44
Implications pour la pratique	45
Conclusion	48
Liste des références bibliographiques.....	50
Appendices	54

Remerciements

Nous tenons à remercier tout particulièrement Madame Marie de Reyff pour son soutien tout au long de la réalisation de ce travail, ainsi que pour sa disponibilité, ses conseils et ses encouragements.

Nous remercions chaleureusement nos correcteurs dévoués, pour la lecture et la correction de notre travail de Bachelor, ainsi que pour leur soutien et leurs appréciations.

Finalement, nous remercions nos collègues de classe pour le soutien mutuel, la motivation et les réponses aux questions. Ainsi que notre entourage pour leur présence et aide tout au long de la formation.

Introduction

2500 nouvelles infirmières diplômées entrent dans le monde du travail chaque année, en Suisse. Chacune d'entre elles a des défis face à son début de carrière qui demandent plus ou moins d'adaptation (Berberat, Bulliard Verville & Perrenoud, 2013 ; Feng & Tsai, 2012, p.1 ; Qiao, Li & Hu, 2011, p. 398). Les situations de stress rencontrées dans leur quotidien requièrent diverses stratégies afin de ne pas arriver à un état de souffrance (Boivins-Desrochers & Alderson, 2014, p. 87 ; Zamanzadeh, Roshangar, Fathi-Azar, Valizadeh & Kirkwood, 2014, p. 284). Dès lors, ce travail a pour objectif d'identifier et de décrire les stratégies d'adaptation utilisées par les nouvelles infirmières diplômées, considérées comme débutantes (jusqu'à 3 ans d'expérience), dans un milieu de soins aigus.

Par la réalisation de ce travail, l'identification et la description des expériences vécues par les pairs permettent de mettre en évidence les stratégies d'adaptation mises en place par les nouvelles infirmières diplômées pour faire face à des situations stressantes. En effet, Lazarus et Folkman (1984) indiquent que les stratégies de Coping sont une réponse à des situations menaçantes ou stressantes (Bruchon-Schweitzer, 2011, p. 70) et Alderson (2004) suggère que le développement de stratégies et de moyens permet de s'adapter ou de gérer le stress (p. 273). Ce sujet est d'autant plus important pour nous qui allons entrer dans le monde professionnel cet automne et serons également confrontées à nos propres défis. De plus, nous avons rencontré des situations de souffrance vécues par de jeunes professionnelles et ne savions pas comment les aiguiller.

L'état des connaissances, permet de clarifier les notions clés de ce travail et d'identifier les cadres de références. Ces derniers sont le Coping de Lazarus & Folkman et la psychodynamique du travail de Dejours. Tous ces éléments amènent à la problématique, à l'objectif et à la question de recherche qui sont les fils rouges de nos recherches. Afin de réaliser ces recherches, diverses étapes sont

nécessaires et décrites dans la méthodologie. Par la suite, les résultats sont présentés en deux catégories principales qui sont les stratégies de Coping et les stratégies de défense. Enfin, la discussion permet une comparaison entre les cadres de référence et les résultats de cette revue de littérature, un regard critique sur les articles sélectionnés, les limites de la recherche, ainsi que les implications pour la pratique. La conclusion reprend les points principaux du travail.

État des connaissances

À Fribourg, en 2014, 89 nouvelles infirmières diplômées sortent de la Haute École de Santé (Stern & Vignola, 2014) et vont rejoindre divers services de soins. Celles-ci vont avoir à faire face à de nombreux défis qui sont décrits ci-dessous.

Ces infirmières passent par cinq stades d'acquisition de compétences allant de novice à experte. Benner distingue la novice de la débutante. Les novices sont décrites comme étant les étudiantes qui « n'ont aucune expérience des situations auxquelles elles risquent de se trouver confrontées ... Les règles qu'elles doivent respecter leur imposent un comportement typique extrêmement limité et rigide » (Benner, 1995, pp. 23-24). Dans ce travail, le stade de l'infirmière est celui de débutante.

Benner (1995) exprime le fait que le comportement des débutantes confirmées est partiellement acceptable : elles ont fait face à suffisamment de situations réelles pour noter (elles-mêmes ou sur indication d'un tuteur) les facteurs signifiants qui se reproduisent dans des situations identiques et que le modèle de Dreyfus qualifie « d'aspects de la situation ». Il faut de l'expérience pour reconnaître les aspects en situation réelle ... Ces aspects comprennent l'ensemble des caractéristiques globales qui ne peuvent être identifiées que grâce à des expériences antérieures ... Elles intègrent autant d'attributs et d'aspects que possible, mais ont tendance à ignorer ce qui les différencie d'une manière importante; c'est-à-dire qu'elles donnent à tous les attributs et à tous les aspects la même importance ... Elles ont besoin d'aide, par exemple, en matière de priorités, puisqu'elles agissent en fonction de critères généraux et ne font que commencer à percevoir des situations répétitives caractéristiques dans le cadre de leur pratique (pp. 24-27).

Benner mentionne également le fait que les infirmières deviennent compétentes après avoir travaillé deux ou trois ans dans le même service (p. 27). Cela implique que les infirmières débutantes sont les jeunes diplômées ayant moins de trois ans d'expérience.

Les nombreux défis auxquels les infirmières débutantes doivent faire face lorsqu'elles arrivent dans le monde professionnel sont présentés ci-dessous.

Dans leur étude qualitative Berberat et al. (2013) mettent en évidence le fait que « la première année en milieu professionnel est perçue comme une expérience très intense par les nouvelles diplômées du fait de la somme des apprentissages à effectuer, des adaptations à faire durant cette période et du processus d'autonomisation à construire. » Les nouvelles infirmières diplômées doivent faire face à un « choc de la réalité ». En effet, l'arrivée dans un nouveau milieu de travail nécessite une importante adaptation professionnelle. Les débutantes doivent réajuster tous leurs acquis afin de se conformer aux exigences du lieu de travail. Il en découle chez elles un sentiment de frustration, car elles se sentent limitées dans leur rôle. Cela peut amener à du mécontentement, voire à de la déception, car l'idéal des soins devient impossible à atteindre dû aux pressions exercées par le milieu professionnel. De plus, elles ne se sentent pas suffisamment performantes face aux infirmières expérimentées, engendrant chez elle des sentiments de dévalorisation et d'inefficacité personnelle (pp. 3-5).

En 2009, Loriol met en lumière le fait qu' « entre l'idéal et la réalité, les écarts sont parfois cruels et les infirmières expérimentées reprochent souvent aux élèves-infirmières ou aux débutantes une vision romantique du métier » (p. 183).

Les conditions de travail ne sont pas non plus à négliger. Les résultats de l'étude de Berberat et al. (2013) indiquent que la « charge de travail est extrêmement

lourde en comparaison à ce que l'infirmière débutante a expérimenté pendant sa formation pratique ». De plus, après un an, les horaires de travail, difficilement conciliable avec une vie privée et sociale et demandant beaucoup de sacrifices et de concessions, représentent un véritable obstacle à une carrière en soins infirmiers (p. 4).

Martin et Wilson (2011) reprennent une statistique de Bowles et Candela (2005) montrant que « 30% des infirmières interviewées quittent leur premier emploi pendant la première année et que 57% le quitte pendant la 2^{ème} année avec comme raisons principales les conditions de travail et le manque de soutien » (p. 21).

Toujours selon Berberat et al. (2013), la transition entre l'école et le premier emploi est vécue comme une étape difficile, voire angoissante où s'entremêlent une multitude de sentiments paradoxaux entre « désir et stress, plaisir et anxiété, voire peur ». Les infirmières débutantes doivent constamment lutter afin d'être reconnues dans l'équipe intra et interdisciplinaire et d'affirmer leur positionnement (pp. 6-7).

Phaneuf (2014c) rajoute que les infirmières débutantes peuvent faire face à des désillusions. En effet, elles pensent être trop souvent tenues éloignées du patient par leur devoir de gestion des transmissions écrites et orales à tous les acteurs de l'interdisciplinarité. De plus, lors de leur entrée dans la profession, elles peuvent être confrontées à des milieux de soins en difficulté, amenant ainsi à une diminution de l'encadrement clinique. Enfin, elles sont également soumises à des attentes toujours plus élevées à leur égard (pp. 5-6).

De plus, selon Phaneuf (2014c), toutes les infirmières évoquent de nombreux sujets d'insatisfaction concernant leur travail qui touchent trois dimensions des soins. Premièrement, le manque de considération par les cadres et les médecins, ainsi que la méconnaissance des patients pour leur investissement, le manque de

dialogue lors de décision concernant certains patients, le manque d'écoute et de soutien psychologique du milieu soignant (pp. 4-5).

Deuxièmement, la pénibilité physique et organisationnelle du travail infirmier due aux changements réguliers d'horaires, à la pression par le temps et aux exigences du service, à la difficulté de conciliation famille/travail, à la pénurie de personnel cause une surcharge de la tâche et un risque d'erreurs professionnelles. Tout cela ayant des répercussions importantes sur la qualité des soins (Phaneuf, 2014b, pp. 10-11).

Troisièmement, le contexte émotionnel est parfois difficile à gérer, car elles sont en contact quotidien avec la souffrance et la mort, et doivent gérer des situations humaines difficiles avec leur lot de tensions (Phaneuf, 2012, p. 1).

Toujours selon la même auteur, toutes ces contraintes, ainsi que la constatation de l'écart qui se creuse de plus en plus entre les valeurs professionnelles, l'idéal des soins et la réalité du quotidien provoquent chez l'infirmière « de la frustration, de l'anxiété, de la colère, de l'impuissance voire de la culpabilité », de la dévalorisation et un sentiment de non-accomplissement (Phaneuf, 2014c, p. 5). Ce conflit de valeurs peut amener à de la « fatigue, de l'irritabilité, de la difficulté à sortir de la routine quotidienne, à une baisse d'énergie, à une tendance à l'indifférence face à la douleur et l'angoisse, » (Phaneuf, 2012, p. 4) à des difficultés du sommeil et à des maux physiques divers pouvant évoluer vers la dépression et l'épuisement professionnel. Certaines pensent même à l'abandon de la profession (Phaneuf, 2014b, pp. 9-10).

Tous ces défis sont des sources de stress pour les nouvelles infirmières diplômées dans un pays où, selon le secrétariat d'Etat à l'économie, le stress est omniprésent avec 34% de travailleurs se sentant souvent, voire très souvent

stressés. Les romands sont bien au-dessus de la moyenne avec un taux de 50%. De plus, les jeunes ne sont pas épargnés avec un pourcentage supérieur à la moyenne (Secrétariat d'Etat à l'économie SECO, 2011, p. 5).

Une exposition prolongée à des situations stressantes peut amener à de la souffrance au travail. La souffrance est difficilement exprimable et « en conséquence, un salarié qui mentionne un état de stress peut ainsi vouloir exprimer sa réelle souffrance » du fait que le « le terme stress est passé dans le langage courant » (Benner, 2012, p. 31).

Afin d'éviter que les infirmières n'arrivent à cet état de souffrance et puissent faire face aux situations stressantes, il est important d'identifier et de décrire les stratégies utilisées. Le concept de Coping et la théorie de Dejours, concernant la psychodynamique du travail, forment le cadre de référence.

Cadre de référence

Coping de Lazarus et Folkman

Le terme Coping, qui vient de l'anglais « to cope » signifiant « faire face » en français, est un concept récent. En effet, il apparaît pour la première fois en 1966 dans un ouvrage de Lazarus où il est décrit comme étant « un ensemble de réactions et de stratégies élaborées par les individus pour faire face à des situations stressantes ». Il faut attendre 1999 pour que ce terme soit « admis dans le vocabulaire français » (Bruchon-Schweitzer, 2001, p. 68).

Cette notion est tout d'abord associée aux mécanismes de défense et à l'adaptation. Dans les années 60-70, il est utilisé pour « désigner les mécanismes de défense les plus adaptés ». Il s'en différencie du fait qu'une stratégie de Coping, inversement aux mécanismes de défense, « est flexible, consciente, différenciée et orientée vers la réalité. Sa fonction est de permettre à l'individu de maîtriser, réduire ou supporter les perturbations induites par un événement ou une situation. » (Bruchon-Schweitzer, 2001, pp. 68-70).

L'adaptation est un concept extrêmement large, qui inclut toute la psychologie, voire même la biologie. L'adaptation inclut tous les modes de réaction des organismes vivants interagissant avec les conditions changeantes de l'environnement (soit, chez l'homme, la perception, l'émotion, la motivation, l'apprentissage, etc.). De plus, l'adaptation implique des réactions d'ajustement répétitives et automatiques.

Le Coping, en revanche, ne concerne que les réactions à des variations de l'environnement évaluées comme menaçantes (ou stressantes) et comprend des efforts cognitifs et comportementaux conscients, changeants, spécifiques et parfois nouveaux (Bruchon-Schweitzer, 2001, p. 70).

Formarier (2012) décrit l'adaptation comme étant le fait de devoir faire constamment face aux changements qu'ils soient individuels ou sociaux. Les termes liés sont le fait de s'acclimater, s'habituer, se mettre en harmonie avec les circonstances ou le milieu. C'est un « phénomène complexe, individuel qui met en jeu des mécanismes régulateurs, biologiques, cognitifs, émotionnels et comportementaux ». Afin d'expliquer ou d'analyser ces mécanismes, le concept de Coping est appliqué (p. 48).

Afin de comprendre à quel moment le Coping prend place, il est nécessaire de savoir ce qu'est une situation stressante. Le stress est le moment où une situation, apparemment banale et quotidienne, est perçue par l'individu comme menaçante. Selon Lazarus et Folkman (1984), « Le stress est une transition particulière entre un individu et une situation dans laquelle celle-ci est évaluée comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être » (Bruchon-Schweitzer, 2001, p. 68).

Les nouvelles infirmières diplômées sont confrontées à de nombreuses situations stressantes dues à l'adaptation qu'elles ont à faire entre l'école et la pratique, à la prise de responsabilités, aux comportements incivils et face à des facteurs organisationnels (manque de soutien et de ressources, surcharge de travail, incapacité d'atteindre les médecins, etc.) et professionnels (ambiguïté des rôles, manque de connaissances et de compétences) (Berberat et al., 2013 ; Laschinger, Wong, Regan, Young-Ritchie & Bushell, 2013 ; Feng & Tsai, 2012, p. 2065 ; Zamanzadeh, Roshangar, Fathi-Azar, Valizadeh & Kirkwood, 2014).

Dès lors, le Coping prend une place importante pour assurer une entrée sereine dans le monde du travail. Ce concept est un processus spécifique et instable, car évoluant constamment en fonction des évaluations continues, qui implique que

l'individu et l'environnement puissent agir mutuellement l'un sur l'autre. Il est nécessaire de différencier une stratégie de Coping de ses effets, car une même stratégie peut être « efficace dans certaines situations et inefficace dans d'autres » (Bruchon-Schweitzer, 2001, pp. 70-71).

Selon Formarier (2012), le Coping est « un mode de faire face à une situation stressante... C'est un facteur stabilisateur permettant à l'individu de maintenir une adaptation psychosociale pendant les périodes de stress... Il intervient comme modérateur de la relation entre l'événement stressant et la détresse émotionnelle » (pp. 127-128).

Le Coping implique deux sortes d'évaluations : L'évaluation primaire qui questionne la personne stressée sur « la nature et le sens de la situation et l'impact qu'elle peut avoir sur lui ». L'évaluation secondaire débute lorsque « le sujet se demande comment il peut faire face à cette situation, quelles sont les ressources et réponses dont il dispose et quelle sera l'efficacité de ses tentatives » (Bruchon-Schweitzer, 2001, p. 71).

Selon Lazarus et Folkman (1984), le Coping a deux fonctions principales. La première est la modification de la situation stressante par la résolution du problème ou par l'affrontement de la situation, appelé Coping centré sur le problème. La deuxième est la régulation des réponses émotionnelles découlant de cette situation, nommé Coping centré sur les émotions, par une multitude de stratégies, telles que la minimisation, le déni, l'expression des sentiments, le sentiment de responsabilité (l'auto-accusation), les activités distrayantes, mais également la consommation de substances (Bruchon-Schweitzer, 2001, pp. 71-72).

Comme cité plus haut, les infirmières débutantes font face à une multitude de situations stressantes. Cela entraîne régulièrement un changement de poste de

travail ou de profession, de la détresse ou des pathologies psychiatriques (Martin et Wilson, 2011, p. 21 ; Phaneuf, 2014a). Ce cadre de référence est donc indiqué afin d'identifier les stratégies d'adaptation mises en place par les infirmières débutantes face à leurs propres défis, dont fait partie la période d'entrée dans le monde du travail associée à leurs émotions intenses, ainsi qu'à un manque de confiance.

La psychodynamique du travail de Dejours

Dans les années 1970, Christophe Dejours, psychiatre et médecin du travail français, développe la psychodynamique du travail¹. Ce cadre de référence constitue une approche interdisciplinaire qui s'oriente vers « l'analyse, le dépistage et le traitement de maladies mentales spécifiquement liées au travail » infirmier (Alderson, 2004a, p. 264).

La PDT qui entre dans le paradigme subjectiviste d'approche compréhensive, se définit comme étant « l'analyse de la souffrance psychique résultant de la confrontation des hommes à l'organisation du travail » (Alderson, 2004a, p. 265).

En lien avec le travail, trois pôles sont essentiels à la santé mentale selon Vézina (2000). Ceux-ci « permettent une meilleure compréhension de la dynamique entre le sujet, l'univers du travail et le champ social ». Ces pôles sont la recherche d'accomplissement, le travail effectué qui dépasse le travail prescrit et la quête de reconnaissance par le jugement d'autrui. Ces éléments sont déterminants de l'accomplissement de soi et de la construction identitaire (Alderson, 2004b, pp. 252-253), deux défis bien présent chez les nouvelles infirmières diplômées (Deppoliti, 2008, p. 256 ; Phaneuf, 2014b, p. 4). Ceci fait dire à Vézina (2000) « que le travail est une activité comprenant une triple relation: à l'objet de l'action, aux autres

¹ Dès lors, l'abréviation PDT est utilisée pour nommer la psychodynamique du travail.

personnes concernées par l'objet et à soi-même. C'est autour de ces trois dimensions, utilitaire, intersubjective et intrasubjective, » que va se construire le sens que donne l'individu au travail qu'il effectue (Alderson 2004b, pp. 252-253).

En effet, Dejours décrit également le travail « comme ayant une importance centrale pour la santé mentale et intellectuelle ». Effectivement, il permet à la nouvelle infirmière diplômée « de transformer une souffrance en plaisir » et lui donne la chance de développer son identité et de conquérir ce qu'elle n'a pas pu obtenir dans sa jeunesse (Dejours, 2012, p. 29).

L'approche de la PDT s'intéresse à l'organisation du travail comme source de plaisir ou de souffrance. Dejours (1987) décrit le plaisir comme un état de bien-être psychique pouvant être vécu par les nouvelles infirmières diplômées, si leur travail leur permettent « de satisfaire leurs désirs de reconnaissance, de pouvoir, d'autonomie, d'accomplissement et de construction identitaire ». Le plaisir au travail comprend aussi « l'expérience de la coopération, de la solidarité, de la convivialité et de la confiance » (Alderson, 2005, p. 78). Lorsque le travail infirmier peut se faire au sein d'un collectif, le plaisir des nouvelles infirmières diplômées est d'autant plus important. Toujours selon le même auteur, le concept de la souffrance est décrit comme « un état caractérisé par l'ennui, la monotonie, la peur, l'anxiété, l'angoisse, la déception, l'insatisfaction, la colère, la perte du plaisir, l'absence de coopération et le manque de solidarité au travail » (Alderson, 2005, p. 78).

En 1994, Dejours décrit la souffrance au travail comme étant :

Le vécu qui surgit lorsque le sujet se heurte à des obstacles insurmontables et durables, après avoir épuisé toutes ses ressources pour améliorer l'organisation réelle de son travail vis-à-vis de la qualité et de la sécurité. En

d'autres termes la souffrance pathogène commence lorsque le rapport du sujet à l'organisation du travail est bloqué (Goulois, 2011).

Davezies (2009), quant à lui, indique que « la souffrance au travail se manifeste le plus souvent sous la forme d'une plainte extrêmement individualisée qui mêle anxiété, colère, sentiment d'isolement et vécu d'indignité. » Dans une situation de souffrance au travail, la nouvelle infirmière diplômée ne comprend pas ce qui lui arrive et n'a pas de solutions pour y faire face rapidement. Elle « exprime ses difficultés sur le mode du conflit interpersonnel dans des formes très générales en se focalisant, par exemple, sur la méchanceté du chef ». C'est alors qu'elle peut avoir un discours répétitif, qui ne reflète pas la réalité vécue (Dejours, 2012, p. 31).

Selon Dejours, le travail permet de se « confronter à la résistance du monde », lorsque que « l'être humain, la matière, l'outil ou l'objet technique » se rencontrent. Durant cette rencontre, le travailleur « fait face à l'échec et à l'envie de vaincre l'obstacle opposé par le réel ». Lorsque cette résistance est vécue, il apprend de nouvelles informations sur lui-même et la réussite le transforme. De ce fait, pour toute personne étant socialement reliée à ses collègues, le travail représente « un engagement mental et psychoaffectif central » (Dejours, 2012, p. 29).

Selon Dejours (2012), la souffrance est inévitable au travail, c'est pourquoi il n'est pas nécessaire de la médicalisée à chaque fois. Cependant, comme tous les états subjectifs, « la souffrance ne se mesure pas puisque seul ce qui est visible est mesurable ». Si une seule nouvelle infirmière diplômée se trouve dans un état de souffrance aiguë ou chronique, il n'est pas obligatoire de donner l'alerte. Il faut en premier s'occuper d'elle, « avant même de réfléchir à l'organisation du travail » (p. 30).

Pour permettre aux nouvelles infirmières diplômées de demeurer en santé face aux exigences de leur travail, il est nécessaire d'identifier les éléments qui leur permettent de maintenir un équilibre psychologique, malgré les contraintes et difficultés rencontrées dans leur quotidien. Ces éléments sont des stratégies défensives qui permettent d'atténuer la perception de la souffrance, celles-ci sont le plus souvent inconscientes, mais peuvent devenir conscientes dans des conditions particulières (Alderson 2004b, p. 251 ; Alderson, 2005, p. 77).

Selon l'approche freudienne, les processus de défense sont définis comme une révolte du moi contre des émotions pénibles dans le but d'éviter la souffrance et d'assurer son épanouissement et sa sécurité. Selon Brun (1992) et Maranda (1998) l'utilisation des stratégies défensives a pour grand inconvénient d'éviter de réfléchir à ce qui fait souffrir dans le travail, empêchant de ce fait, la modification des sources de souffrance (Alderson, 2004b, p. 251). Dejours (1987) définit les défenses par « des attitudes ou des comportements sains et utiles à la santé mentale », elles permettent d'aider les travailleurs « à résister aux agressions de l'organisation du travail (absence de pouvoir, manque d'autonomie, manque de soutien) » ou à vivre avec la peur découlant de certains dangers du travail, « elles préservent leur équilibre psychique » (Alderson, 2004b, p. 252). Le but des stratégies de défense n'est pas « la transformation des éléments agressants, mais bien la diminution de leur perception ». A long terme, les défenses ne sont pas sans conséquences négatives sur la santé mentale des personnes qui les mettent en place. Effectivement, elles permettent à ces personnes de s'adapter ou fuir devant la situations vécue comme difficile, plutôt que de tenter de la modifier. De ce fait, selon Dejours et Abdoucheli (1990), les travailleurs courent le risque de voir la somatisation de leur souffrance s'exprimer, si leur capacité de défense est fragilisée (Alderson, 2004b, pp. 251-252).

Selon Trudel (2000) et Rhéaume et al. (2000), les stratégies défensives peuvent devenir collectives lorsqu'elles sont partagées par plusieurs travailleurs. Lors de travail en équipe, les stratégies défensives sont généralement collectives et bien que la souffrance reste toujours individuelle, les infirmières unissent leurs efforts pour construire une stratégie défensive commune. Cependant, les stratégies collectives de défense peuvent se renforcer et devenir une fin en soi. On parle dès lors d'idéologie défensive. Cette dernière se définit par « un ensemble de comportements valorisés par le groupe de travailleurs et considérés comme une norme de référence qu'on ne discute pas et à laquelle on se conforme sous peine d'être marginalisé ou exclu » (Alderson, 2004b, p. 252).

Cette approche théorique est utile et éclairante pour étudier les stratégies mises en place par les nouvelles infirmières diplômées, pour modifier la perception de la souffrance pouvant être vécue au travail.

Problématique, objectif et question de recherche

Problématique

En Suisse, la proportion des infirmières interrogées par l'OBSAN (2014) ayant dit avoir l'intention de démissionner pour cause d'insatisfaction au travail est de 28%, 15% des infirmières interrogées ont déclaré souffrir d'une grande fatigue psychique et 6% avaient l'intention de quitter la profession (p. 2).

Selon Bowles et Candela (2005), Salt et al. (2005) et Scott et al. (2008), « lors de la première année de travail, 18 à 50% des nouvelles infirmières diplômées changent de travail et certaines décident de quitter la profession » (Wu, Fox, Stokes & Adam, 2012, p. 669).

Ces statistiques prouvent qu'il existe un problème en lien avec la rétention des infirmières débutantes face à tous leurs défis. Suite à de nombreuses recherches, aucune revue de littérature ne traite de cette problématique et peu de recherches décrivent les stratégies mises en place par les infirmières débutantes afin de faire face à ces défis.

C'est pourquoi ce travail va tenter de synthétiser les résultats des recherches retenues afin de permettre aux nouvelles infirmières diplômées de vivre leurs premières années, dans le monde professionnel, de manière harmonieuse.

Objectif de recherche

L'objectif de recherche est d'identifier et de décrire les stratégies d'adaptation mises en place par les nouvelles infirmières diplômées afin de faire face à leurs propres défis, dans un milieu de soins aigus.

Question de recherche

Le PICo découlant des recherches sur l'état des connaissances est le suivant :

- Population : nouvelles infirmières diplômées, considérées comme débutantes (dès leur entrée dans la vie professionnelle jusqu'à la troisième année de pratique).
- Intérêt : identifier et décrire les stratégies d'adaptation des nouvelles infirmières diplômées face à leurs propres défis.
- Contexte : milieu de soins aigus.

Cela nous a permis de formuler la question de recherche suivante :

Quelles sont les stratégies d'adaptation des infirmières débutantes pour faire face à leurs propres défis, dans un milieu de soins aigus ?

Afin de répondre à cette question, les articles scientifiques sont majoritairement de devis qualitatif pour permettre d'étudier l'expérience vécue par les nouvelles infirmières diplômées et les stratégies mises en place.

Cette question est pertinente puisque la Suisse est menacée par une pénurie d'infirmières d'ici 2020, avec un manque de 20 à 30%. Afin d'y remédier, une étude d'envergure nationale est en cours, car il est démontré que la pénurie entraînera une surcharge de travail. De ce fait, les infirmières pourraient choisir de quitter la profession suite à un épuisement. Chaque année, les 2500 nouvelles infirmières diplômées en Suisse permettent de couvrir la moitié des besoins en personnel infirmier. Néanmoins si elles décident de quitter prématurément la profession du fait qu'elles n'arrivent pas à faire face à leurs défis, la pénurie pourrait s'aggraver (Nurses at work, 2014 ; Tribune de Genève, 2014).

Méthode

Argumentation du devis de recherche

Ce travail, portant sur les attitudes et stratégies d'adaptation mises en place par les infirmières débutantes, habitées par leurs propres défis, dans un contexte de soins aigus, est une revue de littérature. Ce type de recherche est une analyse documentaire ayant pour objectifs de « mieux connaître le sujet et de mettre au point des façons de faire fondées sur des résultats probants dans le but d'améliorer la pratique clinique. » De plus, ce travail a pour but d' « acquérir les compétences nécessaires pour rédiger des documents résumant l'état des connaissances sur un sujet » (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit & Tatano, 2007, p. 134) et donc d'identifier les stratégies mises en place par les infirmières débutantes.

Description des étapes de réalisation

Les étapes suivantes indiquent le déroulement de la réalisation de cette revue de littérature.

Banques de données

Cette revue de littérature a été effectuée par l'interrogation de différentes bases de données, « immenses fichiers bibliographique ». La première base de données utilisée est CINAHL, car « elle est l'une des bases de données les plus utiles pour les infirmières ». En effet, elle contient « plus de 2500 périodiques en sciences infirmières » et divers autres travaux en lien avec la santé. Par la suite les recherches s'effectuent sur Pubmed et Google Scholar afin d'élargir les données probantes trouvées (Loiselle et al., 2007, pp. 140-141). Les recherches sont effectuées à partir d'octobre 2014 jusqu'en juin 2015.

Mots-clés

Afin de délimiter les recherches aux articles pertinents en lien avec la thématique, dans les bases de données, les mots-clés suivants sont utilisés :

Mots-clés anglais	Traduction français
Needs (non-mesh)	Besoins
New graduate (non-mesh) nurses (mesh)	Nouvelles infirmières diplômées
Novice (non-mesh) nurses (mesh)	Infirmières débutantes
Psychological adaptation (mesh) Coping (non-mesh)	Stratégies d'adaptation
Suffering (mesh)	Souffrance
Workplace (mesh)	Lieu de travail

Critères d'inclusion et d'exclusion

Divers critères de sélection ont été discutés afin de répondre à la question de recherche. De plus, le PICO définit de manière précise, permet de cibler les critères d'inclusion et d'exclusion.

Les critères d'inclusion sont :

- la langue de l'article (français et anglais),
- l'année de publication n'excédant pas 10 ans (2005),
- les infirmières débutantes, ayant moins de trois ans d'expérience professionnelle,
- les articles mettent en lumière des stratégies utilisées par les infirmières débutantes et
- le contexte limité aux soins aigus.

Les critères d'exclusion sont :

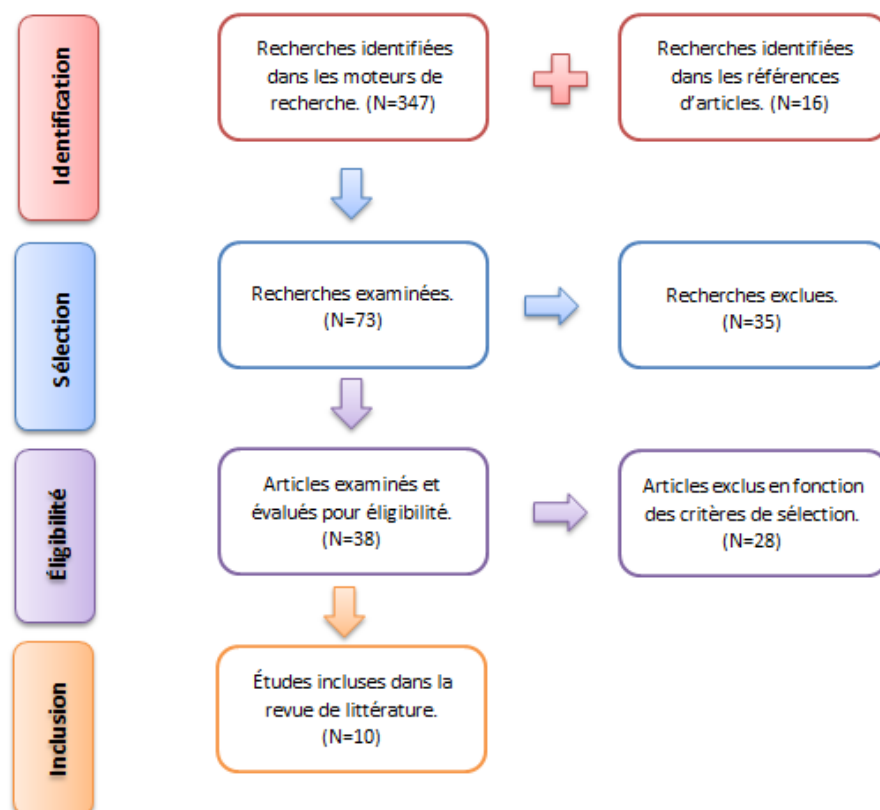
- les infirmières ayant plus de trois ans d'expérience,

- l'année de publication excédant les 10 ans,
- les contextes de soins non aigus et
- les articles traitant du burnout chez les infirmières débutantes.

Les études incluses sont principalement de devis qualitatifs, néanmoins, les autres devis n'ont pas été exclus.

Démarche d'analyse et stratégies de recherche

Les recherches d'articles scientifiques sont résumées dans le diagramme Flow Chart, ci-dessous.



Tiré du cours « Le processus de recherche et ses étapes dans le Travail Bachelor (TB) » de A., Klingshirn (2014).

La recherche a permis d'identifier 94 études sur la base de données CINAHL, 173 sur Pubmed, 80 sur Google Scholar et 16 articles ont été identifiés dans les références des articles sélectionnés. 274 articles, étant hors thème par leur titre, ont

été exclus dès le départ. Dès lors, la lecture minutieuse du résumé des 73 recherches sélectionnées se fait afin de déterminer si une lecture approfondie de l'article est nécessaire. De cette étape, 38 articles sont retenus et sont lus à l'aide des différentes grilles de lecture critique. Une exclusion de 28 articles se fait en fonction des critères de sélection, pour arriver, finalement, aux dix études incluses dans la revue de littérature étoffée.

L'analyse de ces articles scientifiques est réalisée à l'aide des grilles de lecture d'un article scientifique : Approche qualitative ou quantitative faisant référence à Loiselle et al. (2007) et Fortin (2010). Ces grilles permettent de vérifier la pertinence et la justesse de l'article et de ressortir et de résumer les éléments clés des études (état des connaissances, méthodologie, résultats, discussion et perspectives). Les résultats analysés sont classés en catégories afin que l'analyse soit structurée, logique et synthétique, dans le but de répondre à notre problématique. La synthèse reprend les résultats probants, les évalue et met en évidence les cohérences et contradictions de manière objective (Loiselle et al., 2007, pp. 145-148).

Résultats

Critères des études retenues

Cette revue de littérature comprend dix articles scientifiques qui présentent des devis différents. Six études utilisent un devis qualitatif, dont une étude phénoménologique, quatre études de théorisation ancrée. Trois études utilisent un devis quantitatif, une étude descriptive corrélationnelle transversale, une prédictive non-expérimentale et une descriptive. De plus, une revue de littérature a également été analysée.

Les articles scientifiques ont été réalisés dans divers pays : à Taïwan (2), en Chine (1), au Canada (3), aux Etats-Unis (2), en Australie (1) et aux Pays-Bas (1) entre 2006 et 2015.

Le nombre de participants varient selon les études. L'échantillon des études qualitatives comprend entre sept et 67 personnes, alors que pour les études quantitatives, il varie entre 96 et 272 participants. Un échantillon n'est pas clairement mentionné et une revue de littérature a recensé 57 documents. La grande majorité des participants travaillent tous dans un milieu de soins aigus, bien que quelques personnes soient dans un autre service.

Seuls les auteurs de six études ont reçu l'approbation d'un comité d'éthique de l'Université apparentée à la recherche. En revanche, l'anonymat des participants est garanti par tous les auteurs.

Présentation des thématiques

L'analyse et la catégorisation des résultats ont fait ressortir deux thématiques principales, en lien avec les cadres de référence, qui sont les stratégies de Coping et les stratégies défensives. Sept articles ont décrits diverses stratégies de Coping utilisées par les nouvelles infirmières diplômées en situations de stress (Deppoliti,

2008 ; Etheridge, 2007 ; Feng & Tsai, 2012 ; Ketelaar, Nieuwenhuijsen, Frings-Dresen & Sluiter, 2015 ; Phillips, Kenny, Esterman & Smith, 2013 ; Qiao, Li & Hu, 2011 ; Zamanzadeh, Roshangar, Fathi-Azar, Valizadeh & Kirkwood, 2014). Trois études ont traité des stratégies défensives utilisées par les nouvelles infirmières diplômées afin de s'adapter aux situations difficiles et d'atténuer la perception de la souffrance (Boivin-Desrochers & Alderson, 2014 ; Cho, Laschinger & Wong, 2006 ; Laschinger, Wong, Regan, Young-Ritchie & Bushell, 2013).

Tableau de synthèse des résultats

Thématiques	Auteurs des articles	Synthèse des résultats
<p align="center">Stratégies de Coping</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Deppoliti (2008) - Etheridge (2007) - Feng & Tsai (2012) - Ketelaar et al. (2015) - Phillips et al. (2013) - Qiao et al. (2011) - Zamanzadeh et al. (2014) 	<ul style="list-style-type: none"> - Se familiariser avec l'environnement - Renforcement des connaissances - Auto-évaluations - Soutien psychosocial - Les autres stratégies de Coping : la planification, le déni, la pensée positive, l'humour, la musique, la relaxation, contrôle de santé, favoriser les interactions
<p align="center">Stratégies défensives</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Boivin-Desrochers & Alderson (2014) - Cho et al. (2006) - Laschinger et al. (2013) 	<p>Stratégies individuelles de défense :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Résilience - Le départ ou transfert - L'activisme - Retrait, individualisme et diminution de l'engagement - Minimisation, déni et prise de congé - Empowerment <p>Stratégies collectives de défense :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La collaboration, le renforcement du sentiment d'appartenance et les échanges avec les collègues

Présentation des résultats

Les thématiques précitées sont présentées et décrites ci-dessous.

Les stratégies de Coping

Les résultats de sept études suggèrent l'utilisation de stratégies de Coping. Ces résultats sont présentés selon la fréquence, de la plus élevée à la plus faible, à laquelle les thématiques sont mentionnées. Par souci de cohérence et d'un point de vue chronologique, la stratégie « se familiariser avec l'environnement » est décrite en premier.

Quatre études mettent en évidence l'importance de l'utilisation des stratégies de Coping. Les résultats de l'étude qualitative descriptive de Feng et Tsai (2012), portant sur le processus de socialisation de 36 nouvelles infirmières diplômées suggèrent que les infirmières débutantes sont dans une situation complexe et stressante due à leurs défis et au sentiment de ne pas être préparées aux attentes, ainsi que la différence entre le rôle perçu et le rôle réel. « Dans ces situations stressantes, elles choisissent fréquemment de fuir plutôt que de se battre pour s'adapter » (Feng & Tsai, 2012, p. 2065). Toutefois, les résultats de deux études, une de devis qualitatif et une de devis quantitatif, ainsi qu'une revue de littérature indiquent que toutes les nouvelles infirmières diplômées essaient d'utiliser des stratégies de Coping appropriées pour surmonter le stress. Malgré cela, celles qui utilisent des stratégies inefficaces, ont un niveau de bien-être psychologique plus faible, entraînant un désir de quitter le poste de travail actuel entre 30 et 61.5% selon les études retenues et 12,9% songent à quitter la profession d'infirmière (Boivin-Desrochers & Alderson, 2014, p. 87 ; Qiao et al., 2011, p. 402 ; Zamanzadeh et al., 2014, p. 284). Ces statistiques montrent bien l'importance de

l'utilisation de stratégies de Coping efficaces sur la rétention dans la profession et le bien-être psychologique.

Se familiariser avec l'environnement

Cette stratégie est indiquée et décrite dans deux articles de devis qualitatif. Le premier article de théorisation ancrée a étudié les besoins d'aide et de soutien pour un fonctionnement optimal de 15 infirmières débutantes. Le deuxième a décrit les stratégies utilisées par les infirmières débutantes pour gagner de la confiance en soi. Les infirmières des deux études proviennent de divers hôpitaux et de services variés. Les deux études ont atteint la saturation des données et pour chacune, plusieurs analyses par les différents auteurs par codage systématique ont été conduites. Les résultats indiquent que la familiarité nécessite un sens de la curiosité et l'investigation des aspects environnementaux, autant que des aspects relationnels. Les journées d'introduction et la formation initiale sont des sources importantes d'informations pour les nouvelles infirmières diplômées. En effet, lors des journées d'introduction, elles reçoivent une multitude de renseignements sur le fonctionnement de l'hôpital, sur le service où elle débute leur carrière, ainsi que sur les endroits où se rendre en cas de problèmes ou d'incidents. De plus, la formation initiale, lors de laquelle elles sont hors-effectif et supervisées, leur permet de se familiariser avec la routine du service, les règles, les procédures et les mesures de sécurité de l'unité, les protocoles de soins et les types de maladies les plus fréquentes, ainsi qu'avec l'utilisation de divers outils et leur permet de savoir où trouver les informations nécessaires. La nouvelle infirmière diplômée doit prendre les avantages de toutes ces opportunités et demander ces renseignements s'ils sont manquants. Selon les résultats de Ketelaar et al. (2015), cela les aiderait à faire face à d'éventuels problèmes de santé se présentant au début de la carrière et

de se sentir bien. Les résultats de Zamanzadeh et al. (2014) semblent indiquer que cela permettrait de diminuer le stress et la peur initiaux et d'augmenter la confiance en soi (Ketelaar et al., 2015, pp. 3-7 ; Zamanzadeh et al., 2014, pp. 285-286).

Renforcement des connaissances et compétences

Les sept études, mentionnant le Coping, traitent du renforcement des connaissances et compétences.

Les apprentissages se font de diverses manières par les nouvelles infirmières diplômées. L'apprentissage par l'expérience personnelle est considérée par Etheridge (2007) comme étant la stratégie la plus aidante (p. 28) dans son étude qualitative. Les données de cette étude nécessitent néanmoins la validation par d'autres études, car diverses informations méthodologiques ne sont pas clairement mentionnées. Les résultats d'autres études qualitatives mentionnent également l'apprentissage par l'expérience personnelle. En effet, lors de la pratique des soins infirmiers, l'infirmière débutante développe les liens théories-pratiques. De plus, cette pratique et la participation aux colloques permet d'apprendre à déléguer et prioriser les soins. Diverses études valorisent l'apprentissage « en faisant », car les challenges et les défis sont nécessaires à ce qu'un changement se produise. De ce fait, il est important que les nouvelles infirmières diplômées profitent de chaque opportunité d'apprentissage (Deppoliti, 2008, p. 28 ; Feng & Tsai, 2012, p. 2067 ; Zamanzadeh et al., 2014, p. 287). Dans l'étude de Feng & Tsai (2012, p. 2067), une infirmière débutante tire profit de ses erreurs en les inscrivant dans un carnet afin de ne pas les reproduire. Enfin, selon les résultats de l'étude qualitative secondaire de Phillips et al. (2013), étudiant les facteurs influençant la transition vécue par 67 nouvelles infirmières diplômées, l'infirmière débutante doit demander à avoir des

situations de plus en plus complexes, afin de diminuer son anxiété en apprenant graduellement (Phillips et al., 2013, p. 6).

Cinq études suggèrent qu'il est nécessaire de faire appel aux collègues pour renforcer les connaissances et les compétences. Les résultats de l'étude de Phillips et al. (2013) indique que l'expérience préalable dans certains services, où le niveau de connaissances nécessaires est élevé, est très aidant pour les nouvelles infirmières diplômées et celles-ci font moins appel à leurs collègues lors de l'entrée dans la pratique (p. 6). Deux études qualitatives mentionnent l'apprentissage par l'expérience des autres. L'étude qualitative de théorisation ancrée de Deppoliti (2008), a pour but de décrire et explorer le processus de construction de l'identité professionnelle de 16 nouvelles infirmières diplômées, jusqu'à la saturation des données. Les résultats de l'étude de Zamanzadeh et al. (2014) et de Deppoliti (2008), suggèrent que l'apprentissage par l'expérience des autres est très enrichissant et les nouvelles infirmières diplômées y ont souvent recours. Ce processus inclut l'observation et la narration d'une collègue expérimentée, la répétition dans la pratique et le questionnement des infirmières expérimentées, référentes ou des médecins (Deppoliti, 2008, p. 260 ; Zamanzadeh et al., 2014, p. 287). Selon les résultats de l'étude de Ketelaar et al. (2015), les professionnels de la santé amènent des conseils dans différents domaines, tels que l'hygiène, l'ergonomie, les soins, etc. Bien que les résultats de Ketelaar et al. (2015) suggèrent que demander de l'aide est une stratégie aidante, il peut être difficile d'aborder les collègues, car les infirmières débutantes, en posant des questions, pensent paraître incapables de gérer des situations et vont ressentir de la honte. De plus, elles n'ont pas toujours le temps de poser des questions (p. 4). Néanmoins, selon les résultats de l'étude quantitative descriptive corrélationnelle transversale de Qiao (2011), il est nécessaire que la nouvelle infirmière diplômée face l'effort de solliciter l'équipe intra-

et interdisciplinaire (pp. 4-5). Cette étude tente de répondre à l'hypothèse que l'utilisation de stratégies de Coping efficaces permettrait aux nouvelles infirmières diplômées d'avoir un plus haut niveau de bien-être psychologique. La population est de 96 infirmières de quatre grands hôpitaux de Chine centrale.

De plus, en cas de problème, les résultats de Ketelaar et al. (2015) conseillent que la nouvelle infirmière demande une supervision afin d'avoir un bon fonctionnement au travail. Toujours selon les mêmes résultats, toute supervision nécessite une évaluation et un feedback, car le feedback est aidant pour les nouvelles infirmières diplômées. Ces dernières se doivent de le demander après chaque supervision (p. 4). Selon les résultats de deux études qualitatives, les infirmières débutantes, peu confiantes, utilisent souvent la validation comme approbation finale à leurs décisions. Pour ce faire, elles font appels aux infirmières expérimentées, aux médecins et aux cheffes afin de gagner de la confiance dans leurs prises de décision (Etheridge, 2007, p. 26 ; Zamanzadeh et al., 2014, p. 288).

Une autre stratégie utilisée par les nouvelles infirmières diplômées est l'étude personnelle. Cela inclut la recherche de savoir dans les livres, les magazines spécialisés, les supports numériques, les banques de données de la santé, l'utilisation des protocoles et de tous les outils disponibles dans le service (Ketelaar et al., 2015, pp. 4-7 ; Zamanzadeh et al., 2014, p. 286). Néanmoins, l'étude de Ketelaar et al. (2015) indique qu'il est difficile d'utiliser ces derniers si les collègues ne les emploient pas (p. 4).

D'autres stratégies de renforcement des connaissances sont citées dans des études qualitatives. Certaines personnes développent des stratégies personnelles par leur créativité en utilisant des méthodes et techniques propres afin d'augmenter leurs aptitudes (Zamanzadeh et al., 2014, pp. 288-289). D'autres préfèrent se

tourner vers leur mentor ou encore participer à l'analyse de pratique en groupe (Ketelaar et al., 2015, pp. 5-6 ; Phillips et al., 2013, p. 109).

Toutes ces stratégies permettent de renforcer l'estime de soi et la confiance en soi des nouvelles infirmières diplômées et de gagner le respect des autres professionnels (Deppoliti, 2008, p. 260 ; Phillips et al., 2013, p. 109 ; Qiao et al., 2011, p. 402).

Auto-évaluations

Les résultats de trois recherches qualitatives suggèrent aux nouvelles infirmières diplômées de développer leurs auto-évaluations. Afin de gagner de la confiance en soi et d'augmenter la compréhension de leurs erreurs (Zamanzadeh et al., 2014, pp. 287-288), les nouvelles infirmières diplômées doivent penser de manière critique sur leur propre travail (Etheridge, 2007, p. 27). Pour se faire, elles doivent analyser leurs propres actions en utilisant des méthodes de réflexion personnelle (Zamanzadeh et al., 2014, p. 288), ainsi que reconnaître et nommer leurs propres limites (Ketelaar et al., 2015, p. 3). Les étapes incluses sont la récolte de données, l'évaluation, le regroupement des données afin d'identifier le problème et de déterminer les options appropriées pour traiter le problème (Etheridge, 2007, p. 27 ; Zamanzadeh et al., 2014, p. 288).

Soutien psychosocial

Le soutien pouvant provenir des pairs ou des supérieurs est indiqué comme étant une stratégie de Coping dans deux études qualitatives et une quantitative. En ce qui concerne les pairs, les écouter et leur parler est très aidant, car cela permet de libérer les émotions négatives et de faire face aux exigences professionnelles (Etheridge, 2007, p. 29 ; Ketelaar et al., 2015, p. 6 ; Qiao et al., 2011, p. 401).

Cependant, en cas d'erreurs de l'infirmière débutante, il lui est difficile d'aller chercher ce soutien, malgré le fait que la collègue ait certainement vécu une expérience similaire (Ketelaar et al., 2015, p. 3). Selon les résultats de Ketelaar et al. (2015), ce soutien peut se faire sous différentes formes : Les rencontres régulières où les participantes parlent de leurs problèmes, les groupes d'analyse de pratique et les rencontres avec les superviseurs afin de s'exprimer auprès d'eux. Tout cela peut permettre de recevoir des conseils personnalisés, de détecter de manière précoce les éventuels problèmes de santé mentale et si nécessaire les personnes sont encouragées à demander de l'aide rapidement (p. 6).

Autres stratégies de Coping utilisées

Diverses autres stratégies sont suggérées par les résultats de l'étude quantitative de Qiao et al. (2011) pour faire face à des situations stressantes. Lorsque la charge de travail élevée est vécue comme un facteur de stress, les nouvelles infirmières diplômées utilisent la planification pour améliorer la gestion du temps. Dans certaines situations, émotionnellement difficiles, le déni est parfois utilisé ou encore la pensée positive qui inclut le fait de ne voir que le côté positif de ce qui arrive. L'humour est également développé pour réduire le stress. Pour décompresser durant leur temps libre, les infirmières débutantes se distraient en écoutant de la musique ou en faisant de la relaxation, par exemple (p. 402).

Les résultats Ketelaar et al. (2015) indiquent qu'un contrôle de santé au début de la carrière professionnelle est important, car cette opportunité permet aux nouvelles infirmières diplômées de vérifier qu'aucun problème n'est présent et de recevoir des conseils pour leur propre santé par rapport aux horaires irréguliers, ainsi que de savoir où s'adresser si nécessaire (p. 3).

Une dernière stratégie suggérée est de favoriser les interactions avec les patients et leurs familles afin de recevoir des feedbacks positifs de leur part et donc d'augmenter la confiance en soi (Zamanzadeh et al., 2014, p. 288), mais également avec les collègues. En effet, le sentiment de faire partie de l'équipe est très important pour les infirmières débutantes. Cependant, les infirmières débutantes interrogées par Feng et Tsai (2012) estiment qu'il est plus facile de résoudre l'écart entre les connaissances et la pratique que d'apprendre à se comporter de manière appropriée avec les personnes sur le lieu de travail (Feng & Tsai, 2012, pp. 2067-2068).

Les stratégies défensives

Deux études quantitatives et une revue de littérature, suggèrent la mise en place de stratégies défensives.

Selon Boivin-Desrochers et Alderson (2014), les stratégies défensives se divisent en deux catégories, les stratégies défensives individuelles et collectives. Une des stratégies individuelles à développer est la résilience personnelle. Selon Mace (2012), la résilience permet de réduire la pression et gérer le stress au travail (Boivin-Desrochers & Alderson, 2014, p. 90). Selon Luthans et Youssef (2004), « la résilience se réfère à l'habilité de se remettre de l'adversité, de l'incertitude, de l'échec ou des changements acclablants ». Cette capacité se développe tout au long de la vie, « comme le résultat d'un processus cognitif et émotionnel réussi face aux défis personnels » (Laschinger et al., 2013, p. 416). Selon Jackson, Firtko & Edenborough (2007), diverses stratégies permettent ce développement :

- L'établissement de relations positives avec les collègues de travail permet de créer un entourage composé d'individus de confiance dans le but d'acquiescer un soutien et une validation en situations difficiles.

- Le maintien d'une attitude positive, à l'aide de l'optimisme et de l'humour ... afin de percevoir le potentiel et positif des situations stressantes.
- Le développement émotionnel.
- L'équilibre dans sa vie personnelle et spirituelle.
- Le développement de la réflexion afin d'être en mesure d'analyser et de comprendre les situations vécues pour en retirer des apprentissages (Boivin-Desrochers & Alderson, 2014, p. 94).

Dans leur revue de littérature, comprenant 57 articles scientifiques, Boivin-Desrochers et Alderson (2014) traitent des souffrances ou sources de difficultés expérimentées par les infirmières en lien avec la PDT et les stratégies défensives mises en place. Ils insistent sur le fait qu'il est important d'agir dès l'entrée dans la profession infirmière. En effet, selon leurs résultats, « les infirmières démontrant un haut niveau de résilience sont moins sujettes à présenter une altération du sens qu'elles donnent à leur travail » (p. 94). Dans le même ordre d'idées, les résultats de l'étude quantitative de Laschinger et al. (2013) dont l'échantillon comprend 272 infirmières débutantes, affirment l'hypothèse de départ qui indique que la résilience a un effet protecteur et permet de renforcer les ressources intra personnelles face aux incivilités répétées qui ont lieu au travail. Ces incivilités auraient lieu dans 13 à 75% des cas, notamment par les collègues (pp. 416-418).

Boivin-Desrochers et Alderson (2014) ont mis en évidence d'autres stratégies individuelles de défense qui peuvent être utilisées pour faire face à la souffrance vécue au travail. Une des stratégies est le départ ou le transfert du milieu de travail lorsque les valeurs professionnelles sont en désaccord avec ses propres valeurs et que cela est immuable. L'activisme, soit le fait de donner de soi pour défendre ses droits est utilisée. Cette stratégie est essentielle au bien-être, mais également risquée. En effet, dès l'instant où elle n'est pas récompensée, un épuisement peut apparaître. Lors d'un manque de reconnaissance, les infirmières choisissent de se

retirer, d'être plus individualistes et de diminuer leur engagement, par exemple en travaillant à temps partiel, afin de se protéger. Pour s'adapter à toutes sortes de situations difficiles, l'infirmière peut minimiser les sources de souffrance, dénier ou s'absenter du travail par des congés divers (pp. 90-91).

Une étude quantitative prédictive non-expérimentale de Cho et al. (2006), ayant pour but de tester deux modèles afin de démontrer les attitudes d'empowerment des nouvelles infirmières diplômées face à l'engagement au travail et organisationnel, ainsi que l'épuisement professionnel, a également été retenue. Cette étude, comptant 226 participants qui travaillent dans divers services d'un hôpital de la ville d'Ontario, considèrent que l'empowerment peut diminuer l'épuisement professionnel. De plus, l'engagement et la motivation sont augmentés par la prise d'autonomie des nouvelles infirmières diplômées. Ce qui amène à trouver un sens à leur travail et à développer les relations interpersonnelles. Pour se faire, il est nécessaire d'étudier et de profiter de chaque opportunité d'apprentissage (pp. 53-56).

Selon Boivin-Desrochers & Alderson (2014), les stratégies collectives de défenses incluent la collaboration, le renforcement du sentiment d'appartenance et les échanges avec les collègues sur les situations difficiles afin d'augmenter la qualité de vie au travail (pp. 91-92).

Discussion

Cette revue de littérature a pour but d'identifier et de décrire les stratégies d'adaptation mises en place par les nouvelles infirmières diplômées afin de faire face à leurs propres défis, dans un milieu de soins aigus. L'analyse des résultats a permis d'identifier deux thématiques principales qui sont les stratégies de Coping, étudiées dans sept articles scientifiques, et les stratégies défensives, abordées dans deux études et une revue de littérature.

En ce qui concerne les stratégies de Coping, Lazarus et Folkman (1984) et Lazarus et Launier (1978) différencient le Coping centré sur le problème et le Coping centré sur l'émotion. Selon Lazarus et Folkman (1984), le concept de Coping permet de modifier la situation vécue comme stressante (Bruchon-Schweitzer, 2011, p. 71), soit dans cette revue, le manque de connaissances et de confiance ou de gérer les émotions qui en découlent. Les stratégies utilisées corroborent pour la plupart entre ce concept et les résultats des articles retenus.

En lien avec le Coping centré sur le problème, toutes les stratégies énoncées par Lazarus et Folkman (1984) se retrouvent dans les stratégies issues des résultats des recherches. Par exemple, la recherche d'informations par le renforcement des connaissances ou encore « des efforts ou actions directs pour modifier le problème » (Bruchon-Schweitzer, 2011, p. 71) par le développement des auto-évaluations. En revanche, en ce qui concerne le Coping centré sur les émotions, quelques disparités apparaissent, notamment dues au fait que ces stratégies soient bien moins développées dans les résultats des études retenues. Les résultats des études indiquent l'utilisation de plus de comportements positifs que ceux proposés Lazarus et Folkman. Par exemple, aucune recherche n'a mis en évidence l'utilisation de stratégies de dramatisation, d'impuissance, de désespoir, de pessimisme, de fatalisme, de stoïcisme ou encore de la consommation de substances (Bruchon-Schweitzer, 2001, p. 26). D'autres stratégies sont peu ou pas

décrites comme la religiosité ou la multitude de possibilités d'activités distrayantes. Par ailleurs, la pensée positive et l'humour, par exemple, sont nommés pour réduire le stress. Enfin, le soutien psychosocial est suggéré comme étant d'une grande aide pour les infirmières débutantes autant dans les résultats de cette revue que selon le concept de Coping de Lazarus et Folkman.

Le deuxième cadre de référence est la théorie de la psychodynamique du travail de Dejours qui décrit le travail comme étant essentiel à la construction de l'identité et à la santé mentale, mais peut également être une source de souffrance lorsqu'une situation difficile devient dépassante. Selon cette approche, des stratégies défensives sont mises en place dans le but de faire face aux exigences du travail, d'atténuer la perception de la souffrance et ultimement que le travail devienne une source de plaisir (Dejours, 2012 ; Alderson, 2004a). Selon Dejours (1987), le plaisir est l'état de bien-être psychique lorsque le travail permet de satisfaire les désirs de reconnaissance, de pouvoir, d'autonomie, d'accomplissement et de construction identitaire (pp. 30-31). Ces éléments sont identiques à certains des défis rencontrés par les infirmières débutantes à l'entrée dans le monde professionnel (Berberat et al., 2013, p.3 ; Deppoliti, 2008, p. 256 et 260).

Les résultats des recherches retenues corroborent avec cette approche, du fait que les stratégies individuelles et collectives suggérées permettent de s'adapter aux émotions découlant de la souffrance au travail et non de modifier la source de souffrance. Bien que Dejours dans son approche de la PDT insiste sur la collaboration avec les collègues comme étant un besoin essentiel pour atteindre un sentiment de plaisir au travail, cette stratégie n'est que peu mise en évidence dans la revue de littérature de Boivins-Desrochers et Alderson (2014), portant sur les stratégies défensives en lien avec la théorie de Dejours. Dans le but d'éviter la

confrontation à la souffrance, plusieurs comportements de fuite énoncés dans l'approche de Dejours (1993) (Alderson, 2004a, p. 268) sont confirmés par les résultats de la revue de littérature précitée. En revanche, selon les résultats des recherches de Boivins-Desrochers et Alderson (2014) le développement de la résilience est révélé comme étant une stratégie de défense individuelle intéressante pour lutter contre la tension vécue au travail et pour améliorer sa santé (pp. 90 et 94), elle n'est pas citée comme telle par Dejours.

Les stratégies de défense et de Coping sont décrites comme « deux dimensions entremêlées de nos moyens de faire face aux problèmes intérieurs et extérieurs qu'il est important de prendre en compte simultanément pour la compréhension du sujet en souffrance comme pour la compréhension des facteurs contribuant à la santé » (Chabrol, 2005, p. 32). Les résultats de la revue de littérature de St-Pierre, Alderson et St-Jean (2010), renforce cette idée en mettant en évidence le fait que les infirmières utilisent les stratégies de Coping en plus des stratégies défensives afin de diminuer la souffrance perçue (p. 13). Cela signifie que ces deux types de stratégies sont utilisés en parallèle, bien qu'elles soient différentes, car les stratégies de Coping, contrairement à celles de défense, sont toujours conscientes.

Les résultats de cette revue de littérature semblent indiquer de nombreuses similitudes entre les stratégies de Coping et de défense. Cependant les résultats en lien avec le Coping suggèrent de se référer rapidement aux superviseurs en cas de situations de stress ou de difficultés quelconques, alors que Dejours (2012), dans l'approche de la PDT décrit qu'il n'est pas obligatoire de contacter les supérieurs lorsqu'une seule personne souffre de manière aiguë et chronique, car il suffit de s'occuper de cette personne.

Forces et faiblesses des articles retenus

Le nombre d'articles est cohérent avec le devis de cette recherche. Une seule étude a été conduite en Europe et donc certaines différences peuvent apparaître en lien avec le système de santé et les programmes de formation.

Les six articles scientifiques de devis qualitatif permettent de cerner de manière précise la perception de l'expérience vécue par les nouvelles infirmières diplômées, ainsi que des stratégies utilisées. Une généralisation de ces perceptions serait envisageable malgré les échantillons de participants relativement faibles, puisque les données ont été saturées par tous les auteurs, sauf par Etheridge. Trois articles quantitatifs et une revue de littérature valident la pertinence de certaines stratégies. Néanmoins, des recherches de devis quantitatif sont nécessaires pour prouver l'efficacité des stratégies mises en place par les infirmières débutantes.

Seule la méthodologie de l'article d'Etheridge est peu décrite, mais les neuf autres articles sont bien construits. De ce fait, il est pertinent de garder les dix articles.

Limites

Deux aspects ressortent comme étant les principales limites de cette revue de littérature. Premièrement, la revue de littérature retenue, étant également du plus haut niveau de preuve, se concentre sur les infirmières en général et non pas sur les infirmières débutantes. Toutefois, les auteurs mettent en évidence l'importance de mettre en place des stratégies efficaces dès l'entrée dans la pratique. Deuxièmement, l'utilisation de Google Scholar pour la recherche d'articles peut être une limite du fait que cette base de données n'a pas la même importance que CINAHL et Pubmed, par exemple, pour les soins infirmiers. Néanmoins, cette base de données a été utilisée, car peu de recherches existent en lien avec les stratégies

mises en place par les nouvelles infirmières diplômées. En effet, la recherche se consacre davantage aux implications pour les managers.

Implications pour la pratique

Les implications pour la pratique suggérées par tous les auteurs des études retenues, s'adressent principalement aux managers et à l'organisation.

Trois études qualitatives et trois études quantitatives mentionnent le besoin en programme de soutien lors de la transition. Il est nécessaire pour les nouvelles infirmières diplômées d'avoir des programmes d'entraînement des connaissances pour mettre en lien la théorie et la pratique (Phillips et al., 2013, p. 109 ; Ketelaar et al. 2015, p. 3). Au contraire, Feng et Tsai (2012) suggèrent qu'en raison d'un manque de temps, il serait judicieux de construire et offrir des banques de données et des ressources électroniques comprenant toutes les informations apparentées aux services (p. 2070). Cela permettrait aux infirmières débutantes de trouver les informations basées sur ses propres besoins. Toujours en lien avec les programmes de transition elles ont également besoin, selon Ketelaar et al. (2015), de recevoir un enseignement sur les conséquences et la prévention des problèmes de santé lié au travail (p. 7). De plus, Feng et Tsai (2012) et Lashinger et al. (2013) suggèrent des programmes pour la gestion et la réduction du stress, ainsi que « l'utilisation de la réflexion personnelle pour développer la perspicacité émotionnelle » (Feng & Tsai, 2012, p. 2070 ; Laschinger et al., 2013, p. 420). Lashinger et al. (2013) suggèrent la mise en place de programmes de transition basés sur « la résilience, l'espoir, l'optimisme et l'efficacité personnelle » (p. 420).

Selon Boivin-Desrochers et Alderson (2014), la mise en place d'espaces de parole par les gestionnaires « permet des relations positives entre les collègues, ainsi qu'une qualité de vie au travail accrue ... La création d'espaces de paroles

permet également aux infirmières de verbaliser leurs sources de souffrances rencontrées au travail ». De plus, les mêmes auteurs suggèrent des rencontres individuelles entre les gestionnaires et les infirmières « ayant pour objectif de recueillir les besoins, les aspirations et les expériences du personnel infirmier et de veiller à leur satisfaction au travail » (p. 93).

Trois études quantitatives et trois études qualitatives suggèrent que les managers doivent soutenir les nouvelles infirmières diplômées. Divers points sont importants, tel que la mise en place d'un mentorat (Feng et Tsai, 2012, p. 2070 ; Qiao et al. 2011, p. 402), la tolérance zéro en matière d'incivilité (Lashinger et al., 2013, p. 420), le soutien de l'empowerment (Deppoliti, 2008, p. 262 ; Cho et al., 2006, p. 56) et ainsi que le fait de s'assurer du développement de relations professionnelles positives d'un réseau et de soutien de collègues plus âgés (Feng et Tsai, p. 2070). Il est également important que les nouvelles infirmières diplômées reçoivent du soutien dès leur début de carrière professionnelle en matière de prévention sur les problèmes de santé liés au travail (Ketelaar et al. 2015, p. 9).

Les résultats de l'étude de Zamanzadeh et al. (2014) suggèrent que les infirmières cheffes doivent prendre connaissance des stratégies de Coping mises en place par les infirmières débutantes. Cela dans le but de les aider à développer ces stratégies et ainsi d'augmenter leur confiance en soi (p. 290).

Selon Etheridge (2007), les référentes doivent questionner les nouvelles infirmières diplômées et les mettre face à des challenges, afin de développer leurs aptitudes. Pour ce faire, les référentes ne doivent pas donner les réponses, mais accompagner la recherche des infirmières débutantes (p. 29).

Les éléments que les infirmières débutantes peuvent mettre en place elles-mêmes sont des discussions et des échanges avec les pairs qui peuvent se faire

par différents moyens comme des rencontres régulières, des forums ouverts, par e-mail ou encore des repas en commun (Etheridge, 2007, p. 29 ; Cho et al., 2006, p. 56). De plus, elles peuvent également partager leurs compétences, intérêts et objectifs professionnels auprès de leurs supérieurs et se doivent d'adopter une attitude de respect envers elle-même pour favoriser leur bien-être psychologique (Boivin-Desrochers, 2014, p. 93).

Les résultats de cette revue de littérature suggèrent diverses stratégies de Coping afin de construire l'identité personnelle, la confiance en soi et de faire face aux situations stressantes. Les nouvelles infirmières diplômées doivent tirer profit de la phase d'orientation pour se familiariser avec l'environnement, puis renforcer leurs connaissances et compétences par diverses stratégies, ainsi qu'évaluer régulièrement leur travail de manière critique et nommer leurs limites. Dès l'arrivée dans l'unité, elles doivent créer des relations positives et de confiance avec leurs collègues afin de pouvoir s'adresser à elles en cas de besoins. Il est important pour les infirmières débutantes de consacrer du temps à des activités distrayantes durant le temps libre.

Diverses stratégies de défense semblent être indiquées dans cette revue de littérature. Certaines stratégies individuelles, comme le développement de la résilience et de l'empowerment ou au contraire le retrait, le déni, etc., sont utilisées pour s'adapter à la souffrance et non pas pour en modifier la source. Lorsque plusieurs personnes souffrent dans un même service, les stratégies collectives, telles que la collaboration et les échanges avec les collègues, par exemple, permettent de maintenir un équilibre psychologique.

Conclusion

Les recherches, lors de la récolte de données, ainsi que l'analyse de celles-ci, ont permis d'identifier et de décrire deux stratégies d'adaptation mises en place par les infirmières débutantes lors des premières années de pratique professionnelle. Ces stratégies de Coping et de défense permettent aux nouvelles infirmières diplômées de faire face à leurs défis, souvent stressants, et de s'adapter à la souffrance pouvant être vécue au travail.

Cette revue de littérature nous a permis de prendre conscience des nombreux défis auxquels nous serons confrontées lors de notre début de carrière professionnelle. Nous avons découvert que l'entrée dans la profession peut être synonyme de stress et même parfois de souffrance. Ces constatations nous permettent d'être préparées à des situations potentiellement difficiles, à les identifier rapidement et à y faire face grâce aux stratégies décrites dans cette revue de littérature.

De plus, cette revue de littérature nous a appris à chercher des articles scientifiques dans des bases de données et à les analyser de manière critique, afin d'en ressortir les résultats utiles à la pratique. Nos futures recherches, ayant pour but de baser nos soins sur des pratiques Evidence-Based Nursing, seront facilitées grâce aux apprentissages méthodologiques réalisés tout au long de ce travail.

À l'avenir, il est nécessaire d'entreprendre des études quantitatives afin de valider la pertinence des stratégies mises en place par les nouvelles infirmières diplômées. Ces résultats permettraient aux managers de mettre en place des interventions concrètes afin de favoriser la rétention des nouvelles infirmières diplômées. De plus, un guideline des stratégies les plus efficaces aideraient les infirmières débutantes à faire face à leurs défis.

Liste des références bibliographiques

- Alderson, M. (2004a). La psychodynamique du travail et le paradigme du stress : une saine et utile complémentarité en faveur du développement des connaissances dans le champ de la santé au travail. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 261-280. doi:10.7202/008834ar
- Alderson, M. (2004b). La psychodynamique du travail : objet, considérations épistémologiques, concepts et prémisses théoriques. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 243-260. doi:10.7202/008833ar
- Alderson, M. (2005). Analyse psychodynamique du travail infirmier en unités de soins de longue durée : entre plaisir et souffrance. *Recherche en soins infirmiers*, 80, 76-86.
- Benner, P. (1995). *De novice à expert : excellence en soins infirmiers*. Paris : InterEditions.
- Berberat, J.-L., Bulliard Verville, D. & Perrenoud, B. (2013). *Insertion des nouvelles diplômées infirmières Bachelor en milieu hospitalier en Suisse romande* [rapport scientifique final non publié]. HedS Arc & HedS Fribourg.
- Boivin-Desrochers, C. & Alderson, M. (2014). Les difficultés/souffrances vécues par les infirmières : stratégies permettant de préserver leur santé mentale, leur sens au travail et leur performance au travail. *Recherche en soins infirmiers*, 118, 85-96. doi:10.3917/rsi.118.0085
- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 68-83.
- Chabrol, H. (2005). Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*, 82, 31-42.
- Cho, J., Laschinger, H. K. & Wong, C. (2006). Workplace empowerment, work engagement and organizational commitment of new graduate nurses. *Nursing Leadership*, 19(3), 43-60.
- Dejours, C. (2012). *Souffrance au travail – Regards croisés sur des cas concrets – comprendre, prévenir, agir*. Lyon: Chronique sociale.
- Deppoliti, D. (2008). Exploring How New Registered Nurses Construct Professional Identity in Hospital Settings. *The Journal of Continuing Educational in Nursing*, 39(6), 255-262.
- Etheridge, S. A. (2007). Learning to Think Like a Nurse: Stories From New Nurse Graduates. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 38(1), 24-30.
- Feng, R. -F. & Tsai, Y. -F. (2012). Socialisation of new graduate nurses to practising nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2064-2071. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03992.x
- Formarier, M. & Jovic, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières* (2ème éd.). Lyon : Mallet Conseil.

- Goulois, P. (2011). *Souffrance au travail, un vécu psychique*. Accès <http://philippe.goulois.free.fr/spip.php?article84>
- Ketelaar, M. S., Nieuwenhuijsen, K., Frings-Dresen, M. H. W., Sluiter & J. K. (2015). Exploring novice nurses' needs regarding their work-related health: qualitative study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 1-10. doi:10.1007/s00420-015-1022-5
- Klingshirn, A. (2014). *Le processus de recherche et ses étapes dans le Travail Bachelor (TB)* [PowerPoint]. Accès <https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/si/bsc2012/modf/22/Documents%20de%20cours/Résultats%20-%20synthèse%20narrative/Synthese%20narrative.pdf>
- Laschinger, H. K., Wong, C., Regan, S., Young-Ritchie, C. & Bushell, P. (2013). Workplace Incivility and New Graduate Nurses' Mental Health. *The Journal of Nursing Administration*, 43(7/8), 415-421. doi:10.1097/NNA.0b013e31829d61c6
- Loiselle, C., Profetto-McGrath, J., Polit, D., & Tatano Beck, C. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent (Québec): E.R.P.I.
- Loriol, M. (2001). *La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmière. Prévenir*, 183-188. Accès <https://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=https%3A%2F%2Fhalshs.archives-ouvertes.fr%2Fhalshs-00361300%2Fdocument&ei=EiiaVbjeD4T7UOqHp5gD&usg=AFQjCNFaN4LNSQVLNVzD9EbjzDhwOPqlw>
- Martin, K. & Wilson, C. B. (2011). Newly Registered Nurses' Experience in the First Year of Practice: A Phenomenological Study. *International Journal for Human Caring*, 15, 21-27.
- Nurses at work. (2014). *Les infirmières s'expriment sur leurs choix de carrière - Une contribution à la lutte contre la pénurie infirmière en Suisse*. Accès <http://www.hesge.ch/geneve/actualites/2014/etude-nationale-repondre-penurie-dinfirmieres>
- Phaneuf, M. (2012). *La souffrance des soignants un mal invisible...Jalons pour une réflexion*. Accès <http://www.prendresoin.org/?p=2192>
- Phaneuf, M. (2014a). *La souffrance éthique et l'évolution professionnelle infirmière*. Accès <http://www.prendresoin.org/?p=3354>
- Phaneuf, M. (2014b). *Qualité de vie au travail ou qualité de soins – faut-il vraiment faire un choix ?* Accès <http://www.prendresoin.org/?p=3314>
- Phaneuf, M. (2014c). *Relève infirmière – lorsque les exigences du travail viennent briser les rêves*. Accès <http://www.prendresoin.org/?p=3289>
- Philipps, C., Kenny, A., Esterman, A. & Smith, C. (2013). A secondary data analysis examining the needs of graduate nurses in their transition to a new role. *Nurse*

- Education in Practice*, 14(2), 106-111.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2013.07.007>
- Qiao, G., Li, S. & Hu, J. (2011). Stress, coping, and psychological well - being among new graduate nurses in China. *Home health care management & practice*, 23, 398-403. doi:10.1177/1084822311405828
- Schwendimann, R., Widmer, M., De Geest, S. & Ausserhofer, D. (2014). *Situation du personnel soignant hospitalier en Suisse en comparaison européenne* (Obsan Bulletin 3/2014). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.
- Secrétariat d'Etat à l'économie SECO. (2011). *Le stress chez les personnes actives occupées en Suisse* [Résumé d'étude]. Berne : Secrétariat d'Etat à l'économie, Conditions de travail.
- Stern, M. & Vignola, A. (2014). *Diplômé-e-s 2014 / Filière en soins infirmiers*. Accès <http://www.heds-fr.ch/FR/ecole/actualites/Documents/Bachelor%20diplomes%202014.pdf>
- St-Pierre, L., Alderson, M. & St-Jean, M. (2010). Le travail infirmier en unité de soins intensifs adultes vu sous l'angle de la psychodynamique du travail. *L'infirmière clinicienne*, 7(1), 9-23. Accès <http://wer.uqar.qc.ca/revue-inf>
- Tribune de Genève. (2014, 15 septembre). Professions de la santé: La pénurie d'infirmières en Suisse va être analysée. *Tribune de Genève*. Accès <http://www.tdg.ch/suisse/La-penurie-d-infirmieres-en-Suisse--va-etre-analysee/story/13004698>
- Wu, T. Y., Fox, D. P., Stokes, C. & Adam, C. (2012). Work-related stress and intention to quit in newly graduated nurses. *Nurse Education Today*, 32, 669-674. doi:10.1016/j.nedt.2011.09.002
- Zamanzadeh, V., Roshangar, F., Fathi-Azar, E., Valizadeh, L. & Kirkwood, J. (2014). Experiences of Newly Graduated Nurses on Strategies of Gaining Self-Confidence During Their Initial Work: A Qualitative Study. *The Journal of Nursing Research*, 22(4), 283–291. doi:10.1097/jnr.0000000000000050

Appendices

Appendice A

Déclaration d'authenticité

Déclaration d'authenticité

« Nous déclarons avoir effectué ce travail de manière personnelle, conformément aux normes et directives de la Haute École de Santé de Fribourg. Les références utilisées dans cette revue de littérature sont nommées et clairement identifiées. »

Saskia Andrey et Mégane Heyd

Appendice B
Stratégies de recherche

Stratégie 1 :

Banque de données	CINAHL
Technique	Mots mesh et mots-clés
Mots-clés	("new graduate" [non-mesh] "nurses" [mesh] AND "psychological adaptation" [mesh])
Résultats	30 résultats dont 2 retenus
Article(s) sélectionné(s) et retenu(s)	
<p>Deppoliti, D. (2008). Exploring How New Registered Nurses Construct Professional Identity in Hospital Settings. <i>The Journal of Continuing Educational in Nursing</i>, 39(6), 255-262.</p> <p>Etheridge, S. A. (2007). Learning to Think Like a Nurse: Stories From New Nurse Graduates. <i>The Journal of Continuing Education in Nursing</i>, 38(1), 24-30.</p>	

Stratégie 2:

Banque de données	CINAHL
Technique	Mots mesh et mots-clés
Mots-clés	("new graduate" [non-mesh] "nurses" [mesh] AND "Coping" [non-mesh])
Résultats	64 résultats dont 2 retenus
Article(s) sélectionné(s) et retenu(s)	
<p>Feng, R.-F. & Tsai, Y.-F. (2012). Socialisation of new graduate nurses to practising nurses. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 21, 2064–2071. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03992.x</p> <p>Zamanzadeh, V., Roshangar, F., Fathi-Azar, E., Valizadeh, L. & Kirkwood, J. (2014). Experiences of Newly Graduated Nurses on Strategies of Gaining Self-Confidence During Their Initial Work: A Qualitative Study. <i>The Journal of Nursing Research</i>, 22(4), 283–291. doi:10.1097/jnr.0000000000000050</p>	

Stratégie 3:

Banque de données	Pubmed
Technique	Mots mesh et mots-clés
Mots-clés	("new graduate" [non-mesh] "nurses" [mesh] AND "Coping" [non-mesh])
Résultats	89 résultats dont 1 retenu
Article(s) sélectionné(s) et retenu(s)	
Laschinger, H. K., Wong, C, Regan, S., Young-Ritchie, C. & Bushell, P. (2013). Workplace Incivility and New Graduate Nurses' Mental Health. <i>The Journal of Nursing Administration</i> , 43(7/8), 415–421. doi:10.1097/NNA.0b013e31829d61c6	

Stratégie 4:

Banque de données	Pubmed
Technique	mots-clés
Mots-clés	("novice" [non-mesh] "nurses" [mesh] AND "needs" [non-mesh])
Résultats	99 résultats dont 1 retenu
Article(s) sélectionné(s) et retenu(s)	
Ketelaar, M. S., Nieuwenhuijsen, K., Frings-Dresen, M. H. W., Sluiter & J. K. (2015). Exploring novice nurses' needs regarding their work-related health: qualitative study. <i>International Archives of Occupational and Environmental Health</i> , 1-10. doi:10.1007/s00420-015-1022-5	

Stratégie 5:

Banque de données	Pubmed
Technique	Mots-clés
Mots-clés	("needs" [non-mesh] AND "new graduate" [non-mesh] "nurses" [mesh] AND "transition" [non-mesh])
Résultats	43 résultats dont 1 retenu
Article(s) sélectionné(s) et retenu(s)	

Philipps, C., Kenny, A., Esterman, A. & Smith, C. (2013). A secondary data analysis examining the needs of graduate nurses in their transition to a new role. *Nurse Education in Practice*, 14(2), 106-111.
doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2013.07.007

Stratégie 6 :

Banque de données	Google Scholar
Technique	Mots-clés
Mots-clés	("souffrances" [non-mesh] "Coping" [non-mesh] ET "infirmières novices" [non-mesh])
Résultats	77 résultats dont 1 retenu
Article(s) sélectionné(s) et retenu(s)	
Boivin-Desrochers, C. & Alderson, M. (2014) Les difficultés/souffrances vécues par les infirmières : stratégies permettant de préserver leur santé mentale, leur sens au travail et leur performance au travail. <i>Recherche en soins infirmiers</i> , 118, 85-96. doi:10.3917/rsi.118.0085	

Stratégie 7 :

Banque de données	Google Scholar
Technique	Mots-clés
Mots-clés	("novice" [non-mesh] "nurses" [mesh] AND "new workplace" [non-mesh])
Résultats	22'000 résultats dont 1 retenu
Article(s) sélectionné(s) et retenu(s)	
Cho, J., Laschinger, H. K. & Wong, C, (2006). Workplace empowerment, work engagement and organizational commitment of new graduate nurses. <i>Nursing Leadership</i> , 19(3), 43-60.	

Stratégie 8 :

Banque de données	Google Scholar
Technique	Mots-clés

Mots-clés	("novice" [non-mesh] "nurses" [mesh] AND "Coping" [non-mesh])
Résultats	352'000 résultats dont 1 retenu
Article(s) sélectionné(s) et retenu(s)	
Qiao, G., Li, S. & Hu, J. (2011). Stress, Coping, and psychological well-being among new graduate nurses in China. <i>Home health care management & practice</i> , 23, 398-403. doi:10.1177/1084822311405828	

Appendice C

Grilles d'analyse des recherches

**Grille de lecture d'un article scientifique
Approche qualitative**

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Boivin-Desrochers, C. & Alderson, M. (2014). Les difficultés/souffrances vécues par les infirmières : stratégies permettant de préserver leur santé mentale, leur sens au travail et leur performance au travail. <i>Recherche en soins infirmiers</i> , 118 , 85-96. doi : 10.3917/rsi.118.0085
Résumé	Cette revue de littérature étoffée a pour but d'éclaircir « les difficultés et souffrances vécues par le personnel infirmier et les stratégies employées pour assurer la préservation d'une santé mentale, d'un sens et d'une performance au travail. Elle vise également à offrir au personnel infirmier et aux gestionnaires du système de la santé des pistes de réflexion permettant de favoriser une santé mentale optimale du personnel infirmier. En ce sens, la psychodynamique du travail a été retenue comme cadre de référence pour structurer l'analyse des écrits traitant des éléments entourant les souffrances et les difficultés expérimentées par le personnel infirmier. L'emploi de ce cadre théorique a permis d'approfondir et de soutenir les relations entre les souffrances expérimentées au travail et la santé mentale du personnel infirmier. »
Introduction Enoncé du problème	« Le personnel infirmier canadien représente un levier considérable à l'égard des différents défis du système de soins et de santé actuel. En ce sens, parmi ces nombreux défis se trouvent celui de la sécurité des soins prodigués par ces professionnels de la santé, celui de la fatigue du personnel infirmier ainsi que l'impact des milieux de travail sur la santé de ces professionnels. Lors d'une étude qualitative, il en ressort que 43.4% des infirmières novices constatent qu'elles présentent une détresse psychologique élevée (Lavoie-Tremblay, Wright, Desforges, Gélinas, Marchionni & Drevniok, 2014), ce qui montre que la santé mentale du personnel infirmier représente également une problématique et un véritable signal d'alarme pour les gestionnaires du système de la santé. Egalement auprès d'une population d'infirmières de 24 ans ou moins, 61.5% d'entre elles émettent avoir l'intention de quitter leur unité de travail et 12.9% d'entre elles songent à quitter la profession infirmière (Lavoie-Tremblay, O'Brien-Pallas, Gélinas, Desforges & Marchionni, 2008). Ces statistiques provinciales permettent de visualiser l'ampleur de l'enjeu relié à la santé mentale des infirmières et de l'impact de cette dernière sur leur maintien dans la profession infirmière. En ce sens, les gestionnaires du système de la santé québécois jouent un rôle crucial dans l'aménagement de milieux de travail sains et dans l'offre d'un soutien au personnel infirmier dans le but de limiter ou diminuer la proportion de novices présentant une détresse psychologique (Lavoie-Tremblay, et al., 2008). Une notion d'urgence à l'égard de l'émergence de problèmes de santé mentale chez les nouvelles infirmières dès leur entrée dans la profession est donc soutenue. »
Recension des écrits	« Selon une étude qualitative, les professionnels de la santé figurent parmi les groupes de travailleurs les plus à risques de présenter une faible santé mentale (Marchand, 2007). Parmi ces professionnels, la faible santé mentale est plus prononcée chez le personnel infirmier et est associée à la détresse psychologique, à la dépression et à l'épuisement professionnel (Marchand, 2007). En ce sens, il importe de constater et de mettre en évidence le fait que les infirmières et infirmiers canadiens qualifient leur état de santé mentale comme étant passable ou mauvais à une proportion de 6% ; un taux plus élevé que celui des autres professionnels actifs (Statistiques Canada, 2006). Selon Ohler, Kerr & Forbes (2010), la profession infirmière est exigeante émotionnellement, mentalement et physiquement. Le risque de dépression est présent et considérable chez le personnel vivant un stress au travail, un alourdissement de la charge de travail, ainsi qu'un manque de respect. La perception d'un individu à l'égard de son travail influence son implication, sa coopération et sa performance au travail (Morin & Gagné, 2009). Selon Morin et Gagné (2009), le sens au travail peut être défini comme la concordance entre les valeurs personnelles de l'individu, le travail que ce dernier effectue ainsi que ses souhaits et attentes reliés à son emploi. Les stratégies personnelles utilisées lorsqu'un individu a une perception négative de son travail peuvent alors s'avérer inefficaces et entraîner une diminution de la performance au travail ainsi que des symptômes d'épuisement : absentéisme, volonté de changer d'emploi, perte intérêt envers le travail,

	conflits (Morin & Gagné, 2009). »
Cadre théorique ou conceptuel	Psychodynamique du travail (PDT) : approche développée par C. Dejours au cours des années 1970, en France. « L'organisation du travail comme source de plaisir et de souffrance et comme lieu d'émergence de stratégies défensives permettant aux individus de transiger avec les exigences de leur situation de travail afin de demeurer en santé ». (Alderson, 2004, p. 243). Source de souffrance au travail selon (PDT): « un état de lutte que vivent les travailleurs pour demeurer dans la normalité et ne pas sombrer dans la maladie » (Alderson, 2004, p.249). Les sources de souffrance sont considérées comme inhérente aux situations de travail (Alderson, 2004) et peuvent s'exprimer de différentes façons telles que des émotions fortes ou des comportements négatifs (Saint-Jean, Saint-Arnaud, Rhéaume, Therriault, Desrosiers, 2006).
Question de recherche	« Cette revue de littérature a pour but d'éviter la détresse psychologique des infirmières en documentant les difficultés et souffrances vécues au travail, les stratégies permettant de préserver leur santé mentale, ainsi qu'un sens et une performance au travail. La rescension des écrits vise aussi à fournir au personnel infirmier et aux gestionnaires du système de la santé des pistes de réflexion ainsi que des recommandations visant une santé mentale optimisée, un sens et une performance au travail. »
Méthodes Tradition et devis de recherche	C'est recherche est une revue de littérature étoffée.
Population et contexte	« Les articles qui traitent des sources de difficultés ou de souffrances expérimentées par le personnel infirmier, de la PDT ainsi que des stratégies défensives employées par les infirmières ont été sélectionnés. »
Collecte des données et mesures	« Interrogation de différentes bases de données, soit CINAHL, PubMed, Google Scholar et Atrium. » « Pour compléter la recherche, les sites internet de Statistique Canada, de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, de l'Institut canadien d'information sur la santé, de l'Institut universitaire en santé mentale, de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers et de l'Institut national de santé publique du Québec ont également été consultés. »
Déroulement de l'étude	« Seuls les articles de langue française ou anglaise et publiés majoritairement entre les années 2005 et 2014 ont été retenus. Un total de 57 documents ont été recensés. »
Rigueur	L'échantillon est suffisamment grand avec ses 57 articles. Les documents analysés couvrent effectivement le champ de l'étude.
Résultats Traitement des données	Une analyse précises se fait des 57 articles. Puis, les données récoltées sont catégorisées par thèmes.
Présentation des résultats	Stratégies individuelles de défense : « Selon Mace (2012), l'utilisation de la résilience est une stratégie de défense pour réduire la tension et de la pression vécues au travail. En effet, cette auteure est d'avis que la résilience est un outil permettant aux individus de gérer le stress vécu au travail dans des situations où les circonstances et l'environnement dans lequel ils oeuvrent sont inchangeables. Ce concept est la capacité de l'individu à s'adapter aux exigences et de ce fait, atténue la vulnérabilité des infirmières à l'égard des obstacles du travail et améliore leur environnement de travail et leur bien-être . » « Les départs ou transferts de milieu de travail consistent une des stratégies lorsque le travail effectué ne convient plus aux valeurs personnelles et lorsque les infirmières parviennent à la conclusion qu'il est impossible de changer la situation. En second lieu, Molinier (2008), présente l'activisme comme étant une stratégie individuelle de défense utilisée par le personnel infirmier. Cette stratégie n'est pas reconnue et récompensée ; elle peut susciter des conflits entre les membres de l'équipe qui l'utilisent et ceux qui désirent, notamment, mettre en avant leurs droits et protéger leur vie personnelle (Molinier, 2008). Ses stratégies sont souvent utilisées sans que l'individu en ait conscience. » « Face au manque de reconnaissance que peuvent vivre les infirmières et des déceptions ou frustrations qui y sont reliées, le manque d'engagement, le retrait et l'individualisme sont des stratégies individuelles défensives utilisées par ces personnes pour

	<p>se protéger (Alderson, 2006). La décision de travailler à temps partiel constitue également une stratégie défensive adoptée face à un manque de reconnaissance (Alderson, 2006). Cette stratégie est employée par les infirmières qui ne se sentent pas capables de travailler à temps plein dans un environnement empreint frustrations et d'un manque de reconnaissance et elle permet d'éviter l'épuisement professionnel (Alderson, 2006). »</p> <p>« La rationalisation des sources de souffrances est aussi une stratégie individuelle défensive utilisée par les infirmières afin d'atténuer la souffrance vécue au travail et de minimiser les impacts de celle-ci (Alderson, 2001). »</p> <p>« Selon Alderson, l'utilisation du déni de perception constitue une stratégie défensive déployée de manière consciente ou inconsciente lorsque le personnel infirmier entretient des rapports peu satisfaisants avec les pairs. Le fait de s'absenter du travail, à l'aide de congés d'études ou de congés parentales, permet également de se protéger. »</p> <p>« Cependant si la personne n'est plus en état de mobiliser des stratégies défensives, son état peut se détériorer, dès cet instant la diminution de la performance au travail et l'épuisement peut faire irruption. L'utilisation de stratégies défensives ne permet pas à l'individu de transformer les situations difficiles, mais de s'y adapter. »</p> <p>Stratégies collectives de défense : « L'établissement de liens de collaboration avec les collègues peut permettre une meilleure qualité de vie au travail et un sentiment d'appartenance à l'emploi (Morin & Gagné, 2009). Selon Molinier (2008), les infirmières prennent souvent le temps de discuter entre elles à propos de leur travail, de leurs sentiments, de leurs doutes, de leurs inquiétudes ou de leur impuissance. Ces périodes de discussion constituent une stratégie collective de défense et sont cruciales au maintien d'une cohésion au sein de l'équipe ainsi qu'à une qualité de soins et à une santé mentale optimale. Ces périodes d'échanges selon Pomerleau, Alderson & Décarie (2013), aident les infirmières à affronter les sources de souffrances vécues dans leur travail. Une stratégie collective défensive pertinente est l'utilisation de l'humour à l'égard des situations difficiles. »</p>
<p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>« Les difficultés ou souffrances vécues par les infirmières ont une portée non négligeable. Ces éléments de souffrances ne semblent pas rares au sein de la profession et méritent d'être considérée. En effet, 18.4% du personnel infirmier affirment qu'un changement au niveau de leur état mental a des impacts sur la capacité à effectuer le travail demandé (Statistiques Canada, 2006) et le fait que les souffrances vécues au travail influencent la motivation et la productivité des employés (Girard, 2009). »</p> <p>« L'environnement et l'organisation du travail détériorés des infirmières, la charge de travail trop élevée, le manque de reconnaissance, la violence vécue au travail, les tensions psychiques, le manque de soutien et de respect ainsi que le déséquilibre entre la vie personnelle et professionnelle représentent tous des sources de souffrance au travail recensés dans les écrits et méritent d'être prises en compte. Le stress et la tension psychique constituent des concepts proches, reliés, mais non interchangeable. »</p> <p>« La PDT se réfère au paradigme compréhensif tandis que l'approche sur le stress se rattache au paradigme positiviste. Caractéristiques pour avoir un milieu de travail de qualité : la communication et la collaboration efficaces dans les milieux de pratique, qu'elles se situent au niveau des relations entre les infirmières ou des relations entre les infirmières et les gestionnaires, sont essentielles à un milieu de travail sain (AIIC, FCSII, 2006). Les infirmières peuvent se sentir surchargée face à la pression liée aux différentes sources de souffrance au sein et en arriver à recourir à des stratégies défensives dans le but de protéger leur santé mentale. »</p>
<p>Perspectives</p>	<p>Recommandations pour l'employeur :</p> <p>« Les gestionnaires du système de la santé gagneraient à mettre en place des espaces de paroles pour les personnel infirmier. Ces espaces de rencontre sont appuyés par Morin & Gagné (2009), lesquels sont d'avis qu'une telle action permet des relations positives entre les collègues ainsi qu'une qualité de vie au travail accrue. La création d'espaces de parole permet également aux infirmières de verbaliser sur les sources de souffrances rencontrées au travail, d'arrêter le temps pour un moment afin de réfléchir sur leurs parcours professionnel, de consolider les liens existants entre le personnel infirmier, et finalement, de souligner et de discuter du sentiment d'identité professionnelle ressenti face à leur travail (Pomerleau et al., 2013). L'utilisation d'un système de rencontres individuelles entre le gestionnaire et les infirmières, serait pertinent, ayant pour objectif de recueillir les besoins, les</p>

	<p>aspirations et les expériences du personnel infirmier et de veiller à leur satisfaction au travail (Boivin et al. 2009). La participation du personnel infirmier dans les décisions ayant un lien avec la pratique est cruciale et constitue une piste de réflexion à l'égard des gestionnaires du système de santé (Lamontagne, 1999). L'étude menée par cette dernière démontre que la mise en place de mécanismes favorisant davantage la reconnaissance du travail et le respect est souhaitable pour le personnel infirmier. Ceci est souligné par 17% des infirmières canadiennes qui apprécieraient et mériteraient, en raison de leurs efforts et de leurs accomplissements, un plus haut niveau de respect et de reconnaissance (Statistique Canada, 2006). »</p> <p>« L'organisation et le déploiement d'un temps à des activités sociales à l'extérieur du travail visant à favoriser la reconnaissance de l'investissement des employés dans le travail, ainsi que la mise en place d'une réunion annuelle d'équipe visant à célébrer et reconnaître le travail d'équipe sont également des pistes de réflexion à l'égard de la reconnaissance soutenue par Brun, Dugas, (2005). L'employeur doit également veiller à conserver une autonomie aux employés, que ce soit par l'établissement de programmes de formation visant un développement et un maintien des compétences ou par le fait d'accorder aux employés les ressources nécessaires à leur travail (Morin, Gagné, 2009). »</p> <p>Recommandation pour le personnel infirmier :</p> <p>« Morin et Gagné sont d'avis que le partage des compétences, des intérêts et des objectifs professionnels auprès de l'employeur ainsi que l'adoption d'une attitude de respect envers soi-même constituent des issues que peut utiliser l'employé pour favoriser un bien-être psychologique. »</p> <p>« Le développement de la capacité de résilience est possible (McAllister, McKinnon, 2009) et souhaitable pour une meilleure qualité de vie au travail et une protection de la santé (Morin, Gagné, 2009). Cinq stratégies permettent à une infirmière de développer sa résilience (Jackson et al., 2007).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Etablissement de relations positives avec les collègues de travail, cela permet de créer un entourage composé d'individus de confiance dans le but d'acquiescer un soutien et une validation en cas de situations difficiles au travail. 2. Le maintien d'une attitude positive, à l'aide de l'optimisme et de l'humour permet de bâtir une résilience individuelle. Les individus résilients sont aptes à percevoir le positif et le potentiel des situations stressantes. 3. Le développement émotionnel est considéré comme étant une stratégie permettant à une infirmière de construire sa résilience personnelle (Jackson et al., 2007). 4. Un équilibre dans sa vie personnelle et spirituelle est essentielle à la création d'une résilience individuelle étant donné les exigences de la profession infirmière (Jackson, et al., 2007). 5. Le développement de la réflexion est une stratégie soutenue par Jackson et al. (2007), puisqu'il importe d'être en mesure d'analyser et de comprendre les situations vécues pour en retirer des apprentissages. <p>La présence de la résilience est associée notamment à une diminution du stress vécu au travail et des épuisements professionnels chez les infirmières. Ces dernières démontrant un haut niveau de résilience sont moins sujettes à présenter une altération du sens qu'elles donnent à leur travail (Mealer, Jones, McFann, Rothbaum, Moss, 2012). »</p>
<p>Questions générales Présentation</p>	<p>Recueil de données bien écrit, mais difficile à analyser, car les chapitres ne sont pas clairement définis.</p> <p>Le titre de l'article fait allusion à toutes les infirmières, mais en lisant cette revue de littérature, nous voyons que les auteurs se focalisent sur des infirmières avec peu d'expériences, infirmières novices. Effectivement, les auteurs relient la santé mentale chez les infirmières novices. Et diverses stratégies concernant les infirmières novices sont mises en évidence pour améliorer la santé mentale chez les infirmières novices. Et diverses stratégies concernant les infirmières novices sont mises en évidence.</p>
<p>Evaluation globale</p>	<p>« L'analyse de cette problématique permettra de contribuer au développement et au rehaussement des connaissances propres à la discipline infirmière. »</p>

Références bibliographiques :

- Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.
- Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2^{ème} éd.

Grille de lecture d'un article scientifique
Approche quantitative

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Cho, J., Laschinger, H. K. & Wong, C. (2006). Workplace empowerment, work engagement and organizational commitment of new graduate nurses. <i>Nursing Leadership</i> , 19(3), 43-60.
Résumé	« Comme une grande partie des infirmières expérimentées approchent de la retraite, il est essentiel d'examiner les facteurs qui favorisent l'engagement et l'empowerment des nouvelles infirmières diplômées. Les auteurs ont effectué une étude prédictive, non expérimentale, pour tester un modèle théorique dans un échantillon de nouvelles infirmières diplômées. Plus spécifiquement, ce modèle examine les relations entre l'empowerment, les six domaines de la vie au travail, l'épuisement émotionnel et organisationnel. Comme prévu, l'empowerment structurel a eu un effet positif direct sur les domaines de la vie au travail, qui à son tour a eu un effet direct sur l'épuisement émotionnel. Par la suite, l'épuisement émotionnel a eu un effet sur l'engagement au travail. »
Introduction Enoncé du problème	« Le recrutement et la rétention du personnel des infirmières, est devenu une haute priorité politique essentielle pour garantir une qualité et une durabilité du système de santé. Une grande pénurie d'infirmières est prévue dans les années à venir au Canada. C'est pourquoi, des stratégies efficaces doivent être développées pour améliorer les conditions de travail actuelles, qui sont caractérisées par des ressources limitées, l'augmentation de la charge de travail et par les taux élevés d'absentéisme (CNAC, 2002). Pour apporter des soins de hautes qualités aux patients, il est nécessaire qu'il y ait une présence d' infirmières qui soient pleinement engagées dans leurs travail. L'attention doit être accordée à ce que les nouvelles infirmières diplômées soient en mesure de pratiquer dans des environnements de travail favorables. »
Recension des écrits	<p>« Les infirmières novices décrivent leur nouveau rôle comme étant très stressant. (Charnley 1999 ; Gerrish 2000). Différentes littératures relèvent l'écart entre l'idéal et la réalité dans la pratique; il y a la peur d'effectuer des erreurs dû à la charge de travail et aux responsabilités exigeantes ; le manque de confiance dans leurs compétences cliniques; et le rôle essentiel que jouent les infirmières expérimentées dans l'apprentissage des nouvelles diplômées» (Boychuk Duscher 2001, Charnley 1999, Delaney 2003, Ellerton, Gregor 2003 , Evans 2001, Gerrish 2000, Wthihead 2001).</p> <p>« Des recherches antérieures sur le personnel infirmier a montré que l'empowerment structurel est lié à la satisfaction au travail (Manojlovich et Laschinger 2002), l'autonomie (Laschinger et al., 1997), la confiance (Laschinger et al., 2000), le respect (Laschinger 2004) et l'épuisement professionnel (Hatcher et Laschinger 1996). Plusieurs études ont également lié l'empowerment avec l'engagement au travail des infirmières » (Baguley 1999; Laschinger et Finegan 2005a; Laschinger et al 2000;. McDermott et al 1996;. Wilson et Laschinger 1994).</p> <p>« Cette étude est la première à tester la théorie de Kanter chez les nouvelles infirmières diplômées. Cependant, l'application d'un modèle d'empowerment basé sur cette théorie a été décrite chez la nouvelle infirmière diplômée, dans la littérature (Roche et al., 2004). Ce modèle d'empowerment est utilisé pour créer un environnement de travail favorable pour les nouvelles diplômées et les infirmières expérimentées qui ont été embauchées par l'organisation. »</p> <p>« Maslach et Leiter (1997) décrivent l'épuisement professionnel comme «... un syndrome d'épuisement psychologique, avec un présence de cynisme et d'inefficacité, qui sont connus en réponse à des facteurs de stress chroniques dû à l'emploi» (Leiter et Maslach 2004, p. 93). Alors que l'épuisement professionnel est considéré comme multidimensionnelle, l'épuisement émotionnel est souvent considérée comme l'expérience de l'individu face au stress (Leiter et Maslach 2004). »</p> <p>« Maslach et Leiter (1997) soutiennent que dans les meilleures situations, dès le début de leur emploi les personnes se</p>

	<p>sentent engagés dans leur travail. Au fil du temps, cependant, si une inadéquation entre les attentes de l'employé et les exigences de l'emploi sont présents, dans certains ou tous les six domaines de la vie au travail, amènent de l'épuisement chez les employés. L'énergie du départ est remplacée par un épuisement émotionnel, ce qui entraîne à son tour des sentiments de cynisme et d'inefficacité. »</p> <p>« L'engagement organisationnel est défini comme «... un lien psychologique entre l'employé et son organisation qui rend moins probable que l'employé quitte volontairement l'organisation » (Allen et Meyer 1996, p. 252). Cela concerne l'attachement, l'identification et l'implication d'un employé à l'organisation (Meyer et Allen, 1991). L'engagement organisationnel a été positivement liée à la performance de l'emploi, les comportements de citoyenneté organisationnelle et la satisfaction au travail (Allen et Meyer, 1996; Meyer et Allen, 1997). Cependant, Lum et ses collègues (1998) ont constaté que l'engagement organisationnel eu un impact direct sur les intentions des infirmières à quitter leur poste. »</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>« Le choc de la réalité (Kramer, 1974): les nouvelles infirmières expérimentent le choc de la réalité lorsqu'elles réalisent que les années où elles ont étudié ne les ont pas préparé suffisamment à faire face aux situations rencontrées au travail. Cela peut être un moment frustrant et difficile pour les nouvelles infirmières d'essayer de réconcilier les valeurs apprises à l'école avec la réalité du travail. Les conditions de travail affectent le temps et le soutien apporté aux nouvelles diplômées infirmières. Les études ont établis un lien entre les facteurs de l'environnement de travail et les expériences vécues durant l'éducation avec la satisfaction au travail, l'engagement organisationnel et la rétention. »</p> <p>« Kanter (1977, 1993) : cadre théorique utile pour comprendre comment l'empowerment, dans les milieux de travail, peut conduire à des résultats organisationnels positifs sur les infirmières nouvellement diplômées. Ce cadre soutient que l'accès à l'empowerment dans le milieu de travail, influence les attitudes et les comportements des employés. Avec l'empowerment, les employés sont plus motivés et trouvent un sens à leur travail. Cette motivation leur permet d'atteindre leurs objectifs liés au travail et l'empowerment des autres, conduit à une plus grande efficacité organisationnelle (Kanter, 1979). En revanche, les employés qui manquent d'empowerment sont plus susceptibles d'éprouver des sentiments d'impuissance, ce qui entraîne le désengagement au travail et une diminution de l'engagement organisationnel. »</p> <p>« Maslach et Leiter (1997) décrivent six domaines de la vie au travail : la charge de travail, le contrôle, les récompenses, la communauté, l'équité et les valeurs ; comme influençant l'engagement ou le surmenage des employés. La charge de travail est la relation entre le travail devant être effectué par l'employé, dans un temps et avec des ressources déterminés. Le contrôle fait référence à la prise de décision et l'autonomie dans l'emploi par le salarié. La récompense implique la reconnaissance de l'engagement au travail et peut être monétaire, sociale, personnelle ou une combinaison de ceux-ci. La communauté est définie comme la qualité des interactions sociales dans le lieu de travail. L'équité est liée à la présence de la confiance, l'ouverture et le respect dans les organisations et leurs processus décisionnels. Enfin, les valeurs se réfèrent à la congruence des priorités organisationnelles et les valeurs des employés. Selon Maslach et Leiter, lorsque ces facteurs de travail sont en places, les employés éprouvent une bonne adéquation entre eux-mêmes et leur environnement de travail, sont moins susceptibles de connaître l'épuisement professionnel et sont donc plus engagé dans leur travail. Ces domaines de la vie au travail ont été liées à la présence de l'empowerment au travail (Laschinger et Finegan, 2005). »</p>
Hypothèses	<p>« Le but de cette recherche est de tester un modèle qui intègre la théorie de Kanter avec l'empowerment au travail et la théorie de Maslach et Leiter, pour l'engagement au travail et l'épuisement professionnel. Plus précisément, ce modèle a été testé afin de relier les perceptions d'empowerment des nouvelles diplômées infirmières face à l'engagement au travail, l'épuisement professionnel et l'engagement organisationnel dans les milieux hospitaliers de l'Ontario pour les soins des de courte durée. »</p>
Méthodes Devis de recherche	<p>« Une étude utilisant un devis qualitatif prédictif non-experimental. »</p>

Population et contexte	« Les nouvelles infirmières diplômées, avec une expérience inférieure ou égale à deux ans et demi, ont reçu des questionnaires à domicile; deux semaines plus tard, une lettre de rappel a été envoyée aux non-répondants. Trois semaines après, les non-répondants ont reçu un questionnaire de remplacement. 496 nouvelles diplômées de travail dans les soins aigus ont été sélectionnés aléatoirement à partir d'une liste obtenue venant de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (CIO). En fin de compte, 226 enquêtes utilisables, ont été reçues. »
Collecte des données et mesures	<p>« Toutes les questions de cette étude étaient notées sur une échelle de Likert. Les estimations de fiabilité alpha de Cronbach pour toutes les échelles de l'étude et les sous-échelles sont présentés dans un tableau. L'empowerment structurel est mesuré à l'aide des conditions d'efficacité au travail : Questionnaire-II (CWEQ-II) (Laschinger et al. 2001a), une mesure de la perception à son accès, à l'information, à du soutien et les ressources des employés. Le CWEQ-II comprend également l'emploi Activités Scale-II (JAS-II) et les Relations organisationnelles Scale-II (SRO-II), qui mesurent le pouvoir formel et informel. Un score total de l'empowerment est créé en additionnant les six scores des sous-échelles CWEQ-II (gamme de score possible, 6-30). Dans cette étude, le coefficient alpha de Cronbach était de 0,84, et une forte corrélation avec le CWEQ-II ($r = 0,57$, $p < 0,01$) fourni une nouvelle preuve de validité. »</p> <p>« Les analyses statistiques ont été réalisées en utilisant le logiciel pour les sciences sociales (SPSS Inc., 2001) et AMOS, programme pour les statistiques au sein de SPSS-PC (Arbuckle 1997). Les statistiques descriptives ont été effectuées pour toutes les variables de l'étude. Des tests unilatéraux ont été utilisées pour les analyses des corrélations. Pour tester les hypothèses, la modélisation d'équations structurelles a été utilisé. »</p>
Déroulement de l'étude	« Les six domaines de la vie au travail (charge de travail, le contrôle, les récompenses, la communauté, l'équité et les valeurs) ont été mesurés en utilisant une échelle sur les zones de vie au travail (AWS) (Leiter et Maslach 2002). Les domaines sont classés sur une échelle de cinq points allant de 1 (fortement en désaccord) à 5 (fortement d'accord). Un score élevé ($> 3,00$) pour chacun des six points indique une congruence entre le lieu de travail et les préférences des employés; un score faible ($< 3,00$) signifie un décalage (Leiter et Maslach 2004). Des valeurs alpha de Cronbach allant de 0,70 à 0,82 ont été signalés pour la AWS sont acceptables (Leiter et Maslach 2004). Cinq éléments de l'échelle de l'épuisement émotionnel du Maslach Burnout Inventory sont utilisés (Schaufeli et al 1996). Une enquête générale a été faite pour mesurer la variable d'engagement/épuisement professionnel. L'engagement organisationnel a été mesuré en utilisant l'échelle de l'engagement affectif, une sous-échelle du questionnaire d'engagement organisationnel (Meyer et al., 1993). »
Résultats Traitement des données	Les moyennes et les écarts types pour les variables de l'étude sont présentés dans des tableaux.
Présentation des résultats	<p>« Les nouvelles infirmières diplômées ont rapporté des niveaux modérés de l'empowerment et l'engagement organisationnel. Elles ont signalé un fort degré d'adaptation (scores $> 3,00$; Leiter et Maslach, 2004) dans quatre des six domaines de la vie de travail. La relation la plus forte entre les participants et leur milieu de travail était dans la zone de la communauté, suivie par les valeurs, de la récompense et du contrôle. Les participantes ont signalé une plus grande disparité dans le domaine de la charge de travail et de l'équité. 66% des nouvelles infirmières diplômées ont déclaré vivre des niveaux sévères d'épuisement émotionnel, selon les normes ($> 3,00$) de Maslach et collègues (1996). »</p> <p>« Le modèle final a révélé un ajustement adéquat, et tous les résultats étaient significatifs. L'empowerment structurel a eu un effet positif direct sur le degré global d'ajustement dans les domaines de la vie de travail, ce qui, à son tour, a eu un effet négatif direct sur l'épuisement émotionnel. Enfin, l'épuisement émotionnel a eu un effet négatif direct sur l'engagement organisationnel. »</p> <p>« Les analyses de corrélation ont été effectuées afin d'examiner les relations entre les structures d'empowerment, les six domaines de la vie de travail, l'engagement / épuisement professionnel et l'engagement organisationnel. L'accès au soutien et au pouvoir formel ont été trouvés comme étant les facteurs les plus importants liés au degré d'ajustement dans les six</p>

	<p>domaines de la vie de travail. Pour les nouveaux infirmiers diplômés, l'accès aux possibilités était faiblement liée à l'ajustement dans les six domaines de la vie de travail. Parmi les dimensions de l'empowerment, l'accès au soutien était particulièrement important pour les récompenses et la congruence des valeurs. Sans surprise, l'accès aux ressources a été associée à la charge de travail, et l'accès au soutien et au pouvoir formel ont été les plus fortement liés à l'équité. L'épuisement émotionnel a été la plus fortement liée à un manque d'ajustement perçu dans les domaines de la charge de travail, suivie par l'équité et la communauté. Un accès au soutien et au pouvoir formel ont été trouvés comme étant le plus fortement corrélé avec l'engagement au travail des nouvelles infirmières diplômées. »</p>
<p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>« Les résultats de cette étude appuient que l'empowerment structurel a un impact sur l'engagement au travail et l'engagement organisationnel des nouvelles diplômées. Plus précisément, les nouvelles infirmières diplômées ont estimé qu'un meilleur accès aux structures d'empowerment en milieu de travail a abouti à des degrés d'ajustement global plus élevé dans les domaines de la vie de travail. L'ajustement employé-emploi a donné lieu à un plus grand engagement au travail (moins de burnout), ce qui a finalement conduit à un plus grand engagement de l'organisation. L'empowerment structurel ayant un effet direct important sur l'engagement organisationnel, soutient l'affirmation de Kanter que les conditions structurelles de l'environnement de travail jouent un rôle important sur les attitudes des employés et les comportements au travail. Les résultats fournissent un soutien pour un modèle de travail élargi qui relie la théorie de Kanter à la théorie de Maslach et Leiter de l'engagement au travail, éclairant ainsi les mécanismes par lesquels l'empowerment agit sur les conditions de travail et affectent les attitudes et les comportements. »</p> <p>« Dans cette étude, les nouvelles diplômées ont déclaré vouloir plus d'accès aux opportunités d'apprentissages. Cette constatation est logique, les nouveaux diplômés doivent avoir de nombreuses occasions d'apprendre par le biais des programmes d'orientation, avec des expériences de préceptorat cliniques et des présentations dans les unités. Et faire face à différentes situations cliniques crée également un milieu d'apprentissage continu et de travail stimulant. Compte tenu des influences directes et indirectes de l'empowerment structurel sur l'engagement organisationnel, l'augmentation de l'accès à la flexibilité de l'emploi, de solides relations interpersonnelles, des informations, des ressources, du soutien et des occasions d'apprendre peut être une stratégie potentiellement efficace pour retenir nouvelles infirmières diplômées. »</p> <p>« Les résultats de cette étude fournissent un appui pour l'utilisation de la théorie de Kanter d'empowerment auprès de la nouvelle population infirmière diplômée. En outre, cette étude apporte un soutien plus empirique pour le lien entre l'empowerment, les six domaines de la vie au travail et l'engagement de travail / épuisement professionnel. Les résultats suggèrent que lorsque de nouvelles infirmières diplômées ont accès à l'empowerment structurel, elles se sentent plus engagées dans leur travail et plus engagées auprès de l'organisation. Les administrateurs doivent adopter une approche proactive pour assurer la prestation des soins de haute qualité par la création de l'empowerment, les conditions de travail des nouveaux diplômés favorisent l'engagement au travail et l'engagement organisationnel. »</p>
<p>Perspectives futures</p>	<p>« Les résultats de cette étude soulignent l'importance des conditions de travail positives, destinées à assurer l'engagement des nouvelles diplômées. À l'approche de la pénurie d'infirmières, les managers doivent regarder au-delà des solutions rapide et mettre en œuvre des stratégies fondées sur des preuves qui soutiennent l'empowerment et l'efficacité dans le milieu de travail des infirmières. L'accès à l'information peut être améliorée en assurant la communication en temps opportun sur des sujets spécifiques et des questions d'organisation à l'aide de réunions du personnel régulières, des forums ouverts, des mises à jour par e-mail, des documents écrits, des permanences téléphoniques et des repas en commun (Baguley 1999; Cline 2001). Le soutien émotionnel, des conseils et une assistance pour la pratique doivent être présents dans le cadre du soutien en milieu de travail (Chandler 1986). Les informations et le soutien sont essentiels pour les nouvelles infirmières diplômées en raison de l'importance des relations professionnelles et de partage dans leur processus de transition. Un programme intensif constitué d'orientation et de mentorat serait servir à cette fin. Organiser des occasions d'apprentissage peut aussi aider à construire des réseaux informels et le travail d'équipe collégiale. »</p>

	« Mettre en place une dotation adéquate pour fournir des soins de haute qualité, est une ressource clé pour les infirmières. Avec des charges de travail de plus en plus élevé, les gestionnaires doivent relever le défi d'assurer que les ressources sont suffisantes pour répondre aux besoins et ainsi prévenir l'épuisement professionnel. L'implication des nouvelles infirmières diplômées dans le processus décisionnel dès le début de leur carrière facilite l'accès au pouvoir formelle. Et ainsi encourage les infirmières à poursuivre des positions de leadership sur l'unité, de conseils et des comités hospitaliers peuvent également favoriser le développement des compétences et le développement (Laschinger et al., 2003). Enfin, les gestionnaires doivent encourager les nouvelles infirmières diplômées à utiliser la pratique EBN pour appuyer la prise de décisions et être ouvert à des idées créatives qui pourraient améliorer la pratique infirmière. »
Questions générales Présentation	« Cette étude devrait être répliqué en utilisant des échantillons plus larges de nouvelles diplômées et travaillant dans d'autres domaines et d'autres provinces. Le risque d'avoir des réponses biaisées à la suite de l'utilisation de questionnaires d'autoévaluation doit aussi être pris en considération (Polit et Beck 2004). Enfin, la faible fiabilité de l'échelle de AWS suggère que davantage de travail est nécessaire pour affiner la mesure. Cependant, ce manque de fiabilité peut avoir atténué certaines corrélations. »
Evaluation globale	Résultats utiles pour la question de recherche de la revue de littérature effectuée.

Références bibliographique : Loïselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.
Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2^{ème} éd.

Grille de lecture d'un article scientifique
Approche qualitative

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Deppoliti, D. (2008). Exploring How New Registered Nurses Construct Professional Identity in Hospital Settings. <i>The Journal of Continuing Educational in Nursing</i> , 39(6), 255-262.
Résumé	<p>« But : Décrire et explorer l'expérience qui contribue à la construction de l'identité professionnelle de l'infirmière à l'hôpital de 1 à 3 ans après avoir été diplômées d'une école de santé.</p> <p>Méthodologie : Cette étude qualitative a utilisée des interviews semi-structurées, approfondies et des questions ouvertes. Toutes les interviews ont été enregistrées et retranscrites. 21 interviews ont été conduites avec 16 participants. Le chercheur a analysé les données par l'objectif de l'interactionnisme symbolique.</p> <p>Résultats : L'étude identifie divers points de passage dans la construction de l'identité des 3 premières années de l'infirmière. Ces points requièrent de l'adaptation au stress pour accomplir des négociations réussies et incluent le fait de trouver sa voie, l'orientation, le conflit de la prise en soins, passer l'examen pour avoir le droit d'exercer la profession, devenir une infirmière responsable et passer à autre chose. Un sentiment de responsabilité, le besoin de formation continue et la perfection étaient inhérents à tous les points de passage.</p> <p>Conclusion : L'importance de cette étude repose sur les influences situationnelles sur la construction de l'identité, le besoin d'équilibre et de soutien dans l'environnement de travail et le besoin organisationnel de soutenir l'empowerment et la voix des soins infirmiers. »</p>
Introduction Enoncé du problème	La nation (Etats-Unis) fait face à une pénurie d'infirmières potentiellement dangereuse. De plus, les infirmières quittent la profession, car elles sont insatisfaites. Cela créé une crise dans un milieu où la demande augmente de par le vieillissement de la population entre autres.
Recension des écrits	« Les recherches actuelles soutiennent qu'il existe une disparité entre l'idéalisme et le professionnalisme du processus d'éducation ... D'autres études sont nécessaires pour savoir en quoi les programmes d'éducation ont une influence sur les infirmières débutantes, pour comprendre l'écart entre l'idéal et la réalité et pour retenir les infirmières à leur poste ... C'est éprouvant pour les infirmières de devoir combiner la science et l'art de prendre soins avec le contexte économique des soins. Les infirmières sont attentives aux besoins des patients pour soigner de manière humaine et cherchent à garder une attitude de compassion lorsqu'elles interagissent avec les patients. Les infirmières doivent intégrer la prise en soins, les connaissances et les compétences. Le manque de temps entrave la formation de relation thérapeutique avec le patient. Le développement de l'identité professionnelle est un processus important dans toutes les professions ... En accord avec Secrest et al., aucune littérature n'a été trouvée pour décrire ce que signifie que d'être une infirmière pour un individu. »
Cadre théorique	-
Question de recherche	<p>« Cette recherche a exploré les expériences des infirmières diplômées qui travaillent dans un hôpital depuis 1 à 3 ans après l'obtention de leur diplôme. Le but de cette étude était de décrire et explorer les expériences qui contribuent à la construction de l'identité des infirmières. L'étude se focalise sur les infirmières et comment elles ont comme signification de leurs expériences. »</p> <p>« L'étude a commencé avec deux questions principales : Que pensent les infirmières, dans cette étude, de leur profession et leur place dans celle-ci, et quels sont les facteurs par lesquels les infirmières se sentent influencés dans la construction de leur identité. »</p>
Méthodes Tradition et devis	<p>« Cette étude utilise un devis qualitatif. »</p> <p>« Les interviews ont duré entre 1h et 1h30 et les interviews étaient semi-structurées avec des questions ouvertes. »</p>

Population et contexte	« 3 hommes et 13 femmes ... âgés entre 20 et 57 ans. Le critère d'inclusion était de travailler depuis 1 à 3 ans après l'obtention du diplôme. »
	« Cette étude a été conduite dans trois hôpitaux du nord-est des Etats-Unis. 21 interviews ont été conduites avec 16 participants. Un participant a été interviewé trois fois, 3 ont été interviewés 2 fois et les autres une fois. Aucune interview complémentaire n'a été conduite après la saturation des données. »
Collecte des données et mesures	Le cadre théorique de l'interactionnisme symbolique a placé les participants comme focus central des analyses et a accentué le fait que chacun construit la signification de son propre environnement. Afin de capturer les points de vue avec précision, les auteurs enregistrent toutes les interviews et demandent une vérification aux interviewées afin de déterminer les interprétations avec précisions. Le processus d'interview est guidé par la théorie selon laquelle l'étude qualitative est un dialogue entre les chercheurs et les sujets. Les chercheurs ont reçu une liste des candidats potentiels par la cheffe du premier hôpital avec des recommandations en lien avec la diversité des ethnies et des genres. Le directeur des soins de l'hôpital a fait des recommandations basées sur les mêmes critères. Les interviews ont été conduites dans une salle de conférence dans le premier hôpital pendant ou après le travail. Dans le 2 ^{ème} et 3 ^{ème} hôpital, les interviews ont eu lieu dans divers endroits.
	Chaque interview a été transcrite et des notes de terrain détaillées ont été produites. Les notes de terrain incluent les retranscriptions mot-à-mot des interviews, les observations des chercheurs, les commentaires des réponses et attitudes des infirmières et les notations de thèmes ayant émergés.
Déroulement de l'étude	Des noms fictifs ont été assignés aux participants afin de protéger l'anonymat. Chaque participant a reçu une lettre expliquant la recherche.
Rigueur	-
Résultats Traitement des données	« L'analyse des données a été conduite selon la théorisation ancrée de Glaser et Strauss (1967) qui est définie comme un style d'analyses qualitatives qui incluent l'échantillonnage non aléatoire de convenance (theoretical sampling) et les guidelines méthodologiques. Les étapes des analyses de données sont la récolte de données, le codage, la catégorisation principale, l'échantillonnage de convenance (theoretical sampling), les comparaisons, la saturation des données, l'intégration de théories, de notes théoriques et de la tri théorique. Par la comparaison constante, les données ont été collectées en profondeur et codées et produisent une théorie bien-construite. Le focus des analyses est n'est pas seulement de collecter et ordonner les données, mais d'organiser les idées qui émergent ... Pendant et après la collecte de données, le chercheur a vérifié et comparé les notes de terrain et codé les données dans des catégories utilisant constamment la méthode de comparaisons. Les exemples de catégories incluent la responsabilité, l'apprentissage, la fragmentation, l'entrée dans le domaine et la négociation de pouvoir et d'autorité ... Les thèmes ont été constamment questionnés et modifiés si nécessaire ... Lorsque des thèmes ont émergé par la collecte de données, les participants ont été interrogés pour répondre à ce que les autres ont indiqués comme étant important. »
Présentation des résultats	« Divers points de passage ont été expérimentés par les infirmières lorsqu'elles commencent leur carrière. Lors de tous ces passages, les relations ont été identifiées comme étant primordiales pour une transition réussie. Les thèmes de responsabilités, formation continue, et perfection étaient omniprésents durant tous les passages et été rapportés par les participants comme étant des composantes intégrales de l'identité professionnelle. Trouver sa voie : cela est défini comme le fait de trouver sa place, où les valeurs et compétences personnelles sont en parfaite adéquation avec les personnes avec lesquelles l'infirmière travaille et avec l'environnement de travail. Développer un sens de ce que signifie que d'être infirmière, de ce que la position requière et de comment se comparent les soins infirmiers aux autres professions de la santé, est impliqué dans cette transition. Les infirmières dans cette étude ont identifié l'importance de s'intégrer. Cela implique un sens de la famille, être heureux, se sentir professionnel, délivrer des soins de qualité aux patients et à leurs familles et avoir le sentiment que ses propres compétences et capacités sont compatibles avec celles requises par la pratique. Orientation : Toutes les infirmières de cette étude ont suivi des programmes d'orientation. » Si pour certaines l'expérience était bonne, pour d'autres pas. En effet, les participants expliquent que cela dépend si le précepteur est bon ou mauvais. Les

infirmières débutantes se sentaient mal à l'aise de poser des questions. L'importance d'un bon processus d'orientation est accentuée par le fait que ce soit une fondation solide pour entrer dans la profession.

Le conflit de la prise en soins : Les infirmières ont décrit que les théories de « caring » apprises sont en conflit avec le lieu de travail. La structure des horaires, le changement quotidien d'assignement des patients et le manque de renforcement pour passer du temps à discuter avec les patients ont été identifiés comme barrière. Les participants ont mentionné que leurs référents ne veulent pas que les infirmières débutantes soient émotionnellement trop proches de leurs patients. Dès lors, elles se battent pour savoir comment elles doivent réellement prendre soins de leurs patients.

Passer l'examen de licence : Cette période est considérée comme l'une des plus difficiles. « Les participants ont décrit des hauts niveaux d'anxiété et de peur d'échouer. L'anxiété augmente si un pair échoue à son examen ... Les infirmières interviewées ont indiqué que les infirmières cheffes, les professeurs et les conjoints étaient des sources de soutien. »

Devenir une infirmière responsable : « être « en charge » a été décrit comme un événement majeur par plusieurs infirmières dans cette étude, bien qu'elles rapportent de hauts niveaux d'anxiété associés à ce sens de responsabilité. La négociation de cette étape importante solidifie leur carrière comme infirmière et signifie qu'elles peuvent maintenant guider les autres comme les infirmières expérimentées. Néanmoins, les participants ont décrit le sentiment de se sentir pousser à ce rôle trop tôt, d'avoir reçu peu d'orientation, un sentiment accablant de responsabilités, d'être bombardé de questions qui requièrent des actions et de prendre des décisions pour lesquelles elles ne sont pas préparées. » Plusieurs infirmières sont d'accord sur le fait que « certains événements ou comportements (savoir comment négocier et changer le système, avoir un soutien adéquat pour les aider par le processus, avoir un temps approprié pour commencer ce processus, etc.) fait que ce processus soit plus gérable. »

Passer à autre chose : « L'augmentation des compétences par le fait de rejoindre une nouvelle unité de soins a été discutée. Ce processus réexpose les infirmières au niveau de novice en leur permettant d'apprendre de nouvelles performances et compétences. Les infirmières ont besoin de trouver leur voie et de réfléchir à ce qui les a fait entrer dans le domaine des soins infirmiers. Elles ont discuté des questions familiales qui influencent leur décision initiale et 3 ans après le début de leur carrière, elles ressentent le besoin de réévaluation. Plusieurs participants voulaient apprendre plus et développer leurs compétences ... Comme les infirmières gagnent de l'expérience au travail, elles prennent confiance lors des communications avec les médecins. Plusieurs participants ont rapporté une augmentation du respect par les médecins, qui contribue à leur confiance en soi et leur assurance. »

Les thèmes principaux :

Responsabilité, apprentissage et perfection : « Tous les participants ont parlé de ces thèmes comme étant des enjeux et défis rencontrés durant les trois premières années. Un sens de responsabilité était étroitement lié avec le besoin de formation continue. » Du fait que les infirmières veulent être parfaites et que les instructeurs leur demandent souvent de faire tout leur possible pour atteindre l'excellence, « le besoin d'apprendre est constamment présent et évolue. Le développement de l'affirmation de soi et l'acquisition de compétences s'assimilaient avec le respect des médecins. Bien que les infirmières soutiennent que la plupart des connaissances sont dérivées de l'intuition, elles reconnaissent le besoin de formation continue pour gagner le respect et se présenter comme avocates du patient ... Les infirmières voyaient les fortes connections avec les collègues comme un moyen complémentaire d'éducation informelle et l'expansion des connaissances. » Elles apprenaient de leurs pairs par la narration, le questionnement et la réponse à leurs questions, et la modélisation du rôle. La responsabilité d'apprentissage était vu comme étant relié directement à la qualité de la prise en soins des patients.

Négociation pour le pouvoir et l'autorité : Selon les infirmières, « quelques stratégies pour se mettre d'accord avec les médecins étaient de donner les informations, de combiner les appels, de parler aux infirmières expérimentées et de décrire les symptômes. Plusieurs infirmières se sentaient humiliées, dévalorisées et dévaluées par les médecins et parlaient d'un manque de respect. Elles faisaient face (coped) à cet abus par l'augmentation de leurs connaissances, leur maturité, leurs expériences et en observant les infirmières plus expérimentées. Parfois, elles recevaient du soutien des infirmières cheffes. »

	<p>Fragmentation ou rupture des soins infirmiers : « Les infirmières se sentaient divisées par le lieu où elle travaille, le sens de prendre soins et de la profession/vocation, le genre, la préparation éducative, l'âge, les années d'expériences/de pratique et l'organisation de la profession. Une distinction claire a été faite entre les infirmières dont c'est la vocation, qui prennent vraiment soins, et les autres qui prennent la profession juste comme un travail. » Une deuxième distinction claire entre les infirmières diplômées dans le passé ou aujourd'hui, car les programmes de formation ont changé. Plusieurs différences se faisaient ressentir selon l'unité où travaillaient les infirmières. Plusieurs infirmières ont dit qu'un sens de discontinuité dans la profession influençait négativement leur sens d'elles-mêmes comme infirmières.</p>
<p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>« Beaucoup d'infirmières ont parlé du conflit de la prise en soins, qui est négocié pendant les trois premières années de pratique et est identifié comme un point de passage pour la construction de l'identité professionnelle ... Le remboursement financier connecté à la baisse du temps passé à l'hôpital par le patient, les infirmières ne sont pas capables de connaître leurs patients sous tous les aspects ... Les infirmières, qui relient souvent leurs compétences avec l'habileté de prendre soins des patients et de leurs familles et qui identifient des feedbacks positifs des patients et de leurs familles comme contribuant à la construction de leur identité personnelle, sont en danger de perdre leurs principaux renforcements ...</p> <p>Selon Sanford, les individus font tout leur possible pour réduire la tension causée par les challenges/défis et restaurer l'équilibre. L'ajustement, la stabilité et la tranquillité d'esprit ne sont pas compatibles avec le développement. Les individus doivent être défiés et stimulés pour qu'un changement se produise ... Un équilibre approprié entre les défis et le soutien des pairs, du système, des collègues et des patients influençait la traversée des points de passage et la construction de l'identité professionnelle. Par ces passages, les infirmières étaient mise au défi par un sens accablant de responsabilités envers les patients, un besoin de perfection, le pouvoir et l'autorité face à un système hiérarchique et patriarcal, la nécessité de formation continue et les relations avec l'administration, les autres infirmières et les médecins. Les éléments qui étaient perçus comme des défis devenaient alors du soutien. » Cela est en accord avec les résultats d'autres recherches.</p> <p>Pistes pour les prochaines recherches : « le concept de différents types d'infirmières et les divisions basées sur l'âge, la race, le genre et d'autres catégories qui influenceraient le développement de l'identité professionnelle et ajouterait de la fragmentation et de l'isolement dans la profession infirmière ... Les infirmières de cette étude avaient des connotations négatives sur les infirmières qui n'aspiraient pas à quelque chose de nouveau. Cela nécessite de plus amples investigations. » D'autres études sont encore nécessaires sur tous les résultats obtenus dans cet article afin de savoir ce que les infirmières recommandent comme action.</p>
Perspectives	<p>« Les points clés pour la construction de l'identité professionnelle :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Divers points de passages ont été identifiés lorsque l'infirmière progresse dans l'établissement de son identité professionnelle. 2. Ces points de passage nécessitent de l'adaptation au stress pour accomplir une négociation réussie. 3. Il y a un besoin d'équilibre entre les défis et le soutien de l'environnement professionnel. 4. Les organisations doivent soutenir l'empowerment et la voix des soins infirmiers »
Questions générales	L'article est bien présenté et répond aux questions initiales.
Evaluation globale	Ils manquent quelques aspects comme la rigueur et aucun concept n'est utilisé, par contre de nombreuses pistes pour de prochaines recherches sont envisagées.

Références bibliographiques :

Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.
Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2^{ème} éd.

Grille de lecture d'un article scientifique
Approche qualitative

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Etheridge, S. A. (2007). Learning to Think Like a Nurse: Stories From New Nurse Graduates. <i>The Journal of Continuing Education in Nursing, 38 (1)</i> , 24-30.
Résumé	« L'un des objectifs de l'éducation des infirmières est d'aider les étudiants à apprendre à commencer la pratique, ce qui inclut de prendre des décisions cliniques afin de s'assurer de la sécurité des patients. Le jugement clinique est souvent déterminé par la vitesse à laquelle les infirmières détectent une complication menaçant la vie, la vitesse à laquelle le patient quitte l'hôpital ou la vitesse à laquelle le patient apprend à prendre soins de lui-même. Cette étude descriptive, qualitative, a examiné les perceptions des infirmières récemment diplômées à propos de l'apprentissage des jugements cliniques. Les infirmières diplômées d'une Bachelor en soins ont été interviewées trois fois en neuf mois afin de déterminer leurs perceptions de comment elles ont appris à penser comme une infirmière. Les résultats de cette étude pourrait être utilisés afin d'identifier des stratégies pour aider les nouvelles diplômées à faire la transition d'étudiante à infirmière. »
Introduction Enoncé du problème	« Les étudiants rapportent que lorsqu'ils entrent pour la première fois dans les soins, ils ignorent la complexité de la pensée et de la résolution de problèmes. Ils sont souvent incapables de penser par eux-mêmes ou de changer leur planification selon ce qui arrive avec un patient spécifique à tout moment. L'étude d'Etheridge (1999) montre que les étudiantes infirmières étaient surprises par la quantité et le types de décisions cliniques infirmières requises par les infirmières. Au début de leur formation, elles pensaient que leurs actions étaient dirigées par les médecins. Cela montre un manque de la compréhension du rôle de l'infirmière dans la prise de décisions cliniques qui entraînerait que les infirmières récemment diplômées n'auraient pas une perception exacte de la demande qui leur est adressée d'avoir des jugements cliniques. »
Recension des écrits	« La littérature infirmière indique que le processus de l'apprentissage de la prise de décisions cliniques n'est pas clairement compris ... Un domaine qui touche l'habilité à prendre des décisions cliniques pourrait être le développement épistémologique de l'individu. Ce développement est une partie du développement intellectuel et est concerné par les croyances individuelles sur les connaissances, qui les a et d'où elles viennent, selon divers auteurs. » Deux autres auteurs ont trouvé que « les infirmières nouvellement diplômées étaient au même stade du développement que les diplômés d'université. Cela signifie qu'elles n'auraient pas les connaissances et habilités pour prendre des décisions cliniques. »
Cadre théorique ou conceptuel	-
Question de recherche	« Quelles sont les perceptions des nouvelles infirmières diplômées (NID) par rapport à leurs décisions cliniques et qu'est-ce que la formation a impliqué dans le processus d'apprentissage de la prise de décisions cliniques ? » « Cette étude a exploré les expériences que les NID ont considérées comme étant aidante lors du processus d'apprentissage de la prise de décisions cliniques et leurs croyances à propos de leur rôle dans la prise de décisions cliniques. »
Méthodes Tradition et devis de recherche	« Cette étude descriptive, longitudinale et phénoménologique a utilisé des interviews semi-structurées afin d'étudier la compréhension de la prise de décisions cliniques. »
Population et contexte	Infirmières diplômées qui travaillent dans une unité adulte de médecine ou chirurgie dans l'ouest du Michigan. Les nouvelles infirmières ont entre 22 et 26 ans et sont diplômées de deux écoles de santé (Bachelor). Elles ont suivi un programme interne après l'obtention du diplôme, mais n'ont pas eu de référent par la suite.
Collecte des données et	« Les interviews ont été enregistrées et retranscrites mots par mots, validées par une autre infirmière et ensuite examinées par thèmes. Les interviews ont eu lieu trois fois à trois occasions différentes, un mois après la fin de la formation initiale, deux-trois

mesures	mois plus tard et approximativement 8 à 9 mois après la première interview. »
Déroulement de l'étude	La confidentialité a été assurée par l'utilisation de noms fictifs. Les participants ont signé un consentement éclairé.
Rigueur	-
Résultats Traitement des données	« Lors des interviews initiales, les réponses des participants de la recherche ont suggéré des difficultés dans la compréhension de la phrase « prendre des décisions cliniques ». De ce fait, la phrase a été remplacé par « penser comme une infirmière » et les NID ont répondu plus spontanément et de manière plus énergique. »
Présentation des résultats	<p>« Le processus d'apprentissage de penser comme une infirmière est caractérisé par l'émergence de la confiance en soi, l'acceptation de responsabilités, le changement de relation avec les autres et l'habileté de penser de manière plus critique à propos de son propre travail. L'habileté de penser comme une infirmière renvoie à la conscience de soi-même et à la croyance de ses propres habiletés en matière de compétences et de responsabilités. Ces caractéristiques prennent généralement du temps pour se développer et augmentent avec l'encouragement et l'expérience.</p> <p>Le développement de la confiance en soi : la confiance est la croyance en soi-même, en ses propres compétences psychomotrices et de jugement et en sa propre possession de connaissances et habilités de penser et de tirer des conclusions. » La confiance en toi prendrait plusieurs mois pour se construire. Le plus important pour les participants était de pouvoir mettre toutes les informations ensemble et savoir ce que cela signifie. Plusieurs participants disaient que le développement de la confiance en soi se faisait en six mois par le fait de faire leurs propres conclusions correctes en regardant le status d'un patient. Après neuf mois, les NID sont capables de prendre des décisions complexes de manière indépendante.</p> <p>L'apprentissage des responsabilités : La responsabilité est la connaissance dont une personne a besoin pour prendre ses décisions, agir et penser de manière critique. L'infirmière est responsable de la prise en soins du patient alors qu'elles pensaient en tant qu'étudiantes que cette responsabilité revenait au médecin. De plus, elles étaient surprises par le nombre de responsabilités qui leur étaient demandées.</p> <p>Les relations avec les autres : Les autres étaient les individus que les NID voyaient comme les personnes auxquels elles étaient dépendantes pour les aider à penser comme une infirmière, les personnes vu comme faisant preuve d'autorité. Du fait qu'elles n'avaient pas confiance en elles, elles utilisaient les autres pour valider leurs décisions. Initialement, les NID posaient des questions à leurs référentes. Ensuite, elles ont appris qu'elles n'avaient pas besoin de tout savoir parce qu'elle avait le soutien de la référente. Par la suite, elle cherchait la validation auprès des infirmières expérimentées.</p> <p>Penser de manière critique : « L'apprentissage de penser de manière critique sur son propre travail est une grande partie du travail de l'infirmière. La pensée critique se produit continuellement, s'étend avec l'expérience et devient éventuellement une deuxième nature. L'approfondissement et l'évaluation exacte sont des caractéristiques de la pensée critique ... Penser à toutes les implications et options pour chaque cas de la prise en soins du patient est de la pensée critique. C'est multifactoriel et cela inclut la récolte de données, l'évaluation et rassembler les pièces séparées de données afin d'identifier un problème et déterminer les options appropriés pour traiter le problème ... Parfois une intervention infirmière simple » suffit à résoudre un problème, alors que d'autres fois il est nécessaire d'appeler le médecin. Ce processus de pensée critique nécessite du temps. La pensée critique inclut la consultation avec les autres membres de l'équipe.</p> <p>Processus d'apprentissage des NID :</p> <p>Les expériences cliniques : « La stratégie d'apprentissage la plus aidante pour apprendre à penser comme une infirmière est d'être dans la pratique avec les patients et avoir des expériences variées avec les patients. » Les liens théories-pratiques se font à ce moment-là. La pratique est l'endroit de choix pour entraîner la délégation et la priorisation. L'expérience pratique est nécessaire, autant que les colloques avec les membres de l'interdisciplinarité et les réseaux avec le patient. Les expériences cliniques répétées aident les NID à devenir plus expert lors de la prise en soins des patients et dans le développement d'approches alternatives qui étaient sûres et avantageuses. Elles apprennent à différencier ce qui doit être immédiatement</p>

	adressé au médecin ou si cela peut attendre. Les discussions avec les pairs : écouter et parler de ses expériences avec les pairs est très aidant comme étudiants.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	« Avec le temps, la plus part des NID apprennent la confiance en soi et comment s'adapter (to cope) avec les responsabilités. Elles ont appris à prendre confiance en elles dans la prise de décisions comme dans la collaboration. Quelques changements développementaux qui sont arrivés avec ces sujets sont le développement de la confiance en soi, l'acceptation des responsabilités et la prise de conscience de l'importance de la pensée critique. » « Les limites de l'étude sont que l'erreur est possible comme dans toutes les études. Les sources possibles d'erreurs incluent les composantes situationnelles comme la qualité de l'interaction de l'interviewer avec les sujets. L'utilisation de questions similaires avec une large population de NID devrait valider les résultats de cette étude. »
Perspectives	« Les NID croient que les membres du corps professoral sont les modèles et veulent qu'ils leur posent des questions et les défient à penser comme des infirmières. Cette construction mutuelle de connaissances est l'une des meilleures stratégies d'apprentissage qu'elles ont expérimenté. Les professeurs et les référents doivent aider les NID à construire leurs connaissances. C'est mieux de ne pas donner les réponses aux questions, mais de les assister à déterminer la réponse et cela l'aide à augmenter et construire leurs connaissances ... Si les discussions avec les pairs sont aidantes pour les étudiants, elle devrait l'être également pour les NID. Les NID peuvent avoir des moments de discussion ou des « chat » pour parler de ce qu'elles ont appris. »
Questions générales Présentation	L'article est présenté surtout autour des résultats. Certains points comme le résumé ou la discussion pourraient être mieux présentés.
Evaluation globale	L'article amène des stratégies utiles à la réalisation du BT, néanmoins, des lacunes apparaissent concernant le manque de certaines informations (analyses des données, rigueur, discussion en comparaison avec les résultats de recherches ultérieures.

Références bibliographiques :

Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.
Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2^{ème} éd.

**Grille de lecture d'un article scientifique
Approche qualitative**

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Feng, R.-F. & Tsai, Y.-F. (2012). Socialisation of new graduate nurses to practising nurses. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 21, 2064 – 2071. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03992.x
Résumé	<p>« But : le but de cette étude était d'explorer les expériences de socialisation des nouvelles infirmières diplômées Bachelor dans la pratique des soins infirmiers.</p> <p>Etat des connaissances : Comment les infirmières combattent le stress de leur rôle professionnel a été l'intérêt des chercheurs et des administrateurs des centres de soins dans les 30 dernières années. Le stress au travail apparaît le plus souvent suite à des facteurs organisationnels et professionnels. Cependant, quelques études ont exploré les expériences de socialisation professionnelle et organisationnelle des nouvelles infirmières diplômées (NID).</p> <p>Devis : une approche qualitative descriptive a été adoptée.</p> <p>Méthodes : Les participants étaient diplômés d'un programme de Bachelor en soins infirmiers et employés à plein temps dans quatre centres de Taiwan, qui est leur première expérience de travail à plein temps. Les données ont été collectées lors d'interviews semi-structurées et approfondies par des questions ouvertes, retranscrites mot pour mot et analysées par une analyse de contenu. Trois thèmes ont été identifiés : chaos accablant, apprendre en faisant et être un initié.</p> <p>Résultats : Bien que le processus de socialisation personnel était difficile pour les NID, elles avaient besoin de plus de temps pour augmenter leurs connaissances et compétences cliniques afin de répondre aux besoins cliniques. Le plus difficile travail était le processus de socialisation organisationnel, qui implique de s'ajuster au système bureaucratique, autant que de maintenir des relations interpersonnelles avec les collègues et se familiariser elles-mêmes avec les règles et la culture du service. Les NID participant à la recherche étaient frustrés par le conflit entre les valeurs professionnelles et organisationnelles.</p> <p>Conclusion : les résultats de l'étude montre que la transition de la NID pour pratiquer les soins infirmiers était stressante pour ces participants, particulièrement dû à l'affrontement entre les valeurs professionnelles où les soins sont centrés sur le patient et les valeurs organisationnelles où les soins infirmiers sont centrés sur les tâches.</p> <p>Perspective pour la pratique : Les infirmières supérieures peuvent considérer les descriptions des expériences des NID de cette étude pour les aider à devenir des initiées et à procurer des soins de qualité. »</p>
Introduction Enoncé du problème	<p>« Les infirmières doivent faire face à de grande pression dans leur travail dû aux rapides progrès de la technologie médicale, qui demandent des connaissances et compétences médicales et infirmières. Les systèmes de santé de prestations de soins rencontrent d'énormes transformations dans les structures organisationnelles et dans les modèles de prestations de soins. Ces transformations incluent les changements technologiques rapides, l'accélération du roulement des patients, la hausse des acuités des patients, l'augmentation de la complexité dans les besoins de prise en charge des patients et les contraintes de remboursement. Ces changements sont particulièrement difficiles pour les NID lorsqu'elles adaptent leurs rôles et responsabilités au lieu de pratique ... Comment les infirmières ont combattu le stress de leur rôle professionnel a été un intérêt pour les chercheurs et les administrateurs des soins dans les 30 dernières années. La recherche indique que le stress des infirmières vient de facteurs organisationnels et professionnels. Les facteurs organisationnels incluent les rotations au sein de l'équipe, les hautes demandes au travail et le manque de soutien des pairs, l'incapacité d'atteindre les médecins, la non-familiarité avec les situations, le manque de ressources essentielles et la surcharge de travail, ainsi que le faible engagement organisationnel. Les facteurs de stress professionnels incluent l'ambiguïté des rôles, le manque de connaissances et compétences, la soudaine augmentation de responsabilité et la connaissance des responsabilités individuelles. »</p>
Recension des	« Les NID font face à une transition complexe et stressante pour devenir infirmière praticienne. Elles ne doivent pas seulement

écrits	<p>être socialisées dans le contexte de pratique des soins et devenir responsable de la prise en soins de leurs patients, mais également apprendre des diverses règles formelles et informelles et le règlement de l'hôpital qui façonnent leurs comportements. Bien que les NID aient les compétences qui les qualifient pour le diplôme d'infirmière, la plupart d'entre elles rapportent des sentiments de ne pas être préparées aux attentes de leur nouveau rôle. Dans le cas de la socialisation des infirmières, une préoccupation a été exprimée en lien avec la contradiction entre les valeurs idéalistes adoptées à l'école d'infirmière et les réalités du contexte clinique, référencé comme le choc de la réalité de Kramer (1974). Lorsque les NID commencent à travailler comme infirmières, elles doivent faire face à des situations où elles perçoivent leur rôle idéal comme étant différent du rôle réel. Dans ces situations stressantes, elles choisissent fréquemment de fuir plutôt que de se battre pour s'adapter. En effet, les NID en Etats-Unis ont un roulement volontaire de 30% dans la première année de travail et de 57% dans les deux premières années. Similairement, 61,5% des NID au Canada prévoient de quitter leur travail actuel. Le premier travail présente aux NID l'opportunité d'intégration au monde professionnel. Ce processus de transition peut déterminer si la NID va avoir une carrière pleine de succès ou va quitter la profession. Du fait que les hôpitaux sont le site de socialisation du plus grand nombre des NID, les expériences initiales des NID à l'hôpital sont importantes pour la rétention, la satisfaction au travail et l'identification des rôles. »</p>
Cadre théorique ou conceptuel	-
Question de recherche	<p>« Plus d'informations sont requises sur le processus par lequel la NID devient une infirmière praticienne à Taiwan. La transition de la salle de classe à la pratique infirmière est multidimensionnelle et entrelace les valeurs et les pratiques des institutions éducationnelles, des employés, des praticiens cliniques, des chercheurs et des étudiants. Les différents programmes infirmiers affectent les processus de transition. »</p> <p>« Du fait que cette transition implique un large éventail de facteurs et que plusieurs hôpitaux à Taiwan préfèrent embaucher des infirmières Bachelor pour remplir les conditions d'accréditation, le but de cette étude était préliminairement d'explorer les aspects de socialisation des nouvelles infirmières Bachelor diplômées pour devenir infirmière praticienne. »</p>
Méthodes Tradition et devis de recherche	<p>« Un devis qualitatif descriptif a été choisi pour explorer l'expérience de socialisation des NID à Taiwan. Du fait que ce phénomène n'est pas décrit dans la littérature, cela garantit une description riche fournie par la description qualitative qui offre un résumé descriptif et compréhensible des événements exprimés par les participants. Bien qu'un devis qualitatif descriptif ne permette pas un haut niveau d'interprétation, cela offre une description précise des événements. La description qualitative est similaire aux autres approches qualitatives dans plusieurs domaines, mais possède une méthode qualitative unique. Par exemple, les données dans cette étude étaient analysées par une comparaison constante, qui est communément associée aux études de théorie ancrée. »</p>
Population et contexte	<p>« Les NID ont été recrutées par échantillonnage non aléatoire si elles remplissaient les conditions suivantes : être diplômée d'un programme de Bachelor en soins, être employée à plein temps dans un hôpital et ce travail était leur première expérience professionnelle à plein temps. Sur les 36 infirmières approchées, sept ont rempli les critères et ont été d'accord de participer. Les infirmières participantes travaillaient comme infirmières dans quatre centres médicaux du nord de Taiwan. Les participantes ont travaillé à leur poste depuis en moyenne 5.5 mois et étaient âgées en moyenne de 28.1 ans et étaient toutes des femmes. »</p>
Collecte des données et mesures	<p>« Les données ont été collectées lors d'interviews semi-structurées et approfondies, par des questions ouvertes, enregistrées, qui ont duré entre 2 et 4 heures. Les interviews ont été guidées par les questions suivantes : comment vous sentez-vous par rapport au désir de devenir infirmière diplômée ? Quelle a été votre plus profonde expérience au travail ? Quel a été votre plus grand échec ou la question qui vous a rendu le plus anxieux ? Quels sont vos stratégies d'adaptation (Coping) ? Le premier auteur a transcrit chaque interview mot par mot et les a analysés avant de conduire les interviews additionnelles. Lorsque les analyses ont progressé, plus de questions ont été ajoutées au guide d'interviews. Les notes de terrain ont été écrites pour aider aux analyses ultérieures, permettant ainsi au chercheur de mettre en évidence les aspects non-verbaux de l'interview. Les données ont été collectées et analysées simultanément jusqu'à ce que les données soient saturées. »</p>

Déroutement de l'étude	« L'étude a été approuvée par les conseils d'examen institutionnels de l'université catholique de Fu-Jen et par les quatre centres médicaux où travaillaient les participantes. Le premier auteur a expliqué l'étude aux participants, répondu à leurs questions, expliqué les mesures de confidentialité et obtenu leur consentement écrit avant les interviews. Le premier auteur a également informé les personnes interviewées sur leur droit de stopper l'interview ou de se retirer de l'étude à tout moment. »
Rigueur	« La fiabilité des données a été assurée par l'application des critères de crédibilité, transférabilité, fiabilité et confirmabilité de Lincoln et Guba. La crédibilité est augmentée par l'engagement prolongé des auteurs envers les participants, par la vérification par les participants et la vérification avec un mentor expérimenté en théorisation ancrée. La transférabilité a été augmentée par le premier auteur qui a retranscrit le contexte de recherche explicitement, incluant les citations des patients et en donnant les détails en lien avec l'échantillon pour que cela puisse profiter aux autres personnes voulant utiliser les résultats dans d'autres contextes. En lien avec la fiabilité et la confirmabilité, au moment de l'étude, le premier auteur a été un conférencier et un instructeur clinique dans une unité de soins aigus pendant plus de 20 ans et a eu des expériences ultérieures comme spécialiste clinique depuis environ cinq ans. La confirmabilité était améliorée en gardant une copie des notes, des enregistrements audios qui traquent les décisions relatives aux changements de conditions de recherche et en notant les liens démontrés par l'enregistrement des interviews. »
Résultats Traitement des données	« Les analyses ont impliqué la comparaison constante entre les concepts, les catégories, les incidents et les données pour identifier les liens pertinents et les influences contextuelles. Afin d'améliorer la compréhension des données, le premier auteur a utilisé des notes écrites pour enregistrer les idées, pensées et questions pour aider à explorer les codes et leurs interrelations. Lors de l'analyse et de l'interprétation des données, le premier auteur a analysé les données ligne par ligne et a utilisé des mots clés et phrases afin de développer des codes ouverts et sous-thèmes qui ont permis de former les thèmes initiaux. Ensuite, chaque auteur a proposé des points de vue divergents, fait remarquer des préjugés et focalisé sur les mots réels des participants. »
Présentation des résultats	« Par l'analyse des interviews avec les NID en lien avec leur processus de socialisation, les chercheurs ont trouvé trois thèmes : le chaos accablant, apprenant en faisant et être un initié ... Le chaos accablant : Lorsque les NID entrent pour la première fois sur un lieu de travail, elles reçoivent tellement de stimuli qu'elles expérimentent une surcharge sensorielle. Ces stimuli ont deux aspects : environnemental et professionnel. Les stimuli professionnels incluent de nombreuses nouvelles compétences et le personnel, ainsi que l'ambiguïté des rôles. Les facteurs contribuant à ces stimuli étaient le manque de connaissances et d'expérience clinique des participantes ... Dans ce sens, une participante a reflété le sentiment d'être submergée ... Les stimuli organisationnels ont inclus le manque de personnel, le manque de soutien et les contraintes de temps. Durant toutes les périodes de formation pratique, chaque étudiant a besoin de prodiguer des soins holistiques pour seulement un ou deux patients, sous la supervision d'un référent. Sur le lieu de travail, l'infirmière doit prendre en charge de sept à huit patients les horaires de jour et plus durant les horaires de nuit. » Les témoignages parlent d'impression que le travail n'était pas fait, de peur due au manque de connaissances et compétences et de manque de soutien. « Le thème de chaos accablant décrit la conscience des NID aux stimuli du lieu de travail, qui les font se sentir désorganisées, de vivre une défaite personnelle et de l'ambiguïté par rapport à leur rôle. Tous ces stimuli font que les participantes se sentent toujours en manque d'aide. Les participants ont expérimenté un énorme niveau de frustration durant les premiers mois de leur premier travail d'infirmière. Elles ont le désir de délivrer des soins appropriés, mais elles manquent de connaissances, compétences, temps et énergie pour le faire. La plupart des NID disent ne pas avoir été suffisamment préparées lors de leurs études. En tant qu'étudiantes, les NID ont dit qu'elles n'avaient eu la responsabilité totale des soins des patients. De ce fait, elles ne pouvaient premièrement pas faire face à ces responsabilités. Tous les participants ont mentionné le fait de ne pas être assez rapide et de manquer d'expériences cliniques. À l'hôpital, la rapidité était considérée comme le principal indicateur de performance. » Apprendre en faisant : « le processus pour devenir une infirmière professionnelle n'implique pas uniquement le fait de passer

	<p>des examens et être diplômé, mais également un processus complexe d'induction dans un large éventail de normes formelles et informelles qui doivent être enseignées et apprises. Afin d'augmenter leurs compétences dans la prise en soins, les NID ont appris par la réalisation personnelle (auto-direction) et en accord avec leur besoin professionnel ... Si j'avais une question, je trouvais une gentille collègue et lui demandais de l'aide... si j'ai assez de temps, je préfère lire ou trouver la réponse par moi-même. » Une NID a expliqué que sachant qu'elle est une personne distraite, pour éviter de faire toujours les mêmes erreurs, elle a un cahier afin de noter certaines choses et pour lui rappeler de ne pas le refaire. « Puisque le fait de ne pas savoir était perçu par les NID comme une faiblesse, plutôt qu'un état attendu de l'orientation professionnelle, elles étaient réticentes à participer aux programmes d'orientation ou aux cours d'éducation dans le service. Elles ont également rapporté que ces programmes et cours étaient proposés pendant les heures de travail et ne remplissaient pas toujours leurs besoins. De plus, la lourde charge de travail fatiguait les NID, leur laissant peu d'énergie pour suivre les classes malgré leurs avantages. »</p> <p>Être un initié : « Après cinq mois de travail comme infirmière, les participantes se sentaient moins stressées et plus en confiance de travailler dans un hôpital. Le sentiment de faire partie de l'équipe était très important pour les NID. Au début, plusieurs participantes ont dit qu'elles risquent de se faire engueuler devant les autres si elles ont échoué dans la conformité aux normes de l'institution. Avec l'accumulation d'expérience, les NID ont réalisé que pour être un initié dans leur profession ou leurs unités, elles ont eu à mettre à jour leurs connaissances et se familiariser avec les règles de l'unité. » Une infirmière dit qu'il est important d'être en harmonie avec ses collègues. « Les nouvelles venues estiment que l'apprentissage de comment résoudre l'écart entre les connaissances et la pratique est plus facile que d'apprendre comment se comporter de manière appropriée avec les personnes sur le lieu de travail. » Par exemple, une NID explique que certaines infirmières ne sont jamais satisfaites et qu'elles trouvent toujours quelque chose à critiquer. C'est vraiment difficile de travailler avec ces personnes et malheureusement tu as besoin de leur aide.</p>
<p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>« Par l'apprentissage en faisant, les NID gagnent des connaissances infirmières et compétences petit à petit. Se sentir comme faisant partie de l'équipe était très important pour les NID. Bien que le processus ne fût pas facile, après cinq mois de travail comme infirmière, les participantes avaient gagné de la confiance en soi pour faire leur travail dans l'unité. Les NID ont également décrit le processus de passer par le chaos accablant à être un initié comme n'étant pas linéaire ; le processus était circulaire. L'apprentissage en faisant était la stratégie qui a aidé la transition des NID du chaos accablant à devenir un initié. »</p> <p>Les résultats coïncident avec ceux d'autres études. Par exemple, « McKenna et Green (2004) rapportent que lors des premiers six mois après l'obtention du diplôme, les NID se focalisent sur leurs compétences cliniques, leurs connaissances et s'adapter à la réalité de la pratique et à elles-mêmes en tant qu'infirmières ... Les NID ont à traiter avec un environnement étranger et à gérer les relations interpersonnelles avec les collègues. Plusieurs participants se réfèrent à des difficultés de comportement avec les infirmières cadres, contrairement à un rapport précédant disant que les NID ont le plus de problème dans leurs relations au travail avec les médecins (Duchscher 2001). Nos résultats sont cohérents avec ceux d'une revue de littérature indiquant que les intimidations entre infirmières est une expérience commune dans la transition pour devenir une infirmière (Woelfle & McCaffrey 2007). La plupart des participantes se réfèrent à leurs besoins d'acceptation et de soutien par les infirmières cadres, mais la plupart du temps, les infirmières cadres étaient déplaisantes et non-aidante. Malheureusement, ce comportement a une influence profonde et durable sur les participantes. En Chine, il y a un proverbe qui dit qu'une belle-fille qui souffre un jour deviendra une belle-mère. Cela signifie que ceux qui souffrent un jour obtiendront leur chance. » En lien avec les programmes d'orientation, les NID participent à ces programmes après huit heures de travail et apprennent des choses dont elles n'ont pas vraiment besoin. « Ces facteurs font que les programmes d'orientation semblent être un fardeau pour les NID. « Lors de leurs études, les étudiantes infirmières apprennent que le service aux patients est garanti par la capacité spéciale des professionnels à résoudre les problèmes. Pour atteindre cet objectif, les infirmières doivent bien connaître le patient et constamment développer leurs connaissances et compétences cliniques ... Développer leurs connaissances et compétences cliniques était difficile pour les NID parce qu'elles ont besoin de plus de temps pour exécuter les tâches cliniques, qu'elles doivent s'adapter au système</p>

	<p>bureaucratique, entretenir des relations interpersonnelles avec les collègues et se familiariser elles-mêmes avec les normes de l'institution et la culture était le travail le plus difficile pour elles. Ces résultats sont similaires au rapport de Corwin (1961) qui rapporte que les NID expérimentent un choc de la réalité due au conflit entre les rôles bureaucratiques et professionnels. l'étude documente quelques comportements positifs et adaptatifs et des stratégies d'adaptation des NID, c'est-à-dire qu'elles désirent apprendre et exécuter leurs responsabilités et leurs mesures proactives pour s'adapter aux demandes du lieu de travail. Ces comportements d'adaptation peuvent aider les NID à développer la résilience et l'habileté de copier (faire face) aux situations stressantes (Grafton et al. 2010) pendant la transition pour devenir un initié. »</p> <p>Limitations : « Malgré la contribution de cette étude pour comprendre les forces des NID dans leur premier poste d'infirmières, les résultats de l'étude étaient limités par le petit échantillon. Bien que le petit échantillon soit acceptable pour cette étude exploratoire approfondie, les résultats ne peuvent pas être généralisés. »</p> <p>« Conclusion : le processus de socialisation des NID a été expérimenté comme étant plus sévère dans les institutions de soins aigus, avec de nombreuses circonstances de sanctions négatives utilisées pour assurer leur rôle d'apprentissage. La transition de NID à infirmière praticienne était stressante pour les participants, particulièrement due au choc entre les valeurs professionnelles où les soins sont centrés sur le patient et les valeurs organisationnelles où les soins sont orientés vers les tâches. »</p>
Perspectives	<p>« Afin d'aider les NID lors de la transition, plus d'informations sont utiles pour comprendre comment la socialisation organisationnelle interfère avec la socialisation professionnelle. »</p> <p>Les implications des résultats en lien avec la pratique sont les suivants : « Pour résoudre les problèmes de contraintes de temps, les hôpitaux devraient construire et offrir une banque de données et des ressources électroniques pour les informations apparentées au service, permettant ainsi aux infirmières de trouver l'information basée sur leurs propres besoins.</p> <p>Nos résultats, concernant le fait que les comportements positifs et adaptatifs (Coping) des NID les auraient aidé à agir lors de la période de transition stressante, suggèrent que les organisations construirait la résilience et les stratégies d'adaptation des NID. Quelques stratégies pour construire la résilience incluent le développement de relations professionnelles positives et d'un réseau, ainsi qu'un mentor, de la guidance et du soutien des collègues plus âgées ; un entraînement efficace de la gestion du stress (Grafton et al. 2010) ; aidant les NID à changer leurs perceptions du stress face à un défi (Lazarus & Folkman 1984) ; et l'utilisation de la réflexion personnelle pour développer la perspicacité émotionnelle. »</p>
Questions générales Présentation	L'article est bien articulé, le schéma au début des résultats permet de cerner rapidement les thèmes qui vont être abordés et les liens entre eux. Le résultat principal : apprendre en faisant est peu approfondi, mais parle de lui-même.
Evaluation globale	L'article ne se base pas sur un concept ou une méthode de soins et reprend relativement peu de recherches ultérieures, malgré cela les résultats pourront être utilisés dans notre BT et comparés aux résultats d'autres études. Les résultats sont analysés afin d'en ressortir des recommandations au niveau éducationnel, administratif et pratique.

Références bibliographiques :

Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2^{ème} éd.

**Grille de lecture d'un article scientifique
Approche qualitative**

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Ketelaar, M. S., Nieuwenhuijsen, K., Frings-Dresen, M. H. W. & Sluiter J. K. (2015). Exploring novice nurses' needs regarding their work-related health: qualitative study. <i>International Archives of Occupational and Environmental Health</i> , 1-10. doi:10.1007/s00420-015-1022-5
Résumé	<p><i>Objectif</i> : « Etudier les expériences et les besoins des infirmières novices néerlandaises concernant le soutien de la santé au travail pour permettre de prévenir les problèmes de santé liés au travail et leur permettre d'être fonctionnelle. »</p> <p><i>Méthode</i> : « C'est une étude qualitative effectuée avec 6 étudiantes infirmières et 8 nouvelles diplômées. L'interview est basé sur 3 sujets : les expériences en liens avec la santé et le travail, le soutien reçu pour la santé au travail et les besoins de soutien pour la santé au travail. Les résultats ont été analysés sur la base de la théorisation ancrée. »</p> <p><i>Résultats</i> : « Les participantes ont rapportés avoir des problèmes en lien avec la santé au travail très tôt dans leur carrière et décrivent des expériences qui conduisent à un fonctionnement non optimal au travail, dû à des problèmes de santé. Les besoins de soutien comprennent des connaissances et un support psychosocial durant les études et lors de leur premier emploi, par ex., en étant attentif de donner des informations sur les horaires de travail irrégulier, conseiller sur la carrière. »</p> <p><i>Conclusions</i> : « Le soutien pour les infirmières novices est très important, ayant pu constater des problèmes survenants tôt dans leur carrière, il est nécessaire de fournir plus de connaissances et de soutiens pour aider les infirmières novices à rester en bonne santé et être fonctionnelles dans leur emploi. Ces responsabilités sont du ressort des enseignants, des employeurs et des organisations. »</p>
Introduction Enoncé du problème	« Les soins infirmiers font parti des métiers où il est difficile d'adapter les exigences de la profession pour les rendre moins pénibles. Travailler dans un hôpital entraîne différents problèmes de santé reliés au travail, notamment physique et psychosocial, il y a de nombreux facteurs de risques qui ne peuvent être complètement évité (mobilisation des patients, être en contact avec des maladies infectieuses, contact avec des fluides biologiques, horaires irréguliers et faire face à de l'agressivité dans le milieu de travail). »
Recension des écrits	<p>« Différentes études ont montré une forte prévalence pour certains problèmes de santé chez les infirmières, il y a par exemple des douleurs dans le bas du dos, des problèmes de peau ou encore des problèmes de santé mentale. Les nouvelles infirmières diplômées sont plus vulnérables de développer des problèmes de santé ou de faire des erreurs, car elles n'ont pas d'expériences et de ce fait n'ont pas encore développé toutes les compétences (Evans, 2001). Les études montrent une forte prévalence pour des problèmes musculosquelettiques et des burnout chez les infirmières novices et il y a une baisse de l'état de santé qui est rapporté entre la dernière année d'étude et après les 3 premières années de travail (Hasson et al. 2010). »</p> <p>« Il est prouvé que les nouvelles infirmières diplômées ont un grand risque de se faire des blessures dû à des piqûres d'aiguilles ou par d'autres formes d'expositions à des liquides biologiques. Seulement, ce problème doit être une incitation pour les employeurs de devoir accorder une attention particulières à ces nouvelles infirmières, car il est connu que cela affecte le fonctionnement de leur travail, avec de possibles conséquences pour les patients. »</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Transition, santé au travail, infirmières novices
Question de recherche	« Il est important d'offrir aux infirmières novices, du soutien pour leur santé, c'est à dire effectuer une prévention, afin d'éviter qu'elles ne développent un problème de santé lié au travail et les aider à fonctionner de manière optimale dans la prévention de ces possibles problèmes de santé dû au travail. »

	<p>C'est pourquoi, cette étude a investigué les 3 sujets suivants, en lien avec les infirmières novices :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. leurs expériences en lien avec leur travail et leur santé , 2. le soutien en santé qu'elles reçoivent déjà au travail, 3. leurs autres besoins de soutiens en santé au travail qu'elles ressentent.
Méthodes Tradition et devis de recherche	« Une étude qualitative effectuée avec 6 étudiantes infirmières et 8 nouvelles diplômées. L'interview est basé sur les 3 sujets à investiguer. »
Population et contexte	<p>« Au Pays-Bas, les établissements d'enseignement sont tenus d'offrir à leurs élèves un environnement de travail sécuritaire. C'est pourquoi, la loi sur les conditions de travail néerlandaise indique que l'employeur est tenu de poursuivre une politique de santé et de sécurité au travail ciblé sur la santé au travail et une sécurité optimale. Cette loi est également valable pour les nouvelles infirmières diplômées. »</p> <p>Les auteurs ont cherché à faire des entrevues avec des infirmières débutantes qui ont une certaine expérience dans la pratique clinique, de sorte qu'elles soient en mesure de réfléchir sur le soutien dont elles ont besoin sur la santé au travail.</p> <p>Participants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. étudiantes de 3^{ème} ou 4^{ème} année, étant en stage, ou en études supérieures, 2. nouvelles diplômées qui travaillent actuellement et qui ont maximum 5 ans d'expériences après la fin de leurs études. <p>Les participantes ont été recrutées à l'aide de publicité sur des sites internet ou dans les médias sociaux, des posters ou des flyers. Au départ, 12 personnes ont été recrutées (3 étudiants et 3 nouvelles diplômées de milieux hospitaliers, et 3 étudiantes et 3 nouvelles diplômées en milieux de santé mentale). Ils ont effectué les interviews jusqu'à la saturation des données.</p>
Collecte des données et mesures	<p>L'interview a été effectué individuellement avec la première auteure dans un lieu et à un moment adapté pour le participant. Il a été enregistré et durait en principe 1 heure. Un consentement éclairé a été obtenu de la part de tous les participants. Les trois sujets à investiguer, ont été abordés durant l'entretien semi-structuré à l'aide de questions ouvertes.</p> <p>La première auteure a fait un résumé après chaque rencontre, puis les a envoyé aux participants pour être certaine que les données ressorties étaient correctes.</p> <p>Tous les enregistrements audio ont été retranscrits par écrit par la première auteure, en utilisant le logiciel MaxQDA version 11. Les transcriptions ont ensuite été analysées sur la base de la théorisation ancrée, afin d'identifier les thèmes ressortis de la récolte de données.</p> <p>De nouvelles catégories ont été définies dans le dernier interviews pour arriver à la saturation des données.</p>
Déroulement de l'étude	« Le comité médical d'éthique du centre médical d'académie de Amsterdam, des Pays-Bas , a approuvé cette étude. »
Rigueur	<p>Crédibilité : Engagement prolongé, vu participant à plusieurs reprises différentes méthodes de récolte.</p> <p>Transférable : rencontre de personnes venant de différents milieux.</p> <p>Fiabilité : Les interviews se sont déroulés dans des conditions similaires, données codifiées, puis vérifié par le 2^{ème} auteur.</p> <p>Confirmabilité : Les résultats sont contrôlés par les autres auteurs que ceux qui ont effectués les interviews, et les données ont également été montré aux infirmières novices pour voir si elles étaient en accord avec ce qu'elles avaient dit lors des interviews.</p>
Résultats Traitement des données	<p>Durant l'analyse des données, les transcriptions ont été codées afin d'identifier les aspects importants qui répondent à la question de recherche. Les données ont été codées par les deux premiers auteurs, afin d'avoir une correction.</p> <p>Dans la seconde phase de l'analyse, les relations entre les différentes catégories ont été faites pour arriver à une constante de comparaison.</p> <p>Dans la troisième et dernière phase de l'analyse, les thèmes ont été formés pour répondre à la question de recherche. Les thèmes et catégories ont été discutés entre tous les auteurs pour que l'analyse soit fiable. Les codes sont disponibles sur demande auprès de la deuxième auteure.</p>

Présentation des résultats	<p><u>Expériences en lien avec le travail et la santé :</u></p> <p>« <i>Travail influençant la santé</i> : la majorité des participants ont déjà vécu des expériences de travail qui amènent à des problèmes de santé, la plupart sont des problèmes musculosquelettiques; du stress et inquiétudes, anxiété, fatigue, problèmes de sommeil, et des maladies infectieuses comme l'influenza. Les causes ressorties causant ces problèmes sont surtout le travail physique, tel que mobiliser des patients, être debout ou marcher toute la journée ; des contacts désagréables avec les patients, les familles des patients ou les collègues ; devoir effectuer beaucoup de travail en un temps limité ; des accidents avec du matériel biologique et les contacts avec des agents infectieux ; horaires irréguliers ; ou effectuer des erreurs professionnels. »</p> <p>« <i>La santé influençant le fonctionnement au travail</i> : Les problèmes de santé ont montrés qu'ils influencent négativement sur le travail effectué. Comme être incapable d'effectuer des tâches physiques ; les contacts avec les patients sont altérés ; manque de concentration ; oublis et erreurs professionnels effectués ; et être incapable de réagir rapidement à des évènements imprévus. »</p> <p><u>Le soutien en santé reçu au travail :</u></p> <p>« En général, les participants ont reçu au début de leur carrière des informations sur leur service, et ont été informés sur les lieux où ils peuvent se rendre pour recevoir de l'aide s'ils font face à des problèmes. D'autres formes de prévention sont décrits ci-après. »</p> <p>« <i>Prévention pour les problèmes de santé lié au travail</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le soutien des pairs est important pour être capable de faire face aux exigences professionnelles (donner des conseils pratique, soutien émotionnelle, etc.). Cependant, il peut être difficile de parler aux collègues si l'infirmière novice a fait une erreur dans le travail, bien que ces personnes ont peut-être vécu une expérience similaire. • Recevoir des conseils de divers professionnels (hygiène, infection, soins, ergonomie, etc.). • Interroger les collègues ou supérieurs, pour recevoir de l'aide pour gérer des situations qui ont des impacts sur la santé des infirmières novices. Cela peut être difficile d'aborder les collègues, car les novices ont l'impression qu'elles vont paraître incapable de gérer les situations, elles ressentent de la honte ou encore n'ont pas l'occasion ou le temps pour demander de l'aide. • Les participants ressortent qu'il existe différents moyens pour faire face aux incidents, comme par exemple pour les blessures il y a une forme de soutien de santé professionnel ; il existe des protocoles auxquels il faut se référer pour les soins aux patients avec des maladies infectieuses, mais ces moyens ne sont pas toujours très clairs. Il y a d'autres possibilités pour la prévention, comme l'utilisation d'équipements de protection personnel ou d'aide pour lever des patients (ex. : élévateurs). Souvent, le manque de temps pour utiliser ses outils ou la non connaissance du fonctionnement font que les novices n'utilisent pas ces moyens de prévention. Il est également difficile d'employer ces moyens de prévention, si les collègues ne les utilisent pas non plus. • Durant leurs études, les participantes ont pu apprendre des techniques, pour par exemple mobiliser les patients, mais les informations et le temps de pratique en classe sont très limités. Elles ont également reçu des informations sur les lieux de travail à propos des positions de mobilisation, des mesures de sécurité et de gestion des incidents, souvent donné dans le cadre de cours clinique. • Les participants relèvent qu'il est difficile de recevoir du soutien lorsqu'ils sont en difficulté, car les professionnels leur répondent souvent que cela fait parti du travail et qu'il faut faire avec. • Pour les infirmières novices, il est important de reconnaître et de nommer ses propres limites. » <p>« <i>Soutien pour avoir un bon fonctionnement au travail, malgré des problèmes de santé existants</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soutien des pairs toujours très important. • Un soutien important est la possibilité d'adapter les tâches quand la personne souffre de problème de santé. La possibilité de travailler moins d'heures par jour ou de prendre des congés est mentionné, mais il n'est pas possible de l'instaurer dans la pratique.
----------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Importance de reconnaître et de nommer ses limites. • Un élément important pour les novices, est de demander de l'aide, notamment de la supervision lors de problèmes. » <p><u>Autres besoins de soutiens en santé au travail.</u></p> <p>« <i>Besoins de soutien approprié des infirmières novices :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Une journée d'introduction est nommée comme bénéfique. Un tour guidée de l'hôpital et des services important fait parti de la journée d'introduction. De plus, être hors effectif au départ de la carrière est important pour permettre d'observer et de suivre les collègues. • Un contrôle de santé au départ est important, c'est une bonne opportunité pour les services de santé de donné aux nouvelles diplômées des conseils pour leur propre santé, comment rester en bonne santé et où se rendre pour demander de l'aide en cas de besoin et de vérifier qu'il n'y ait pas de problèmes de santé présent. • Il est important de penser comment les nouvelles diplômées peuvent se protéger et quelles sont leurs stratégies pour faire face, si elles développent un problème de santé relié au travail. En complément, une rencontre avec les nouveaux employeurs et avec un superviseur est fixée après 2 semaines. Il y a également une évaluation qui est programmées après 1 mois de travail. Et pour la pratique, il y a un mentor qui est désigné en plus du superviseur. • Certains collègues ne sont pas toujours très attentifs vis-à-vis des besoins des nouveaux arrivants, qui ont parfois peu d'expériences pour faire face émotionnellement à des situations difficiles. C'est pourquoi, les superviseurs prennent plus le temps avec les nouvelles arrivantes pour discuter de leurs ressentis. Le fait de pouvoir s'exprimer est un élément aidant pour les nouvelles diplômées. • Des groupes d'analyse de pratique sont créés pour entraîner la pratique et cela permet également de détecter tôt si des problèmes de santé mentale surviennent et les personnes sont ensuite encouragées à demander de l'aide rapidement pour prévenir le développement de problèmes plus graves. » <p>« <i>Les besoins en connaissances :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les participantes ont besoin d'avoir plus d'informations générales pour savoir comment utiliser certains outils, où trouver certaines informations, et aimeraient avoir des protocoles plus clairs. • Elles souhaiteraient avoir des informations sur les effets des horaires irréguliers sur leur santé, et avoir des astuces pour gérer cette façon de travailler. • Elles ne savent pas comment faire face aux efforts effectués dans le travail, notamment sur la prévention des problèmes musculosquelettiques, la meilleure posture pour chaque tâche, etc. • Une aide pour eux, est d'être observé par d'autres professionnels qui les évaluent et leur donnent un feedback. » <p>« <i>Besoin en soutien psychosocial :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Des rencontres régulières entre pairs où chacun peut parler de ses problèmes. • Recevoir des conseils personnels, après une situation émotionnellement dure, ce qui permet de discuter de la situation. Et ainsi, cela est plus facile pour les infirmières novices de demander de l'aide. • L'atmosphère dans l'équipe est importante, est permet aux nouvelles diplômées de se sentir bien dans leur nouvel emploi. » <p>« <i>Besoin en soutien physique :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Avoir un équipement appropriés et savoir l'utiliser. • Recevoir du soutien pour avoir une vie équilibrée (fruits disponibles aux repas, plus de temps pour manger, etc.), mais ces exemples ne sont pas forcément transférable dans la pratique. »
<p>Discussion Intégration de la</p>	<p>« Lors de la transition, les besoins ressentis par les nouvelles infirmières diplômées ne sont pas seulement présent lors du début du nouvel emploi, mais également lors des études. Il est important qu'elles puissent demander de l'aide tôt dans leur carrière. Il</p>

théorie et des concepts	est important que le service de santé pour le personnel prenne en charge les personnes dès le départ de leur carrière, il est important qu'elles reçoivent un soutien psychosocial. »
Perspectives	« Les résultats démontrent l'importance d'apporter du soutien dès le départ de la carrière professionnelle des infirmières novices, afin d'effectuer de la prévention sur les problèmes de santé lié au travail et leur permettre d'être fonctionnelles lorsqu'elles se trouvent face à d'éventuel problème. Elles ont besoin de plus de connaissances et de soutien en lien avec la santé au travail. Les professeurs des écoles de santé, ainsi que les employeurs ont des responsabilités par rapport à la prévention de la santé au travail, il est important qu'ils enseignent aux infirmières novices ou aux étudiantes les risques, les conséquences et les moyens de préventions pour les problèmes de santé lié au travail. »
Questions générales Présentation	Article bien écrit, bonne méthodologie.
Evaluation globale	Information pertinente pour notre question de recherche sur les nouvelles infirmières diplômées.

Références bibliographiques :

Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2^{ème} éd.

Grille de lecture d'un article scientifique
Approche quantitative

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Laschinger, H. K., Wong, C, Regan, S., Young-Ritchie, C. & Bushell, P. (2013). Workplace Incivility and New Graduate Nurses' Mental Health. <i>The Journal of Nursing Administration</i> , 43(7/8), 415-421. doi:10.1097/NNA.0b013e31829d61c6
Résumé	<p>« Les objectifs : le but de cette étude était d'examiner les relations entre les incivilités entre les collègues, les médecins et les cadres, la santé mentale des nouvelles infirmières diplômées (NID) et le rôle de la résilience personnelle.</p> <p>Etat des connaissances : Les relations interpersonnelles positives dans l'environnement de travail de santé sont importantes pour la transition de carrière et l'engagement de la NID. L'incivilité au travail menace la santé et le bien-être des NID. La résilience personnelle aide les employées à récupérer des facteurs de stress négatifs et pourrait protéger les NID des effets négatifs des incivilités au travail.</p> <p>Méthode : 272 NID ont été interrogées en Ontario pour explorer l'influence de trois formes d'incivilité au travail sur la santé mentale des NID.</p> <p>Résultats : Toutes les sources d'incivilité étaient associées à une mauvaise santé mentale. Les résultats suggèrent que la résilience personnelle pourrait protéger les infirmières des effets négatifs de l'incivilité.</p> <p>Conclusion : les nouvelles infirmières ont expérimenté de l'incivilité au travail de différentes sources dans leurs environnements de travail, qui ont des effets préjudiciables sur le bien-être au travail. »</p>
Introduction Enoncé du problème	<p>« L'incivilité au travail est une forme subtile de maltraitance au travail qui peut avoir des effets dévastateurs sur les employés. L'exposition à des comportements incivils sur le lieu de travail a été liée à une santé négative et des résultats organisationnels. Dans les soins infirmiers, l'incivilité a été liée au burnout, à l'intention de quitter le poste et de l'insatisfaction au travail. De plus, le coût des incivilités au travail a été estimé à 23.8 billion de dollars annuellement aux Etats-Unis. L'incivilité au travail est stressante pour les infirmières et peut menacer leurs santés mentales. Les NID pourraient être particulièrement vulnérables aux incivilités, étant donné leur statut de novice et leurs défis de transition dans le rôle d'infirmière diplômée. Dans un moment de pénurie de personnel infirmier, l'incivilité au travail doit être abordée pour promouvoir la rétention des NID et pour soutenir la future main-d'œuvre infirmière. Les buts de cette étude étaient d'examiner les effets des différentes sources d'incivilité au travail sur la santé mentale des NID et de plus, investiguer le rôle de la résilience personnelle comme mécanisme de défense (protecteur) contre l'incivilité au travail. »</p>
Recension des écrits	<p>« Il y a des variations considérables dans le taux de prévalence d'incivilité, allant de 13 à 75%. » Plusieurs études démontrent d'où viennent les incivilités (cadres, médecins, collègues) avec des résultats différents.</p> <p>La résilience comme ressource interpersonnelle : « La résilience se réfère à l'habilité de se remettre de l'adversité, de l'incertitude, de l'échec ou des changements accablants/écrasants. Les personnes hautement résilientes sont capables de rebondir après des échecs et d'atteindre des niveaux toujours plus élevés à la suite de ces expériences. Ces individus ont tendance à développer de fortes croyances, à percevoir la vie comme ayant du sens et sont flexibles pour s'adapter aux changements. Selon Luthans et al. la résilience est un état qui peut être développé, ce n'est pas une caractéristique fixe. Les individus développent la résilience au cours de leur vie comme un résultat d'un processus cognitif et émotionnel réussi face aux défis personnels, qui résultent de stratégies d'adaptation (Coping) efficaces qui renforcent les réponses des individus à des circonstances difficiles. La résilience a été liée par des études empiriques à la satisfaction au travail, à l'engagement organisationnel et les performances de travail.</p> <p>La santé mentale des NID : les NID expérimentent fréquemment un sentiment d'épuisement émotionnel et d'insatisfaction au travail lorsqu'elles s'ajustent à leurs rôles professionnels et responsabilités dans un environnement de travail non-</p>

	soutenant. Les comportements d'incivilité des collègues et des cadres sont des sources de détresse psychologique pour les NID, ce qui peut entraver la transition réussie à la pratique. Une détresse psychologique prolongée résultant d'incivilités au travail pourrait produire une symptomatologie de mauvaise santé au travail, incluant dépression et anxiété. L'élimination de cette source préjudiciable de détresse pour les NID est impérative pour protéger la santé des NID et pour conserver cette précieuse ressource humaine dans un temps d'une grave pénurie de main-d'œuvre infirmière. »
Cadre théorique ou conceptuel	Cadre théorique : « Andersson and Pearson ont introduit la notion d'incivilité au travail dans la littérature de gestion, la définissant comme un comportement s'écartant faiblement de la norme avec l'intention ambiguë de nuire à la victime, en violant les règles de respect mutuel au travail. Les exemples d'incivilité incluent le rejet des opinions ou idées d'un employé, le fait de faire des remarques désobligeantes ou humiliantes à propos d'un individu au travail et l'exclusion des activités sociales d'une personne. Ce comportement apparemment inoffensif peut dégénérer en de la violence plus agressive sur le lieu de travail, si rien n'est entrepris, résultant en ce qu'Andersson et Pearson appelle la spirale d'incivilité. Pearson suggère que l'exposition à des comportements incivils sur le lieu de travail résulte en une réaction émotionnelle par laquelle les individus essaient de comprendre le sens des comportements qui violent les normes de respect interpersonnel. Les réponses émotionnelles incluent la peur, l'anxiété et la tristesse, qui pourraient résulter en un désir d'exercer des représailles en nature, à un sentiment d'inefficacité, à une perte d'énergie et au retrait ou désengagement. Pearson suggère que les résultats de ces réactions émotionnelles dépendraient de la mesure avec laquelle les individus ont développé leur résilience personnelle et sont capables de s'adapter aux comportements d'incivilité. Un Coping inefficace résulte en une escalade du conflit, une diminution du bien-être, une insatisfaction au travail et une rotation du personnel. »
Hypothèses	« Le but de l'étude était de tester un modèle dérivé de la théorie d'incivilité au travail d'Andersson et Pearson, liant les incivilités (collègues, cadres et médecins) et la résilience personnelle à une symptomatologie auto-déclarée de la santé mentale des NID. » « Hypothèses spécifiques : <ul style="list-style-type: none"> • Une exposition intensive à de l'incivilité au travail des collègues, des cadres et des médecins, ainsi que des niveaux inférieurs de résilience personnelle sont associés à de la symptomatologie négative de la santé mentale. • La résilience personnelle des NID sert de médiateur (rôle protectif) dans la relation entre les incivilités au travail et la symptomatologie de la santé mentale. »
Méthodes Devis de recherche	Le modèle hypothétique a été testé en « utilisant des données de la première vague d'une large étude longitudinale de NID dans les hôpitaux de soins aigus d'Ontario. L'échantillon a été établi par la liste du registre des infirmières à Ontario. »
Population et contexte	« Les NID étaient principalement des femmes (88.3%), âgées en moyenne de 27 ans, et étant engagées depuis moins d'un an. La plupart travaillait à plein-temps (62.8%) dans une unité de soins de médecine-chirurgie (44.3%), tandis que 19.5% travaillaient en soins intensifs. Le reste travaillait en soins de mère-enfants (10.3%), en santé mentale (7.4%) et dans d'autres domaines (13.5%). »
Collecte des données et mesures	« Les données ont été collectées en utilisant un sondage constitué de trois questionnaires standardisés des variables étudiées. Tous utilisaient les échelles de Likert, lesquelles ont été additionnées et en moyenne pour avoir une mesure des variables, et avoir un coefficient de fiabilité de Cronbach acceptable. L'échelle générale de l'incivilité au travail de Cortina a été légèrement modifiée afin de créer des mesures séparées basées sur les sources spécifiques d'incivilité au travail : superviseurs/cadres, collègues et médecins. L'échelle originale ne spécifie pas une source spécifique. Pour chaque mesure, les infirmières répondaient à l'échelle originale contenant 7 items en référence à la fréquence d'exposition aux comportements d'incivilité de chaque source d'incivilité lors des six derniers mois utilisant une échelle de 1, jamais à 5, quotidiennement. La sous-échelle de la résilience à 7 items du questionnaire du capital psychologique de Luthan, où les items sont évalués de 1 fortement en désaccord à 6 fortement en accord, a été utilisée. L'inventaire de la santé mentale est une échelle de 5 items qui mesure la fréquence des symptômes négatifs de santé mentale expérimentés. »

Déroutement de l'étude	« L'approbation a été obtenue auprès du comité d'éthique de l'université de l'ouest d'Ontario. Les sondages ont été envoyés aux NID (833) en février 2012, suivi d'un deuxième sondage deux mois plus tard. L'échantillon final comprenait en 272 réponses utilisables. »
Résultats Traitement des données	« Les analyses ont été conduites en utilisant le Statistical Package for Social Sciences. Les statistiques descriptives et de multiples analyses de régression ont été conduites. »
Présentation des résultats	<p>Résultats descriptifs : « Les NID rapportent un niveau relativement faible d'exposition à de l'incivilité sur le lieu de travail (<2 sur une échelle de 5). Les incivilités par les collègues en étant la plus grande source (moyenne de 1.7), suivi par les incivilités des médecins (moyenne de 1.6) et par les incivilités des cadres (moyenne de 1.3). Les niveaux d'incivilité par les collègues et les cadres sont cohérents avec ceux de l'étude de Smith et al sur les NID. Les NID n'ont pas rapporté de haut niveau de symptomatologie négative de santé mentale (moyenne de 2.46 sur une échelle de 6), en accord avec les résultats de Wing et al. Les NID ont rapporté un haut niveau de résilience (moyenne de 4.44 sur une échelle de 6). Pas loin de 12% ont rapporté des comportements incivils quotidiennement par les collègues, tandis que les expériences de comportements incivils quotidiens par les cadres et les médecins étaient moins fréquents (4.8% par les cadres et 7% par les médecins en moyenne). Toutes les sources d'incivilité étaient liées une faible santé mentale, mais les incivilités par les collègues ont la plus forte corrélation.</p> <p>Analyses de régression multiple : L'incivilité par les collègues et la résilience personnelle étaient des prédicteurs indépendants significatifs d'une faible santé mentale. » Le schéma montre que lorsque la résilience personnelle augmente, la symptomatologie négative de santé mentale diminue. Inversement, lorsque l'incivilité des collègues augmente, la symptomatologie négative de santé mentale augmente également. Des analyses de médiation ont été menées afin d'examiner l'étendue par laquelle la résilience sert de médiateur de l'influence d'incivilité par les collègues sur la santé mentale. « Lorsque la résilience a été ajoutée au modèle tout le long des incivilités au travail, l'effet de l'incivilité sur la santé mentale était plus bas, mais restait important. Cela suggère que l'incivilité au travail a un effet direct et indirect sur la symptomatologie de la santé mentale, telle que la résilience diminue quelque peu l'effet de l'incivilité par les collègues. Des hauts niveaux de résilience sont associés avec une baisse de l'incivilité par les collègues et moins de symptômes négatifs de santé mentale. »</p>
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	« Les analyses soutiennent les hypothèses de l'étude que l'incivilité sur le lieu de travail a un effet négatif sur la santé mentale des NID et que la résilience est apparue comme ayant un effet protecteur. Ces résultats confirment les études précédentes en lien avec les incivilités sur le lieu de travail qui entraîneraient une réduction du bien-être au travail. Les NID dans cette étude ont expérimenté des incivilités au travail de différentes sources qui menacent potentiellement leur transition dans les soins infirmiers. Cette étude corrobore d'autres études disant que les incivilités viennent majoritairement des collègues et non pas des cadres. Cela pourrait être dû au fait que les cadres sont particulièrement sensibles aux besoins des NID lors de la transition ou que les NID ont moins de contact avec les cadres ... Les NID exposées aux trois sources d'incivilités au travail étaient significativement liées à un haut niveau de symptomatologie de santé mentale. Ces résultats corroborent avec les résultats d'une recherche ultérieure rapportant que les comportements perturbateurs par les infirmières et les médecins entraînent du stress et de la frustration sur un membre de l'équipe. Cela est inquiétant, car cette étude a trouvé que les comportements perturbateurs sont associés à une faible communication et menace la sécurité des patients. Bien qu'une faible santé mentale a été associée avec toutes les sources d'incivilité, seules les incivilités par les collègues, en combinaison avec une haute résilience personnelle était un indicateur significatif et indépendant de bien-être émotionnel lorsque toutes les sources d'incivilité au travail étaient considérées. Néanmoins, l'effet unique de l'incivilité des collègues est un résultat important du fait que les collègues infirmières sont une source vitale de soutien pour les NID. Selon Pearson, l'incivilité sur le lieu de travail peut mener à des réponses émotionnelles négatives qui interfèrent avec la

	<p>performance au travail et le bien-être des employés. Cela est important pour la direction afin de s'assurer que les incivilités ne sont pas tolérées sur le lieu de travail des soins infirmiers afin de promouvoir la rétention des NID ... La résilience personnelle sert partiellement de médiateur de l'influence de l'incivilité par les collègues sur la symptomatologie de la santé mentale, en cohérence avec l'affirmation de Pearson que les stratégies d'adaptation/de Coping efficaces (résilience) sont importantes afin d'agir avec l'incivilité au travail. Ces résultats suggèrent le besoin de stratégies de prévention en lien avec l'incivilité sur le lieu de travail et de stratégies d'aide pour les NID afin de renforcer leurs ressources intra personnelles. »</p> <p>Conclusion : « Bien que l'incivilité de toute sorte sur le lieu de travail semble être néfaste pour la santé mentale et le bien-être des NID, l'incivilité par les collègues semble être particulièrement dommageable. Les résultats de cette étude suggèrent que la résilience personnelle pourrait compenser l'effet négatif de l'incivilité au travail. Néanmoins, tous les efforts doivent être mis en place par les infirmières cheffes et les cadres afin d'éliminer les comportements négatifs et de créer un environnement de travail respectueux et de soutien qui aide les NID à vivre une transition réussie. »</p>
Perspectives futures	<p>Divers stratégies d'implications pour les managers sont présentées, tel qu'un programme de transition basé sur le capital psychologique et incluant « la résilience, l'espoir, l'optimisme et efficacité personnelle ». Certains programmes pour réduire le stress du lieu de travail se sont aussi révélés efficaces. « Pearson recommande d'utiliser des stratégies afin de consolider les ressources de Coping pour traiter avec les circonstances qui sont au-delà de leur contrôle. Pearson décrit de plus une variété d'approches cognitives de recadrage ... Pearson et Porath recommandent des stratégies organisationnelles comme la tolérance zéro en matière d'incivilité, prêter attention aux signes d'alerte d'escalade de l'incivilité et punir les investigateurs d'incivilités répétées. »</p>
Questions générales Présentation	<p>Cet article est bien présenté. Les résultats principaux sont illustrés par des schémas qui facilitent la compréhension.</p>
Evaluation globale	<p>Cette étude avait pour but de prouver deux hypothèses en lien avec les incivilités, la résilience personnelle et la santé mentale des NID. L'étude quantitative a permis de prouver ses deux hypothèses.</p>

Références bibliographique : Loïsele, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.
Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2^{ème} éd.

**Grille de lecture d'un article scientifique
Approche qualitative**

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Philipps, C., Kenny, A., Esterman, A. & Smith, C. (2013). A secondary data analysis examining the needs of graduate nurses in their transition to a new role. <i>Nurse Education in Practice</i> , 14(2), 106-111. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2013.07.007
Résumé	« La description des facteurs importants pour les nouvelles infirmières diplômées, qui permettent, selon elles, de réussir avec succès la transition dans la pratique infirmière. La transition de l'étudiant à la nouvelle infirmière diplômée est difficile et stressant. La réalité est que la plupart des diplômées éprouvent des difficultés d'adaptation et nécessitent de recevoir du soutien de la part de collègues plus âgés au sein des organisations de soins. Trois thèmes ont été identifiés dans cette étude qualitative: les compétences, le début de carrière et le travail bien fait. Le thème global étant la valorisation de la pratique est décrit récemment par des infirmières qualifiées et la façon dont elles ont été acceptées dans l'environnement de travail. Malgré les facteurs de stress rencontrés par la majorité des nouveaux diplômés dû à l'adaptation à la pratique, la transition peut être améliorée par des pratiques institutionnelles de soutien et la promotion du respect collégiale. Si la transition est couronnée de succès cela améliore la satisfaction au travail et est une stratégie efficace pour répondre aux pressions en cours de recrutement et de rétention des nouveaux diplômés. »
Introduction Enoncé du problème	« Les chercheurs de différents pays ont documenté la transition d'étudiant à l'infirmière comme une période tumultueuse et difficile (Hollande, 1999; Johnstone et al, 2008;. Nash et al, 2009;. Cho et al., 2012). Une grande partie de la recherche sur la transition en soins infirmiers se concentre sur les changements de l'école au service, le rôle des facteurs de stress des cliniciens, des programmes de transition, d'orientation et de préceptorat (Clare & van Loon, 2003;. Johnstone et al, 2008; Scott et al ., 2008). L'accent a moins été mis sur les opinions et les attentes des nouvelles infirmières diplômées. »
Recension des écrits	<p>« Chang et Hancock (2003) notent que les nouvelles diplômées ont des difficultés à se visualiser dans le rôle de l'infirmière, par la suite elles vivent du stress et de l'ambiguïté face à leur rôle. Duchscher (2009), se fonde sur les travaux de Kramer (1974), qui décrit l'évolution de l'étudiant à infirmière comme étant un choc de transition, où les nouvelles diplômées vivent énormément d'anxiété, dû au désespoir face à leur nouvel environnement qui leur fait vivre une désillusion sur le rôle de l'infirmière. »</p> <p>« Les nouvelles infirmières diplômées sont situées dans une structure hiérarchique, classé comme des juniors et sont supervisées par des collègues plus âgés. Le niveau de supervision et de soutien peut contribuer sur le stress lors de la transition, grâce à l'absence d'un environnement civil (Clark et Springer, 2012), les différences culturelles entre l'expérience de l'élève et un hôpital (Gerrish, 2000), et les nouveaux diplômés manquent de confiance dans leur capacité clinique et la pensée critique (Deasy et al., 2011). Les autres facteurs comprennent des conditions de travail inférieures; lourdes charges de travail, des chiffres effectifs insuffisants et le dosage des compétences, inappropriée allocation de appro- des patients de haute acuité et les comportements non professionnels de la violence, l'intimidation, saper et de la victimisation (Casey et al, 2004 (Johnstone et al., 2008);. Kelly et Ahern, 2008). »</p> <p>« Les chercheurs soutiennent que les nouvelles infirmières diplômées, ont des attentes, besoins et demandes (Olsen, 2009;. Drury et al, 2009; Cummins 2009), pour leurs futurs employeurs. La création d'un environnement propice à la transition positive est rendue difficile par la main-d'œuvre vieillissante, l'augmentation des niveaux d'insatisfaction au travail, la fatigue et l'épuisement professionnel (Miller, 2011; Rudman et Gustavsson, 2011; Laschinger et Grau, 2012). Comment les nouveaux diplômés sont pris en charge et socialisés dans la profession influe sur leurs points de vue à long terme, les attentes et la satisfaction, et, finalement, leur maintien (Duchscher et Cowin, 2004; Schumacher, 2007; Kelly et</p>

	Ahern, 2008;. Scott et al, 2008). »
Cadre théorique ou conceptuel	Nouvelle infirmière diplômée « Transition : La transition est définie comme un processus de changement d'un état ou à un autre. Dans un contexte de soins infirmiers, la transition est définie comme la période où les nouvelles diplômées subissent un processus d'apprentissage, d'adaptation et de socialisation, devant une nouvelle culture, le lieu de travail. »
Question de recherche	« Le but de l'étude est d'identifier les facteurs identifiés par les nouvelles diplômées aidants pour réussir leur transition vers la pratique infirmière avec succès. »
Méthodes Tradition et devis de recherche	« Cette étude de devis qualitatif, est une analyse secondaire de données existantes. Lors de l'analyse de la première étude, il y avait de nombreuses données recueillies qui décrivaient les perceptions des infirmières nouvellement diplômées sur ce qui les avait aidé à faire la transition. Ces données étaient en dehors du champ de l'étude initiale, mais ont été jugées suffisamment importantes pour justifier une nouvelle question de recherche. »
Population et contexte	67 infirmières nouvellement diplômées ont participé à des groupes de discussion (interviews avec questions ouvertes) et les participantes ont également répondu à un sondage électronique (n=392 réponses) lors de l'étude originale qui a étudié la question suivante : Est-ce que le fait d'avoir pu choisir le premier emploi a été bénéfique pour la transition dans votre rôle d'infirmière ?
Collecte des données et mesures	« Lors de l'analyse de l'étude originale, la plupart des données qualitatives recueillies, portaient sur les facteurs qui ont influencés sur la transition. La richesse des données récoltées explique la création d'une nouvelle question de recherche. Une approche inductive a été utilisée pour analyser les données qualitatives de la première étude. La description et l'interprétation sont particulièrement utiles pour identifier des réponses claires aux questions posées et permet aux chercheurs et aux lecteurs de tirer des conclusions par la proximité avec les données (Thorne, 2008). » « Les transcriptions des interviews originales venant des groupes de discussion et les données qualitatives des questions ouvertes ont été lus indépendamment par deux des auteurs. Grâce à un processus de lecture et relecture la nouvelle question de recherche a pu être identifié. Les transcriptions ont été codées avec l'utilisation d'un logiciel NVivo 8, en utilisant l'approche de Attride-Stirling pour l'analyse par thématique. Les chercheurs ont extrait les données indépendamment des thèmes de base, ou des segments de données, qui se rapportent à la question de recherche. Les thèmes ont été regroupés en ordre décroissant et les chercheurs se sont réunis pour examiner leurs différents points de vue. Les réglages et modifications est jusqu'à ce qu'un consensus a été atteint et le thème global, « la valorisation vécue au début de la pratique » a été identifié qui représentait l'élément central suite à l'analyse de toutes les données. »
Déroulement de l'étude	« L'approbation éthique, pour la phase initiale de la recherche et pour le déroulement de l'étude, a été accordée par le Comité d'éthique du département de recherche humaine de l'Université d'Australie du Sud. »
Rigueur	« Des procédures ont été développées pour aider les chercheurs à assurer la crédibilité de leurs conclusions pour qu'elles soient adaptées à la pratique (Porter, 2007). Dans l'étude, la fiabilité, les composantes de la crédibilité, et la transférabilité, sont mises en place pour assurer que les résultats de la recherche soient utilisables. L'analyse des résultats est faite par plusieurs chercheurs et l'utilisation de longues citations venant des participants permet de soutenir la crédibilité. Les deux ensembles préexistants données ont été tirées à partir d'un calendrier d'entretien et de réponses ouvertes enquête réfléchissantes de la littérature internationale et les questions posées concernent, au delà du contexte australien, potentiellement aider à la transférabilité des résultats à d'autres paramètres. Plusieurs stratégies ont été utilisées pour répondre aux critères de la rigueur. L'utilisation de l'échantillonnage raisonné assuré que les comptes des participants proposés, riches descriptions épaisses des phénomènes étudiés. Afin de prévenir un biais entre les interviews, il a été assuré que les participants ont eu les mêmes question (Onwuegbuzie et al., 2008). Toutes les transcriptions ont été gardé par le premier chercheur, dans le cadre d'un possible audit. »

Résultats Traitement des données	<p>« Le thème global « la valorisation de la pratique au début de la carrière » décrit les points de vues des nouvelles infirmières diplômées sur leur sentiment d'être valorisée en tant que nouveau membre de la profession infirmière, et comment elles ont été acceptées dans l'environnement du travail et culturel. Ce thème général est le résultat d'une approche analytique inductive, issu de trois thèmes : les ensembles de compétences, la fondation du début de carrière et un travail bien fait. »</p>
Présentation des résultats	<p>Compétences « Les nouvelles infirmières diplômées entrent dans la profession avec un ensemble de compétences, acquis lors d'apprentissages de bases. Afin de diminué leur niveau d'anxiété, il faut leur attribuer des patients selon leur niveau de compétences, puis leurs compétences vont augmenter et les niveaux de difficultés des patients pourront également être augmentés. Les nouvelles diplômées ressentent énormément de pressions lorsqu'elles sont placées dans leur premier emploi dans un milieu spécialisé. Si les nouvelles diplômées ont une expériences antérieures dans un milieu spécialisé, elles ont un plus haut niveau de compétences et n'ont pas besoin du même degré de soutien, lors du début de carrière, que les autres nouvelles diplômées. Un certain nombre de participants ont estimé être insuffisamment préparé pour soigner un patient mourant et prendre en charge sa famille. »</p> <p>Le départ de la carrière « Les nouvelles infirmières diplômées ont déclaré que leur orientation et les différents soutien étaient important pour une transition réussi. Souvent, s'il n'y avait pas de programme d'orientation, l'environnement de travail devenait très difficile. Beaucoup de diplômées trouve qu'une mauvaise transition a eu un impact sur le désir de continuer la profession. Le temps alloué au programme d'orientation, a été critiqué comme étant trop court. A l'inverse, un environnement favorable est celui où les nouvelles infirmières diplômées se sentent valorisées. »</p> <p>Un travail bien fait « Les nouvelles infirmières diplômées ont prétendu que le respect, en particulier venant des cadres infirmiers, de recevoir des feedback sur leur travail et la reconnaissance d'un travail bien fait sont d'importants indicateurs sur la réussite de la transition. De même, la promotion d'un environnement sûr pour les jeunes diplômées, pour développer leurs compétences était réconfortant, les feedbacks permettent aux nouvelles diplômées de se rassurer dans leur rôle de jeune professionnelle, et d'améliorer leur pratique. S'il y a un manque de respect de la part des collègues, les nouvelles diplômées perdent de la sûreté dans leur pratique et perdent de la confiance en elles. La communication est un gros problème, ces infirmières qui sont de mauvaises communicatrices donnent un sentiment de dévalorisation aux nouvelles diplômées. Elles se montrent dures envers les nouvelles, elles ont leur façon de faire les choses et si vous essayez de les changer ou de dire quelque chose qui pourrait être un peu différent, elles vous renvoie un sentiment négatif, qui baisse l'estime de soi de nouvelles infirmières. Le type et le ton de la communication transmet le niveau de respect perçu par les nouvelles diplômées. Pour les nouvelles infirmières diplômées, de recevoir des commentaires positifs ou des remerciements en fin de journée, sur leur travail effectué, est aidant pour elles pour se donner confiance en leur pratique et améliorer celle-ci. Les nouvelles diplômées ont déduit que si elles ont été soutenues et respectées au début de leur carrière, elles pourront survivre dans la profession, même si les défis et les exigences de la pratique sont élevés. Malgré des attitudes positives affichées en termes de soutien et de respect de certains nouveaux diplômés, les comptes rendus étaient majoritairement négatifs de la part des participants. »</p>
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	<ul style="list-style-type: none"> • Une répartition approprié des patients selon le niveau de compétences de l'infirmière débutante, • l'infirmière débutante doit travailler en continu et en approfondi pour acquérir un rôle propre d'infirmière et pour s'adapter au nouvel environnement • doit avoir un soutien en continu et le respect de ses collègues • la recherche internationale indique que les problèmes sont similaires dans les différents pays et que les

	conclusions générales peuvent être retenue à travers les frontières géographiques.
	« Lorsque les nouvelles infirmières diplômées ont fait une expérience dans un domaine spécialisé, elles ont souligné être jugées sur des compétences trop élevées, au début de leur carrière. Cette constatation est confirmée par la littérature (Duchscher, 2009; Dyess et Sherman, 2009), avec la suggestion que les nouvelles infirmières diplômées doivent d'abord être placées dans des environnements cliniques stables pour gagner de la confiance dans leur rôle d'infirmière. Dyess et Sherman (2009) soutiennent qu'un cadre clinique relativement stable (comme un service médical ou chirurgical) nécessite moins d'exigences pour la prise de décision complexe, qui sont des stressseurs potentiels pour un débutant (Dyess et Sherman, 2009, p. 408). Il est reconnu que le soutien est essentiel pour les nouvelles infirmières diplômées pour s'adapter facilement dans une nouvelle culture, cependant, la présence de respect est une composante absolue de l'engagement et l'acceptation au sein d'une nouvelle culture: les diplômés ont jugés cette valeur comme aide à leur socialisation dans une organisation. Duchscher et Cowin (2004) attestent que les nouveaux diplômés vivent dans deux mondes, (celui d'un ancien étudiant et celui d'une nouvelle infirmière diplômée). Cela place une diplômée dans un espace où; elles manquent de soutien du personnel, les attentes de leur capacité clinique sont irréalistes, peu de feedbacks donnés, peu de conseils et de soutien par rapport à leur vie d'étudiantes et que la nouvelle culture est complètement différente (Duchscher et Cowin 2004 , p. 292). L'adhésion à des routines traditionnelles et fixes en soins infirmiers, avec des diplômés manipulés pour être conformes avec les paramètres institutionnels (Pellico et al., 2009), "tous les patients doivent être lavés et assis prêt pour les visites", affrontant les idéaux éducatifs avec les réalités actuelles de la pratique (Roberts et al., 2004;. Johnstone et al, 2008). Les infirmières diplômées ont un désir d'être respecté (Casey et al., 2008), d'avoir une valeur (Clark et Springer, 2012), à la recherche de liens sociaux et de développement, selon Kelly et Ahern (2008), Malouf et de l'Ouest (2011). Pour les participantes de cette étude, la présence de respect permet une augmentation de la confiance en soi et de ses compétences, l'estime de soi, la résilience et la satisfaction au travail et l'empowerment (Rhéaume et al., 2011). »
Perspectives	« Les résultats de cette étude confirme les recommandations suivantes : » <ul style="list-style-type: none"> • Les nouvelles infirmières diplômées doivent être placée dans des contextes cliniques qui nécessitent la prise de décision moins complexe au début de leur carrière, ce qui leur permet une adaptation en douceur d'un nouvel environnement. • Les domaines spécialisés devrait être considéré comme une deuxième ou une troisième rotation, une fois que les diplômées ont eu l'occasion de consolider leur pratique. • Le niveau de complexité du patient doit correspondre à l'ensemble des compétences au départ de la carrière d'un nouveau diplômé. • Une orientation globale est cruciale pour les nouveaux diplômés au commencement de chaque rotation. • Un feedback positif doit être donné pour faciliter la socialisation et l'engagement.
Questions générales Présentation	Bonne présentation générale, méthodologie claire.
Evaluation globale	Seconde analyse, ce qui donne des résultats pertinents.

Références bibliographiques :

Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.
Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2^{ème} éd.

**Grille de lecture d'un article scientifique
Approche quantitative**

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Qiao, G., Li, S. & Hu, J. (2011). Stress, coping, and psychological well - being among new graduate nurses in China. <i>Home health care management & practice, 23(6)</i> , 398-403. doi:10.1177/1084822311405828
Résumé	« Cette étude a examiné les relations entre les caractéristiques démographiques, les sources de stress dans les soins infirmiers et les stratégies de Coping, et le bien-être psychologique chez les nouvelles infirmières diplômées. Quatre questionnaires auto-administrés ont été donnés à un échantillon de 96 nouvelles diplômées en Chine centrale. La mort, la charge de travail, et la préparation inadéquate sont les sources les plus courantes de stress dans les soins infirmiers, alors que les stratégies de Coping les plus fréquemment utilisées sont la planification, l'acceptation et la réinterprétation positive. Le rôle de la transition est souvent difficile quand une personne vient dans un nouvel environnement et reçoit de nouvelles responsabilités et diverses attentes. Bien que cette transition soit stressante et que les nouvelles infirmières diplômées se sentent mal préparées, avec de l'aide, elles peuvent élaborer des stratégies de Coping efficaces pour leur nouveau rôle. »
Introduction Enoncé du problème	« La transition d'un étudiant à une nouvelle infirmière diplômée est difficile pour la majorité des personnes (Chang & Hancock, 2003). Le passage du rôle d'étudiant au rôle de nouvelle infirmière diplômée, peut être un moment difficile à vivre, la transition est reconnue comme étant une expérience stressante, et de nombreuses infirmières diplômées trouvent difficile de faire face à leur nouveau rôle dans les premiers mois (Gerrish, 2000). Chang et Hancock (2003) ont rapporté que les nouvelles infirmières diplômées ont un rôle ambivalent. Dans la première année de transition d'un étudiant à une infirmière, elles doivent passer de "dépendant" à "dépendant" ce qui est stressant pour ces nouvelles infirmières diplômées qui doivent consolider leurs compétences cliniques et leurs connaissances en soins infirmiers (Goh et Watt, 2003). »
Recension des écrits	« Lorsque les nouvelles infirmières diplômées entrent dans la vie professionnelle, elles vivent un choc, principalement dû à leur expérience clinique et leurs compétences limitées, et dû à l'adaptation qui est difficile (Zhao, Lu, Wang, et Luo, 2005). Certains chercheurs ont constaté que le manque de confiance, de soutien (Zhao et al., 2005) et une augmentation soudaine des responsabilités (Gerrish, 2000) sont les principales causes du stress pour les nouvelles diplômées. Wangenstein, Johansson, et Nordstrom (2008) ont également constaté que le stress des nouvelles diplômées peut venir souvent d'un manque d'expérience, des interactions difficiles avec les médecins, le manque de compétences organisationnelles, et des défis venant avec les nouvelles situations et les progrès qu'elles doivent encore faire. La peur de faire une erreur, l'inadaptation au nouvel environnement, les conflits avec des collègues, et la réticence des collègues à fournir de l'aide sont identifiés comme des facteurs de stress pour les nouvelles infirmières diplômées dans la partie continentale de la Chine (Zhao et al., 2005). » « Chang et Hancock (2003) ont conclu que les stratégies de Coping positives utilisées par les nouvelles infirmières diplômées aident à réduire le stress vécu au travail, il faut attendre, observer puis faire face au problème. Gerrish (2000) a constaté que bien que la transition du rôle d'étudiant à celui d'infirmière était stressante, les nouvelles infirmières diplômées qui se sentaient bien préparées à leur nouveau rôle, ont été capables d'élaborer des stratégies de Coping plus efficaces pour leur permettre de s'adapter à leurs nouvelles responsabilités. » « Les études sur le stress et l'adaptation ont montré une variété de résultats, il y a des résultats physiques, tels que les maladies cardiaques; des résultats sociaux, comme une perte d'un emploi; et les résultats psychologiques, tels que le bien-être psychologique et la satisfaction de la vie. Zhao et ses collègues (2005) ont rapporté que le personnel qui a connu un haut taux de stress a identifié plus de symptômes d'anxiété, de dépression, un dysfonctionnement social, et une névrose

	<p>hystérique, comme conséquences. La détresse psychologique est liée aux perceptions des infirmières face aux contraintes du travail, et les plus jeunes infirmières, les moins expérimentées, ont déclaré avoir subi plus de détresse psychologique (Zhao et al., 2005). »</p> <p>« Les nouvelles infirmières diplômées ont rapporté se sentir anxieuses, accablées, et inquiètes de faire des erreurs dans leurs premiers mois (Zhao et al., 2005). Elles se sont plaintes d'être extrêmement fatiguées, avec peu de temps pour la famille ou pour une vie sociale (Maben & Clark, 1998). Casey et ses collègues (2004) ont constaté que les nouvelles infirmières diplômées ne se sentent pas en confiance dans leur pratique durant la première année de travail. Ces résultats suggèrent que la transition n'est pas un processus simple. »</p>
Cadre théorique ou conceptuel	« Lazarus et Folkman (1984) ont noté que les stratégies de Coping comprennent les tentatives de gestion ou de modification d'un problème et la régulation de la réponse émotionnelle face au problème. Healy et McKay (2000) ont indiqué que les stratégies de résolution de problèmes et de Coping actif ont été les plus couramment utilisées par les infirmières débutantes, alors que la recherche de soutien social et la maîtrise de soi, qui sont des stratégies de Coping centrées sur les émotions, sont utilisées seulement en deuxième ou troisième place. Cette étude quantitative a utilisé la théorie du Coping pour faire face aux situations de stress des nouvelles diplômées (Lazarus et Folkman, 1984). »
Hypothèses	« Les auteurs émettent l'hypothèse que les nouvelles infirmières diplômées vivent des sources de stress au travail, mais si elles étaient en mesure d'utiliser des stratégies de Coping plus efficaces, elles pourraient maintenir un niveau de bien-être psychologique plus élevé. »
Méthodes Devis de recherche	L'étude a utilisé un devis qualitatif descriptif corrélational transversal.
Population et contexte	« Quatre hôpitaux dans le centre de la Chine ont été choisis pour recueillir les données. La population est composée de toutes les nouvelles infirmières diplômées qui travaillent depuis maximum une année après l'obtention de leur diplôme. L'échantillon se composait de 96 participantes. »
Collecte des données et mesures	« Un questionnaire Démographique, The Nursing Stress Scale (Gray-Troft & Anderson, 1981), The Brief Cope Questionnaire (Carver, Scheier & Weintraub, 1989) et le General Health Questionnaire (Goldberg & Williams, 1988). Ces 4 questionnaires ont été utilisés auprès des 96 nouvelles diplômées pour identifier les données démographiques, les sources de stress dans les soins infirmiers, les stratégies de Coping utilisées et le bien-être psychologique des nouvelles infirmières diplômées. »
Déroulement de l'étude	Les 96 participantes ont reçu les 4 questionnaires traduit en chinois, et on pu y répondre par elles-même. Les résultats ont par la suite été retraduit en anglais pour les utiliser dans cette étude.
Résultats Traitement des données	« Les statistiques descriptives ont été utilisées pour décrire les caractéristiques de l'échantillon. La corrélation de Pearson a été utilisé pour examiner les relations entre les différentes variables. L'analyse de régression multiple a été utilisée pour identifier les éléments de bien-être psychologique chez les nouvelles diplômées dans le centre de la Chine. » La présentation des résultats s'est faite sous forme de tableaux.
Présentation des résultats	« Les facteurs de stress les plus fréquents étaient devoir faire face à la mort et aux mourants, la charge de travail et la préparation inadéquate pour l'entrée dans la pratique. Les stratégies de Coping les plus fréquemment utilisées sont la planification, l'acceptation et le réinterprétation positive. Les symptômes psychologiques les plus fréquents sont l'anxiété, la dépression et la perte de confiance. » « Les stratégies de Coping (plannification et d'acceptation) et le bien-être psychologique sont corrélés significativement positif. Toutefois, il y a eu des corrélations significativement négatives entre certaines sources de stress et de bien-être psychologique. Ces sources étaient la mort et les mourants, les conflits avec les médecins, une préparation insuffisante, le conflit avec d'autres infirmières, et la charge de travail. Une corrélation significativement négative a également été trouvée entre les stratégies de Coping de déni et de désengagement et le bien-être psychologique. »

	<p>« Des régressions multiples ont été effectuées pour identifier les variables indépendantes qui étaient les meilleures indicatrices de bien-être psychologique. Le déni en tant que stratégie de coping ($\beta = -.37, p < 0,05$) et la mort et les mourants, comme facteur de stress dans le milieu du travail ($\beta = -.23, p < 0,05$) étaient les meilleurs prédicteurs négatifs de bien-être psychologique, représentant 19% de la variance du bien-être psychologique ($F = 10,58, R^2 = 0,19, p < 0,05$). »</p>
<p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>« Dans cette étude, la planification, l'acceptation et la réinterprétation positive étaient les trois stratégies de Coping les plus fréquemment identifiées. Ces stratégies de Coping sont toutes positives, adaptatives, et efficaces pour réduire le stress (Carver et al., 1989). »</p> <p>« L'acceptation et la pensée positive ont également été utilisées par les nouvelles infirmières diplômées pour gérer le stress au travail. En Chine, les infirmières ne sont pas satisfaites de leur travail et certaines d'entre elles, pensent changer de profession, ce qui fait également parti des stratégies fonctionnelles pour gérer les difficultés au travail (Wong et al., 2001). Par exemple, des stratégies d'action positive cherchent par le soutien des pairs ou collègues à libérer les émotions négatives, lire et écouter de la musique pour détourner l'attention, ou font des cours de relaxation. »</p> <p>« Des corrélations significativement positives ont été observées entre le milieu d'éducation et tous les facteurs de stress présents sur les places de travail, sauf le manque de soutien et de conflit avec d'autres infirmières. Les nouveaux diplômés sont attendus pour utiliser les nouvelles technologies, car ils ont un niveau d'éducation plus élevé, et ils ont les connaissances et la capacité de travailler avec cette technologie. Cependant, leur niveau d'éducation accrue a renforcé leur estime de soi, mais la nature de leur emploi n'a pas changé. C'est pourquoi, ils sentent qu'ils ne peuvent pas utiliser toutes leurs capacités (Ren, Li, et Hu, 2003). Cela a également été identifié par Zhao et ses collègues (2005) et Li et ses collègues (2007), qui ont montré des conflits entre les idéaux et les valeurs des nouvelles infirmières diplômées et leur pratique réelle. »</p> <p>« Certains facteurs de stress dans le milieu du travail étaient corrélés significativement positifs avec les stratégies de Coping. Par exemple, des corrélations significativement positives ont été trouvées entre la charge de travail, le déni, et le désengagement; entre la mort et les mourants et le refus; et entre le manque de soutien et le déni. Tous ces éléments sont des stratégies centrées sur les émotions, et elles ont été identifiées comme des stratégies de Coping inefficaces (Carver et al., 1989). Des corrélations significativement positives ont également été trouvées entre la préparation inadéquate, le déni, et la planification; entre les conflits avec d'autres infirmières et les stratégies fonctionnelles, le déni, et l'utilisation du soutien émotionnel; et entre l'incertitude concernant le traitement des patients, le déni, et l'utilisation de soutien instrumental. Ces résultats suggèrent que les nouvelles infirmières diplômées utilisent souvent une variété d'activités alternatives pour réduire le stress. Leurs moyens pour faire face au stress sont axés sur la résolution de problème et sur les émotions. Chang et Hancock (2003) ont également constaté que les nouvelles infirmières diplômées utilisent non seulement des stratégies de survie préjudiciables pour faire face au stress, mais aussi développent des stratégies plus actives pour réduire le stress. »</p> <p>« Des corrélations significativement négatives ont été trouvées entre la mort et les mourants, les conflits avec les médecins, une préparation insuffisante, le conflit avec d'autres infirmières, et la charge de travail et le bien-être psychologique. Ces résultats étaient attendus. Comme démontré dans une recherche préalable, ces sources de stress dans les soins infirmiers peuvent avoir des impacts négatifs sur le bien-être psychologique (Wong et al., 2001). »</p> <p>« Des corrélations significatives négatives ont également été trouvées entre les stratégies de Coping moins efficaces, telles que le déni et le désengagement et le bien-être psychologique. Les nouvelles diplômées infirmières qui ont utilisé des stratégies de Coping inefficaces ont des niveaux plus faibles de bien-être psychologique. Ces résultats sont également compatibles avec les études précédentes, qui ont trouvé que l'évitement (par exemple, le déni et le désengagement) pouvaient entraîner un niveau de bien-être psychologique plus faible (Healy & McKay, 2000). »</p> <p>« Des corrélations significativement positives ont été trouvées entre les stratégies de Coping efficaces de planification, de l'acceptation et le bien-être psychologique. Les nouvelles diplômées qui ont utilisé des stratégies de Coping plus efficaces</p>

	<p>avaient des niveaux plus élevés de bien-être psychologique. »</p> <p>« Les résultats ont également montré que le déni et les sources de stress dans les soins infirmiers, de la mort et des mourants, étaient les meilleurs variables négatives de bien-être psychologique. Le déni face à la mort et aux mourants, ont diminué le bien-être psychologique, ou conduit à de la détresse psychologique. Une recherche antérieure a également indiqué que l'utilisation d'évitement face au stress à aboutit souvent à un niveau plus élevé de détresse psychologique (Healy & McKay, 2000). »</p>
Perspectives futures	<p>« Comprendre les effets de la transition est important pour les managers des soins infirmiers et les enseignants en sciences infirmières; cela peut non seulement aider les futures diplômées dans le domaine clinique, mais aussi fournir des suggestions pour les programmes de soins infirmiers et les méthodes d'enseignement. En identifiant les problèmes rencontrés par les nouvelles infirmières diplômées dans le centre de la Chine, les enseignants peuvent accorder plus d'attention au renforcement des connaissances et des compétences liées à la pratique clinique, accélérer l'intégration de la théorie et de la pratique des soins infirmiers, améliorer les programmes de soins infirmiers, et aider les étudiantes à développer des stratégies de Coping efficaces pour faire face au stress dans le milieu de travail. Les managers devraient également être en mesure de fournir une orientation plus efficace, un enseignement, et des programmes de mentorat. Cependant, les managers devraient apporter un soutien psychologique en plus du soutien de compétences et les aider à utiliser les stratégies de Coping efficaces mentionnées dans cette étude afin de réduire le stress. En outre, il pourrait être envisagé de modifier les cours pour aider les nouveaux diplômés à développer les compétences cliniques, organisationnelles et managériales nécessaires à leur rôle futur. Ces efforts pourraient aussi aider les nouvelles diplômées à développer des stratégies efficaces pour réduire leur stress et améliorer leurs capacités d'adaptation (par exemple, la gestion du temps, la planification, et de développer un sens de l'humour). »</p>
Questions générales Présentation	Bien présentée et bien écrite.
Evaluation globale	Une étude quantitative montre la pertinence des stratégies de Coping utilisées.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.
Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2^{ème} éd.

**Grille de lecture d'un article scientifique
Approche qualitative**

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Zamanzadeh, V., Roshangar, F., Fathi-Azar, E., Valizadeh, L. & Kirkwood, J. (2014). Experiences of Newly Graduated Nurses on Strategies of Gaining Self-Confidence During Their Initial Work: A Qualitative Study. <i>The Journal of Nursing Research</i> , 22(4), 283-291. Doi:10.1097/jnr.000000000000050
Résumé	<p>« Etat des connaissances : La présence des infirmières débutantes (ID) dans les cliniques augmentent le taux erreurs cliniques et de préjudices aux patients. En addition, le taux de rotation du personnel ID est significativement plus haut que le taux de roulement moyen. Par conséquent, les infirmières familiarisées avec leur lieu de travail et accroissant leur confiance en elles augmentent l'empowerment et l'efficacité personnelle.</p> <p>But : Obtenir les stratégies utilisées par les infirmières débutantes pour gagner de la confiance en soi pendant le début de leur carrière.</p> <p>Méthode : étude qualitative ...</p> <p>Résultats : les interviews suscitent huit stratégies de Coping que les participants ont utilisées pour former leur confiance en soi durant les 6 premiers mois de leur carrière. Ces stratégies incluent familiarité, amélioration des connaissances, apprentissage des compétences cliniques, investigations/recherches personnelles, validation, responsabilité, interaction mutuelle et créativité personnelle. De plus, les participants ont utilisés ces stratégies pour renforcer leur confiance en soi durant les deux premières années au travail.</p> <p>Conclusions/implications pour la pratique : les résultats de cette recherche améliorent la compréhension des infirmières débutantes, des managers et des professionnels de la santé concernant les stratégies utilisées par les infirmières pour gagner de la confiance en soi. Ces connaissances peuvent être appliquées dans des programmes visant à augmenter la responsabilisation et l'efficacité des infirmières débutantes pour améliorer la qualité des soins aux patients et réduire le taux de rotation. »</p>
Introduction Enoncé du problème	« L'un des plus gros challenges expérimenté par les ID durant le début de leur travail en clinique est la basse confiance en soi. Cela est associé avec les connaissances et expériences pratiques limitées et pourrait causer des problèmes de management des patients. »
Recension des écrits	Bien que 10% du personnel hospitalier soit des ID, ces dernières n'ont pas confiance en elles pendant leurs premiers mois de pratique. Seul 10% des cadres à l'hôpital pensent que les ID ont une préparation adéquate et de la confiance en soi. « Une étude montre que 41% des ID ressentent un manque de confiance en soi et un inconfort dans leur travail une année après avoir commencé leur carrière. Avoir un bas niveau de confiance en soi augmente la probabilité d'erreurs lors de la réalisation de diverses tâches et compétences. Cela résulte en un taux de roulement de 30 à 60% des ID durant la première année de carrière et résulte en des coûts financiers pour un total de 80'000\$US pour chaque infirmière dans une institution médicale ... Lors du processus de gain de confiance en soi, durant les trois premiers mois de travail, les ID ont tendance à ne pas avoir confiance en leurs connaissances et expériences. En conséquence, ce doute résulte en une compréhension et un assessment incomplets de leurs patients. Le résultat est qu'elles ne réagissent pas de manière indépendante, mais dépendent lourdement des infirmières seniors. Cependant, dans les 9 à 12 mois après avoir commencé leur carrière, leurs aptitudes à prendre des décisions correctes pour la prise en soins de leurs patients, construisant leur confiance en soi. Bien que les ID aient peu de confiance initiale du fait des problèmes avec les tâches (performance et prise en soins des patients) qui conduisent à augmenter les erreurs dans les soins et le roulement du personnel soignant, les ID essayent d'utiliser les stratégies de Coping appropriées pour surmonter le stress et augmenter la confiance en soi. »

Cadre théorique ou conceptuel	Confiance en soi : « confiance d'une personne en ses propres habilités à atteindre ses objectifs et à accomplir les tâches et pratiques de manière effective et efficiente. La confiance en soi professionnelles des infirmières se développent en deux phases. Dans la première phase, les infirmières gagnent les connaissances théoriques et la pensée critique, dans l'environnement académique et pratique, nécessaire pour soutenir le fait de prendre des décisions appropriées. Dans une deuxième phase, les infirmières consolident leur connaissances EBN, dans l'environnement académique et pratique, ce qui créé un sentiment de possession et un sens d'attachement au lieu de travail. La confiance en soi fonctionne comme un outil important pour les infirmières dans la résolution de problèmes et de challenges après qu'elle soit dans le lieu de travail depuis quelques mois. »
Question de recherche	« Quelques études ont été menées sur les problèmes des ID à gagner de la confiance en soi. Une revue de littérature a indiqué qu'il n'y a pas d'étude menée sur la compréhension en lien avec l'habilité des ID à gagner de la confiance en soi par des stratégies spécifiques. En Iran, les stratégies typiquement utilisées par les ID pour gagner de la confiance en soi restent peu clair. De là, cette étude est la première recherche en Asie pour investiguer ce sujet et par conséquent, contribue à accroître les connaissances en lien avec les stratégies utilisées par les infirmières pour construire leur confiance en soi. »
Méthodes Tradition et devis de recherche	« Cette étude utilise une analyse de contenu qualitative pour décrire les stratégies utilisées par les ID pour gagner de la confiance en soi. »
Population et contexte	<p>« Les participants de cette étude étaient 30 infirmières travaillant dans une des unités médicales suivantes : soins coronariens (2), soins intensifs (6), médecine (3), chirurgie (4), obstétrique (2), pédiatrie (2), urgences (6), orthopédie générale (3) et psychiatrie (2). Le recrutement s'est basé sur un principe de saturation des données et visait à atteindre le maximum de variation possible en termes de variables démographiques comme l'âge, le sexe, l'éducation et l'expérience clinique. Les critères d'inclusion pour les participants étaient de 2 à 3 ans d'expériences cliniques dans un hôpital universitaire après avoir fini un Bachelor of Sciences en soins infirmiers. Celles avec de l'expérience clinique avant d'avoir obtenu leur Bachelor of Sciences étaient exclues. Les participants étaient âgés de 24 à 30 ans avec un âge moyen de 25 ans. Les femmes constituaient 83.3% des participants. »</p> <p>L'étude a été conduite « dans plusieurs hôpitaux universitaires localisés dans les provinces nord-ouest de l'Iran. Ces hôpitaux fournissent tous de l'éducation clinique et de la pratique aux futurs et actuels docteurs, infirmières et autres professions de la santé. Ces hôpitaux sont tous affiliés à des universités de médecine et sciences. »</p>
Collecte des données et mesures	« Après avoir obtenu les permissions éthiques requises pour conduire la recherche et après avoir introduit le chercheur et les sujets auprès des infirmières cheffes, une infirmière cheffe de chaque unité a été sélectionnée pour un premier contact. Le contact initial était responsable de l'introduction du chercheur aux potentiels participants. Les participants qualifiés étaient interviewés après avoir reçu une description détaillée du sujet de recherche et les objectifs de recherche. Les participants étaient de plus informés qu'ils pourraient être réinterviewés par la suite. Après l'achèvement de chaque interview initiale, et basé sur les objectifs de la recherche, le chercheur a résolument sélectionné le participant suivant pour l'interviewer. Les interviews ont été conduites sur le lieu de travail des participants ou dans une salle de consultation au bureau du chercheur. Seul un participant s'est retiré de l'étude durant cette phase pour des raisons personnelles. Les données ont été collectées lors d'interviews semi-structurées approfondies du 22 janvier 2012 au 18 février 2013. La taille de l'échantillon était basée sur un principe de saturation, lequel est basé sur l'obtention de nouvelles informations des participants sur l'échantillonnage non-aléatoire. Au début de chaque interview, l'interviewer a commencé avec une ou deux questions générales pour créer une atmosphère appropriée et pour réduire la tension des infirmières interviewées. Ensuite, les principales questions en lien avec les expériences des participants dans le développement de leur confiance en soi ont été posées ... Les questions : 1. Comment avez-vous augmenté votre confiance en soi au début du travail ? 2. Quels facteurs ont contribué au développement de votre confiance en soi ? 3. Comment avez-vous développé vos compétences et capacités cliniques ? 4. Comment avez-vous réduit le risque d'erreurs dans votre pratique clinique ? 5. Quelles étaient vos stratégies pour renforcer votre confiance en soi ? 6. En quoi vous ont-elles aidé à améliorer vos connaissances ? 7. Quels sortes de problèmes avez-vous expérimenté pour gagner de la confiance en soi ? 8. SVP expliquez

	<p>vos expériences en lien avec les ressources de soutien pour gagner de la confiance en soi. Les interviews ont toutes été enregistrées et transcrites textuellement. Le temps moyen des interviews était de 59 minutes avec une marge de 46 à 70 minutes. »</p> <p>La méthode utilisée pour collecter les données correspond à une recherche qualitative, qui est le meilleur devis pour recueillir des témoignages ou des impressions d'une population, comme c'est le cas dans cette étude.</p>
Déroulement de l'étude	« Le comité éthique de l'université de médecine et de sciences de Tabriz a approuvé la recherche. Les informations orales et écrites en lien avec la recherche ont été données à tous les participants. Un consentement signé a été obtenu de tous les participants. De plus, les participants étaient autorisés à quitter la recherche à tout moment. »
Rigueur	« La crédibilité a été renforcée par l'engagement prolongé avec les participants et par l'examen des résultats par le chercheur. La fiabilité a été atteinte par l'engagement séparé de trois chercheurs dans l'analyse des données et ensuite la comparaison de degrés d'accord des analyses des chercheurs. La conformabilité a été atteinte via une description claire des étapes de recherche par l'examen des données brutes, la réduction des données et la combinaison et la reproduction des données par utilisation de la méthode d'essai de vérification. Finalement, la transférabilité a été atteinte par la description des caractéristiques démographiques des participants, la sélection de participants ayant divers caractéristiques démographiques et la vérification externe des résultats par l'interrogation des infirmières ayant eu des expériences similaires. »
Résultats Traitement des données	« Les données ont été analysées par l'utilisation d'une analyse de contenu qualitative basée sur la méthode de Graneheim et Lundman (2004). Les analyses ont été faites en lisant chaque interview plusieurs fois pour atteindre un sentiment de signification complète. De plus, des analyses détaillées ont été conduites par examen minutieux des interviews transcrites et affectées à des unités spécifiques. Par exemple, les unités peuvent être des mots, des phrases ou des paragraphes qui sont reliés les uns aux autres selon leur contenu. Chaque unité de compréhension était ensuite résumée et assignée à une unité spécifique. La comparaison continue et la réflexion étaient ensuite utilisées pour grouper les codes d'interprétation dans les catégories et sous-catégories appropriées. »
Présentation des résultats	<p>« Les 8 stratégies que les participants ont utilisées pour améliorer leur confiance en soi durant leurs 2 premières années de travail étaient la familiarité, le renforcement des connaissances, l'apprentissage des compétences cliniques, l'auto-évaluation, la validation, la responsabilité, l'interaction mutuelle et la créativité personnelle.</p> <p>La familiarité : les participants ont gagné de la familiarité en ayant un sens de la curiosité et l'exploration des aspects humains et physiques de leur environnement de travail. Cela augmente le degré de confort avec le lieu de travail. La familiarité se passe généralement sous trois formes : familiarité personnelle, familiarité facilitée par la formation initiale et familiarité facilitée par l'entraînement implicite. La familiarité personnelle est une approche caractérisée par le fait de devenir proche, prendre les avantages des opportunités et devenir familier avec le phénomène lié au travail. Dans ce sens, les ID essayent de réduire la peur et le stress liés à leur nouvelle position en devenant plus familier avec les détails situationnels et en reconnaissant leur aspect différent ... La familiarité facilitée par la formation initiale ... la période de formation, durant de 14 à 20 jours, donne aux ID une familiarité critique avec la routine et les règles de l'unité, les procédures, les programmes de soins et les types de maladies en étant supervisé dans les soins par les infirmières expérimentées. Ces programmes d'orientation aident à réduire la peur primaire des ID et à augmenter la confiance en soi des ID à effectuer les compétences et devoirs ... La familiarité facilitée par l'entraînement implicite : Les ID reçoivent des formations en groupe dans les programmes d'orientation et éducation continue. L'éducation continue fournie par l'entraînement (Workshops, laboratoires pratiques, conférences et séminaires scientifiques) augmente les capacités scientifiques et la confiance en soi des ID ...</p> <p>Le renforcement des connaissances : le nouvel environnement clinique est inconnu et mystérieux pour les ID, spécialement au début de leur carrière. De ce fait, il y a un besoin des ID à gagner des connaissances et consciences dans la prise en soins et le traitement des patients. Les différents types de patients, les procédures spécialisées qui ont besoin d'être entrepris, la distribution des médicaments, les procédures pour utiliser les équipements et les règles et guidelines autant que le fait de travailler avec des</p>

collègues et médecins expérimentés et ayant beaucoup de connaissances mèneront les ID à appliquer des stratégies pour améliorer leurs connaissances professionnelles et leur confiance en soi. Pour se faire, les ID utilisent le questionnement, l'interrogation des sources et l'étude personnelle. Le questionnement est la méthode la plus couramment utilisée par les ID pour obtenir des informations. Pour faire face à des phénomènes qui défient leurs esprits, elles doivent chercher des réponses à partir de sources fiables et disponibles. Les réponses solides aux questions avec des preuves objectives conduisent à soutenir l'apprentissage, augmenter les connaissances et augmenter la confiance en soi en affrontant les inconnus. » Par exemple, une infirmière explique que lorsqu'elle avait la réponse à sa question, elle se sentait plus détendue et qu'elle continuait son travail avec plus de confiance. « L'interrogation des sources est une stratégie utilisée quand une information personnelle de l'infirmière n'est pas suffisante ou vague. Par conséquent, les ID essayent d'améliorer et de développer leurs connaissances en interrogeant les sources humaines (médecins ou infirmières référentes) autant que les livres et les supports numériques ... Parfois, les ID se tournent vers des ressources humaines de confiance et crédible pour gagner plus de confiance en soi ... L'étude personnelle sur des supports techniques et scientifiques a aidé les ID à gagner plus de connaissances ... Cela aide les ID à améliorer leurs connaissances théoriques et à confirmer leurs expériences pratiques ...

L'apprentissage des compétences cliniques : la compétence dans la gestion et la prise en soins des patients est le cœur des compétences de l'ID, l'amélioration de chacune augmente la confiance. Selon la capacité, l'effort et la pratique individuels d'une infirmière, ce processus prend généralement entre 4 et 6 mois. Grâce à l'apprentissage par les expériences personnelles et par l'expérience des autres, les ID obtiennent des compétences essentielles qui facilitent la prise en charge future des soins au patient. L'apprentissage par l'expérience personnelle : les ID expérimentent des challenges et gèrent leurs patients par l'intervention et l'implication personnelles dans diverses situations cliniques pour gagner de la confiance en soi ... L'apprentissage par les expériences des autres : l'observation des collègues pour gagner des compétences pratiques et de la confiance est une autre stratégie des ID ... L'observation de performance des collègues expérimentés et ensuite la répétition et la pratique sont des clés pour construire la confiance chez les débutants ...

L'auto-évaluation : pour fournir des soins centrés sur le patient et efficaces, les ID sont continuellement évalués pour s'assurer que leurs décisions cliniques soient appropriées à la condition de leur patient et leurs environnements. L'auto-évaluation survient lorsque les ID analysent leurs actions et utilisent des méthodes de réflexion personnelle. Cela fournit des feedbacks positifs qui augmentent la confiance en soi. L'analyse : les situations de prise de décisions exigent des ID qu'elles évaluent une situation, regroupant les preuves et les alternatives d'analyse afin de traiter correctement une situation. Ce processus améliore la confiance en soi et la compréhension des erreurs ... La réflexion personnelle renforce la confiance en soi lors de prise de décision, de processus ou de jugements, par la critique des propres activités et pratiques des ID et par l'encouragement personnel et le feedback positif. » Un exemple : « après avoir fait toutes les tâches une par une et avoir vérifié toutes les choses que j'ai faites une par une, je me suis donnée des points à moi-même. Si les conséquences étaient bonnes, je me disais à moi-même bien joué. S'il y avait un problème, je revoyais tout et vérifiais pour voir ce que j'avais fait faux dans le but de le corriger si possible... dans ce sens, j'ai augmenté la confiance que j'avais dans mon travail.

La **validation** : est souvent utilisée par les ID pour avoir une approbation finale à leurs décisions. Ce processus augmente leur confiance dans la prise de décisions cliniques. Les sources principales que les infirmières utilisent pour confirmer leurs décisions inclues le feedback d'autres infirmières expérimentées, des médecins et des cheffes et elles se réfèrent à des ressources non-humaines comme les livres, les journaux et sur Internet ...

La **responsabilité** : Bien que l'entrée dans un nouvel environnement de travail et la prise de responsabilités soient stressantes pour les ID, c'est une partie intégrale de la prise en charge du patient et c'est une manière appropriée pour gagner de la confiance en soi et pour surmonter les peurs personnelles. Les responsabilités encouragent les ID à augmenter leurs capacités et leur confiance en soi ...

L'interaction mutuelle : avec le patient et l'environnement amène à des feedbacks positifs des patients affectant les décisions et

	<p>la prise en charge par les infirmières. De plus, ces feedbacks aident les infirmières à atteindre les objectifs de prise en charge du patient. Finalement, la confiance en soi des ID augmente lors que la condition de ses patients augmente ... De plus, les ID obtiennent un haut degré de confiance en soi par les interactions avec les médecins, les infirmières et les autres professionnels de la santé ...</p> <p>La créativité personnelle : les ID utilisent leurs propres méthodes distinctives et leurs propres techniques pour améliorer leurs aptitudes pour gérer les patients dans un environnement complexe et clinique. En répétant cette méthode, les ID développent des compétences spéciales qui résultent en une significativement haute confiance en soi en regard de situations similaires. La créativité apparaît lorsque les ID améliorent les procédures existantes et comme un résultat d'observation assidue et de management. »</p>
<p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>« Plusieurs études démontrent également que les programmes d'orientation aident les ID à se familiariser avec leur lieu de travail en améliorant les connaissances, attitudes et de ce fait en augmentant l'efficacité personnelle et la confiance en soi. La deuxième stratégie identifiée dans cette étude était le renforcement des connaissances ... Le résultat de l'étude de Dee et Stanley (2005) est en accord avec cette étude en indiquant que les infirmières participantes obtiennent les informations médicales dans les livres et les sources numériques. Une autre étude iranienne démontre que 56,2% des ID se réfèrent aux livres et aux autres sources matériels pour augmenter leurs connaissances et pour gagner de la confiance en soi (Labaf Ghasemi et al., 2005). Le questionnement était une autre stratégie que 74.5% des ID utiliseraient selon l'étude citée précédemment. Crooks et al. (2005) énonce que le questionnement améliore les opportunités de recherche par le challenge personnel et l'exploration et augmente la motivation, l'interaction, la confiance en soi et la pensée créative par l'apprentissage actif. L'étude de Labaf Ghasemi et al. (2005) démontre que 74.5% des ID utilisent l'étude personnelle pour augmenter leurs connaissances cliniques. » Plusieurs études démontrent que les ID ou alors que les infirmières cheffes pensent que les ID ne sont pas capables de performer dans la totalité des tâches de l'infirmière et que l'ID serait incapable de faire de nouveaux apprentissages pendant les premiers six mois. Une faible confiance en soi limite les habilités des ID. « McElhinney (2010) mentionne la clarté des rôles, la préparation, l'entraînement suffisant et le soutien des autres disciplines comme facteurs d'influence sur la performance des tâches par les ID ... Smith et al. (2012) démontre dans leur étude que le gain de confiance des ID compte plus sur les expériences personnelles et la communication avec les collègues que sur les sources formelles de connaissances. » Deux études ont comme résultat que les ID utilisent l'expérience de leurs collègues pour prendre des décisions et que 67.1% des ID apprennent les nouvelles compétences de leurs collègues. « La communication avec les infirmières expérimentées et le gain de confiance par la discussion de leurs expériences réduit le roulement au travail des ID, augmente la qualité des performances et augmente la confiance en soi et les compétences (Reid, 2010) ... Chen et al. (2011) démontre que l'utilisation de stratégies de réflexion dans l'apprentissage par les expériences ultérieures des ID augmente la confiance en soi ... La validation était une stratégie utilisée fréquemment par les ID pour les aider à déterminer la validité de leurs décisions et leurs jugements. La validation et la vérification des informations et décisions des infirmières par les guidelines et les résultats du développement de connaissances personnelles sont utilisés pour la prise de décision clinique et pour l'atteinte de la confiance en soi (Hedberg & Sätterlung Larsson, 2003) ... En prenant des responsabilités personnelles et des risques, les ID renforcent les performances réussies, qui encouragent à un sens de confiance en soi (Clancy & Svensson, 2007) ... Les interactions sociales sont le point de départ de la socialisation professionnelle, de l'apprentissage de compétences, de l'appartenance au lieu de travail, le facilitateur du processus de transition, augmentent la satisfaction au travail et la confiance en soi (Thrysoe, Hounsgaard, Dohn & Wagner, 2012). Dans ce sens, Casey et al (2004), rapporte que les ID n'ont que peu de confiance lors des interactions avec les médecins, les internes, les résidents et les infirmières pendant les six premiers mois de travail. Après six à douze mois, l'augmentation de leurs performances a augmenté leur confiance en soi. Les interactions mutuelles avec les patients aident les ID à collaborer avec ces derniers et les feedbacks positifs des patients augmentent la confiance en soi des ID (Major, Holmes & Hons, 2008). La créativité comme processus cognitif provoque des actions innovantes, facilite le processus de résolution de problèmes et fournit des solutions, des modèles et</p>

	des structures pour suivre. Le processus de créativité inclut trois principes : réorganisation des vieilles idées, sélection des idées utiles et découverte des relations (Chan, 2013) ... L'utilisation de l'intelligence, travailler dur et l'intérêt pour les nouvelles choses aideraient les ID à gagner plus de confiance en soi (Kaufman, 2002). »
	« Au début de leur carrière, les ID ont besoin de courage et un haut niveau de confiance pour surmonter les challenges. »
Perspectives	« Les auteurs espèrent que les résultats aideront les infirmières cheffes à se rendre compte des stratégies d'adaptation des ID et développent des stratégies pour augmenter la confiance en soi de leurs ID. »
Questions générales Présentation	L'article est bien présenté, chaque résultat est illustré par un exemple concret et dans la discussion, les résultats de l'étude sont comparés avec ceux d'autres études.
Evaluation globale	Les limitations de l'étude, ainsi que les perspectives pour les prochaines études sont faibles, mais l'article est très bon pour les infirmières qui débutent et souhaitent savoir qu'elles sont les stratégies à privilégier les premiers mois de leurs carrières pour améliorer la confiance en soi.

Références bibliographiques :

Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.
Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2^{ème} éd.