

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES (PROFIL MÉMOIRE)

PAR
BÉNÉDICTE GROU

LES PERCEPTIONS DES NOUVELLES INFIRMIÈRES DÉBUTANT LEUR CARRIÈRE
AUX SOINS INTENSIFS NÉONATAUX : CE QUI FACILITE ET NUIT À LEUR
INTÉGRATION DANS UN MILIEU SURSPÉCIALISÉ

JUIN 2020

Sommaire

Les infirmières nouvellement diplômées vivent bien des défis d'intégration, peu importe le milieu dans lequel elle commence leur carrière. Ces nouvelles infirmières manquent de soutien (Flinkman & Salantera, 2015; Tuckett, Winters-Chang, Bogossian, & Wood, 2015) et ne se sentent pas bien préparées à faire face à cette transition d'étudiante à infirmière (Monaghan, 2015). Un milieu comme les soins intensifs néonataux, où les infirmières vivent déjà une lourde charge émotionnelle (Cricco-Lizza, 2014) et des dilemmes éthiques (Green, Darbyshire, Adams, & Jackson, 2017) peut compliquer davantage l'expérience d'intégration des nouvelles infirmières. Cependant, la littérature manque quant au vécu des nouvelles infirmières qui débutent dans un domaine comme les soins intensifs néonataux. La présente étude a pour but d'explorer les perceptions des nouvelles infirmières quant à leur intégration aux soins intensifs néonataux et d'identifier les éléments qui nuisent et qui facilitent cette intégration. Des entrevues semi-structurées ont été menées auprès de huit nouvelles infirmières de moins d'un an d'expérience aux soins intensifs néonataux. Trois thèmes émergent de l'analyse qualitative : 1) la nouveauté 2) la transition, et finalement 3) l'intégration à l'équipe. De ces trois thèmes se dégagent neuf catégories. À travers ces résultats, on comprend que l'unité des soins intensifs néonataux apporte beaucoup d'éléments nouveaux qui peuvent s'avérer déroutants pour la nouvelle infirmière. En ce sens, une transition qui se fait de façon graduelle en prenant soin des nouveau-nés nécessitant des soins moins complexes au début est une approche appréciée des nouvelles infirmières. Selon elles, elles prennent de plus en plus confiance en elles et leur stress tend à diminuer avec le temps. De plus, une intégration dans l'équipe

empreinte de soutien et d'entraide rend leur vécu positif. Or, certaines ambiguïtés dans leur parcours peuvent l'influencer négativement. Parfois, les émotions comme le stress associé à ses nouvelles fonctions s'entrechoquent avec l'excitation de débiter leur carrière avec cette clientèle. Aussi, les nouvelles infirmières peuvent être confuses face aux attentes et consignes parfois contradictoires de leurs collègues infirmières. En somme, ces résultats mettent en lumière deux constats. D'abord, l'entourage des nouvelles infirmières qui comprend les familles, les préceptrices et les pairs jouent un rôle prépondérant dans leur vécu d'intégration. En effet, les comportements de ces acteurs sont déterminants pour la qualité de l'intégration. Ensuite, l'évolution de la nouvelle infirmière est complexe et peut être teintée d'ambiguïté ce qui nuit au processus d'intégration. D'autres études seront nécessaires afin d'explorer la dynamique relationnelle entre les nouvelles infirmières et les préceptrices qui influence l'intégration des nouvelles infirmières.

Mots-clés : nouvelles infirmières, unité de soins intensifs néonataux, perceptions, intégration.

Keywords : new graduate nurses, neonatal intensive care unit, experience, integration.

Table des matières

Sommaire	ii
Liste des tableaux	vii
Liste des figures	viii
Remerciements	ix
Introduction	1
Problématique	4
L'intégration des nouvelles infirmières	6
D'étudiante à infirmière	7
Une préparation jugée insuffisante.....	7
Un manque de soutien.....	7
Un climat souvent malsain	8
Les infirmières des soins intensifs néonataux.....	9
La demande émotionnelle	9
Les dilemmes éthiques en néonatalogie.....	10
La détresse morale.....	11
Le vécu des nouvelles infirmières.....	12
Le but et la question de recherche.....	14
Recension des écrits	16
Les soins intensifs néonataux.....	18
La complexité des soins	18
La clientèle	19
Le rôle de l'infirmière	21
Les habiletés à développer	23
Le ressenti des infirmières	24
La détresse morale.....	25
L'intégration des nouvelles infirmières	27
La transition versus l'intégration	28
Une adaptation stressante.....	29
Le choc de la réalité	29
Ce qui facilite l'intégration	31
Un besoin de soutien et de socialisation	31
Des programmes facilitant l'intégration.....	32
Ce qui nuit à l'intégration	34
Les comportements des collègues.....	34
Les facteurs environnementaux	35

L'expérience des nouvelles infirmières aux soins intensifs néonataux	36
La justification de l'étude.....	37
Le cadre de référence : La théorie de l'écologie du développement humain.....	39
L'ontosystème	42
Le microsystème	42
Le mesosystème	43
L'exosystème	44
Le macrosystème.....	44
Le chronosystème.....	45
La transition écologique.....	46
Méthodologie	47
Le devis de recherche.....	48
La population cible.....	49
L'échantillonnage.....	49
Le recrutement	50
Les outils de mesure.....	51
L'analyse des données.....	51
Les considérations éthiques.....	52
Les critères de rigueur scientifique	54
La fiabilité	54
La confirmabilité.....	54
L'authenticité	55
La crédibilité	55
La transférabilité	55
Résultats	57
Les données sociodémographiques	58
Les résultats de l'analyse de données.....	59
La nouveauté	60
Une remise à niveau déroutante	61
Une clientèle qui surprend par sa fragilité	63
L'accompagnement des parents : une adaptation.....	64
Des émotions qui s'entrechoquent en début de parcours	65
La transition	66
Un mouvement du plus simple au plus complexe.....	67
L'adaptation à l'unité surspécialisée : moins de stress, plus de confiance	68
L'intégration dans l'équipe	69
Une structure organisationnelle qui soutient l'intégration	69

Des attentes élevées qui génèrent de l'ambiguïté	71
Un atout quand on peut s'associer pour ventiler	73
Discussion	77
L'expérience de la nouvelle infirmière	78
Les familles	79
L'infirmière préceptrice	80
L'équipe composée des pairs et d'autres professionnels	84
Une évolution complexe de la nouvelle infirmière teintée d'ambiguïté	87
Ce qui influence l'intégration.....	90
Les recommandations pour la discipline infirmière.....	93
La pratique clinique.....	93
La gestion	94
L'enseignement	95
La recherche	95
La politique	96
Les forces et les limites de l'étude	97
Conclusion	99
Références	103
Appendice A Affiche de recrutement	114
Appendice B Formulaire de consentement	116
Appendice C Questionnaire sociodémographique	120
Appendice D Canevas d'entrevue.....	123
Appendice E Approbation éthique du CÉR de l'UQO	126

Liste des tableaux

Tableau

1 Éléments nuisibles et facilitateurs recensés dans la littérature.....	36
2 Données sociodémographiques.....	59
3 Thèmes et catégories en lien avec la question de recherche.....	60
4 Éléments nuisibles et facilitateurs.....	90

Liste des figures

Figure

1 Modèle théorique de Bronfenbrenner (1979, 2005) contextualisé au sujet de recherche.....	41
2 Relations entre les systèmes de Bronfenbrenner (1979, 2005) et l'expérience d'intégration des nouvelles infirmières aux soins intensifs néonataux.....	92

Remerciements

La réalisation de ce mémoire n'aurait pas été possible sans le soutien de ma directrice Chantal Verdon. Chantal, merci pour ton écoute, ta disponibilité et les nombreuses opportunités que tu m'as offertes. Je suis très reconnaissante du temps et des efforts que tu as mis afin que je termine ma maîtrise tout en ayant plusieurs présentations, dont une à l'internationale. Merci de m'avoir fait découvrir la recherche en sciences infirmières. Un grand merci également à ma co-directrice Valérie Lebel. Valérie, merci pour tes précieux conseils et tes encouragements. Tes commentaires m'ont été d'une aide précieuse tout au long du processus.

Je tiens également à remercier ma famille et mes amis, qui m'ont soutenue tout au long de mon parcours. Mes parents et ma soeur, qui m'ont toujours encouragée dans la poursuite de mes études et qui ont su me relever dans les moments plus difficiles. Mon conjoint, Marc-André qui a été si compréhensif durant tout mon parcours scolaire et qui m'a toujours appuyée.

Finalement, un grand merci à toutes les infirmières qui ont participé à cette étude. Sans votre générosité dans vos témoignages, les résultats n'auraient pas été aussi riches.

Introduction

Les infirmières¹ nouvellement diplômées qui font leur entrée dans les milieux de soins ont à faire face à plusieurs défis d'intégration (Duchscher, 2009; Halpin, Terry, & Curzio, 2017; Regan et al., 2017). Elles ne se sentent pas bien préparées (Monaghan, 2015) et vivent un manque de soutien de la part de leurs collègues (Flinkman & Salantera, 2015; Tuckett, Winters-Chang, Bogossian, & Wood, 2015). Parmi les unités qui accueillent de nouvelles infirmières, l'unité des intensifs néonataux se distingue par ses soins surspécialisés. Les infirmières y vivent des défis particuliers qui sont uniques à ce domaine de pratique tels qu'une grande demande émotionnelle et de nombreux dilemmes éthiques (Cricco-Lizza, 2014; Green, Darbyshire, Adams, & Jackson, 2015a, 2017; Turner, Chur-Hansen, & Winefield, 2014). Les nouvelles infirmières qui commencent sur cette unité doivent alors composer avec leurs propres défis d'intégration (Duchscher, 2009; Halpin, Terry, & Curzio, 2017; Regan et al., 2017) en plus de s'adapter à un nouveau milieu et aux défis particuliers et uniques des soins intensifs néonataux. L'étude a pour but d'explorer les perceptions des nouvelles infirmières quant à leur intégration aux soins intensifs néonataux et d'identifier les éléments qui facilitent et qui nuisent à cette intégration. D'abord, la problématique ayant mené à ce projet d'étude est présentée suivie d'une recension des écrits. La théorie de l'écologie du développement humain de Bronfenbrenner (1979, 2005) qui guide cette étude et qui sert de cadre de référence

¹ Le genre féminin a été adopté afin de faciliter la lecture et n'a aucune intention discriminatoire. Ce terme inclut également les infirmiers.

est décrite. Suivent ensuite les chapitres qui exposent la méthode de recherche employée et les résultats de recherche. Une discussion rallie les résultats au but et à la question de recherche en vue de soulever les forces et les limites de cette étude. Finalement, des recommandations dans les différents axes de la discipline infirmière sont proposées.

Problématique

Chaque année, toutes les unités de soins accueillent des infirmières qui doivent s'intégrer rapidement dans leur nouveau milieu de travail (Roy & Robichaud, 2016). Quelle que soit l'unité de soins où elles arrivent, ces nouvelles infirmières, définies dans la présente étude comme étant des infirmières nouvellement diplômées, font face à un contexte particulier qui influence leur processus d'intégration dans ce milieu et la transition de leur rôle d'étudiantes à celui d'infirmières (Duchscher, 2009; Halpin et al., 2017; Regan et al., 2017). À cet égard, pratiquer sur une unité de soins intensifs néonataux, auprès de nouveau-nés nécessitant des soins surspécialisés et leur famille peut occasionner pour les infirmières qui y oeuvrent une énorme charge émotionnelle (Cricco-Lizza, 2014; Green et al., 2015a, 2017; Turner et al., 2014) et de nombreux dilemmes éthiques qui peuvent être confrontant (Green et al., 2017). On peut donc supposer que les infirmières qui débutent sur cette unité surspécialisée sont aussi exposées à cette charge émotionnelle et aux dilemmes éthiques. En effet, le peu d'expérience et le processus d'intégration difficile des nouvelles infirmières pourraient amplifier l'impact de la charge émotionnelle et des dilemmes éthiques qui caractérisent le vécu aux soins intensifs néonataux. Cependant, la manière dont elles vivent ou s'adaptent à cette nouvelle réalité n'est que peu abordée dans la littérature. Par ailleurs, étant donné le manque de soutien vécu par les nouvelles infirmières (Flinkman & Salantera, 2015; Tuckett, Winters-Chang, Bogossian, & Wood, 2015) et leur expérience d'intégration souvent négative (Halpin et al., 2017; OIIQ, 2016; Regan et al., 2017), il s'avère important d'identifier ce qui pose problème

dans un contexte de soins intensifs néonataux afin de bien les soutenir. Ce chapitre a donc pour but de présenter la problématique relativement à la méconnaissance du vécu des nouvelles infirmières devant se familiariser à leur profession tout en s'intégrant dans un contexte de soins intensifs néonataux. D'abord, le vécu d'intégration des nouvelles infirmières, indépendamment du milieu de pratique, sera expliqué suivi des particularités identifiées dans les écrits lorsqu'il s'agit d'infirmières qui pratiquent aux soins intensifs néonataux. Les défis quotidiens des infirmières qui pratiquent aux soins intensifs néonataux seront décrits. Précisément, il s'agit des éléments relatifs à la demande émotionnelle et aux dilemmes éthiques ainsi que les répercussions de ces derniers sur la détresse morale des infirmières qui pratiquent sur ces unités de soins intensifs néonataux. Finalement, le but et la question de recherche seront présentés.

L'intégration des nouvelles infirmières

Le processus d'intégration des nouvelles infirmières dans un milieu de soins peut être difficile. La prochaine section a pour objectif de détailler ce qui influence de manière générale, le vécu de ces infirmières lors de leur intégration dans un nouveau milieu de soins; elles ne se sentent pas bien préparées pour assumer leur rôle (Monaghan, 2015); elles se sentent mal soutenues par les équipes en place (Flinkman & Salantera, 2015; Tuckett, Winters-Chang, Bogossian, & Wood, 2015) et certains comportements négatifs de leurs collègues nuisent à leur intégration (Halpin et al., 2017; OIIQ, 2016; Regan et al., 2017).

D'étudiante à infirmière

Les nouvelles infirmières qui doivent s'intégrer dans un nouveau milieu de travail passent d'un rôle d'étudiante à celui d'infirmière et ceci peut être difficile pour elles (Duchscher, 2009; Roy & Robichaud, 2016). Plusieurs facteurs ont été répertoriés pour expliquer ce qui influence le vécu des infirmières lors de leur transition du milieu scolaire au milieu clinique (Duchscher, 2009; Roy & Robichaud, 2016).

Une préparation jugée insuffisante. D'abord, au terme de leur formation, certaines infirmières ne se sentent pas bien préparées à faire leur entrée sur le marché du travail (Monaghan, 2015). Dès leurs débuts, peu importe leur domaine de pratique, on leur demande de s'adapter rapidement à de nombreuses responsabilités. Elles ressentent alors une lourde charge de travail qui dépasse ce qu'elles sont en mesure d'effectuer lorsqu'elles débutent (Duchscher, 2009; OIIQ, 2016; Regan et al., 2017). À cela s'ajoutent les attentes jugées parfois trop élevées de leurs collègues par rapport à ce qu'elles sont réellement aptes à accomplir (OIIQ, 2016; Phillips, Kenny, Esterman, & Smith, 2014).

Un manque de soutien. La difficile expérience d'intégration sur le marché du travail des infirmières peut également s'expliquer par un manque de soutien de la part de leur supérieur qui se manifeste dans un contexte d'orientation trop brève et incomplète ou encore par des relations problématiques avec les collègues (Flinkman & Salantera, 2015; Tuckett, Winters-Chang, Bogossian, & Wood, 2015). Des auteurs qualifient cette transition de source d'anxiété pour certaines infirmières (Gardiner & Sheen, 2017;

Washington, 2012) et d'autres ajoutent qu'une anxiété de performance associée à la transition des rôles peut s'expliquer parfois par un manque de confiance en soi (Cheng, Liou, Tsai, & Chang, 2015).

Un climat souvent malsain. Certains auteurs décrivent un climat de travail malsain pour ces nouvelles infirmières qui sont parfois confrontées à des attitudes et des comportements négatifs de la part de leurs collègues de travail, nuisant ainsi à leur intégration (Halpin et al., 2017; OIIQ, 2016; Regan et al., 2017). Selon les auteurs, ces comportements nuisibles peuvent se définir comme étant de l'intimidation de la part des collègues qui dénigrent les nouvelles infirmières devant les autres et les critiquent lorsqu'elles posent des questions (Halpin et al., 2017; Regan et al., 2017).

En somme, les connaissances récentes démontrent que les défis spécifiques des milieux de soins peuvent avoir des conséquences sur l'intégration des nouvelles infirmières. Le manque de préparation ressenti par celles-ci (Monaghan, 2015) les amène à manquer de confiance en elles à leurs débuts (Cheng et al., 2015). À cela s'ajoutent une lourde charge de travail et un manque de soutien (Duchscher, 2009; Regan et al., 2017) qui représentent des éléments qui nuisent au climat de travail (Tuckett et al., 2015). Finalement, relié aux relations problématiques avec les collègues, il est difficile pour les nouvelles infirmières de se tailler une place dans l'équipe, ce qui est, par ailleurs, essentiel à une intégration réussie (Lee, Hsu, Li, & Sloan, 2013).

Les infirmières des soins intensifs néonataux

Les infirmières oeuvrant aux soins intensifs néonataux vivent de nombreux défis associés à leurs rôles auprès d'une clientèle requérant des soins surspécialisés. Ces défis spécifiques à ce milieu s'ajoutent aux défis généraux d'intégration à la pratique et de transition de rôle d'étudiante à celui d'infirmière. La réalité de la pratique des infirmières aux soins intensifs néonataux a été décrite par certaines études (Cricco-Lizza, 2014; Green et al., 2015a; Green, Darbyshire, Adams, & Jackson, 2015c; Green et al., 2017; Strandas & Fredriksen, 2015; Turner et al., 2014) qui ont mis de l'avant deux principaux défis associés à la pratique dans ce milieu soit ; la demande émotionnelle pour les infirmières (Cricco-Lizza, 2014; Green et al., 2015a, 2015c, 2017; Turner et al., 2014) et l'occurrence de dilemmes éthiques confrontants (Green et al., 2017; Strandas & Fredriksen, 2015).

La demande émotionnelle

Lorsqu'elles pratiquent aux soins intensifs néonataux, les infirmières vivent une grande demande émotionnelle associée à plusieurs situations. D'abord, une étude met en lumière des situations de soins complexes liées d'une part, à l'instabilité de la clientèle composée essentiellement de nouveau-nés prématurés et d'autre part à l'anxiété des parents et leur besoin d'être rassurés par rapport à l'état de santé de leur enfant (Cricco-Lizza, 2014). Les infirmières doivent donc non seulement prendre soin des nouveau-nés, mais également apporter un soutien à leurs parents. Ce contexte peut s'avérer difficile, car souvent les parents vivent un choc suite à la tournure inattendue des événements liés à la naissance de leur enfant (Turner et al., 2014). Les émotions véhiculées par les parents dans

une telle situation peuvent se répercuter sur les infirmières (Cricco-Lizza, 2014). Par exemple, une étude a démontré que lorsque les parents sont stressés, ce stress peut entraîner une énergie négative qui sera ressentie par les infirmières (Cricco-Lizza, 2014). Beaucoup d'émotions peuvent également être vécues par les infirmières en lien avec l'incertitude quant à l'état de santé des enfants dans l'avenir. Plus ils nécessitent des soins complexes associés à la prématurité, plus ils risquent d'avoir à long terme des répercussions négatives sur leur santé. Ces conséquences restent inconnues et imprévisibles ce qui représente un stress additionnel pour les infirmières (Green et al., 2015a).

En plus d'avoir une santé précaire, l'apparence des enfants, qui ressemblent plus à un fœtus qu'à un nouveau-né à terme, peut également soulever des questionnements chez les infirmières (Green et al., 2015c). Les études tendent à démontrer que les infirmières se questionnent quant à la viabilité des nouveau-nés et quant aux conséquences futures et possibles de la prématurité sur leur santé. Ces questionnements ajoutent à la demande émotionnelle des infirmières (Green et al., 2015c) et posent également des dilemmes éthiques (Green et al., 2017).

Les dilemmes éthiques en néonatalogie

Les infirmières oeuvrant en néonatalogie sont particulièrement confrontées à des dilemmes éthiques en néonatalogie. En sachant que la prématurité peut avoir des répercussions à long terme sur l'état de santé des nouveau-nés (Goldenberg, Culhane,

Diams, & Romero, 2008), les infirmières peuvent avoir des questionnements quant à l'éthique rattachée à certains actes médicaux. En effet, si la santé des prématurés est précaire, les équipes médicales auront recours à plusieurs techniques invasives visant à les maintenir en vie (Green et al., 2017). Les infirmières se retrouvent donc parfois confrontées à leurs propres valeurs face au choix de maintenir un enfant en vie, malgré les fortes chances de morbidité à long terme (Tomlinson, Kaempf, Ferguson, & Stewart, 2010). Par exemple, si le pronostic au niveau neurologique est sombre et que l'infirmière croit que la qualité de vie se définit par l'absence de problèmes neurologiques, cette croyance peut être ébranlée si les parents et l'équipe médicale décident tout de même de poursuivre les soins (Green et al., 2017). Ces situations peuvent être très confrontantes car il est difficile pour les infirmières de faire abstraction de leur position éthique en prodiguant des soins qui vont à l'encontre de celle-ci (Green et al., 2017). De plus, il peut devenir ardu d'agir au bénéfice des enfants dans la prise de décision à teneur éthique (Strandas & Fredriksen, 2015) lorsque plusieurs acteurs sont impliqués dans cette prise de décision, chacun ayant sa propre perception de la réalité, en l'occurrence les parents et les différents membres de l'équipe médicale. Ces contextes peuvent devenir très complexes à gérer pour les infirmières qui se retrouvent au cœur de la situation (Green et al., 2017).

La détresse morale

La demande émotionnelle et les dilemmes éthiques auxquels les infirmières oeuvrant sur les unités néonatales font face peuvent les mener à vivre de la détresse morale (de Boer, van Rosmalen, Bakker, & van Dijk, 2016; Prentice, Janvier, Gillam, & Davis,

2016; Sannino, Gianni, Re, & Lusignani, 2015). La détresse morale survient lorsque la perception des infirmières de ce qui serait la chose à faire se confronte à des obstacles qui les empêchent de poser les actions qu'elles pensent justes (de Boer et al. 2016; Dorris, 2013; Prentice et al., 2016; Sannino et al., 2015). Aux soins intensifs néonataux, la détresse morale associée aux dilemmes éthiques survient généralement lorsque les infirmières considèrent que les méthodes invasives pour le maintien en vie des nouveau-nés sont plus néfastes pour eux à long terme que bénéfiques (de Boer et al. 2016; Dorris, 2013; Prentice et al., 2016; Sannino et al., 2015). De tels contextes font en sorte que les infirmières vivent beaucoup de fatigue (Smith-Miller, Shaw-Kokot, Curro, & Jones, 2014) et certaines vont même jusqu'à quitter leur travail (Henrich et al., 2017).

Le vécu des nouvelles infirmières

Les nouvelles infirmières qui oeuvrent aux soins intensifs néonataux ont un vécu peu exploré dans la littérature par rapport aux autres milieux de soins. Or, certains auteurs reconnaissent qu'aux soins intensifs néonataux, elles ont un vécu qui est spécifique à la clientèle (Choi, Lee, & Lee, 2015; Petty, 2017). En premier lieu, elles ont beaucoup d'apprentissages à faire en lien avec les soins surspécialisés que nécessite cette clientèle qui diffère de ce qu'elle a appris lors de sa formation (Petty, 2017). En plus d'apprendre à apporter aux parents le soutien émotionnel nécessaire lors d'une longue hospitalisation, les nouvelles infirmières doivent s'adapter au fait que la durée d'hospitalisation est généralement plus longue que dans d'autres milieux pédiatriques. Elles doivent également

apprendre à bien observer les signes démontrant que les nouveau-nés prématurés sont inconfortables, puisqu'ils ne parlent pas (Petty, 2017).

En explorant le vécu des infirmières aux soins intensifs néonataux, il est possible de constater qu'elles vivent des défis uniques associés à la clientèle que sont les prématurés (Cricco-Lizza, 2014; Green et al., 2015a, 2015c, 2017; Strandas & Fredriksen, 2015; Turner et al., 2014). Comme précisé, ces défis peuvent expliquer les raisons pour lesquelles certaines d'entre elles décident de quitter leur travail (Henrich et al., 2017). Afin d'éviter des problématiques liées à la rétention du personnel dans ces milieux, il est important de bien les soutenir lorsqu'elles font face à ces défis (Cricco-Lizza, 2014).

Or, les soins intensifs néonataux constituent un milieu de soins qui génèrent une forte demande émotionnelle chez les infirmières en plus des dilemmes éthiques soulevés, et ce, peu importe le niveau d'expérience des infirmières qui y travaillent (Cricco-Lizza, 2014; Green et al., 2015a; Green, Darbyshire, Adams, & Jackson, 2015c; Green et al., 2017; Strandas & Fredriksen, 2015; Turner et al., 2014). Aussi, on sait que les nouvelles infirmières vivent déjà de nombreux défis d'intégration lors de leur transition du milieu scolaire au milieu clinique (Halpin et al., 2017; Regan et al., 2017; Lee, et al., 2013). Cependant, peu d'études ont été menées quant à l'expérience d'intégration des nouvelles infirmières sur les unités de soins intensifs néonataux. Une intégration réussie des nouvelles infirmières dans ce milieu pourrait les aider à mieux gérer à des situations difficiles. Afin de déterminer ce qui nuit et ce qui facilite l'intégration des nouvelles

infirmières aux soins intensifs néonataux, il est primordial de bien comprendre leur vécu lorsqu'elles s'intègrent dans ce milieu surspécialisé. Cette compréhension permettrait de mieux cibler les besoins des nouvelles infirmières dans ces unités surspécialisées pour ainsi, déployer les ressources nécessaires favorisant leur intégration dans ces unités surspécialisées.

Le but et la question de recherche

Le but de l'étude est d'explorer les perceptions des nouvelles infirmières quant à leur intégration aux soins intensifs néonataux et d'identifier les éléments qui facilitent et qui nuisent à cette intégration. La question de recherche est : comment se vit l'intégration des nouvelles infirmières aux soins intensifs néonataux ?

En somme, la problématique soulevée vise à justifier la pertinence de mener cette étude. En effet, les nouvelles infirmières ont d'emblée un vécu chargé associé à leur intégration dans le milieu de travail, peu importe le domaine de pratique. En exposant ce vécu d'intégration avec la réalité du quotidien des infirmières aux soins intensifs néonataux, on peut présumer que plusieurs défis se présentent pour les nouvelles infirmières qui débutent avec la clientèle néonatale. Au terme de cette étude, un portrait des perceptions des nouvelles infirmières qui amorcent leur carrière aux soins intensifs néonataux pourra être dressé. À l'aide de ce portrait, les retombées anticipées sont en premier lieu la sensibilisation du personnel déjà en place sur les unités de soins néonataux

quant au vécu des nouvelles infirmières qui débutent sur leurs unités et le développement d'une culture de soutien sur l'unité envers ces nouvelles infirmières.

Recension des écrits

Ce chapitre expose l'état actuel des connaissances par rapport au vécu d'intégration à l'unité des soins intensifs néonataux des infirmières nouvellement diplômées, nommées ci-après, les nouvelles infirmières. Il permettra de renchérir le besoin d'effectuer une étude qui vise à explorer les perceptions de ces nouvelles infirmières quant à leur intégration aux soins intensifs néonataux et d'identifier les éléments qui facilitent et nuisent à cette intégration. La recension des écrits a été réalisée à l'aide des bases de données CINAHL et PubMed. Les mots-clés utilisés font référence au vécu des nouvelles infirmières et aux soins intensifs néonataux ; *Experiences, perceptions, attitudes, views, feelings, NICU, neonatal intensive care unit, special care, baby unit, newborn intensive care, new graduate nurses, new nurse, novice nurse*. Des mots-clés francophones ont également été utilisés soit « nouvelles infirmières » et « néonatalogie ». Les articles sélectionnés ont été publiés entre 2014 et 2020. Treize de ces articles, soit huit études qualitatives, quatre études quantitatives et une revue systématique, mettent en lumière le vécu infirmier aux soins intensifs néonataux et la complexité des soins. Dix articles ont été sélectionnés quant au vécu des nouvelles infirmières tous domaines confondus, soit huit études qualitatives, une revue de la littérature et une étude mixte. De ces dix articles, deux abordaient spécifiquement les soins intensifs néonataux et deux traitaient des soins intensifs généraux. En ce qui a trait aux éléments facilitants et nuisibles à la transition, dix articles ont été retenus, soit deux analyses secondaires qualitatives, trois études qualitatives, une étude quantitative, une étude mixte et trois revues systématiques. En

premier lieu, une présentation générale des soins intensifs néonataux sera réalisée. Ensuite, l'expérience des nouvelles infirmières sera décrite ainsi que les éléments facilitants et nuisibles à leur intégration qui émergent de la littérature.

Les soins intensifs néonataux

Les soins intensifs néonataux accueillent des nouveau-nés prématurés ainsi que des nouveau-nés à terme qui nécessitent des soins accrus de santé (AAP, 2012). Au Québec, six unités sont considérées comme des unités de soins intensifs néonataux (Préma-Québec, 2017). Les infirmières qui y pratiquent font face quotidiennement à des soins complexes déterminés par les familles omniprésentes, et des aspects spécifiques à la clientèle néonatale, tels que leur vulnérabilité ainsi que les taux élevés de morbidité et de mortalité (Goldenberg et al., 2008 ; Ribeiro, Moura, Sequeira, Barbieri, & Erdmann, 2015 ; Strandas & Fredriksen, 2015). De plus, les infirmières doivent jouer plusieurs rôles, entre autres celui de « protectrices » des nouveau-nés et d'accompagnatrices de la famille (Strandas & Fredriksen, 2015). Tous ces aspects de la littérature sont explorés dans la suite de ce chapitre.

La complexité des soins

La complexité des soins dans les unités de soins intensifs néonataux se traduit de plusieurs façons (Fanaroff et al., 2014 ; Goldenberg et al., 2008). D'abord, il importe de savoir que les unités néonatales sont classées en trois niveaux de soins selon l'American Academy of Pediatrics (AAP) (2012). Plus ce niveau est élevé, plus l'unité est en mesure

de prodiguer des soins intensifs à sa clientèle (AAP, 2012). Les unités de niveau 1 sont des pouponnières qui prennent en charge les nouveau-nés de plus de 35 semaines (AAP, 2012). Les unités de niveau 2 prennent en charge des nouveau-nés de plus de 32 semaines et de plus de 1,5 kilogramme. Ils peuvent donner un léger soutien respiratoire (AAP, 2012). Les nouveau-nés nécessitant un soutien respiratoire plus important ou sur une période prolongée seront transférés dans une unité de niveau 3 (AAP, 2012). Ces unités peuvent prendre en charge des nouveau-nés de moins de 32 semaines et de moins de 1,5 kilogramme (AAP, 2012). Ainsi, plus le niveau de soins est élevé, plus les intervenants font face à un taux de morbidité et de mortalité élevé (Goldenberg et al., 2008). Heureusement, les avancements technologiques dans le domaine de la néonatalogie permettent aux nouveau-nés de plus en plus prématurés de survivre (Fanaroff et al., 2014). Ce contexte entraîne cependant des répercussions sur la complexité des soins prodigués par le personnel soignant, car le risque de complications respiratoires, neuro-développementales et gastro-intestinales augmente en fonction du niveau de prématurité (Goldenberg et al., 2008).

La clientèle. Certaines caractéristiques spécifiques de la clientèle requérant des soins intensifs néonataux influencent la complexité des soins (Goldenberg et al., 2008 ; Green et al., 2015a, 2015 c ; Ribeiro et al., 2015 ; Strandas & Fredriksen, 2015). L’American Academy of Pediatrics (2012) décrit cette clientèle comme étant composée de nouveau-nés prématurés ou des nouveau-nés à terme, mais qui nécessitent des soins de santé.

Des entrevues effectuées auprès de six infirmières qui prennent soin des nouveau-nés prématurés en Norvège et qui avaient pour but d'étudier les types de défis éthiques auxquels elles font face ont dévoilé que la clientèle est unique aux yeux des infirmières (Strandas & Fredriksen, 2015). Ces nouveau-nés sont petits, vulnérables et complètement dépendants des soins qu'elles leur prodiguent (Strandas & Fredriksen, 2015). D'autres chercheurs se sont penchés sur la question d'unicité de cette clientèle en abordant le thème de l'apparence de fœtus des nouveau-nés prématurés (Green et al., 2015 c). Ces chercheurs ont mené 14 entrevues et des groupes de discussion avec 24 infirmières qui travaillent aux soins intensifs néonataux en Australie. Pour certaines, le fait de voir et de prendre soin d'un nouveau-né qui ressemble davantage à un fœtus qu'à un nouveau-né à terme était vécu comme un choc lors de leur premier contact avec la clientèle (Green et al., 2015 c). Les chercheurs expliquent que certaines infirmières ont parfois même refusé de s'occuper de nouveau-nés âgés de seulement 23 ou 24 semaines de gestation en raison de la détresse que cela leur causait (Green et al., 2015 c). Ce refus a entraîné des conflits et des frustrations entre les infirmières (Green et al., 2015 c) dues au fait que certaines infirmières ont une vision plus pessimiste de l'avenir du nouveau-né alors que d'autres ont davantage des croyances teintées d'espoir. Dans un deuxième temps, ces chercheurs ont mené une étude qui avait pour but de comprendre comment les infirmières géraient l'incertitude associée au fait de s'occuper des nouveau-nés prématurés (Green et al., 2015a). Les infirmières indiquent qu'elles trouvent difficile de s'adapter à cette réalité, car elles appréhendent la détérioration de l'état clinique du nouveau-né à la suite de la période de lune de miel. Il s'agit d'une période de deux à trois jours suivant la naissance

prématurée durant laquelle son état de santé est particulièrement stable après quoi, il arrive qu'il se détériore (Green et al., 2015a). Elles mentionnent leurs réserves par rapport aux propos qu'elles tiennent avec les parents en lien avec l'état de santé de l'enfant durant cette période (Green et al., 2015a).

Le rôle de l'infirmière. Les infirmières qui œuvrent aux soins intensifs néonataux doivent se familiariser avec le rôle particulier qu'elles occupent dans les soins aux nouveau-nés prématurés (Green et al., 2015 a ; Hellmann, Knighton, Lee, & Shah, 2016 ; Lemyre et al., 2016 ; Strandas & Fredriksen, 2015 ; Welborn, 2017). Strandas et Fredericksen (2015) mentionnent que les six infirmières rencontrées dans le cadre de leur étude qualitative avaient toutes une sensibilité particulière et donnaient des soins attentionnés aux nouveau-nés. En effet, elles se donnent elles-mêmes le rôle de protectrices de l'enfant en s'assurant que celui-ci ait suffisamment de repos et que les soins et interventions soient regroupés afin de le déranger le moins possible (Strandas & Fredriksen, 2015). L'infirmière a également un rôle à jouer dans les discussions et dans la prise de décision de cesser les soins curatifs et de les remplacer par des soins de confort lorsque l'état de santé du nouveau-né se détériore beaucoup et que ses chances de survie s'amointrissent avec le temps (Bucher et al., 2018). Ces propos proviennent d'ailleurs d'une étude quantitative menée auprès de 398 membres d'une équipe médicale, dont 96 infirmières, par le biais d'un sondage, qui a démontré que cette prise de décision est complexe et peut entraîner des conflits au sein de l'équipe médicale (Bucher et al., 2018). Cet aspect ajoute donc un rôle supplémentaire à l'infirmière qui peut être lourd à porter

(Bucher et al., 2018). Dans certains cas, ces décisions mènent aux soins palliatifs de l'enfant (Bucher et al., 2018 ; Stayer & Lockhart, 2016) et alors, les infirmières doivent prodiguer ces soins. Une étude qualitative menée auprès de 12 infirmières qui travaillent aux soins intensifs pédiatriques par le biais d'entrevues met en lumière le rôle des infirmières assumant des soins palliatifs aux soins intensifs pédiatriques (Stayer & Lockhart, 2016). Les infirmières mentionnent que ces soins font partie de leur travail et qu'elles ont un rôle à jouer dans le soutien psychologique et physique des parents et de leur enfant (Stayer & Lockhart, 2016). Malgré le fait que cette étude ait été réalisée dans un milieu pédiatrique et non spécifiquement néonatal, les résultats arrivent à bien dépeindre le rôle des infirmières et l'impact des soins palliatifs prodigués auprès d'enfants. Les chercheurs mentionnent que les infirmières se sentent parfois impuissantes et sont très affectées par la situation de fin de vie d'un enfant (Stayer & Lockhart, 2016).

Le contexte des unités de soins intensifs néonataux amène aussi les infirmières à jouer un rôle au niveau du soutien particulier aux familles (Mirlashari, Valizadeh, Navab, Craig, & Ghorbani, 2019 ; Ribeiro et al., 2015). Une revue intégrative systématique de la littérature réalisée en 2015 avec neuf études publiées entre 2004 et 2012 (Ribeiro et al., 2015) parle de l'importance du soutien aux familles apporté par les infirmières au chevet (Ribeiro et al., 2015). Les chercheurs mentionnent la lourdeur de la charge émotionnelle vécue par les parents qui rend le soutien des infirmières essentiel à une expérience de soins positive (Ribeiro et al., 2015). Les chercheurs concluent également que les parents nécessitent beaucoup d'accompagnement et d'orientation lors de l'hospitalisation de leur

enfant (Ribeiro et al., 2015). Dans une autre étude menée auprès des infirmières, les auteurs soulignent l'importance de développer un lien de confiance avec les familles en démontrant de l'ouverture et de l'écoute (Strandas & Fredriksen, 2015). Les infirmières doivent également rassurer les familles et leur montrer comment s'occuper de leur nouveau-né prématuré (Strandas & Fredriksen, 2015). Une étude réalisée auprès de 11 infirmières par le biais d'entrevues semi-dirigées conclut que celles-ci doivent accompagner les parents dans leur nouveau rôle parental et leur expliquer tout ce qui se passe au niveau médical avec leur enfant (Mirlashari et al., 2019). Cet aspect contribue à la spécificité de la clientèle des soins intensifs néonataux et renchérit le fait que ces soins sont complexes.

Les habiletés à développer. Les infirmières doivent également avoir certaines habiletés spécifiques afin de donner des soins adéquats à cette clientèle particulière (Green et al., 2015 a ; Strandas & Fredriksen, 2015). Dans l'étude qualitative de Strandas et Fredericksen (2015), il est mentionné qu'elles doivent être en mesure de répondre adéquatement aux questions des parents et leur expliquer chaque intervention en détail, car ils se trouvent dans un univers qui leur est complètement inconnu. Dans l'étude qualitative de Green et al. (2015 a), quelques-unes des 24 infirmières rencontrées expliquent qu'elles doivent également être aptes à gérer les attentes des parents et leur expliquer l'imprévisibilité de la condition clinique de leur enfant, surtout durant la période

de « lune de miel »² (Green et al., 2015a). Les infirmières parlent d'une période chargée d'espoir pour les parents, puisque le nouveau-né est généralement stable (Green et al., 2015a), d'où l'importance de leur donner des informations justes et précises. Selon ces deux dernières études, les habiletés de communication des infirmières aux soins intensifs néonataux sont importantes (Green et al., 2015 a ; Strandas & Fredriksen, 2015). En ce sens, des chercheurs ont évalué l'effet d'une formation en communication sur l'empathie et les habiletés des infirmières à impliquer les parents dans les soins (Bry et al., 2016). Les auteurs concluent qu'avec une formation en communication, les infirmières aux soins intensifs néonataux sont en mesure de mieux répondre aux réactions des parents face à la situation de santé de leur enfant et elles sont plus attentives au bien-être des parents sur l'unité. Leurs résultats permettent de constater les bénéfices attribuables au fait que les infirmières aux soins intensifs néonataux possèdent de bonnes habiletés de communication (Bry et al., 2016). Le fait de soutenir les infirmières dans le développement de ces habiletés pourrait être bénéfique pour la qualité des soins.

Le ressenti des infirmières

Plusieurs écrits portent sur ce que ressentent les infirmières aux soins intensifs néonataux (Green et al., 2015 a ; Green, Darbyshire, Adams, & Jackson, 2015 b). Dans l'étude qualitative de Green et al. (2015a) menée auprès de 24 infirmières aux soins intensifs néonataux, les chercheurs révèlent le sentiment d'incertitude vécu par les

² La « lune de miel » est la période de deux ou trois jours suivant la naissance durant laquelle le nouveau-né est généralement stable. Après cette période, il est fréquent que son état de santé se détériore (Green et al., 2015a).

infirmières par rapport à l'avenir de l'enfant. Les infirmières comparent le parcours d'un prématuré à une loterie (Green et al., 2015a). Elles expliquent qu'elles ne savent jamais lesquels vont bien s'en sortir et cela crée beaucoup d'incertitude et d'ambivalence chez elles tout au long de l'hospitalisation des nouveau-nés (Green et al., 2015a). Dans une autre étude qualitative de Green, Darbyshire, Adams & Jackson (2015b), d'autres infirmières interrogées mentionnent qu'elles doivent parfois retenir de l'information que seul le médecin peut divulguer aux parents. Les infirmières se sentent alors déchirées et coupables de détenir l'information et de ne pas pouvoir la partager avec les parents (Green et al., 2015b).

Les résultats d'une étude menée auprès de 24 infirmières démontrent que les infirmières ressentent de la détresse et des conflits internes lorsqu'elles doivent infliger de la douleur aux nouveau-nés en raison des traitements qu'elles doivent administrer (Green, Darbyshire, Adams, & Jackson, 2016). Le rôle de l'infirmière étant généralement d'amoinrir les souffrances du patient, les infirmières interrogées se questionnent par rapport à leur rôle lorsqu'elles doivent administrer des traitements douloureux à l'enfant (Green et al., 2016).

La détresse morale. Travailler sur une unité de soins intensifs néonataux peut entraîner de la détresse morale chez le personnel soignant (de Boer et al., 2016 ; Sannino et al., 2015). Cette détresse se manifeste par une discordance entre les convictions morales des infirmières et les soins prodigués aux patients (de Boer et al., 2016). Une étude menée

auprès de 452 infirmières en Italie arrive au constat que l'utilisation prolongée de la technologie et tous les soins rattachés au maintien de la vie d'un enfant causent un dilemme éthique qui peut mener à de la détresse morale chez le personnel soignant (Sannino et al., 2015). Une étude réalisée aux Pays-Bas auprès de 117 infirmières et médecins d'une unité de soins intensifs néonataux a identifié sensiblement le même constat (de Boer et al., 2016). Une revue systématique de la littérature réalisée en 2016 en lien avec la détresse morale des soignants aux soins intensifs néonataux et pédiatriques met en lumière le fait que cette détresse morale pourrait avoir des effets sur la qualité des soins donnés aux patients (Prentice et al., 2016). Cependant, la nature de ces effets sur la qualité des soins n'est pas précisée. Ces études renforcent l'importance de s'intéresser à l'expérience des nouvelles infirmières qui débutent aux soins intensifs néonataux afin d'éviter ou d'amoindrir leur détresse morale et conséquemment, l'impact négatif de cette détresse sur la qualité des soins.

Une décision prise de cesser les soins curatifs aux soins intensifs néonataux amène les infirmières à devoir prodiguer des soins palliatifs (Bucher et al., 2018). Ces soins entraînent une autre dimension à ce qu'elles ressentent. Les infirmières reconnaissent qu'elles ont besoin d'un soutien lorsqu'elles vivent ces situations, que ce soit de façon informelle, en discutant avec des collègues, ou de façon formelle en effectuant un retour sur la situation avec des supérieurs (Bloomer et al., 2015). Dans l'étude qualitative de Bloomer et al. (2015), les 22 infirmières interviewées individuellement et en groupe de discussion ont démontré faire preuve de résilience face à ce genre de situations. Par contre,

elles admettent que chaque décès a un impact dans leur vie. Les chercheurs ne précisent pas la nature de cet impact. Elles reconnaissent qu'elles ont besoin de formation sur la communication avec la famille. Plus précisément, elles ont besoin d'être formées sur la préparation de la famille au décès éventuel (Bloomer et al., 2015).

La clientèle des soins intensifs néonataux étant très vulnérables (Strandas & Fredriksen, 2015) et leur avenir plongé dans l'incertitude (Green et al., 2015a), il est important de s'attarder au vécu des nouvelles infirmières qui débutent dans ce milieu. Les infirmières aux soins intensifs néonataux doivent supporter les familles lors des moments difficiles (Ribeiro et al., 2015) et ont même parfois à participer aux décisions d'arrêter les soins lorsque nécessaire (Bry et al., 2016).

L'intégration des nouvelles infirmières

L'intégration des nouvelles infirmières dans un milieu de soin a intéressé plusieurs chercheurs à travers le monde (Al Awaisi, Cooke, & Prymachuk, 2015 ; Ankers, Barton, & Parry, 2018 ; Duchscher, 2009 ; Halpin et al., 2017 ; Kumaran & Carney, 2014). Peu importe le milieu clinique dans lequel elles s'intègrent, les nouvelles infirmières vivent des défis d'adaptation à leur nouveau milieu de travail. Quelques écrits ont été publiés spécifiquement sur l'expérience des nouvelles infirmières aux soins intensifs néonataux (Choi et al., 2015 ; Petty, 2017). D'autres articles abordent des éléments facilitants et nuisibles des processus d'intégration et de transition (Adams & Gillman, 2016 ; Chen & Lou, 2014 ; Gardiner & Sheen, 2017 ; Halpin et al., 2017 ; Innes & Calleja, 2018 ; Leong

& Crossman, 2016 ; Phillips et al., 2014 ; Regan et al., 2017 ; Rush, Adamack, Gordon, & Janke, 2015 ; Thomas & Mraz, 2017 ; Walker, Costa, Foster, & de Bruin, 2017). De plus, la distinction entre la transition et l'intégration est présentée, ainsi qu'une définition du choc de la réalité. Ces trois concepts sont omniprésents dans les articles portant sur l'expérience des nouvelles infirmières.

La transition versus l'intégration

Dans les écrits scientifiques, l'intégration semble aller de pair avec le terme « transition ». Lorsque l'on parle de transition, on fait souvent référence au passage de la théorie à la pratique c'est-à-dire le passage du rôle d'étudiant au rôle de professionnel (Duchscher, 2009 ; Roy & Robichaud, 2016). Cependant, lorsqu'on parle d'intégration, le terme décrit plus largement ce que va traverser la nouvelle infirmière (Lavoie-Tremblay, 2000). En effet, la période d'intégration comprend la période de transition entre les rôles, mais comprend également la socialisation de l'infirmière, son intégration dans l'équipe et son adaptation au marché du travail à titre plus général (Lavoie-Tremblay, 2000). Il est sous-entendu que la transition mène à une éventuelle intégration dans le milieu. Ces termes sont souvent abordés dans la suite de la recension et c'est pourquoi il semblait pertinent de les définir en détail. Dans la présente étude, le vécu d'intégration sera décrit, par contre, plusieurs articles parlant de l'expérience de transition semblaient pertinents dans la recension des écrits et c'est pourquoi les deux termes y sont utilisés.

Une adaptation stressante

Le vécu des nouvelles infirmières a intéressé plusieurs chercheurs (Al Awaisi et al., 2015 ; Ankers et al., 2018 ; Duchscher, 2009 ; Halpin et al., 2017 ; Kumaran & Carney, 2014 ; Roy & Robichaud, 2016). Une étude qualitative menée en Australie auprès de sept nouvelles infirmières ayant pour but d'explorer l'expérience de celles-ci dans un contexte de transition, soulève qu'elles se sentent submergées par la charge de travail et toute l'adaptation à laquelle elles doivent se soumettre en si peu de temps (Ankers et al., 2018). D'autres études ont démontré que beaucoup d'anxiété et de stress sont associés à la période de transition (Halpin et al., 2017 ; Kumaran & Carney, 2014). D'abord, une étude réalisée auprès de dix nouvelles infirmières en Irlande par le biais d'entrevues a démontré que celles-ci sont anxieuses lorsqu'elles débutent (Kumaran & Carney, 2014). L'adaptation à un nouveau rôle et le manque de confiance en elles font partie des sources d'anxiété (Kumaran & Carney, 2014). Dans une autre étude, les résultats confirment que la charge de travail est un élément stressant ainsi que l'adaptation aux nouveaux rôles qu'elles occupent (Halpin et al., 2017).

Le choc de la réalité

Le choc de la réalité est généralement vécu lors de la période de transition du milieu scolaire au milieu clinique et est documenté par l'entremise d'études qui ont exploré le vécu des nouvelles infirmières. Duchscher (2009) a publié une théorie sur ce concept de choc lié à la transition du milieu scolaire au milieu clinique. Elle explique les différents changements auxquels les nouvelles infirmières peuvent faire face lors de cette

transition, et ce à au moins cinq dimensions : physique, intellectuelle, émotionnelle, développementale et socioculturelle.

Plus récemment au Québec, une revue de littérature de type narrative a été publiée en 2016 à ce sujet (Roy & Robichaud, 2016). Les auteurs avancent que ce choc est entre autres décrit par des attentes parfois irréalistes de la part des employeurs et des collègues (Roy & Robichaud, 2016). Les infirmières font leur entrée dans le milieu en étant déjà attendues comme des infirmières ayant de l'expérience alors qu'elles n'en ont pas (Roy & Robichaud, 2016).

Lors de la transition entre le milieu scolaire et professionnel, l'écart entre la théorie et la pratique peut contribuer au choc de la réalité (Ankers et al., 2018). En effet, les infirmières ressentent qu'elles sont mal préparées lors de leur formation à ce qui les attend dans les milieux (Ankers et al., 2018 ; Al Awaisi et al., 2015). Certaines mentionnent que les universités ne mettent pas assez l'emphase sur la réalité du terrain, entre autres par rapport à la gestion du temps (Ankers et al., 2018). Ces résultats ont été obtenus par des entrevues semi-structurées faites auprès de sept jeunes infirmières. Une autre étude qualitative réalisée au Royaume-Uni auprès de 15 nouvelles infirmières par le biais d'entrevues arrive aux mêmes constats par rapport à l'écart entre la théorie et la pratique (Al Awaisi et al., 2015). Malgré le fait que les échantillons de ces études soient petits, les participantes sont d'accord pour dire qu'en arrivant dans le milieu clinique, elles doivent effectuer beaucoup de tâches en peu de temps et elles sentent qu'elles n'ont pas le temps

de bien faire les choses (Ankers et al., 2018 ; Al Awaisi et al., 2015). Selon ces résultats, les infirmières ont besoin d'être exposées à la réalité des milieux afin de bien se préparer à faire leur entrée sur le marché du travail et ainsi atténuer le choc de la réalité.

Ce qui facilite l'intégration

Certains éléments facilitent le processus d'intégration pour les nouvelles infirmières. Le soutien des pairs (Adams & Gillman, 2016; Chen & Lou, 2014; Gardiner & Sheen, 2017; Halpin et al., 2017; Innes & Calleja, 2018; Phillips et al., 2014; Regan et al., 2017; Rush et al., 2015; Thomas & Mraz, 2017) et la réponse à leurs besoins, tels que le besoin de socialisation, en sont des exemples (Innes & Calleja, 2018). Des programmes d'aide à la transition ainsi que d'autres interventions favorisant l'intégration peuvent être adoptés par les unités de soins d'accueil (Adams & Gillman, 2016 ; Chen & Lou, 2014). Ces aspects sont décrits dans les prochains paragraphes.

Un besoin de soutien et de socialisation. Quatre études à devis variable (une étude mixte, deux analyses secondaires de données qualitatives et une étude qualitative) s'entendent pour dire que le soutien des nouvelles infirmières est primordial afin de s'assurer du bon déroulement de leur intégration (Halpin et al., 2017 ; Phillips et al., 2014 ; Regan et al., 2017 ; Rush et al., 2015). Trois de ces études mentionnent que le soutien des nouvelles infirmières dans leurs débuts, mais également l'entraide entre collègues, devraient faire partie de la culture à instaurer dans une organisation (Halpin et al., 2017 ; Regan et al., 2017 ; Rush et al., 2015).

La socialisation représente un autre besoin de la relève. Une revue systématique de la littérature a permis de recenser trente (n=30) articles à propos du soutien lors de la transition des nouvelles infirmières. Les auteurs concluent que la socialisation est un des facteurs les plus importants lors de la transition du milieu scolaire au milieu clinique (Innes & Calleja, 2018). La socialisation est définie de plusieurs façons dans cette revue systématique. On parle de socialisation lorsque les nouvelles infirmières se soutiennent entre elles, mais également lorsque les infirmières expérimentées aident les nouvelles infirmières dans leurs communications avec l'équipe au travail (Innes & Calleja, 2018). Une telle socialisation amène les nouvelles infirmières à se sentir compétentes et confiantes lorsqu'elles abordent les autres membres de l'équipe (Innes & Calleja, 2018).

Des programmes facilitant l'intégration. Des programmes formels ont démontré leur efficacité pour accompagner les nouvelles infirmières dans leur processus de transition et d'intégration (Chen & Lou, 2014). D'abord, une revue systématique de la littérature a démontré que le mentorat a des effets positifs sur les nouvelles infirmières relativement sur les taux de rétention et leur satisfaction au travail (Chen & Lou, 2014). Des programmes structurés, tels que l'aide à la transition, la résidence et d'autres qui incluent une orientation ont aussi des effets positifs sur la réduction du stress, la confiance et les compétences des nouvelles infirmières et les taux de rétention de celles-ci.

Il est également important de souligner les effets positifs démontrés de la rétroaction (Gardiner & Sheen, 2017 ; Regan et al., 2017). La rétroaction et le soutien des pairs diminuent l'anxiété chez les nouvelles infirmières selon une étude menée auprès de 107 infirmières ayant répondu à un sondage (Gardiner & Sheen, 2017). Dans cette étude, la rétroaction, généralement en lien avec la pratique infirmière, pouvait être donnée par leur précepteur ou par leurs pairs. Une autre étude qualitative réalisée en 2017 révèle qu'une expérience positive de rétroaction facilite l'expérience de transition des nouvelles infirmières (Regan et al., 2017). Ces résultats ont été obtenus par le biais de groupes de discussion auprès de 42 infirmières (Regan et al., 2017). La rétroaction est donc pertinente dans le processus d'intégration des nouvelles infirmières et a des effets positifs sur celles-ci.

Aussi, l'utilisation d'activités de simulations cliniques comme opportunité d'apprentissage est positive, pertinente et bénéfique pour soutenir les nouvelles infirmières dans leur processus d'intégration, car ces activités leur permettent de développer des compétences en communications, le jugement clinique et la confiance en soi (Thomas & Mraz, 2017). En tout, 14 nouvelles infirmières ont participé à cette étude phénoménologique dont le but était d'explorer comment la simulation clinique affecte la pratique des nouvelles infirmières.

Ces méthodes pourraient être adaptées aux enjeux de la clientèle et implantées dans une unité de soins intensifs néonataux. Par contre, pour cela, on se doit d'explorer

les perceptions des nouvelles infirmières aux soins intensifs néonataux et d'identifier ce qui facilite et ce qui nuit à leur intégration afin d'être en mesure de bien adapter les programmes à leur réalité.

Ce qui nuit à l'intégration

Des éléments peuvent nuire au processus d'intégration dans l'équipe pour les nouvelles infirmières (Halpin et al., 2017 ; Leong & Crossman, 2016 ; Walker et al., 2017). Certains comportements des collègues et facteurs environnementaux peuvent être nuisibles tels que les collègues qui ont une attitude négative (Halpin et al., 2017 ; Leong & Crossman, 2016 ; Walker et al., 2017). À cela s'ajoute parfois un manque de personnel dans les milieux de soins qui peut mener à une surcharge de travail pour les nouvelles infirmières (Halpin et al., 2017).

Les comportements des collègues. La nature des comportements des collègues est déterminante dans l'intégration des nouvelles infirmières. Une étude aborde le thème du *tough love* qui se traduit par des attitudes et comportements négatifs de la part des infirmières expérimentées envers les nouvelles infirmières, tels que des insultes et des critiques non constructives (Leong & Crossman, 2016). Les nouvelles infirmières se sentent frustrées par rapport à ces comportements et ne vivent donc pas une expérience de transition positive (Leong & Crossman, 2016). Les chercheurs ont obtenu ces données en

interrogeant 26 nouvelles infirmières et cinq précepteurs³ australiens afin d'explorer l'expérience de transition de celles-ci (Leong & Crossman, 2016). Les auteurs d'une revue systématique de la littérature publiée également en Australie et ayant analysé 13 articles publiés entre 2004 et 2014 mettent de l'avant certains comportements manquant de professionnalisme qui sont nuisibles (Walker et al., 2017). Entre autres, les infirmières rapportent être dénigrées au travail parce qu'elles sont nouvelles et ceci conduit à un sentiment d'échec. Certaines vivent de l'intimidation et de la violence horizontale. Dans l'étude de Halpin et al. (2017), les nouvelles infirmières se sentent stressées face aux comportements de certains collègues. Ces derniers répondent avec un ton sec et les jugent lorsqu'elles ne savent pas quelque chose ou qu'elles font des erreurs (Halpin et al., 2017 ; Regan et al., 2017). Tous ces exemples d'attitudes et de comportements négatifs sont nuisibles aux nouvelles infirmières qui tentent de s'intégrer dans un nouveau milieu de travail (Halpin et al., 2017 ; Leong & Crossman, 2016 ; Regan et al., 2017).

Les facteurs environnementaux. D'autres facteurs environnementaux peuvent nuire à l'intégration des nouvelles infirmières. Halpin et al. (2017) ont étudié les différents éléments stressants lors de la transition à l'aide d'un devis mixte et le manque de personnel est ressorti comme étant un de ces éléments. En fait, les nouvelles infirmières expliquent que le manque de personnel amène une lourde charge de travail et de longues heures de

³ « Relation officielle entre deux personnes, une infirmière expérimentée (préceptrice) et une infirmière qui débute dans la profession (apprenante). Cette relation a pour but d'aider l'apprenante à s'adapter avec succès à un nouveau rôle et à réussir dans ses nouvelles fonctions » (Association des Infirmières et Infirmiers du Canada, 2004)

travail et de ce fait, elles craignent de faire des erreurs et elles ne se sentent pas préparées à gérer ce genre de situation (Halpin et al., 2017). Or, le manque de personnel sur les unités nuit à leur intégration (Boamah, Read & Laschinger, 2016 ; Halpin et al., 2017). Les auteurs de cette même étude rapportent que le manque de soutien de l'équipe en place nuit à l'intégration des nouvelles infirmières (Halpin et al., 2017). Tous les éléments qui facilitent et qui nuisent à l'intégration des nouvelles infirmières sont recensés dans le tableau 1.

Tableau 1

Éléments facilitateurs et nuisibles recensés dans la littérature

Éléments facilitateurs	Soutien des pairs	Socialisation	Programme de soutien à la transition
Éléments nuisibles	Comportements des collègues - Manque de professionnalisme - Intimidation - Manque de soutien	Facteurs environnementaux - Manque de personnel - Lourde charge de travail	

L'expérience des nouvelles infirmières aux soins intensifs néonataux

Plus précisément, quelques auteurs se sont intéressés aux nouvelles infirmières aux soins intensifs néonataux (Choi et al., 2015 ; Petty, 2017). L'étude de Choi et al. (2015) réalisée en Corée avait pour but d'identifier la signification et la nature de la pratique aux soins intensifs néonataux. Les entrevues effectuées auprès de 8 infirmières stagiaires ont démontré que les infirmières sont enthousiastes de débiter dans un milieu dont la clientèle est composée de nouveau-nés et de se spécialiser dans ce domaine (Choi et al., 2015).

Elles sentent cependant que les connaissances acquises dans leur formation ne sont pas suffisantes pour être en contact avec cette clientèle (Choi et al., 2015). Dans l'étude de Petty (2017), six infirmières ont raconté leur histoire respective en entrevue et à partir des thèmes extraits de ces entrevues, des histoires ont été créées par le chercheur afin d'être utilisées en tant que méthode d'apprentissage (Petty, 2017). À travers leurs histoires, les nouvelles infirmières mettent en lumière les relations de longue durée avec les prématurés et leur famille lors de leur hospitalisation qui s'étale souvent sur plusieurs semaines, voire des mois. De plus, elles remarquent la nécessité de s'attarder aux moindres détails en lien avec l'environnement des nouveau-nés (le bruit, la lumière) et d'être attentive aux moyens de communication des nouveau-nés prématurés (Petty, 2017). Il est donc possible de constater que les soins intensifs néonataux nécessitent des connaissances et des habiletés pour faire face à cette clientèle spécifique (Choi et al., 2015 ; Petty, 2017).

La justification de l'étude

Cette étude se justifie par l'état des connaissances actuelles sur le thème des nouvelles infirmières aux soins intensifs néonataux. Les nouvelles infirmières qui s'intègrent dans un nouveau milieu ont énormément d'apprentissages et d'adaptation à faire en début de carrière aux soins intensifs et spécifiquement en néonatalogie (Ankers et al., 2018). En effet, elles n'ont pas beaucoup de connaissances dans le domaine ce qui peut influencer leur processus d'intégration (Choi et al., 2015). Peu importe le domaine de pratique, les nouvelles infirmières vivent déjà de l'anxiété et du stress (Halpin et al., 2017 ; Kumaran & Carney, 2014) et peuvent aussi vivre un choc de la réalité (Duschcher,

2009). On peut aussi constater que très peu d'articles se sont intéressés à l'intégration des nouvelles infirmières aux soins intensifs néonataux. Il faut retenir que les soins intensifs néonataux sont composés d'une clientèle particulière qui nécessite des soins complexes (Fanaroff et al., 2014 ; Goldenberg et al., 2008). Cette complexité amène les infirmières qui y travaillent à exercer plusieurs rôles et à devoir développer des habiletés nouvelles et spécialisées à cette clientèle. Dans le rôle de protectrice de l'enfant (Strandas & Fredriksen, 2015) et de soutien à la famille (Mirlashari et al., 2019), elles doivent savoir bien communiquer avec les parents qui vivent des moments difficiles (Bry et al., 2016). Elles ont aussi parfois à prodiguer des soins de fin de vie (Bloomer et al., 2015). À travers ces rôles, elles ressentent beaucoup d'incertitude et parfois même de la culpabilité (Green et al., 2015 a ; Green et al., 2015 b) et lorsqu'elles participent aux décisions et aux soins de fin de vie, elles peuvent aussi ressentir de la détresse morale (de Boer et al., 2016 ; Sannino et al., 2015). Suite à cette revue de littérature, il est justifié de se demander si le fait de débiter sur une unité surspécialisée comme les soins intensifs néonataux influence le vécu d'intégration de ces nouvelles infirmières d'une certaine façon. Cependant, très peu d'études abordent le vécu des nouvelles infirmières aux soins intensifs néonataux. Il est donc pertinent de s'intéresser à ce vécu et d'explorer les perceptions des nouvelles infirmières afin d'identifier les éléments qui facilitent et nuisent à leur intégration sur une unité surspécialisée telle que la néonatalogie. Cette précision par rapport au milieu apporte une vision plus spécifique de ces éléments et ainsi, une meilleure compréhension des besoins des nouvelles infirmières aux soins intensifs néonataux.

Le cadre de référence : La théorie de l'écologie du développement humain

Le cadre de référence utilisé pour cette étude est la théorie de l'écologie du développement humain de Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1979, 2005). Celle-ci permet de décrire les éléments qui influencent l'intégration de la nouvelle infirmière. Ce chapitre présente d'abord cette théorie et les systèmes qui la composent et ensuite, comment elle permet d'encadrer l'étude, et ce, spécifiquement pour les sciences infirmières.

En sciences infirmières, la compréhension de phénomènes uniques fait partie du développement de la discipline (Pépin, Kérouac & Ducharme, 2017). Pour arriver à comprendre les phénomènes qui intéressent et touchent les infirmières, quatre concepts sont importants : la personne/famille, la santé, l'environnement et le soin (Pépin et al., 2017). Ces éléments ne sont pas statiques puisqu'il existe une certaine fluidité entre ces éléments et leur évolution dans le temps. Par exemple, la nouvelle infirmière qui s'intègre dans un nouvel environnement et climat de travail évolue pour le mieux être des nouveaux nés dont elle s'occupe par le biais de ses soins tant pour leur santé que la sienne. La théorie de l'écologie du développement humain met en lumière une même fluidité entre les systèmes qui entourent les personnes impliquées dans ce contexte de soins. D'ailleurs, cette théorie a été utilisée dans plusieurs projets en sciences infirmières afin de mieux comprendre des situations de soins et d'échanges entre les systèmes (Keys & Benzies, 2018 ; Lemelin, 2013).

La théorie se compose de six sous-systèmes permettant de mieux comprendre les différentes dimensions de la personne qui évolue à travers le temps soit ; l'ontosystème, le microsystème, le mesosystème, l'exosystème, le macrosystème et le chronosystème (Bronfenbrenner, 1979, 2005). Tous ces systèmes affectent le développement de la personne directement ou indirectement (Bronfenbrenner, 1979, 2005). La nouvelle infirmière est le centre de tous ces sous-systèmes et est influencée par ceux-ci lorsqu'elle se développe professionnellement et personnellement. En plus d'affecter le développement de la personne, ces systèmes s'influencent entre eux (Bronfenbrenner, 1979, 2005). Bronfenbrenner (1979) parle également de la transition écologique. Dans le cas de la nouvelle infirmière, elle vit une transition écologique lors de sa transition vers les soins intensifs néonataux.

La figure 1 représente les sous-systèmes contextualisés à la nouvelle infirmière. Au début, les sous-systèmes sont en noir et blanc (A) et au fil du temps, ils se définissent et évoluent avec la nouvelle infirmière (B). Bien entendu, même après un an d'expérience, les sous-systèmes continuent d'évoluer. Il s'agit simplement ici d'un exemple pour imaginer l'évolution des sous-systèmes à travers le temps.

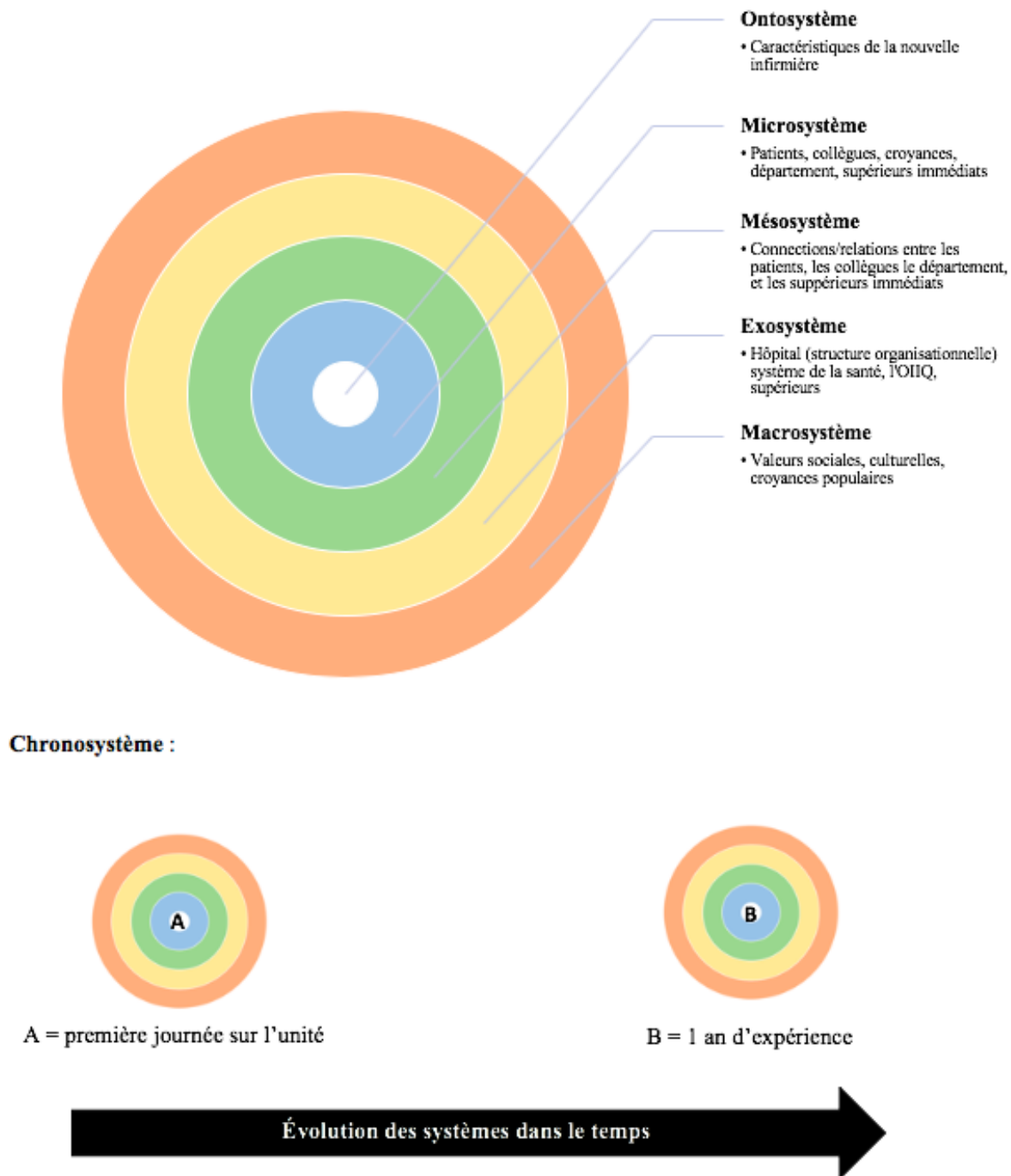


Figure 1. Modèle théorique de Bronfenbrenner (1979, 2005) contextualisé au sujet de recherche

L'ontosystème

L'ontosystème comprend toutes les caractéristiques propres à la personne (Bronfenbrenner, 1979, 2005). Dans le contexte de la présente étude, la nouvelle infirmière aux soins intensifs néonataux est la personne d'intérêt. Les caractéristiques recensées par le questionnaire sociodémographique sont l'âge, le sexe, le pays d'origine, l'expérience antérieure, le niveau de scolarité, le statut d'emploi et le niveau de soins de l'unité néonatale dans laquelle elle travaille.

Le microsystème

Le microsystème est composé des éléments qui affectent directement la personne (Bronfenbrenner, 1979, 2005). Il représente les différents rôles de celle-ci dans sa vie, autant à titre professionnel que personnel. Son rôle professionnel comprend entre autres ses responsabilités professionnelles envers sa clientèle. En ce sens, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) stipule que l'infirmière a plusieurs responsabilités professionnelles (Truchon & D'Anjou, 2006). Elle doit; avoir eu une formation spécifique et avoir les connaissances requises afin de pratiquer des soins (Truchon & D'Anjou, 2006); être imputable de ses actes et de ses décisions; répondre de son jugement professionnel (Truchon & D'Anjou, 2006) être responsable de la relation de confiance qui se bâtit entre ses patients et elle (Truchon & D'Anjou, 2006); s'assurer de réduire au maximum les risques de préjudices possibles de ses soins pour la personne (l'enfant) et finalement, être tenue au secret professionnel (Truchon & D'Anjou, 2006). Son rôle professionnel se définit également par ses 14 activités réservées que la loi lui permet

d'exercer (Durand, Leprohon, & Roy, 2018). De plus, en début de carrière, la nouvelle infirmière doit s'adapter à la clientèle et également au système de santé dans lequel elle se trouve (Roy & Robichaud, 2016). La nouvelle infirmière vit également un changement de rôle personnel puisqu'elle entre sur le marché du travail et passe d'étudiante à infirmière (Regan et al., 2017). Elle devient également une collègue de travail et elle doit apprendre à gérer ce nouveau type de relation interpersonnelle (Halpin et al., 2017). Elle apprend aussi à travailler avec ses supérieurs immédiats, généralement des AIC (assistantes infirmières-chefs)⁴. Finalement, le microsystème comprend aussi les croyances de la nouvelle infirmière qui sont sujettes à évoluer lors de son processus d'intégration (Bronfenbrenner, 1979, 2005).

Le mesosystème

Le mésosystème se compose des différents liens qui unissent les éléments du microsystème de la personne (Bronfenbrenner, 1979, 2005). Ce système comprend donc les relations entre les rôles professionnels et personnels de la nouvelle infirmière, mais également l'influence de ces rôles sur son intégration dans son milieu de travail (Bronfenbrenner, 1979, 2005). Par exemple, si l'infirmière éprouve des difficultés dans l'appropriation de ses nouveaux rôles, son intégration pourrait en être affectée. De plus, la nouvelle infirmière doit trouver un équilibre entre son rôle professionnel et personnel. Ce système comprend également les différentes ressources disponibles pour la nouvelle

⁴ Les assistantes infirmières-chefs ont un rôle à jouer dans la qualité des soins au patient et elles s'assurent de la satisfaction des patients. Elles ont également un rôle à jouer dans la gestion du personnel en place et dans la gestion de problématiques plus complexes (Eggenberger, 2012).

infirmière et leur relation avec les autres composantes du microsysteme. Par exemple, la relation entre la préceptrice qui est une ressource pour la nouvelle infirmière et la clientèle qui est un autre élément du microsysteme (Bronfenbrenner, 1979, 2005).

L'exosystème

L'exosystème comprend les facteurs ayant une influence plus indirecte sur la personne (Bronfenbrenner, 1979, 2005). Contextualisé à la nouvelle infirmière, il comprend la culture de l'organisation dans laquelle elle fait son entrée, les instances professionnelles comme l'OIIQ et le fonctionnement du système de santé québécois. La nouvelle infirmière commence sa carrière avec une perception de ces différents éléments de l'exosystème selon ses connaissances apprises en tant qu'étudiante. Cette perception peut influencer son début de parcours. Par exemple, si la perception qu'elle avait du système est très différente de ce qu'elle vit lors de son intégration dans le milieu, cela peut contribuer au choc transitionnel (Duchscher, 2008).

Le macrosystème

Le macrosystème est le dernier système englobant tous les autres et comprend les facteurs qui ont une influence encore plus indirecte sur la personne (Bronfenbrenner, 1979, 2005). Dans le cas de la nouvelle infirmière, cela représente tout ce qui concerne les croyances populaires entourant la profession infirmière et la culture sociale qui encadre la nouvelle infirmière dans sa vie de tous les jours. Les perceptions de départ de la nouvelle infirmière par rapport à la profession peuvent avoir été influencées par les croyances

populaires. Par exemple, une étude du commissaire à la santé et au bien-être parue en 2017 stipule que seulement 22 % des Québécois considèrent que le système de santé fonctionne bien (Benigeri, 2017). Toute démonstration d'insatisfaction de la part de l'entourage de la nouvelle infirmière influencera indirectement ses perceptions du système de santé. Le macrosystème a donc une influence sur l'exosystème. Une fois dans son nouveau milieu de travail, la nouvelle infirmière pourra alors avoir un esprit critique face aux croyances populaires (Duchscher, 2008).

Le chronosystème

Il est clair que tous ces systèmes ne sont pas statiques, et c'est ce qui nous amène à parler du chronosystème. En effet, tous ces systèmes évoluent et leur influence sur la personne se transforme également à travers le temps (Bronfenbrenner, 1979, 2005). Ainsi, certaines caractéristiques de la nouvelle infirmière (ontosystème) se développeront (Duschcher, 2008); elle prendra de l'expérience et changera peut-être de quart de travail ou de statut d'emploi. Ces changements influenceront son parcours et les autres sous-systèmes. Par exemple, si elle change de quart de travail, ses collègues de travail ne seront plus les mêmes (microsystème). Ses interactions avec ceux-ci évolueront et les soins qu'elles donnent seront peut-être différents (mesosystème). Le système de santé aussi est en constante évolution et influencera différemment la nouvelle infirmière en modifiant, par exemple, ses conditions de travail (exosystème). Les croyances populaires (macrosystème) se modifieront peut-être et auront un impact différent sur la nouvelle infirmière. De plus, la nouvelle infirmière fera partie, dès son arrivée, du microsystème

de ses collègues et les influencera. Cet exemple démontre l'interinfluence entre les systèmes au fil du temps.

La transition écologique

Bronfenbrenner (1979) parle également de la transition écologique. Cette transition est vécue par la personne lorsque son environnement et/ou ses rôles se modifient (Bronfenbrenner, 1979, 2005). Dans le cas de la nouvelle infirmière, il s'agit de son arrivée aux soins intensifs néonataux. Cette transition écologique a un impact sur tous les systèmes.

En somme, la transition écologique de Bronfenbrenner (1979, 2005) représente bien ce que la nouvelle infirmière vit lorsqu'elle fait son entrée dans la profession, car son environnement et ses rôles sont modifiés.

Pour élaborer un canevas d'entrevue qui permet de bien explorer les perceptions des nouvelles infirmières aux soins intensifs néonataux (Appendice D), ce cadre a été consulté et utilisé afin de prendre en considération tous les systèmes qui influencent la nouvelle infirmière. L'interinfluence de ces systèmes sera discutée au chapitre de discussion, afin d'approfondir la réflexion sur les résultats obtenus dans le cadre de cette présente étude.

Méthodologie

La présente étude a pour but d'explorer les perceptions des nouvelles infirmières aux soins intensifs néonataux quant à leur intégration et d'identifier les éléments qui nuisent et qui facilitent celle-ci. Ce chapitre décrit la méthode utilisée afin d'atteindre ce but. Plus particulièrement, le choix du devis sera justifié. Ensuite, la population cible et les méthodes d'échantillonnage seront décrites. Le déroulement du recrutement, de la collecte de données et de l'analyse des données seront expliqués. Les considérations éthiques de cette étude seront détaillées et finalement, les critères de rigueur scientifique seront contextualisés à l'étude (Guba & Lincoln, 1994).

Le devis de recherche

Le but de l'étude étant de décrire un phénomène, soit le vécu des nouvelles infirmières aux soins intensifs néonataux, un devis qualitatif descriptif est approprié. En effet, il permet de décrire certains phénomènes en profondeur sans se lier à une méthodologie stricte de recherche qualitative telle que la phénoménologie ou la théorisation ancrée (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). Le devis qualitatif descriptif est utilisé afin de rendre une définition approfondie et précise de l'expérience de la personne (National Healthcare Group, 2017). Dans ce devis, le souci du détail est primordial et l'analyse reste bien ancrée sur les résultats. La description de phénomène avec ce devis peut éventuellement mener à l'élaboration d'une théorie ou d'un modèle (National

Healthcare Group, 2017). Puisque la perception des nouvelles infirmières aux soins intensifs néonataux a été peu explorée auparavant, il s'agit d'un devis tout indiqué afin de décrire ce phénomène.

La population cible

La population cible de l'étude se compose des nouvelles infirmières qui travaillent aux soins intensifs néonataux. Les infirmières ont été recrutées selon les critères d'inclusion suivants : être infirmière nouvellement diplômée ou candidate à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) (OIIQ, 2017), avoir moins d'un an d'expérience sur une unité de soins intensifs néonataux et s'exprimer aisément en français. Les infirmières devaient travailler sur une unité de soins intensifs de niveau un, deux ou trois et sur n'importe quel quart de travail. Il n'y avait aucun critère d'exclusion.

L'échantillonnage

Le recrutement des participantes⁵ s'est fait par l'entremise des médias sociaux (Facebook) où une affiche préalablement approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université d'attache a été publiée par l'étudiante-chercheuse (Appendice A). Deux méthodes d'échantillonnage ont été utilisées. En premier lieu, un échantillonnage de convenance a été utilisé, car les participantes volontaires et correspondant aux critères d'inclusion identifiés se sont manifestées elles-mêmes en tant

⁵ Le genre féminin a été adopté afin de faciliter la lecture et n'a aucune intention discriminatoire.

que sujets de recherche à l'étudiante-chercheuse (Polit & Beck, 2017). Par la suite, l'échantillonnage boule de neige a été utilisé. Les contacts de la page Facebook de l'étudiante-chercheuse ont été encouragés à divulguer l'information par rapport à l'étude en cours à d'autres participantes potentielles qu'ils connaissaient (Polit & Beck, 2017). Les participantes ont été recrutées jusqu'à la saturation des données estimée entre huit et dix infirmières.

Le recrutement

Les participantes manifestent leur intérêt en contactant l'étudiante-chercheuse par courriel ou en message privé sur Facebook. Par la suite, le formulaire de consentement (Appendice B) contenant tous les détails par rapport à l'étude leur a été envoyé par courriel via le logiciel *smallpdf* afin de permettre une signature électronique. Dans le message joint, les participantes ont été invitées à contacter l'étudiante-chercheuse pour toute autre question. Dès que le formulaire de consentement a été signé, le questionnaire sociodémographique (Appendice C) leur a été envoyé par courriel avec quelques plages horaires de suggérées pour planifier une rencontre d'entrevue. Le questionnaire sociodémographique et le formulaire de consentement sont remplis électroniquement. Les entrevues étaient prévues de façon virtuelle, d'une durée moyenne de 30 minutes via Skype à la convenance de la participante. Il était demandé d'être dans un endroit calme et discret afin de limiter les dérangements. Les entrevues ont été enregistrées uniquement en audio afin de permettre la transcription des verbatim. Aucune participante n'a refusé de

participer à l'étude puisqu'elles manifestaient elles-mêmes leur intérêt. Huit personnes ont accepté et ont participé à cette étude.

Les outils de mesure

Les données ont été recueillies à l'aide d'un canevas d'entrevue semi-structuré couvrant dix questions ouvertes et sept sous-questions (Appendice D). Ce canevas d'entrevue a été développé par l'étudiante-chercheuse à l'aide du cadre de référence de Bronfenbrenner (1979, 2005) afin que puissent être abordés et couverts tous les systèmes dans les questions. Un prétest a été effectué afin de s'en assurer et d'estimer la durée moyenne de l'entrevue. Un autre outil développé pour cette étude et utilisé est le questionnaire sociodémographique (Appendice C) composé de neuf questions d'une durée de dix minutes qui a permis de dresser un portrait de l'échantillon lors de l'analyse (Polit & Beck, 2017).

L'analyse des données

Suite à l'enregistrement des entrevues et la transcription des verbatim dans un logiciel de textes (Word), les verbatim ont été importés dans le logiciel NVivo 12, à des fins d'analyses. Ce logiciel a facilité le classement des verbatim sous forme de thèmes et de catégories préalablement inspirés du canevas d'entrevue. Les questions du canevas d'entrevue abordaient le vécu lors de l'intégration, le type d'accompagnement reçu, les émotions ressenties dans leurs débuts, l'intégration dans l'équipe, les rôles et responsabilités en néonatalogie ainsi que ce qui nuit ou ce qui facilite l'intégration en

néonatalogie. Suite à ce premier classement, les verbatim de chaque question ont été analysés en groupe avec la directrice et la co-directrice de l'étudiante-chercheuse afin de faire émerger les thèmes et les catégories présentés dans le chapitre de résultats. D'abord, chacun a lu les verbatim individuellement et a pris soin d'identifier les passages clés dans les verbatim (Fortin & Gagnon, 2016). Ensuite, toujours en équipe, des passages clés ont été sélectionnés afin d'être rassemblés en catégories (Fortin & Gagnon, 2016). Une fois les catégories créées, elles ont été rassemblées en grands thèmes (Fortin & Gagnon, 2016). Ce processus a été guidé et inspiré par le cadre de référence de Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1979, 2005).

Les considérations éthiques

Le projet a été soumis au comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'Université du Québec en Outaouais (UQO). L'approbation éthique a été obtenue après analyse des considérations éthiques présentées (Appendice E). De façon générale, il est primordial d'identifier les bénéfices et les inconvénients possibles pour les participantes à l'étude (Polit & Beck, 2017). Un des bénéfices anticipés pour cette étude est la possibilité pour les participantes de verbaliser leurs pensées lors de l'entrevue individuelle ce qui peut avoir un effet thérapeutique (Cricco-Lizza, 2014 ; Polit & Beck, 2017). En effet, une certaine relation est établie entre l'étudiante-chercheuse et la participante ce qui peut la rendre à l'aise de discuter de ce sujet avec quelqu'un d'impartial (Polit & Beck, 2017). De plus, l'entrevue offre une opportunité d'introspection qui peut être positive pour la

participante (Polit & Beck, 2017) et finalement, elle peut lui apporter une certaine forme de satisfaction due au fait de contribuer à l'étude en cours (Polit & Beck, 2017).

Malgré les bénéfices, certains inconvénients ont été anticipés. En effet, les participantes risquent de replonger dans des émotions douloureuses si l'expérience d'intégration a été (ou est toujours) négative (Polit & Beck, 2017). De plus, les participantes doivent accorder un 30 minutes de leur temps pour l'entrevue ce qui peut être considéré comme une perte de temps pour certaines (Polit & Beck, 2017). Afin de s'assurer d'atténuer ces inconvénients, des ressources de soutien psychologique ont été mises à la disposition des participantes à même le formulaire de consentement (Appendice B). Par ailleurs, le déroulement de cette étude assure la confidentialité de ce que chaque participante discute dans tous les échanges qui ont lieu. Ces dernières ont été avisées que leur participation à l'étude est confidentielle et que le contenu de l'entrevue retranscrit est anonymisé, soit assigné à un numéro tout au long de l'étude. Elles ont aussi été avisées que les échanges de courriels et de messages seront détruits à la fin de l'étude.

Le respect de la dignité humaine a été assuré, car les participantes étaient en droit de se retirer de l'étude en tout temps (Polit & Beck, 2017). Cette information leur a été mentionnée dans le formulaire de consentement (Appendice B) et également avant de commencer l'entrevue.

Le concept de justice a également été respecté. En effet, les participantes ont été traitées équitablement, car les bénéfices anticipés étaient les mêmes pour toutes (Polit & Beck, 2017). De plus, la vie privée des participantes a été respectée par les règles de confidentialité nommées précédemment. L'explication de toutes ces conditions mises en place a assuré le consentement libre et éclairé des participantes (Polit & Beck, 2017).

Les critères de rigueur scientifique

La fiabilité

La fiabilité renvoie à la stabilité des données dans le temps et dans le même contexte (Guba & Lincoln, 1994). Le fait de faire des entrevues jusqu'à l'obtention d'une saturation des données a permis le respect de ce critère. Les entrevues ont également été enregistrées et transcrites ce qui a assuré la fiabilité interne (Miles, Huberman, & Saldaña, 2014). De ce fait, les propos des participantes n'ont pu être déformés.

La confirmabilité

La confirmabilité ajoute à la rigueur scientifique en établissant que les données viennent vraiment des participantes et n'ont pas été teintées par l'étudiante-chercheuse (Guba & Lincoln, 1994). L'implication constante de la directrice et de la codirectrice de l'étudiante-chercheuse dans le processus de recherche a facilité le respect de ce critère. Encore une fois, l'enregistrement audio et l'analyse des données en groupe ont ajouté également à ce critère.

L'authenticité

Un projet de recherche est authentique s'il fait une démonstration fidèle de la réalité (Guba & Lincoln, 1994). Le fait d'analyser des enregistrements audio et d'impliquer la directrice et la co-directrice assurent cette authenticité. En effet, en impliquant ces personnes dans l'analyse, le risque d'interprétation a été diminué. Par exemple, la directrice et la co-directrice se sont assurées que l'étudiante-chercheuse s'entienne uniquement à ce qui est dit sans interpréter les réponses des participantes. De plus, la transcription mot-à-mot des verbatim a diminué le risque d'interprétation et donc a assuré une représentation fidèle de la réalité.

La crédibilité

La crédibilité renvoie à la confiance d'avoir des données et une interprétation qui se rapprochent le plus possible de la réalité. Le chercheur doit démontrer que ses résultats sont fidèles au contexte et à ce que les participantes ont déclaré (Guba & Lincoln, 1994). Encore une fois, la transcription intégrale des verbatim à partir des entrevues audio, l'implication constante des directrices de recherche dans l'analyse, et finalement, le souci d'atteindre la saturation des données ont assuré une crédibilité. L'étudiante-chercheuse a justifié ses choix méthodologiques ce qui ajoute au critère de crédibilité.

La transférabilité

La transférabilité d'une étude se mesure par son potentiel à transposer ses résultats dans d'autres milieux (Guba & Lincoln, 1994). La description détaillée du milieu dans la

recension des écrits et la description des participantes par le biais des données sociodémographiques dans les résultats rend la transférabilité de l'étude possible. Avec les détails qui sont donnés en lien avec la population cible, le contexte et les méthodes de recrutement, il sera possible pour un autre chercheur d'évaluer si les données sont applicables dans d'autres milieux (Guba & Lincoln, 1994). Aussi, la présentation de verbatim transcrit des enregistrements audio aide à la transférabilité des résultats.

En somme, l'étude a été réalisée avec un devis qualitatif descriptif. De nouvelles infirmières travaillant aux soins intensifs néonataux depuis moins d'un an ont composé l'échantillon. Les participantes ont été recrutées jusqu'à la saturation des données qui était estimée au départ entre huit et dix infirmières et qui a été obtenue à huit participantes. Les participantes ont signé un formulaire de consentement et ont complété un questionnaire sociodémographique. Les entrevues semi-structurées d'une durée d'environ 30 minutes ont été enregistrées de façon audio et le logiciel NVivo a été utilisé pour catégoriser les verbatim. Les considérations éthiques ont été respectées ainsi que les critères de rigueur scientifique.

Résultats

Ce chapitre rapporte les résultats de l'analyse des données recueillies auprès des participantes. Ces résultats visent à répondre à la question : comment se vit l'intégration des nouvelles infirmières aux soins intensifs néonataux ? Le but de l'étude est de décrire les perceptions des nouvelles infirmières quant à leur intégration aux soins intensifs néonataux et d'identifier les éléments qui facilitent et nuisent à cette intégration. D'abord, les données sociodémographiques recueillies sont présentées. Ensuite, les thèmes et les catégories ayant émergé lors de l'analyse qualitative sont décrits avec le soutien de quelques verbatim tirés des entrevues. Les thèmes principaux sont « la nouveauté », « la transition » et « l'intégration dans l'équipe ». De ces thèmes, neuf catégories ont émergé de l'analyse des entrevues.

Les données sociodémographiques

Les données sociodémographiques nous permettent d'établir un portrait global de l'échantillon à l'étude. Dans cette section, celles des huit participantes sont présentées. Les données ont été recueillies à l'aide de questionnaires sociodémographiques comportant neuf questions. La majorité des participantes sont des femmes âgées de 20 à 25 ans, détiennent un baccalauréat (diplôme de premier cycle universitaire), travaillent à temps partiel et il s'agit de leur première expérience en néonatalogie. Les participantes travaillent toutes dans une unité de néonatalogie de niveau 3 et détiennent leur permis de pratique infirmière de l'OIIQ. Le tableau 2

représente les données sociodémographiques des huit participantes au moment des entrevues effectuées entre avril et juillet 2019.

Tableau 2

Données sociodémographiques

Caractéristiques sociodémographiques		Participant(e)s (n)	Pourcentage (%)
Âge	20-25 ans	5	65,5 %
	25 ans et +	3	34,5 %
Sexe	Homme	1	12,5 %
	Femme	7	87,5 %
Expérience en néonatalogie avant l'emploi actuel	Oui	2	25 %
	Non	6	75 %
Niveau de scolarité	Collégial	1	12,5 %
	Universitaire 1er cycle	7	87,5 %
Statut d'emploi	Temps plein	2	25 %
	Temps partiel	6	75 %
Temps depuis l'embauche à l'emploi courant	0-6 mois	1	12,5 %
	6-12 mois	6	75 %
	12-18 mois ⁶	1	12,5 %

Les résultats de l'analyse de données

Ce chapitre présente les résultats de l'analyse des données recueillies des entrevues semi-dirigées effectuées auprès des huit nouvelles infirmières en néonatalogie qui ont duré entre 21 et 35 minutes. De ces données émergent des thèmes et des catégories en réponse à la question de recherche (tableau 3). Ces thèmes et catégories décrivent le vécu des

⁶ Puisque peu de participantes se sont manifestés, les critères d'inclusion ont été légèrement élargis. C'est pourquoi une participante a plus d'un an d'expérience.

nouvelles infirmières quant à leur intégration aux soins intensifs néonataux. Ceux-ci sont ensuite expliqués avec l'appui des verbatim tirés des entrevues.

Tableau 3

Thèmes et catégories en lien avec la question de recherche

Question de recherche	Thèmes	Catégories
Comment se vit l'intégration des nouvelles infirmières aux soins intensifs néonataux ?	La nouveauté	Une remise à niveau déroutante
		Une clientèle qui surprend par sa fragilité
		L'accompagnement des parents : une adaptation
		Des émotions qui s'entrechoquent en début de parcours
	La transition	Un mouvement du plus simple au plus complexe
		L'adaptation à l'unité surspécialisée : moins de stress, plus de confiance
	L'intégration dans l'équipe	Une structure organisationnelle qui soutient l'intégration
		Des attentes contradictoires qui génèrent de l'ambiguïté
		Un atout quand on peut s'associer pour ventiler

La nouveauté

Ce premier thème émerge du discours des participantes qui décrivent leurs expériences d'intégration sur une unité de néonatalogie comme comportant beaucoup de nouveautés. Cette réalité fait émerger quatre catégories distinctes : « une remise à niveau déroutante », « une clientèle qui surprend par sa fragilité », « l'accompagnement des parents : une adaptation » et « des émotions qui s'entrechoquent en début de parcours ».

Une remise à niveau déroutante. La première catégorie rassemble les propos de certaines participantes qui disent avoir vécu des difficultés, car elles considèrent qu'une remise à niveau a été nécessaire en termes de connaissances. En effet, les participantes remarquent qu'elles doivent acquérir beaucoup de nouvelles connaissances avant même de débiter leur orientation. L'une d'elles, malgré le fait qu'elle ait acquis de l'expérience de soins intensifs dans une autre unité que la néonatalogie, explique qu'elle a trouvé difficile lors de son arrivée d'avoir l'impression de recommencer à zéro. Elle décrit que même des évaluations simples, comme interpréter des signes vitaux, deviennent de nouveaux apprentissages :

J'ai trouvé ça difficile parce que [...] j'avais l'impression qu'il fallait que je recommence à zéro [...] les signes vitaux c'est pas les mêmes, la façon de réagir à un code rose, ce n'est pas la même [...] j'ai comme pris une claque dans la face. (INF08)

Une autre participante ayant eu de l'expérience avec la clientèle adulte sur une autre unité se prononce lors de l'entrevue quant aux différences qu'il y a dans la façon de communiquer avec ses patients. Elle mentionne qu'elle doit maintenant apprendre à décoder le langage des nouveau-nés qui sont, pour elle, une nouvelle clientèle. Elle dit qu'à son arrivée, elle a eu à faire face à cette remise à niveau par rapport à la clientèle adulte. Elle explique que puisqu'ils ne peuvent pas communiquer verbalement, c'est elle-même qui doit apprendre à déceler que quelque chose ne va pas en utilisant d'autres moyens :

Le patient « adulte » il va te le dire quand quelque chose ne va pas... tandis qu'en néonatalogie, l'enfant il va le dire, mais d'une autre façon, donc de déceler les

signes au niveau des rôles et responsabilités ça nous en rajoute parce qu'il faut apprendre à déceler et à décoder ce langage-là. (INF05)

Une des infirmières fait référence au stress qu'elle a vécu lors de son intégration en disant que ses connaissances en néonatalogie avant ses débuts étaient très limitées puisqu'elle n'avait pas fait de stage dans sur cette unité et que la matière lors de ses études avait été seulement survolée. Tous les éléments nouveaux sont donc stressants pour elle : « *C'était stressant parce qu'à l'école on voit beaucoup de théorie et la pratique reste quand même vague [...] on ne fait pas de stage en néonatalogie. Et on voit très peu la néonatalogie à l'université* » (INF03).

Avant de pouvoir être orientées sur l'unité avec un précepteur, les nouvelles infirmières interrogées ont toutes reçu une formation théorique de quelques jours. Certaines d'entre elles soulèvent la lourdeur de cette formation théorique associée à tous les éléments nouveaux qu'elles doivent apprendre. Elles la décrivent comme étant une formation avec beaucoup de contenu qui nécessite l'intégration rapide de connaissances nouvelles. L'une d'elles précise : « *au début, la théorie, tout ce qui est nouveau au niveau de la néonatalogie, c'est sûr que c'était très lourd* » (INF05). Une autre participante renchérit en parlant de son impression d'un retour à l'école. Elle démontre que pour elle, une remise à niveau était nécessaire :

Pour vrai c'était un retour à l'école... c'était clairement ça [...] j'ai trouvé ça vraiment lourd. [...] C'était une grosse formation. [...] C'est beaucoup de nouvelles choses, c'est beaucoup d'intégration de connaissances, tu sais c'est des petits bébés qui sont entre la vie et la mort. (INF04)

Une clientèle qui surprend par sa fragilité. La deuxième catégorie issue du thème « tout est nouveau » porte sur la prise de conscience des participantes quant à la fragilité de la clientèle. Lors des entrevues, lorsqu'elles se font demander ce qui est nouveau en néonatalogie et qu'elles n'ont pas vécu sur d'autres unités de soins, plusieurs mentionnent cette fragilité de la clientèle qu'elles définissent surtout par l'imprévisibilité associée aux soins. En effet, elles soulignent que les bébés peuvent devenir instables très rapidement ce qui ajoute à leur rôle en termes de surveillance et responsabilités. Elles sont stupéfaites de voir à quel point les soins peuvent être imprévisibles :

Les petits prématurés c'est tellement fragile, c'est tellement des petites bombes à retardement que je trouve que notre rôle est encore plus important [...] sont tellement petits et tu ne sais jamais quel bord ils s'en vont. (INF04)

Une autre participante soulève l'instabilité de la clientèle en décrivant une situation qu'elle a vécu lorsqu'elle avait deux patients aux soins intensifs. Elle explique l'effet que cela a eu sur sa charge de travail. En effet, elle dit avoir trouvé sa charge de travail trop élevée considérant l'instabilité d'un de ses patients et qu'elle avait un autre patient de soins intensifs dont elle devait s'occuper. Ainsi, la teneur des soins et la précarité de la clientèle agissent sur la perception de ces infirmières quant à leur rôle et ajoutent un sentiment de surprise :

Au niveau des soins intensifs [...], il y a des journées où ça allait super bien puis d'autres... tu sais c'est un milieu instable, une journée on a passé un bébé en ventilation haute fréquence, elle a fait un pneumothorax [...] j'ai trouvé ça trop quand j'avais un autre patient à côté. (INF05)

L'accompagnement des parents : une adaptation. L'accompagnement des parents en néonatalogie demande une adaptation nouvelle chez l'infirmière. En effet, l'une des participantes décrit que l'expérience à acquérir en néonatalogie implique de s'ajuster aux parents qui ont des réactions et des comportements différents d'une personne à l'autre. Elle parle également de routine, car pour les parents de bébés hospitalisés, la néonatalogie peut devenir en quelque sorte un milieu de vie dans lequel ils doivent eux-mêmes s'adapter et développer leur routine. Elle dit que chaque fois qu'elle rencontre une nouvelle famille, c'est un défi au début :

C'est plus qu'à chaque fois que tu as un nouveau bébé tu ne sais pas comment sont les parents donc tu dois voir avec eux [...]. Puis il y en a qui ont leur routine qui font leurs choses à leur manière, il y en a qui veulent que tu les appelles souvent, il y en a qui appellent beaucoup plus souvent que d'autres. Donc je pense que c'est de s'adapter à chaque famille aussi. On s'habitue un peu plus, mais au début c'était un défi. (INF03)

Une autre participante relate que l'accompagnement, non seulement dans l'expérience de santé de leur enfant, mais également dans leur nouveau rôle de parents est une adaptation. L'infirmière accompagne des parents dans une parentalité précipitée d'un enfant prématuré et cela nécessite des ajustements de la part des deux parties, soit de l'infirmière et des parents. Elle explique que pour elle, accompagner les parents de cette façon est unique à la néonatalogie. En ce sens, ces ajustements qu'elle doit faire définissent une partie du rôle de l'infirmière en néonatalogie :

Moi je trouve que le défi c'est vraiment d'accompagner les parents là... je trouve que c'est vraiment quelque chose qui est unique à la néonatalogie. Tu sais des fois

c'est des nouveaux parents. Tu essaies de les accompagner dans leur rôle de parent qui est un nouveau rôle, je trouve c'est quelque chose qu'on fait beaucoup en néonatalogie qu'on ne fait pas beaucoup ailleurs. (INF06)

Une autre participante explique comment elle arrive à composer avec le choc des parents lorsqu'ils voient leur bébé pour la première fois dans le contexte d'hospitalisation de la néonatalogie avec des appareils de surveillance sur lui (moniteur, tube à gavage, etc.). Elle explique comment elle les accompagne en leur donnant quelques renseignements nécessaires à leur compréhension de la situation. Elle note que l'enseignement qu'elle doit leur prodiguer implique d'avoir confiance en ce que l'on transmet comme informations. Or, par ces propos, on comprend que les nouvelles infirmières peuvent manquer de confiance au début, étant novices en néonatalogie :

Au début quand tu vois les parents arriver et c'est le choc quand ils voient leur bébé qui est si petit ou il a plein de tubes qui rentrent à plein de place. [...] Ben dans ce temps-là je prends un moment avec eux puis je fais un petit tour des machines qui sont là des numéros qu'ils voient, j'explique juste vite vite qu'est-ce qu'il y a autour du bébé [...] d'éduquer les parents, ça je trouve que je ne suis pas encore rendu là, je demande beaucoup d'aide avec ça parce que je trouve que quand tu parles à des parents il faut que tu aies beaucoup confiance en ce que tu dis. (INF07)

Des émotions qui s'entrechoquent en début de parcours. Lors des entrevues, les participantes décrivent des émotions qui cohabitent et s'entrechoquent en début de parcours; la nervosité et l'excitation. Elles sont contentes et excitées de débiter en néonatalogie, mais cette unité comporte clairement son lot de stress selon plusieurs. Ce mélange d'émotions est décrit par cette participante : « *J'étais nerveuse, mais aussi excitée, j'avais hâte. C'est un peu un mix des deux* » (INF01). Une autre utilise à peu près

les mêmes termes pour décrire les émotions qui cohabitent lorsqu'elle fait ses débuts en néonatalogie : « *c'est certain qu'il y a une certaine forme de stress liée à l'adaptation qui est nécessaire [...] je ressentais de l'excitation puis de l'anxiété* » (INF02).

Une autre participante se prononce sur leurs émotions en décrivant ce qu'elle ressentait suite à son orientation. Elle mentionne que ce qui lui crée un stress c'est de se rendre compte qu'elle doit maintenant être autonome dans sa pratique après avoir regardé faire sa préceptrice pendant l'orientation. Le fait d'avoir ces responsabilités est donc nouveau pour elle. Elle mentionne aussi son excitation de débiter sur l'unité :

Je pense qu'il y avait beaucoup de stress [...] c'est un peu comme le stress de oh mon dieu tout ce travail-là c'est moi qui le fait maintenant [...], mais j'étais vraiment excitée [...], j'étais excitée, j'étais stressée (INF07)

La transition

À travers les propos des nouvelles infirmières qui débiter en néonatalogie, on comprend qu'elles vivent leur transition de façon graduelle à plusieurs égards. D'abord au niveau de l'attribution des patients qu'elles prennent en charge, mais également au niveau de ce qu'elles ressentent. De ce thème émergent d'ailleurs deux catégories soit « Un mouvement du plus simple au plus complexe » et « l'adaptation à l'unité surspécialisée : moins de stress, plus de confiance ».

Un mouvement du plus simple au plus complexe. Dans l'attribution des patients pris en charge par les nouvelles infirmières, celles-ci remarquent qu'une attention particulière est portée à leur niveau d'expérience dans le domaine. En effet, puisqu'elles sont nouvelles, on leur attribue des patients nécessitant des soins « plus simples », c'est-à-dire qui ne nécessitent pas de soutien respiratoire (CPAP, BPAP, intubation) avant de leur attribuer des patients nécessitant des soins plus complexes, notamment qui seront plus instables. Cette façon de faire est relatée comme une expérience perçue plus positive, car les nouvelles infirmières évoluent de façon graduelle. En effet, on leur permet de gagner en confiance en débutant par des soins plus simples avant de devoir assumer des soins plus complexes :

C'était vraiment bien [...] de s'habituer aux soins intermédiaires avant d'aller aux soins intensifs, je trouve que c'est très bien fait... ça diminue beaucoup l'anxiété. Ils te donnent les patients plus faciles au début puis là après tranquillement ils te donnent des patients un peu plus complexes puis ça je crois que ça aide beaucoup.
(INF01)

Une autre participante décrit son parcours et atteste qu'elle a apprécié de débiter aux soins intermédiaires⁷, là où les patients sont jugés plus stables :

Je trouve que c'était bien de commencer aux soins intermédiaires... après ça on avait de la formation théorique après ça on était jumelé quand même 9 jours. Ça fait que c'était bien fait, puis ils attendaient plusieurs mois avant de nous envoyer aux soins intensifs. Je trouve que l'intégration à ce niveau-là est super bien faite.
(INF04)

⁷ Dans le milieu de cette nouvelle infirmière, les soins intermédiaires accueillent les patients qui reçoivent des soins « plus simples », donc qui ne nécessitent pas de soutien ventilatoire de type *bilevel positive airway pressure* (BiPAP), *continuous positive airway pressure* (CPAP) ou intubation. Ces patients sont généralement plus stables.

L'adaptation à l'unité surspécialisée : moins de stress, plus de confiance. À

travers la transition graduelle, outre que de prodiguer des soins plus simples à plus complexes, les participantes parlent du stress qu'elles avaient au début et qui ont diminué pour laisser place à plus de confiance. Elles décrivent le phénomène qui les amène à mieux connaître les ressources en cas de besoins. L'une d'elles raconte que ce qui l'a aidée à garder ses émotions positives tout en diminuant le stress c'est de développer sa confiance en soi et faire appel aux ressources présentes autour d'elle :

Après les 9 mois je dirais que le stress, les émotions un peu plus négatives je dirais qu'elles étaient plus là au contraire, parce que je pense que justement j'ai pris de la confiance... pas que je savais tout loin de là, il me restait beaucoup de choses à apprendre, mais on dirait que je savais comme plus sur qui me fier où aller chercher mes ressources. Puis on dirait justement que le fait que je savais où aller chercher mes ressources puis comment demander de l'aide à qui, quand, comment. Les émotions positives sont restées là. (INF05)

Une autre participante explique qu'elle ressent de plus en plus d'excitation au fil du temps, même dans les situations plus stressantes. Plus elle prend de l'expérience sur l'unité, plus elle est confortable et se sent confiante dans des situations plus critiques. On sent alors la transition qui s'est faite graduellement :

Ça a évolué un peu comme je trouve que plus j'ai vu des choses en néonatalogie plus que je suis excitée. Je suis très excitée même dans des situations très stressantes, je cours vers ces situations-là au lieu d'avoir peur d'eux. Quand il y a des codes, j'ai tendance à courir vers ça puis essayer de participer. Quand j'ai commencé, j'avais peur. Plus on apprend puis plus qu'on passe du temps sur l'unité plus on est confortable avec ce qu'on fait puis... même si j'ai encore des questions je réalise que j'ai tous les outils pour me sortir de mon petit trou. (INF07)

L'intégration dans l'équipe

Le troisième et dernier thème rassemble des verbatim qui font référence à l'intégration dans l'équipe lors de l'arrivée sur une unité de néonatalogie. Trois catégories ont été identifiées : « une structure organisationnelle qui soutient l'intégration », « des attentes élevées qui génèrent de l'ambiguïté », « s'associer pour ventiler ».

Une structure organisationnelle qui soutient l'intégration. Plusieurs participantes s'entendent pour dire que les ressources mises à leurs dispositions sont précieuses et soutiennent leur intégration. Plusieurs membres de l'équipe en place sont des ressources aidantes, mais la présence d'infirmières disponibles pour aider en cas de besoin (des infirmières dédiées au soutien de l'équipe et des nouvelles infirmières) est rassurante pour les nouvelles infirmières. Une des participantes mentionne le fait qu'elle se sent alors beaucoup moins seule en sachant qu'elle a toujours une ressource sur qui elle peut compter pour lui venir en aide :

Les ressources qu'on a à notre disposition comme les AIC (assistantes infirmière-chefs)⁸, elles sont toujours disponibles, les chefs d'équipe aussi, tu as toujours quelqu'un pour répondre à tes questions ou pour venir t'aider s'il y a quelque chose que tu es moins à l'aise. Ça aide beaucoup parce que tu sais que tu peux demander puis que tu ne seras pas dans une situation où tu seras toute seule puis tu ne sauras pas quoi faire (INF03).

⁸ Les assistantes infirmières-chefs ont un rôle à jouer dans la qualité des soins au patient et elles s'assurent de la satisfaction des patients. Elles ont également un rôle à jouer dans la gestion du personnel en place et dans la gestion de problématiques plus complexes (Eggenberger, 2012).

Une autre participante renforce la pertinence des infirmières dédiées au soutien de l'équipe et des nouvelles infirmières sur son unité. Celles-ci sont appelées chefs d'équipe sur son unité. Elle dit que ceci favorise l'intégration des nouvelles infirmières :

Quand j'ai commencé aux soins intensifs, avoir des chefs d'équipe, ça a beaucoup aidé à l'intégration parce que quand tu as des questions c'est ta référence immédiate. Tu sais, d'avoir des chefs d'équipe d'avoir un numéro que tu appelles et en deux secondes elles sont avec toi pour t'aider, ça, je pense que c'est vraiment super. (INF04)

D'autres mentionnent également les conseillères en soins infirmiers⁹ qui sont utiles pour la validation d'aspects plus cliniques de la profession :

Les conseillères, quand tu avais une journée difficile elle pouvait t'aider à revoir des protocoles puis des choses que tu aurais pu mettre en [...] Tu sais les assistantes aussi ne sont pas juste dans un bureau sont aussi là sur le plancher pour nous aider. Ça fait que... c'est une belle équipe puis c'est un point fort du milieu. (INF04)

Lorsqu'elles se sentent soutenues et accompagnées par la structure organisationnelle (assistantes infirmière-chefs, collègues), elles arrivent à identifier les personnes aidantes et les ressources à leur disposition :

Ça a bien été, je me suis sentie bien soutenue, bien accompagnée, je trouvais que l'équipe était vraiment très présente puis ils s'arrangeaient pour qu'on se sente bien outillée pour toutes les situations qui pouvaient arriver. (INF06)

⁹ Son rôle est d'« assumer les mêmes responsabilités que l'infirmière clinicienne et l'infirmier clinicien et mettre en œuvre des programmes de formation, de transfert des connaissances et d'amélioration des soins » (OIIQ, 2019)

Une autre participante parle également d'entraide dans l'équipe. Elle mentionne aussi le fait que lorsque ce sont les infirmières d'expérience qui l'approchaient pour savoir si elle allait bien, cela facilitait beaucoup son intégration et elle arrivait plus facilement à identifier les ressources :

Ce qui m'a vraiment aidée c'est d'avoir été accompagnée puis acceptée dans l'équipe rapidement via des infirmières spécifiques qui, même quand j'ai commencé à travailler toute seule, ces infirmières-là, d'expérience, elles avaient vraiment une attitude positive, tu sais elles venaient me voir, elles revenaient me voir pour me demander comment ça va, as-tu besoin d'aide, donc je n'avais pas à essayer de me retrouver, bon à qui je pose mes questions qui va être réceptive. (INF02)

Une des participantes mentionne aussi l'utilité d'avoir de petites présentations sur certains sujets auxquels elles risquent de faire face afin de bien expliquer la situation et quoi faire si cela se produit pendant leur quart de travail :

Il y a certains collègues qui ont eu un intérêt sur moi puis ils m'ont aidée à me rendre plus confortable sur l'unité puis aussi on a eu comme des sessions dans lesquelles on peut demander à une conseillère en soins infirmiers et à notre infirmière-chef toutes sortes de questions. Eux ils nous donnent de petites présentations sur les sujets qui ont peut-être passé sur l'unité. Comme la première fois qu'un bébé est décédé on avait eu une session dans les semaines qui suivaient alors ils ont pris l'opportunité de nous parler de c'est quoi les procédures qu'on fait quand un bébé se dirige vers ça. (INF07)

Des attentes élevées qui génèrent de l'ambiguïté. La deuxième catégorie du thème « l'intégration dans l'équipe » porte sur les attentes que les infirmières d'expérience peuvent avoir envers les nouvelles. Une participante interviewée explique que les attentes se contredisent. En effet, les infirmières d'expérience s'attendent à ce que les nouvelles

infirmières posent des questions, qu'elles s'intéressent, mais on s'attend également à ce que les infirmières ne posent pas trop de questions, car c'est perçu comme un manque de compétences. C'est donc difficile de trouver l'équilibre qui fera en sorte que la perception des infirmières expérimentées envers les nouvelles infirmières ne soit pas négative :

Bien en fait c'est des attentes contradictoires... tu sais, c'est qu'on attend d'une nouvelle qu'elle soit intéressée, qu'elle soit curieuse, qu'elle pose des questions, mais qu'elle ne dérange pas trop [...] parce que c'est arrivé qu'une infirmière ne pose pas de question pis là quand une nouvelle ne pose pas de question ils disent elle est dangereuse elle pose pas de question c'est épeurant, puis quand on pose des questions ben là c'est comme s'ils intériorisent qu'on n'a pas la compétence puis là ils se mettent à surveiller ce qu'on fait. Donc plus tu te fais surveiller plus tu te sens incompetente. C'est difficile de s'en sortir. (INF02)

Débuter sur une nouvelle unité de soins implique d'acquérir de nouvelles connaissances, mais implique aussi de nouvelles façons de soigner. Il est permis de constater que du temps est requis pour assimiler tout ce que les nouvelles infirmières doivent apprendre. Aussi, en vue de développer leur autonomie, elles doivent trouver leur propre façon de faire en conformité bien souvent avec leur personnalité. En effet, les infirmières qui ont plus d'expérience ont tendance à s'approprier des façons de faire bien à elles. Les nouvelles infirmières transigent avec plusieurs infirmières d'expérience lors de leur intégration dans l'équipe de soins. Chacune peut les inspirer et l'amener à réfléchir sur leur propre savoir-faire. Toutefois, les nouvelles infirmières peuvent se sentir perdues à travers toutes les différentes pratiques de celles qui tentent de les influencer dans leur savoir-faire. Cela peut également amener de la confusion par rapport aux attentes de l'équipe envers le savoir-faire des nouvelles infirmières :

Quand tu poses des questions sur les manières de faire... les gens ont tous des manières différentes de le faire, puis leur façon c'est toujours la bonne [...] on dirait que tout le monde me montrait sa façon de penser qui était la meilleure puis un moment donné toi en tant que nouvelle c'est vraiment dur de trouver ta propre pratique à travers tout ce que tout le monde te montre. Puis aussi à s'affirmer que toi tu le fais de telle manière, je trouvais que c'était difficile. (INF 05)

Les nouvelles infirmières sentent parfois que leurs collègues tiennent pour acquis qu'elles ont certaines connaissances qu'elles n'ont pas nécessairement et ceci peut faire place à de la confusion autant pour les infirmières expérimentées que pour les nouvelles infirmières. Deux infirmières remarquent que les explications sont parfois trop poussées pour leur permettre de bien comprendre. De ce qu'elles racontent, l'équipe déjà en place assume que puisque les nouvelles infirmières ont reçu la formation, elles savent déjà tout ce qu'il y a à savoir sur la néonatalogie. Cela fait en sorte qu'elles donnent des explications de niveau expert à une infirmière qui vient tout juste de commencer. L'une d'elles dit : *« leurs réponses étaient trop avancées pour mon niveau... au niveau des explications... les explications étaient brèves alors que des fois j'aurais eu besoin de plus d'explications » (INF05)*. Une autre participante explique que parfois, les collègues ne savent pas que ce sont de nouvelles infirmières qui débutent dans le secteur d'activité : *« des fois il y en a, ils ne savent pas trop tes expériences puis ton ancienneté alors ils pensent que tu sais certaines choses alors que tu ne le sais pas forcément » (INF03)*.

Un atout quand on peut s'associer pour ventiler. Les nouvelles infirmières s'intègrent à l'équipe déjà en place, mais s'intègrent bien souvent avec des collègues qui débutent sur l'unité en même temps qu'elles. Elles ont leur formation théorique et vivent

généralement leur orientation sur l'unité en même temps. Le fait de vivre leur intégration avec d'autres infirmières est généralement apprécié. Cela leur permet de s'associer pour ventiler entre-elles à propos de ce qu'elles vivent sur l'unité puisque leur vécu est semblable. Une des participantes parle aussi de l'absence de peur lorsqu'elle se confie à ses collègues en faisant probablement référence à la peur du jugement lorsqu'elle parle à des infirmières qu'elle connaît moins et qui ne comprennent pas nécessairement sa réalité autant qu'une infirmière qui a commencé en même temps qu'elle sur l'unité :

J'ai trouvé aussi qu'on a commencé un petit groupe avec tous ceux qui sont arrivés en même temps puis ça a vraiment aidé à pouvoir ventiler... pour ventiler à propos des choses qui sont arrivées et puisqu'on est tous nouveaux ensemble il n'y a pas vraiment de peur. (INF07)

L'une d'elles parle même d'une sorte d'ancre comme pour signifier un sentiment d'appartenance à ce petit groupe de nouvelles infirmières. Elles font des activités ensemble et cela les aide dans leur processus d'intégration.

J'ai apprécié pendant la formation qu'on soit des petits groupes. Je sais que c'était exceptionnel puis moi j'ai aimé ça... on était 4 puis ça nous a vraiment aidé d'avoir une espèce d'ancre dans toute cette grande équipe puis ce changement-là... parce que tu sais on a vraiment développé un beau lien, on allait manger ensemble, on se parlait des situations qu'on trouvait difficiles. (INF08)

Une autre participante qui parle de la création de petits groupes amène une tout autre perspective au fait de s'associer entre nouvelles. Certes, les nouvelles s'associent généralement afin de s'entraider, mais elle souligne que ce n'est pas nécessairement toujours idéal. Selon elle, lorsque les nouvelles infirmières s'associent et s'entraident, un

risque d'erreur persiste puisque si une nouvelle va chercher de l'information auprès d'une autre nouvelle au lieu d'approcher une infirmière plus expérimentée, il se peut qu'elle n'ait pas la bonne information. En ce sens, elle pense que les nouvelles devraient également se mêler aux infirmières plus expérimentées afin d'éviter de se transmettre de mauvaises pratiques entre nouvelles infirmières. Elle utilise le terme ghetto pour définir cette association entre nouvelles infirmières. Selon le Multidictionnaire de la langue française (De Valliers, 2015), cette expression définit « un lieu où des gens vivent séparés du reste de la population ». Elle décrit donc que les nouvelles infirmières, en s'associant, vivent un peu en marge de l'équipe déjà en place :

On fait des associations nouvelles puis on essaie de s'entraider entre nous, mais d'un autre côté si je regarde ça objectivement d'un œil externe ça serait beaucoup plus positif qu'on s'intègre à toute l'équipe que de faire un ghetto de nouvelles puis un ghetto d'anciennes parce que les nouvelles on essaie de s'aider, mais veut veut pas on n'a pas d'expérience, alors on a peut-être plus de chance de faire des erreurs, puis il y a plus de pertes de temps veut veut pas, parce qu'on va chercher plus longtemps nos réponses. (INF02)

À travers les résultats de cette étude, on comprend comment l'intégration des nouvelles infirmières se vit aux soins intensifs néonataux. D'abord, les nombreux éléments de nouveautés par rapport à ce qu'elles ont appris lors de leur formation peuvent être déroutants pour certaines et leur donner l'impression qu'elles font un retour à l'école. Cependant, elles apprécient le fait que la transition se fasse graduellement dans la prise en charge des patients des moins malades aux plus malades. De cette manière, elles arrivent lors de leur intégration à avoir de moins en moins de stress et de plus en plus confiance en elles. En début de parcours, elles mentionnent être stressées, mais également excitées par

l'unité de néonatalogie. Plusieurs éléments déterminants dans la façon dont elles vivent leur intégration sur l'unité résident dans l'intégration auprès de l'équipe en place. Lorsqu'elles peuvent bien identifier leurs ressources en cas de besoin et que l'équipe est accueillante, cela fait toute la différence. De plus, le fait de s'associer entre nouvelles favorise l'intégration sur l'unité. Elles éprouvent parfois certaines difficultés à recevoir des explications adaptées à leur niveau, car celles-ci sont souvent trop peu élaborées pour favoriser une bonne compréhension. De plus, elles ajoutent qu'il est parfois difficile de se retrouver dans les nombreuses façons de faire des infirmières plus expérimentées. Par contre, elles apprécient énormément le soutien et l'accueil chaleureux de ces infirmières.

Discussion

L'étude a pour but d'explorer les perceptions des nouvelles infirmières quant à leur intégration aux soins intensifs néonataux et d'identifier les éléments qui facilitent et qui nuisent à cette intégration. Dans ce chapitre, les résultats de l'étude sont discutés en lien avec le cadre de référence de la théorie de l'écologie du développement humain de Bronfenbrenner (1979, 2005). La discussion permet de réfléchir à deux aspects : l'expérience des nouvelles infirmières et leur évolution en tant qu'individu dans un nouveau milieu qui est complexe et ambiguë. La réflexion suite aux résultats émis permet aussi de constater que l'intégration est influencée par l'expérience d'orientation et par tous les systèmes qui entourent les nouvelles infirmières. Finalement, des recommandations sont émises avant de présenter les forces et les limites de l'étude.

L'expérience de la nouvelle infirmière

Les résultats de l'étude permettent de constater que l'expérience de la nouvelle infirmière influence son intégration dans le milieu. Cette étude guidée par le cadre de référence de Bronfenbrenner (1979, 2005) confirme que les liens entre les différents systèmes influencent cette expérience chez la nouvelle infirmière. La composition des systèmes qui entourent la nouvelle infirmière, étant représentée par différentes sphères (cf. fig 1), peut être modifiée et peut évoluer au fur et à mesure de son processus d'intégration. Des acteurs peuvent donc s'y ajouter et ainsi influencer la nouvelle infirmière. Ainsi, cette étude permet de décrire une intégration qui, à travers le temps,

est influencée par tout ce qui entoure la nouvelle infirmière à ses débuts – le chronosystème selon Bronfenbrenner (1979, 2005). Les prochaines sections aborderont l'influence des familles, de l'infirmière préceptrice et de l'équipe composée des pairs face au processus d'intégration de la nouvelle infirmière.

Les familles

Les familles développent un lien avec la nouvelle infirmière lorsqu'elles vivent une situation de santé difficile avec leur enfant aux soins intensifs néonataux. L'étude met en lumière l'influence que peuvent avoir ces familles sur les nouvelles infirmières lors de leur intégration aux soins intensifs néonataux. En effet, selon les résultats, ce sont les expériences vécues lors de l'intégration telles que ses premiers contacts avec les parents d'un nouveau-né prématuré par exemple, que l'infirmière bâtit sa confiance en elle et constate le défi que cela représente dans ce milieu de travail. Comme les résultats de cette étude, Duchscher (2008) mentionne que la relation à construire avec les familles peut constituer un défi supplémentaire en début de parcours alors qu'elles sont elles-mêmes en apprentissage. En fait, ce contact avec les familles peut être positif pour certaines infirmières, mais peut également être négatif si elles démontrent qu'elles n'ont pas confiance en elle. Une étude a d'ailleurs démontré que les parents, s'ils sentent que l'infirmière doute d'elle-même, vont démontrer une certaine méfiance (Hu et al., 2017). Les résultats de cette même étude confirment ces données en démontrant que les parents représentent une source de stress pour l'infirmière et leur méfiance mine la confiance de

la nouvelle infirmière (Hu et al., 2017) et on peut penser que cela compliquera son expérience et son approche avec les familles qu'elle côtoiera dans le futur.

De plus, en début de parcours, les nouvelles infirmières vivent plus de stress, ce qui peut rendre plus ardue la création d'un lien avec les familles. Malgré le fait qu'elles ont plus de difficulté à créer ce lien, l'étude met en évidence que ces nouvelles infirmières sont conscientes de l'importance à accorder tant aux familles qu'à leur expérience de soins. Les participantes ont rapporté avoir le souci de considérer l'unicité de chaque famille dans leur contexte respectif et voient les soins centrés sur la famille comme prioritaires dans leur pratique. Cette prise de conscience amène la nouvelle infirmière à considérer les familles comme une partie intégrante de son parcours. Des auteurs s'entendent pour dire que le lien créé avec la famille est important pour les infirmières (Mirlashari et al., 2019 ; Trajkovski, Schmied, Vickers, & Jackson, 2012). Des auteurs sont d'accord pour dire que les infirmières aux soins intensifs néonataux comprennent la vulnérabilité des parents et prennent au sérieux le rôle qu'elles ont à jouer auprès d'eux (Mirlashari et al., 2019 ; Trajkovski, Schmied, Vickers, & Jackson, 2012).

L'infirmière préceptrice

Les résultats de cette étude démontrent que l'infirmière préceptrice peut influencer le parcours de la nouvelle infirmière. En effet, les infirmières rencontrées mentionnent souvent les bénéfices de se sentir accompagnées pour favoriser leur intégration. En début de parcours, l'infirmière préceptrice est la première personne-ressource de la nouvelle

infirmière. Hypothétiquement, cette personne-ressource doit donc être en mesure de bien accompagner la nouvelle infirmière au bénéfice de son intégration. On peut supposer que le choix du jumelage est alors très important ainsi que la relation qui s'ensuit. Leurs interactions et la nature de leur relation influencent l'orientation. Afin de se sentir bien accompagnée, la notion de confiance dans la relation doit être importante. On peut penser que plus la nouvelle infirmière sent qu'elle peut avoir confiance en sa préceptrice, plus elle sera rassurée par sa présence. Selon les résultats de la présente étude, cela diminue le sentiment de solitude et favorise une bonne intégration dans l'équipe. Par contre, le choix des infirmières préceptrices qui accompagneront la nouvelle infirmière n'est pas abordé, à ma connaissance, dans la littérature, et c'est pourquoi ces liens ne sont qu'une hypothèse en lien avec les résultats de l'étude.

Les résultats font aussi ressortir l'importance d'une attitude positive des infirmières préceptrices. Powers et al. (2019) mettent en lumière l'importance de la relation entre la nouvelle infirmière et la préceptrice dans le développement du jugement clinique de la nouvelle infirmière, mais aucune étude récente n'aborde les traits de caractère des infirmières préceptrices à prendre en compte lors de la sélection des précepteurs.

L'étude de Queck et Shorey (2018) rejoint l'aspect important d'une relation qui devrait être empreinte de confiance entre la préceptrice et la nouvelle infirmière. Une relation empreinte de confiance contribue au développement des habiletés cliniques et des

connaissances de la nouvelle infirmière (Quek & Shorey, 2018). Le développement de sa confiance peut donc être grandement marqué par le savoir-être de l'infirmière préceptrice (Lewis & McGowan, 2015 ; Quek & Shorey, 2018). De plus, on peut penser que l'infirmière préceptrice est responsable de la transition graduelle de la nouvelle infirmière. Les résultats de cette étude démontrent que si l'infirmière préceptrice écoute et respecte le rythme et les besoins particuliers de la nouvelle infirmière en orientation, celle-ci gagnera en confiance en elle. Donc, le soutien de l'infirmière préceptrice favorise tout au long du processus d'intégration de la nouvelle infirmière, une expérience positive comme l'ont rapporté d'autres auteurs (Quek & Shorey, 2018).

L'étude de Washington (2012) a également démontré que le soutien offert par l'infirmière préceptrice a un impact positif sur l'anxiété de la nouvelle infirmière. Cette anxiété peut être rattachée à un désir de performer rapidement (Washington, 2012). En effet, tous les aspects de nouveauté mentionnés par les participantes de la présente étude sont souvent consolidés lors des débuts avec l'infirmière préceptrice. Le rôle de soutien de cette dernière auprès de la nouvelle infirmière aura alors un impact sur son niveau d'anxiété.

Outre le choix du jumelage et la relation qui s'ensuit entre l'infirmière préceptrice et la nouvelle infirmière, les résultats mettent en lumière l'importance de la socialisation dans un milieu comme les soins intensifs néonataux. Dans cette étude, les infirmières interrogées ont débuté leur parcours en même temps que d'autres nouvelles infirmières.

Ce contexte les a amenés à ventiler entre elles. Elles ont mentionné utile de créer des liens avec d'autres nouvelles infirmières en orientation en même temps qu'elles.

Plusieurs études s'entendent pour dire que la socialisation des nouvelles infirmières est importante dans leur parcours (Adams & Gillman, 2016; Henderson, Ossenberg, & Tyler, 2015; van Rooyen, Jordan, Ten Ham-Baloyi, & Caka, 2018). En effet, l'infirmière préceptrice peut influencer cette socialisation (Quek, Ho, Hassan, Quek, & Shorey, 2019) d'abord en présentant la nouvelle infirmière à l'équipe et même en l'invitant dans les événements sociaux à l'extérieur du milieu de travail. Or, cela soulève d'autres questionnements, car la socialisation de la nouvelle infirmière peut dépendre de la place qu'occupe l'infirmière préceptrice à la base dans son équipe. Est-elle appréciée de ses collègues ? Est-elle invitée dans les événements sociaux ? Est-elle du type introverti ? Toutes ces questions peuvent influencer la socialisation de la nouvelle infirmière si son infirmière préceptrice est elle-même plus ou moins intégrée socialement sur l'unité. Dans le cas où l'infirmière préceptrice est peu intégrée, une hypothèse émerge : la nouvelle infirmière devra donc elle-même assurer son intégration au niveau social, un élément qui influence l'intégration, dans l'unité des soins intensifs néonataux. Cependant, une revue systématique de la littérature rapporte qu'aucun résultat significatif ne démontre que l'infirmière préceptrice a un impact sur la socialisation de la nouvelle infirmière (Ke, Kuo & Hung, 2017). Il serait intéressant d'explorer cet impact dans un contexte comme celui des soins intensifs néonataux.

L'équipe composée des pairs et d'autres professionnels

L'équipe composée de collègues infirmières, de supérieurs immédiats (assistantes infirmières-chefs), de conseillères en soins infirmiers et autres professionnels peut avoir un impact sur l'expérience de la nouvelle infirmière et ses collègues, qui comme elle, débutent. Les résultats de l'étude confirment que l'accueil et le soutien de cette équipe facilitent son intégration. Ces résultats sont confirmés par Innes et Calleja (2018) qui expliquent qu'au même titre que l'infirmière préceptrice, une socialisation positive ainsi qu'une culture de soutien de la part de l'équipe ont été démontrées comme étant importantes pour l'intégration de la nouvelle infirmière. Les données probantes précisent qu'une socialisation positive se manifeste par des comportements où les collègues démontrent un souci pour le bien-être de la nouvelle infirmière (Innes & Calleja, 2018). Ainsi, à ce titre, les infirmières rencontrées lors de la présente étude ont rapporté des expériences généralement positives avec l'équipe.

Or, il importe de préciser que d'autres études rapportent que généralement les expériences de socialisation dans les débuts sont jugées négatives par les infirmières novices (Duchscher, 2008 ; Laschinger, 2013 ; Leong & Crossman, 2016). En effet, Duchscher (2008), l'auteur de la théorie du choc transitionnel, décrit les relations avec les pairs sont parfois péjoratives en début de parcours. Une autre étude rapporte des comportements fréquents de *tough love* de la part des collègues infirmières (Leong & Crossman, 2016). Ce *tough love* prend la forme d'insultes, de remarques sarcastiques, et des critiques sous le thème « d'apprendre à la dure » (Leong & Crossman, 2016). Ces

comportements ont été rapportés comme étant très dommageables lors de l'intégration de la nouvelle infirmière et sont parfois la cause de son départ du milieu de soins (Leong & Crossman, 2016).

Les résultats obtenus ici démontrent qu'après un certain temps, les nouvelles infirmières ont été en mesure d'identifier les ressources aidantes dans leur processus d'intégration. Une étude énonce d'ailleurs que les nouvelles infirmières ont tendance à identifier rapidement leurs ressources, c'est-à-dire les gens en qui elles ont confiance pour les soutenir (Saghafi, Hardy, & Hillege, 2012). Cette donnée en dit beaucoup, car si la nouvelle infirmière arrive à se lier rapidement à des membres de l'équipe en qui elle a confiance, son évolution sera positivement affectée par ceux-ci. Elle sera alors en mesure de mettre de côté les attitudes nuisibles de certains collègues. Cela peut démontrer que la nouvelle infirmière détient alors un certain contrôle sur la composition de son entourage. Si elle identifie rapidement ses ressources, elle est en mesure d'influencer la composition de son microsysteme.

La dynamique de l'équipe est généralement déterminante du climat de travail sur l'unité. Les résultats de la présente étude démontrent que le climat a certainement une influence sur l'ensemble des systèmes qui entourent la nouvelle infirmière et son expérience d'intégration. Si le climat est généralement positif, l'environnement sera alors propice aux apprentissages. D'ailleurs, une autre étude a démontré qu'un environnement propice aux apprentissages favorise une bonne intégration dans le milieu (Henderson et

al., 2015). Les résultats de cette étude démontrent que le climat aux soins intensifs néonataux est propice aux apprentissages, car l'expérience avec les collègues et le climat de travail sont positifs.

Par ailleurs, les participantes ont rapporté certaines lacunes dans les explications données par leurs collègues lorsqu'elles posaient des questions. Cela peut avoir nui au climat de travail pour certaines infirmières. Le climat peut avoir été moins propice aux apprentissages si les explications étaient trop brèves ou manquaient de détails. Au contraire des résultats obtenus dans la présente étude, des auteurs rapportent plutôt que les infirmières d'expériences ont tendance à réexpliquer inutilement des concepts déjà acquis par les nouvelles infirmières (Saghafi et al., 2012). Selon ces auteurs, ce phénomène amènerait donc les infirmières à devoir démontrer constamment leurs compétences auprès de leurs pairs (Saghafi et al., 2012).

En somme, les trois acteurs : les familles, l'infirmière préceptrice et l'équipe constituent une partie du microsystème de la nouvelle infirmière et ont une influence sur l'ontosystème, soit les caractéristiques de la nouvelle infirmière telles que décrites par Bronfenbrenner (1979, 2005). Ils influenceront également l'évolution de ses systèmes à travers le temps incluant le désir de la nouvelle infirmière de poursuivre dans cette unité ou même encore dans cette profession. Le cadre soutient donc que tous les systèmes de la nouvelle infirmière sont déterminants dans les choix qu'elle fera au cours de sa carrière.

Une évolution complexe de la nouvelle infirmière teintée d'ambiguïté

Les infirmières rencontrées dans cette étude ont mis en lumière qu'elles évoluent de façon complexe. En effet, tous les systèmes de la nouvelle infirmière évoluent, soit de façon personnelle ou professionnelle. Ces nouvelles infirmières doivent s'adapter à travers un mélange d'émotions liées entre autres aux attentes des membres de l'équipe compliquant leurs parcours. À ce propos, la littérature émet ces éléments qui nuisent lors du passage de la formation au milieu de travail, et ce indépendamment du lieu de pratique (Duchscher, 2009).

D'abord, la nouvelle infirmière a beaucoup d'apprentissages à faire au niveau de son nouveau rôle professionnel. En effet, les participantes mettent en lumière une remise à niveau à laquelle elles font face dans leurs débuts aux soins intensifs néonataux. Ces nouveaux apprentissages sont perçus comme une montagne pour les nouvelles infirmières, car elles ne se sentent pas préparées à un tel changement (Duchscher, 2009). En effet, elles ne s'attendent pas à une aussi grande adaptation tant au niveau professionnel, qu'au niveau personnel (Ankers et al., 2018 ; Duchscher, 2009). La nouvelle infirmière se retrouve donc en quête d'un équilibre entre ses rôles professionnels et personnels, qui se définissent par le mésosystème selon Bronfenbrenner (1979, 2005). Les rôles composant le mésosystème entourant la nouvelle infirmière évoluent avec elle et elle découvre de nouvelles facettes d'elle-même à travers ceux-ci. Ces changements inattendus peuvent complexifier l'expérience d'intégration de la nouvelle infirmière.

L'ambiguïté vécue par les nouvelles infirmières dans l'étude est en partie attribuable à leurs émotions lors de leur parcours. Elles vivent beaucoup de stress, certes, mais également de l'excitation face à la nouveauté de la clientèle. On peut donc se demander si cette fluctuation d'émotions peut être nuisible à la nouvelle infirmière. En effet, Duchscher (2008) explique que les fluctuations d'émotions qui incluent une période intense d'excitation font partie du choc transitionnel. Selon lui, les nouvelles infirmières ressentent aussi du stress, car elles ont peur de ne pas être à la hauteur et d'être incompetentes (Duchscher, 2009). Le stress est démontré dans la littérature comme étant un élément nuisible au bon déroulement de l'intégration (Flinkman & Salantera, 2015 ; Halpin et al., 2017 ; Innes & Calleja, 2018). En plus, des auteurs mentionnent l'importance du soutien émotionnel afin d'optimiser la qualité de l'expérience de transition des nouvelles infirmières (Ebrahimi, Hassankhani, Negarandeh, Gillespie, & Azizi, 2016 ; Henderson et al., 2015). Le soutien émotionnel réduit le stress et l'anxiété et permet à la nouvelle infirmière de gagner confiance en elle (Ebrahimi et al., 2016). Pour minimiser cette fluctuation d'émotion et potentialiser les émotions positives comme l'excitation, on peut comprendre qu'il est primordial d'offrir du soutien émotionnel aux nouvelles infirmières.

Les participantes de l'étude expriment l'ambiguïté ressentie lorsqu'elles se mesurent aux attentes des infirmières plus expérimentées face à elles. Ces incertitudes par rapport aux attentes des collègues augmentent la complexité de l'expérience d'intégration des nouvelles infirmières et peuvent influencer négativement leur parcours. Comme

mentionné précédemment, les nouvelles infirmières ont peur d'avoir l'air incompetentes auprès de leurs collègues et cela peut aller jusqu'à les empêcher de demander de l'aide lorsqu'elles en ont besoin (Duchscher, 2009). Les nouvelles infirmières peuvent se sentir surveillées par les infirmières qu'elles côtoient, mais lorsqu'elles ne sont pas supervisées, elles vivent un sentiment d'abandon qui peut les rendre anxieuses (Duchscher, 2008). Ceci est un autre exemple d'ambiguïté qui peut agir négativement sur la confiance en soi des nouvelles infirmières et leur expérience d'intégration.

L'ambiguïté vécue par les nouvelles infirmières aux soins intensifs néonataux peut également avoir un impact sur leur fragilité. En début de parcours, les résultats démontrent que les infirmières sont stressées, ce qui peut les fragiliser et les rendre plus vulnérables. Une étude rapporte que les nouvelles infirmières sont plus vulnérables en début de carrière et sont donc plus susceptibles d'être épuisées professionnellement (Oneal et al., 2019). Il est possible d'associer cette vulnérabilité à une confiance en elle ébranlée et à un désir élevé de performer (Duchscher, 2008). Avec une autonomie en devenir et une identité professionnelle en construction, la nouvelle infirmière fait alors face à de nombreux doutes et remises en question par rapport à son avenir dans la profession (Duchscher, 2008). Ces incertitudes ont certainement un impact sur sa satisfaction au travail. Cela pourra également affecter négativement sa vision de ce qu'est une infirmière et comment elle définit son rôle. Heureusement, les résultats de la présente étude démontrent que la nouvelle infirmière prend de l'assurance avec le temps, ce qui peut l'aider à faire face aux remises en question présentes en début de parcours.

En somme, l'expérience de la nouvelle infirmière, les liens créés avec les personnes qui composent le microsysteme et le climat jouent sur l'avenir de la nouvelle infirmière et toutes ces données sont déterminantes pour sa rétention dans le milieu de soins. Si cette nouvelle infirmière arrive à bien gérer ses émotions et les ambiguïtés auxquelles elle est confrontée, elle pourra sans doute, mieux s'intégrer.

Ce qui influence l'intégration

L'étude décrit des éléments qui influencent l'intégration. Ces ingrédients qui peuvent faciliter ou nuire aux processus en lien avec les résultats et confirmés par la littérature sont illustrés au tableau 4.

Tableau 4

Éléments nuisibles et facilitateurs

Éléments facilitateurs	Éléments nuisibles
Socialisation positive (commencer sur l'unité en même temps que d'autres nouvelles)	Contact rapide et peu préparé avec les familles d'enfants prématurés
Culture de soutien (autant de la préceptrice que de l'équipe)	Environnement qui n'est pas propice aux apprentissages
Identification rapide des membres de l'équipe qui sont aidants	Fluctuations d'émotions
Préceptrice permettant une transition graduelle	Sentiment d'incompétence par rapport aux attentes des collègues

La figure 2 a été élaborée suite aux réflexions qu'ont engendrées les résultats de la présente étude. D'abord, on voit que tous les systèmes influencent tous les individus soit la nouvelle infirmière, les familles, la préceptrice et les équipes. Tous ces systèmes et tous

ces individus influencent l'intégration de la nouvelle infirmière qui se définit par la nouveauté, la transition et l'intégration dans la nouvelle équipe. On comprend donc que tout s'influence et il n'existe rien de linéaire. Les éléments nuisibles et facilitateurs coexistent, et ce dans les systèmes, à travers les liens entre la nouvelle infirmière et les personnes qui l'entourent. La nouveauté, la transition et l'intégration dans l'équipe définissent le processus d'intégration. La nouvelle infirmière peut être sensibilisée à ces éléments qui influencent la qualité de son intégration dans sa nouvelle fonction. Son intégration ne dépend donc pas seulement des éléments nuisibles et facilitateurs, mais aussi des différents systèmes qui définissent le cadre de Bronfenbrenner.

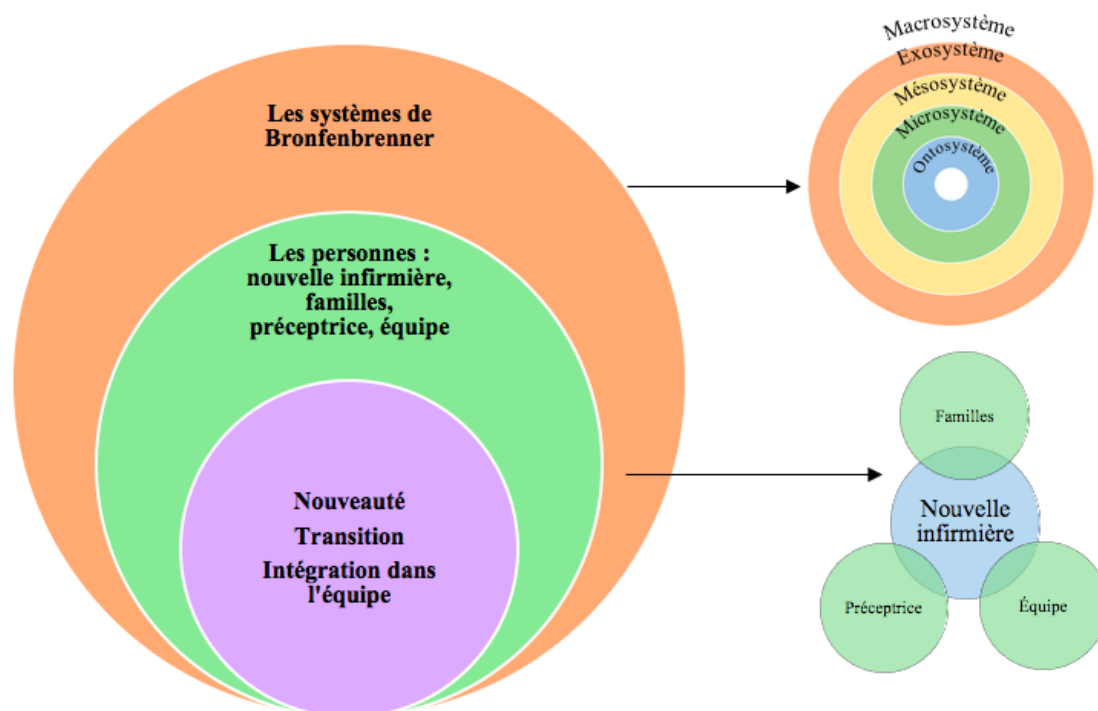


Figure 2. Relations entre les systèmes de Bronfenbrenner (1979, 2005) et l'expérience d'intégration des nouvelles infirmières aux soins intensifs néonataux

Les résultats de cette étude répondent à la question de recherche en s'appuyant sur chacun des sous-systèmes décrits par Bronfenbrenner (1979, 2005). Plusieurs interrelations entre ces sous-systèmes et les résultats permettent d'observer l'évolution de ceux-ci à travers le temps. Le sous-système le plus déterminant dans l'intégration de la nouvelle infirmière est le microsystème qui à son tour crée des influences sur les autres sous-systèmes (le mésosystème, l'exosystème et le macrosystème).

En lien avec les résultats de l'étude, une hypothèse émerge : si la nouvelle infirmière s'intègre bien, elle aura alors probablement tendance à vouloir rester dans cet

environnement de travail et transmettre ses expériences positives aux prochaines nouvelles infirmières qui feront leur entrée sur l'unité. Si la nouvelle infirmière n'a pas une intégration réussie, c'est-à-dire qu'elle n'est pas empreinte de soutien, d'écoute et de reconnaissance, cela influencera négativement son désir de demeurer sur son unité ou même encore dans la profession (Roy & Robichaud, 2016). En lien avec le cadre de référence, les sous-systèmes qui influencent la nouvelle infirmière (ontosystème, microsystème, mésosystème, exosystème, macrosystème) en début de parcours seront déterminants pour l'évolution de la nouvelle infirmière et son avenir dans la profession.

Les recommandations pour la discipline infirmière

Des recommandations émergent de cette étude et des éléments discutés. Ces recommandations portent sur les cinq axes de la discipline infirmière soit la pratique clinique, la gestion, l'enseignement, la recherche et la politique (Pépin et al., 2017).

La pratique clinique

Les recommandations en regard de la pratique clinique concernent l'orientation des nouvelles infirmières. Il est recommandé de sensibiliser les équipes en place lors de l'arrivée de la nouvelle infirmière quant à leur vécu et à quel point l'orientation et l'accueil sont déterminants pour leur parcours professionnel. De cette façon, il est possible de responsabiliser et de conscientiser tous les membres des équipes face à leurs comportements qui influenceront le parcours de la nouvelle infirmière. Il est important que les équipes comprennent que la nouvelle infirmière n'est pas la seule responsable de

la réussite de son intégration au sein de l'unité. Les éléments facilitants tels qu'une transition faite de façon graduelle et une culture de soutien au sein de l'organisation doivent être abordés lorsque de nouvelles infirmières arrivent sur l'unité. Il faut conscientiser l'équipe par rapport au fait que chaque intervenant a un rôle à jouer dans l'intégration des nouvelles infirmières et si tous et chacun leur apporte du soutien, c'est à ce moment que se forme la culture de soutien au sein de l'unité.

La gestion

Les recommandations en regard de la gestion impliquent que les gestionnaires des soins infirmiers mettent en place des structures d'accueil et d'orientation pour la nouvelle infirmière. Il serait d'abord important de s'assurer que les infirmières préceptrices ont les habiletés nécessaires pour orienter une nouvelle infirmière. Il serait pertinent que les infirmières préceptrices reçoivent de la rétroaction de la part des recrues, dans un but d'amélioration de la qualité de l'orientation. De plus, il serait important de donner des occasions pour les nouvelles infirmières de verbaliser entre elles ce qu'elles vivent. De ce fait, débiter avec plusieurs nouvelles infirmières en même temps serait aidant tout comme la mise en place de groupe de discussion entre nouvelles infirmières de différentes unités. Le gestionnaire devrait s'assurer de coordonner la mise en place de groupes de discussion si l'unité ne peut accueillir plusieurs infirmières à la fois. Finalement, la sensibilisation des gestionnaires à la notion de transition graduelle les amènera à s'assurer d'une transition graduelle pour la nouvelle infirmière passant de cas plus simples au début à de plus en plus complexes, selon le rythme de l'infirmière.

L'enseignement

Les recommandations en égard de l'enseignement des soins infirmiers portent, premièrement, sur l'ajout de formation à l'université. Ajouter des cours en option dans la formation universitaire qui abordent les soins intensifs néonataux peut être pertinent pour réduire le choc transitionnel et l'impression d'un retour à l'école pour les recrues.

Deuxièmement, il serait important de préparer les nouvelles infirmières à la transition qu'elles s'apprêtent à vivre aux soins intensifs néonataux. Par exemple, les informer, durant leur parcours scolaire, des émotions qu'elles peuvent ressentir, des façons pour prendre confiance en elle, des ressources à leur disposition en début de carrière, etc. Le fait de normaliser ce vécu leur permettra d'être mieux préparées à faire leur entrée sur les unités de soins. De plus, des formations sur la gestion du stress pourraient être insérées dans leur formation (Terp, Hjärthag & Bisholt, 2019).

La recherche

Les recommandations en regard de la recherche visent à répondre aux manques de connaissances dans la littérature au sujet des nouvelles infirmières, mais également des infirmières préceptrices. En effet, il serait pertinent d'explorer le point de vue des préceptrices dans des milieux surspécialisés comme la néonatalogie. Le fait de connaître leur vécu par rapport aux éléments rapportés par les nouvelles infirmières permettrait de trouver l'équilibre à atteindre afin que l'expérience soit positive autant pour la nouvelle

infirmière que pour la préceptrice. Il serait intéressant de se pencher sur les éléments de la dynamique relationnelle qui sont gagnants dans une relation préceptrale.

La politique

Les recommandations en regard de la politique en sciences infirmières visent à proposer des mesures modifiant des directives à l'échelle du macrosystème, c'est-à-dire au-delà de la gestion des établissements (Bronfenbrenner, 1979, 2005). À cet effet, il serait pertinent de rendre les comités de relève infirmière¹⁰ obligatoires dans les établissements. Ces comités ont, entre autres, le mandat de favoriser la bonne intégration des nouvelles infirmières et il est essentiel qu'ils soient présents afin d'améliorer la rétention de personnel dans les milieux (Young, Roy et Duchesne, 2017). Ces comités s'inscrivent dans un objectif de créer une structure organisationnelle empreinte de soutien pour la relève infirmière (Young et al., 2017). En plus, ces comités sont eux-mêmes formés de membres de la relève infirmière ce qui favorise un échange entre pairs (Young et al., 2017). Les résultats de la présente étude ont d'ailleurs démontré que de s'associer pour ventiler est aidant dans un processus d'intégration.

¹⁰ Comité composé de membres de la relève infirmière et ayant le mandat de favoriser l'intégration des nouvelles infirmières (Young, Roy & Duchesne, 2017). Ce comité découle du CECII (comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers), qui est un comité présent dans tous les établissements ayant un rôle consultatif auprès du conseil d'administration de l'hôpital en lien, principalement, avec la qualité des soins offerts (OIIQ, 2019).

Les forces et les limites de l'étude

L'étude comporte des forces et des limites. En premier lieu, la méthodologie rigoureuse appliquée dans le cadre de cette étude constitue une force. En effet, la transcription des entrevues de façon intégrale et l'analyse de données effectuée conjointement avec la directrice et la co-directrice ont contribué à la rigueur scientifique de l'étude. De plus, les participants ont fait preuve de beaucoup d'ouverture et de générosité lors des entrevues ce qui a permis de répondre à la question de recherche avec le plus de précision possible. Finalement, le cadre de référence a permis d'aborder tous les systèmes de la nouvelle infirmière et de la voir dans sa globalité.

L'étude comporte aussi certaines limites. D'abord, l'étudiante-chercheuse s'est elle-même intégrée en néonatalogie lors de ses débuts comme infirmière il y a un peu plus de cinq ans, ce qui a pu teinter son intérêt et l'exploration qu'elle en a faite. Cela a pu, à certains égards, orienter sa réflexion sur des éléments précis qu'elle a elle-même vécus. Par contre, des moyens ont été pris afin de minimiser cette limite. Aussi, le peu d'expérience de l'étudiante-chercheuse peut constituer un autre biais puisque des données peuvent être manquantes. Par contre, l'analyse des données supervisée par la directrice et la co-directrice ont contribué à atténuer ce biais.

En somme, la période d'orientation de la nouvelle infirmière durant laquelle elle est en contact avec les familles et l'équipe est déterminante pour son intégration. Selon les perspectives des infirmières nouvellement en poste, certains éléments facilitent cette

intégration alors que d'autres nuisent. Pour la suite, il sera pertinent de considérer les recommandations émises dans une optique d'amélioration constante de l'expérience des nouvelles infirmières lorsqu'elles s'intègrent aux soins intensifs néonataux.

Conclusion

Les nouvelles infirmières qui s'intègrent dans un milieu surspécialisé comme la néonatalogie font face à beaucoup de nouveauté et d'apprentissages (Ankers et al., 2018). Ces nouvelles infirmières bien qu'elles ont reçu une formation de base en milieu académique constatent que celle-ci devient ultraspécialisée dans un milieu tel que les soins intensifs néonataux (Choi et al., 2015). Le problème soulevé met en lumière qu'outre les connaissances à développer, les infirmières dans ce milieu de soins vivent aussi une grande demande émotionnelle et des dilemmes éthiques (Cricco-Lizza, 2014; Green et al., 2015a; Green, Darbyshire, Adams, & Jackson, 2015c; Green et al., 2017; Strandas & Fredriksen, 2015; Turner et al., 2014). La nouvelle infirmière qui débute doit alors composer avec ses défis d'intégration en plus du contact avec cette clientèle qui requiert des soins surspécialisés. Le processus d'intégration étant déjà difficile, il est à se demander si l'impact de la demande émotionnelle et les dilemmes éthiques est amplifié lorsque la nouvelle infirmière débute aux soins intensifs néonataux. Ce vécu est cependant peu documenté dans la littérature. En vue de mieux comprendre cette problématique, l'état des connaissances met en lumière que leurs vécus et expériences sont peu approfondis. De cette recension émerge alors les nombreux rôles qui lui sont associés auprès de la clientèle néonatale et qui nécessitent plusieurs habiletés (Strandas & Fredriksen, 2015; Mirlashari et al., 2019; Bloomer et al., 2015) rendant encore plus complexe l'expérience à développer pour ces nouvelles infirmières. Ainsi, peu importe leur domaine de pratique, celles-ci vivent des défis tout au long du processus d'intégration (Halpin et al., 2017; Regan et

al., 2017; Lee, et al., 2013). La littérature décrit d'or et déjà les défis vécus par les nouvelles infirmières, soit beaucoup d'anxiété, une lourde charge de travail (Halpin et al., 2017) et un choc de la réalité (Duchscher, 2009; Roy & Robichaud, 2016). Considérant l'expérience des infirmières aux soins intensifs néonataux et celle des nouvelles infirmières, il est à penser que les perceptions des nouvelles infirmières qui débutent leur carrière dans ce domaine sont particulières à ce milieu. Le but de l'étude a donc été d'explorer les perceptions des nouvelles infirmières quant à leur intégration aux soins intensifs néonataux et d'identifier ce qui nuit et facilite cette intégration. Pour arriver à des résultats, huit entrevues semi-structurées d'une durée de 30 minutes ont été réalisées et enregistrées. Pour encadrer l'analyse des résultats, la transition écologique de Bronfenbrenner (1979, 2005) a été utilisée. Cette théorie représente les systèmes et sous-systèmes de la personne qui évoluent à travers le temps et s'influencent entre eux. L'analyse des données révèle que la nouvelle infirmière vit beaucoup de nouveauté, et ce dès le début de son expérience aux soins intensifs néonataux. Cette expérience influence de près son intégration. Aussi, elles vivent généralement une transition graduelle à plusieurs niveaux. De plus, leur intégration dans l'équipe comporte plusieurs particularités, mais elles apprécient grandement le soutien qu'elles reçoivent. On retient que l'expérience est déterminante dans le processus d'intégration des nouvelles infirmières, entre autres en raison de tous ce qui compose les systèmes et son entourage composé des familles, de son infirmière préceptrice et de l'équipe composée de ses pairs.

Suite à la réalisation de cette étude, il est permis d'espérer que les infirmières qui travaillent aux soins intensifs néonataux ou sur une unité surspécialisée seront sensibilisées par rapport à l'expérience des nouvelles infirmières. De plus, en sachant l'impact que peut avoir l'infirmière préceptrice sur l'avenir de la nouvelle infirmière, il serait intéressant de s'intéresser aux dynamiques relationnelles entre la nouvelle infirmière et son infirmière préceptrice afin d'aider les gestionnaires à bien jumeler celles-ci.

Références

- American Academy of Pediatrics. (2012). Levels of neonatal care. *Pediatrics*, *130*(3), 587-597. doi:10.1542/peds.2012-1999
- Adams, J. E., & Gillman, L. (2016). Developing an evidence-based transition program for graduate nurses. *Contemp Nurse*, *52*(5), 511-521. doi:10.1080/10376178.2016.1238287
- Al Awaisi, H., Cooke, H., & Prymachuk, S. (2015). The experiences of newly graduated nurses during their first year of practice in the Sultanate of Oman - A case study. *Int J Nurs Stud*, *52*(11), 1723-1734. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.06.009
- Anderson, G., Hair, C., & Toderò, C. (2012). Nurse residency programs: an evidence-based review of theory, process, and outcomes. *J Prof Nurs*, *28*(4), 203-212. doi:10.1016/j.profnurs.2011.11.020
- Ankers, M. D., Barton, C. A., & Parry, Y. K. (2018). A phenomenological exploration of graduate nurse transition to professional practice within a transition to practice program. *Collegian*, *25*(3), 319-325. doi:10.1016/j.colegn.2017.09.002
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). (2004). Atteindre l'excellence dans l'exercice de la profession. Guide sur le préceptorat et le mentorat. Ontario.
- Benigeri, M. (2017). Perceptions et expériences de la population: le québec comparé. Repéré à : https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/CWF/CSBE_CWF_2016_Rapport_Resultats.pdf
- Bloomer, M. J., O'Connor, M., Copnell, B., & Endacott, R. (2015). Nursing care for the families of the dying child/infant in paediatric and neonatal ICU: nurses' emotional talk and sources of discomfort. A mixed methods study. *Aust Crit Care*, *28*(2), 87-92. doi:10.1016/j.aucc.2015.01.002
- Boamah, S. A., Read, E. A., Laschinger, K. S. (2016). Factors influencing new graduate nurse burnout development, job satisfaction and patient care quality: a time-lagged study. *Journal of Advanced Nursing* *73*(5), 1182-1195. doi: 10.1111/jan.13215
- Bronfenbrenner, U. (1979). *Ecology of Human Development*. Cambridge: Harvard University Press

- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making Human Beings Human : Bioecological Perspectives on Human Development*. États-Unis: SAGE Publications.
- Bry, K., Bry, M., Hentz, E., Karlsson, H. L., Kyllonen, H., Lundkvist, M., & Wigert, H. (2016). Communication skills training enhances nurses' ability to respond with empathy to parents' emotions in a neonatal intensive care unit. *Acta Paediatr*, *105*(4), 397-406. doi:10.1111/apa.13295
- Bucher, H. U., Klein, S. D., Hendriks, M. J., Baumann-Holzle, R., Berger, T. M., Streuli, J. C., & Fauchere, J. C. (2018). Decision-making at the limit of viability: differing perceptions and opinions between neonatal physicians and nurses. *BMC Pediatr*, *18*(1), 81. doi:10.1186/s12887-018-1040-z
- Chen, C. M., & Lou, M. F. (2014). The effectiveness and application of mentorship programmes for recently registered nurses: a systematic review. *J Nurs Manag*, *22*(4), 433-442. doi:10.1111/jonm.12102
- Cheng, C. Y., Liou, S. R., Tsai, H. M., & Chang, C. H. (2015). Job stress and job satisfaction among new graduate nurses during the first year of employment in Taiwan. *Int J Nurs Pract*, *21*(4), 410-418. doi:10.1111/ijn.12281
- Choi, E. A., Lee, K. E., & Lee, Y. E. (2015). Nursing Students' Practice Experience in Neonatal Intensive Care Units. *Child Health Nursing Research*, *21*(3), 261-271. doi:10.4094/chnr.2015.21.3.261
- Cricco-Lizza, R. (2014). The need to nurse the nurse: emotional labor in neonatal intensive care. *Qual Health Res*, *24*(5), 615-628. doi:10.1177/1049732314528810
- Crimlisk, J. T., Grande, M. M., Krisciunas, G. P., Costello, K. V., Fernandes, E. G., & Griffin, M. (2017). Nurse Residency Program Designed for a Large Cohort of New Graduate Nurses : Implementation and Outcomes. *Medsurg Nursing*, *26*(2).
- de Boer, J. C., van Rosmalen, J., Bakker, A. B., & van Dijk, M. (2016). Appropriateness of care and moral distress among neonatal intensive care unit staff: repeated measurements. *Nurs Crit Care*, *21*(3), e19-27. doi:10.1111/nicc.12206
- DeGrande, H., Liu, F., Greene, P., & Stankus, J. A. (2018). The experiences of new graduate nurses hired and retained in adult intensive care units. *Intensive Crit Care Nurs*, *49*, 72-78. doi:10.1016/j.iccn.2018.08.005
- De Valliers, Marie-Éva. (2015). *Multidictionnaire de la langue française* (6^e édition). Montréal : Québec Amérique

- Dorris, S. (2013). La détresse morale : comprendre la détresse morale des infirmières en milieux de soins pour pouvoir mieux y faire face. *Perspective infirmière*, 10(5), 29-31.
- Duchscher, J. E. (2008). A process of becoming : the stages of new nursing graduate professional role transition. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(10), 441-450.
- Duchscher, J. E. (2009). Transition shock: the initial stage of role adaptation for newly graduated registered nurses. *J Adv Nurs*, 65(5), 1103-1113. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04898.x
- Durand, S., Leprohon, J., & Roy, C. (2018). Champ d'exercice et activités réservées de l'infirmière. *Pratique professionnelle* Repéré à <https://www.oiiq.org/en/champ-d-exercice-et-activites-reservees-de-l-infirmiere?inheritRedirect=true>
- Ebrahimi, H., Hassankhani, H., Negarandeh, R., Gillespie, M., & Azizi, A. (2016). Emotional Support for New Graduated Nurses in Clinical Setting: a Qualitative Study. *J Caring Sci*, 5(1), 11-21. doi:10.15171/jcs.2016.002
- Eggenberger, T. (2012). Exploring the charge nurse role: holding the frontline. *J Nurs Adm*, 42(11), 502-506. doi:10.1097/NNA.0b013e3182714495
- Fanaroff, J. M., Hascoet, J. M., Hansen, T. W., Levene, M., Norman, M., Papageorgiou, A., . . . Stevenson, D. K. (2014). The ethics and practice of neonatal resuscitation at the limits of viability: an international perspective. *Acta Paediatr*, 103(7), 701-708. doi:10.1111/apa.12633
- Flinkman, M., & Salantera, S. (2015). Early career experiences and perceptions - a qualitative exploration of the turnover of young registered nurses and intention to leave the nursing profession in Finland. *J Nurs Manag*, 23(8), 1050-1057. doi:10.1111/jonm.12251
- Gardiner, I., & Sheen, J. (2017). Graduate nurses' experience of feedback, support and anxiety : a pilot study. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 35(1), 6-15.
- Goldenberg, R. L., Culhane, J. F., Iams, J. D., & Romero, R. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet*, 371, 75-84.
- Goode, C. J., Lynn, M. R., McElroy, D., Bednash, G. D., & Murray, B. (2013). Lessons learned from 10 years of research on a post-baccalaureate nurse residency program. *J Nurs Adm*, 43(2), 73-79. doi:10.1097/NNA.0b013e31827f205c

- Green, J., Darbyshire, P., Adams, A., & Jackson, D. (2015a). Balancing hope with reality: how neonatal nurses manage the uncertainty of caring for extremely premature babies. *J Clin Nurs*, 24(17-18), 2410-2418. doi:10.1111/jocn.12800
- Green, J., Darbyshire, P., Adams, A., & Jackson, D. (2015b). A burden of knowledge: A qualitative study of experiences of neonatal intensive care nurses' concerns when keeping information from parents. *J Child Health Care*, 19(4), 485-494. doi:10.1177/1367493514530957
- Green, J., Darbyshire, P., Adams, A., & Jackson, D. (2015c). Looking like a proper baby: nurses' experiences of caring for extremely premature infants. *J Clin Nurs*, 24(1-2), 81-89. doi:10.1111/jocn.12608
- Green, J., Darbyshire, P., Adams, A., & Jackson, D. (2016). It's agony for us as well : Neonatal nurses reflect on iatrogenic pain. *Nursing Ethics*, 23(2), 176-190. doi:10.1177/09697330/4558968
- Green, J., Darbyshire, P., Adams, A., & Jackson, D. (2017). Quality versus quantity: The complexities of quality of life determinations for neonatal nurses. *Nursing Ethics*, 24(7), 802-820. doi:10.1177/0969733015625367
- Guba, E., & Lincoln, Y. (1994). Competing paradigms in qualitative research. Dans Sage (Éd.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105-117). Thousand Oaks, CA.
- Halpin, Y., Terry, L. M., & Curzio, J. (2017). A longitudinal, mixed methods investigation of newly qualified nurses' workplace stressors and stress experiences during transition. *J Adv Nurs*, 73(11), 2577-2586. doi:10.1111/jan.13344
- Hellmann, J., Knighton, R., Lee, S., & Shah, P. (2016). Neonatal deaths: prospective exploration of the causes and process of end-of-life decisions. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*, 101(2), 102-107.
- Henderson, A., Ossenberg, C., & Tyler, S. (2015). 'What matters to graduates': An evaluation of a structured clinical support program for newly graduated nurses. *Nurse Educ Pract*, 15(3), 225-231. doi:10.1016/j.nepr.2015.01.009
- Henrich, N. J., Dodek, P. M., Gladstone, E., Alden, L., Keenan, S. P., Reynolds, S., & Rodney, P. (2017). Consequences of Moral Distress in the Intensive Care Unit: A Qualitative Study. *Am J Crit Care*, 26(4), e48-e57. doi:10.4037/ajcc2017786
- OIIQ (2016). Intégration de la relève infirmière. *Comité jeunesse de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*. Montréal : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

- Hosking, J., Knox, K., Forman, J., Montgomery, L. A., Valde, J. G., & Cullen, L. (2016). Evidence Into Practice: Leading New Graduate Nurses to Evidence-Based Practice Through a Nurse Residency Program. *J Perianesth Nurs*, 31(3), 260-265. doi:10.1016/j.jopan.2016.02.006
- Hu, Y., Zhang, Y., Shen, N., Wu, J., Wu, J., & Malmedal, W. K. (2017). Stressors of newly graduated nurses in Shanghai paediatric hospital: a qualitative study. *J Nurs Manag*, 25(3), 184-193. doi:10.1111/jonm.12454
- Innes, T., & Calleja, P. (2018). Transition support for new graduate and novice nurses in critical care settings: An integrative review of the literature. *Nurse Educ Pract*, 30, 62-72. doi:10.1016/j.nepr.2018.03.001
- Ke, Y.-T., Kuo, C.-C., Hung, C.-H. (2017). The effect of nursing preceptorship on new nurses' competence, professional socialization, job satisfaction and retention : A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 73, 2296-2305. doi :10.1111/jan.13317
- Keys, E. M., Benzies, K. M. (2018) A Proposed Nursing Theory: Infant Sleep and Development, *Nursing Science Quaterly*, 31 (3), p. 279-286. doi : 10.1177/0894318418774947
- Kumaran, S., & Carney, M. (2014). Role transition from student nurse to staff nurse: facilitating the transition period. *Nurse Educ Pract*, 14(6), 605-611. doi:10.1016/j.nepr.2014.06.002
- Laschinger, H. K., Wong, C., Regan, S., Young-Ritchie, C., & Bushell, P. (2013). Workplace incivility and new graduate nurses' mental health: the protective role of resiliency. *J Nurs Adm*, 43(7-8), 415-421. doi:10.1097/NNA.0b013e31829d61c6
- Lavoie-Tremblay, M. (2000). *La modernisation du programme d'intégration au travail pour les nouvelles infirmières*. (Maîtrise). Disponible chez ProQuest Dissertations & Theses Full Text.
- Lee, H. Y., Hsu, M. T., Li, P. L., & Sloan, R. S. (2013). 'Struggling to be an insider': a phenomenological design of new nurses' transition. *J Clin Nurs*, 22(5-6), 789-797. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04189.x
- Lemelin, L. (2013) *Recherche-action menant à des pistes de solution pour soutenir les parents d'enfant de 4-5 ans dans l'adoption de saines habitudes de vie* (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Qc.

- Lemyre, B., Daboval, T., Dunn, S., Kekewich, M., Jones, G., Wang, D., . . . Moore, G. (2016). Shared decision making for infants born at the threshold of viability: a prognosis-based guideline. *Journal Perinatology*, *36*(7), 503-509. doi:10.1038/jp.2016.81
- Leong, Y. M., & Crossman, J. (2016). Tough love or bullying? New nurse transitional experiences. *J Clin Nurs*, *25*(9-10), 1356-1366. doi:10.1111/jocn.13225
- Lewis, S., & McGowan, B. (2015). Newly qualified nurses' experiences of a preceptorship. *British Journal of Nursing*, *24*(1), 40-43.
- Loiselle, C. G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthode de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives* (ERPI Éd.). Canada: ERPI.
- Marleau, D. (2018). *Portrait de la relève infirmière 2017-2018*. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis : a methods sourcebook* (Edition 3.). Los Angeles: SAGE Publications, Inc.
- Mirlashari, J., Valizadeh, S., Navab, E., Craig, J., & Ghorbani, F. (2019). Dark and Bright—Two Sides of Family-Centered Care in the NICU- A Qualitative Study. *Clinical Nursing Research*, *28*(7), 869-885. doi:10.1177/1054773818758171
- Missen, K., McKenna, L., & Beauchamp, A. (2014). Satisfaction of newly graduated nurses enrolled in transition-to-practice programmes in their first year of employment : a systematic review. *Journal of Advanced Nursing* *70*(11), 2419-2433. doi : 10.1111/jan.12464
- Monaghan, T. (2015). A critical analysis of literature and theoretical perspectives on theory-practice gap amongst newly qualified nurses within the United Kindom. *Nurse Educ Today*, *35*, e1-e7. doi:10.1016/j.nedt.2015.03.006
- National Healthcare Group (2017). Qualitative Description : A comprehensive summary of events. Repéré à : <https://www.nhgeducation.nhg.com.sg/homer/research/methodology/qualitative-description-a-comprehensive-summary-of-events>
- OIIQ. (2017). Parcours étudiant. Repéré le 4 janvier à <http://www.oiiq.org/admission-a-la-profession/parcours-etudiant>
- OIIQ. (2019). Conseillère ou conseiller en soins infirmiers. Repéré à : <https://www.oiiq.org/en/acceder-profession/decouvrir-la-profession/possibilites-de-carriere/conseillere-ou-conseiller-en-soins-infirmiers>

- OIIQ. (2019). Conseil des infirmières ou infirmiers. Repéré à : <https://www.oiiq.org/en/pratique-professionnelle/encadrement-de-la-pratique/gouvernance-clinique/conseil-des-infirmieres-et-infirmiers>
- Oneal, G., Graves, J. M., Diede, T., Postma, J., Barbosa-Leiker, C., & Butterfield, P. (2019). Balance, Health, and Workplace Safety: Experiences of New Nurses in the Context of Total Worker Health. *Workplace Health Saf*, 67(10), 520-528. doi:10.1177/2165079919833701
- Pépin, J., Kérouac, S., Ducharme, F. (2017) *La pensée infirmière* (4^eéd.). Montréal, Qc : Chenelière éducation
- Petty, J. (2017). Creating stories for learning about the neonatal care experience through the eyes of student nurses: An interpretive, narrative study. *Nurse Educ Today*, 48, 25-32. doi:10.1016/j.nedt.2016.09.007
- Phillips, C., Kenny, A., Esterman, A., & Smith, C. (2014). A secondary data analysis examining the needs of graduate nurses in their transition to a new role. *Nurse Educ Pract*, 14(2), 106-111. doi:10.1016/j.nepr.2013.07.007
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : Generation and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10 éd.). China: Wolters Kluwer.
- Powers, K., Herron, E. K., Pagel, J. (2019). Nurse preceptor role in new graduate nurses' transition to practice. *Dimensions of critical care nurses*, 38(3), 131-136. doi : 10.1097/DCC.0000000000000354
- Préma-Québec. (2017). L'unité néonatale. Repéré à <http://www.premaquebec.ca/fr/la-prematurite/differents-types-de-prematures/>
- Prentice, T., Janvier, A., Gillam, L., & Davis, P. G. (2016). Moral distress within neonatal and paediatric intensive care units: a systematic review. *Arch Dis Child*, 101(8), 701-708. doi:10.1136/archdischild-2015-309410
- Quek, G. J. H., & Shorey, S. (2018). Perceptions, Experiences, and Needs of Nursing Preceptors and Their Preceptees on Preceptorship: An Integrative Review. *J Prof Nurs*, 34(5), 417-428. doi:10.1016/j.profnurs.2018.05.003
- Quek, G. J. H., Ho, G. H. L., Hassan, N. B., Quek, S. E. H., & Shorey, S. (2019) Perceptions of preceptorship among newly graduated nurses and preceptors : A descriptive qualitative study. *Nurse education in practice*, 37, 62-67

- Regan, S., Wong, C., Laschinger, H. K., Cummings, G., Leiter, M., MacPhee, M., . . . Read, E. (2017). Starting Out: qualitative perspectives of new graduate nurses and nurse leaders on transition to practice. *J Nurs Manag*, 25(4), 246-255. doi:10.1111/jonm.12456
- Ribeiro, C., Moura, C., Sequeira, C., Barbieri, M., & Erdmann, A. (2015). Parents' and nurses' perceptions of Nursing care in neonatology – an integrative review. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(Nº 4), 137-146. doi:10.12707/riv14023
- Roy, J., & Robichaud, F. (2016). Le syndrome du choc de la réalité chez les nouvelles infirmières. *Rech Soins Infirm*(127), 82-90. doi:10.3917/rsi.127.0082
- Rush, K. L., Adamack, M., Gordon, J., & Janke, R. (2015). New graduate nurse transition programs: Relationships with bullying and access to support. *Contemp Nurse*, 48(2), 219-228. doi:10.1080/10376178.2014.11081944
- Saghafi, F., Hardy, J., & Hillege, S. (2012). New graduate nurses experiences of interactions in the critical care unit. *Contemp Nurse*, 42(1), 20-27.
- Sannino, P., Gianni, M. L., Re, L. G., & Lusignani, M. (2015). Moral distress in the neonatal intensive care unit: an Italian study. *J Perinatol*, 35(3), 214-217. doi:10.1038/jp.2014.182
- Smith-Miller, C. A., Shaw-Kokot, J., Curro, B., & Jones, C. B. (2014). An integrative review: fatigue among nurses in acute care settings. *J Nurs Adm*, 44(9), 487-494. doi:10.1097/NNA.000000000000104
- Stayer, D., & Lockhart, J. S. (2016). Living with Dying in the Paediatric Intensive Care Unit: A Nursing Perspective. *Am J Crit Care*, 25(4), 350-356. doi:10.4037/ajcc2016251
- Strandas, M., & Fredriksen, S.-T. (2015). Ethical Challenges in Neonatal intensive care Nursing. *Nursing Ethics*, 22(8), 901-912. doi:10.1177/0969733014551596
- Terp, U., Hjärthag, F., Bisholt, B. (2019). Effects of a Cognitive Behavioral-Based Stress Management Program on Stress Management Competency, Self-efficacy and Self-esteem Experienced by Nursing Students. *Nurse Educator* 44 (1), E1-E5. doi: 10.1097/NNE.0000000000000492
- Thomas, C. M., & Mraz, M. A. (2017). Exploration Into How Simulation Can Effect New Graduate Transition. *Clinical Simulation in Nursing*, 13(10), 465-470. doi:10.1016/j.ecns.2017.05.013

- Tomlinson, M. W., Kaempf, J. W., Ferguson, L. A., & Stewart, V. T. (2010) Caring for the pregnant woman presenting at periviable gestation: acknowledging the ambiguity and uncertainty. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *202*, 529.e1-6. doi : 10.1016/j.ajog.2009.10.858
- Trajkovski, S., Schmied, V., Vickers, M., & Jackson, D. (2012). Neonatal nurses' perspectives of family-centred care: a qualitative study. *J Clin Nurs*, *21*(17-18), 2477-2487. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04138.x
- Truchon, S., & D'Anjou, H. (2006). Obligations professionnelles et responsabilité civile de l'infirmière. *Chronique déontologique* Repéré à : <https://www.oiiq.org/en/obligations-professionnelles-et-responsabilite-civile-de-l-infirmiere?inheritRedirect=true>
- Tuckett, A., Winters-Chang, P., Bogossian, F., & Wood, M. (2015). 'Why nurses are leaving the profession ... lack of support from managers': What nurses from an e-cohort study said. *Int J Nurs Pract*, *21*(4), 359-366. doi:10.1111/ijn.12245
- Turner, M., Chur-Hansen, A., & Winefield, H. (2014). The neonatal nurses' view of their role in emotional support of parents and its complexities. *J Clin Nurs*, *23*(21-22), 3156-3165. doi:10.1111/jocn.12558
- van Rooyen, D. R. M., Jordan, P. J., Ten Ham-Baloyi, W., & Caka, E. M. (2018). A comprehensive literature review of guidelines facilitating transition of newly graduated nurses to professional nurses. *Nurse Educ Pract*, *30*, 35-41. doi:10.1016/j.nepr.2018.02.010
- Walker, A., Costa, B. M., Foster, A. M., & de Bruin, R. L. (2017). Transition and integration experiences of Australian graduate nurses: A qualitative systematic review. *Collegian*, *24*(5), 505-512. doi:10.1016/j.colegn.2016.10.004
- Walker, A., Earl, C., Costa, B., & Cuddihy, L. (2013). Graduate nurses' transition and integration into the workplace: a qualitative comparison of graduate nurses' and Nurse Unit Managers' perspectives. *Nurse Educ Today*, *33*(3), 291-296. doi:10.1016/j.nedt.2012.06.005
- Washington, G. T. (2012). Performance anxiety in new graduate nurses: is it for real? *Dimens Crit Care Nurs*, *31*(5), 295-300. doi:10.1097/DCC.0b013e3182619b4c
- Welborn, A. C. (2017). Supporting the neonatal nurse in the role of final comforter. *Journal of Neonatal Nursing*, *23*(2), 58-64. doi:10.1016/j.jnn.2016.09.005

Young, J., Roy, J., & Duchesne, E. (2017). Création d'un comité de la relève infirmière au sein de votre CIUSSS/CISSS ou établissement non fusionné : Un tremplin pour le leadership. Repéré à : <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306159/creation-CRI-cadre-de-reference.pdf/c7cc5f72-9c30-d602-af15-a4fbccf9a9af>

Appendice A
Affiche de recrutement

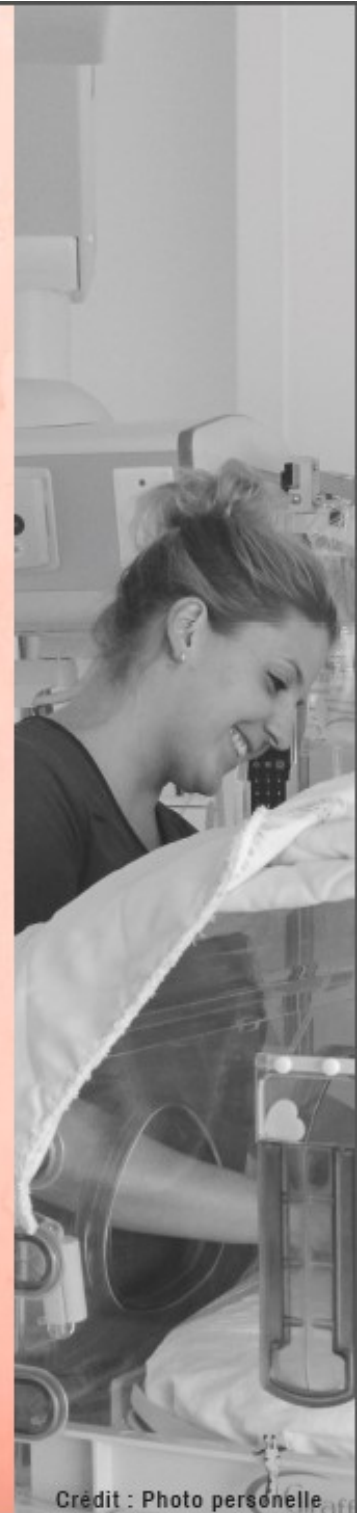
PROJET DE RECHERCHE

LES PERCEPTIONS DES NOUVELLES INFIRMIÈRES DÉBUTANT LEUR CARRIÈRE AUX SOINS INTENSIFS NÉONATAUX

Par Bénédicte Grou
Approuvé par le CÉR de l'UQO

1. Vous êtes infirmière depuis moins d'un an sur un département de néonatalogie ?
2. Vous voulez partager votre expérience et faire avancer la recherche ?

Contactez Bénédicte Grou
grob02@uqo.ca



Crédit : Photo personnelle

Appendice B
Formulaire de consentement



UNIVERSITÉ
DU QUÉBEC
EN OUTAOUAIS

Case postale 1250, succursale HULL, Gatineau (Québec) J8X 3X7
www.uqo.ca/ethique
Comité d'éthique de la recherche

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
LES PERCEPTIONS DES NOUVELLES INFIRMIÈRES DÉBUTANT LEUR CARRIÈRE AUX SOINS
INTENSIFS NÉONATAUX**

**Étudiante - Bénédicte Grou – Sciences infirmières
Professeure - Chantal Verdon – Sciences infirmières**

Nous sollicitons par la présente votre participation au projet de recherche en titre, qui vise à mieux comprendre les perceptions des nouvelles infirmières lors de leur intégration aux soins intensifs néonataux et à identifier ce qui facilite et ce qui nuit dans ce processus. Les objectifs de ce projet de recherche sont :

- D'explorer les perceptions des nouvelles infirmières quant à leur intégration aux soins intensifs néonataux
- Et d'identifier les éléments qui nuisent et qui facilitent cette intégration

Votre participation à ce projet de recherche consiste à remplir un questionnaire sociodémographique et vous présenter à une entrevue (virtuelle ou en personne) d'une durée d'environ 30 à 45 minutes. Le moment et le lieu de cette entrevue vous seront communiqués ultérieurement. L'entrevue sera enregistrée.

La confidentialité des données recueillies dans le cadre de ce projet de recherche sera assurée conformément aux lois et règlements applicables dans la province de Québec et aux règlements et politiques de l'Université du Québec en Outaouais*. Tant les données recueillies que les résultats de la recherche ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Un code numérique vous sera attribué dès que vous aurez consenti et ce code sera utilisé pour vous identifier tout au long de l'étude.

Les données recueillies ne seront utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent formulaire de consentement.

Les résultats seront diffusés dans un mémoire qui deviendra un article. Ces résultats seront également présentés lors de conférences. Les données recueillies seront conservées de façon numérique dans un dossier crypté sur l'ordinateur des chercheurs et les seules personnes qui y auront accès sont

Bénédicte Grou et Chantal Verdon. Elles seront détruites dans 5 ans en effaçant le dossier crypté de façon définitive.

Votre participation à ce projet de recherche se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer en tout temps sans préjudice. **Le chercheur se réserve le droit de retrait de votre participation en cas de besoin. Si tel est le cas, les données déjà recueillies seront détruites.** Les risques associés à votre participation sont minimaux. Il se peut que si vous avez vécu des expériences négatives lors de votre intégration, ces émotions refassent surface. Cependant, le chercheur s'engage, le cas échéant, à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour les réduire ou les pallier. Une liste de ressource ci-jointe est mise à votre disposition en cas de besoin lors de l'étude. La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'intégration des nouvelles infirmières aux soins intensifs néonataux est le bénéfice direct anticipé. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, communiquez avec Bénédicte Grou (grob02@uqo.ca). Si vous avez des questions concernant les aspects éthiques de ce projet, veuillez communiquer avec André Durivage (Bureau : A-2226, Pavillon Lucien-Brault, Téléphone : (819) 595-3900 poste 1781, Courriel :) président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais.

**Notamment à des fins de contrôle, et de vérification, vos données de recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'UQO, conformément au Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications*

Votre signature atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer. Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheurs ou les responsables de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps du projet de recherche sans préjudice. Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale de participer au projet, vous devez en connaître tous les tenants et aboutissants au cours du déroulement du projet de recherche. En conséquence, vous ne devrez jamais hésiter à demander des éclaircissements ou de nouveaux renseignements au cours du projet.

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche, j'appose ma signature signifiant que j'accepte librement d'y participer. Le formulaire est signé en deux exemplaires et j'en conserve une copie.

Consentement à participer au projet de recherche :

Nom du participant : _____ Signature du participant : _____

Date : _____

Nom du chercheur : _____ Signature du chercheur : _____

Date : _____

Appendice C
Questionnaire sociodémographique

Questionnaire sociodémographique

Question 1. Quel âge avez-vous ?

Question 2. Quel est votre sexe ?

Femme 1

Homme 2

Indéfini 3

Question 3. Êtes-vous né au Canada ?

Oui 1

Non 2

Sinon quel est votre pays d'origine ?

Question 4. Quel est votre niveau de scolarité ?

1 Collégial

2 Universitaire premier cycle

3 Universitaire deuxième cycle en cours

Question 5. Quel est votre statut d'emploi?

1 Temps partiel

2 Temps complet

3 Congé d'étude

Question 6. Depuis combien de temps travaillez-vous en néonatalogie (sur le département où vous êtes en ce moment) ?

Question 7. Avez-vous de l'expérience en néonatalogie, autre que votre expérience de travail sur l'unité où vous travaillez présentement ?

Oui 1

Non 2

Précisez : _____

Cette expérience était-elle au Québec ?

Oui 1

Non 2

Sinon, dans quels pays ou quelles provinces avez-vous pratiqué ?

Question 8. En ce moment, êtes-vous CEPI ou infirmière ?

CEPI 1

Infirmière 2

Question 9. Quel est le niveau de soins de votre unité néonatale ?

1

2

3

Appendice D
Canevas d'entrevue

CANEVAS D'ENTREVUE

Avant de commencer l'entrevue :

- Remercier le/la participant (e) de prendre part à l'étude
- Lui rappeler que tous nos propos sont confidentiels, qu'un enregistrement audio sera effectué pour pouvoir analyser les données par la suite
- Lui rappeler qu'elle peut refuser de répondre à des questions
- Lui rappeler qu'elle peut arrêter l'entrevue en tout temps

Q 1.

Depuis combien de temps travailles-tu en néonatalogie (le département où tu travailles présentement) ?

Q 2.

Comment s'est déroulée ton arrivée sur cette unité ?

Reformulation :

comment t'es-tu senti au moment de ton intégration sur l'unité ?

Comment as-tu vécu cette transition du milieu scolaire au milieu clinique ?

Q 3.

Quel type d'accompagnement as-tu reçu à ton arrivée? Et par la suite?

Qu'as-tu apprécié de cet accompagnement ?

Qu'as-tu moins aimé de cet accompagnement ?

Q 4.

Quelles émotions as-tu ressenties quand tu as débuté en néonatalogie?

Maintenant comment décrirais-tu tes émotions actuellement ?

Q 5.

Comment qualifierais-tu ta charge de travail ?

Q 6.

Comment t'intègres-tu à l'équipe en place ?

Q 7.

Comment ça se passe avec l'équipe multidisciplinaire ?

Reformulation

Comment t'intègres-tu à l'équipe multidisciplinaire?

Q 8.

Comment perçois-tu ton rôle et tes responsabilités en néonatalogie ?

Q 9.

Qu'est-ce qui, selon toi, t'aide à t'intégrer en néonatalogie ?

a) As-tu des exemples concrets ?

Q 10.

Qu'est-ce qui, selon toi, nuit à ton intégration en néonatalogie ?

a) As-tu des exemples concrets ?

Appendice E
Approbation éthique du CÉR de l'UQO



Case postale 1250, succursale HULL
Gatineau (Québec) J8X 3X7
www.uqo.ca

Notre référence: 3094

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche a examiné le projet de recherche intitulé:

Projet: Les perceptions des nouvelles infirmières et leur intégration aux soins intensifs néonataux

Soumis par: Bénédicte Grou
Étudiante
Département de sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais

Financement: Non

Le Comité a conclu que la recherche proposée respecte les principes directeurs de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Outaouais.

Ce certificat est valable jusqu'au: 10 décembre 2019

Le président du Comité d'éthique de la recherche
André Durivage

Date d'émission: 10 décembre 2018