











**Les sources de stress, les ressources et les stratégies d'adaptation  
de l'infirmière lors de sa première année de pratique aux soins  
intensifs**

Mémoire présenté

dans le cadre du programme de maîtrise en sciences infirmières

en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences

PAR

© GENEVIÈVE PARENT-RACINE

AOÛT 2019



**Composition du jury :**

**Dominique Beaulieu, présidente du jury, Université du Québec à Rimouski**

**Emmanuelle Bédard, directrice de recherche, Université du Québec à Rimouski**

**Daniel Milhomme, codirecteur de recherche, Université du Québec à Rimouski**

**Sylvie Charrette, examinatrice externe, Université du Québec en Outaouais**

Dépôt initial le 23 avril 2019

Dépôt final le 23 août 2019

## UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À RIMOUSKI

## Service de la bibliothèque

## Avertissement

La diffusion de ce mémoire ou de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteure, qui a signé le formulaire « *Autorisation de reproduire et de diffuser un rapport, un mémoire ou une thèse* ». En signant ce formulaire, l'auteure concède à l'Université du Québec à Rimouski une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de son travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, l'auteure autorise l'Université du Québec à Rimouski à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de son travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de la part de l'auteure à ses droits moraux ni à ses droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, l'auteure conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont elle possède un exemplaire.

À Justine et Camille,  
avec de la persévérance,  
on réalise de grandes choses.



## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce mémoire. Tout d'abord, un merci spécial à ma directrice Emmanuelle Bédard, qui grâce à son écoute et son soutien m'a permis de traverser ce long parcours. Je souhaite également remercier Daniel Milhomme, qui dès le début de mes études de deuxième cycle a été présent pour me guider et me conseiller. Leurs questions et leurs commentaires m'ont amené à pousser mes réflexions pour aller plus loin.

Un merci sincère à la directrice des soins infirmiers ainsi qu'aux gestionnaires des unités qui ont fait partie de l'étude pour leur soutien envers ce projet et leur collaboration lors du recrutement. Je tiens aussi à remercier les participantes de cette étude qui ont donné de leur temps précieux. Elles ont su s'arrêter quelques minutes pour parler de ce qu'elles ont vécu pendant leur adaptation aux soins intensifs, dans le but de m'aider à mieux les comprendre.

Je tiens aussi à remercier ma famille qui m'a soutenue tout au long de ce processus, que ce soit en m'écoutant ou en s'occupant des enfants quelques heures. Merci à ma belle-sœur et amie, Isabelle, la mieux placée pour comprendre ma situation et qui a pris de son temps pour commenter et corriger les différentes versions de ce mémoire. Finalement, un énorme merci à l'homme de ma vie, Victor, qui m'a écouté et comprise dans cette longue aventure. J'ai la chance de t'avoir dans ma vie et merci de m'avoir parfois poussé à faire des heures de travail de plus pour avancer, et ce, même si ce n'était pas toujours facile. Tu m'aides à devenir un modèle pour Justine et Camille, qui comprendront peut-être un peu plus ce qu'est la persévérance.



## AVANT-PROPOS

Le sujet de ce mémoire s'est développé peu à peu avec le temps passé à titre d'infirmière aux soins intensifs. Après quelques années de pratique, j'ai commencé à former les infirmières d'expérience qui obtenaient un poste dans mon unité et qui n'avaient jamais travaillé dans un milieu de soins critiques, tels que l'urgence ou les unités de soins intensifs. En discutant avec ces infirmières, j'ai réalisé que l'adaptation à une pratique différente peut parfois être stressante et angoissante. Les différences qu'elles perçoivent avec l'unité de soins généraux, comme la façon de prodiguer les soins, l'intensité de la surveillance clinique et les diverses méthodes de soins spécifiques à ce milieu peuvent être perçues comme étant stressantes. J'avais moi-même vécu du stress pendant cette transition et je réalisais à quel point c'était commun à plusieurs infirmières. Après mûres réflexions, j'en suis venue à la conclusion qu'il serait intéressant de connaître ce qui peut stresser les infirmières qui débutent aux soins intensifs et comment elles font pour s'y adapter. À l'aide des résultats de ce travail de maîtrise, ainsi que la collaboration de plusieurs gestionnaires, nous espérons que les méthodes actuelles de suivi des infirmières d'expérience qui débutent aux soins intensifs soient réévaluées pour faciliter leur adaptation aux soins intensifs.



## RÉSUMÉ

**Introduction** : L'infirmière d'expérience dans les unités de soins généraux, qui décide de se diriger vers le milieu des soins intensifs, vivra différentes sources de stress pendant la première année. Ces sources de stress l'amèneront à s'adapter, à utiliser ses ressources et à développer des stratégies d'adaptation. Actuellement, la rétention dans les milieux de soins intensifs québécois est difficile. La compréhension de l'adaptation des infirmières d'expérience qui débutent aux soins intensifs pourrait donc faciliter leur intégration. **Objectif général** : L'objectif de cette étude est de mieux comprendre l'adaptation de l'infirmière d'expérience lors de sa première année de pratique aux soins intensifs, en décrivant ses sources de stress, ses ressources et ses stratégies d'adaptation. **Cadre de référence** : Le modèle transactionnel de stress de Lazarus et Folkman (1984) a été utilisé. **Méthode** : Le devis qualitatif descriptif a été utilisé, afin de décrire les sources de stress, les ressources et les stratégies d'adaptation de l'infirmière. La collecte de données a été réalisée par le biais de questionnaires, d'entrevues semi-dirigées et en groupe, ainsi que des notes de terrain. Par la suite, l'analyse de contenu a été faite pour l'ensemble des données recueillies. **Résultats** : Douze infirmières ( $n=12$ ) d'expérience et de moins d'un an de pratique aux soins intensifs (débutante) ont participé à l'étude. Les sources de stress identifiées proviennent de différents éléments du contexte de pratique dans les soins intensifs ou des perceptions de la débutante. La débutante utilise différentes ressources personnelles, sociales et organisationnelles pour s'adapter. Elle développe aussi des stratégies d'adaptation qui sont centrées sur l'émotion, le problème ou la recherche de soutien social. **Discussion** : Les résultats obtenus ont mené à des recommandations pour la pratique, la formation, la recherche et la gestion pour faciliter l'adaptation des nouvelles infirmières aux soins intensifs. En faisant la promotion des meilleures stratégies à développer pour s'adapter, nous espérons que cela facilitera leur intégration dans le but de favoriser leur rétention.

**Mots clés** : infirmière, débutante, soins intensifs, adaptation, stress, ressources, stratégies d'adaptation

## ABSTRACT

**Background:** When an experienced nurse in a non intensive care unit begins to work in the intensive care, she will encounter a lot of different stressors during the first year. By living with the stressors, she will cope and adapt by using her resources and developing coping strategies. By understanding the experienced nurse ability to adapt to the practice in the intensive care, we could help improve retention in this environment where it is currently difficult. **Purpose:** The purpose of this study is to better understand the adaptation of the experienced nurse in the first year of intensive care practice, describing the stressors, resources, and coping strategies. **Theoretical framework:** Lazarus & Folkman's (1984) transactional model of stress and coping was used in this study. **Method:** This qualitative descriptive research describes the nurse's stressors, resources and coping strategies. Semi-structured and group interviews as well as field notes were used to enrich the data collection. The data was analyzed according to the principles of content analysis. **Results:** Twelve experienced nurses ( $n = 12$ ) of less than one year of intensive care practice (beginner ICU nurses) participated in the study. The sources of stress identified come from the context of practice in intensive care or the beginner nurse's perceptions. The beginner nurse uses different personal, social and organizational resources to adapt. She also develops coping strategies that focus on the emotion, the problem or the search of social support. **Discussion:** The results of this study have led to recommendations for practice, training, research and management. By promoting the best strategies to develop to beginner nurses in the critical care, we hope it will ease their integration and ensure their retention.

**Keywords:** nurses, beginner, adaptation, critical care nursing, coping, stressors, resources, coping strategies

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS .....	vii
AVANT-PROPOS.....	ix
RÉSUMÉ.....	xi
ABSTRACT .....	xii
TABLE DES MATIÈRES.....	1
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES .....	6
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>7</b>
<b>CHAPITRE 1 – LA PROBLÉMATIQUE .....</b>	<b>9</b>
1.1. Le contexte des soins intensifs .....	9
1.2. L’infirmière aux soins intensifs.....	10
1.3. L’infirmière d’expérience qui débute aux soins intensifs .....	11
Les étapes de son cheminement.....	12
Le stress de l’infirmière pendant son cheminement .....	14
Les conséquences du stress vécu .....	17
1.4. L’objectif et la question générale de recherche.....	19
<b>CHAPITRE 2 - LA RECENSION DES ÉCRITS.....</b>	<b>20</b>
2.1. La stratégie de repérage des écrits.....	20
2.2. L’adaptation de l’infirmière d’expérience qui débute aux soins intensifs .....	21
Les sources de stress perçues .....	22
Les ressources de l’infirmière .....	25

Les ressources personnelles de l’infirmière débutante .....	25
Les ressources sociales de l’infirmière débutante.....	26
Les ressources organisationnelles .....	27
Les stratégies d’adaptation.....	31
2.3. Les questions spécifiques de recherche .....	33
<b>CHAPITRE 3 - LE CADRE DE RÉFÉRENCE .....</b>	<b>35</b>
3.1. Le modèle transactionnel de stress de Lazarus et Folkman (1984) .....	35
L’évaluation de la situation stressante .....	36
Les stratégies d’adaptation.....	37
3.2. Les liens entre le modèle et la débutante aux soins intensifs.....	39
<b>CHAPITRE 4 - LA MÉTHODE.....</b>	<b>41</b>
4.1. Le devis de recherche .....	41
4.2. La population et le milieu de l’étude .....	42
4.3. L’échantillonnage et le recrutement .....	42
4.4. Les méthodes de collecte des données.....	44
Questionnaire des données sociodémographiques.....	44
Entrevue individuelle semi-dirigée .....	45
Entrevue de groupe .....	46
Notes de terrain .....	47
4.5. L’analyse des données .....	48
4.6. Les critères de rigueur scientifique.....	50
4.7. Les considérations éthiques .....	52
<b>CHAPITRE 5 - LES RÉSULTATS.....</b>	<b>55</b>
5.1. La description des participantes de l’étude.....	55
5.2. Les sources de stress de la débutante aux soins intensifs .....	60

Les relations interpersonnelles dans l'équipe de travail.....	60
Se sentir testée par les membres de l'équipe.....	60
Devoir s'adapter aux exigences de sa formatrice.....	62
Le contexte de pratique dans les soins intensifs.....	63
Les exigences de la surveillance clinique.....	63
La communication avec le patient et sa famille.....	64
La détérioration de l'état du patient.....	65
Les facteurs organisationnels.....	66
Les imprévus dans son cheminement.....	66
Le nombre restreint d'infirmières d'expérience dans l'unité.....	67
Les perceptions de ses capacités à travailler aux soins intensifs.....	68
L'impression de manquer d'expertise.....	68
Le manque de confiance en ses capacités à intervenir seule auprès du patient .....	69
5.3. Les ressources de la débutante aux soins intensifs.....	70
Les ressources personnelles.....	70
Le sentiment de confiance en soi.....	70
L'intérêt pour les soins intensifs.....	71
L'expérience antérieure.....	72
Les ressources sociales.....	72
Avoir un cercle d'entraide à l'extérieur du travail.....	73
Avoir l'appui des membres de l'équipe de travail.....	73
Les ressources organisationnelles.....	74
Les étapes du cheminement.....	74
La disponibilité des références cliniques.....	78
L'accès à la formation continue.....	79
5.4. Les stratégies d'adaptation de la débutante aux soins intensifs.....	80
Les stratégies centrées sur l'émotion.....	80
Décrocher des événements vécus au travail.....	80

Verbaliser ses émotions .....	81
Reconnaître ses limites .....	82
Les stratégies centrées sur le problème.....	82
Enrichir ses connaissances.....	83
Effectuer des vérifications .....	83
Anticiper les évènements.....	84
Les stratégies centrées sur la recherche de soutien social.....	85
Poser des questions à ses collègues .....	85
Demander une rétroaction.....	86
Déléguer certains soins .....	87
S'identifier à une infirmière modèle .....	87
<b>CHAPITRE 6 - LA DISCUSSION .....</b>	<b>89</b>
6.1. Les sources de stress de la débutante aux soins intensifs .....	89
Les sources de stress en lien avec les perceptions de la débutante .....	90
Les sources de stress en lien avec le contexte de pratique.....	92
6.2. Les ressources de la débutante aux soins intensifs .....	95
Les ressources spécifiques de la débutante .....	96
Les ressources mises à sa disposition .....	98
6.3. Les stratégies d'adaptation pour affronter le stress vécu .....	101
Les stratégies centrées sur l'émotion .....	102
Les stratégies centrées sur le problème.....	103
Les stratégies centrées sur la recherche de soutien social.....	105
6.4. Les limites de l'étude .....	107
6.5. Les retombées de l'étude .....	107
6.6. Les recommandations .....	108
Pour la recherche.....	108
Pour la pratique .....	109

Pour la formation .....	109
Pour la gestion .....	110
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>113</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>115</b>
ANNEXE I - La publicité pour le recrutement des participantes.....	122
ANNEXE II – Le questionnaire des données sociodémographiques.....	125
ANNEXE III – Le guide d’entrevue individuelle .....	129
ANNEXE IV – Le guide d’entrevue de validation en groupe .....	133
ANNEXE V – Le formulaire d’information et de consentement.....	139

**LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES**

<i>Figure 1.</i> Le Modèle transactionnel de stress de Lazarus et Folkman (1984).....	36
<i>Figure 2.</i> L'adaptation du Modèle transactionnel de stress de Lazarus et Folkman (1984).....	40
<i>Figure 3.</i> Schématisation des résultats de l'étude .....	58

## INTRODUCTION

L'unité de soins intensifs est perçue comme un milieu de pratique différent des unités de soins généraux. On y retrouve des patients gravement malades qui nécessitent des soins médicaux et infirmiers spécialisés. Une surveillance clinique continue est donc requise pendant l'hospitalisation du patient aux soins intensifs. L'infirmière<sup>1</sup> qui y travaille doit être en mesure d'effectuer des interventions rapides et continues basées sur son expérience ainsi que sur des connaissances spécifiques. L'unité de soins intensifs peut être perçue comme étant plus stressante que l'unité de soins généraux, étant donné la précarité de la vie des patients qui y sont hospitalisés. Cependant, certaines infirmières considèrent que ce contexte rend la pratique aux soins intensifs plus stimulante.

L'infirmière d'expérience qui décide de quitter l'unité de soins généraux pour débiter aux soins intensifs vit du stress compte tenu des nombreuses différences qu'elle perçoit entre les deux milieux de pratique. Ces différences, qui peuvent être perçues par certaines infirmières comme stimulantes, sont souvent considérées comme stressantes pour l'infirmière qui débute. La débutante<sup>2</sup> doit s'adapter entre autres à un nouveau style de pratique et une nouvelle clientèle. De plus, elle doit faire l'acquisition de nombreuses connaissances et habiletés cliniques. Son adaptation sera aussi influencée par les ressources qu'elle utilisera, ainsi que les stratégies d'adaptation qu'elle mettra en place. La majorité des infirmières s'y adaptent et il est important de connaître comment elles le font.

Ce mémoire en sciences infirmières porte sur le domaine des soins critiques et, plus spécifiquement, sur l'adaptation des infirmières d'expérience qui effectuent la transition de

---

<sup>1</sup> Le féminin est utilisé tout au long de ce mémoire dans le seul but d'alléger le texte.

<sup>2</sup> Dans le cadre de ce mémoire, l'utilisation du terme « débutante » rapporte à l'infirmière d'expérience qui change de milieu de pratique pour passer de l'unité de soins généraux vers les soins intensifs.

l'unité de soins généraux vers celle des soins intensifs. Ce mémoire se divise en six chapitres distincts. Le premier présente la problématique à la base de cette recherche et explique le contexte et les particularités de la pratique infirmière du milieu des soins intensifs. Pour ce qui est du deuxième chapitre, l'état des connaissances au sujet de l'adaptation de l'infirmière aux soins intensifs est abordé en fonction des grands thèmes suivants : les sources de stress, les ressources et les stratégies d'adaptation. Le troisième chapitre présente le modèle transactionnel de stress de Lazarus et Folkman (1984), qui a facilité la compréhension et l'explication du phénomène à l'étude. Quant au quatrième chapitre, la méthode utilisée est décrite. Le cinquième chapitre présente les résultats obtenus afin de décrire comment l'infirmière d'expérience s'adapte à la première année de pratique aux soins intensifs. Finalement, le dernier chapitre discute des résultats de l'étude et expose les recommandations relatives à la recherche, la pratique, la formation et la gestion.

## CHAPITRE 1 – LA PROBLÉMATIQUE

Ce premier chapitre décrit la problématique à la base de cette recherche. D’abord, le contexte est présenté, afin de distinguer les particularités du travail de l’infirmière aux soins intensifs de celles de l’unité de soins généraux. Plus précisément, le vécu de l’infirmière d’expérience qui débute dans les soins intensifs est abordé en tenant compte du cheminement de l’infirmière, du stress qu’elle vit ainsi que des conséquences de celui-ci. Enfin, l’objectif de cette étude et la question générale de recherche sont exposés.

### 1.1. LE CONTEXTE DES SOINS INTENSIFS

En Amérique du Nord, le milieu des soins intensifs est un environnement où les hospitalisations sont à la hausse étant donné le vieillissement de la population et l’augmentation de la complexité des pathologies qui affectent les personnes (Marshall et al., 2017; Sole, 2013). Au Québec, pour répondre à cette demande grandissante, plus de 4 000 infirmières sont présentes dans les unités de soins intensifs, ce qui représente environ 6 % des 74 000 infirmières québécoises (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), 2016b). D’ailleurs, ces unités connaissent la plus forte augmentation d’effectif depuis 2011-2012 et 50 % des infirmières ont moins de 5 ans d’expérience clinique (OIIQ, 2016a).

La Fédération mondiale des sociétés de médecine de soins intensifs et critiques (*World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine*), qui comprend des médecins et des infirmières des États-Unis, du Canada et de l’Europe, a déterminé une définition internationale la plus représentative possible de la pratique dans ce milieu (Marshall et al., 2017). Selon cette fédération, les soins intensifs se définissent comme suit :

Une unité de soins intensifs est un système organisé de prise en charge des patients gravement malades. Ce milieu offre des soins médicaux et infirmiers intensifs et spécialisés, une surveillance continue à l'aide d'équipements de soutien physiologique, pendant une période d'insuffisance d'un ou plusieurs systèmes qui menacent la survie du patient. Bien qu'une unité de soins intensifs se situe dans un endroit spécifique de l'hôpital, ses activités s'étendent souvent au-delà des murs de l'espace physique pour inclure la salle d'urgence, les unités de soins généraux et la clinique de suivi. [Traduction libre, Marshall et al. (2017, p. 274)]

Dans cette définition, les particularités des soins intensifs mises de l'avant démontrent à quel point la pratique infirmière y est différente des soins généraux. En effet, la surveillance continue, l'utilisation d'appareils de soutien physiologique et le contexte de période d'insuffisance d'un ou plusieurs systèmes chez le patient sont des facteurs qui rendent les soins intensifs si particuliers (Marshall, 2017). Ceci fait en sorte que les rôles et les responsabilités de l'infirmière aux soins intensifs sont également différents de ceux de l'infirmière qui pratique dans une unité de soins généraux.

### **1.2.L'INFIRMIERE AUX SOINS INTENSIFS**

Tout comme l'ensemble des infirmières, celle qui travaille aux soins intensifs est en mesure de collaborer avec l'équipe multidisciplinaire, de coordonner les soins et d'assurer un équilibre entre la sécurité, la vie privée, la dignité et le confort du patient (ACIISI, 2009; OIIQ, 2010). En plus, elle est aussi capable d'anticiper et d'intervenir avec confiance lors des changements rapides de la condition du patient tout en étant en mesure de prendre des décisions cliniques fondées sur une base solide de connaissances théoriques et d'expériences cliniques (American Association of Critical-Care Nurses, 2008; ACIISI, 2009; Sole, 2013). Les interventions rapides et continues requises par le patient aux soins intensifs rendent la pratique infirmière singulière.

Dès ses débuts aux soins intensifs, l'infirmière doit s'investir dans l'acquisition de nouvelles connaissances et s'exposer à différentes situations cliniques afin de développer son expertise. C'est d'ailleurs ce qu'explique Benner (1984) dans son ouvrage classique « De

novice à expert ». L'auteure démontre les niveaux de compétence clinique à travers lesquels l'infirmière évolue tout au long de sa carrière soit : novice, débutante, compétente, performante et experte (Benner, 1984). Le passage d'un niveau à un autre dépend de l'acquisition de nouvelles connaissances et des expériences cliniques vécues (Benner, 1984). La durée des niveaux étant différente pour chaque personne, il est donc difficile de statuer le niveau d'expertise d'une infirmière en ne considérant que son nombre d'années travaillées dans un milieu de soins (Benner, 1984). L'observation de ses comportements et l'évaluation de ses connaissances semblent être des moyens efficaces de connaître le niveau d'expertise d'une infirmière.

### **1.3. L'INFIRMIERE D'EXPERIENCE QUI DEBUTE AUX SOINS INTENSIFS**

Pour ce qui est de l'infirmière d'expérience qui change de milieu de pratique, Benner et al. (2011) mentionnent qu'elle redevient une novice pour une brève période, soit le temps qu'elle développe ses connaissances et acquiert de l'expérience clinique. L'infirmière est donc novice le temps qu'elle effectue de nombreux acquis théoriques et pratiques en lien avec les soins intensifs. C'est en partie grâce au soutien clinique offert par l'établissement pendant la première année que l'infirmière peut rapidement développer son expertise dans le milieu des soins intensifs. C'est ce que considère Benner (1984) dans sa définition de la débutante où elle mentionne que cette dernière est en mesure de démontrer une performance acceptable dans l'unité, mais qu'elle a besoin de soutien pour établir ses priorités. De plus, la débutante nécessite la présence d'un mentor ou d'une personne de référence pour l'aider à reconnaître certains éléments d'une situation de soins telle qu'une complication dans l'état du patient (Benner, 1984). Le soutien clinique est donc important, et ce, dès les premiers jours de pratique de l'infirmière débutante aux soins intensifs.

Dans leurs travaux portant sur le développement de l'expertise aux soins intensifs, Benner et al. (2011) ont clarifié les caractéristiques de la débutante en mentionnant que celle-

ci concentre ses interventions sur les problèmes cliniques et sur le fonctionnement des différents équipements de surveillance, en négligeant parfois la relation entre le patient et sa famille. La débutante perçoit également les situations de soins comme étant un ensemble d'actions à effectuer et considère que la totalité des interventions requises a été réalisée lorsque les traitements et procédures prescrits ont tous été appliqués (Benner et al., 2011). Malgré tout, la débutante reconnaît l'importance de l'acquisition de connaissances spécifiques aux soins intensifs dans le but de l'aider à s'y adapter. Elle voit les situations de soins comme des occasions d'apprendre et n'hésite pas à demander de l'aide à ses collègues, afin de l'aider à comprendre (Benner et al., 2011).

L'infirmière d'expérience qui change de milieu pour les soins intensifs est considérée comme une débutante. Elle possède de l'expérience clinique dans l'unité de soins généraux, mais pas spécifique aux soins intensifs. Elle a vécu de nombreuses situations réelles de soins qui lui permettent de comprendre en partie ce qui se produit avec le patient de soins intensifs, puisqu'elle provient d'une unité où elle était généralement à l'aise et avait confiance en ses capacités (Benner, 1984; Benner et al., 2011; Gohery & Meaney, 2013; Muldowney & McKee, 2011; Stefanski & Rossler, 2009). En milieu clinique, la débutante évolue selon un cheminement propre à la première année de pratique aux soins intensifs, mais cela nécessite une base solide de connaissances et de vécu clinique pour progresser dans le développement de son expertise et ainsi s'adapter au milieu. Les étapes de son cheminement l'amènent aussi à vivre différentes sources de stress, qui auront plusieurs conséquences tant sur son bien-être qu'au sein du milieu où elle travaille.

### **Les étapes de son cheminement**

Le cheminement de l'infirmière débutante aux soins intensifs se déroule en trois étapes, soit : l'orientation spécifique, le jumelage et la probation. Ce parcours est similaire dans la majorité des centres hospitaliers, mais sa durée peut varier en fonction de la spécialisation et

des exigences du milieu (Thomason, 2006). À travers les différentes étapes de son cheminement, l'infirmière débutante est en mesure d'acquérir les connaissances et les compétences requises à la pratique aux soins intensifs. Les premiers mois allant jusqu'à la fin de la première année sont donc décisifs.

La débutante prend d'abord part à l'orientation spécifique qui permet l'acquisition de nouvelles connaissances théoriques et de compétences cliniques propres au milieu où elle est en formation (Morris et al., 2007; Thomason, 2006). Une infirmière qui possède de l'expérience clinique considérable dans l'unité est responsable de dispenser la formation. La formule pédagogique préconisée est l'enseignement par présentation magistrale en salle de classe à laquelle s'ajoutent des simulations cliniques en laboratoire. Pendant une semaine ou plus, selon la spécialité du milieu, la débutante participe aux activités prévues dans le but de se préparer à entrer en contact avec des patients de soins intensifs.

Lors du jumelage, la débutante s'adapte à différentes situations de soins intensifs spécifiques avec lesquelles elle n'est pas encore complètement à l'aise et qui peuvent souvent lui être inconnues, telles que l'instabilité hémodynamique, les arythmies cardiaques et la ventilation mécanique. Afin de faciliter cette adaptation, le jumelage se déroule auprès d'une formatrice, c'est-à-dire une infirmière d'expérience dans l'unité, reconnue par ses pairs pour la qualité de sa pratique ainsi que son intérêt à transmettre ses connaissances. La formatrice doit s'assurer que la débutante est exposée à une variété de cas cliniques. La durée du jumelage varie en fonction de l'expérience clinique antérieure de la débutante ainsi que de la spécialité du milieu. Cette étape peut se dérouler sur une période allant de 7 à 20 jours. Le jumelage se termine lorsque la débutante est en mesure de mettre en application plusieurs connaissances afin d'intervenir auprès du patient, de respecter les normes de pratique du milieu et de présenter un comportement sécuritaire dans ses interventions (Thomason, 2006). C'est à ce moment qu'elle doit démontrer ses capacités à prendre en charge un patient de soins intensifs. Elle entre ensuite dans une période dite « de probation ».

La probation représente le moment où la débutante devient plus autonome dans la prestation de ses soins auprès du patient. Pendant cette période, une infirmière, qui travaille pendant le même quart de travail que la débutante, évalue ses connaissances et ses compétences. Cette étape est d'ailleurs décrite dans l'étude de Farnell et Dawson (2006) comme étant une source de stress pour la débutante, puisque la fin détermine si elle est apte à travailler sans surveillance directe de ses pairs, tout en respectant les exigences du milieu. L'évaluatrice est une infirmière d'expérience, parfois différente de celle du jumelage, qui joue entre autres un rôle de soutien dans la prise de décisions cliniques. À la fin des 45 journées de probation, l'évaluatrice remplit un formulaire d'appréciation des performances de la débutante qui permet de déterminer si cette dernière est apte à pratiquer dans le milieu. Lorsque la débutante remplit les exigences, elle peut officiellement travailler de façon autonome aux soins intensifs. Les mois qui suivront la probation permettront donc à la débutante de consolider ses acquis, de vivre des expériences cliniques variées et de devenir membre à part entière de l'équipe de travail.

En résumé, le cheminement qui mène à l'adaptation de l'infirmière d'expérience qui débute aux soins intensifs se déroule lors de la première année dans l'unité de soins. Il se compose de trois étapes soit : l'orientation spécifique, le jumelage et la probation. Cependant, malgré la mise en place de ce cheminement par la majorité des centres hospitaliers québécois, des études ont démontré que la débutante vit un stress important lors du déroulement de ces étapes et de la première année aux soins intensifs (Farnell & Dawson, 2006; Muldowney & McKee, 2011).

### **Le stress de l'infirmière pendant son cheminement**

En général, les infirmières sont reconnues comme étant les professionnelles de la santé les plus touchées par le stress vécu au travail (Shields & Wilkins, 2006). C'est notamment ce qu'a démontré la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST) (CNESST, 2017), à l'effet que les infirmières sont les plus affectées par le stress

en milieu de travail et que celui-ci est en augmentation. Ces données permettent de reconnaître que plusieurs infirmières vivent du stress au quotidien dans leur travail, et ce, peu importe leur milieu de pratique. Dans le cadre de cette étude, le stress est considéré comme étant une « transaction entre la personne et l'environnement évaluée comme dépassant ses ressources et menaçant son bien-être » (Lazarus & Folkman, 1984, [traduction libre], p. 19).

Pour ce qui est du milieu des soins intensifs, l'infirmière qui y exerce est exposée à davantage de stress que celle des unités de soins généraux (Burgess, Irvine, & Wallymahmed, 2010; Sawatzky, 1996). Selon l'étude de Bakker, Le Blanc, et Schaufeli (2005), l'incertitude reliée aux nombreuses décisions cliniques à prendre et les inquiétudes lors de situations d'instabilité du patient sont les causes principales du stress aux soins intensifs. Hays, All, Mannahan, Cuaderes, et Wallace (2006) stipulent que les causes de ce stress sont l'importance des responsabilités reliées à la prise en charge du patient et les impacts des décisions cliniques. Plus récemment, Ulrich, Lavandera, Woods, et Early (2014) ont ajouté, à la suite de leur rapport sur l'état de la pratique infirmière aux soins intensifs, que la charge de travail trop élevée et les difficultés reliées à l'utilisation des technologies sont responsables du stress. Enfin, ces causes sont spécifiques aux infirmières des soins intensifs et sont en majeure partie reliées au contexte particulier de ce milieu.

Quoi qu'il en soit, le stress peut aussi être une source de motivation pour une partie des infirmières de soins intensifs. Une étude montre que certaines infirmières apprécient les défis et ont le goût du risque, c'est-à-dire qu'elles perçoivent les situations stressantes comme une motivation (Sawatzky, 1996). Le stress vécu peut être considéré comme une source de défis stimulants pour ces infirmières. Les situations d'urgence, les arrêts cardio-respiratoires, l'instabilité des patients, les responsabilités, la prise de décisions cliniques rapides ainsi que les éléments méconnus d'une situation sont des exemples qui amènent ces infirmières à se surpasser (Sawatzky, 1996; St-Pierre, Alderson, & St-Jean, 2010). Cependant, pour l'infirmière qui débute aux soins intensifs, ces éléments, qui sont souvent perçus comme des défis stimulants, peuvent amener du stress.

Pour la débutante, le stress vécu peut concerner les connaissances spécifiques à acquérir et à mettre en application. Plusieurs études ont démontré qu'au tout début de l'orientation spécifique la débutante peut se sentir stressée par l'abondance de nouvelles notions théoriques à acquérir et à maîtriser, ce qui peut engendrer un sentiment de manque de connaissances et de confiance en soi pour intervenir auprès du patient (Benner et al., 2011; Farnell & Dawson, 2006; Gohery & Meaney, 2013; Muldowney & McKee, 2011). Plus précisément, les études de Farnell et Dawson (2006) ainsi que de Gohery et Meaney (2013) font ressortir que lorsque vient le temps de mettre en pratique les connaissances acquises lors de l'orientation spécifique, la débutante peut constater que leur application dans le milieu clinique est différente, ce qui crée du stress. Dans ce cas, la débutante peut perdre ses repères alors qu'elle croyait avoir acquis certaines notions. Ce stress relié aux connaissances peut aussi entraîner la peur de se faire juger et le besoin de se faire accepter par les collègues de travail (Gohery & Meaney, 2013). La débutante veut aussi être en mesure de démontrer qu'elle est capable de travailler dans ce milieu et qu'elle détient les connaissances requises, c'est ce qu'on mis en lumière Farnell et Dawson (2006), Gohery et Meaney (2013), ainsi que Muldowney et McKee (2011). Il existe donc du stress relié à l'importance des connaissances spécifiques au milieu et celui-ci semble avoir un impact tant social que personnel chez la débutante.

Selon Benner, Tanner, et Chesla (2009), l'approche au patient en situation d'instabilité entraîne du stress chez la débutante étant donné qu'elle peut douter de ses compétences d'être en mesure de réaliser l'ensemble des traitements et des procédures requises. Pour Muldowney et McKee (2011), le stress est aussi causé par l'approche au patient différente de celle de l'unité de soins généraux, ainsi que par la présence de plusieurs technologies avancées qui ne sont pas utilisées ailleurs. Les causes du stress identifiées par ces auteurs (Benner et al., 2009; Muldowney & McKee, 2011) sont spécifiques au contexte des situations cliniques vécues aux soins intensifs. Farnell et Dawson (2006) ainsi que Gohery et Meaney (2013) ajoutent comme sources de stress certaines particularités du suivi de la débutante, telle que le manque de commentaires quant à l'évolution de l'acquisition des connaissances et des compétences cliniques. Malheureusement, le stress peut occasionner des conséquences lors de l'adaptation de la débutante et avoir des impacts négatifs pour l'organisation.

### **Les conséquences du stress vécu**

Le stress que vit l'infirmière débutante aux soins intensifs lors de son adaptation entraîne des conséquences qui la touchent personnellement, mais aussi qui ont un impact sur les soins qu'elle prodigue. La débutante peut s'isoler des autres membres de l'équipe ou du patient. Selon l'étude de Gohery et Meaney (2013), le stress peut l'amener à éviter les contacts avec le patient et sa famille, étant donné qu'elle peut parfois se sentir incompétente dans son rôle ou avoir le sentiment de ne pas avoir assez de connaissances pour intervenir. Varcoe et al. (2012) mentionnent que la débutante peut s'isoler de ses collègues ou du patient lorsqu'elle a des questionnements et pour dissimuler un manque de connaissances. Cette situation peut avoir un impact négatif sur la qualité des soins, du fait qu'il y a un risque que la débutante n'intervienne pas selon les bonnes pratiques. Pendant la première année, cet isolement est une conséquence du stress vécu et peut empêcher la débutante de s'investir pleinement dans son adaptation au nouveau rôle d'infirmière de soins intensifs.

L'épuisement professionnel est aussi une conséquence qui peut se produire, mais à plus long terme. Des études ont présenté la charge de travail élevée et le stress prolongé des infirmières comme des éléments du contexte des soins intensifs qui prédisposent à l'épuisement professionnel (DeTienne, Agle, Phillips, & Ingerson, 2012; Shields & Wilkins, 2006; Tummers, Landeweerd, & Van Merode, 2002). Les résultats de l'étude d'O'Brien-Pallas et al. (2010) ont mis en évidence que l'épuisement professionnel est un problème plus fréquent chez les infirmières œuvrant dans les soins intensifs canadiens et qu'il est un facteur contribuant à l'intention de quitter le milieu, voire même la profession. Ceci amène un impact direct au sein de l'organisation pour laquelle la débutante travaille. Cette conséquence du stress ne se produit pas au tout début de l'adaptation de la débutante, mais il importe de la connaître afin d'identifier les signes d'épuisement professionnel et de mettre en place des outils pour le prévenir et ainsi favoriser la rétention de la main-d'œuvre.

Le stress vécu par la débutante peut aussi être causé par la charge de travail trop lourde et peut certes entraîner une augmentation de l'absentéisme au travail (Cronqvist, Theorell, Burns, & Lützn, 2004; Margot & Kathryn, 2006). Au Québec, ce sont plus de 60 % des

infirmières qui s'absentent de leur milieu de travail à un moment ou un autre pour des raisons de santé et prennent en moyenne 14,5 jours de congé au courant de l'année (Shields & Wilkins, 2006). Un rapport de la CNESST (2017) souligne l'absentéisme relié au stress vécu en milieu de travail et soutient que des indemnités du revenu d'environ 15 000 \$ doivent être versées aux infirmières qui s'absentent. Les données de ce rapport représentent l'ensemble des infirmières. Ces absences requièrent une réorganisation des ressources infirmières afin de répondre aux besoins des patients de l'unité et d'assurer la sécurité et la qualité des soins dispensés. En fait, des absences lors de la période d'orientation spécifique ou de jumelage peuvent potentiellement nuire à l'adaptation de la débutante, puisqu'elle peut manquer des notions importantes ou ne pas être assez exposée à différentes expériences cliniques essentielles à son adaptation.

Dans certains cas, lorsque la débutante se sent dépassée par le stress vécu et qu'elle n'a pas le sentiment d'avoir les ressources nécessaires pour s'y adapter, elle peut décider de quitter l'unité (Gohery & Meaney, 2013). D'ailleurs, au Canada, en comparaison avec la moyenne des autres milieux (19,9 %), les soins intensifs possèdent le taux de roulement de personnel le plus élevé (26,7 %) (O'Brien-Pallas et al., 2010). Ceci représente plus d'une infirmière sur quatre qui quitte le milieu ou sa profession. L'étude de DeTienne et al. (2012) évoque des raisons pour expliquer ces départs anticipés, telles que le manque de soutien et le sentiment d'insécurité lors de la prise en charge d'un patient de soins intensifs. Tout comme Flinkman, M., & Salanterä, S. (2015) qui mentionnent que le manque de soutien de la part des collègues expérimentés et des gestionnaires contribue au départ du milieu voire même de la profession des jeunes infirmières. D'ailleurs, Hauck, Quinn Griffin, et Fitzpatrick (2011) mentionnent que si le départ de l'infirmière débutante a lieu durant la première année, cela représente des pertes importantes dans le budget de l'unité. Ces coûts sont estimés à plus de 25 000 \$, afin de compenser le besoin créé et permettre l'embauche et la formation d'une nouvelle infirmière (O'Brien-Pallas et al., 2010).

En conclusion, le contexte particulier des soins intensifs, où la vie des patients est menacée et que la surveillance clinique se déroule à l'aide de technologies avancées, peut représenter un stress pour l'infirmière d'expérience qui débute dans ce milieu. La débutante qui vit du stress doit utiliser ses ressources et développer des stratégies d'adaptation efficaces afin de faciliter son adaptation. La présence de la débutante aux soins intensifs aura aussi des impacts dans l'établissement où elle œuvre, puisque les gestionnaires doivent travailler de pair avec elle pour favoriser son adaptation et s'assurer de sa rétention. Des études portant sur le stress des infirmières aux soins intensifs sont présentes dans les écrits actuels, mais elles ne sont pas spécifiques aux ressources, aux stratégies d'adaptation et à la première année de l'infirmière d'expérience qui y débute. C'est pourquoi une étude qualitative descriptive portant sur le stress vécu, les ressources et les stratégies d'adaptation de l'infirmière d'expérience lors de sa première année de pratique aux soins intensifs est suggérée.

#### **1.4. L'OBJECTIF ET LA QUESTION GENERALE DE RECHERCHE**

L'objectif de cette étude est de mieux comprendre l'adaptation de l'infirmière d'expérience lors de sa première année de pratique aux soins intensifs. La question générale de recherche découlant de cet objectif est la suivante :

Comment l'infirmière d'expérience s'adapte-t-elle à la première année de pratique dans le milieu des soins intensifs ?

## **CHAPITRE 2 - LA RECENSION DES ÉCRITS**

Ce deuxième chapitre du mémoire présente la recension des écrits en lien avec la problématique à l'étude, soit l'adaptation de l'infirmière d'expérience qui débute aux soins intensifs. Pour commencer, la stratégie de repérage des écrits est expliquée. L'adaptation de l'infirmière aux soins intensifs est ensuite abordée en fonction des thèmes suivants : les sources de stress perçues, ses ressources et ses stratégies d'adaptation. Pour conclure, les questions spécifiques de recherche sont énoncées.

### **2.1. LA STRATEGIE DE REPERAGE DES ECRITS**

Afin de repérer l'ensemble des écrits qui ont servi à la recension, les bases de données suivantes ont été consultées : CINAHL, Pubmed/Medline, Psychology and Behavioral Sciences Collection. Les mots clés suivants, en français et en anglais, ont permis d'identifier les écrits provenant de diverses sources : « adaptation », « transition », « stress », « sources de stress », « ressources », « coping », « stratégies d'adaptation », « coping strategies », « critical care », « intensive care », « soins intensifs », « soins critiques », « infirmière », « nurse », « débutante » et « beginner ». La consultation des références électroniques disponibles provenant de l'OIIQ, du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (MSSS), de l'Association Canadienne des Infirmières et Infirmiers en Soins Intensifs (ACIISI) et de l'American Association of Critical-Care Nurses (AACN) a aussi permis d'enrichir la recherche d'information.

Des critères de sélection ont été utilisés afin de cibler les articles les plus pertinents à la présente recherche. Les écrits de langue française et anglaise parus entre 2006 et 2017 ont

été considérés, soit près de 10 ans avant le déroulement de l'entrevue de validation des données. Des articles plus anciens ont aussi été consultés pour voir comment était traité le sujet et si des recherches spécifiques en lien avec la présente étude avaient été réalisées antérieurement. Pour être retenus, les articles devaient traiter de l'un ou l'autre des sujets suivants : le vécu de l'infirmière d'expérience en soins généraux qui débute aux soins intensifs, l'adaptation au stress vécu pendant les premiers mois de pratique dans le milieu ou bien les diverses ressources organisationnelles mises à sa disposition. Tout écrit qui soulevait des doutes quant à leur pertinence ou leur fiabilité a été retiré. Les écrits qui ont été consultés proviennent d'études à devis tant quantitatifs que qualitatifs de l'Amérique du Nord, de l'Europe et de l'Australie. Finalement, vingt articles ont été recensés en lien avec la problématique à l'étude. Parmi ceux-ci, seulement sept articles touchent spécifiquement l'infirmière d'expérience qui débute aux soins intensifs. Afin de mieux comprendre les divers éléments de la problématique, la recension explique les éléments constituant l'adaptation soit : les sources de stress, les ressources et les stratégies d'adaptation.

## **2.2. L'ADAPTATION DE L'INFIRMIERE D'EXPERIENCE QUI DEBUTE AUX SOINS INTENSIFS**

L'adaptation a d'abord été présentée comme étant « l'ensemble des processus utilisés pour maîtriser, tolérer, ou diminuer l'impact d'une situation stressante sur le bien-être psychologique et physique de la personne » (Lazarus & Folkman, 1984, [Traduction libre], p. 141). Ce processus dynamique varie en fonction de l'état du sujet et le niveau d'interaction avec la situation (Lazarus & Folkman, 1984). D'ailleurs, l'adaptation est influencée par trois facteurs généraux, soit : le stress tel que perçu par la personne, les ressources sollicitées ainsi que les stratégies d'adaptation développées (Hays et al., 2006; Lazarus & Folkman, 1984; Lewis-Pierre, 2013; O'Kane, 2012; Saghafi, Hardy, & Hillege, 2012; St-Clair, 2013). Ces différents facteurs sont présentés en détails dans les sections suivantes.

### **Les sources de stress perçues**

La notion du stress a d'abord été introduite par l'endocrinologue Hans Selye (1956) qui considère qu'une personne met en œuvre plusieurs moyens physiologiques et psychologiques pour s'adapter à un événement précis. En sciences infirmières, Benner et al. (2009) mentionnent que l'infirmière d'expérience qui débute dans un nouveau milieu vit de l'anxiété temporaire. Aux soins intensifs, des auteurs se sont penchés sur le vécu de l'infirmière qui débute dans ce milieu et s'entendent majoritairement sur le fait que l'infirmière qui quitte un environnement de pratique familial vers un milieu complètement différent vit du stress (Farnell & Dawson, 2006; Gohery & Meaney, 2013; Muldowney & McKee, 2011). Différentes études ont tenté d'identifier les sources de ce stress telles que perçues par l'infirmière d'expérience qui débute dans un nouveau milieu soit celui des soins intensifs (Farnell & Dawson, 2006; Gohery & Meaney, 2013; Morris et al., 2007; Muldowney & McKee, 2011).

Farnell et Dawson (2006) ont d'abord réalisé une étude qualitative phénoménologique dont le but était d'explorer le vécu des infirmières d'expérience qui débutent aux soins intensifs. Les auteurs ont identifié les facteurs qui affectaient l'adaptation de ces infirmières, à l'aide d'entrevues semi-dirigées au premier, troisième et sixième mois. L'échantillon était constitué de 14 infirmières d'une à dix années d'expérience autre qu'aux soins intensifs. La moitié des participantes avaient pris part à un stage d'une durée de trois jours à six semaines dans l'unité de soins intensifs, tandis que les autres n'avaient jamais travaillé dans ce milieu. Une d'entre elles avait précédemment travaillé dans une autre unité de soins intensifs, mais les auteurs n'en spécifient pas la durée. Cette étude a permis de déterminer que le stress vécu provient de différentes sources et se modifie tout au long de l'adaptation. Dès les premiers jours, l'infirmière vit du stress relié aux nombreuses nouvelles connaissances à acquérir, à l'augmentation des responsabilités reliées à la prise en charge d'un patient de soins intensifs et à la perception de différences entre les notions théoriques et leur application (Farnell & Dawson, 2006). Vers le troisième mois, c'est plutôt le manque de continuité perçu lors du suivi. Celui-ci peut se produire lorsque plus de deux formatrices ou évaluatrices sont attitrées à l'infirmière, qui serait stressant (Farnell & Dawson, 2006). De plus, les auteurs ont constaté

que la peur de se faire juger par ses collègues ainsi que le sentiment de manquer de connaissances sont aussi des sources de stress présentes dès le début de l'adaptation et qui le restent au-delà du sixième mois (Farnell & Dawson, 2006). Enfin, ces auteurs ont constaté que les sources de stress varient au cours des six premiers mois et semblent être influencées par ce qui se passe pendant le cheminement et le vécu de l'infirmière à ces différents moments.

De leur côté, Morris et al. (2007) ont aussi identifié les sources de stress présentes dès l'arrivée de l'infirmière d'expérience aux soins intensifs, dans le but de mettre en place un programme d'orientation adapté à ses besoins. Tout comme Farnell et Dawson (2006) l'avaient fait l'année précédente, Morris et al. (2007) ont identifié l'incompétence ou le manque d'implication de la formatrice, ainsi que l'obligation d'acquérir de nombreuses connaissances en très peu de temps comme étant des sources de stress. Ils ajoutent qu'après quelques semaines dans les soins intensifs, l'infirmière peut trouver que le manque d'exposition à différents cas cliniques est stressant. Lorsqu'elle ne peut pas choisir un patient à la hauteur de ses besoins d'apprentissage, la débutante peut avoir l'impression de manquer l'opportunité de mettre en application ses nouvelles connaissances ou de varier ses expériences cliniques lors de sa formation (Morris et al., 2007). Selon ces auteurs (Morris et al., 2007), ces sources de stress pour les débutantes sont majoritairement présentes pendant les étapes de l'orientation spécifique et du jumelage.

Pour leur part, Muldowney et McKee (2011) ont tenté de décrire comment les débutantes aux soins intensifs perçoivent leur environnement d'apprentissage clinique. Un sondage quantitatif descriptif auprès de 47 infirmières a démontré que la majorité des débutantes vivent un stress de performance provenant de diverses sources. Dans le même sens que Farnell et Dawson (2006), le sentiment de manquer de connaissances et l'augmentation de la charge de travail reliée à l'intensité de soins requise par le patient sont identifiés comme des sources de stress. Muldowney et McKee (2011) ajoutent le fait de devoir communiquer avec le patient inconscient, de vivre de l'incertitude dans ses nouvelles fonctions, d'utiliser de nouvelles technologies et de se faire accepter par ses collègues comme étant stressant. Les sources de stress que Muldowney et McKee (2011) ont identifiées sont comparables à celles

reconnues dans les travaux de Benner et al. (2011) portant sur le développement de l'expertise des infirmières aux soins intensifs. Benner et al. (2011), dans leur présentation du vécu de la débutante, expliquent que cette dernière vit du stress quant à ses compétences et aux nombreuses tâches à réaliser. Les auteures (Benner et al., 2011) ajoutent que l'incapacité de subvenir aux besoins émotionnels du patient ou le fait de travailler dans une équipe d'infirmières inexpérimentées sont aussi des sources de stress pour la débutante.

Plus récemment, dans le cadre d'une étude phénoménologique, Gohery et Meaney (2013) ont eux aussi exploré l'expérience de neuf infirmières passant de l'unité de soins généraux à celle des soins intensifs. À l'aide d'entrevues semi-dirigées, ils en sont venus à la conclusion que l'infirmière d'expérience qui débute aux soins intensifs vit des situations qu'elle perçoit positivement ou négativement, c'est-à-dire qu'elles sont soit satisfaisantes ou stressantes. Tout comme les résultats des études présentées précédemment, les auteurs mettent en évidence que le sentiment de manquer de connaissances affecte l'infirmière et lui amène un sentiment de stress (Benner et al., 2011; Farnell & Dawson, 2006; Gohery & Meaney, 2013; Morris et al., 2007; Muldowney & McKee, 2011). Similairement à Farnell et Dawson (2006), le manque de soutien dans le suivi causé par le changement de formatrice ou d'évaluatrice à un moment ou un autre du cheminement est considéré comme une source de stress (Gohery & Meaney, 2013). Les auteurs (Gohery & Meaney, 2013) ont eux aussi fait ressortir qu'en plus des éléments précédents, la peur de ne pas se faire accepter au sein de l'équipe de travail et de se faire juger affecte la débutante et est perçue comme une source de stress, ce qui soutient les conclusions de Farnell et Dawson (2006) ainsi que de Muldowney et McKee (2011).

Bref, les sources de stress perçues par l'infirmière d'expérience qui débute aux soins intensifs peuvent être liées, en partie, au contexte de pratique différent de celui de l'unité de soins généraux. Pour plusieurs auteurs (Benner et al., 2011; Farnell & Dawson, 2006; Gohery & Meaney, 2013; Morris et al., 2007; Muldowney & McKee, 2011), le fait de devoir acquérir de nouvelles connaissances et compétences pour devenir une infirmière autonome dans les

soins intensifs peut être source de stress. Certains d'entre eux ajoutent que c'est l'augmentation des responsabilités et des tâches reliées à la prise en charge d'un patient de soins intensifs qui affecte l'infirmière (Benner et al., 2011; Farnell & Dawson, 2006; Gohery & Meaney, 2013; Muldowney & McKee, 2011). Muldowney et McKee (2011) mentionnent que la communication avec un patient inconscient et l'adaptation à de nouvelles technologies sont responsables du stress vécu. Pour Benner et al. (2011), ce serait plutôt l'impossibilité de subvenir aux besoins émotionnels du patient qui serait stressante. De plus, certains éléments du cheminement de l'infirmière qui débute aux soins intensifs sont perçus comme des sources de stress notamment le manque de soutien perçu lors de son suivi (Farnell & Dawson, 2006; Gohery & Meaney, 2013) ainsi que la présence de formatrices qui ne s'impliquent pas (Morris et al., 2007). Enfin, l'infirmière qui débute dans les soins intensifs doit s'adapter à ces diverses sources de stress et pour se faire, elle mobilisera différentes ressources, tant personnelles, sociales, qu'organisationnelles.

### **Les ressources de l'infirmière**

Afin de s'adapter à son nouveau milieu, l'infirmière doit mobiliser ses ressources personnelles et sociales, mais aussi utiliser les ressources organisationnelles qui sont mises à sa disposition. Seulement deux études recensées font état de ce que possède l'infirmière pour s'adapter sur les plans personnel et social (O'Kane, 2012; Saghafi et al., 2012). Les écrits actuels mettent plutôt de l'avant l'état des programmes et des méthodes de suivi de l'infirmière qui débute aux soins intensifs et qui peuvent être considérés comme des ressources organisationnelles.

#### ***Les ressources personnelles de l'infirmière débutante***

Les ressources personnelles, telles que définies par Bruchon-Schweitzer (2002) sont les capacités de la personne à faire face à un événement stressant. O'Kane (2012) a révélé,

dans son étude qualitative descriptive portant sur les différentes perceptions du vécu de l'infirmière qui débute aux soins intensifs, que l'expérience clinique dans une unité de soins généraux est bénéfique à l'adaptation. L'infirmière est plus confiante et sait quand demander de l'aide (O'Kane, 2012). D'ailleurs, dans l'étude d'O'Kane (2012), les infirmières responsables de la formation des débutantes ont déclaré qu'elles considèrent que le manque d'expérience dans une unité de soins généraux est un obstacle potentiel à l'adaptation aux soins intensifs. Malgré tout, Benner et al. (2011) font mention que le désir d'apprendre de la débutante est d'une grande aide, et ce, même si elle possède une expérience limitée avec ce type de patients et qu'elle comprend seulement une partie des problématiques cliniques rencontrées. L'expérience clinique est donc une ressource pour l'infirmière qui débute aux soins intensifs et doit être considérée pendant sa première année de pratique afin d'adapter la durée du jumelage et de permettre une expérience clinique variée pendant cette étape du cheminement.

### *Les ressources sociales de l'infirmière débutante*

Selon Bruchon-Schweitzer (2002), les ressources sociales émergent de la dynamique et des interactions interpersonnelles et sont complémentaires aux ressources personnelles et organisationnelles. L'étude phénoménologique de Saghafi et al. (2012) a d'ailleurs fait ressortir que les infirmières qui débutent aux soins intensifs sont en mesure d'identifier rapidement quels sont les membres de l'équipe les plus facilement accessibles pour obtenir du soutien et des conseils. Cette conclusion provient de l'analyse d'entrevues individuelles semi-dirigées auprès de 10 infirmières de moins d'un an d'expérience. Selon Saghafi et al. (2012), les relations interpersonnelles entre les infirmières et le personnel médical aux soins intensifs sont perçues d'égal à égal, contrairement à ce qui se passe dans les unités de soins généraux. La proximité du travail en équipe aux soins intensifs pourrait faciliter les interactions sociales et favoriser l'utilisation de cette ressource.

### *Les ressources organisationnelles*

Les ressources organisationnelles sont des mesures mises en place par l'organisation aux différentes étapes du cheminement de la débutante. Pour l'infirmière qui débute dans un nouveau milieu, le soutien clinique fait partie de ces ressources. Le MSSS (2008) définit le soutien clinique comme étant toutes mesures d'accompagnement mises en place par l'établissement et visant à développer et parfaire les compétences des infirmières, ce qui comprend l'orientation, le préceptorat et le mentorat. Les écrits recensés ont permis d'identifier quatre ressources organisationnelles offertes aux infirmières débutantes aux soins intensifs soit : le programme d'orientation, la formation continue, le préceptorat et le mentorat.

Dans le sondage de Thomason (2006) portant sur les pratiques en matière d'orientation et de suivi de l'évolution des compétences de l'infirmière qui débute aux soins intensifs, un portrait général de ces pratiques a été brossé. Les principaux constats ressortis sont que la durée du programme d'orientation varie en fonction de l'expérience dans une unité de soins intensifs et des besoins spécifiques de la débutante. De plus, la formation théorique en classe est aussi le moyen éducatif le plus utilisé pour préparer les débutantes à la pratique. Les résultats mettent en valeur que les infirmières qui ont de l'expérience dans les soins intensifs suivent un programme d'orientation de huit semaines, tandis que pour celles ayant de l'expérience dans une ou plusieurs autres unités, la durée est d'environ 12 semaines (Thomason, 2006). L'auteur conclut en mentionnant que l'ensemble des programmes d'orientation est adapté aux besoins de l'infirmière et à son expérience.

Étant donné l'importance accordée à l'expérience clinique dans le cadre de l'orientation des infirmières, le programme de l'AACN, qui se nomme *Essentials of Critical Care Orientation* (ECCO), a été mis en place. Ce programme d'orientation est actuellement utilisé dans plus de 1 100 hôpitaux aux États-Unis et au Canada et se divise en trois parcours différents répondant aux besoins de la nouvelle diplômée, de l'infirmière avec de l'expérience aux soins intensifs et de l'infirmière sans expérience dans ce milieu (AACN, 2017). Pour la nouvelle diplômée, une période de 12 à 14 semaines est privilégiée (Thomason, 2006). Tandis que pour l'infirmière sans expérience aux soins intensifs, la durée est plutôt de 8 à 10

semaines et pour celle ayant de l'expérience dans ce type de milieu, seulement 4 à 6 semaines sont exigées (Morris et al., 2007). La mise en place de tels programmes d'orientation et de suivi semble donc être bénéfique pour la débutante aux soins intensifs. Les conclusions de certaines études (Messmer, Jones, & Taylor, 2004; Proulx & Bourcier, 2008) apportent que les programmes étudiés favorisent le développement de la confiance et de l'estime de soi, la socialisation dans le nouveau rôle et le comblement de l'écart entre la théorie et la pratique chez l'infirmière qui débute aux soins intensifs.

L'utilisation de formules pédagogiques variées, telles que la formation en ligne ou en salle de classe, les études de cas, les simulations en laboratoire et le temps clinique avec une formatrice, facilite la compréhension et l'assimilation des différentes notions de soins intensifs (Morris et al., 2007). Ces moyens utilisés pour former et préparer la débutante concordent avec les résultats du sondage de Thomason (2006), qui révèlent que la formation théorique et la simulation en laboratoire étaient les plus fréquemment utilisées. Enfin, à la suite de l'évaluation du programme de formation de l'ACCN (2017), il a été constaté que celui-ci contribue à l'augmentation du niveau de confiance dans la prise en charge d'un patient de soins intensifs, une meilleure compréhension des soins, un développement plus rapide de la pensée critique et une diminution du stress chez la débutante peu importe son niveau d'expertise (Kaddoura, 2010; Morris et al., 2007). La mise en place de programmes d'orientation et de suivi semble donc être bénéfique pour l'infirmière débutante. Enfin, ces programmes d'orientation représentent la base des connaissances que l'infirmière doit acquérir afin de pratiquer dans les soins intensifs. Par la suite, la mise à jour et l'acquisition de nouvelles connaissances sont possibles grâce à la formation continue.

La formation continue quant à elle permet d'offrir du soutien à l'infirmière lors de sa première année de pratique aux soins intensifs. Stefanski et Rossler (2009) ont identifié les impacts de la formation continue, à la suite de l'évaluation du programme « *Preparing the critical care nurse* ». La simulation clinique en laboratoire qui s'étend sur une période d'une semaine y est préconisée. La débutante assiste à des présentations théoriques ainsi qu'à des activités de simulation, qui se déroulent avec des mannequins représentant le plus fidèlement

possible les réponses physiologiques d'un patient dans la réalité (Stefanski & Rossler, 2009). Malgré le fait que la formation continue par simulation ne permette pas à la débutante d'avoir une vision d'ensemble d'une vraie situation de soins intensifs, les participantes considèrent que cette formule pédagogique facilite suffisamment leurs apprentissages (Stefanski & Rossler, 2009). À la suite de leur programme, l'outil d'évaluation de la satisfaction et de la confiance en soi de l'infirmière en apprentissage (*The Nurse Satisfaction and Self-Confidence in Learning tool*) a été utilisé. L'analyse des résultats a mis en évidence que les activités de simulation sont efficaces et qu'elles encouragent l'acquisition de compétences spécifiques aux soins intensifs (Stefanski & Rossler, 2009). Les chercheurs français El Khamali, R., Mouaci, A., Valera, S., Cano-Chervel, M., Pinglis, C. (2018) ajoutent qu'un programme de simulation qui comprend de l'enseignement, des jeux de rôles et des débriefings contribue à diminuer le stress relié au travail. Ces résultats ressortent de leur étude qui démontre les effets d'un programme de simulation pour diminuer le stress lié au travail aux soins intensifs. D'ailleurs, 6 mois à la suite de leur programme, les participantes vivaient moins de stress lié au travail que les infirmières n'y ayant pas participé (El Khamali, R., et al. 2018). La formation continue représente donc un élément complémentaire bénéfique à la débutante puisque, tout comme le programme de l'ACCN (2017), elle favorise le développement de la confiance en soi, un élément très important dans l'adaptation.

Le préceptorat est une autre ressource organisationnelle qui est parfois rendue accessible à l'infirmière qui débute aux soins intensifs. L'AIIC (2004) définit le préceptorat comme une relation d'encadrement et de suivi d'une durée déterminée par l'organisation entre une débutante et une infirmière d'expérience reconnue pour ses compétences cliniques et d'enseignement. Dans cette relation, des objectifs précis sont présentés à l'apprenante, afin d'améliorer ses compétences et connaissances cliniques. Au Québec, selon le MSSS (2008), le préceptorat aide à l'acquisition de compétences et de connaissances pour ainsi faciliter l'intégration au milieu, encourager le développement du jugement clinique, favoriser la confiance en soi et diminuer le stress vécu. Dans le cadre de son étude qualitative exploratoire et descriptive, Kaddoura (2013) soutient que la présence d'une préceptrice disponible, encourageante et qui laisse la débutante prendre en charge de façon autonome des situations de

soins intensifs est un facteur facilitant le développement de la pensée critique. Cependant, lorsque la débutante doit s'adapter à différentes personnalités et niveaux d'expertise des préceptrices, cela représente plutôt un facteur contraignant (Kaddoura, 2013). Malgré les avantages du préceptorat décrits dans la littérature, au Québec, ce programme n'est pas recommandé dans les soins intensifs, mais seulement dans les unités de soins généraux (MSSS, 2008). Le MSSS (2008) attire l'attention sur le fait que cette forme de soutien clinique contribue à l'amélioration de l'intégration au domaine de pratique et à la diminution du stress vécu. Cependant, il existe d'autres formes de soutien pour ces infirmières et le mentorat est beaucoup plus fréquent dans les soins intensifs pour assurer le suivi des débutantes.

Une autre ressource organisationnelle présente dans les unités de soins intensifs est le mentorat, une forme de soutien plus informelle. Thomasson (2006) fait d'ailleurs part que lorsqu'il est pris en charge par l'organisation et présent pendant une période de 12 mois, le mentorat représente une ressource pour la débutante. Le rôle du mentor auprès de la débutante est d'offrir sa présence comme référence clinique et d'assurer un soutien social au cours de la première année (Thomason, 2006). Le mentor ne fait pas d'évaluation des compétences et ne détermine pas d'objectif d'amélioration avec la mentorée. Au Québec, le MSSS (2008) définit le mentorat comme étant une relation professionnelle volontaire où règne un climat d'appui pendant une durée déterminée par le mentor et la mentorée. L'étude quantitative quasi expérimentale de Schroyer, Zellers, et Abraham (2016) a démontré, à la suite de l'implantation d'un programme de mentorat, que la présence d'un mentor a un impact direct sur la rétention des débutantes dans les soins intensifs. Ce programme se réfère à celui de l'*Association of Medical-Surgical Nurses (AMSN)* et s'adresse aux infirmières qui sont de retour dans la profession, aux nouvelles diplômées ainsi qu'aux infirmières qui débutent dans le milieu des soins intensifs. Ce programme a permis d'augmenter le taux de rétention des infirmières dans l'unité de soins intensifs à 91 %, alors qu'avant son implantation seulement deux infirmières sur trois (66 %) décidaient de rester (IC 95 %,  $p = 0,009$ ) (Schroyer et al., 2016). Le mentorat est donc une intervention qui permet de soutenir la débutante dans son adaptation, tout en ayant un impact sur la rétention.

En résumé, les ressources disponibles pour l'infirmière d'expérience qui débute aux soins intensifs sont d'origine personnelle, sociale ou organisationnelle. Du côté des ressources personnelles, l'infirmière met à profit son expérience et sa confiance en soi pour s'adapter aux soins intensifs (AACN, 2017; O'Kane, 2012). Les ressources sociales de la débutante sont liées aux interactions positives qu'elle entretient avec les membres de l'équipe (Saghafi et al., 2012). Pour ce qui est des ressources organisationnelles : les programmes d'orientation, de formation continue et de soutien clinique sont perçus comme favorisant l'adaptation. D'un point de vue général, les ressources contribuent à l'augmentation de la confiance en soi de la débutante (MSSS, 2008; Stefanski & Rossler, 2009), à la diminution du stress lors de la prise en charge du patient (MSSS, 2008), ainsi qu'au développement de l'expertise clinique (Morris et al., 2007; Stefanski & Rossler, 2009). En plus de devoir mobiliser ses ressources, la débutante doit développer des stratégies pour s'adapter aux soins intensifs.

### **Les stratégies d'adaptation**

La débutante développe des stratégies pour s'adapter à la pratique dans les soins intensifs. Les stratégies d'adaptation sont « les efforts cognitifs et comportementaux mis en place pour maîtriser, réduire ou tolérer les exigences d'une situation stressante » (Lazarus & Folkman, 1984, [Traduction libre], p. 141). Seulement quelques études portent sur les stratégies d'adaptation de l'infirmière aux soins intensifs dans des contextes de soins particuliers tels que les arrêts de traitements, mais aucune à notre connaissance ne s'intéresse spécifiquement à la débutante. Une seule étude en lien avec les stratégies d'adaptation des infirmières qui pratiquent depuis quelques années dans les soins intensifs a été portée à notre attention.

L'étude de Hays et al. (2006) avait pour but de déterminer les sources de stress rapportées au travail et le type de stratégies d'adaptation mises en place dans les soins intensifs. Les 135 participants devaient avoir au minimum un an d'expérience aux soins intensifs et travailler plus de 30 heures par semaine. Dans le cadre de cette étude à devis quantitatif descriptif,

l'utilisation du questionnaire *Lazarus and Folkman Ways of Coping* a permis de décrire quelles sont les stratégies d'adaptation les plus utilisées au quotidien chez les infirmières de soins intensifs. Ces stratégies qui permettent à l'infirmière de s'adapter sont l'évitement, la confrontation, la résolution des problèmes planifiée et la recherche de soutien social. Cette étude a été conservée dans la recension étant donné la possibilité de comparer les stratégies d'adaptation de la débutante et de l'infirmière qui travaille depuis quelques années dans le milieu.

Les différentes études recensées ont permis de faire le point sur l'état des connaissances actuelles en lien avec l'adaptation de l'infirmière débutante aux soins intensifs. Celle-ci vit différentes sources de stress qui évoluent dans le temps (Morris et al., 2007) et qui proviennent autant des perceptions de ses compétences (Gohery & Meaney, 2013) que du stress de performance (Muldowney & McKee, 2011). Malgré tout, la débutante est consciente des différentes ressources qu'elle détient pour affronter cette adaptation et développe des stratégies d'adaptation telle que la recherche de soutien social (Hays et al., 2006). En conclusion de cette recension, aucune étude spécifique aux ressources ni aux stratégies d'adaptation de la débutante aux soins intensifs n'a été recensée et portée à notre connaissance. D'ailleurs, aucune recherche ne semble avoir étudié cette transition en contexte de pratique québécois. Certains auteurs qui se sont penchés sur différents aspects de la pratique infirmière dans les soins intensifs ont émis des suggestions quant aux futures recherches. Dans leur conclusion, Stefanski et Rossler (2009) mentionnent qu'il serait important de déterminer la meilleure façon d'assurer une saine transition pour l'infirmière qui débute aux soins intensifs. De son côté, St-Clair (2013), à la suite de son étude portant sur la transition de l'infirmière nouvellement diplômée qui débute aux soins intensifs, suggère d'effectuer une recherche qualitative où l'infirmière d'expérience quitte son unité pour débiter dans un milieu qui lui est complètement inconnu. Enfin, à la suite de cette recension, il est possible d'émettre les questions spécifiques de recherche.

### **2.3. LES QUESTIONS SPECIFIQUES DE RECHERCHE**

Afin de répondre à la question générale de recherche « Comment l'infirmière d'expérience s'adapte-t-elle à la première année de pratique dans le milieu des soins intensifs ? », trois questions spécifiques ont été formulées :

1. Quelles sont les sources de stress de l'infirmière d'expérience lors de sa première année aux soins intensifs ?
2. Quelles sont les ressources personnelles, sociales et organisationnelles de l'infirmière d'expérience lors de sa première année aux soins intensifs ?
3. Quelles sont les stratégies d'adaptation au stress vécu développées par l'infirmière d'expérience lors de sa première année aux soins intensifs ?



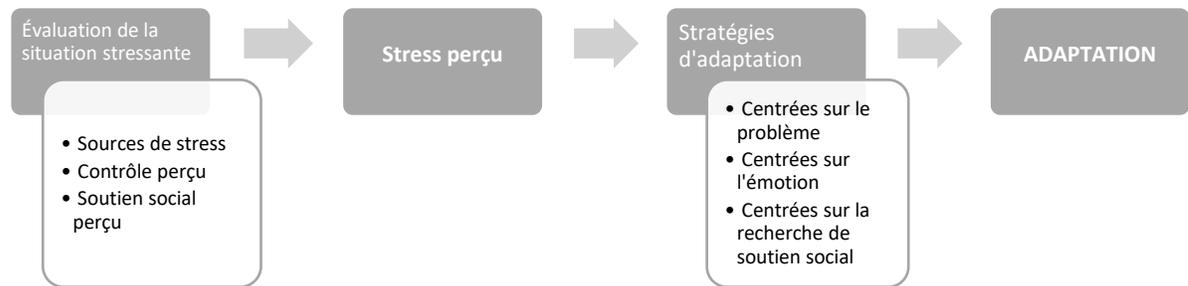
## **CHAPITRE 3 - LE CADRE DE RÉFÉRENCE**

Ce troisième chapitre présente le cadre de référence utilisé dans le contexte de cette étude. Le Modèle transactionnel de stress de Lazarus et Folkman (1984) a été retenu, étant donné sa pertinence en lien avec le phénomène d'intérêt. Le modèle et ses concepts sont d'abord présentés en fonction de l'évaluation de la situation stressante et des stratégies d'adaptation. Enfin, les liens entre le modèle et la débutante aux soins intensifs sont explicités, afin de mieux comprendre les raisons de ce choix pour la présente étude.

### **3.1. LE MODELE TRANSACTIONNEL DE STRESS DE LAZARUS ET FOLKMAN (1984)**

Le Modèle transactionnel de stress de Lazarus et Folkman (1984) est un modèle issu de la psychologie qui permet de comprendre l'adaptation d'une personne qui est confrontée à une situation stressante. Ce modèle polyvalent s'adapte tant aux devis quantitatifs que qualitatifs (Untas, Koleck, Rascle, & Bruchon-Schweitzer, 2012). Selon les auteurs du modèle, la personne qui vit des événements stressants prend, tout d'abord, le temps de les évaluer (Lazarus & Folkman, 1984). Lors de son évaluation, elle détermine quelles sont les sources de stress présentes dans son environnement et qui l'affectent. De plus, elle prend conscience de la perception de son contrôle de la situation, c'est-à-dire les ressources qu'elle possède, ainsi que le soutien social qu'elle a à sa portée. La perception de son contrôle de la situation est affectée par les ressources personnelles, sociales et organisationnelles qu'elle détient (Bruchon-Schweitzer, 2002; Untas et al., 2012). Ces trois éléments du modèle, soit les sources de stress, le contrôle perçu et le soutien social perçu forment ensemble le stress tel que vécu par la personne. Cette perception du stress influence les stratégies d'adaptation qui seront développées par la suite et qui mèneront ou non à l'adaptation (Lazarus & Folkman,

1984). La Figure 1 représente une schématisation des concepts du modèle, qui permet de comprendre comment une personne s'adapte à une situation stressante telle que l'arrivée de l'infirmière d'expérience dans un nouveau milieu de pratique comme les soins intensifs.



**Figure 1.** Le Modèle transactionnel de stress de Lazarus et Folkman (1984)

### **L'évaluation de la situation stressante**

Le stress se définit comme une « transaction entre la personne et l'environnement évaluée comme dépassant ses ressources et menaçant son bien-être » (Lazarus & Folkman, 1984, [traduction libre], p. 19). La personne qui vit un stress évalue la situation en fonction des sources de stress présentes, de ses propres perceptions du contrôle qu'elle a de la situation ainsi que du soutien social qu'elle croit posséder. C'est donc la signification que la personne donne à ce stress et ses impacts émotionnels qui l'amènent à évaluer la situation. En fait, le stress vécu provient de divers bouleversements émotionnels perçus comme étant une menace au bien-être physique et mental (Lazarus & Folkman, 1984)

Le stress est influencé par trois éléments, soit les sources de stress, le contrôle perçu et le soutien social perçu. Une situation stressante peut être ressentie comme une perte, une menace ou un défi (Bruchon-Schweitzer, 2002). Les sources de stress correspondent aux facteurs individuels et contextuels qui affectent la personne sur le plan émotionnel et pour lesquelles elle doit développer des stratégies afin de s'y adapter (Lazarus & Folkman, 1984). Le

contrôle et le soutien social perçus sont deux éléments du modèle qui représentent respectivement les ressources personnelles et sociales de la personne et qui contribuent à la perception du stress environnant (Untas et al., 2012). Par exemple, lorsqu'une personne vit un stress qu'elle considère élevé, mais perçoit qu'elle contrôle la situation et qu'elle a du soutien, le stress perçu peut ainsi être moindre que si la personne vivait un faible sentiment de contrôle et avait un faible soutien social. Ce modèle varie donc en fonction de l'évaluation que fait la personne de la situation stressante.

Dans leur adaptation du modèle, Untas et al. (2012) définissent trois types de ressources : personnelles, sociales et organisationnelles. Les ressources personnelles représentent la capacité de la personne à faire face à l'événement (Bruchon-Schweitzer, 2002). La confiance en soi en est un exemple. Pour ce qui est des ressources sociales et organisationnelles, ce sont les possibilités de la personne d'obtenir de l'aide, de la protection ou de la valorisation de la part de son entourage et du milieu dans lequel elle travaille (Bruchon-Schweitzer, 2002). Par exemple, le soutien de la part des collègues de travail lors de l'arrivée dans un nouveau milieu peut représenter une ressource sociale. L'évaluation que fait la personne d'une situation en considérant les sources de stress vécues et les ressources qu'elle possède pour l'affronter est d'une importance capitale puisque des stratégies d'adaptation en découleront. Ce processus d'évaluation suivi de l'adoption de stratégies d'adaptation est à la base même du modèle transactionnel.

### **Les stratégies d'adaptation**

Dans ce modèle (Lazarus & Folkman, 1984), la personne ne laisse pas le stress l'envahir, elle essaie d'y « faire face ». Pour ce faire, elle développe des réponses d'adaptation pour maîtriser, amoindrir ou bien tolérer l'évènement à surmonter (Lazarus & Folkman, 1984). Lazarus et Folkman (1984) définissent les stratégies d'adaptation comme étant « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, déployés par l'individu pour gérer des exigences spécifiques, qui peuvent être internes ou externes, évaluées comme

consommant ou excédant ses ressources » (Lazarus & Folkman, 1984, [traduction libre], p. 141). Bruchon-Schweitzer (2002) ajoute que ces stratégies d'adaptation sont mises en place afin de maîtriser, de réduire ou de tolérer l'impact du stress sur le bien-être physique et psychologique de la personne. Les stratégies se divisent en trois catégories et peuvent être centrées sur le problème, l'émotion ou la recherche de soutien social. Elles sont complémentaires entre elles et mènent éventuellement à l'adaptation (Lazarus & Folkman, 1984).

Les stratégies centrées sur le problème se définissent comme « toutes actions mentales ou comportementales mises en place pour modifier la situation stressante » (Lazarus & Folkman, 1984, [traduction libre], p. 152). Pour ces auteurs (Lazarus & Folkman, 1984), l'adaptation est le résultat de l'utilisation d'un ensemble de stratégies développées par la personne. La personne qui vit un stress peut agir sur le problème en l'affrontant directement. Ces stratégies comprennent toutes les actions mises en place pour changer ou améliorer une situation perçue comme étant stressante. Bruchon-Schweitzer (2002), dans sa modernisation du modèle, en présente quelques-unes, telles que la mise en œuvre de plans d'action et la recherche d'information.

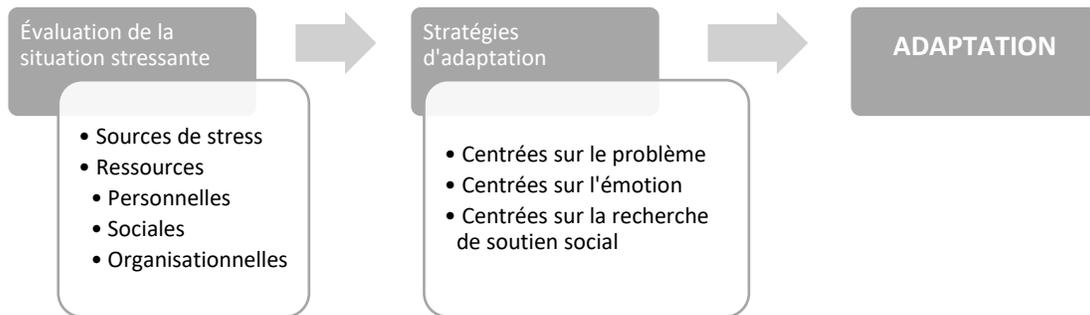
Les stratégies centrées sur l'émotion, quant à elles, comprennent divers moyens utilisés par la personne pour diminuer la pression émotionnelle entourant la situation stressante (Lazarus & Folkman, 1984). Ces stratégies sont souvent mises en place lorsque la personne ne croit pas détenir les moyens pour intervenir directement sur la situation. Le but de ce type de stratégies est de stabiliser ou diminuer les émotions vécues. Elles sont souvent utilisées pour éviter certains sentiments ou rediriger le stress. Elles peuvent inclure des actions positives, telles que la verbalisation de ses émotions à un proche ou l'exercice physique (Untas et al., 2012). Cependant, les stratégies peuvent se concrétiser par des actions qui amènent la personne à éviter la situation comme dormir plus qu'à l'habitude, regarder la télévision, nier l'existence de la situation. Ces stratégies sont plutôt négatives puisqu'elles ne mènent pas nécessairement à l'adaptation (Untas et al., 2012).

Les stratégies d'adaptation centrées sur la recherche de soutien social ne sont pas toujours présentes dans les études utilisant le modèle de Lazarus et Folkman (1984). C'est dans

le modèle intégratif multifactoriel de Bruchon-Schweitzer (2002), qui présente une perspective plutôt quantitative de l'adaptation au stress, que cette catégorie de stratégies semble être apparue. Les stratégies centrées sur la recherche de soutien social représentent les efforts de la personne pour obtenir l'aide et la sympathie des gens autour d'elle (Bruchon-Schweitzer, 2002). Il est important de distinguer ce type de stratégies des ressources sociales. Les ressources font déjà partie du contexte dans lequel la personne vit, tandis que ce qu'elle va faire pour obtenir le soutien ou l'aide devient la stratégie d'adaptation de la personne.

### **3.2. LES LIENS ENTRE LE MODELE ET LA DEBUTANTE AUX SOINS INTENSIFS**

Le modèle transactionnel de stress de Lazarus et Folkman (1984) est utilisé dans le cadre de cette recherche puisque ses concepts et ses construits sont cohérents avec l'objectif général de l'étude. Cependant, la schématisation du modèle a été adaptée afin de déterminer les facteurs qui affectent l'adaptation de l'infirmière d'expérience lors de sa première année de pratique aux soins intensifs. À la suite de l'analyse de la problématique et du modèle transactionnel de stress, il a été conclu que l'adaptation de l'infirmière d'expérience qui débute aux soins intensifs s'articule essentiellement autour de trois concepts, soit les sources de stress, les ressources et les stratégies d'adaptation. Le contrôle perçu faisant partie des ressources personnelles. Ces éléments constituent la perception de l'infirmière de la situation stressante à laquelle elle est confrontée, c'est-à-dire son arrivée dans un nouveau milieu de pratique jusqu'à la fin de la première année. La Figure 2 présente l'adaptation du modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1984) pour la présente étude.



**Figure 2.** L'adaptation du Modèle transactionnel de stress de Lazarus et Folkman (1984)

L'infirmière qui débute aux soins intensifs se retrouve dans un nouveau contexte de soins avec lequel elle n'est pas familière. Elle vit du stress auquel elle doit s'adapter pour être en mesure de répondre aux exigences de ce milieu de soins. En tenant compte du fait que la débutante vit du stress, cette adaptation du Modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1984) a servi de cadre pour la rédaction des canevas des entrevues. L'utilisation des concepts du modèle a aussi permis d'uniformiser le déroulement des entrevues et a facilité la catégorisation des données recueillies. De plus, les catégories du modèle ont servi à la classification des données lors de leur analyse qualitative. Enfin, le modèle a soutenu les différentes étapes du processus de la recherche qui sont présentées dans le chapitre suivant.

## **CHAPITRE 4 - LA MÉTHODE**

Ce quatrième chapitre décrit la méthode employée afin d'atteindre l'objectif de cette étude qui est de mieux comprendre l'adaptation de l'infirmière d'expérience lors de sa première année de pratique aux soins intensifs. Tout d'abord, le devis de recherche choisi est exposé. Par la suite, le milieu de l'étude, l'échantillonnage et le recrutement des participantes sont présentés ainsi que les méthodes de collecte et d'analyse des données. Enfin, les critères de rigueur scientifique et les considérations éthiques sont décrits à la fin du présent chapitre.

### **4.1. LE DEVIS DE RECHERCHE**

Le type de recherche qualitatif a été retenu dans le cadre de cette étude. Ce devis s'intéresse à des phénomènes sociaux vécus par des personnes et à la manière dont celles-ci les perçoivent (Grove, Burns, & Gray, 2012). Par sa démarche inductive, la recherche qualitative vise à comprendre, à décrire et à interpréter la complexité d'un phénomène en fonction des perceptions qu'ont les participantes de leur expérience (Fortin & Gagnon, 2016; Holloway & Wheeler, 2010). La recherche qualitative a donc été la façon la plus appropriée de répondre à l'objectif général de l'étude.

Le devis qualitatif descriptif est utilisé pour présenter un phénomène qui est peu connu et dont les résultats obtenus permettront de faciliter sa compréhension (Sandelowski, 2000). Par la description détaillée de l'expérience des participantes, une présentation la plus représentative du phénomène est possible (Neergaard, Olesen, Andersen, & Sondergaard, 2009; Sandelowski, 2000). Fortin et Gagnon (2016) considèrent que le devis descriptif est idéal pour décrire le vécu des personnes et leurs réponses à un événement. Dans le cadre de la

présente étude, on s'attarde au vécu de l'infirmière d'expérience qui s'adapte aux soins intensifs en termes de sources de stress, de ressources utilisées et de stratégies d'adaptation mises en place. Le devis descriptif a finalement été la meilleure option pour permettre la description du vécu de l'infirmière débutante.

#### **4.2. LA POPULATION ET LE MILIEU DE L'ETUDE**

L'étude s'est déroulée dans trois unités de soins intensifs d'un centre hospitalier de la province de Québec, soit les soins intensifs respiratoires, les soins intensifs de chirurgie cardiaque et l'unité coronarienne. Les trois unités ont été considérées, afin d'avoir accès à une plus grande population d'infirmières débutantes. L'objectif était de varier l'échantillon et de permettre l'émergence d'un maximum de données. Les infirmières débutantes des trois unités et de l'équipe volante<sup>3</sup> ont été ciblées étant donné qu'elles doivent se soumettre au même cheminement pour pratiquer aux soins intensifs. Ceci a favorisé l'accès à un plus grand nombre de candidates. Afin d'obtenir l'autorisation de conduire l'étude dans le milieu, le projet de recherche a d'abord été présenté à la directrice des soins infirmiers du centre hospitalier, puis aux chefs d'unités. L'accord de ces personnes a contribué à l'acceptation de l'étude par les comités d'éthique du centre et de l'université d'attache.

#### **4.3. L'ECHANTILLONNAGE ET LE RECRUTEMENT**

La méthode d'échantillonnage a été réalisée par choix raisonné se déroule qui s'applique davantage à la recherche qualitative ou à des populations difficiles d'accès (Fortin & Gagnon, 2016). L'étudiante-chercheuse a donc choisi les participantes en fonction des caractéristiques recherchées pour la présente étude. Le choix des participantes a été fait en fonction

---

<sup>3</sup> L'infirmière de l'équipe volante est habilitée à travailler dans plusieurs unités. Elle est affectée à une unité pour combler des besoins de personnels spécifiques dans l'établissement, qui varient de jour en jour (Office québécois de la langue française, 2013).

de leurs caractéristiques et de leurs aptitudes à fournir des informations significatives liées à aux objectifs de l'étude (Fortin & Gagnon, 2016). Les participantes ont été choisies en fonction des quatre critères d'inclusion suivants : être infirmière, avoir de l'expérience dans une ou plusieurs unités de soins généraux, avoir terminé la période de probation et travailler depuis moins d'un an dans les soins intensifs. Le seul critère d'exclusion a été d'avoir déjà travaillé dans un autre milieu de soins intensifs. Une infirmière ayant déjà vécu cette adaptation aurait pu avoir de la difficulté à se remémorer le plus fidèlement possible ce qu'elle a vécu il y a plusieurs années.

En recherche qualitative, la taille de l'échantillon est grandement variable étant donné que l'objectif est d'obtenir une description profonde, riche et renouvelée du phénomène (Patton, 1990; Sandelowski, 1995). D'ailleurs, selon Patton (1990), un petit nombre de participantes peut être d'une grande valeur si les données sont riches en informations. L'atteinte de la saturation empirique des données a été le critère à respecter afin de déterminer la taille de l'échantillon. Celle-ci se produit lorsqu'aucune nouvelle information n'est obtenue et que les réponses aux questions deviennent redondantes (Fortin & Gagnon, 2016). Dans le cadre de cette étude, la saturation s'est produite à la suite de la douzième entrevue, lorsque l'étudiante-chercheuse a constaté une récurrence des informations mentionnées par les participantes.

Pour ce qui est du recrutement, au moment de l'étude, les infirmières débutantes ont représenté 10 % de l'ensemble des infirmières aux soins intensifs. Ce sont donc 22 infirmières qui ont fait partie de la population accessible<sup>4</sup>. Afin de recruter le plus de participantes possible, l'étudiante-chercheuse a eu recours au soutien des chefs de service et à la publicité dans les unités visées. Tout d'abord, la liste des critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude a été transmise aux chefs de service pour faciliter l'identification des candidates potentielles. Une liste a été remise à l'étudiante-chercheuse pour qu'elle puisse rencontrer les candidates

---

<sup>4</sup> Ces données ont été obtenues auprès des chefs de services des unités de soins intensifs du milieu à l'étude à l'hiver 2016.

dans leur unité et leur présenter les attentes en lien avec leur participation ainsi que connaître leur intérêt. Cette méthode a permis de recruter seulement quatre participantes. Voyant la difficulté de recrutement, les chefs de service ont ensuite décidé d'envoyer un courriel contenant la publicité de l'étude à l'ensemble du personnel infirmier et de l'afficher dans leurs salles de repos (voir l'Annexe I). Les infirmières intéressées ont pu contacter directement l'étudiante-chercheuse par courriel. Les candidates qui ont respecté les critères d'inclusion ont été convoquées pour une première entrevue. Au final, ce sont 12 participantes qui ont été recrutées et interviewées.

#### **4.4. LES METHODES DE COLLECTE DES DONNEES**

En recherche qualitative, différentes méthodes de collecte des données doivent être utilisées afin d'enrichir la description du phénomène à l'étude (Grove et al., 2012). Dans le cadre de cette étude, les méthodes suivantes ont été utilisées : le questionnaire des données sociodémographiques ; l'entrevue individuelle semi-dirigée ; l'entrevue de groupe pour valider les résultats et les notes de terrain. Ces méthodes ont permis de répondre aux trois questions de recherche et atteindre l'objectif de l'étude.

##### **Questionnaire des données sociodémographiques**

Un questionnaire a été développé afin de recueillir les données sociodémographiques des participantes (voir l'Annexe II), et ce, dans le but d'obtenir un profil détaillé de l'échantillon. Les informations recueillies ont été : l'âge des participantes, le sexe et le nombre d'années d'expérience à titre d'infirmière. De plus, le nombre de mois de pratique aux soins intensifs a été demandé, dans le but de vérifier si la participante était encore dans sa première année de pratique dans ce milieu. La formation de la débutante a aussi été questionnée dans l'intention de contribuer à l'analyse du lien entre l'adaptation de l'infirmière de formation collégiale et celle issue de l'université. Les données recueillies ont aussi porté sur le statut

d'emploi, le poste occupé, le nombre de jours travaillés par période de deux semaines ainsi que les différentes unités de soins intensifs dans lesquelles la participante a été formée. Le profil complet des participantes à l'étude est présenté dans le chapitre des résultats. Enfin, le questionnaire a été rempli par chaque participante avant la tenue de l'entrevue individuelle semi-dirigée.

### **Entrevue individuelle semi-dirigée**

L'entrevue individuelle semi-dirigée, préconisée dans les recherches à devis qualitatif, a pour but de recueillir certaines données portant sur des thèmes prédéterminés au sujet des sentiments et du vécu des participantes, tout en gardant une ouverture quant à l'émergence de nouveaux thèmes (Fortin & Gagnon, 2016). Les participantes répondent dans leurs propres mots aux questions ouvertes qui ciblent les différents concepts de l'étude. L'intervieweuse peut reformuler les questions ou approfondir certains éléments dans le but de clarifier les réponses ou d'obtenir des informations supplémentaires pertinentes à l'étude (Gubrium & Holstein, 2001).

Le guide d'entrevue de cette étude (voir l'Annexe III) a été développé selon les six étapes proposées par Paillé (1991) soit : 1) l'élaboration du premier jet; 2) le regroupement thématique; 3) la structuration interne des thèmes; 4) l'approfondissement des thèmes; 5) l'ajout de mots-clés et 6) la finalisation du guide. Les questions du guide ont été développées selon les grands thèmes du Modèle transactionnel de stress de Lazarus et Folkman (1984) et les questions spécifiques de la présente étude. Tel que suggéré par Paillé (1991), les questions portant sur le même thème ont été regroupées afin de donner une structure au guide. Les questions ont été mises en ordre logique, c'est-à-dire des plus générales aux plus spécifiques. L'approfondissement des thèmes est l'étape où les questions du guide ont été revues, afin de s'assurer qu'elles touchent l'ensemble de ce qui désire être connu (Paillé, 1991). L'ajout de mots-clés dans le guide a permis à l'étudiante-chercheuse de diriger l'entrevue et d'enrichir les réponses des participantes. Pour terminer, la finalisation du guide lui a donné une forme

professionnelle telle que conseillée par Paillé (1991). En plus de ces étapes, le contenu du guide d'entrevue a été validé par un panel d'experts reconnus en recherche dans le domaine propre aux construits à objectiver avant leur utilisation auprès de la population cible. Celui-ci a ensuite été pré-testé auprès d'une infirmière qui répondait aux critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude actuelle. Cette validation a permis de corriger la formulation de certaines questions et de revoir leur enchaînement pour s'assurer de la logique de leur présentation.

Les entrevues se sont toutes déroulées de mars 2015 à janvier 2016. Elles se déroulaient tous de la même façon, c'est-à-dire qu'avant de commencer, le formulaire d'information et de consentement (voir l'Annexe V) était lu et rempli en présence de l'étudiante-chercheure. Par la suite, le questionnaire des données sociodémographiques était complété, puis l'entrevue individuelle semi-dirigée conduite par l'étudiante-chercheure débutait. La durée moyenne des entrevues a été de 48 minutes (36 minutes à 1 heure 4 minutes). Chacune des entrevues a été enregistrée sous forme de fichiers audionumériques pour assurer la retranscription intégrale en verbatim par l'étudiante-chercheure et ainsi permettre l'analyse du contenu.

### **Entrevue de groupe**

L'entrevue de groupe a contribué à la collecte des données en ayant comme objectifs de compléter les informations recueillies et de valider les résultats analysés (Fern, 2001). Dans le cadre de l'étude actuelle, l'entrevue de groupe a été utilisée dans une perspective de confirmation des résultats obtenus à la suite des entrevues individuelles. Cette entrevue de validation a favorisé le partage des consensus et des désaccords des participantes au sujet de l'analyse des données (Baribeau & Germain, 2010). En mai 2016, L'ensemble des 12 participantes a été convoqué pour participer à l'entrevue de validation et seulement cinq ont répondu à l'appel. Le guide d'entrevue de groupe (voir l'Annexe IV) a d'abord été développé en utilisant les étapes proposées par Paillé (1991) et décrites précédemment. Les questions

se sont appuyées sur les résultats obtenus lors des entrevues individuelles et l'ordre de présentation a respecté les thèmes de l'étude : les sources de stress, les ressources et les stratégies d'adaptation. Le guide d'entrevue a lui aussi été validé par des experts en recherche qualitative avant son utilisation auprès des participantes.

L'entrevue de groupe a contribué à la révision des résultats de l'analyse de chacune des catégories. Celle-ci a été animée par l'étudiante-chercheure, pendant 1 heure 15 minutes. Pour débiter, un rappel de la confidentialité et de l'anonymat de la participation à l'étude a été fait. L'étudiante-chercheure a ensuite présenté les résultats obtenus. Les participantes ont pu émettre leurs opinions et leurs réflexions en lien avec ces résultats. Afin de faciliter la compréhension des participantes, une version préliminaire de la schématisation des résultats leur a été remise en format papier. Les participantes ont pu y faire référence à tout moment. Enfin, la totalité de l'entrevue a été enregistrée en fichier audionumérique. Immédiatement après la tenue de l'entrevue, l'étudiante-chercheure a retranscrit son contenu sous forme de verbatim, pour en faciliter l'analyse.

### **Notes de terrain**

Des notes de terrain ont été prises tout au long de la conduite des entrevues individuelles et de groupe. Celles-ci sont utilisées en recherche qualitative dans le but de soutenir l'interprétation des observations de l'étudiante-chercheure (Fortin & Gagnon, 2016). Les notes de terrain ont été écrites dans l'intention de relever les réflexions et les sentiments de l'étudiante-chercheure, ainsi que toutes descriptions concernant les réactions des participantes lors du déroulement des entrevues. Les notes de terrain ont laissé une trace de ce qui s'est produit lors du déroulement de la collecte des données et ont été une source de référence lors de l'analyse des données.

#### 4.5. L'ANALYSE DES DONNEES

L'analyse qualitative de l'ensemble du matériel recueilli s'est déroulée selon le *Modèle général des étapes de l'analyse de contenu* de L'Écuyer (1990). Ce modèle favorise la compréhension du sens d'un phénomène (L'Écuyer, 1990). Les six étapes proposées par le modèle de L'Écuyer (1990) sont : 1) la lecture préliminaire et l'établissement de la liste des énoncés; 2) le choix et la définition des unités de classification; 3) le processus de catégorisation et de classification; 4) la quantification et le traitement statistique; 5) la description scientifique; et 6) l'interprétation des résultats.

Avant d'entreprendre l'analyse, l'étudiante-chercheure a elle-même retranscrit les entrevues et les a réécoutées afin de s'assurer de l'exactitude de la retranscription. D'ailleurs, Paillé et Mucchielli (2012) considèrent ce travail comme étant une partie importante de l'analyse des données. Par la suite, une lecture préliminaire des verbatim des entrevues individuelles a permis d'amorcer l'analyse. Cette première étape a permis à l'étudiante-chercheure de s'imprégner des données recueillies et d'appréhender la place des énoncés dans les différentes catégories (L'Écuyer, 1990). Le logiciel d'analyse qualitative QSR NVivo 10<sup>md</sup> a été utilisé afin de faciliter la gestion de l'ensemble du matériel provenant des entrevues. Les énoncés ont été divisés en phrases ou en paragraphes possédant une similitude du sens donné à leur contenu. Par la suite, des codes ont été attribués aux différentes unités de sens en utilisant les mots exacts de l'énoncé. De cette façon, le sens de ce qui a été dit est conservé et les extrapolations sont évitées (L'Écuyer, 1990). Ces deux premières étapes ont donc permis l'obtention d'une première vue d'ensemble du contenu.

Le processus de la catégorisation et de la classification représente la troisième étape de l'analyse du contenu. Dans le cadre de cette étude, l'analyse de contenu a été faite selon les grands thèmes du Modèle transactionnel de stress adapté de Lazarus et Folkman (1984), soit : les sources de stress, les ressources et les stratégies d'adaptation. Selon L'Écuyer (1990), une catégorie représente une unité globale comportant un sens commun plus large et caractérise de la même façon les différents énoncés qui s'y rattachent. C'est pourquoi des définitions claires ont été attribuées aux catégories afin d'assurer l'exactitude de la classification. Les

unités de sens ont été regroupées et classées sous les différentes catégories. L'Écuyer (1990) suggère trois modèles de catégories différentes, soit ouvertes où aucune catégories n'est prévues, soit fermées où les catégories sont prédéterminées et ne peuvent être modifiées ou soit mixtes. Dans le cadre de cette étude, le modèle des catégories mixtes a été utilisé. Des catégories préexistantes ont donc été prévues, mais il y avait une ouverture quant à l'émergence de nouvelles catégories. De plus, l'étudiante-chercheure a également pu modifier, rejeter ou conserver certaines catégories.

Les catégories ont été révisées afin de s'assurer qu'elles respectent les qualités essentielles proposées par L'Écuyer (1990). Tout d'abord, les catégories doivent être exhaustives, c'est-à-dire qu'elles ont considéré l'entièreté des données recueillies tout en étant en nombre limité. De cette façon, les erreurs de classification ont pu être évitées (L'Écuyer, 1990). De plus, les catégories sont cohérentes, puisqu'un lien logique doit exister entre elles et que chacune ajoute un élément nouveau et complémentaire à la compréhension du phénomène (L'Écuyer, 1990). Ensuite, chaque catégorie est contrainte à l'homogénéité. Les énoncés contenus dans chacune des catégories se ressemblent et ont une signification comparable. Elles sont pertinentes et un lien logique entre le contenu analysé, les objectifs de l'analyse et le cadre de référence est présent, c'est-à-dire que ces trois éléments doivent être en lien avec l'objectif de l'étude. Enfin, les catégories ont été clairement définies et objectivées, ce qui a été facilité par la triangulation de l'analyse entre l'étudiante-chercheure, sa directrice et son codirecteur. Finalement, toutes ces caractéristiques ont fait en sorte que les données sont présentées de façon cohérente pour assurer une meilleure compréhension (L'Écuyer, 1990).

Afin de s'assurer de l'exactitude de la classification, des vérifications ont été effectuées. D'abord, tel que proposé par L'Écuyer (1990), l'étudiante-chercheure s'est assurée que chaque énoncé était bel et bien dans la bonne catégorie et s'est questionnée afin de déterminer si les énoncés ne devraient pas se retrouver dans une autre catégorie. Par la suite, de nouvelles catégories ont été créées puisque certains énoncés ne semblaient pas être inclus dans aucune catégorie (L'Écuyer, 1990). Certaines catégories ont été fusionnées, après que l'étudiante-chercheure se soit assurée de la similitude de leur contenu, tandis que d'autres ont été abolies,

afin d'éviter les redondances, comme le suggère L'Écuyer (1990). Les énoncés plus difficiles à catégoriser, qui avaient été mis de côté lors de la codification initiale, ont par la suite été intégrés aux catégories existantes. Ces dernières devaient alors être redéfinies pour inclure ces énoncés et catégoriser l'ensemble du matériel recueilli. À la suite des vérifications, il a été possible de s'assurer que l'entièreté des énoncés était bien catégorisée. De cette façon, les catégories et sous-catégories représentent bien l'ensemble de l'analyse de la problématique.

La quatrième étape est celle de la quantification et du traitement statistique (L'Écuyer, 1990). Le nombre d'énoncés de chaque catégorie des trois grands thèmes (sources de stress, ressources et stratégies d'adaptation) a été comparé pour donner une idée de la représentativité des catégories en matière de fréquence d'apparition des différents énoncés dans chacune des catégories. Ensuite, lors de la cinquième étape, celle de la description scientifique, qui correspond au chapitre des résultats dans ce mémoire, un portrait des diverses catégories a été tracé à l'aide d'extraits de verbatim (L'Écuyer, 1990). Ceci a fait émerger les relations qui existent entre les diverses catégories et a facilité la description du phénomène étudié (L'Écuyer, 1990). Pour ce faire, l'étudiante-chercheuse a réalisé des schémas afin de rendre plus concrets les résultats. Enfin, la dernière étape du modèle d'analyse présente la discussion des résultats obtenus par l'étudiante-chercheuse ainsi que validés par les participantes.

#### **4.6. LES CRITERES DE RIGUEUR SCIENTIFIQUE**

En recherche qualitative, il importe de respecter certains critères de rigueur scientifique. Différents auteurs en proposent, mais dans le cadre de cette étude, ceux de Guba (1981) ont été adoptés, soit : la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la confirmabilité. La crédibilité réfère à la concordance des observations avec la réalité telle que perçue par les participantes (Guba, 1981). L'interprétation juste des données recueillies et une représentation de la réalité la plus fidèle possible sont nécessaires pour répondre à ce critère (Drapeau, 2004). Selon Fortin et Gagnon (2016), la triangulation des sources de données et la présentation des

résultats aux participantes font partie des techniques qui permettent d'atteindre la crédibilité. Dans le cadre de cette étude, une triangulation des sources de données entre les entrevues individuelles, l'entrevue de groupe ainsi que les notes de terrain ont été faites afin de comparer et valider les résultats.

La transférabilité, selon Guba (1981), représente les possibilités que les résultats obtenus lors de la collecte de données soient les mêmes dans un contexte similaire. Pour ce faire, une description dense et détaillée du contexte du phénomène à l'étude doit être faite (Fortin & Gagnon, 2016; L'Écuyer, 1990). Dans le cas présent, les différentes composantes du contexte de l'étude ont été décrites, tout comme les particularités de l'unité de soins intensifs et des infirmières débutantes. Ces informations sont présentées en détail dans le chapitre des résultats.

La fiabilité contribue à l'obtention de résultats similaires dans le cas où l'étude serait répétée à un autre moment, dans le même contexte, avec les mêmes méthodes et les mêmes participantes (Guba, 1981; Shenton, 2004). Afin d'atteindre ce critère, différentes méthodes de collecte des données ont été utilisées pour corroborer les résultats, soit : l'entrevue individuelle, l'entrevue de validation de groupe et les notes de terrain. De plus, une vérification de la codification des données, de leur analyse et des résultats a été faite par la directrice et le codirecteur de recherche.

Le dernier critère de Guba (1981) est celui de la confirmabilité et fait référence à la neutralité de l'interprétation des données (Fortin & Gagnon, 2016). Les résultats obtenus représentent donc de manière impartiale l'expérience et les idées des participantes et non le point de vue de la chercheuse (Fortin & Gagnon, 2016; Shenton, 2004). Afin d'atteindre la confirmabilité, l'étudiante-chercheuse s'est assurée de l'exactitude de son analyse et de ses interprétations auprès de la directrice et du codirecteur, et ce, à chaque étape du processus de la recherche. De plus, une validation des résultats obtenus suite à l'analyse a été faite auprès des participantes. Afin de juger de la qualité des résultats et d'assurer la confirmabilité, une triangulation de la codification des données a été faite entre la directrice, le codirecteur de recherche, ainsi que l'étudiante-chercheuse.

#### 4.7. LES CONSIDERATIONS ETHIQUES

Le projet a été approuvé en décembre 2014 par le comité d'éthique du centre hospitalier dans lequel l'étude s'est déroulée (CÉR : 21143) suivie de celle de l'université d'attache de l'étudiante-chercheure en janvier 2015 (CÉR : 83-560). Un renouvellement des approbations des deux comités d'éthique a été obtenu en novembre 2015, afin de terminer les entrevues individuelles et de groupe. Les principes d'éthique de la recherche soit le respect d'autrui, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice ont été respectés tout au long de l'étude.

Afin de se conformer aux critères de respect d'autrui et de justice, l'ensemble des participantes a été informé des objectifs de l'étude. Elles ont été libres de participer ou non et ont pu quitter l'étude sans avoir à se justifier ou subir de préjudice. De plus, les participantes ont reçu un formulaire d'information et de consentement (voir l'Annexe V). Celui-ci contenait des informations détaillées sur les objectifs de l'étude, ainsi que ce qui était attendu d'elles soit leur participation à deux entrevues : une individuelle et une de validation en groupe. Le formulaire a été signé en présence de l'étudiante-chercheure, qui a été disponible pour présenter les détails de la recherche et répondre aux questions des participantes, ce qui a assuré un consentement éclairé de leur part.

Dans un souci de bienfaisance et de non-malfaisance, les participantes ont été avisées que le seul inconvénient à leur participation était que les entrevues individuelles et de groupe pouvaient ramener certains souvenirs et émotions fortes faisant partie de leur expérience. Pour remédier à cette situation, une référence au Programme d'Aide aux Employés, disponible gratuitement pour l'ensemble des infirmières du milieu de l'étude, était envisageable. Par ailleurs, les participantes ne retiraient aucun avantage personnel à participer à cette étude. La confidentialité et l'anonymat des participantes ont été respectés tout au long du déroulement de la recherche. L'étudiante-chercheure a attribué un code à chaque participante pour assurer l'anonymat. Les enregistrements en format audionumériques et les verbatims des entrevues individuelles ainsi que celui de l'entrevue de groupe ont été conservés dans un fichier sécurisé par un mot de passe connu seulement de l'étudiante-chercheure. Ces documents seront tous détruits cinq ans après le dépôt final du mémoire. Enfin, dans le but de respecter

l'anonymat, aucune publication ni présentation scientifique ne permettra de reconnaître les participantes ou d'identifier le milieu dans lequel elles travaillent.



## **CHAPITRE 5 - LES RÉSULTATS**

Ce cinquième chapitre présente les résultats de l'étude dont l'objectif général est de mieux comprendre l'adaptation de l'infirmière d'expérience lors de sa première année de pratique aux soins intensifs. Les résultats obtenus ont permis de répondre aux trois questions spécifiques de recherche, soit : 1) Quelles sont les sources de stress de l'infirmière lors de sa première année aux soins intensifs ? ; 2) Quelles sont les ressources personnelles, sociales et organisationnelles de l'infirmière lors de sa première année aux soins intensifs ? et 3) Quelles sont les stratégies d'adaptation au stress vécu développées par l'infirmière lors de sa première année aux soins intensifs ? Ainsi, ce chapitre se divise en deux parties, soit la description des participantes suivie des résultats de cette recherche en fonction des trois grands thèmes du modèle transactionnel de stress de Lazarus et Folkman (1984). Ces thèmes sont les sources de stress identifiées par les débutantes, les ressources qu'elles utilisent et finalement les stratégies d'adaptation qu'elles ont décrites.

### **5.1. LA DESCRIPTION DES PARTICIPANTES DE L'ETUDE**

Parmi l'ensemble des candidates potentielles des trois unités de soins intensifs du centre hospitalier québécois à l'étude, ce sont 4 hommes et 8 femmes, pour un total de 12 participantes qui ont fait partie de l'échantillon final. Le profil des participantes est présenté au Tableau 1. L'âge moyen des participantes était de 26 ans. De l'ensemble de ces participantes aux profils variés, la moitié provenait de la formation collégiale (DEC), tandis que

deux détenaient un baccalauréat (BAC) initial en sciences infirmières et quatre avaient complétés la formation DEC-BAC. La majorité ( $n = 9$ ) provenait de l'équipe volante. Cet échantillon restreint<sup>5</sup> a malgré tout permis d'obtenir une diversification dans les résultats.

**Tableau 1**  
Profil des participantes à l'étude

Caractéristiques		Total
Sexe	Femme	8
	Homme	4
Âge (années)	20 à 25	7
	26 à 30	2
	31 à 35	3
Expérience comme infirmière (années)	2	4
	3	3
	4	3
	Plus de 5	2
Expérience aux soins intensifs (mois)	4 à 6	1
	7 à 9	2
	10 à 12	9
Formation	DEC	6
	BAC	2
	DEC-BAC	4
Unité reliée au poste occupé	Équipe volante	9
	Chirurgie cardiaque	2
	Soins intensifs respiratoires	0
	Unité coronarienne	1

La deuxième partie de ce chapitre présente les résultats obtenus à la suite des entrevues individuelles et de groupe et se divise en trois grands thèmes soit : les sources de stress, les ressources et les stratégies d'adaptation de la débutante aux soins intensifs, en accord avec le

---

<sup>5</sup> L'échantillon constitue néanmoins 50 % du nombre total des infirmières ciblées dans le milieu hospitalier où s'est déroulée la présente étude.

modèle transactionnel de stress de Lazarus et Folkman (1984). La Figure 3 présente une schématisation des résultats de l'étude.

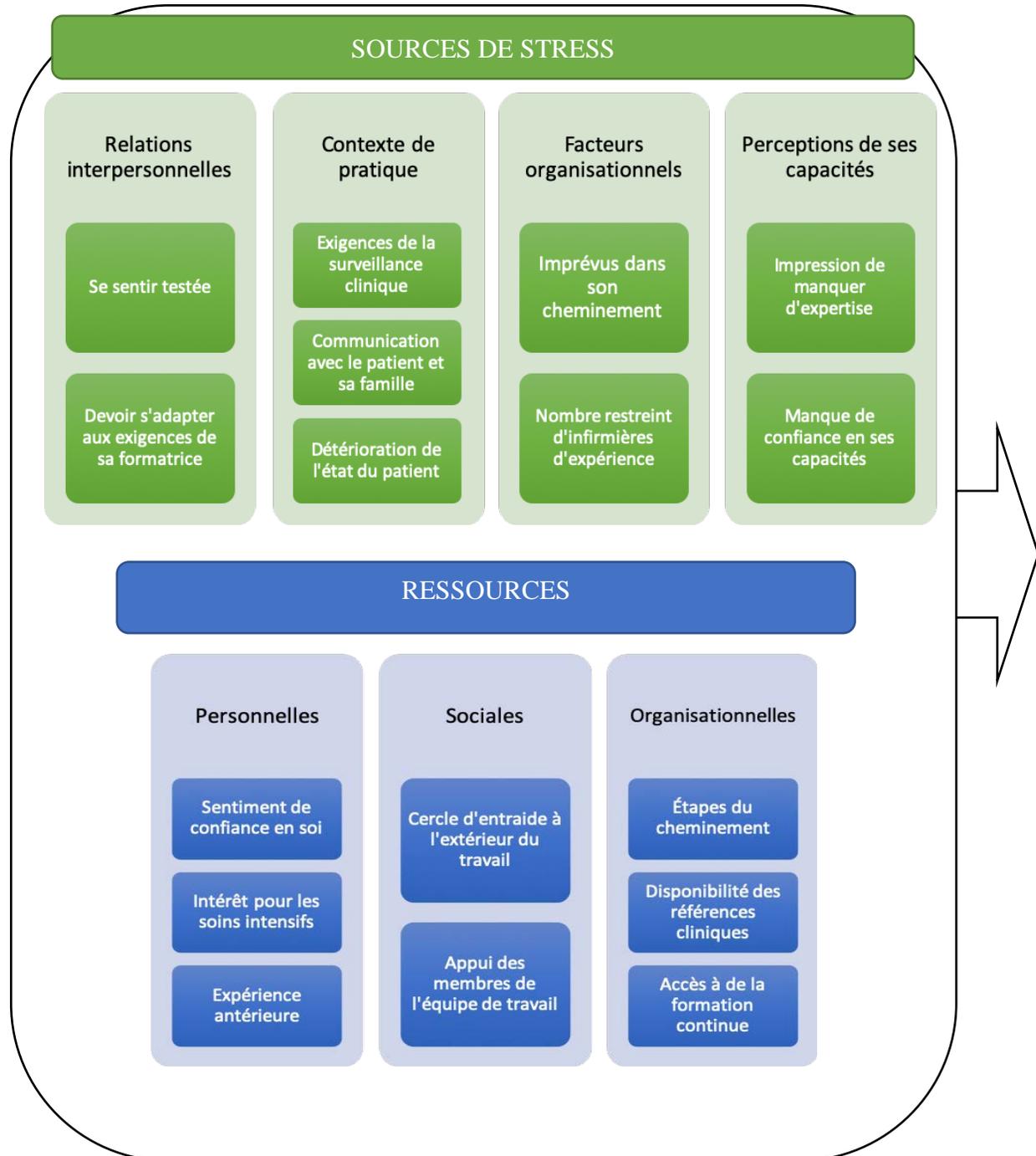
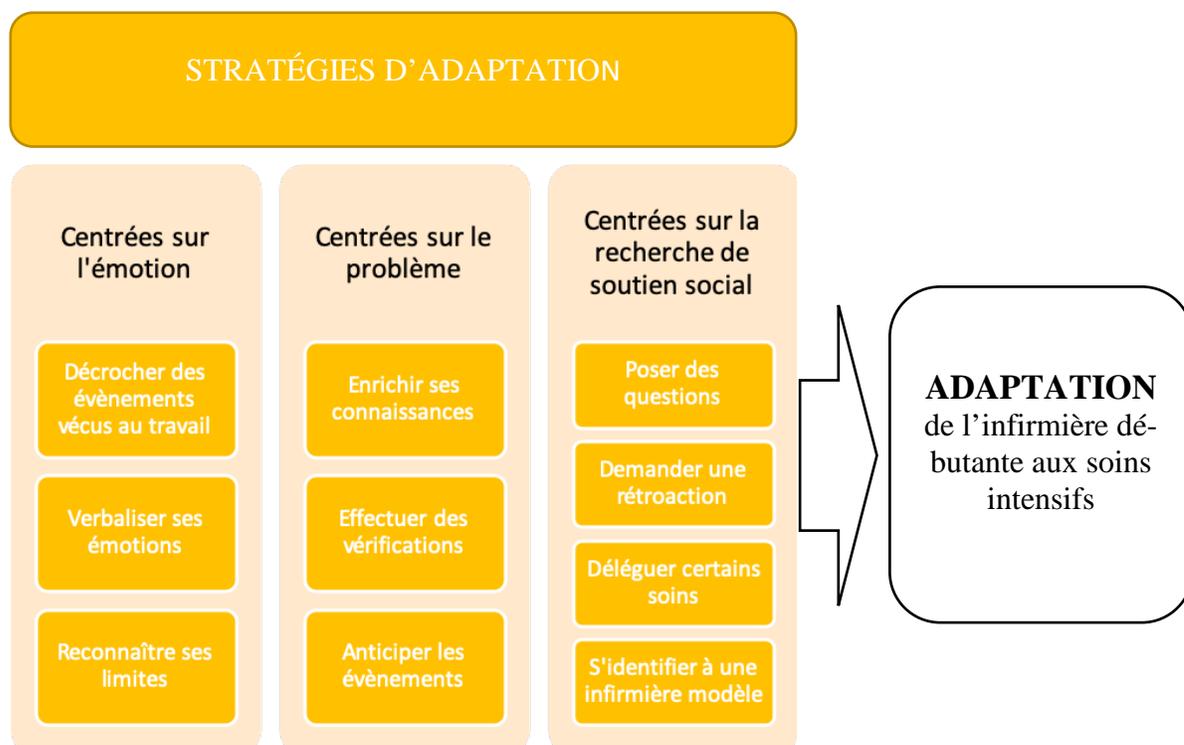


Figure 3. Schématisation des résultats de l'étude



**Figure 4.** Schématisation des résultats de l'étude (suite)

## **5.2. LES SOURCES DE STRESS DE LA DEBUTANTE AUX SOINS INTENSIFS**

Les résultats de l'étude mettent en évidence que les sources de stress en lien avec l'adaptation de la débutante aux soins intensifs sont présentées selon quatre grandes catégories : les relations interpersonnelles dans l'équipe de travail, le contexte de pratique dans les soins intensifs, les facteurs organisationnels et les perceptions négatives de ses capacités à travailler aux soins intensifs.

### **Les relations interpersonnelles dans l'équipe de travail**

Les sources de stress provenant de cette catégorie sont en lien avec les relations interpersonnelles qu'entretient la débutante avec les collègues infirmières et l'ensemble des autres professionnelles qu'elle côtoie dans le cadre de son travail. Les participantes ont identifié deux sources de stress reliées à cette catégorie, soit : se sentir testées par les membres de l'équipe et devoir s'adapter aux exigences de sa formatrice.

#### ***Se sentir testée par les membres de l'équipe***

Lorsque la débutante commence le jumelage, elle se sent souvent testée étant donné qu'elle est une inconnue aux yeux des membres de l'équipe. Des trois participantes ayant mentionné ce stress, une affirme s'être sentie mise à l'épreuve par des collègues à quelques reprises. Une des participantes soutient ceci :

[Je me sentais] testée, pas de toutes les personnes, mais de certaines. Et c'est correct aussi et c'est normal, parce que tu arrives là et tu ne connais personne et ils ne savent pas comment tu travailles. C'est une façon qu'elles ont entre elles de s'assurer que leur équipe est fonctionnelle et sécuritaire (Inf.01).

La débutante peut se sentir testée lorsqu'on lui pose des questions en lien avec des techniques de soins, par exemple.

Dans le cadre de ses nouvelles fonctions, la débutante doit interagir avec de nombreuses personnes qu'elle ne connaît pas encore, ce qui contribue au stress vécu. C'est d'ailleurs ce que mentionne une participante : « [...] il y a énormément de personnel, que ce soit des médecins, des infirmières, des [inhalothérapeutes], tout le monde. Au début, je trouvais que je me sentais testée, tout le temps. » (Inf.11). Plus précisément, la débutante peut ressentir l'obligation de devoir agir comme l'ensemble des infirmières de l'unité : « Je trouve que c'est [difficile] de s'intégrer dans une équipe pour le côté, pas nécessairement le côté professionnel, mais le côté, on dirait qu'il faut que tu « *fit* dans le moule ». Il faut que tu sois acceptée. Il faut que tu penses quasiment pareil. » (Inf.11). Lorsque la participante mentionne « *fit* dans le moule », cela représente ses efforts pour s'intégrer, étant donné que ses collègues s'attendent à ce que la débutante intervienne de la même façon qu'elles le feraient.

Le stress qu'apporte le sentiment de se faire tester est similaire à la peur de se faire juger, deux participantes en font d'ailleurs mention : « L'autre stress que j'avais le plus c'était peut-être de me faire juger. J'avais peur de ne pas faire l'affaire, que le monde me juge. » (Inf.04). Une participante explique comment le stress est présent lorsque certaines collègues la questionnent sur ses connaissances dans le but de la déstabiliser : « C'est un peu déstabilisant. Si tu ne réponds pas à la question [...] vas-tu te faire juger ? Tu te sens vraiment testée et [...] ça augmente un peu ton stress. » (Inf.11). Ces questionnements de la part de certaines collègues peuvent amener la débutante à vivre du stress lorsqu'elle doit demander de l'aide.

Lorsqu'elle demande de l'aide, la débutante ne veut pas être perçue comme une infirmière ne possédant pas assez de connaissances ou habiletés cliniques nécessaires à la pratique aux soins intensifs : « Moi, ça me stressait un peu au début [de demander de l'aide]. On dirait, parce que je ne voulais pas que ce soit perçu comme un manquement au fait de ce que tu es supposée savoir. » (Inf.01). Dans le même ordre d'idée, certaines collègues infirmières ne sont pas toujours ouvertes à répondre aux questions et peuvent rendre la débutante mal à l'aise lorsqu'elle leur demande de l'aide : « Mettons, tu fais juste poser une question et quelqu'un que ça ne lui tente pas de te répondre va te dire : « Ben là, tu devrais le savoir,

ça ! Fait que, c'est moins plaisant de se faire répondre comme ça. » (Inf.12). Enfin, la débutante vit du stress parce qu'elle se sent testée par ses collègues, elle se considère comme une inconnue dans le milieu et sent qu'elle doit agir comme les autres pour ne pas se faire juger. Elle doit aussi porter une attention aux questions qu'elle pose pour ne pas être perçue comme n'ayant pas la compétence requise pour travailler dans une unité de soins intensifs.

### *Devoir s'adapter aux exigences de sa formatrice*

Quatre débutantes ont mentionné que de devoir s'adapter à leur formatrice était une source de stress, pendant la période de jumelage. D'ailleurs, une participante mentionne ceci : « L'infirmière avec qui j'étais jumelée était énormément [exigeante]. Pas plus stressée, peut-être plus nerveuse ou plus active, vraiment comme elle bouge vite, vite, vite. Elle pense vite, vite, vite. Et là, il fallait comme que je m'adapte à ça. » (Inf.02). Tandis qu'une autre participante a dû modifier sa façon de travailler pour répondre aux attentes de sa formatrice : « Les personnes n'ont pas les mêmes façons de travailler. Ils (sic) n'ont pas les mêmes attentes, non plus. Tu apprends à fonctionner avec une personne et elle te dit ça va bien [...]. Tu fais la même chose avec une autre personne et là, [...] ça ne fonctionne pas et tu ne vas jamais réussir aux soins intensifs. » (Inf.01). La débutante doit donc s'adapter aux différentes attitudes et exigences de ses formatrices, qui varient en fonction de leurs tempéraments ainsi que leur expertise en soins intensifs. De plus, la formatrice a le pouvoir de déterminer si la débutante est suffisamment compétente pour passer à la période de probation. La débutante se sent donc stressée de devoir répondre aux exigences qui varient en fonction de la formatrice, puisque cette dernière détermine si elle peut passer à l'étape suivante de son cheminement.

## **Le contexte de pratique dans les soins intensifs**

Selon les débutantes interrogées, le contexte de pratique particulier aux soins intensifs est responsable de différentes sources de stress, soit : les exigences de la surveillance clinique, la communication avec le patient et sa famille et la détérioration de l'état du patient.

### *Les exigences de la surveillance clinique*

Près de la moitié des participantes considèrent que la surveillance clinique requise par le patient aux soins intensifs représente une source de stress : « C'est sûr que c'est plus stressant parce que tu as peur que ton patient il lui arrive quelque chose et tu ne t'en aperçois pas [...] que tu aurais été censé voir ça et que tu ne l'as pas vu. » (Inf.09). Les technologies qui permettent la surveillance clinique émettent souvent des alarmes différentes qui peuvent être entendues à différents moments et qui contribuent à ce stress :

Admettons, si [une partie de l'équipement] se [défait] mettons, tu es comme, je l'ai déjà entendu... il faut que tu réagisses vite, parce que tout d'un coup que tu ne l'entends pas ce bruit-là... Tu n'as comme pas le choix de l'entendre. On dirait qu'il faut que tu sois plus attentive aux sons autour. (Inf.09)

La surveillance clinique est essentielle à la sécurité du patient et permet à l'infirmière d'intervenir rapidement et de manière ciblée. Il se peut que cette surveillance clinique soit requise lorsque des examens diagnostiques doivent s'effectuer à l'extérieur de l'unité. Le patient doit être transporté dans son lit et avec tout l'équipement nécessaire pour que l'infirmière puisse assurer sa surveillance en salle d'examen. Une participante mentionne à quel point cela lui occasionne du stress : « Partir en examen avec un patient, [...] Au début, je trouvais ça quand même stressant. » (Inf.07). La surveillance clinique requise aux soins intensifs diffère souvent de ce à quoi la débutante était habituée dans l'unité de soins généraux. Au début, elle est souvent plus vigilante, c'est-à-dire qu'elle fera beaucoup de vérifications supplémentaires pour s'assurer que tout est fait correctement. Malgré tout, la débutante fera de nombreux apprentissages en vivant diverses situations de soins qui contribueront à son adaptation.

### *La communication avec le patient et sa famille*

La communication avec le patient et sa famille est décrite par le quart des participantes comme une source de stress. Pour ce qui est de la communication avec le patient sous ventilation mécanique, parfois les premiers contacts sont une source de stress, puisqu'il est souvent difficile de communiquer avec un patient sous sédation intraveineuse et inconscient : « Je trouvais ça bizarre de parler sans que personne ne m'entende. Tu sais qu'il t'entend, mais tu n'as pas... le manque de feedback. On n'est pas habitué de pas avoir de feedback. » (Inf.01). Le manque de rétroaction semble souvent créer un malaise chez les débutantes. Dans le cas contraire, lorsque le patient n'est pas dans un état de coma provoqué par la sédation, elle doit s'occuper d'intervenir en plus de le rassurer, ce qui peut être stressant. Une participante fait part que de devoir expliquer au patient que son état se détériore en même temps qu'elle doit faire des interventions cliniques lui crée du stress :

Le patient était réveillé, ce n'était pas un patient intubé. C'est ça aussi qui était stressant, d'expliquer au monsieur qu'on ne sait pas trop ce qui se passe. [...] Ça te stresse, mais lui il est encore plus stressé, il veut être rassuré. Il ne faut pas que toi ça paraisse que tu es stressée [...] » (Inf.01)

Elle ajoute aussi que la situation contraire aurait été beaucoup moins stressante : « S'il avait été intubé, sous sédation, endormi. Tu gères la situation, le patient dort et en a pas conscience. » (Inf.01). Le patient qui est éveillé doit être rassuré et informé, tandis que lorsqu'il est inconscient, la débutante peut se concentrer sur ses interventions sans avoir à lui communiquer. Dans ce cas, il peut être plus facile pour elle de ne pas avoir à gérer les émotions du patient.

Pour ce qui est de la communication avec la famille, une participante souligne que ceci peut également être une source de stress : « Tu ne sais pas elle est où la limite entre donner de l'information juste à la famille parce que tu as le patient qui est intubé et lui ne peut pas s'exprimer sur comment il va. Je trouve que ça, c'est difficile aux soins intensifs. » (Inf.07). La débutante doit souvent interagir avec les membres de la famille pour leur donner des explications sur l'état de santé de leur proche. Dans le cas où le patient est dans un état critique,

la débutante est stressée puisqu'elle doit effectuer les nombreux soins requis en plus de devoir communiquer plusieurs informations à la famille.

### *La détérioration de l'état du patient*

La détérioration de l'état du patient est une source de stress pour plusieurs débutantes interrogées et peut, par exemple, se produire lorsque le patient présente des troubles du rythme cardiaque, une altération de l'état respiratoire ou une hémorragie à la suite d'une chirurgie :

Parce que là dans les soins, tout le monde se « garroche » [quand un patient complique]. Ok, c'est moi qui s'en occupe, mais là, je ne sais pas où me mettre. [...] Tout le monde est tellement habitué qu'ils font les choses tout de suite. Tu es là : Qu'est-ce que je fais ? » (Inf.03)

Lorsqu'un patient présente des signes de complication, la débutante se sent parfois dépassée et ressent qu'elle n'est plus à sa place. C'est ce que trois participantes mentionnent. Une autre fait part que ce sont plutôt les premières fois qu'elle doit intervenir dans une situation qu'elle n'a jamais vécue qui représentent une source de stress : « Des fois, j'arrivais et [...] je me disais : « Je n'ai jamais fait ça... » C'est tout le temps les premières fois. Je n'ai jamais fait ça. Ok, par quoi je commence. » (Inf.11). Une autre participante contextualise cette source de stress : « Moi, juste ma première chute de pression, j'avais l'impression que je ne savais pas comme quoi faire sur le coup. Ce n'était pas évident. » (Inf.06). Enfin, lorsque l'état d'un patient se détériore, cela ajoute plusieurs activités de soins supplémentaires et la débutante peut sentir qu'elle a trop de choses à faire : « Je viens stressée quand j'ai comme trop de choses à faire. Quand j'ai trop de choses à faire, pis que là le temps [manque]. Là, il fallait que je fasse ma tournée de 1h00 et que là il est rendu 1h15. » (Inf.02) Dans ce cas, la débutante peut avoir peur de ne pas pouvoir exécuter l'ensemble des interventions requises à temps : « Là, tu es stressée, dans le sens, tu es serrée dans ton temps et tu n'arrives pas et c'est vraiment tout le temps [stressant]. » (Inf.11). Enfin, lors d'une détérioration de l'état du patient, la débutante vit du stress étant donné que plusieurs intervenants doivent être présents

et que des soins supplémentaires qui prennent du temps sont nécessaires. Cette situation est encore plus stressante lorsqu'elle se produit les premières fois.

### **Les facteurs organisationnels**

Les sources de stress en lien avec les facteurs organisationnels se rapportent au fonctionnement du milieu hospitalier et affectent la débutante dans le cadre de ses fonctions à titre d'employée. Les participantes ont identifié deux sources de stress en lien avec les facteurs organisationnels : les imprévus dans son cheminement et le nombre restreint d'infirmières d'expérience dans l'unité.

#### ***Les imprévus dans son cheminement***

Selon la moitié des infirmières interrogées, les imprévus vécus à divers moments pendant les étapes de leur cheminement sont une source de stress. Des participantes font part que ce qui est stressant lors du jumelage est que certaines journées prévues à leur horaire sont soudainement changées pour un quart de travail dans une autre unité où elles sont déjà formées. À ce moment imprévu, elles se voient assignées à travailler dans une autre unité au lieu de continuer à faire des apprentissages liés aux soins intensifs : « Je l'ai eu un peu coupé mon jumelage [...]. C'était un stress. » (Inf.03). Une autre participante mentionne que c'est l'imprévisibilité qui est à l'origine de cette source de stress : « Quand [l'assistante ou l'infirmière-chef] divise le jumelage, ce n'est jamais prévu. [...] Tu apprends rendue sur l'unité que tu vas aller travailler sur une autre unité et le jumelage, tu le reprendras quand tu vas pouvoir. C'est cette partie-là qui est plus stressante. » (Inf.01).

Le jumelage est prévu de façon à ce qu'une seule formatrice soit attitrée à la débutante, et ce, afin d'assurer un suivi de l'évolution de ses connaissances. Cependant, dans un contexte d'imprévu, il arrive parfois que la débutante ait plus d'une formatrice. Une participante se sent déstabilisée lorsque plusieurs formatrices lui sont attitrées : « J'ai trouvé ça assez

difficile d'avoir plusieurs personnes parce que chacun a quand même son fonctionnement. [...] Ça m'a un peu déstabilisée. » (Inf.06). La débutante doit donc s'adapter aux contraintes créées par ce manque de continuité tant dans le déroulement de cette étape qu'auprès des formatrices qui lui sont attitrées.

Les imprévus vécus lors de la probation s'ajoutent aux sources de stress. Une débutante fait d'abord allusion à l'absence d'évaluatrice attitrée : « Ils n'avaient pas pensé à me nommer quelqu'un qui allait être responsable de ma probation. [...] Je l'ai dit pis ça comme été long avant qu'il y ait un suivi. » (Inf.01). Une participante spécifie que c'est la distance qui la sépare de son évaluatrice qui favorise ce stress : « Ils disent que tu es supposée de travailler à côté de [ton évaluatrice], mais finalement, je n'étais jamais à côté d'elle. [...] Tu es comme garrochée (sic), arrange-toi toute seule, mais sois sécuritaire. » (Inf.12). Tandis que pour une autre participante, c'est de voir la durée de la probation s'allonger sans aucune justification de la part de l'évaluatrice : « Tu m'as donné deux ou trois nuits de probation de plus, mais après ces nuits-là, pourquoi tu ne me dis pas si ça bien été ou pas. Quand tu n'es pas au courant si tu as fini ta probation ou pas... » (Inf.02). Dans le cas contraire, la justification des raisons du prolongement de la période de probation ne représente pas un stress pour la débutante étant donné qu'elle peut comprendre la situation. L'absence d'évaluatrice, le manque de proximité ou l'allongement de la durée sans aucune justification sont des imprévus vécus pendant la probation et font en sorte que le cheminement devient une source de stress.

### *Le nombre restreint d'infirmières d'expérience dans l'unité*

Selon deux participantes interrogées, le nombre restreint d'infirmières d'expérience dans l'unité représente une source de stress. Une débutante souligne le fait de se retrouver avec des questionnements qui ne peuvent être répondus que par des infirmières ayant de l'expérience : « Le soir, il y avait juste moi et [une autre débutante] sur les heures de repas avec les plus expérimentées aux télémétries, mais elles ne peuvent pas vraiment [venir aider]

non plus. Ça, c'était une situation un peu précaire, je trouvais, des fois. » (Inf.07). La débutante se sent stressée, puisque la sécurité du patient est aussi mise en jeu. Cette source de stress semble plus souvent se produire lors des heures de repas ou de pauses, étant donné que l'équipe se retrouve en situation de personnel réduit et que plusieurs infirmières sont absentes de l'unité.

### **Les perceptions de ses capacités à travailler aux soins intensifs**

Les participantes ont décrit deux sources de stress en lien avec les perceptions de leurs aptitudes à travailler dans les soins intensifs : l'impression de manquer d'expertise et le manque de confiance en ses capacités à intervenir seule auprès du patient.

#### *L'impression de manquer d'expertise*

L'expertise représente l'ensemble des connaissances et de l'expérience d'une infirmière. Plus de la moitié des participantes font part que l'impression de manquer d'expertise est une source de stress, puisque la débutante ne se fait pas encore entièrement confiance : « Tu fais ce que tu as à faire dans l'orientation, mais tu n'as comme pas une vision élargie pour voir comme toutes les priorités. Tu as l'impression un petit peu de manquer d'expérience et de connaissances, évidemment. » (Inf.06). Pour une participante, c'est la mise en application des connaissances qui contribue au stress : « On a peut-être les connaissances, mais de les appliquer, c'est autre chose. De gérer, dans le fond aussi, tout ce qui vient avec finalement. » (Inf.05). Une autre participante mentionne que le stress est survenu lorsqu'elle a constaté une différence entre la théorie acquise en classe et la pratique clinique :

Tu te rends compte que c'est pas du tout comme dans les livres. C'est comme la façon qui était expliquée avec la théorie. C'était facile à comprendre, mais dans la pratique, il y a toujours... Disons qu'on ne se fie pas toujours à ce qui a été donné. Il y avait toujours des petites particularités que si on est en cas d'urgence, si on suit à la lettre comme dans les livres, ça ne marche pas toujours. [...] Au début, ça me stressait un peu. » (Inf.10)

De plus, une autre débutante contextualise ce stress : « Je me rappelle que ma courbe de ballon intra aortique [...] n'était pas normale. Surtout au début, quand c'est comme les premières que tu as [un patient avec un ballon intra-aortique] et là de les lire [les courbes] et les voir. [...] Ce n'est pas la même chose que dans les livres. » (Inf.9). Pour certaines, la perception de différences entre ce qui a été appris en théorie et l'application clinique est donc une source de stress.

### *Le manque de confiance en ses capacités à intervenir seule auprès du patient*

La moitié des participantes ont fait part que lorsqu'elles se sont retrouvées seules auprès du patient à leur charge pour la première fois, elles ont vécu du stress. Elles avaient l'impression de ne pas avoir confiance en leurs capacités. Dans ce contexte, la débutante doit assurer l'ensemble des soins sans rapidement avoir accès à sa formatrice pour répondre à ses questions ou l'aider : « Je trouvais ça un peu stressant, c'est normal, je pense. Tu es habituée d'avoir toujours quelqu'un en arrière de toi qui te rappelles quand tu fais une petite affaire pas correcte. » (Inf.01). La débutante ne peut plus simplement se fier sur la présence de sa formatrice pour répondre à ses questionnements. Elle doit résoudre elle-même ses interrogations ou demander de l'aide à une collègue : « Quand tu es en jumelage, tu te fies toujours que s'il y a quelque chose, ce n'est pas grave, je vais pouvoir me fier sur l'autre personne. Mais quand tu es toute seule, c'est une autre *game*. » (Inf.03). Cette source de stress est aussi présente lorsque la débutante amorce la probation : « Ma première journée de probation, j'étais super stressée. Je pense que c'était plus stressant qu'en jumelage, et tout ça, parce que comme je dis, ben là, tu es lâchée lousse. » (Inf.02). Quand la participante mentionne « lâchée lousse », elle fait référence au fait qu'elle se retrouve seule et qu'elle doit être autonome dans la prestation de ses soins. L'acquisition ou le développement de l'autonomie dans la prise en charge du patient est perçu comme une source de stress, puisque la débutante se retrouve sans le filet de sécurité qu'offrait la présence de la formatrice.

### 5.3. LES RESSOURCES DE LA DEBUTANTE AUX SOINS INTENSIFS

Les résultats de l'étude mettent en évidence les différentes ressources de la débutante qui s'adapte au milieu des soins intensifs. En accord avec le modèle transactionnel de stress adapté de Lazarus et Folkman (1984), les ressources de la débutante sont présentées en fonction des trois grands catégories, soit : personnelles, sociales et organisationnelles.

#### **Les ressources personnelles**

Les trois ressources personnelles qui permettent à la débutante de s'adapter sont : le sentiment de confiance en soi, l'intérêt pour les soins intensifs; et l'expérience antérieure.

#### ***Le sentiment de confiance en soi***

Quatre participantes identifient le sentiment de confiance en soi comme étant une ressource et estiment qu'il facilite l'adaptation au milieu : « Ça aide beaucoup, je pense, la confiance. Il ne faut pas que ce soit trop gonflé et que ça ne tienne à rien, mais je pense que si tu es capable de l'appuyer sur quelque chose de concret, ça peut être très positif. » (Inf.01). Quand la participante mentionne que la confiance en soi doit s'appuyer sur quelque chose, elle tente d'exprimer l'importance de son expérience clinique qui vient la soutenir dans sa prise de décisions. Une participante a d'ailleurs rapporté que la confiance en soi l'aide à se sentir aussi bonne que les autres infirmières : « Ils (*sic*) me trouvent aussi bonne que les autres, même si ça fait beaucoup moins longtemps. [...], mais je me débrouille pas mal et je suis capable de prendre un patient qui va moins bien. » (Inf.9). Ce sentiment de confiance en soi est mentionné autant par les hommes que les femmes et est beaucoup plus présent dans le discours lorsque la participante a vécu plusieurs expériences cliniques qui lui permettent

d'avoir des références pour intervenir<sup>6</sup>. De plus, la confiance en soi est bénéfique à la débutante et lui permet de contrer le stress vécu lors de la détérioration de l'état du patient ou lorsqu'elle a l'impression de manquer d'expertise.

### *L'intérêt pour les soins intensifs*

Selon la moitié des participantes de l'étude, l'intérêt pour le domaine des soins intensifs représente une ressource : « Ça m'a tout le temps intéressé, depuis toujours. C'est pour ça que je voulais être infirmière. » (Inf.03). Une participante mentionne que son intérêt provient des défis qu'offre ce milieu : « Je suis allée aux soins intensifs et c'est là que je vois que je suis à la recherche de défis et je suis tombée à la bonne place. » (Inf.04). Tandis qu'une autre souligne qu'elle s'est plutôt lancé un défi : « C'était comme un défi personnel que je me lançais. » (Inf.12). La débutante se lance un tel défi afin de se persuader qu'elle est capable de s'adapter : « Je suis allée aux soins intensifs pour voir si je pouvais m'adapter, si j'allais être en mesure de le faire. » (Inf.11). Avant même de débiter dans le milieu, l'intérêt semble motiver la débutante à se diriger vers la pratique aux soins intensifs.

En plus d'être une ressource, l'intérêt pour le milieu stimule la débutante à acquérir de nouvelles connaissances tout au long de son adaptation : « J'aime ça, je trouve ça stimulant, vraiment. Au niveau des connaissances. [...] Je ne pense pas qu'il y ait un [quart de travail] que je n'apprends pas. » (Inf.07). Certaines particularités du milieu motivent aussi la débutante et contribuent à son intérêt : « C'est plein d'éléments de surveillance. [...] Tu intervies, pas longtemps après tu vois tout de suite, c'est quoi tu fais, le résultat. Moi, je trouve ça super motivant. » (Inf.06). Cette stimulation intellectuelle qu'offre les soins intensifs semble recherchée par certaines infirmières qui y débutent. Enfin, l'intérêt pour le milieu semble être

---

<sup>6</sup> Certains éléments, dont le sexe, ont été vérifiés, afin de déterminer s'il y avait des caractéristiques qui pouvaient expliquer la confiance en soi.

à la base de l'adaptation, puisqu'il soutient la débutante tout au long de son cheminement et va au-delà des apprentissages qu'elle doit faire.

### *L'expérience antérieure*

L'expérience antérieure est constituée de situations vécues professionnellement ou personnellement et représente une ressource pour le quart des participantes. D'un côté, l'expérience professionnelle fait partie du vécu clinique, soit les événements que la débutante peut transposer lors de son adaptation aux soins intensifs : « Je pense que c'est important d'avoir de l'expérience, surtout au niveau du stress [...] avant d'arriver dans une unité de soins intensifs. » (Inf.11). D'un autre côté, l'expérience personnelle représente les événements que la débutante a vécus auprès d'un proche hospitalisé ou vivant une pathologie grave. Une participante raconte comment l'hospitalisation d'un membre de sa famille a facilité son adaptation : « J'ai eu de la famille proche dernièrement qui a été dans une situation comme les patients que l'on a, dans un autre hôpital. Elle m'a raconté son expérience. On dirait que depuis ce temps-là, j'ai eu plus de facilité. » (Inf.01). Tandis qu'une autre participante fait part de ce qu'elle vit avec son enfant malade, qui a été hospitalisé aux soins intensifs : « Depuis que j'ai un enfant qui a des problèmes cardiaques, ça m'a donné le goût d'en connaître un peu plus, comment ça fonctionne. » (Inf.12). C'est donc la combinaison du vécu personnel et professionnel qui forme l'expérience antérieure et constitue une ressource pour aider la débutante à s'adapter aux soins intensifs.

### **Les ressources sociales**

Les ressources sociales émergent de la dynamique et des interactions interpersonnelles dans le milieu de travail et ne sont pas mises en place par l'organisation. Les deux ressources sociales rapportées par les participantes sont : avoir un cercle d'entraide à l'extérieur du travail et avoir l'appui des membres de l'équipe.

### *Avoir un cercle d'entraide à l'extérieur du travail*

Le fait d'avoir un cercle d'entraide à l'extérieur du travail représente une ressource pour quatre débutantes, puisque la présence de ce type de soutien permet de verbaliser sur le vécu dans l'unité : « J'en parle un peu avec des amis proches avec qui j'étais à l'école. Sans trop donner de détails évidemment, en respectant la confidentialité. [...] C'est vraiment un cercle d'entraide. » (Inf.01). Les personnes faisant partie de ce cercle d'entraide apporte du bien-être à la débutante et lui permettent de libérer certaines tensions émotionnelles accumulées lors du quart de travail : « À l'extérieur du milieu, si elles m'offrent leur écoute, si elles me demandent comment ma journée s'est passée. As-tu vécu des choses difficiles ? [...] Ça fait du bien. » (Inf.11). Cette ressource semble être utilisée à n'importe quel moment de l'adaptation de la débutante.

### *Avoir l'appui des membres de l'équipe de travail*

De l'ensemble des participantes, huit d'entre elles ont mentionné que d'avoir l'appui des membres de l'équipe pendant leur adaptation représente une ressource. Les participantes, qui connaissaient déjà des infirmières de l'équipe avant même de débiter leur jumelage, rapportent qu'elles se sentaient appuyées et que cela a contribué à leur adaptation : « Je connaissais le personnel, ça allait comme super bien de ce côté-là parce que tout le monde me connaissait. » (Inf.02). En connaissant quelques membres de l'équipe, les débutantes peuvent s'y intégrer plus rapidement : « Je connaissais déjà des gens qui travaillaient là et pour vrai, je pense que ça m'a aidé à m'intégrer plus que la normale. [...] Ça ne peut pas te nuire, ça t'aide, ça te rassure un peu. » (Inf.11). D'ailleurs, lorsque la débutante ressent l'appui des membres, elle semble plus portée à poser des questions : « Tu as tellement de monde autour de toi, à qui tu peux poser des questions quand tu n'es pas sûre et ça aide. Ça aide à passer au travers. » (Inf.12). La présence rassurante de certains membres de l'équipe semble apaiser la débutante et contribue à diminuer le stress vécu.

Un autre élément qui fait en sorte que l'appui des membres de l'équipe est une ressource est l'offre de rétroaction informelle aux débutantes sur les apprentissages effectués par la formatrice ou l'évaluatrice. Une participante explique comment cela lui a été aidant : « Mon suivi, j'ai eu des évaluations, j'ai eu beaucoup de rétroaction, comme je voulais. [...] C'était objectif. Ça s'est bien passé. [...] J'avais beaucoup de rétroaction verbale, sans nécessairement que ce soit bien formel. » (Inf.11). La rétroaction fait en sorte que la débutante se sent bien appuyée : « Je trouve qu'on a été super bien encadrée en général. Elle m'a aidé, elle est allée chercher les documents et tout ça. Moi, je trouve ça extraordinaire d'une formatrice de se donner aussi pour la personne. » (Inf.06). La débutante qui bénéficie de la rétroaction de la part de ses collègues se sent donc plus à l'aise et mieux encadrée.

### **Les ressources organisationnelles**

Les ressources organisationnelles correspondent aux mesures mises en place par l'organisation. Celles identifiées par les participantes sont : les étapes du cheminement, la disponibilité des références cliniques et l'accès à de la formation continue.

#### ***Les étapes du cheminement***

Les étapes que la débutante doit compléter afin de pratiquer de façon autonome sont aussi perçues comme des ressources. L'organisation met à sa disposition ces trois étapes qui amènent la débutante à s'adapter au milieu, soit l'orientation spécifique, le jumelage et la probation.

Tout d'abord, l'orientation spécifique est considérée comme une ressource par quatre participantes du fait qu'elle est orientée vers la pratique. Elle se déroule en petit groupe et permet une intégration graduelle. Une participante mentionne comment l'approche orientée vers la pratique lui a permis de se sentir prête : « J'imaginai qu'avec la formation théorique qu'on allait avoir... Je voulais me sentir un peu prête à commencer la pratique... et je me

suis sentie prête avec toute l'information qu'on avait eue. » (Inf.11). L'approche orientée vers la pratique permet de contextualiser des notions théoriques et d'en faciliter leur assimilation pour les appliquer dans le milieu clinique. Une autre participante estime que le fait de se retrouver en petits groupes apporte une contribution importante à cette étape : « [L'orientation spécifique] ... qu'est-ce que j'ai trouvé positif, c'est qu'on était quand même un petit groupe et ça allait vraiment bien. » (Inf.05). Cette façon de fonctionner favorise les échanges et l'entraide entre les participantes selon cette débutante : « On est en groupe aussi, c'est le fun, tu n'es pas seule. On apprend tous ensemble, on pose des questions, on s'entraide. » (Inf.11). En plus d'offrir une approche en petits groupes et orientée vers la pratique, l'orientation spécifique permet aussi d'intégrer graduellement le milieu : « [Les responsables de l'orientation] nous intègrent graduellement. Une journée, au début, j'étais en observation, [...] Après ça, on faisait [de la théorie]. C'est comme... nous intégrer graduellement. » (Inf.11). Une autre participante est du même avis : « Pour t'intégrer, je pense que c'est correct d'y aller graduellement. Ce n'est pas fini après ça, tu as d'autre travail à faire. » (Inf.11). Le déroulement de l'étape de l'orientation spécifique permet à la débutante de se sentir soutenue pendant l'acquisition de connaissances théoriques et pratiques préparatoires à l'étape du jumelage.

Le jumelage est considéré comme étant aidant pour huit débutantes qui ont participé à l'étude, puisque les responsables l'adaptent aux besoins de la débutante et tentent de diminuer au minimum les interruptions pendant son déroulement. Une participante mentionne comment la durée du jumelage est adéquate et variable en fonction des besoins : « Je pense que le jumelage est assez long et il le faut aussi. C'est assez long pour qu'on puisse l'intégrer. Si ce n'est pas le cas, ils peuvent le rallonger [...] » (Inf.11). Tandis qu'une autre participante explique que de prendre part au jumelage sans être amenée à travailler sur une autre unité pendant toute la durée de cette étape a facilité son adaptation : « Je l'ai fait tout d'un bout [le jumelage] et je trouve que ça super bien été, parce que tu as le temps d'acquérir les connaissances, tu as le temps de te familiariser avec l'unité, avec les soins. » (Inf.03). En plus de faciliter l'acquisition de connaissances, le jumelage permet à une participante de se concentrer sur ses apprentissages : « Je l'ai fait tout d'un coup. C'est sûr que si je ne l'avais pas fait

d'un coup au complet, je ne suis pas sûre que ça l'aurait super bien été. [...] Tu restes tout le temps comme dans le [rythme] d'apprendre. » (Inf.02). Le jumelage est une période importante pour l'acquisition de connaissances. Les interruptions et les modifications de l'horaire doivent être réduites au minimum afin de diminuer les sources de stress vécues par la débutante et ainsi faciliter son adaptation.

La présence des formatrices est aussi une caractéristique contribuant à faire du jumelage une étape facilitant l'adaptation : « C'est sûr que ça te fait voir différentes façons de travailler, elles ne travaillent pas toutes pareilles. [...] c'est sûr que c'est différentes personnes, fait qu'ils (*sic*) ont toutes des affaires différentes à t'apprendre. Ça t'aide plus. » (Inf.09). Une autre participante renforce ces propos et mentionne comment il est pertinent d'avoir deux formatrices différentes : « Moi, je pense que ça ne fait pas de tort d'avoir minimum deux personnes différentes, parce que je trouve que j'ai eu de super belles façons de fonctionner et je pense que j'ai choisi le meilleur de tout ça. » (Inf.12). Cependant, une débutante apporte une nuance à l'effet que d'avoir une seule formatrice serait plus avantageux qu'en avoir plusieurs : « Je pense que justement d'avoir eu la même personne tout le long [...]. Je me sentais plus en confiance [...]. Je me sentais quand même outillée. » (Inf.05). Les formatrices sont donc perçues comme des personnes essentielles à l'adaptation de la débutante.

Tout comme le jumelage, l'étape de la probation facilite l'adaptation de certaines participantes, étant donné la charge de travail progressive et la façon d'évaluer les compétences de la débutante. Deux participantes sont d'avis qu'avoir une charge de travail progressive lors de la probation facilite leur adaptation : « Ils sont allés quand même tranquillement. Au début, ils me donnaient des patients... plus qui allaient bien. [...] Après ça, ils ont commencé à [me donner] des intubés. » (Inf.09). La progression dont fait mention cette participante s'explique par le fait que les patients intubés et nécessitant une assistance ventilatoire requièrent plus de soins. Une participante définit en quelque sorte l'évolution de la complexité des soins : « Au début, ils augmentent la complexité des patients, je veux dire... C'est sûr que

plus tu avances, je pense que plus tu as des patients de plus en plus complexes, des cœurs mécaniques, l'*ECMO*<sup>7</sup>, très instable et tout ça. » (Inf.11).

Une participante considère que c'est plutôt l'évaluation des compétences qui se fait par objectifs à atteindre : « Juste le fait d'avoir [ça], j'ai trouvé que c'était très clair. C'était facile de savoir [où] mettre plus d'emphasis pour s'améliorer. » (Inf.04). Une autre participante ajoute ceci : « [L'évaluatrice] se fiait aux objectifs. [...] Elle me disait ce que j'avais à améliorer, qu'est-ce qui était acquis et tout ça. Ça m'aidait à plus travailler sur ce qui était comme moyennement acquis. » (Inf.03). D'ailleurs, la présence de l'évaluatrice est mentionnée par le quart des participantes comme étant une caractéristique de la probation qui facilite son déroulement :

[Mon évaluatrice], c'est elle qui fait ma probation. Elle est vraiment là, c'est à elle que tu vas poser tes questions. Elle est déterminée vraiment pour toi. [...] Ils cherchent tout le temps les mêmes personnes qui travaillent les mêmes [quarts] que toi tout le temps. (Inf.02).

En plus de la présence aidante de l'évaluatrice, la proximité dans les lieux physiques entre cette dernière et la débutante facilite l'adaptation. Une participante dit ceci : « Ce que j'ai trouvé très bien et ce qui diminuait mon stress, elles font vraiment, elles ont vraiment le souci quand tu es en période de probation de te mettre proche de [ton évaluatrice]. » (Inf.11). Deux participantes ont apporté une nuance quant au nombre d'évaluatrices responsables de la probation. Elles considèrent que d'avoir la possibilité d'être évaluées par deux personnes différentes est avantageux, puisqu'un second avis peut moduler certaines opinions ou perceptions négatives de la part de la première évaluatrice : « Pour les personnes qui m'évaluent, quand c'est deux personnes, des fois, quand tu peux avoir l'avis de quelqu'un d'autre, c'est toujours bien. » (Inf.11). De cette façon, l'évaluation peut être la plus objective possible : « Je pense que ça fait un point de vue différent, différentes personnes. Si c'était tout le temps

---

<sup>7</sup> Acronyme anglais pour Extra Corporal Membrane Oxygenation, qui se traduit par oxygénation par membrane extracorporelle et qui représente un traitement permettant l'assistance cardiaque et respiratoire du patient en soins intensifs.

la même et que les autres pourraient dire : « Je ne comprends pas [les résultats de l'évaluation]. » (Inf.09). Enfin, les évaluatrices peuvent représenter tant une ressource qu'une source de stress. Des participantes ont mentionné que d'avoir plus d'une formatrice constituait un imprévu dans leur cheminement et représentait une source de stress. Tandis que pour d'autres, avoir la possibilité d'être évaluées par plusieurs formatrices rend l'évaluation plus juste et permet d'acquérir différentes connaissances et manières de fonctionner.

### *La disponibilité des références cliniques*

Selon l'ensemble des participantes, la disponibilité des références cliniques, tant humaines que matérielles, dans l'unité est importante pour la débutante. Pour certaines participantes, l'infirmière clinicienne dont les tâches sont principalement axées sur l'enseignement, le suivi des débutantes et le respect des bonnes pratiques, est une ressource :

[L'infirmière clinicienne], on peut se référer à [elle] s'il y a quoi que ce soit [...] au niveau clinique. On a une question et ça dépasse les connaissances de notre [évaluatrice] ou tout simplement, ça concerne l'orientation [spécifique] qu'on a eue. [Elle] est là pour répondre à nos questions. [...], ça peut être quelqu'un à qui on peut aller se référer. (Inf.11)

Les collègues infirmières sont aussi aidantes pour la débutante. Une participante mentionne la présence des infirmières n'ayant pas de patient à leur charge et étant spécifiquement attitrées au soutien à l'équipe : « On a quelqu'un en général [...], ce n'est pas quelqu'un qui a déjà la charge d'un patient. Donc, si tu as besoin, elle, au moins, tu ne la déranges pas, si on peut dire. » (Inf.08). En fait, puisque cette infirmière n'a aucun patient qui lui est attitré, elle est disponible pour offrir de l'aide à la débutante.

Pour ce qui est des références cliniques matérielles, telles que le cahier de références et le réseau Intranet<sup>8</sup>, elles représentent des ressources pour plus de la moitié des participantes

---

<sup>8</sup> L'Intranet est un réseau informatique protégé et accessible seulement aux employés dans le milieu de travail (Créplet & Jacob, 2009).

interrogées. Premièrement, des débutantes font mention des cahiers de référence : « Le cahier des drogues, c'est tellement complet. Des fois, c'est juste le fait de se faire prescrire quelque chose par le médecin. Aller le préparer avec le cahier [...], c'est le fun de pouvoir revenir avec ça. » (Inf.04). Ce cahier est toujours disponible dans les espaces où les infirmières préparent la médication, ce qui permet un accès facile en cas de questionnement. De plus, le réseau Intranet contient beaucoup d'informations quant à la réalisation de techniques de soin, des procédures ainsi que des ordonnances collectives et des protocoles. Ce réseau est aussi considéré comme une ressource : « C'est sûr que tout ce qui est sur le site d'Intranet : méthodes de soins ou tous les livres de médicaments. Si j'ai des questions sur les médicaments avant de les poser, je vais aller voir dans le livre et sur Intranet aussi pour les méthodes de soins. » (Inf.09). Ces références matérielles ou informatiques sont donc à la disposition de l'infirmière en tout temps et elle peut les consulter lorsque le besoin se présente.

### *L'accès à la formation continue*

L'offre de formation continue du milieu contribue en partie à l'adaptation, selon trois participantes. Selon une débutante, les formations réalisées à la suite de la probation contribuent à enrichir ses connaissances : « On dirait que de tout le temps avoir des formations [...] Des fois, des formations par rapport aux soins intensifs que j'allais toujours. [...] Je sens que j'ai plus de connaissances un petit peu. » (Inf.04). Les formations continues contribuent au développement de la confiance en soi, qui est une ressource tout aussi importante dans l'adaptation : « Depuis que j'ai fait l'ACLS<sup>9</sup>, je trouve que ça m'a donné plus confiance aussi en ce que j'avais déjà. J'ai reçu plein d'autres informations et je me sens plus apte. » (Inf.05). La formation, dans ce cas-ci l'ACLS, permet de diminuer le stress et de pouvoir anticiper les interventions à faire auprès du patient : « Juste le fait d'avoir pu faire l'ACLS aussi, ça été...

---

<sup>9</sup> Acronyme anglais pour *Advanced Cardiovascular Life Support*, qui se traduit par Réanimation Cardiorespiratoire Avancée et qui est une formation pour préparer l'infirmière à intervenir et anticiper les interventions médicales dans des situations de réanimation.

ça enlève un gros poids aussi. Une fois que les situations d'urgence arrivent, le stress est vraiment moins élevé. [...] On sait un petit peu à l'avance ce qui s'en vient. On est capable de prévoir et de se préparer. » (Inf.04). Cette formule pédagogique semble aussi contribuer à l'adaptation de la débutante en diminuant le stress vécu, malgré qu'elle y participe seulement après avoir terminé la probation. La formation continue contribue donc, en partie, à l'adaptation de la débutante et modulera les stratégies d'adaptation qu'elle développera.

#### **5.4. LES STRATEGIES D'ADAPTATION DE LA DEBUTANTE AUX SOINS INTENSIFS**

Les débutantes interrogées mettent en place des stratégies pour s'adapter à la première année de pratique aux soins intensifs. Les trois grandes catégories de stratégies sont : centrées sur l'émotion, centrées sur le problème et centrées sur la recherche de soutien social.

##### **Les stratégies centrées sur l'émotion**

Les stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion permettent de supporter le stress que la débutante vit dans son nouveau milieu de pratique. Les stratégies décrites par les infirmières débutantes de la présente étude sont : décrocher des événements vécus au travail, verbaliser ses émotions et reconnaître ses limites.

##### ***Décrocher des événements vécus au travail***

Près de la moitié des débutantes considère que décrocher des événements vécus au travail avec le patient aux soins intensifs est une stratégie permettant de supporter le stress vécu. Cette stratégie, lorsqu'utilisée à l'heure de la pause, permet à la débutante de ne plus penser à ce qu'elle a vécu et de revenir plus calme et disponible pour le patient :

Quand tu pars en pause et tu as un patient très, mettons [en]délirium ou stressant ou agressif. Tu sors et c'est fini. Tu ne penses pas à ça. Tu vas marcher. Tu vas prendre

un café et je trouve ça plus facile de revenir après sa pause. Tu repars et j'ai décroché, j'ai tassé le stress à ma pause et là, je reviens. (Inf.06)

Une autre participante ajoute qu'il est important de réfléchir à ce qu'elle a vécu avant de décrocher : « Il faut que tu prennes quand même le temps d'y penser et de tirer des leçons de ce que tu as vécu. » (Inf.01). La participante réfère à sa manière de prendre conscience de sa façon d'agir dans le contexte professionnel. En réfléchissant à ce qu'elle a vécu, cela lui permet de laisser tomber le stress qu'amène les événements pour lesquels elle n'a pas de contrôle : « Ça dédramatise. Ça m'a appris à dédramatiser beaucoup. [...] À intervenir au bon moment et à laisser tomber des combats qui parfois sont inutiles. » (Inf.07) ou encore : « Finalement, ce cas [difficile], je pense que ça m'a juste dit : Écoute, je ne peux pas avoir pire. [...] Tu n'auras pas pire. » (Inf.05). En faisant une introspection, la débutante constate que certaines situations où elle se sentait stressée, sont en fait qu'une perception erronée de ses capacités à intervenir auprès du patient. Lorsqu'elle dédramatise, elle peut diminuer le stress causé par son manque de confiance en ses capacités et ainsi décrocher de ce qu'elle a vécu.

### *Verbaliser ses émotions*

Deux participantes soulignent que verbaliser les émotions qu'elles ressentent lorsqu'elles vivent un stress aux soins intensifs est une stratégie. Elles parlent de ce qu'elles ont vécu avec leurs amis ou les membres de leur famille, et ce, pour diminuer l'impact du stress : « Je verbalisais aussi beaucoup mes émotions, mon stress, quand je vivais des situations nouvelles [avec les membres de ma famille] ou même des amies infirmières que je verbalisais ce que je vivais au travail. C'est des trucs aussi. » (Inf.11). Cette infirmière avait d'ailleurs fait mention de son cercle d'entraide à l'extérieur du milieu comme étant une ressource. La présence des proches permet donc à la débutante de verbaliser ses émotions pour ainsi faciliter son adaptation.

### ***Reconnaître ses limites***

Trois participantes soulignent l'importance de reconnaître leurs limites lors de moments de stress au cours de leur adaptation aux soins intensifs. Cette stratégie amène la débutante à réaliser quelles sont les activités de soins qu'elle est en mesure de faire et celles qu'elle ne maîtrise pas encore. De cette façon, elle accepte d'avoir besoin d'aide : « Apprendre à accepter que tu as besoin d'aide. » (Inf.02). D'ailleurs, une participante contextualise ce qu'elle fait dans une situation où elle doit reconnaître ses limites : « Je n'avais pas eu à [réanimer] à l'étage non plus. Vu que j'étais dans la chambre et que j'étais juste à côté. [...] J'ai plus massé et passé des affaires qui étaient à côté de moi... qu'admettons avec le [stimulateur cardiaque externe], j'aurais été moins à l'aise. » (Inf.09). Les situations de soins inconnues, dans ce cas-ci la réanimation cardio-respiratoire, représentent une source de stress en lien avec la détérioration de l'état du patient, mais elles amènent la débutante à développer une stratégie pour s'y adapter et rester sécuritaire. Une participante confirme l'importance de reconnaître ses limites et d'avoir un esprit critique, elle dit ceci : « Je me suis toujours dit qu'il ne faut jamais trop être certaine et qu'il faut toujours quand même continuer à réfléchir. C'est important. » (Inf.03). Grâce à cette stratégie, la sécurité du patient est protégée, puisque la débutante n'est pas portée à faire des interventions qu'elle ne connaît pas.

### **Les stratégies centrées sur le problème**

Les stratégies centrées sur le problème sont des actions mentales ou comportementales permettant à la personne de modifier certains éléments de la situation stressante pour s'adapter. Celles identifiées sont : enrichir ses connaissances, effectuer des vérifications et anticiper les évènements.

### *Enrichir ses connaissances*

L'importance d'enrichir ses connaissances en soins intensifs est rapportée par plus de la moitié des participantes comme étant une stratégie d'adaptation. Une participante mentionne : « Il faut performer et un moment donné, il faut faire un effort beaucoup par nous-même pour aller chercher les informations et cheminer et évoluer là-dedans. » (Inf.06). Une autre débutante ajoute que ses études lui permettent d'avoir une base solide de connaissances : « J'ai étudié quand même beaucoup pendant ma formation. Je me dis que je ne peux pas faire des erreurs, à part la routine. [...] Je n'ai pas encore apprivoisé toute la routine, mais pour la théorie, j'ai la base. » (Inf.10). Plus spécifiquement, une participante fait mention des protocoles qui doivent être connus : « C'est sûr qu'il faut toujours être autodidacte et de continuer à comment je dirais ça, à se rendre plus à l'aise dans les protocoles. » (Inf.06). Tous ces éléments font en sorte que l'acquisition de connaissances est d'une grande importance pour la débutante. Ses connaissances lui permettent d'évoluer dans sa pratique et de sentir qu'elle a une base solide pour intervenir auprès des patients.

Pour deux participantes, leur moyen d'enrichir leurs connaissances se fait dans l'action, lors de vraies situations cliniques : « Il y a beaucoup de gens qui sont comme ça, qui apprennent en le voyant et en le faisant. Je fais partie de ceux-là. » (Inf.03) ou encore : « Si ça ne va pas bien dans une chambre, je vais me [retrouver] dans cette chambre-là. C'est là que je vais apprendre. C'est là que je vais mieux comprendre. » (Inf.04). D'ailleurs, cette stratégie peut diminuer l'impact de la source de stress reliée à l'impression de manquer de connaissances. L'enrichissement des connaissances en lien avec les soins intensifs est reconnu comme étant essentiel à la pratique sécuritaire de la débutante.

### *Effectuer des vérifications*

Deux participantes interrogées ont fait mention qu'effectuer des vérifications avant d'intervenir auprès d'un patient représente pour elles une stratégie d'adaptation. Une débutante préfère procéder à ces vérifications avant de passer à l'action, afin de se rassurer : « Se

vérifier, ça moi, ça me déstresse bien gros. Pour me rassurer. [...] Par exemple, je ne sais pas, je fais de l'hémofiltration. [...] Je me vérifie une fois, trois fois. Tu sais, je me suis vérifiée trois fois, c'est sûr que c'est correct. Ça arrête là, mettons. Je trouve que ça me rassure. » (Inf.11). Tandis que pour une autre participante ses vérifications sont effectuées pour valider l'efficacité de ses interventions : « Après une intervention. Ça me rassurait. Disons que j'ai donné un bolus ou j'ai donné un médicament. [...] Chaque fois que je voyais que ça allait mieux avec mes paramètres. [...] Ça me rassurait d'avoir mes mesures. » (Inf.10). Les vérifications peuvent donc être faites avant ou après les interventions et dans un but de rassurer la débutante.

Une autre action que fait la débutante pour l'aider à effectuer ses vérifications peut être de se fabriquer un aide-mémoire de poche : « [...] parce qu'au début, j'étais un peu non structurée et je perdais beaucoup de temps dans le côté écriture, paperasse et tout ça. [...] Je m'étais fait un petit aide-mémoire [...]. » (Inf.06). Une participante explique qu'elle adapte son aide-mémoire : « Pour répondre à mes questions, alors, je préparais comme des notes dans un petit cahier [...]. J'avais tout écrit comme le minimum de détails, la routine de nuit, la routine de jour, pour me guider. » (Inf.10). L'aide-mémoire soutient la débutante dans ses vérifications, elle peut donc le consulter au lieu de devoir poser des questions à ses collègues ou de consulter les références, ce qui serait plus long. Ces différents moyens qui amènent la débutante à effectuer des vérifications constituent une stratégie qui l'aide dans son adaptation.

### *Anticiper les évènements*

Le tiers des participantes à l'étude a fait allusion à l'importance d'anticiper les évènements qui pourraient survenir chez leur patient comme étant une stratégie d'adaptation. Une débutante a expliqué comment elle se prépare à une éventuelle complication en identifiant l'emplacement des équipements à utiliser en cas d'urgence : « J'arrivais et je regardais toujours déjà où sont les défibrillateurs, les charriots [de réanimation]. J'essayais toujours de

prévoir les affaires en pensant qu'un patient allait compliquer. » (Inf.10). Cette infirmière qui provient de l'équipe volante effectue ces vérifications puisqu'elle ne travaille pas tous les jours dans la même unité de soins et doit faire certaines actions pour l'aider à anticiper les évènements à venir.

Pour une autre débutante, cette anticipation se présente sous forme de travail de réflexion qui la prépare à intervenir convenablement : « Quand la [formatrice ou l'évaluatrice] est plus loin et c'est toi qui s'occupes du patient, tu es portée à peut-être... Ok, je n'ai pas le choix. Qu'est-ce que je ferais s'il y a ça ? S'il y a ça ? Là, je pourrais faire ça et tu fais les liens et tu apprends davantage. » (Inf.12). Le fait d'anticiper les évènements est une stratégie qui permet à la débutante d'organiser l'ensemble de ses soins et semble favoriser le sentiment de contrôle de la situation vécue par la débutante.

### **Les stratégies centrées sur la recherche de soutien social**

Les stratégies d'adaptation centrées sur la recherche de soutien social identifiées par les participantes lors des entrevues sont : poser des questions à ses collègues, demander une rétroaction, déléguer certains soins et s'identifier à une infirmière modèle.

#### *Poser des questions à ses collègues*

La débutante pose des questions pour faciliter son adaptation dans différents contextes que ce soit dans le but d'apprendre plus vite, de se sécuriser ou de gagner la confiance des collègues. Une participante soutient ceci :

Je ne me suis jamais gênée de poser des questions non plus. S'il y a des choses que je ne savais pas faire, je ne le faisais pas et je posais des questions. Je demandais de me le montrer et c'est de même qu'on apprend plus vite de toute façon. (Inf.04)

Une participante explique pourquoi elle pose des questions : « Je posais des questions et j'essayais vraiment : « Vous allez m'aider si j'ai besoin de quelque chose ? » [...] S'il y a

quelque chose, je vais demander, je pose des questions. » (Inf.03). De cette façon, elle gagne la confiance de ses collègues : « [...] J'ai toujours appris que les gens vont plus te faire confiance si tu leur poses des questions quand tu commences quelque part. » (Inf.03). Contrairement aux débutantes qui mentionnent qu'elles se sentent parfois testées par leurs collègues lorsqu'elles leur posent des questions, une participante soutient qu'elle le fait pour obtenir une validation et pour faciliter sa prise de décision : « Je me validais beaucoup, beaucoup. Ça, c'est ce qui m'a donné beaucoup de points dans mon évaluation, parce que je me validais énormément et des fois, je prenais des décisions. » (Inf.02). Le fait de poser des questions a un effet rassurant chez une participante : « Je ne ferais jamais quelque chose que je ne suis pas certaine dans ma tête. Même si je vais juste me valider, ça me rassure d'avoir un deuxième avis. » (Inf.03). La débutante pose des questions pour valider les interventions qu'elle désire effectuer auprès du patient, et ce, dans le but de se rassurer et d'obtenir la confiance de ses collègues.

### *Demander une rétroaction*

La débutante qui va poser des questions à ses collègues démontre l'importance des infirmières de l'équipe dans l'adaptation aux soins intensifs. Trois débutantes interrogées trouvent d'ailleurs que demander de la rétroaction à ses collègues pour connaître leur avis quant à leurs performances est une stratégie : « C'est sûr que moi je vais rechercher aussi la rétroaction. » (Inf.11). Cela permet entre autres de connaître leurs points à améliorer : « Moi, je demandais certaines affaires, le feedback tout de suite, la journée même. Pour ne pas accumuler comme des fois, disons, qu'il y avait des oublis sur certaines affaires que je trouvais que je faisais moins bien. » (Inf.10). Lorsque la participante parle de « feedback », cette dernière fait référence à la rétroaction reçue par la formatrice, l'évaluatrice ou ses collègues infirmières. Cette stratégie est mise en place par la débutante qui doit elle-même s'adresser à ses collègues pour obtenir cette rétroaction, sans intervention de l'organisation. Cette rétroaction permet à la débutante de s'ajuster plus facilement dans sa pratique et ainsi répondre aux exigences du milieu de soins intensifs.

### *Déléguer certains soins*

Le tiers des participantes interrogées considère que déléguer certaines activités de soins à une collègue infirmière est une stratégie d'adaptation. Selon une débutante, cela lui permet de réduire le nombre de soins à effectuer et ainsi diminuer son stress : « Je pense que c'est vraiment de déléguer. Quand c'est super stressant, moi, il faut que je délègue. Une fois que j'ai délégué, je suis moins stressée. » (Inf.02). Cette même participante explique dans quel contexte elle a mis cette stratégie en application : « Je me dis : Ok, là ça ne marche pas. Peux-tu me faire ma tournée, s'il vous plaît ? Peux-tu me faire une perfusion ? [...] Pis là, quand je commence à demander au monde, le stress commence à descendre. » (Inf.02).

Cependant, cette stratégie n'est pas mentionnée par la débutante lorsqu'elle parle de ses débuts dans le milieu. Elle se sent stressée lorsqu'elle doit demander de l'aide à ses collègues et peut avoir peur d'être perçue comme une infirmière qui manque de connaissances. C'est pourquoi cette stratégie ne se développe que graduellement avec le temps :

Je sais bien plus déléguer aussi [...]. Tu vois que les choses ne sont pas éparpillées. Tu commences un dossier et tu le termines et tu en commences un autre et tu le termines. [...] Me concentrer sur les choses et savoir déléguer quand je ne suis pas capable de tout faire. (Inf.07)

Au fil du temps et des expériences cliniques, la débutante réalise l'importance de déléguer dans certains contextes tels qu'une complication sévère ou l'admission d'un patient ayant de multiples ordonnances de médicaments et de traitements à réaliser. En déléguant, elle s'assure d'arriver à tout faire et à prodiguer des soins dans un délai plus rapide que si elle avait tout fait seule.

### *S'identifier à une infirmière modèle*

Près de la moitié des débutantes interrogées sont d'avis que de s'identifier à un modèle d'infirmière représente une stratégie :

De prendre un ou deux modèles sur le département [...], ça m'a vraiment aidée. Tu vois, tu travailles avec du monde. Tu vas [te dire]: Elle a donc bien fini vite ou bien elle est donc bien efficace. [...]. Trouvez des modèles, de voir ce que tu fais en premier, je pense que ça peut régler beaucoup de problèmes. (Inf.02)

La débutante s'identifie à un modèle pour trouver des solutions aux difficultés qu'elle peut vivre dans sa pratique. Elle se fait une représentation de ce qu'elle veut être comme infirmière de soins intensifs en regardant une ou des collègues qui correspondent à certaines caractéristiques que la débutante idéalise : « Ce n'est pas juste qu'elle ait de l'expérience. [...] Qu'elle soit rigoureuse, qu'elle ait beaucoup de connaissances, qu'elle n'arrête pas de s'enrichir de n'importe quelle façon. » (Inf.11). Les qualités d'une infirmière modèle valorisées par la débutante semblent être la rigueur dans le travail et la maîtrise de nombreuses connaissances régulièrement mises à jour. La débutante semble voir en cette personne un idéal de pratique à atteindre.

À la lumière de ces résultats, il est possible de constater que le stress que vit l'infirmière qui débute aux soins intensifs s'articule autour de quatre grandes catégories : les relations interpersonnelles, le contexte de pratique, les facteurs organisationnels et les perceptions négatives de la débutante envers ses capacités. De plus, la débutante, en accord avec le modèle transactionnel de stress adapté de Lazarus et Folkman (1984), utilise ses ressources personnelles sociales et organisationnelles pour l'aider dans son adaptation. Cette étude ajoute que l'intérêt pour le milieu des soins intensifs et la présence d'un cercle d'entraide sont des ressources importantes pour la débutante. Enfin, les stratégies qu'elle développe l'amènent vers l'adaptation à la pratique dans le milieu des soins intensifs. Ces stratégies sont plutôt générales, mais l'amènent vers son adaptation. Le prochain chapitre porte sur la discussion de l'ensemble des résultats obtenus dans le cadre de cette étude.

## **CHAPITRE 6 - LA DISCUSSION**

Le sixième et dernier chapitre met en relation les principaux résultats de cette étude avec ceux de la littérature scientifique. L'objectif était de mieux comprendre l'adaptation de l'infirmière d'expérience lors de sa première année de pratique aux soins intensifs. Les résultats en lien avec les trois grands thèmes de l'étude seront discutés dans l'ordre suivant : les sources de stress, les ressources et les stratégies d'adaptation. Par la suite, les limites, les retombées de l'étude ainsi que les recommandations pour la recherche, la pratique, la formation et la gestion sont présentées.

### **6.1. LES SOURCES DE STRESS DE LA DEBUTANTE AUX SOINS INTENSIFS**

La transition entre l'unité de soins généraux et celle des soins intensifs a déjà été reconnue comme étant stressante par Benner et al. (2009). Ces auteurs (Benner et al., 2009) ont fait mention que les infirmières vivent du stress lorsqu'elles introduisent un nouveau milieu de pratique auquel elles doivent s'adapter. De plus, selon Burgess et al. (2010) et Sawatzky (1996), les soins intensifs représentent le milieu de pratique le plus stressant pour les infirmières, mais les sources spécifiques de stress n'ont pas spécifiquement été déterminées. À la suite de l'analyse des résultats de la présente étude, il est possible de constater que les sources de stress proviennent des perceptions de la débutante ou bien du contexte de pratique particulier aux soins intensifs.

### **Les sources de stress en lien avec les perceptions de la débutante**

Les sources de stress en lien avec les perceptions de l'infirmière qui débute aux soins intensifs proviennent des relations interpersonnelles qu'elle entretient dans l'unité ainsi que de ses capacités à travailler aux soins intensifs. L'analyse des résultats de la présente étude a permis de démontrer que devoir s'adapter aux exigences de la formatrice, se sentir testée par ses collègues, avoir l'impression de manquer d'expertise et ne pas avoir confiance en soi sont, en partie, responsables du stress vécu par la débutante.

L'adaptation aux exigences de la formatrice en période de jumelage est perçue comme une source de stress pour la débutante. La formatrice peut avoir des exigences qui varient en fonction de sa personnalité et de ce qu'elle juge important ou non à maîtriser comme compétences. Certaines formatrices sont parfois distantes ou elles ont des attentes élevées, ce qui peut certes contribuer à augmenter le stress vécu chez la débutante qui peut douter de ses compétences. Cependant, la formatrice qui soutient la débutante, en étant présente pour répondre à ses questions et en l'encourageant dans son adaptation, apporte plutôt de la satisfaction. Cette conclusion concorde avec les propos de Morris et al. (2007) qui stipulent que des variations au niveau de l'implication de la formatrice pour l'acquisition des connaissances de la débutante lors du jumelage représentent une source d'insatisfaction amenant du stress. Ce stress peut aussi être en lien avec son sentiment de se faire tester par ses collègues.

En débutant aux soins intensifs, l'infirmière est perçue comme une inconnue aux yeux des membres de l'équipe de travail. Elle désire se faire accepter dans sa nouvelle équipe de travail. La débutante doit donc démontrer qu'elle est capable non seulement de prendre en charge le patient de soins intensifs, mais aussi de développer des relations avec ses collègues infirmières. Les collègues peuvent avoir des attentes envers la débutante, que ce soit en ce qui concerne la performance ou l'attitude. Ce constat rejoint les conclusions des auteurs de trois différentes études réalisées aux soins intensifs (Farnell & Dawson, 2006; Gohery & Meaney, 2013; Muldowney & McKee, 2011) qui ont rapporté le désir de se faire accepter dans l'équipe comme étant une source de stress chez la débutante. Les collègues ne connaissent souvent pas la débutante et ses habiletés cliniques, ce qui peut amener du stress, tout

comme Farnell et Dawson (2006) l'ont décrit précédemment. En accord avec les résultats de la présente étude, Gohery et Meaney (2013) ont également fait ressortir que le sentiment de se faire tester affecte la confiance de l'infirmière qui débute aux soins intensifs. Elle peut se sentir stressée de devoir s'adresser à ses collègues par crainte de se faire juger. Malgré tout, plusieurs collègues sont disponibles pour soutenir la débutante en répondant à ses questions ou en l'écoutant verbaliser sur ce qu'elle vit. Leur présence peut donc être perçue comme un stress, mais aussi comme une aide au développement de leurs compétences et connaissances.

L'impression de manquer de connaissances est une source de stress qui varie au fil de l'adaptation. Au début, il est normal que la débutante ne maîtrise pas l'ensemble des notions enseignées lors de la formation spécifique, ce qui entraîne cette impression de manquer de connaissances. Il se produit parfois des variations entre ce qu'elle a appris lors de la formation spécifique et l'application clinique, ce qui peut aussi contribuer à augmenter son sentiment de manquer d'expertise. Plusieurs participantes en ont d'ailleurs fait mention, tout en spécifiant que le manque de connaissances spécifiques aux soins intensifs peut être une source de stress et affecter leur adaptation. Cette constatation semble liée au concept de l'expertise qui se développe au cours des expériences cliniques et qui est le résultat de l'acquisition de connaissances théoriques et cliniques complexes de toute sorte (Benner, 1984; OIIQ, 2010). Les perceptions de ses capacités à travailler aux soins intensifs de la débutante peuvent changer en fonction de son expérience clinique antérieure et de son exposition à différentes situations de soins intensifs. D'ailleurs, des participantes mentionnent que leurs expériences antérieures comme infirmières dans l'unité de soins généraux contribuent à faciliter leur adaptation, puisqu'elles agissent comme ressources.

Malgré tout, la spécialisation du milieu amène l'infirmière à acquérir rapidement des connaissances et à développer des habiletés cliniques qui n'ont pas été abordées en profondeur lors de la formation spécifique. Ceci peut amener la débutante à ressentir encore plus son manque d'expertise et voir son stress augmenter. Ce constat rejoint celui de l'étude de Farnell et Dawson (2006) qui révèle que les infirmières débutantes sont surprises par l'en-

semble des notions à apprendre et à maîtriser pour travailler aux soins intensifs. Ces connaissances très spécifiques sont essentielles afin de travailler de façon sécuritaire auprès des patients, ce qui est unanimement reconnu par les infirmières de l'étude actuelle. Le fait d'avoir de nombreuses connaissances propres aux soins intensifs amène un sentiment de sécurité chez la débutante dans sa pratique quotidienne. D'ailleurs, similairement à ce que rapportent Farnell et Dawson (2006), plusieurs participantes ont mentionné le stress qu'elles vivent lorsqu'elles se retrouvent seules à intervenir auprès du patient. Elles en parlent le plus souvent lorsqu'elles font part de leur début en probation. C'est à ce moment que la débutante devient complètement autonome dans ses interventions et n'a plus de formatrice clairement identifiée pour répondre à ses questions ou l'aider à réaliser une technique de soins. Enfin, les perceptions de ses relations interpersonnelles et de ses capacités cliniques affectent l'adaptation de la débutante, à cela s'ajoute des sources de stress provenant du contexte de pratique particulier des soins intensifs.

### **Les sources de stress en lien avec le contexte de pratique**

Les sources de stress provenant du contexte de pratique de l'infirmière débutante aux soins intensifs proviennent d'éléments qui sont hors de son contrôle, mais qui l'affectent dans son adaptation. La présente étude a démontré que les exigences de la surveillance clinique, l'instabilité du patient, la communication ainsi que certains facteurs organisationnels sont des particularités du milieu qui contribuent au stress de la débutante.

La surveillance clinique requise aux soins intensifs est essentielle afin d'intervenir de façon appropriée au bon moment et de prévenir des complications, mais représente une source de stress pour les débutantes interrogées. Les participantes reconnaissent l'importance d'être attentives aux manifestations cliniques et aux différentes alarmes, mais font aussi part du stress qui y est relié. Les études actuelles ne mentionnent pas spécifiquement les exigences de la surveillance clinique comme étant une source de stress pour les débutantes aux soins intensifs. Ces dernières font plutôt part de l'augmentation des responsabilités et des tâches

reliées à la prise en charge d'un patient de soins intensifs qui occasionne du stress (Benner et al., 2011; Farnell & Dawson, 2006; Gohery & Meaney, 2013; Muldowney & McKee, 2011). Cependant, ceci est dans la même lignée de pensée étant donné que la surveillance clinique apporte sans contredit plus d'activités de soins à réaliser auprès du patient instable.

Les situations d'instabilité du patient font partie intégrante du contexte particulier des soins intensifs et entraînent du stress chez la débutante. Ce constat a d'ailleurs été fait dans d'autres études. Par exemple, il a été démontré que l'instabilité est une source de stress pour l'ensemble des infirmières dans les soins intensifs (Bakker et al., 2005). Pour les nouvelles diplômées, c'est plutôt de devoir répondre aux changements dans la condition d'un patient et de gérer les complications qui sont des éléments importants qui leur créent du stress (Lewis-Pierre, 2013). Ceci démontre que peu importe le nombre d'années d'expérience dans le milieu, les infirmières aux soins intensifs subissent un stress lorsque le patient présente de l'instabilité et c'est aussi le cas pour l'infirmière d'expérience qui fait la transition de l'unité de soins généraux vers celle des soins intensifs. Cette infirmière a peu vécu dans ce type de situations de soins et ne peut pas se référer à ses expériences antérieures pour intervenir adéquatement. Rappelons que les expériences antérieures ont également été identifiées dans le cadre de la présente étude comme une ressource personnelle qui permet à la débutante de faire des liens dans différentes situations et d'intervenir en fonction de ce qu'elle a déjà vécu et connaît.

Les particularités de la communication avec un patient intubé aux soins intensifs est une source de stress identifiée dans la présente étude. Muldowney et McKee (2011) ont aussi révélé que la communication avec le patient inconscient aux soins intensifs est une source de stress pour la débutante. Les participantes de l'étude actuelle spécifient que c'est plutôt la communication unidirectionnelle avec le patient intubé qui rend l'évaluation de ses besoins difficile. La débutante, qui doit communiquer avec le patient pour effectuer une évaluation de son état mental ou de sa douleur, peut trouver difficile de ne pas obtenir de réponse verbale à ses questions. Bien que l'utilisation de signes ou de pictogrammes puisse faciliter l'évalua-

tion de certains besoins, la débutante doit s'adapter à cette situation. De plus, lorsque le patient est incapable de verbaliser ses besoins et présente une détérioration de son état clinique, la débutante se concentre sur les tâches à effectuer et peut avoir de la difficulté à offrir du soutien au patient. Elle trouve stressant de devoir gérer l'instabilité du patient en plus de devoir le rassurer. Cependant, il est normal pour elle de se sentir ainsi puisque, tel que présenté par Benner et al. (2011), la débutante est souvent trop concentrée sur la tâche à effectuer et peut parfois oublier de considérer la présence du patient. C'est pourquoi la communication représente souvent une source de stress chez la débutante.

Des facteurs organisationnels font aussi partie des sources de stress liées au contexte de pratique que la débutante vit pendant son adaptation. Celles-ci proviennent de certains imprévus vécus pendant son cheminement ou du manque d'expérience des collègues infirmières. La débutante est insatisfaite et stressée lorsqu'elle ne peut pas prendre part à une journée de jumelage étant donné que le gestionnaire doit combler un besoin dans une autre unité. Des participantes ont mentionné que des changements à leur horaire de travail à la dernière minute pouvaient être frustrant et amener du stress. Ce constat n'est pas inconnu. En effet, le programme d'orientation des infirmières aux soins intensifs de l'ACCN (2017) recommande aux organisations d'éviter le plus possible les interruptions pendant la durée de l'intégration (formation spécifique, jumelage et probation), afin de faciliter l'acquisition des connaissances et des compétences. En probation, c'est plutôt le manque d'évaluatrices attirées ou son manque de disponibilité qui stresse la débutante. Ces résultats corroborent ceux de l'étude de Farnell et Dawson (2006) qui font état que le manque de suivi en lien avec l'évolution de l'acquisition de connaissances et des compétences cliniques est stressant pour la débutante. Gohery et Meaney (2013), quant à eux, ont ajouté que ce manque de soutien contribue à l'augmentation du stress et de l'anxiété de la débutante, étant donné qu'elle remet en question ses capacités à travailler dans le milieu. Les évaluations ou rencontres de suivis pour faire état de la progression de l'acquisition des connaissances sont donc essentielles. La confiance mutuelle qui se développe entre la débutante et sa formatrice ou évaluatrice peut contribuer à la diminution des incertitudes vécues et ainsi amoindrir les effets du stress vécu.

Les résultats de l'étude actuelle démontrent aussi que la débutante vit du stress lorsqu'elle se retrouve à travailler avec des infirmières ayant très peu d'expérience dans l'unité, ce qui peut se produire lors des heures de pauses ou de repas. La jeune main d'œuvre infirmière au Québec et le fait que la moitié des infirmières présentes aux soins intensifs ont moins de cinq années d'expérience (OIIQ, 2016b) font en sorte que cette situation se produit fréquemment. La débutante sent qu'elle n'a plus de personne fiable à qui se référer pour poser ses questions et perd son filet de sécurité. Benner et al. (2011) en font d'ailleurs mention dans leurs travaux. Les auteurs soutiennent que les débutantes vivent du stress lorsqu'elles doivent travailler avec plusieurs infirmières inexpérimentées, étant donné qu'elles ne peuvent pas obtenir de réponses à leurs questions. Malheureusement, cette situation peut engendrer un risque pour la sécurité du patient à la charge de la débutante.

Au final, les sources de stress de la débutante aux soins intensifs sont soit en lien avec ses perceptions, soit avec le contexte de pratique. Les sources de stress identifiées dans la présente étude sont semblables à celles recensées dans la littérature. Plus précisément, l'étude actuelle ajoute que la débutante aux soins intensifs est stressée par le manque de stabilité et de suivi par les formatrices et les évaluatrices pendant la durée du cheminement ainsi que pour tous les changements qui peuvent se produire dans la planification de son horaire de travail. Malgré ces sources de stress, la débutante s'adapte à son nouveau milieu de pratique par le biais des ressources qu'elle possède déjà et qu'elle devra mettre à profit.

## **6.2. LES RESSOURCES DE LA DEBUTANTE AUX SOINS INTENSIFS**

Les résultats obtenus ont permis de décrire les ressources de la débutante aux soins intensifs. En évaluant les ressources qu'elle possède, la débutante est donc prête à affronter le stress vécu et en mesure de développer des stratégies d'adaptation. Les ressources décrites sont soit spécifiques à la débutante, soit mises à sa disposition par l'organisation.

### **Les ressources spécifiques de la débutante**

Les résultats de l'étude actuelle laissent voir à quel point la débutante possède plusieurs ressources afin de s'adapter au stress vécu pendant sa première année de pratique. Avant même de débiter aux soins intensifs, les ressources personnelles font déjà partie intégrante de cette infirmière. Le sentiment de confiance en soi, l'intérêt pour les soins intensifs et l'expérience antérieure sont des ressources spécifiques qui seront mobilisées par l'infirmière d'expérience. Cependant, à notre connaissance, aucune étude ne porte spécifiquement sur ces ressources de la débutante, alors qu'elles sont essentielles à son adaptation. Il est possible de constater à quel point la confiance en soi favorise l'adaptation et est présente tout au long de son cheminement. Le fait d'avoir la conviction qu'elle détient les connaissances et les compétences requises, en plus de croire à son potentiel de devenir une infirmière de soins intensifs, facilite cette transition vers le nouveau milieu de pratique. C'est d'ailleurs pourquoi plusieurs études démontrent l'importance d'encourager les activités qui valorisent le développement de la confiance en soi lors de la préparation de l'infirmière à la pratique aux soins intensifs (American Association of Critical-Care Nurse, 2017; Kaddoura, 2013; Messmer et al., 2004; Morris et al., 2007; Proulx & Bourcier, 2008; Stefanski & Rossler, 2009; Thomason, 2006). Le développement de la confiance en soi doit donc être encouragé dans la mesure où il permet de conserver l'intérêt et le désir de continuer à pratiquer aux soins intensifs.

L'intérêt pour les soins intensifs est une autre ressource qui motive la débutante dès ses premiers jours dans le milieu. Pour certaines, l'intérêt de travailler aux soins intensifs se présente sous forme de défi. La débutante veut prouver qu'elle est en mesure d'effectuer les tâches d'une infirmière de soins intensifs. Le concept de défi est d'ailleurs mentionné par Lazarus et Folkman (1984) comme apportant un certain bien-être à la personne et l'incitant à développer des stratégies d'adaptation. Les résultats de la présente étude viennent aussi compléter ceux de Sawatzky (1996) qui a identifié que plusieurs infirmières aux soins intensifs affectionnent particulièrement les défis reliés à certaines situations cliniques telles que l'instabilité des patients, la prise de décisions ainsi que l'importance du jugement clinique.

En fait, les débutantes, tout comme les infirmières d'expérience dans l'unité, sont motivées par les nombreux défis qu'offrent les soins intensifs.

L'expérience antérieure de la débutante fait aussi partie des ressources personnelles qui, selon les participantes, contribuent à l'adaptation. En se référant aux expériences professionnelles similaires qu'elle a vécues, la débutante n'a plus à effectuer de longues réflexions pour intervenir et ses décisions cliniques sont plus faciles à prendre. Benner (1984) en a d'ailleurs fait part dans ses travaux lorsqu'elle explique les niveaux d'expertise d'une infirmière. Ceci explique aussi à quel point une infirmière peut rapidement évoluer dans un milieu qui encourage le développement des connaissances et compétences par les expériences cliniques. D'ailleurs, Milhomme, Gagnon & Lechasseur (2018), dans leur étude chez les infirmières expertes aux soins intensifs, soutiennent que l'infirmière s'appuie sur ses expériences de situation d'instabilité pour lui permettre d'anticiper l'apparition d'un problème. Ceci démontre à quel point l'expérience antérieure est d'une grande importance, et ce, pour l'ensemble des infirmières aux soins intensifs.

Les résultats de l'étude mettent aussi en valeur l'importance du soutien social pour la débutante tel que la présence d'un cercle d'entraide à l'extérieur du milieu de travail. Le soutien que les membres de la famille ou les amis de la débutante apportent l'encourage dans son adaptation en lui permettant de s'exprimer librement sur ce qu'elle vit sans avoir l'impression de se faire juger. L'étude de Wu, Chi, Chen, Wang, et Jin (2010) a d'ailleurs démontré qu'un bon réseau de soutien social chez les infirmières améliore les stratégies d'adaptation développées lorsqu'elles vivent du stress au travail. Ces résultats concordent aussi avec l'étude de Jones, Hocine, Salomon, Dab, et Temime (2015) qui a permis d'identifier que les professionnels de la santé dans les soins intensifs bénéficient d'un soutien social qui contribue à diminuer le stress et la fatigue vécus au travail.

Les membres de l'équipe de travail favorisent également l'adaptation de la débutante. Une collègue qui offre sa disponibilité pour répondre aux questions ou de l'aide lors de la réalisation de certaines techniques de soins est une ressource pour la débutante qui n'est pas à l'aise avec la façon d'intervenir. Farnell et Dawson (2006) expliquent que l'attitude de

soutien de la part du personnel de l'unité envers la débutante a un impact sur son expérience d'adaptation au milieu et sa socialisation dans l'unité. Les auteurs ajoutent que le temps passé dans l'unité à apprendre à connaître le personnel aide à l'intégration au groupe et facilite le travail pour la débutante (Farnell & Dawson, 2006). De plus, Benner et al. (2011) expliquent que la débutante a confiance en la légitimité de ses collègues qui lui permettent d'apprendre de nouvelles connaissances. Elle considère ses collègues comme une ressource, dans la mesure où elle est dans un environnement où elle se sent à l'aise de poser des questions (Benner et al., 2011). Enfin, Benner et al. (2011) mentionnent que certaines stratégies d'adaptation utilisées par la débutante découlent de la disponibilité des infirmières, des médecins ou de l'infirmière clinicienne à apporter de l'aide.

En résumé, les ressources spécifiques de la débutante sont des caractéristiques propres à l'infirmière d'expérience qui débute aux soins intensifs. La confiance en soi ainsi que sa motivation contribuent à faciliter les premières semaines qui peuvent être perçues comme un défi de taille étant donné l'abondance de connaissances à acquérir et maîtriser rapidement. En plus, la présence d'un réseau de soutien disponible pour écouter et soutenir la débutante tant sur le plan émotif qu'en milieu clinique est une ressource importante qui favorise l'adaptation. Le milieu est d'ailleurs conscient du défi de l'adaptation à la pratique aux soins intensifs et met des ressources à la disposition de la débutante et plusieurs d'entre elles sont considérées comme aidantes.

### **Les ressources mises à sa disposition**

Afin de s'adapter à son nouveau milieu, la débutante utilise les ressources mises à sa disposition par l'organisation. Les ressources organisationnelles se présentent à la débutante en fonction de ce que décident les gestionnaires et les responsables de la formation de ces infirmières. Ces ressources ne sont pas toutes présentes au début de son cheminement. Certaines, telles que les étapes du cheminement, se déroulent dans un ordre chronologique pré-établi et à respecter. D'ailleurs, les étapes du cheminement, la disponibilité des références

ainsi que l'accès à de la formation continue sont les ressources que l'organisation met à la disposition de la débutante et qu'elle considère utiles à son adaptation.

Les étapes du cheminement apparaissent comme des ressources considérables pour les débutantes interrogées. L'orientation spécifique, qui est basée sur la pratique clinique, facilite le passage de l'unité de soins généraux à celles des soins intensifs. D'ailleurs, Chesnutt et Everhart (2007) ont conclu qu'il est important que chaque infirmière soit orientée en fonction de ses besoins de manière à lui donner des bases solides en soins intensifs. Les avantages de l'orientation ont déjà été démontrés et c'est probablement pour cette raison que plusieurs milieux utilisent ce moyen pour former les infirmières qui débutent (Thomason, 2006). La période du jumelage adaptée aux besoins de la débutante est une ressource considérée par Morris et al. (2007) lors de l'évaluation de l'implantation du programme *ECCO* de l'AACN (2017). Les auteurs ont fait part de la durée qui doit être adaptée à l'expérience clinique de la débutante et considèrent trois différents cheminements possibles, soit celui de la nouvelle diplômée, de l'infirmière sans expérience aux soins intensifs et de celle avec de l'expérience (Morris et al., 2007). L'étude de Proulx et Bourcier (2008) renforce cette conclusion en indiquant que la durée adaptée de la formation favorise le sentiment de sécurité puisqu'il donne l'occasion à la nouvelle infirmière d'avoir suffisamment de temps pour maîtriser les compétences techniques requises par le milieu.

La probation est le moment où la débutante est autonome dans ses soins. Elle vit des incertitudes et inquiétudes pendant son déroulement telles que ne pas connaître l'infirmière qui est attirée à son évaluation et ne pas savoir le moment où se termine cette étape. Malgré tout, cela ne l'empêche pas de considérer la probation comme une ressource. Les participantes jugent que la possibilité d'avoir des évaluations fréquentes de ses compétences est une caractéristique qui en fait une ressource. La conclusion de Saghafi et al. (2012) corrobore avec celle de l'étude actuelle. Les auteurs (Saghafi et al., 2012) mentionnent que les évaluations formelles sont importantes pour déterminer les progrès et l'adaptation au milieu tout au long de la première année de pratique. Les débutantes qui ont participé à l'étude actuelle ont discuté de la présence de l'évaluatrice en probation pendant l'entrevue de validation en

groupe, mais il n'y a pas eu consensus sur le nombre idéal d'infirmières responsables du suivi pendant cette étape. Certaines ont mentionné l'importance d'avoir au moins deux évaluatrices pour diminuer la subjectivité dans l'évaluation, tandis que d'autres croient qu'une seule évaluatrice favorise un meilleur suivi. Cependant, cette conclusion diffère de celle de Chesnutt et Everhart (2007) qui suggèrent d'attribuer une seule infirmière responsable du suivi de la débutante pour les six premiers mois. Au final, il faut retenir que la présence des évaluatrices est importante pour le soutien tant moral que clinique de la débutante et que cette façon de faire est utilisée pour permettre un meilleur suivi de l'évolution de l'acquisition de ses connaissances et de ses compétences.

Pendant le déroulement de ces trois premières étapes, soit l'orientation spécifique, le jumelage et la probation, la présence d'infirmières en soutien à l'équipe est aussi perçue comme une ressource pour les débutantes interrogées. L'infirmière clinicienne des soins intensifs représente en partie ces personnes d'expertise qui peuvent répondre aux interrogations cliniques de la débutante. Les autres collègues infirmières sont aussi reconnues comme étant de bonnes références, ce qui rejoint les résultats de l'étude de Flinkman, M., & Salanterä, S. (2015), qui mentionnent que le soutien social de la part des collègues expérimentés est essentiel pendant une transition vers un nouveau milieu. Cependant, chaque infirmière détient ses propres forces que ce soit l'analyse de bandes de rythme cardiaque ou la compréhension de la ventilation mécanique, par exemple. Il semble que la débutante identifie les personnes les plus aptes à l'aider et se tourne vers celles-ci lorsqu'elle a des interrogations. Cette conclusion ressemble à la description que fait Benner (1984) de la débutante et qui mentionne que celle-ci a confiance en la légitimité de ses collègues pour acquérir des connaissances.

Le développement de la débutante continue d'être enrichi même à la suite de ces trois premières étapes. Les activités de formation continue offertes par l'organisation, auxquelles participe la débutante, sont considérées comme une ressource qui facilite son adaptation. Dans le milieu où l'étude a été réalisée, l'offre de formation continue est très variée et à l'affût des besoins des infirmières. Les participantes interrogées sont d'avis que ces activités

de développement des connaissances sont indispensables. D'ailleurs, ces résultats corroborent ceux de l'étude de Stefanski et Rossler (2009) qui laissent voir que la formation continue sous forme de simulation clinique améliore les habiletés d'évaluation physique, d'administration de médicaments et de techniques de soins. Ceci fait de la formation continue un atout pour la débutante et favorise l'augmentation de la qualité des soins offerts aux patients du milieu. L'étude actuelle ajoute que de pouvoir participer à ces formations contribue à la confiance en soi de la débutante et à son sentiment d'être prête à travailler auprès du patient aux soins intensifs. De plus, certaines formations offrent des outils à l'infirmière pour être encore plus en mesure d'anticiper ce qui pourrait éventuellement se produire dans diverses situations de soins intensifs telle que l'apparition d'une arythmie cardiaque grave.

Enfin, les ressources offertes à la débutante par le milieu de travail sont d'une grande importance. Le déroulement des étapes pour accéder à la pratique aux soins intensifs et la présence des infirmières qui offrent leur soutien de différentes façons sont essentiels à son adaptation. D'ailleurs, afin d'assurer la qualité des soins offerts, le milieu qui considère la formation continue encourage le développement de l'expertise de la débutante, ce qui va bien au-delà de la première année de pratique.

### **6.3. LES STRATEGIES D'ADAPTATION POUR AFFRONTER LE STRESS VECU**

L'analyse des résultats de l'étude permet de conclure que les stratégies d'adaptation se développent graduellement au fil de la première année. Les stratégies identifiées ciblent la transition entre l'unité de soins généraux et celles des soins intensifs, étant donné que les participantes à l'étude avaient toutes un an et moins de pratique dans le milieu. Bien que le modèle de Lazarus et Folkman (1984) stipule que les stratégies d'adaptation peuvent être fonctionnelles (qui mènent à l'adaptation) ou non, les résultats discutés ici portent seulement sur les stratégies qui semblent fonctionnelles. L'approche lors des entrevues était plutôt positive et dans une perspective de connaître les stratégies fonctionnelles des débutantes. D'ailleurs, les participantes n'ont pas mentionné le désir de retourner à l'unité de soins généraux

pendant les entrevues et l'ensemble d'entre elles travaillaient toujours aux soins intensifs à la fin de l'analyse des données. Enfin, les stratégies identifiées sont donc centrées sur l'émotion, le problème et la recherche de soutien social.

### **Les stratégies centrées sur l'émotion**

Les stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion permettent à la débutante de supporter le stress qu'elle vit dans son nouveau milieu de pratique. Les participantes interrogées ont identifié trois de ces stratégies, soit de décrocher des événements vécus au travail, de verbaliser ses émotions et de reconnaître ses limites. Ces stratégies n'ont pas d'impact immédiat sur les soins que les débutantes prodiguent, étant donné que ce sont des réflexions qu'elles font à l'égard de leur pratique. Malgré, que ces stratégies pourraient avoir un effet sur la qualité des soins que la débutante offrent à long terme, ce qui n'a pas été vérifié dans le cadre de l'étude.

Les participantes ont mentionné à quelques reprises que de prendre le temps de se distancer des événements vécus au travail a facilité leur adaptation. Pour certaines, le simple fait de quitter l'unité à l'heure de la pause était suffisant, tandis que pour d'autres, aller marcher à l'extérieur les aidait. À cet égard, Hays et al. (2006) constatent aussi l'importance de décrocher pour affronter le stress quotidien vécu par les infirmières. Même si l'étude de Hays et al. (2006) touche les stratégies d'adaptation au stress quotidien vécu par l'ensemble des infirmières aux soins intensifs, il n'en demeure pas moins que les débutantes ressentent ce même besoin.

Les débutantes estiment aussi que de verbaliser leurs émotions est une stratégie d'adaptation qui a facilité leur adaptation. Au retour du travail, elles n'hésitent pas à se confier à leurs proches ou à leurs amis. Ces résultats concordent avec ceux de l'étude de Saghafi et al. (2012) qui soulignent que de se confier à des amies et de pouvoir partager ses expériences cliniques représentent un soulagement pour les infirmières qui débutent dans un nouveau milieu de soins intensifs. Cette stratégie peut aider à faire le vide avant de retourner au travail.

Les débutantes interrogées ont aussi mentionné que la reconnaissance de leurs limites personnelles pour intervenir auprès du patient est une stratégie qui leur permet de faire le point sur leurs connaissances et habiletés cliniques. La débutante qui est attentive à ce qu'elle est en mesure ou non de réaliser comme interventions contribue à la sécurité du patient. La débutante qui vit du stress en raison de sa perception négative envers ses capacités à travailler dans les soins intensifs peut être portée à développer cette stratégie d'adaptation. Ce résultat est en lien avec la description de Benner et al. (2011) qui décrivent que la débutante est portée à aller demander des conseils et de l'aide à des infirmières d'expérience en qui elle a confiance lorsqu'elle ne se sent pas capable d'intervenir convenablement auprès du patient.

### **Les stratégies centrées sur le problème**

Les stratégies d'adaptation centrées sur le problème mentionnées par les participantes portent sur les actions faites pour modifier certains éléments pendant la première année de transition entre l'unité de soins généraux et les soins intensifs. Que ce soit d'enrichir ses connaissances, d'effectuer des vérifications ou d'anticiper les événements, toutes ces stratégies semblent favoriser l'adaptation de la débutante. Celles-ci sont des actions effectuées pour améliorer la qualité des soins aux patients et agir sur les sources de stress en lien avec l'impression de manque d'expertise de la débutante.

Lorsque la débutante constate que ses aptitudes sont insuffisantes pour effectuer les tâches requises par l'infirmière de soins intensifs, elle peut décider d'enrichir ses connaissances. D'ailleurs, les résultats de l'étude démontrent que la débutante tente d'acquérir le plus de connaissances possible en utilisant divers moyens. Ces résultats corroborent ceux de Benner et al. (2011) qui soutiennent que les situations de soins vécues par la débutante sont des occasions de faire des apprentissages. En fait, l'ensemble des nouvelles connaissances à acquérir est une source de stress chez la débutante. Pour pallier ce stress, la débutante peut participer à de la formation continue ou bien faire de la recherche dans des documents de

références tels que des livres portant sur la pratique aux soins intensifs, les pathologies présentent et bien d'autres. Ces moyens lui permettent d'enrichir ses connaissances et contribuent à cette stratégie d'adaptation.

Par ailleurs, la débutante effectue des vérifications auprès du patient, que ce soit en lien avec le fonctionnement de l'équipement ou les résultats de ses interventions. Le but de cette stratégie est de se rassurer et d'exercer du contrôle sur l'ensemble des soins à réaliser pour diminuer son stress. Les débutantes interrogées entendent par vérifications, tout ce qu'elles font en plus de la surveillance clinique requise. Il est normal d'effectuer des vérifications pour s'assurer d'avoir l'ensemble des informations pour intervenir. À cet égard, Milhomme et al. (2018) mentionnent que l'infirmière effectue des actions afin d'être prête à agir en tout temps. Par exemple, elle peut vérifier le fonctionnement de certains instruments, cela lui permet d'être prête à intervenir et à anticiper les événements qui pourraient éventuellement se produire. Parfois, tel que présenté dans les résultats de l'étude actuelle, la débutante utilise son aide-mémoire pour effectuer ses vérifications et ne pas avoir à poser de questions à ses collègues. Cet outil, qu'elle développe en fonction de ses besoins personnels, l'aide à effectuer ses vérifications et diminuer les pertes de temps lorsqu'elle doit s'adresser à quelqu'un ou consulter des références pour obtenir des réponses. Toutes ces vérifications l'aident à diminuer le stress vécu et peuvent l'amener à l'aider à anticiper les événements.

La débutante qui utilise la stratégie d'anticipation des événements veut se préparer à différents scénarios qui peuvent se produire dans le contexte de soins qu'elle vit avec le patient. Cette stratégie est d'ailleurs déjà très encouragée par les organisations. D'ailleurs, plusieurs organisations québécoises<sup>10</sup> offrent la formation *ACLS* aux infirmières. Cette formation n'est pas obligatoire, étant donné qu'elle s'adresse initialement aux médecins. Cependant, les infirmières qui ont la possibilité d'y participer connaissent les algorithmes de traitement à respecter en fonction de diverses arythmies cardiaques sévères. Cela permet aussi à

---

<sup>10</sup> La Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, la Croix-Rouge canadienne ainsi que l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec en sont quelques exemples.

l'infirmière d'anticiper les interventions qui seront effectuées lors de réanimation cardio-respiratoire et ainsi agir plus rapidement dans ce contexte d'extrême urgence. Enfin, les stratégies recensées démontrent aussi que la débutante développe des actions pour améliorer son soutien social et ainsi favoriser son adaptation.

### **Les stratégies centrées sur la recherche de soutien social**

Les stratégies d'adaptation centrées sur la recherche de soutien social amènent la débutante à effectuer des actions pour mieux s'entourer de personnes-ressources et ainsi faciliter son adaptation. Les débutantes ont rapporté que les stratégies les plus aidantes étaient de poser des questions, de déléguer certains soins et de s'identifier à une infirmière modèle.

La débutante peut choisir de poser des questions. Lorsqu'elle le fait, elle démontre qu'elle est en mesure de reconnaître ses limites. Ses questions peuvent s'adresser à ses collègues. Elle peut également consulter les références matérielles. Farnell et Dawson (2006), font mention de « *conscious incompetence* » qui se traduit par la prise de conscience de son manque de connaissances. La débutante est consciente qu'elle n'a pas l'ensemble des habiletés cliniques requises et démontre donc une vigilance accrue par la consultation de personnes ou de références matérielles qui l'entourent lors de la prise en charge du patient de soins intensifs (Farnell & Dawson, 2006). Ce constat a également été fait dans le cadre des travaux de Benner et al. (2011) portant sur le développement de l'expertise; les auteurs mentionnent que dans les situations où la débutante se sent incapable d'intervenir, elle demande aux infirmières ayant de l'expertise ou au médecin de lui donner des conseils pour l'aider à évaluer la situation. Cette stratégie semble avoir un effet positif sur la sécurité des patients. C'est ce qu'en déduisent Benner et al. (2011) lorsqu'ils font part du respect et de la considération du jugement clinique qu'a la débutante envers les infirmières expertes, ce qui fait en sorte que la sécurité des patients est protégée.

Une autre stratégie que la débutante met de l'avant pour s'adapter est de déléguer certains soins aux autres infirmières de l'équipe qui sont en mesure de l'aider. Le but visé est de

diminuer le stress engendré par la surcharge d'activités de soins à réaliser dans le contexte où un patient nécessite plusieurs interventions en même temps. Cette situation ne semble pas se produire au tout début de son adaptation, étant donné que la débutante a toujours une formatrice pour lui offrir de l'aide dans ces situations. Cependant, la débutante peut aussi avoir peur de donner l'impression d'être incapable de fonctionner aux soins intensifs, si elle délègue au tout début de sa probation. Lorsque sa réputation semble établie, elle est plus à l'aise de déléguer, pour diminuer les tâches qu'elle a à faire et intervenir plus rapidement. Cette stratégie est d'ailleurs encouragée dans le programme d'orientation des infirmières aux soins intensifs de Chesnutt et Everhart (2007). Les auteures expliquent que la délégation de soins est une habileté essentielle à développer pour améliorer l'organisation du temps et la priorisation des soins (Chesnutt & Everhart, 2007).

Certaines participantes interrogées préfèrent plutôt s'identifier à une infirmière modèle. Benner et al. (2011) en ont déjà fait mention dans leurs travaux et ajoutent que la débutante a des modèles de rôles positifs et négatifs. La débutante se fait une représentation de ce qu'elle veut être et de ce qu'elle évite de faire à titre d'infirmière de soins intensifs. Le fait d'avoir un modèle peut la guider dans sa prise de décisions cliniques ou même l'aider à reconnaître à quelle infirmière s'adresser lorsqu'elle a des questions. Cette stratégie sera facilitée dans un contexte où les infirmières valorisent les bonnes pratiques et sont disponibles pour soutenir la débutante dans son adaptation.

En résumé, les stratégies d'adaptation des infirmières aux soins intensifs actuellement connues ne sont pas spécifiques à la débutante lors de sa première année de pratique. L'étude actuelle démontre que les stratégies d'adaptation ne sont pas spécifiques aux étapes du cheminement de la débutante et qu'elles peuvent être utilisées en simultanément, afin de diminuer le stress et ainsi favoriser l'adaptation. Une partie des stratégies mises en place par la débutante sont en lien avec les soins qu'elle doit apporter au patient. La débutante est consciente de l'importance de la sécurité du patient et met en place des actions pour l'assurer et éviter des complications. L'autre partie des stratégies est plutôt basée sur l'importance du bien-être de la débutante. Les stratégies d'adaptation provenant de l'analyse des données démontrent à

quel point cet équilibre est important pour la débutante. La section suivante de ce chapitre porte sur les limites de la présente étude. Enfin, cette étude présente certaines limites décrites à la section suivante.

#### **6.4. LES LIMITES DE L'ETUDE**

Cette étude comporte deux principales limites. La première limite porte sur l'échantillon de débutantes qui est constitué à 75 % d'infirmières détenant un poste de l'équipe volante de l'établissement. Les infirmières de l'équipe volante ne travaillent pas toujours dans les soins intensifs et peuvent être amenées à changer d'unité à chaque quart de travail. Il est donc impossible de savoir si le stress qu'elles vivent, les ressources et les stratégies d'adaptation sont similaires ou différentes des autres infirmières qui débutent seulement aux soins intensifs. Malgré tout, cela a permis de mettre en évidence des stratégies d'adaptation encore plus variées, puisque les infirmières de l'équipe volante vivent plusieurs adaptations sur différentes unités. Une deuxième limite en lien avec le faible taux de participation, soit 5 débutantes, à l'entrevue de validation en groupe est à noter. Le but étant de confirmer les résultats obtenus à la suite de l'analyse des entrevues individuelles, certaines variations auraient pu être notées si l'ensemble des participantes à l'étude avaient été présentes. Malgré tout, les participantes étaient en accord avec plusieurs éléments de l'analyse et aucun changement majeur n'a été apporté aux résultats. Cette entrevue de groupe a plutôt contribué à agrémenter l'analyse et à la rendre plus riche, étant donné que différentes opinions ont été émises.

#### **6.5. LES RETOMBEES DE L'ETUDE**

À notre connaissance, cette étude est la première qui tente d'identifier les facteurs qui influencent l'adaptation de l'infirmière d'expérience lors de sa première année de pratique aux soins intensifs. La description des sources de stress, des ressources et des stratégies de la débutante peut aussi encourager les actions directes sur les sources de stress dans le milieu,

afin de l'amener à vivre une saine adaptation. De plus, en étant à l'affût des ressources et des stratégies d'adaptation considérées utiles et efficaces, il est possible d'enrichir les moyens déjà en place pour faciliter l'adaptation et potentiellement agir sur la rétention de ces infirmières. Afin de contribuer à la reconnaissance du problème dans le milieu et de favoriser les retombées de l'étude, des moyens ont été prévus pour diffuser les résultats dans les milieux cliniques. La diffusion des résultats auprès des gestionnaires et des infirmières de soins intensifs où l'étude s'est déroulée est d'ailleurs prévue.

## **6.6. LES RECOMMANDATIONS**

À la lumière de l'analyse des résultats et des retombées de l'étude, des recommandations sont faites, en lien avec les différents champs d'activités de l'infirmière : la recherche, la pratique, la formation et la gestion.

### **Pour la recherche**

Les recommandations pour la recherche portent sur les futures études en lien avec la pratique de l'infirmière d'expérience qui débute aux soins intensifs. Il serait intéressant de faire une étude longitudinale pour suivre les débutantes pendant et après leur première année. De cette façon, il serait possible de connaître la rétention de ces infirmières et de croiser ces résultats avec les ressources utilisées et les stratégies d'adaptation mises en place pendant la première année. En comparant les résultats des infirmières qui ont continué leur pratique aux soins intensifs à celles qui ont décidé de quitter pour un autre milieu, un portrait de ces deux groupes pourrait être formé. Ainsi, des conclusions pourraient être tirées afin de démontrer les ressources et les stratégies facilitant et contraignant l'adaptation de l'infirmière d'expérience aux soins intensifs.

### **Pour la pratique**

La recommandation pour la pratique est une mesure qui se veut la plus concrète possible et qui est émise dans l'objectif de diminuer l'impact des sources de stress chez la débutante aux soins intensifs. Le suivi de la performance est essentiel au processus d'adaptation de la débutante. Ce suivi devrait être réalisé, soit par l'infirmière clinicienne de l'unité, l'assistante infirmière-chef ou la chef de service. Cette recommandation est soutenue par plusieurs auteurs (ACCN, 2017; Benner et al., 2011; Morris et al., 2007), qui font part de l'importance de maintenir et reconnaître une relation de suivi entre la débutante et une infirmière ayant de l'expérience pour les six premiers mois, et ce pour favoriser son intégration à l'équipe. Le suivi doit aussi aller au-delà de la fin de la probation pour offrir la possibilité à la débutante de développer son expertise. Dans la majorité des milieux, l'encadrement et le suivi cessent après la première année et par la suite, seulement une rencontre d'appréciation de la contribution de l'employé aura lieu annuellement avec la chef de service. Cependant, aucun suivi des compétences cliniques n'est fait. D'ailleurs, Gohery et Meaney (2013) suggèrent que le suivi perdure pendant les trois premières années, comparativement au programme de préceptorat québécois présent sur les unités de soins généraux, qui est recommandé pour les deux premières années de pratique à la suite de la formation initiale de l'infirmière (MSSS, 2008). C'est pourquoi nous recommandons que le suivi se maintienne pendant au moins un an à la suite de la fin de la probation. Ce suivi pourrait être fait sous forme de mentorat pris en charge par une infirmière de l'unité qui n'a aucun lien de supériorité avec la débutante tel que l'assistante infirmière-chef. De cette façon, il sera possible d'accompagner la débutante et de lui offrir des ressources nécessaires à la consolidation de ses acquis et au développement de son expertise dans le milieu des soins intensifs.

### **Pour la formation**

Les résultats obtenus permettent de formuler deux recommandations en lien avec la formation des infirmières. Premièrement, il serait important d'introduire la gestion du stress

à la formation initiale de l'infirmière, laquelle pourrait inclure l'apprentissage de diverses techniques et activités pratiques de mise en application. En encourageant l'utilisation de techniques de gestion du stress reconnues efficaces, il sera possible de mieux préparer la débutante à affronter les situations stressantes et ainsi lui permettre d'avoir les outils nécessaires pour bien gérer son stress dans ces différents contextes. Deuxièmement, l'offre de formation continue en lien avec les soins intensifs est à bonifier pour encourager la débutante dans son adaptation. Plus spécifiquement, il serait intéressant d'avoir recours aux simulations de cas cliniques en laboratoire qui sont reconnues comme étant un moyen d'encourager la confiance en soi lors de l'acquisition de nouvelles connaissances et le sentiment de se sentir prête à affronter des situations de soins intensifs (Stefanski & Rossler, 2009). Ce type de formation contribue à la consolidation des connaissances en ce qui concerne l'évaluation physique, l'administration de médicaments et la réalisation de techniques de soins (Stefanski & Rossler, 2009). La formation continue est donc un atout essentiel à l'adaptation, du fait qu'elle amène la débutante à développer ses connaissances et ses compétences cliniques.

### **Pour la gestion**

Les résultats de cette étude fournissent des pistes de réflexion intéressantes pour les gestionnaires en milieu de soins intensifs qui souhaitent favoriser l'adaptation de la débutante. Certains résultats montrent que des sources de stress sont en lien avec des éléments du fonctionnement de l'organisation. Si des interventions sont mises en place, telles qu'empêcher les interruptions lors des journées de formation prévues et prévoir une infirmière d'expérience sur l'unité en soutien clinique dès que possible, cela peut donc contribuer à favoriser l'adaptation de la débutante. Des études ont d'ailleurs montré que des interventions qui agissent directement sur l'infirmière et son cheminement doivent être mises en place pour favoriser la rétention et rendre l'intégration attrayante dans les soins intensifs (Morris et al., 2007; Schroyer et al., 2016; Thomason, 2006). De plus, en raison de l'importance du soutien des collègues soulevée par les infirmières débutantes, l'organisation a donc avantage à former

des infirmières compétentes dans le suivi des débutantes et à encourager une culture de soutien à l'intégration aux soins intensifs. Cette conclusion va dans le même sens que celle de Liebermann, S. C., Müller, A., Weigl, M., & Wegge, J. (2015) que le soutien des collègues expérimentés contribue à diminuer le stress vécu. En s'appuyant sur les résultats de cette étude, les organisations peuvent donc mettre en place de nouvelles interventions qui ciblent directement le développement des stratégies qui favorisent l'adaptation de la débutante au milieu.



## CONCLUSION

Ce mémoire de maîtrise répond à la question générale de recherche : « Comment l'infirmière d'expérience s'adapte-t-elle à la première année de pratique dans le milieu des soins intensifs ? ». La méthode utilisée a permis de répondre à cette question et d'atteindre l'objectif de mieux comprendre l'adaptation de l'infirmière d'expérience lors de sa première année de pratique aux soins intensifs. Les résultats obtenus permettent de connaître les sources de stress, les ressources et les stratégies d'adaptation de l'infirmière qui effectue la transition de l'unité de soins généraux à l'unité de soins intensifs. Il était déjà connu que ces infirmières vivent différentes sources de stress, mais aucune étude à notre connaissance n'avait spécifié celles de la débutante. En décrivant ces sources de stress, ces ressources et ces stratégies d'adaptation, il a donc été possible de reconnaître le vécu d'adaptation de l'infirmière qui débute aux soins intensifs. Il sera donc plus facile pour les gestionnaires et responsables de ces infirmières de mettre en place des interventions pour encourager l'utilisation de certaines ressources ou stratégies d'adaptation propres à la débutante ou bien d'effectuer des interventions pour faciliter leur adaptation.

Cette étude spécifie les ressources les plus utiles pour les débutantes et les stratégies qu'elles jugent les plus efficaces pour s'adapter et ainsi continuer à développer leur expertise dans ce milieu de pratique. Pour ce qui est des ressources, la débutante considère qu'elle doit personnellement mobiliser son intérêt et sa confiance en elle pour s'adapter au stress de l'adaptation aux soins intensifs. Les stratégies d'adaptation quant à elles ont un impact direct sur les soins qu'elles prodiguent. En étant à l'affût des ressources et des stratégies considérées utiles et efficaces, les gestionnaires et les décideurs qui s'occupent de ces infirmières débutantes détiennent des informations précieuses dans le but d'enrichir les moyens déjà en place

pour faciliter l'adaptation. En offrant un contexte optimal favorisant l'adaptation de la débutante aux soins intensifs, il serait probable de voir un effet positif sur la rétention de ces infirmières.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- American Association Of Critical-Care Nurses. (2017, novembre). Essentials of Critical Care Orientation (ECCO) 3.0. Repéré à <https://www.aacn.org/education/online-courses/essentials-of-critical-care-orientation>.
- American Association of Critical-Care Nurses. (2008). *AACN scope and standards for acute and critical care nursing practice*. Aliso Viejo, CA: American Association Of Critical-Care Nurses.
- Association Canadienne des Infirmières et Infirmiers en Soins Intensifs. (2009). Normes pour la pratique infirmière en soins critiques (4 éd.). Ottawa, ON: ACIISI.
- Association des Infirmières et Infirmiers du Canada. (2004). Atteindre l'excellence dans l'exercice de la profession: Guide sur le préceptorat et le mentorat. Ottawa, ON: AIIC.
- Bakker, A. B., Le Blanc, P. M., & Schaufeli, W. B. (2005). Burnout contagion among intensive care nurses. *Journal of advanced nursing*, 51(3), 276-287.
- Baribeau, C., & Germain, M. (2010). L'entretien de groupe : considérations théoriques et méthodologiques. *Recherches qualitatives*, 29(1), 28-49.
- Benner, P. (1984). *From Novice to Expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publishing Company, inc.
- Benner, P.E., Hooper-Kyriakidis, P.L., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Benner, P.E., Tanner, C.A., & Chesla, C.A. (2009). *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé: modèles, concepts et méthodes* (pp. 47-71). Paris: Dunod.
- Burgess, L., Irvine, F., & Wallymahmed, A. (2010). Personality, stress and coping in intensive care nurses: a descriptive exploratory study. *Nursing in Critical Care*, 15(3), 129-140. doi:10.1111/j.1478-5153.2009.00384.x

- Chesnutt, B. M., & Everhart, B. (2007). Meeting the Needs of Graduate Nurses in Critical Care Orientation Staged Orientation Program in Surgical Intensive Care. *Critical Care Nurse*, 27(3), 36-51.
- Commission des Normes, de L'Éthique, de la Santé et de la Sécurité au Travail. (2017). Statistiques sur les lésions attribuables au stress en milieu de travail 2012-2015. Québec, QC. Repéré à [https://www.cnesst.gouv.qc.ca/publications/300/pages/dc\\_300\\_321.aspx](https://www.cnesst.gouv.qc.ca/publications/300/pages/dc_300_321.aspx)
- Créplet, F., & Jacob, T. (2009). *Réussir un projet Intranet 2.0*. Paris, France: Groupe Eyrolles.
- Cronqvist, A., Theorell, T., Burns, T., & Lützcén, K. (2004). Caring About - Caring For: moral obligations and work responsibilities in intensive care nursing. *Nursing Ethics*, 11(1), 63-76. doi:10.1191/0969733004ne667oa
- Detienne, K. B., Agle, B. R., Phillips, J. C., & Ingerson, M.-C. (2012). The Impact of Moral Stress Compared to Other Stressors on Employee Fatigue, Job Satisfaction, and Turnover: An Empirical Investigation. *Journal of Business Ethics*, 110(3), 377-391. doi:10.1007/s10551-011-1197-y
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificités en recherche qualitative. *Pratiques psychologiques*, 10(1), 79-86.
- El Khamali, R., Mouaci, A., Valera, S., Cano-Chervel, M., Pinglis, C. (2018). Effects of a multimodal program including simulation on job strain among nurses working in intensive care units: A randomized clinical trial. *Journal of the American Association*, 320(19), 1988-1997.
- Farnell, S., & Dawson, D. (2006). 'It's not like the wards'. Experiences of nurses new to critical care: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 43(3), 319-331. doi:10.1016/j.ijnurstu.2005.04.007
- Fern, E.F. (2001). *Advanced focus group research*. Californie, États-Unis: Sage publications.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes de processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives (3e éd.)*. Montréal: Chenelière Éducation.
- Flinkman, M., & Salanterä, 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. *Journal of nursing management*, 23(8), 1050-1057.

- Gohery, P., & Meaney, T. (2013). Nurses' role transition from the clinical ward environment to the critical care environment. *Intensive & Critical Care Nursing*, 29(6), 321-328. doi:10.1016/j.iccn.2013.06.002
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. (2012). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*: Elsevier Health Sciences.
- Guba, E.G. (1981). Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *ECTJ*, 29(2), 75-91. doi:10.1007/bf02766777
- Gubrium, J. F., & Holstein, J. A. (2001). *Handbook of interview research: context and method*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Hauck, A., Quinn Griffin, M., & Fitzpatrick, J. (2011). Structural empowerment and anticipated turnover among critical care nurses. *Journal of Nursing Management*, 19(2), 269-276. doi:10.1111/j.1365-2834.2011.01205.x
- Hays, M. A., All, A. C., Mannahan, C., Cuaderes, E., & Wallace, D. (2006). Reported stressors and ways of coping utilized by intensive care unit nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 25(4), 185-193.
- Holloway, I., & Wheeler, S. (2010). The nature and utility of qualitative research *Qualitative Research in Nursing and Healthcare* (3 éd., pp. 368). Royaume Uni: John Wiley & Sons.
- Jones, G., Hocine, M., Salomon, J., Dab, W., & Temime, L. (2015). Demographic and occupational predictors of stress and fatigue in French intensive-care registered nurses and nurses' aides: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 250-259. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.07.015
- Kaddoura, M.A. (2010). Effect of the Essentials of Critical Care Orientation (ECCO) program on the development of nurses' critical thinking skills. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 41(9), 424-432. doi:10.3928/00220124-20100503-05
- Kaddoura, M.A. (2013). The effect of preceptor behavior on the critical thinking skills of new graduate nurses in the intensive care unit. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 44(11), 488-495.
- L'Écuyer, R. (1990). Étapes de l'analyse de contenu : Modèle général *Méthodologie de l'analyse développementale du contenu : Méthode GPS et Concept de Soi* (pp. 51-114). Québec: Presses de l'Université du Québec.

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lewis-Pierre, L. (2013). Workplace readiness of new ICU nurses: Perceptions of managers, educators, preceptors, and new RN graduates: University of Phoenix.
- Liebermann, S. C., Müller, A., Weigl, M., & Wegge, J. (2015). Antecedents of the expectation of remaining in nursing until retirement age. *Journal of advanced nursing*, *71*(7), 1624-1638.
- Margot, S., & Kathryn, W. (2006). Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005: Statistique Canada.
- Marshall, J. C., Bosco, L., Adhikari, N. K., Connolly, B., Diaz, J. V., Dorman, T., . . . Zimmerman, J. (2017). What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of Critical Care*, *37*, 270-276. doi:10.1016/j.jcrc.2016.07.015
- Messmer, P. R., Jones, S. G., & Taylor, B. A. (2004). Enhancing knowledge and self-confidence of novice nurses: the "Shadow-A-Nurse" ICU program. *Nursing Education Perspectives*, *25*(3), 131-136.
- Milhomme, D., Gagnon, J. & Lechasseur, K. (2018). Processus de surveillance clinique par des infirmières expertes de soins critiques : illustration des résultats d'une étude en sciences infirmières à partir d'une vignette clinique. *Recherche en soins infirmiers*, *135*(4), 48-54. doi:10.3917/rsi.135.0048
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2008). *Programme national de soutien clinique : Volet préceptorat*. Québec, QC: Gouvernement du Québec.
- Morris, L. L., Pfeifer, P. B., Catalano, R., Fortney, R., Hilton, E. L., McLaughlin, J., . . . Goldstein, L. (2007). Designing a comprehensive model for critical care orientation. *Critical Care Nurse*, *27*(6), 37-48.
- Muldowney, Y., & Mckee, G. (2011). Nurses new to intensive care : perceptions of their clinical learning environment. *Nursing in Critical Care*, *16*(4), 201-209.
- Neergaard, M. A., Olesen, F., Andersen, R. S., & Sondergaard, J. (2009). Qualitative description – the poor cousin of health research? *BMC Medical Research Methodology*, *9*(1), 1-5. doi:10.1186/1471-2288-9-52
- O'Brien-Pallas, L., Murphy, G. T., Shamian, J., Li, X., & Hayes, L. J. (2010). Impacts and determinants of nurse turnover: a pan-Canadian study. *Journal of Nursing Management*, *18*(8), 1073-1086. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01167.x

- O’Kane, C. E. (2012). Newly qualified nurses experiences in the intensive care unit. *Nursing in critical care*, 17(1), 44-51.
- Office québécois de la langue française. (2013). *La langue des relations professionnelles*. Repéré à [https://www.oqlf.gouv.qc.ca/ressources/bibliotheque/dictionnaires/terminologie\\_relations\\_professionnelles/equipe\\_volante.html](https://www.oqlf.gouv.qc.ca/ressources/bibliotheque/dictionnaires/terminologie_relations_professionnelles/equipe_volante.html)
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. (2010). *Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière : Édition 2010*. Montréal, QC: OIIQ
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. (2016a). Portrait de la relève infirmière 2015-2016. Montréal, QC: OIIQ. Récupéré le 26 août 2016 à <https://www.oiiq.org/documents/20147/3410233/10-portrait-regional-chaudiere-appalaches.pdf>
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. (2016b). Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2015-2016 : Le Québec et ses régions. Récupéré à [https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/7445\\_doc.pdf](https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/7445_doc.pdf)
- Paillé, P. (1991). *Procédures systématiques pour l'élaboration d'un guide d'entrevue semi-directive : un modèle et une illustration*. Communication présentée au Congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences, Sherbrooke, QC: Université de Sherbrooke.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3<sup>e</sup> éd.). Montparnasse, Paris: Armand Colin.
- Patton, M. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Proulx, D. M., & Bourcier, B. J. (2008). Graduate nurses in the intensive care unit: an orientation model. *Critical Care Nurse*, 28(4), 44-52.
- Saghafi, F., Hardy, J., & Hillege, S. (2012). New graduate nurses’ experiences of interactions in the critical care unit. *Contemporary nurse*, 42(1), 20-27.
- Sandelowski, M. (1995). Sample size in qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 18(2), 179-183. doi:10.1002/nur.4770180211
- Sandelowski, M. (2000). Focus on Research Methods : Whatever Happened to Qualitative Description? *Research in Nursing & Health*, 23, 334-340.
- Sawatzky, J.-A. V. (1996). Stress in critical care nurses: actual and perceived. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 25(5), 409-417.

- Schroyer, C. C., Zellers, R., & Abraham, S. (2016). Increasing Registered Nurse Retention Using Mentors in Critical Care Services. *Health Care Manager, 35*(3), 251-265. doi:10.1097/HCM.0000000000000118
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York : McGraw Hill.
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for information, 22*(2), 63-75.
- Shields, M., & Wilkins, K. (Éd.). (2006). Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005: résultats. Ottawa, ON: Santé Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé & Statistique Canada.
- Sole, M. L. (2013). Overview of Critical Care Nursing. Dans Sole, M. L., Klein, D. G., & Moseley, M. J., *Introduction to Critical Care Nursing* (6 éd., pp. 2-13). St-Louis, MO: Elsevier Saunders.
- St-Clair, M. (2013). New graduate nurses' experiences of transition during orientation into critical care. Thèse de doctorat inédite, University of Wisconsin. Repéré à <https://dc.uwm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1383&context=etd>
- St-Pierre, L., Alderson, M., & St-Jean, M. (2010). Le travail infirmier en unité de soins intensifs adultes vu sous l'angle de la psychodynamique du travail. *L'infirmière clinicienne, 7*(1), 9-23.
- Stefanski, R. R., & Rossler, K. L. (2009). Preparing the novice critical care nurse: a community-wide collaboration using the benefits of simulation. *Journal of Continuing Education in Nursing, 40*(10), 443-453. doi:10.3928/00220124-20090923-03
- Thomason, T. R. (2006). ICU nursing orientation and postorientation practices: a national survey. *Critical Care Nursing Quarterly, 29*(3), 237-245.
- Tummers, G. E. R., Landeweerd, J. A., & Van Merode, G. G. (2002). Organization, work and work reactions: a study of the relationship between organizational aspects of nursing and nurses' work characteristics and work reactions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 16*(1), 52-58. doi:10.1046/j.1471-6712.2002.00050.x
- Ulrich, B. T., Lavandera, R., Woods, D., & Early, S. (2014). Critical Care Nurse Work Environments 2013: A Status Report. *Critical Care Nurse, 34*(4), 64-78. doi:10.4037/ccn2014731

- Untas, A., Koleck, M., Rascle, N., & Bruchon-Schweitzer, M. (2012). Du modèle transactionnel à une approche dyadique en psychologie de la santé. *Psychologie Française, 57*(2), 97-110. doi:10.1016/j.psfr.2012.03.004
- Varcoe, C., Pauly, B., Storch, J., Newton, L., & Makaroff, K. (2012). Nurses' perceptions of and responses to morally distressing situations. *Nursing Ethics, 19*(4), 488-500. doi:10.1177/0969733011436025
- Wu, H., Chi, T.-S., Chen, L., Wang, L., & Jin, Y.-P. (2010). Occupational stress among hospital nurses: cross-sectional survey. *Journal of Advanced Nursing, 66*(3), 627-634. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05203.x

**ANNEXE I - LA PUBLICITÉ POUR LE RECRUTEMENT DES PARTICI-  
PANTES**

## ÉTUDE QUALITATIVE DESCRIPTIVE PORTANT SUR LE STRESS PERÇU ET LES STRATÉGIES D'ADAPTATION DE L'INFIRMIÈRE DÉBUTANTE AUX SOINS INTENSIFS

Tu es infirmier(ère) aux soins intensifs :

- tu as terminé ta période de probation
- ça ne fait pas encore un an que tu travailles sur l'unité

Tu pourrais participer à une étude permettant de comprendre la période d'intégration de l'infirmier(ère) débutant(e) aux soins intensifs lors de sa première année de pratique en décrivant ses perceptions du stress et ses stratégies d'adaptation.

Ta participation nécessite :

- une entrevue individuelle (durée 1 h à 1 h 30)
- une rencontre de validation des résultats (durée 1 h à 2 h)

L'entretien sera enregistré sur bande audio. La confidentialité et l'anonymat seront assurés.

Si tu es intéressé ou que tu as des questions, n'hésite pas à me contacter par courriel :  
genevieve.parent-racine@uqar.ca

***Geneviève Parent-Racine, inf. étudiante à la maîtrise***

Sous la direction d'Emmanuelle Bédard, Ph.D. & Daniel Milhomme, Ph.D., professeurs au département des sciences infirmières, UQAR.

Cette étude est approuvée par les comités d'éthiques de l'IUCPQ (CÉR:\*\*\*\*\*) et de l'Université du Québec à Rimouski (CÉR:\*\*-\*\*\*\*)



**ANNEXE II – LE QUESTIONNAIRE DES DONNÉES SOCIODÉMOGRA-  
PHIQUES**



Questionnaire  
Données sociodémographiques

1. Âge : \_\_\_\_\_

2. Sexe

- Homme
- Femme

3. Nombre d'années d'expérience à titre d'infirmière

- Moins d'un an
- 1 an
- 2 ans
- 3 ans
- 4 ans
- Plus de 5 ans

4. Nombre de mois de pratique dans le milieu des soins intensifs

- Moins d'un mois
- 1 mois à 3 mois
- 4 à 6 mois
- 7 à 9 mois
- 10 à 12 mois

5. Formation

- Diplôme d'études collégiales (DEC) en soins infirmiers
- Baccalauréat (BACC) en sciences infirmières

6. Statut d'emploi

- Temps partiel
- Temps plein

7. Jumelage et probation terminés sur ces unités :

- Soins intensifs respiratoires
- Chirurgie cardiaque
- Unité coronarienne

8. Poste occupé : \_\_\_\_\_

9. Nombre de jours travaillés par 2 semaines : \_\_\_\_\_

**ANNEXE III – LE GUIDE D’ENTREVUE INDIVIDUELLE**



## Guide d'entrevue individuelle

1. Vous travaillez depuis combien de temps aux soins intensifs ?
2. Quelles sont les raisons pour lesquelles vous travaillez actuellement aux soins intensifs ?
3. Racontez-moi comment s'est déroulée votre :
  - a. tronc commun (formation spécifique);
  - b. période de jumelage;
  - c. période de probation.
4. Maintenant, comment vous sentez-vous au quotidien pendant votre quart de travail ?
5. Comment s'est déroulé votre premier quart de travail où vous deviez prendre en charge un patient de façon autonome ?
6. Que faites-vous lorsque vous vivez des difficultés, par exemple, un questionnement en lien avec une méthode de soins ou une interrogation en lien avec l'évolution du patient à votre charge ?
7. L'intégration au milieu des soins intensifs à titre d'infirmière demande un effort d'adaptation. Donnez-moi un exemple où vous avez vécu une situation stressante depuis votre arrivée aux soins intensifs.
8. Quelles sont les ressources présentes dans votre milieu qui vous aident à vous intégrer ?
  - a. Quelles sont celles que vous avez utilisées ?
  - b. Jusqu'à quel point elles vous ont été aidantes ou nuisantes ?
9. Quel type de soutien ou de suivi auriez-vous apprécié pendant...
  - a. le tronc commun (formation spécifique);
  - b. le jumelage;
  - c. la probation;
  - d. et votre première année ?
10. Quels sont les éléments qui contribuent le plus au soutien de l'infirmière débutante sur votre unité, qui seraient à conserver pendant
  - a. la formation spécifique;
  - b. le jumelage;

- c. la probation;
- d. et la première année ?

11. Avez-vous des suggestions pour améliorer le soutien de l'infirmière débutante lors de sa première année aux soins intensifs ?
12. Selon vous, quelles sont les raisons qui font en sorte que vous travaillez toujours aux soins intensifs ?
13. Avant de travailler comme infirmière aux soins intensifs, quelle était votre expérience personnelle ou professionnelle en lien avec les soins intensifs ?
  - Dans quelle mesure cette ou ces expériences ont pu influencer votre intégration aux soins intensifs ?

## **ANNEXE IV – LE GUIDE D’ENTREVUE DE VALIDATION EN GROUPE**



## **Guide d'entrevue de validation en groupe**

### **SOURCES DE STRESS**

#### **Par période**

1. Est-ce que les SOURCES DE STRESS relevées s'appliquent à ce que vous avez vécu ?
2. Avez-vous vécu certains stress pendant votre TRONC COMMUN autre que celui présent dans l'analyse ?

#### **En lien avec le patient**

3. Quelle est votre opinion en lien avec les différentes sources de stress engendrées par le patient ?
4. Quelle source de stress n'a pas été identifiée et qu'il serait important de connaître ?

#### **Non spécifiques à chaque période**

5. Pour ce qui est des ressources non spécifiques à une période en particulier, que pensez-vous de :
  - L'accessibilité aux ressources ?
  - Celles en lien avec l'équipe de travail ?
  - De la théorie versus la pratique ?
  - Et des autres ?
6. Avez-vous vécu certains stress qui ne sont pas présentés dans le schéma ?

### **RESSOURCES DE L'INFIRMIÈRE DÉBUTANTE**

#### **Personnelles**

1. Que pensez-vous de ces ressources ?

2. Quelles sont les ressources qui ne font pas de sens pour vous ?
3. En quoi ces ressources vous représentent-elles pendant votre première année d'intégration aux soins intensifs ?

### **Sociales**

4. Que pensez-vous de ces ressources qui vont partie intégrante des interactions et de la dynamique aux soins intensifs ?
5. Comment votre cercle d'amis vous a-t-il aidé dans votre intégration aux soins intensifs ?

### **Organisationnelles**

6. Que pensez-vous de ces ressources organisationnelles ?
7. Est-ce que vous les avez utilisés ?
8. Avez-vous utilisé d'autres ressources offertes par votre milieu pour vous aider à vous adapter ?
9. Pendant la période d'intégration, quelles ont été les ressources offertes par le milieu qui vous ont été les plus utiles ?
10. Quelles sont les ressources personnelles, sociales ou organisationnelles que vous avez utilisées lors de votre première année d'intégration et qui ne sont pas représentées dans cette analyse ?

## **STRATÉGIES D'ADAPTATION**

### **Centrées sur soi-même**

1. Que pensez-vous des stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion ?
2. Sont-elles des stratégies que vous avez utilisées pour vous aider à supporter votre adaptation aux soins intensifs ?

3. Qu'avez-vous fait pour vous aider à supporter votre adaptation aux soins intensifs ?

#### **Centrées sur le problème**

4. Que pensez-vous des stratégies d'adaptation centrées sur le problème, qui est en fait le stress relié à l'adaptation aux soins intensifs ?
5. Sont-elles des stratégies que vous avez utilisées pour vous aider à modifier le stress qu'engendrait votre adaptation aux soins intensifs ?
6. Quels sont les efforts que vous avez faits pour modifier le stress que vous causait votre adaptation aux soins intensifs qui ne sont pas représentés dans le schéma ?

#### **Centrées sur la recherche de soutien social**

7. Que pensez-vous des stratégies d'adaptation centrées sur la recherche de soutien dans son entourage ?
8. Sont-elles des stratégies que vous avez utilisées pour vous aider à rechercher de l'aide dans votre entourage ?
9. Quelles actions avez-vous faites pour rechercher de l'aide dans votre entourage et qui ne sont pas présentes dans le schéma de l'analyse ?



**ANNEXE V – LE FORMULAIRE D’INFORMATION ET DE CONSENTEMENT**

## **FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT**

### **Les sources de stress, les ressources et les stratégies d'adaptation de l'infirmière lors de sa première année de pratique aux soins intensifs**

Chercheure responsable du projet : Maria-Cecilia Gallani (CRIUCPQ)

Collaboratrice : Geneviève Parent-Racine

Sous la direction de : Emmanuelle Bédard et Daniel Milhomme (UQAR)

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la chercheure responsable du projet et à lui demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

#### **INTRODUCTION**

Vous êtes invité à participer à cette étude parce que vous êtes un(e) infirmier(ère) aux soins intensifs et que vous y pratiquez depuis moins d'un an.

#### **BUT DE L'ÉTUDE**

Le but de cette étude est de mieux comprendre la période d'intégration de l'infirmière débutante aux soins intensifs lors de sa première année de pratique en décrivant ses perceptions du stress et ses stratégies d'adaptation.

Les deux objectifs généraux poursuivis par cette étude sont de :

1. Connaître l'évaluation de l'infirmière débutante de la situation stressante qu'est son intégration aux soins intensifs;
2. Identifier les stratégies d'adaptation adoptées par l'infirmière débutante aux soins intensifs lors de la première année d'intégration aux soins intensifs.

## **DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE**

La nature de votre participation consiste à :

- fournir des données sociodémographiques en répondant à un court questionnaire;
- participer à une entrevue individuelle semi-dirigée d'une durée d'une heure à une heure trente minutes, pendant la période des mois de janvier à mars 2015;
- les thèmes abordés seront :
  - Les sources de stress pendant la première année de pratique :
    - en période de formation, de jumelage et de probation
  - Les ressources utilisées :
    - personnelles, sociales et organisationnelles
  - Les stratégies d'adaptation déployées pour s'intégrer au milieu des soins intensifs :
    - centrées sur les émotions, le processus et sur la recherche de soutien social
- participer à une rencontre de groupe d'une durée d'une heure dans le but de valider les informations recueillies lors des entrevues individuelles, pendant le mois d'avril 2015.

Vous devez savoir que les entrevues individuelles et la rencontre de groupe seront enregistrées sur bande audio et retranscrites sur papier, dans le but de faciliter l'analyse des informations contenues. Les entrevues auront lieu à \*\*\*\*, à l'écart de l'unité de soins de la participante.

## **COLLABORATION DU PARTICIPANT AU PROJET DE RECHERCHE**

Lors de votre participation à cette étude nous vous demandons de :

- ne pas divulguer les questions d'entrevue aux autres participants;
- participer à l'entrevue individuelle de façon proactive;
- vous impliquer au sein de la rencontre de groupe.

## **RISQUES ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE**

Les entrevues individuelles et la rencontre de groupe peuvent ramener certains souvenirs et certaines émotions fortes en lien avec votre expérience vécue. Au besoin, nous vous suggérerons le Programme d'Aide aux Employés de \*\*\*.

## **INCONVÉNIENTS ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE**

L'entrevue individuelle et la rencontre de validation en groupe peuvent être source de gêne et de stress pour la participante. La participation à une entrevue et une rencontre demandera un maximum de 2h30 de votre temps, pourra se dérouler pendant votre quart de travail au besoin.

## **AVANTAGES**

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans le domaine des sciences infirmières et une meilleure compréhension de l'adaptation de l'infirmière débutante aux soins intensifs.

## **PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT**

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à la chercheuse responsable du projet.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur votre relation avec la chercheuse responsable du projet. Si vous vous retirez ou êtes retiré du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour rencontrer les exigences réglementaires.

## **CONFIDENTIALITÉ**

Durant votre participation à ce projet, la chercheuse responsable recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis. Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez

identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par la chercheuse responsable.

La chercheuse responsable du projet utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans la section *But de l'étude*. Ces données seront conservées pendant 10 ans par la chercheuse responsable. Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche, s'il y a lieu, pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche de \*\*\*\* ou par l'établissement. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par la chercheuse responsable. Vous avez le droit de consulter vos données sociodémographiques et la retranscription de votre entretien pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que la chercheuse responsable du projet détient ces informations. De plus, aucunes données permettant de vous identifier ne seront communiquées à votre employeur.

## **FINANCEMENT DU PROJET DE RECHERCHE**

Cette recherche se déroule dans le cadre du mémoire de maîtrise en sciences infirmières de la chercheuse principale et aucun financement n'y est associé.

## **INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE ET DROITS DU PARTICIPANT DE RECHERCHE**

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez la chercheuse ou l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

## **IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES**

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la chercheuse responsable du projet de recherche.

Numéro de téléphone : (\*\*\*) \*\*\*-\*\*\*\*

Adresse courriel : genevieve.parent-racine@uqar.ca

### **COMMISSAIRE AUX PLAINTES**

Si vous avez une plainte à formuler, en tant que participant à une étude, vous pouvez rejoindre :

La Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Téléphone : (\*\*\*) \*\*\*-\*\*\*\*

### **SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES DU PROJET DE RECHERCHE**

Ce projet a été accepté par la Direction des Soins Infirmiers de \*\*\*\* et le Comité d'éthique de la recherche de l'UQAR (CÉR:\*\*-\*\*\*\*). Le Comité d'éthique de la recherche de \*\*\*\* a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche. Si vous avez des questions, en tant que participante à une étude, vous pouvez rejoindre le président du Comité d'éthique de la recherche de \*\*\*\*, au numéro (\*\*\*) \*\*\*-\*\*\*\*.

## **Les sources de stress, les ressources et les stratégies d'adaptation de l'infirmière lors de sa première année de pratique aux soins intensifs**

### **Formulaire de consentement**

- J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.
- Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

---

Nom et signature du participant de recherche

Date

J'ai expliqué au participant de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

---

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

Date

Je certifie qu'on a expliqué au participant de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le participant de recherche avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au participant de recherche.

---

Nom et signature du chercheur responsable du projet de recherche

Date





