

**ÉTUDE DESCRIPTIVE DE L'INCERTITUDE DANS LA PRISE DE DÉCISION
VÉCUE PAR LES INFIRMIÈRES DÉBUTANTES DANS LES UNITÉS
D'URGENCE**

Mémoire présenté

dans le cadre du programme de maîtrise en sciences infirmières (avec mémoire)

en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M.Sc.)

PAR

© **GABRIEL CANAC MARQUIS DUMAS**

Avril 2026

Composition du jury :

Sophie Boisvert, présidente du jury, Université du Québec à Rimouski

Daniel Milhomme, directeur de recherche, Université du Québec à Rimouski

Emmanuelle Bédard, codirectrice de recherche, Université du Québec à Rimouski

Simon Ouellet, professeur en soins critiques, Université du Québec à Rimouski

Dépôt initial le 26 novembre 2025

Dépôt final le 16 avril 2026

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 auteur, qui a signé le formulaire « *Autorisation de reproduire et de diffuser un rapport, un mémoire ou une thèse* ». En signant ce formulaire, l'auteur 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'auteur 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 Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits moraux ni à ses droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, l'auteur conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont il possède un exemplaire.

À Julianne et Édouard

Les grands accomplissements sont réussis
non par la force, mais par la persévérance.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tous ceux et celles qui ont rendu possible la réalisation de ce mémoire. Un grand merci à mon directeur, Daniel Milhomme, qui a cru en mon projet dès le début et qui s'est impliqué tout au long de la rédaction de ce mémoire. Ton expertise et tes connaissances m'ont toujours inspiré à aller plus loin. Aussi, un merci sincère à ma codirectrice, Emmanuelle Bédard, qui a contribué à la rédaction de ce mémoire grâce à sa vision unique sur mon projet. Vos commentaires constructifs et votre soutien m'ont guidé tout au long de la réalisation de ce mémoire et m'ont donné l'énergie de persévérer jusqu'à la fin.

Je souhaite également remercier les infirmières¹ qui ont participé aux entrevues. Le temps que vous avez consacré à ce projet et le partage de votre expérience en tant qu'infirmières débutantes dans une unité d'urgence m'ont permis de comprendre votre réalité et de la faire connaître grâce à ce mémoire. Je tiens aussi à remercier les gestionnaires des unités qui m'ont assisté à de nombreuses reprises lors de mon recrutement, ainsi que la direction des soins infirmiers qui a soutenu cette étude et m'a permis de réaliser ce projet dans ses établissements.

Finalement, un merci spécial à ma conjointe Camille qui m'a supporté et encouragé dans ce long processus. Tu m'as poussé à persévérer et à ne pas abandonner, malgré les nombreuses épreuves vécues durant ce projet.

¹ Le féminin est employé pour alléger le texte.

AVANT-PROPOS

L'idée de réaliser ce projet de recherche s'est manifestée après plusieurs années de pratique dans une unité d'urgence. J'étais régulièrement sollicité pour former les nouvelles infirmières et j'ai constaté qu'elles débutaient dans l'unité de plus en plus tôt dans leur carrière. Pour ma part, j'ai commencé ma pratique dans cette unité après deux ans d'expérience dans une unité de soins généraux, et cette transition vers les soins critiques a été exigeante. L'intensité des soins qui sont prodigués à l'urgence, l'incertitude constante sur l'état de santé des patients, ainsi que la fréquence élevée d'admission et de départs m'ont fait vivre du stress et de l'incertitude dans ma pratique. Ainsi, je me suis intéressé à savoir comment les infirmières qui débutaient dans une unité d'urgence vivaient cette arrivée dans la pratique infirmière, et ce, plus spécifiquement en lien avec l'incertitude dans leur prise de décision. La littérature sur ce sujet étant peu développée, j'ai donc décidé de réaliser une étude sur le thème de l'incertitude dans la prise de décision des infirmières qui débutent dans une unité d'urgence. Grâce aux résultats de ce projet de maîtrise, j'espère que l'incertitude vécue par les débutantes sera prise en compte dans le processus d'accueil, d'orientation et d'intégration des nouvelles infirmières dans les unités d'urgence.

RÉSUMÉ

Introduction : Les unités d'urgence sont des unités de soins spécialisées qui nécessitent des connaissances et de compétences infirmières avancées. En raison du contexte de pénurie de main-d'œuvre au Québec, des infirmières débutent leur pratique dans ces unités de soins critiques. Par conséquent, ces débutantes peuvent vivre de l'incertitude dans leur prise de décision. Comprendre comment l'incertitude est vécue par ces débutantes pourrait faciliter leur intégration dans ces milieux. **Objectif général :** L'objectif de cette étude était de mieux comprendre comment se vit l'incertitude dans la prise de décision des infirmières débutantes dans une unité d'urgence. **Cadre de référence :** La Théorie de la reconnaissance et de la réponse à l'incertitude de Cranley, Doran, Tourangeau, Kushniruk et Nagle (2012) a été utilisée. **Méthode :** Le devis qualitatif descriptif a été employé pour décrire les sources d'incertitude, les stratégies utilisées par les infirmières débutantes pour y faire face, ainsi que les conséquences négatives et positives qui s'y rattachent. La collecte de données a été réalisée à l'aide d'un questionnaire sociodémographique, d'entrevues semi-dirigées et de groupe, accompagnés d'une prise de notes dans un journal de bord. Par la suite, l'analyse des données recueillies a été réalisée selon les principes de l'analyse thématique de Paillé et Mucchielli (2016). **Résultats :** Dix infirmières ($n=10$) de moins de deux ans d'expérience (débutantes) dans une unité d'urgence ont participé à des entrevues individuelles et quatre ($n=4$) d'entre-elles à l'entrevue de groupe de validation des résultats. Les sources d'incertitude identifiées provenaient de l'état du patient, du manque dans leurs expériences et connaissances acquises, ainsi que du contexte de l'unité d'urgence. Les infirmières débutantes déployaient des stratégies, soit en utilisant des stratégies émotives et cognitives, en ayant recours à leurs apprentissages, en utilisant des outils de référence ou en se référant à des collègues de travail. Le vécu de cette incertitude entraînait une détérioration du milieu de travail ainsi que des conséquences négatives sur les composantes cognitives et émotives (remise en question, diminution de la confiance en soi, etc.). Cependant, elles apprenaient des situations vécues et ressentaient un sentiment de confiance et de fierté. **Discussion :** Les résultats de cette recherche ont permis de formuler des recommandations telles que l'utilisation de la simulation lors de la formation ou le pairage avec une infirmière d'expérience après l'intégration pour soutenir les infirmières débutantes dans les unités d'urgence afin qu'elles puissent mieux gérer leur incertitude.

Mots-clés : Infirmière, infirmière nouvellement graduée, incertitude, prise de décision, unité d'urgence, étude qualitative.

ABSTRACT

Introduction: Emergency units are specialized care units that require advanced knowledges and nursing skills. Due to the context of labor shortage in Quebec, nurses begin their practice in these critical care units. Consequently, these beginners may experience uncertainty in their decision-making. Understanding how these beginners experience uncertainty could facilitate their integration into these units. **General objective:** The objective of this study was to better understand how uncertainty is experienced by beginner nurses during their decision-making process in an emergency unit. **Reference framework:** The Theory of recognition and response to uncertainty by Cranley et al. (2012) was utilized. **Method:** The descriptive qualitative design was used to describe the sources of uncertainty, the strategies employed by beginner nurses to cope with it, as well as the negative and positive consequences associated with it. Data collection was carried out using a sociodemographic questionnaire, semi-structured interviews and a group discussion, accompanied by note taking in a logbook. Subsequently, the analysis of the collected data was carried out using the thematic analysis by Paillé et Mucchielli (2016). **Results:** Ten nurses ($n=10$) with less than two years of experience (beginner nurses) in an emergency unit participated in individual interviews, and four ($n=4$) of them in the group interview for result validation. The identified sources of uncertainty stemmed from the patient state, the gaps in their experiences and acquired knowledge, as well as the context of the emergency unit. These beginner nurses deployed strategies, either by managing their emotions, relying on their learning, using reference tools, or consulting with colleagues. The experience of uncertainty led to a deterioration of the work environment as well as negative consequences on the cognitive and emotional components (self-questioning, decrease in self-confidence, etc.). However, they learned from experienced situations and felt a sense of confidence and pride. **Discussion:** The results of this research have led to recommendations such as, the use of simulation during training or pairing with an experienced nurse after integration to support beginner nurses in emergency units so that they can better manage their uncertainty.

Keywords: Nurse, newly-graduated nurses, uncertainty, decision-making, emergency unit, qualitative study

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	ix
AVANT-PROPOS	xi
RÉSUMÉ	xiii
ABSTRACT.....	xv
TABLE DES MATIÈRES	xvii
LISTE DES TABLEAUX.....	xxii
LISTE DES FIGURES	xxiii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 – LA PROBLÉMATIQUE.....	3
Le contexte des unités d’urgence	3
La pratique infirmière dans les unités d’urgence	4
Les infirmières débutantes dans une unité d’urgence	5
L’adaptation au rôle d’infirmière.....	6
L’incertitude dans la prise de décision des infirmières.....	7
Le but et la question générale de recherche	9
CHAPITRE 2 – LA RECENSION DES ÉCRITS.....	10
La stratégie de repérage des écrits	10
La définition de l’incertitude	12
Les sources et niveaux d’incertitude vécus.....	13
Les stratégies déployées par les infirmières afin de faire face à l’incertitude	16
Les conséquences de l’incertitude	18
CHAPITRE 3 – LE CADRE DE RÉFÉRENCE	21
La Théorie de la reconnaissance et de la réponse à l’incertitude.....	21

Les sources d'incertitude reliées à la situation du patient.....	23
La reconnaissance de l'incertitude.....	24
Les stratégies de gestion pour faire face à l'incertitude.....	25
Les résultats et conséquences de l'incertitude	25
Les liens entre la théorie et les infirmières débutantes dans une unité d'urgence	26
Les questions spécifiques de recherche	27
CHAPITRE 4 – LA MÉTHODE	28
Le devis de recherche.....	28
Le milieu de recherche.....	28
La population	29
L'échantillonnage et le recrutement.....	29
Critères d'inclusion.....	29
Critères d'exclusion	29
Les instruments de collecte de données	30
Questionnaire sociodémographique.....	31
Entrevue individuelle semi-dirigée	31
Entrevue de groupe de validation des résultats.....	32
Journal de bord de recherche	32
L'analyse des données	33
Les critères de rigueur scientifique	33
Les considérations éthiques	34
CHAPITRE 5 – LES RÉSULTATS	36
La description du profil des participantes.....	36
La présentation des résultats	38
Les sources d'incertitude des infirmières débutantes	38

L'état du patient.	39
L'état de santé inconnu.	39
L'instabilité du patient.	40
Le manque d'expérience et de connaissances.	41
Ne jamais avoir fait un soin.	41
Les écarts entre la théorie et la pratique.	42
Le contexte de l'unité d'urgence.	42
Le manque de référence à une collègue d'expérience.	43
La charge de travail élevée.	44
Le temps supplémentaire.	45
Les stratégies de gestion de l'incertitude des infirmières débutantes.	46
Stratégies émotives et cognitives.	46
Faire confiance en ses capacités.	47
Contrôler ses émotions.	47
Prendre un temps de réflexion.	48
Recourir à ses apprentissages.	50
Utiliser la démarche clinique.	50
Utiliser son expérience comme infirmière.	51
Utiliser des outils de référence.	52
Utiliser des documents personnels.	52
Utiliser les outils cliniques organisationnels.	53
Se référer à ses collègues de travail.	54
Se référer à une infirmière d'expérience.	54
Se référer au médecin.	55
Les conséquences négatives et positives de l'incertitude.	56

Les conséquences négatives de l'incertitude	57
La détérioration de l'environnement de travail.....	57
Les conflits interpersonnels.	57
La difficulté de rétention dans le milieu de travail.	58
Les conséquences négatives sur les composantes cognitives.	58
La remise en question.	59
Une diminution de la confiance en soi.....	59
Un questionnaire sur les limites du rôle de l'infirmière.....	60
Les conséquences négatives sur les composantes émotives.	60
Le stress.	61
La gradation des émotions négatives ressenties.....	62
Les conséquences positives de l'adaptation des infirmières débutantes face à l'incertitude	64
Apprendre des situations vécues.	64
Développer un sentiment de confiance.	65
Développer un sentiment de fierté.	66
CHAPITRE 6 – LA DISCUSSION	69
Les sources d'incertitude des infirmières débutantes	69
Les sources d'incertitude liées au manque d'expérience et de connaissances.....	69
Les sources d'incertitude liées au contexte spécifique de l'unité d'urgence	70
Les stratégies de gestion de l'incertitude des infirmières débutantes	73
Les stratégies émotives et cognitives	74
Recourir à ses apprentissages.....	75
Utiliser des outils de référence.....	76
Se référer aux collègues de travail	77

Les conséquences négatives et positives de l'incertitude	78
Les conséquences négatives de l'incertitude des infirmières débutantes	78
La détérioration de l'environnement de travail.....	78
Les conséquences négatives sur les composantes cognitives.	79
Les conséquences négatives sur les composantes émotives.	81
Les conséquences positives de l'adaptation des infirmières débutantes face à l'incertitude	82
L'apprentissage des situations vécues.	83
Le développement des sentiments de confiance et de fierté.	83
Les limites de l'étude	84
Les retombées et recommandations de l'étude	84
Pour la gestion.....	85
Pour la formation	86
Pour la pratique	86
Pour la recherche.....	87
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	88
RÉRÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	89
ANNEXE I – L’AFFICHE PUBLICITAIRE POUR LE RECRUTEMENT DES PARTICIPANTES	95
ANNEXE II – LE FORMULAIRE D’INFORMATION ET DE CONSENTEMENT	97
ANNEXE III – LE QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE	103
ANNEXE IV – LE GUIDE D’ENTREVUE INDIVIDUELLE	105
ANNEXE V – LE GUIDE D’ENTREVUE DE GROUPE DE VALIDATION	108

LISTE DES TABLEAUX**Tableaux**

Tableau 1. Profil des participantes à l'étude	37
---	----

LISTE DES FIGURES

Figures

Figure 1. Résumé du processus de sélection des écrits PRISMA selon Moher et al. (2010)	11
Figure 2. Répartition des écrits recensés selon les thèmes principaux	12
Figure 3. La Théorie de la reconnaissance et de la réponse à l'incertitude : Recognizing and Responding to Uncertainty: A Grounded Theory of Nurses' Uncertainty par Cranley et al. (2012) [Traduction libre].....	22
Figure 4. Résumé des sources d'incertitude	38
Figure 5. Résumé des stratégies de gestion de l'incertitude	46
Figure 6. Résumé des conséquences de l'incertitude.....	56
Figure 7. Schématisation des résultats	69

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Dans les unités d'urgence du Québec, les patients se présentent avec des problématiques de santé complexes et y sont souvent traités pour diverses pathologies concomitantes. Ils requièrent des soins et des traitements spécialisés, ainsi qu'une surveillance et une évaluation constante de l'infirmière afin de répondre à leurs besoins de santé (Almerud, 2008; Rajani Meghani & Sajwani, 2013). D'ailleurs, l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ) mentionne que la pratique infirmière dans les unités d'urgence exige des compétences et des connaissances cliniques approfondies, des techniques d'évaluation ainsi que des aptitudes de communication, de pensée critique et de prise de décision avancée (OIIQ, 2019). Dans un même ordre d'idées, l'Association nationale des infirmiers et des infirmières d'urgence du Canada (ANIIU) recommande d'avoir un minimum de deux années d'expérience dans une unité de soins généraux avant de pratiquer dans une unité d'urgence (ANIIU, 2018). Cependant, un nombre élevé de départs à la retraite d'infirmières d'expérience combiné à une arrivée massive d'infirmières de la relève entraîne un rajeunissement rapide du personnel infirmier. Par conséquent, des infirmières débutantes qui n'ont peu ou pas d'expérience en soins critiques débutent leur pratique dans des milieux comme les unités d'urgence où les infirmières d'expérience sont de moins en moins présentes pour les soutenir (Loiseau, Kitchen, & Edgar, 2003; OIIQ, 2023; Yaghmaei, Raiesdana, & Nobahar, 2022).

Les infirmières débutantes, qui ont moins de deux ans d'expérience dans les unités d'urgence, peuvent avoir plus de difficultés à s'adapter à leur nouveau rôle (Benner, 1982; Patterson, Bayley, Burnell, & Rhoads, 2010b). Dans la littérature, l'incertitude est vue comme une réponse individuelle face à un stimulus de l'environnement ou la perception d'une personne qui ne sait pas quel sera le résultat en lien avec une situation ou une action donnée (Garrett, 1999). Elle est vécue par les infirmières dans leur prise de décision et elle est une cause fréquente de leur difficulté à s'adapter à leur nouveau milieu (Cranley, Doran, Tourangeau, Kushniruk, & Nagle, 2009). Les infirmières débutantes doivent s'adapter aux différentes sources d'incertitude qui influencent leur prise de décision au quotidien. Ainsi, elles doivent être en mesure de déployer des stratégies afin de faire face à ces sources d'incertitude, mais aussi aux conséquences négatives qui en découlent. Par conséquent, il

est pertinent d'explorer cette incertitude vécue par les infirmières débutantes pour en comprendre les particularités.

Ce mémoire en sciences infirmières s'intéresse à l'incertitude dans la prise de décision vécue par des infirmières débutantes qui pratiquent dans les unités d'urgence. Il se divise en six chapitres distincts. Le premier présente la problématique à l'origine de la recherche et met en contexte les particularités des infirmières débutantes et les spécificités de la pratique dans les unités d'urgence au Québec. Dans le deuxième chapitre, l'état des connaissances sur l'incertitude des infirmières est traité selon les trois thèmes suivants : les sources d'incertitude, les stratégies déployées pour y faire face ainsi que les conséquences potentielles qui en découlent. Le troisième chapitre porte sur les composantes de la Théorie de la reconnaissance et de la réponse à l'incertitude de Cranley et al. (2012) qui permet d'assurer un ancrage disciplinaire et de mieux comprendre le phénomène étudié. En ce qui concerne le quatrième chapitre, la méthode utilisée y est détaillée. Plus spécifiquement, le devis de recherche, le milieu d'étude, la population cible, le recrutement, les instruments de collecte de données, la méthode d'analyse ainsi que les critères de rigueur scientifique et les considérations éthiques y sont abordés. Le cinquième chapitre présente les résultats qui décrivent comment les infirmières débutantes vivent l'incertitude dans leur prise de décision dans les unités d'urgence. Le dernier chapitre discute des résultats de cette recherche en lien avec la littérature et propose des recommandations concernant la gestion, la formation, la pratique et la recherche infirmière. Finalement, la conclusion résume les éléments clés de l'étude et propose une ouverture vers de futurs sujets potentiels de recherche.

CHAPITRE 1 – LA PROBLÉMATIQUE

Ce chapitre aborde la problématique à la base de la présente étude. Pour commencer, le contexte des unités d'urgence y est décrit. Ensuite, les particularités de l'arrivée des débutantes dans les unités d'urgence y sont abordées. Finalement, le but et la question générale de recherche viennent clore ce chapitre.

Le contexte des unités d'urgence

La mission des unités d'urgence est de répondre aux besoins de santé des patients qui subissent une détérioration soudaine due à une blessure, une manifestation potentiellement sévère de maladie grave, une exacerbation aiguë d'une maladie chronique ou tout autre problème de santé nécessitant une prise en charge rapide (Trzeciak, Rivers, Trzeciak, & Rivers, 2003; Wang et al., 2018). Elles fournissent l'accès à un large éventail de services et de soins de santé, d'appareils diagnostics et de spécialistes.

Au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux définit les unités d'urgence comme :

La pierre angulaire dans l'accès au réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), les unités d'urgences constituent un endroit de choix pour les patients nécessitant des soins et services urgents. Ce sont des unités de soins d'un centre hospitalier qui offrent des services et des soins comprenant l'accueil, le triage, l'évaluation, la stabilisation, la réanimation, l'investigation, le traitement, et au besoin, l'orientation du patient vers les ressources adaptées à ses besoins afin d'assurer une continuité des soins (MSSS, 2022).

Ainsi, les unités d'urgence se distinguent des unités de soins généraux avec l'accueil de patients dont le diagnostic est souvent inconnu, des soins de stabilisation et de réanimation plus fréquents, la pratique du triage, des soins de première ligne et un nombre élevé de consultations. Selon l'ANIIU, les infirmières qui travaillent dans les unités d'urgence nécessitent des compétences (évaluation, jugement et raisonnement clinique, etc.) de haut niveau (ANIIU, 2018).

La pratique infirmière dans les unités d'urgence

La main-d'œuvre dans les unités d'urgence est en constant changement au Québec. Un nombre élevé de départs à la retraite d'infirmières d'expérience combiné à une arrivée massive d'infirmières de la relève entraînent un rajeunissement rapide de la main-d'œuvre infirmière. D'ailleurs, selon le rapport sur la relève infirmière de l'OIIQ (2023), sur 2864 nouveaux membres, 18,4% des infirmières de la relève débutent leur pratique dans un milieu de soins critiques². Par conséquent, des infirmières débutantes ayant aucune ou peu d'expérience débutent leur pratique dans des milieux comme les unités d'urgence, milieux dans lesquels les infirmières d'expérience sont de moins en moins présentes pour les soutenir (Loiseau et al., 2003; Yaghmaei et al., 2022). De plus, l'OIIQ (2023) recommande deux ans d'expérience sur une unité de soins généraux avant de débiter la pratique dans une unité spécialisée comme l'urgence. Ainsi, les compétences des infirmières qui y débutent leur pratique peuvent ne pas correspondre à celles requises pour y travailler.

La pratique dans les unités d'urgence inclut des soins qui couvrent tous les groupes d'âge et tous les processus physiologiques : de la naissance à la mort, de la promotion de la santé aux soins palliatifs, des maladies chroniques à la détérioration soudaine de la santé et des conditions aiguës au déclin progressif (ANIIU, 2018). Toutefois, cette pratique est caractérisée par des soins à des patients qui nécessitent d'être stabilisés ou même parfois réanimés dans des situations reliées à diverses maladies ou blessures. Ces soins doivent souvent être adressés en situation d'urgence et de façon imprévue, le tout dans un environnement où le stress et la confusion sont fréquents (ANIIU, 2018). Les patients de ces unités ont souvent un état de santé complexe et sont parfois traités pour plusieurs pathologies de façon concomitante. Ils nécessitent des évaluations poussées, des technologies de soins et des traitements spécialisés, ainsi qu'une surveillance infirmière accrue afin de répondre à leurs besoins (Almerud, 2008; Rajani Meghani & Sajwani, 2013). Malgré les compétences et l'expérience requises pour y pratiquer, le contexte des unités d'urgence au Québec fait en sorte que de plus en plus d'infirmières y débutent leur pratique. Certaines d'entre elles peuvent ne pas avoir les connaissances requises pour débiter dans

² Soins critiques : selon l'OIIQ (2023), les soins critiques sont les unités d'urgence et les unités de soins intensifs.

un tel milieu, et comme les infirmières d'expérience quittent pour la retraite, le soutien nécessaire pour intégrer leur nouveau rôle peut être insuffisant (Loiseau et al., 2003; OIIQ, 2023; Yaghmaei et al., 2022).

Les infirmières débutantes dans une unité d'urgence

Un des modèles reconnus dans la littérature pour définir les stades de compétences des infirmières est celui de Patricia Benner (Alligood, 2014). Selon Benner (1982), l'acquisition des compétences infirmières se divise en cinq stades : novice, débutante, compétente, performante et experte. Pour passer à un stade de compétence supérieur, les infirmières doivent acquérir de nouvelles connaissances à l'aide d'expériences vécues dans la pratique. Ainsi, Benner (1982) affirme que dans une moyenne de deux ans de pratique dans la même unité, les infirmières débutantes passent au stade de « compétente ». Cependant, Benner, Hooper-Kyriakidis et Stannard (2011) avancent que les infirmières qui changent de milieu de pratique retournent au stade de « débutante », le temps qu'elles acquièrent les compétences et l'expérience nécessaires dans leur nouveau milieu.

Les infirmières qui se situent au stade de « débutantes » ont fait face à un certain nombre de situations de soins réelles, ce qui leur permet de reconnaître des facteurs significatifs qui pourraient se répéter dans une situation similaire. Cependant, cette reconnaissance d'événements se limite à certaines situations de soins déjà vécues lors de leur formation ou en début de pratique. De plus, les infirmières débutantes sont en mesure de formuler des principes qui guident leurs actions, mais elles ne sont pas en mesure d'accorder des priorités adéquates à leurs actions ou aux interventions à effectuer. Elles ont donc besoin de soutien lorsqu'elles débutent leur pratique afin de déterminer les priorités à donner aux interventions ou aux soins et d'assurer que les besoins prioritaires des patients sont tous répondus (Benner, 1982).

L'adaptation au rôle d'infirmière

Lors de l'adaptation à leur nouveau rôle, les infirmières débutantes vivent souvent un choc et cette phase ferait partie intégrante du processus de transition (Duchscher, 2009). Cependant, lorsque les compétences des infirmières débutantes ne correspondent pas à celles requises par le milieu de pratique, notamment lorsque l'infirmière débute dans un milieu spécialisé plutôt qu'un milieu général, cette adaptation peut être plus difficile. Les infirmières débutantes n'ayant probablement pas déjà fait face aux situations de soins fréquemment rencontrées dans ces unités, comme les soins d'urgence, pourraient avoir plus de difficultés à s'adapter à leur nouveau rôle que dans les unités de soins généraux et décider de ne pas poursuivre leur pratique dans les soins d'urgence (Patterson et al., 2010b). Les infirmières qui débutent leur pratique passent d'un idéal de la profession appris à l'aide d'un cadre académique contrôlé vers une approche centrée sur les rendements et la productivité imposés dans un nouveau contexte institutionnel. Afin de les supporter dans cette période d'adaptation, les infirmières qui débutent leur pratique ont besoin d'expertes disponibles et prêtes à les supporter pour faciliter leur adaptation à leur nouveau milieu de travail (Ebright, Urden, Patterson, & Chalko, 2004). Ces débutantes requièrent un environnement accueillant et des attentes réalistes de la part de leurs collègues. C'est d'ailleurs le constat de O'Kane (2012) qui affirme que la plupart des infirmières débutantes se disent confiantes face à l'adaptation requise si elles débutent dans un environnement de travail favorable et qu'elles sont reconnues dans leurs savoirs et dans leurs connaissances de leur rôle. Toutefois, dans les unités d'urgence, l'environnement de soins ou même les nouveaux collègues de travail peuvent être hostiles à l'égard des infirmières qui débutent la pratique (Baumberger-Henry, 2012). D'ailleurs, Patterson et al. (2010b), font ressortir que les unités d'urgence sont des milieux plus difficiles à intégrer comparativement aux unités de soins généraux. Les soins y seraient beaucoup plus rapides, il y aurait un nombre beaucoup plus élevé d'admissions et de départs de patients, ce qui entraînerait des changements fréquents dans les soins à donner. Par conséquent, la plupart des infirmières débutantes de cette étude trouvent ces conditions de travail stressantes et difficiles à gérer (Patterson et al., 2010b).

Cette phase d'adaptation entraîne toutes sortes d'émotions : la peur, le stress et l'anxiété sont d'ailleurs des émotions souvent présentes lors de cette période (Duchscher, 2009). Les infirmières débutantes affirment que les difficultés vécues dans leur nouveau rôle face aux nombreuses responsabilités, la peur d'être perçues comme incompetentes par leurs collègues de travail, l'incapacité à donner des soins sécuritaires aux patients ou de commettre des erreurs sont les principales causes des émotions négatives ressenties (Ebright et al., 2004). De plus, la perte de soutien des collègues étudiants et des professeurs qui étaient rapidement disponibles pour répondre à leurs questions ou pour faire de la rétroaction positive entraîne des sentiments de doute et d'incertitude chez elles (Duchscher, 2009). Selon Duchscher (2009), la majorité des infirmières débutantes disent vivre un sentiment de culpabilité ou de frustration en lien avec leur arrivée dans la pratique, car elles se sentent incapables de donner des soins à un niveau de qualité tel qu'appris au cours de leur formation. Pour répondre à la surcharge de travail associée à leur nouveau rôle, elles doivent augmenter leur vitesse d'exécution et, par le fait même, abaisser la qualité des soins dispensés. Les niveaux élevés de stress et d'anxiété que les infirmières vivent lors de cette période d'adaptation amènent des débutantes à changer d'unités de soins où elles pratiquent et poussent même certaines infirmières à quitter la profession (Duchscher, 2009). Dans la littérature, les causes de ces difficultés d'adaptation semblent être multiples (nouvelles responsabilités, changement de rôle, etc.) (Duchscher, 2009). Cependant, une cause régulièrement citée et peu explorée serait l'omniprésence de l'incertitude en lien avec la prise de décision que les infirmières ont à faire dans leur pratique (Cranley et al., 2009).

L'incertitude dans la prise de décision des infirmières

Les études recensées démontrent que les infirmières ressentent de l'incertitude en lien avec les décisions qu'elles prennent face à la complexité des patients, l'évaluation de leur état de santé, la détermination des constats infirmiers et les interventions à effectuer (Cioffi, Hallett, Austin, Caress, & Luker, 2000; Cranley et al., 2009; Crétaz, 2024; DeGrande, Liu, Greene, & Stankus, 2018). En ce qui concerne l'incertitude vécue spécifiquement par les infirmières débutantes, Tabak, Bar-Tal et Cohen-Mansfield (1996) ont comparé le niveau d'incertitude d'infirmières finissant leur scolarité à des infirmières

« expertes » en lien avec le diagnostic potentiel et les interventions à effectuer lors de situations de soins critiques fictives. Selon les auteurs, les infirmières avec peu d'expérience vivent un niveau plus élevé d'incertitude dans la prise de décision que celles au stade « d'experte », et ce, dans une grande majorité des situations de soins. Malgré la publication de cette étude en 1996, à notre connaissance, cette dernière est la seule qui s'intéresse au niveau d'incertitude vécue dans des situations de soins critiques auprès d'infirmières considérées débutantes.

De plus, les infirmières vivent des conséquences psychologiques et physiques néfastes en lien avec l'incertitude (DeGrande et al., 2018; Garrett, 1999; Oberle & Hughes, 2001; Tummers, van Merode, & Landeweerd, 2002). La présence d'incertitude dans l'environnement de pratique des infirmières peut entraîner une augmentation de leur charge de travail, car ces dernières doivent déployer des stratégies supplémentaires pour y faire face (DeGrande et al., 2018). Cette incertitude aurait aussi des impacts négatifs sur leur motivation, leur satisfaction au travail et sur le développement d'un réseau social adéquat (Tummers et al., 2002) en plus d'être un prédicteur de l'épuisement professionnel tant chez les infirmières débutantes que celles des autres stades de compétence (Garrett, 1999). En ce qui concerne les conséquences physiques de l'incertitude sur les débutantes, elles seraient reliées à la quantité importante d'énergie dépensée afin de performer au niveau des compétences attendues face au nouveau rôle d'infirmière (Delaney, 2003). Les changements nécessaires dans la routine de vie pour s'adapter aux quarts de travail atypiques de la profession infirmière, les impacts négatifs sur les relations interpersonnelles en dehors du cadre professionnel, de même que l'épuisement physique sont des conséquences fréquemment vécues (Duchscher, 2009). De plus, Wakefield (2018) rapporte que le sommeil de certaines débutantes est souvent compromis par des rêves sur leur nouveau travail, ce qui peut entraîner une sensation de travail sans fin et mener à un épuisement physique chronique.

En résumé, les unités d'urgence du Québec font face à une grande instabilité sur le plan de la main-d'œuvre. Le départ à la retraite des infirmières d'expérience qui jouent un rôle de soutien auprès de la relève, en plus d'une arrivée en nombre record d'infirmières débutantes dans les unités d'urgence peut s'avérer problématique pour l'adaptation de ces

dernières face à leur nouveau rôle (Loiseau et al., 2003; OIIQ, 2023; Yaghmaei et al., 2022). Parallèlement, les milieux de soins spécialisés comme les unités d'urgence nécessitent des compétences spécifiques pour y exercer, et les infirmières qui y débutent leur pratique ont de la difficulté à s'adapter à leur nouveau rôle (Duchscher, 2009). Un des facteurs qui influence la difficulté d'adaptation face à ce nouveau rôle est l'incertitude dans la prise de décision (Cranley et al., 2009). Les infirmières débutantes semblent vivre plus d'incertitude que celles des stades de compétence plus élevés (Tabak et al., 1996). Ainsi, les conséquences pour les infirmières qui débutent leur pratique dans les unités d'urgence pourraient être plus importantes que si elles commençaient dans des milieux de soins généraux (Cranley et al., 2009; Crétaz, 2024; Duchscher, 2009; O'Kane, 2012; Tabak et al., 1996). Cependant, à notre connaissance, peu d'études ont été réalisées sur l'incertitude des infirmières débutantes, et encore moins dans le contexte spécifique des unités d'urgence.

Le but et la question générale de recherche

Le but de cette étude qualitative descriptive est donc de mieux comprendre l'incertitude vécue par les infirmières débutantes dans une unité d'urgence lorsqu'elles ont à prendre une décision. De là, une question générale de recherche est formulée :

Comment les infirmières débutantes dans une unité d'urgence vivent-elles l'incertitude lorsqu'elles ont à prendre une décision?

CHAPITRE 2 – LA RECENSION DES ÉCRITS

Ce deuxième chapitre porte sur la recension des écrits en lien avec l'incertitude dans la prise de décision des infirmières. Pour commencer, la stratégie de repérage des écrits y est présentée. Puis, l'incertitude dans la prise de décision des infirmières est abordée en présentant un résumé des écrits sur les sources de cette incertitude, les stratégies que les infirmières utilisent pour faire face à celle-ci et les conséquences potentielles de cette incertitude sur les infirmières.

La stratégie de repérage des écrits

Pour débiter, une recherche initiale dans la littérature a été effectuée avec plusieurs mots-clés en lien avec le concept d'incertitude, la population cible des infirmières débutantes et le contexte des unités d'urgence. Cette recherche sommaire a permis de constater qu'à notre connaissance, le concept d'incertitude dans la prise de décision chez les infirmières débutantes n'a pas été spécifiquement abordé dans les écrits. Afin d'élargir la recension des écrits, le concept plus général de l'incertitude dans la pratique infirmière a donc été exploré. Ainsi, les mots-clés « incertitude » et « infirmière » ont été recherchés dans le thésaurus médical MeSH (*Medical Subject Headings*) bilingue. Cette recherche a permis de cibler les termes à employer dans les bases de données. Les termes « incertitude » et « *uncertainty* » ont été retenus pour le concept d'incertitude. Pour ce qui est des infirmières, les termes « infirmi* » et « *Nurs** » ont été employés afin de repérer le plus d'écrits en lien avec la profession infirmière. Pour les bases de données, CINHALL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health literature*), PUBMED/MEDLINE et « *academic search complete* » ont été utilisées. Des opérateurs booléens combinés aux mots-clés sélectionnés ont été employés dans les bases de données afin de cibler des écrits incluant les deux concepts. Par la suite, des critères d'inclusion, dont des descripteurs majeurs (« *uncertainty* », « *nursing* », « *nursing practice* » et « *nurses* ») ainsi que la langue française et anglaise uniquement ont été appliqués. Les années de publication ont été restreintes aux 15 dernières années avant la réalisation de la recension des écrits afin de repérer les études les plus pertinentes et actuelles pour la présente recherche, soit de 2007 à 2021. Cependant, le nombre restreint de publications repérées dans ces années a fait en

sorte que nous avons étendu notre recherche de 1990 à 2021. Par la suite, la même stratégie de repérage a été appliquée au moteur de recherche « *Google Scholar* », afin de valider si des études d'autres sources avaient pu être repérées. Suite à la recension globale, 271 articles ont été identifiés. Ensuite, une sélection des écrits basée sur le processus de sélection *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) de Moher et al. (2010) a été appliquée et se résume dans la Figure 1 :

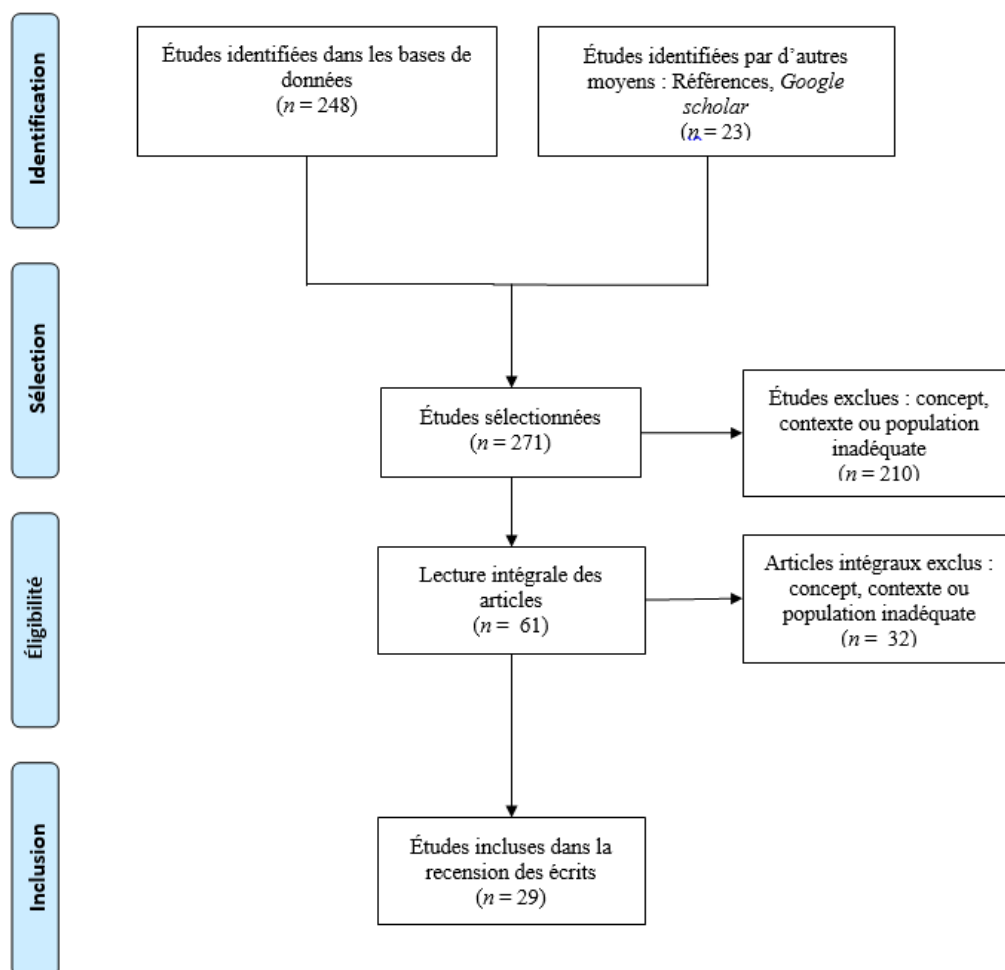


Figure 1. Résumé du processus de sélection des écrits PRISMA, Moher et al. (2010)

En résumé, à la suite d'une recherche des bases de données et de « *Google Scholar* », 29 études ont été incluses dans cette recension des écrits. De nouvelles études ont été repérées de 2021 à 2025 lors de l'écriture de ce mémoire et elles sont abordées dans

le chapitre de discussion en lien avec les résultats de cette étude. De plus, une étude relevée portant sur la Théorie de la reconnaissance et la réponse des infirmières face à l'incertitude dans la prise de décision est décrite dans le chapitre du cadre de référence (Cranley et al., 2012). Les autres études empiriques recensées s'intéressaient à la définition de l'incertitude, aux sources et au niveau d'incertitude vécu par les infirmières, aux stratégies qu'elles déploient face à l'incertitude et aux conséquences de cette incertitude sur ces infirmières. Ces études sont abordées dans les prochaines sections de ce chapitre. À des fins de résumé, une répartition des écrits selon les thèmes principaux se retrouve à la Figure 2.

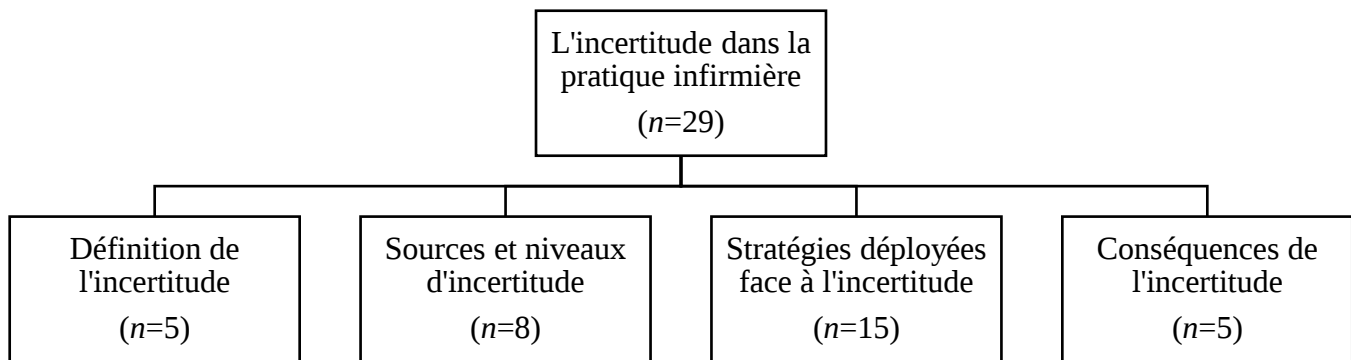


Figure 2. Répartition des écrits recensés selon les thèmes principaux

La définition de l'incertitude

Dans la littérature, l'incertitude est vue comme une réponse individuelle face à un stimulus de l'environnement ou la perception d'une personne qui ne sait pas quel sera le résultat en lien avec une situation ou une action donnée (Garrett, 1999). À l'inverse, la certitude est vue comme la manifestation de la conviction ou du contrôle d'une personne qui croit que ses actions ou ses interventions mèneront au résultat escompté dans une situation donnée (Weaver, Morse, & Mitcham, 2008). Le concept d'incertitude entre ainsi en contradiction avec ce sentiment de conviction de croire que les actions posées par un individu sont les plus appropriées pour une situation donnée. Cette description de l'incertitude s'accorde ainsi en partie avec la définition donnée par Baumann, Deber et

Thompson (1991), qui expliquent l'incertitude ou la certitude en deux niveaux, soit le micro et le macro. L'incertitude au niveau micro réfère à la confiance exprimée par un individu par rapport à une décision dans un contexte ou dans une situation donnée. Alors que le niveau macro réfère au fait que cette certitude ou cette incertitude face à une décision varie d'un individu à un autre dans un contexte donné.

Pour sa part, Penrod (2001) s'est penché sur la définition du concept d'incertitude en se basant sur la littérature de différentes disciplines, dont les sciences infirmières. Il propose la définition suivante du concept d'incertitude :

« L'incertitude est un état dynamique caractérisé par une perception d'être incapable d'attribuer des probabilités à des résultats potentiels, ce qui provoque une sensation d'inconfort ou un malaise qui peut être affectée par des réactions cognitives, émotives et comportementales ou par le passage du temps et les changements dans la perception des circonstances. Cette incertitude peut aussi être influencée par des sentiments de confiance et de contrôle. » [Traduction libre, Penrod (2001, p. 241)]

Ainsi, l'incertitude est une réponse individuelle qui est associée à l'incapacité d'une personne à anticiper les résultats probables d'une situation, une intervention ou d'une action. Elle provoque un doute, une incapacité à faire un choix ou à prendre une décision. Dans la pratique infirmière, une grande part de l'incertitude vécue provient de la prise de décision que les infirmières ont à faire dans la pratique (Cranley et al., 2009).

Les sources et niveaux d'incertitude vécus

Dans la revue de la littérature de Cranley et al. (2009), cinq études s'intéressaient aux sources et au niveau d'incertitude vécue par les infirmières en lien avec la prise de décision dans la pratique (Baumann et al., 1991; Brannon & Carson, 2003; Cioffi, 1998; Cioffi & Markham, 1997; Tabak et al., 1996). De plus, trois études réalisées dans la période de 2007 à 2021 abordaient le même sujet (Coombs, Fulbrook, Donovan, Tester, & deVries, 2015; McMahon & Dluhy, 2017; Nickasch, 2016).

Pour commencer, Cioffi (1998) a réalisé une étude qualitative descriptive auprès de 20 infirmières d'urgence lors de situations de triage fictives afin d'explorer les sources ou les causes de l'incertitude dans la prise de décision. Les méthodes de pensées à voix haute

et d'enregistrements vocaux ont été utilisées pour collecter les données. L'auteure avance que la complexité d'une situation de soins ainsi que l'expérience antérieure de l'infirmière dans une telle situation influencent le niveau d'incertitude vécu, et ce, principalement en lien avec l'évaluation de l'état de santé d'un patient (Cioffi, 1998). De leur côté, Tabak et al. (1996) ont interrogé 65 finissantes en soins infirmiers et 92 infirmières expertes afin de déterminer le niveau de difficulté dans la prise de décision et l'incertitude vécue face à des situations de soins fictives. Ainsi, lorsque les situations de soins sont plus complexes ou que les données ne correspondent pas avec le diagnostic du patient, les infirmières finissantes vivent toujours un niveau élevé d'incertitude, mais légèrement inférieur aux infirmières expertes (Tabak et al., 1996). Cependant, il est noté que dans les situations de soins complexes, les infirmières finissantes ont souvent une incapacité à anticiper les complications ou les dégradations potentielles du patient comparé aux infirmières expertes, ce qui expliquerait la différence au niveau de l'incertitude vécue (Tabak et al., 1996). L'étude de Brannon et Carson (2003) a d'ailleurs été inspirée par l'étude de Tabak et al. (1996) pour explorer l'influence de l'expertise des infirmières sur leur certitude ou incertitude dans l'identification du diagnostic d'un patient. Cette étude arrivait au même constat que l'étude de Cioffi (1998) et de Tabak et al. (1996) qui avançaient que la complexité d'une situation de soins, l'expérience passée ou le niveau d'expertise des infirmières influencent leur niveau d'incertitude vécu lorsqu'elles ont à prendre une décision en lien avec le diagnostic ou l'évaluation d'un patient (Brannon & Carson, 2003).

Baumann et al. (1991) se sont intéressés à l'incertitude vécue par 40 infirmières d'unités de soins intensifs en lien avec des situations de soins fictives. Ces infirmières devaient déterminer un plan d'intervention pour des situations de soins et décrire leur niveau de confiance ou d'incertitude face à leur plan de traitement. Par la suite, les mêmes infirmières devaient réviser leur plan d'intervention et voir si elles modifient des interventions ou la séquence de leurs actions. Les résultats de cette étude ont fait ressortir que les infirmières ont en moyenne un niveau de confiance modéré à élevé lors de l'élaboration de leur plan d'intervention. Cependant, la majorité de celles-ci modifient de façon considérable les interventions ou la séquence d'action suite à la révision du plan d'intervention et elles ne sont souvent plus en mesure de déterminer quelles interventions ou séquences d'actions sont les plus appropriées pour la situation de soins présentée.

De leur côté, Coombs et al. (2015) ont questionné 203 infirmières des soins intensifs à l'aide d'un sondage portant sur les décisions à prendre auprès des patients en soins de fin de vie. Les résultats de leur étude montraient que la plupart des infirmières vivent un niveau élevé d'incertitude lors de la prise de décision pour les patients en soins de fin de vie, et ce, particulièrement en lien avec l'évaluation de l'état de santé des patients qui ont un maintien artificiel des fonctions vitales. Les infirmières affirmaient que la prise de décision se prend souvent très rapidement et qu'elles doivent prendre des décisions dans des situations où des informations sont manquantes sur l'état du patient ou que la prise de décision varie selon le médecin présent sur l'unité de soins (Coombs et al., 2015). Pour sa part, Nickasch (2016) s'est intéressé au vécu des infirmières lors de la prise de décision en lien avec des patients sous télémétries. Cette étude qualitative descriptive a été réalisée à l'aide d'entrevues semi-structurées auprès de 11 infirmières dans des milieux de médecine-chirurgie et de cardiologie. L'auteur est venu à la conclusion que les infirmières responsables des patients avec un monitoring via télémétrie vivent beaucoup d'incertitude, car elles manquent de connaissances en lien avec les soins requis pour ce type de patient. De plus, les infirmières mentionnaient éprouver des difficultés avec l'interprétation des tracés d'électrocardiogrammes, car elles sont peu exposées à leur lecture, ce qui complique leur prise de décision.

En résumé, peu importe le milieu de pratique, les infirmières vivent de l'incertitude dans leur prise de décision (Baumann et al., 1991; Brannon & Carson, 2003; Cioffi, 1998; Cioffi & Markham, 1997; Coombs et al., 2015; Crétaz, 2024; DeGrande et al., 2018; Nickasch, 2016; Tabak et al., 1996). Dans la majorité des cas, les infirmières avec peu d'expérience ou un manque de connaissances vivent un niveau plus élevé que celles qui en ont davantage (Baumann et al., 1991; Nickasch, 2016; Tabak et al., 1996). La littérature laisse voir que l'incertitude vécue par les infirmières est étroitement liée à la prise de décision en lien avec l'évaluation de l'état de santé des patients (Cioffi, 1998; Cioffi & Markham, 1997; Coombs et al., 2015), la détermination de son diagnostic (Brannon & Carson, 2003; Tabak et al., 1996) et les interventions infirmières à effectuer (Baumann et al., 1991). Finalement, l'incongruence d'une situation de soins et sa complexité (McMahon & Dluhy, 2017; Tabak et al., 1996) semblent exercer une influence sur l'apparition de

l'incertitude chez les infirmières. Face à ce niveau parfois élevé d'incertitude vécu dans leur prise de décision, les infirmières doivent utiliser diverses stratégies afin d'y faire face.

Les stratégies déployées par les infirmières afin de faire face à l'incertitude

Dans leur recension des écrits, Cranley et al. (2009) ont identifié treize études dont les résultats avancent que la principale stratégie des infirmières pour faire face à l'incertitude est la recherche d'information. Cette dernière est faite en grande partie auprès des collègues de travail qui ont l'expérience nécessaire ou le vécu d'une situation pour faire face à l'incertitude (Thompson & Dowding, 2001). Les infirmières qui vivent de l'incertitude ont tendance à aller chercher de l'information auprès de leurs collègues parce que ces dernières leur communiquent de l'information concise, une réponse rapide et directe en plus d'être rapidement accessibles (Blythe & Royle, 1993; Corcoran-Perry & Graves, 1990; Dee & Stanley, 2005; Doran et al., 2007; McCaughan, Thompson, Cullum, Sheldon, & Raynor, 2005). Selon Blythe et Royle (1993), qui ont utilisé un devis ethnographique avec des observations et des entrevues auprès de 32 participantes, les infirmières veulent de l'information accessible rapidement et simple à comprendre pour ne pas quitter le chevet des patients trop longtemps. D'ailleurs, l'étude de McKnight (2006), qui a employé un devis ethnographique dans une unité de soins intensifs à l'aide d'observations et d'entrevues auprès d'une population de 58 infirmières, en arrive à la même conclusion. L'auteure affirmait que les infirmières ne vont pas chercher leur information dans les articles scientifiques ou des publications, car elles trouvent difficile le repérage de l'information en plus de prendre du temps de soins qui doit être consacré aux patients. Pour cette raison, plusieurs infirmières préfèrent utiliser de l'information prétraitée comme des lignes directrices, des politiques ou des protocoles de soins déjà établis dans leurs milieux (Doran et al., 2007).

Pour leur part, Thompson et Yang (2009) ont réalisé une étude qualitative à l'aide d'observations et d'entrevues auprès de 240 infirmières. Cette étude leur a permis de constater que l'incertitude mène souvent les infirmières à une recherche d'information dans leurs expériences passées ou celles de leurs collègues qui ont eu à faire face à ce type de situation (Thompson & Yang, 2009). De plus, lors des périodes d'observation, la majorité

des infirmières ne se référaient pas aux bases de données mises à leur disposition (*Cochrane Library* et *Pubmed/Medline*) pour soutenir leur prise de décision (Thompson & Yang, 2009). Doran et al. (2007) font le même constat à l'effet que les infirmières préféreraient se référer à de l'information prétraitée. Toujours en lien avec les stratégies déployées par les infirmières pour faire face à l'incertitude, Vaismoradi, Salsali et Ahmadi (2011) ont réalisé une étude qualitative descriptive à l'aide d'entrevues semi-structurées auprès de 18 infirmières. Les chercheurs ont constaté que ces dernières tentent de réduire l'incertitude vécue à l'aide de stratégies leur permettant de se désensibiliser face à celle-ci, par exemple, en suivant de la formation continue ou en s'exposant au plus grand nombre de situations pour augmenter leur niveau d'expérience (Vaismoradi et al., 2011). De plus, les infirmières pouvaient utiliser des méthodes pour prévenir les situations d'incertitude en évitant de prendre des décisions lors de situations où l'incertitude vécue est trop importante ou en se référant à des collègues pour aller chercher l'information nécessaire afin de faire face à la situation de soins (Vaismoradi et al., 2011). Finalement, Thompson et Dowding (2001) ont avancé que certaines infirmières recherchaient de l'information dans des documents de référence ou posaient des questions générales à leurs collègues de travail à propos d'une situation de soins afin de dissimuler leur incertitude face à une prise de décision. Cette stratégie permettrait aux infirmières de mieux contrôler l'incertitude dans leur prise de décision et d'éviter des jugements potentiellement négatifs de leurs collègues de travail.

En résumé, les infirmières ont tendance à déployer des stratégies afin de faire face à l'incertitude vécue lors de leur prise de décision en allant chercher l'information nécessaire auprès de leurs collègues de travail ou dans des documents de référence prétraités et faciles d'utilisation et en puisant dans leurs expériences passées (Cranley et al., 2009; Thompson & Yang, 2009; Vaismoradi et al., 2011). Par ailleurs, certaines infirmières peuvent utiliser des stratégies d'évitement et ignorer une situation qui requiert une prise de décision de leur part lorsqu'elles sont trop incertaines (Vaismoradi et al., 2011). De plus, certaines infirmières tentent de dissimuler leur incertitude en demandant des informations générales face à une situation de prise de décision par peur d'être jugées par leurs collègues (Thompson & Dowding, 2001). Cependant, malgré les stratégies déployées par les infirmières pour faire face à l'incertitude, la pratique infirmière dans un

contexte où l'incertitude est omniprésente peut entraîner des conséquences négatives sur celles-ci (Cranley et al., 2009).

Les conséquences de l'incertitude

Dans la littérature, peu d'études se sont intéressées de façon spécifique aux conséquences de l'incertitude sur les infirmières (Cranley et al., 2009). En effet, la plupart des écrits repérés abordaient davantage le stress vécu, les raisons de quitter la profession ou la satisfaction au travail des infirmières, mais faisaient peu mention des conséquences de l'incertitude sur ces infirmières ou leur prise de décision (Garrett, 1999; Oberle & Hughes, 2001; Tummers et al., 2002). Néanmoins, l'étude quantitative de Tummers et al. (2002) réalisée auprès de 1194 infirmières de différents milieux de soins affirmaient que la présence d'incertitude amènerait une augmentation de la charge de travail pour les infirmières, car elles remettent constamment en question leur prise de décision. L'incertitude dans la prise de décision se traduirait ainsi par une baisse de motivation et même une baisse de la satisfaction au travail (Tummers et al., 2002). De plus, des participantes de cette étude affirmaient aussi qu'il peut être plus difficile de développer un réseau social adéquat et de bien intégrer leur nouvelle équipe de travail lorsqu'elles pratiquent dans un contexte où l'incertitude dans la prise de décision est omniprésente. De leur côté, Oberle et Hughes (2001), ont réalisé des entrevues qualitatives auprès de 14 infirmières en lien avec la prise de décision de patients en fin de vie, avançaient que l'incertitude omniprésente dans les prises de décision des infirmières serait une source de détresse morale pour celles-ci. Finalement, Garrett (1999) a utilisé un devis quantitatif auprès de 76 infirmières afin de mesurer l'épuisement professionnel en lien avec la présence d'incertitude dans un environnement de soins généraux. Or, lorsque les infirmières vivaient de l'incertitude de façon répétée dans leur prise de décision, elles pouvaient se sentir sous-estimées quant à leur contribution aux soins des patients ou au sein de leur organisation de santé. De plus, la présence constante d'incertitude dans la prise de décision des infirmières était un indicateur précoce de l'épuisement professionnel de celles-ci.

Par ailleurs, des études s'intéressant aux sources d'incertitude ou aux stratégies utilisées par les infirmières pour faire face à celle-ci rapportaient certaines conséquences vécues par les infirmières lors de situations d'incertitude (Nickasch, 2016; Vaismoradi et al., 2011). Dans une étude qualitative descriptive réalisée auprès de 11 infirmières, Nickasch (2016) avançait que ces dernières vivent de l'incertitude dans la prise de décision en lien au plan de traitement ou aux interventions à faire avec des patients sous télémétries. De plus, lors des entrevues, les infirmières parlaient souvent du manque de confiance ressenti dans leurs habiletés ou leurs connaissances pour prendre des décisions en lien avec les patients sous télémétrie, ce qui se rapproche des résultats de l'étude de Garrett (1999) mentionnée plus tôt. Nickasch (2016) faisait également ressortir que les sentiments de panique et de peur des infirmières sont fréquents lorsqu'elles doivent faire face à des arythmies ou des complications qui nécessitent une prise de décision rapide. Pour leur part, Vaismoradi et al. (2011) ont avancé que l'incertitude vécue dans la prise de décision des infirmières peut se manifester par de la frustration, de la colère, de l'agitation et de la peur, et ce, peu importe le niveau d'expérience de celles-ci. Ces manifestations psychologiques étaient ressenties par les infirmières dans deux contextes précis : lors d'une situation d'incertitude imprévue où les infirmières devaient prendre une décision rapidement sans avoir de stratégie en lien avec leurs expériences passées, ou encore, pendant une situation où elles savaient quoi faire pour répondre à la situation, mais où ces dernières craignaient les conséquences potentielles de leur prise de décision sur le patient. Ainsi, l'incertitude vécue dans la pratique peut avoir des conséquences importantes sur l'estime de soi des infirmières ou sur leurs capacités à prendre des décisions adéquates pour les patients et peut entraîner de la peur, de la frustration, de la panique, voire de la détresse morale chez celles-ci (Garrett, 1999; Nickasch, 2016; Oberle & Hughes, 2001; Vaismoradi et al., 2011).

En somme, les infirmières ont tendance à vivre un niveau élevé d'incertitude, et celle-ci est étroitement liée à la prise de décision dans la pratique. Les écrits démontrent que les sources de cette incertitude sont souvent reliées à la complexité d'une situation, l'évaluation des patients, la détermination de son diagnostic et les interventions qui y sont associées (Cranley et al., 2009). Pour répondre à cette incertitude, les infirmières utilisent la recherche d'information dans leurs expériences passées, auprès de leurs collègues et des stratégies d'évitement (Cranley et al., 2009; Nickasch, 2016). De plus, les infirmières qui

vivent de l'incertitude subissent plusieurs conséquences, tant au niveau psychologique (anxiété, de la peur ou de la détresse morale) qu'au niveau physique (épuisement et changements importants dans leur routine de vie) et dans leur prise de décision (remise en question et peur de faire une erreur) (Vaismoradi et al., 2011). Ces constats rejoignent ceux retrouvés dans la Théorie de la reconnaissance et de la réponse à l'incertitude de Cranley et al. (2012) qui sera décrite dans le chapitre suivant, le cadre de référence.

CHAPITRE 3 – LE CADRE DE RÉFÉRENCE

Ce chapitre présente le cadre de référence qui assure un ancrage disciplinaire à l'étude. Ce dernier repose sur la Théorie de la reconnaissance et de la réponse à l'incertitude de Cranley et al. (2012). Dans les paragraphes qui suivent, les composantes de la théorie y sont décrites, ainsi que les liens entre cette théorie et les infirmières débutantes dans une unité d'urgence. Il s'ensuivra une présentation des questions spécifiques de recherche.

La Théorie de la reconnaissance et de la réponse à l'incertitude

La Théorie de la reconnaissance et de la réponse à l'incertitude est issue d'une étude réalisée à l'aide d'un devis qualitatif de théorisation ancrée (Cranley et al., 2012). Elle est basée sur des entrevues semi-structurées effectuées auprès de 14 infirmières d'expérience provenant de deux unités de soins intensifs. La théorie permet de mieux définir le processus par lequel les infirmières reconnaissent et répondent à l'incertitude dans leur prise de décision. Tout d'abord, les auteurs avancent que des facteurs propres à chaque situation de soins peuvent influencer le processus de reconnaissance et de réponse à l'incertitude. Ces facteurs sont les caractéristiques du patient (âge, état de santé, etc.), les caractéristiques des infirmières (savoirs, expériences, etc.) et les facteurs contextuels (disponibilité des collègues, manque d'information, etc.). Ensuite, les auteurs de la théorie décrivent les principales sources d'incertitude que les infirmières rencontrent dans leur prise de décision : se sentir pris au dépourvu, faire face à des situations de soins inconnues ou être dans des « zones grises » de l'éthique de la pratique. Par la suite, lorsque ces infirmières sont exposées à ces sources d'incertitude et qu'elles ont à prendre une décision, elles débutent un processus d'évaluation, de réflexion, de questionnement et d'analyse de prédictibilité qui leur permet de reconnaître qu'elles sont en situation d'incertitude. Pour y répondre, elles appliquent des stratégies de gestion dans leur prise de décision (trouver la solution soi-même, collaboration multidisciplinaire, recherche d'information) qui donnent des résultats ou des conséquences en lien avec cette incertitude (résolution ou persistance de l'incertitude et opportunité d'apprentissage). Ces éléments de la reconnaissance et de la réponse à l'incertitude sont structurés dans le temps tels que présentés à la Figure 3.

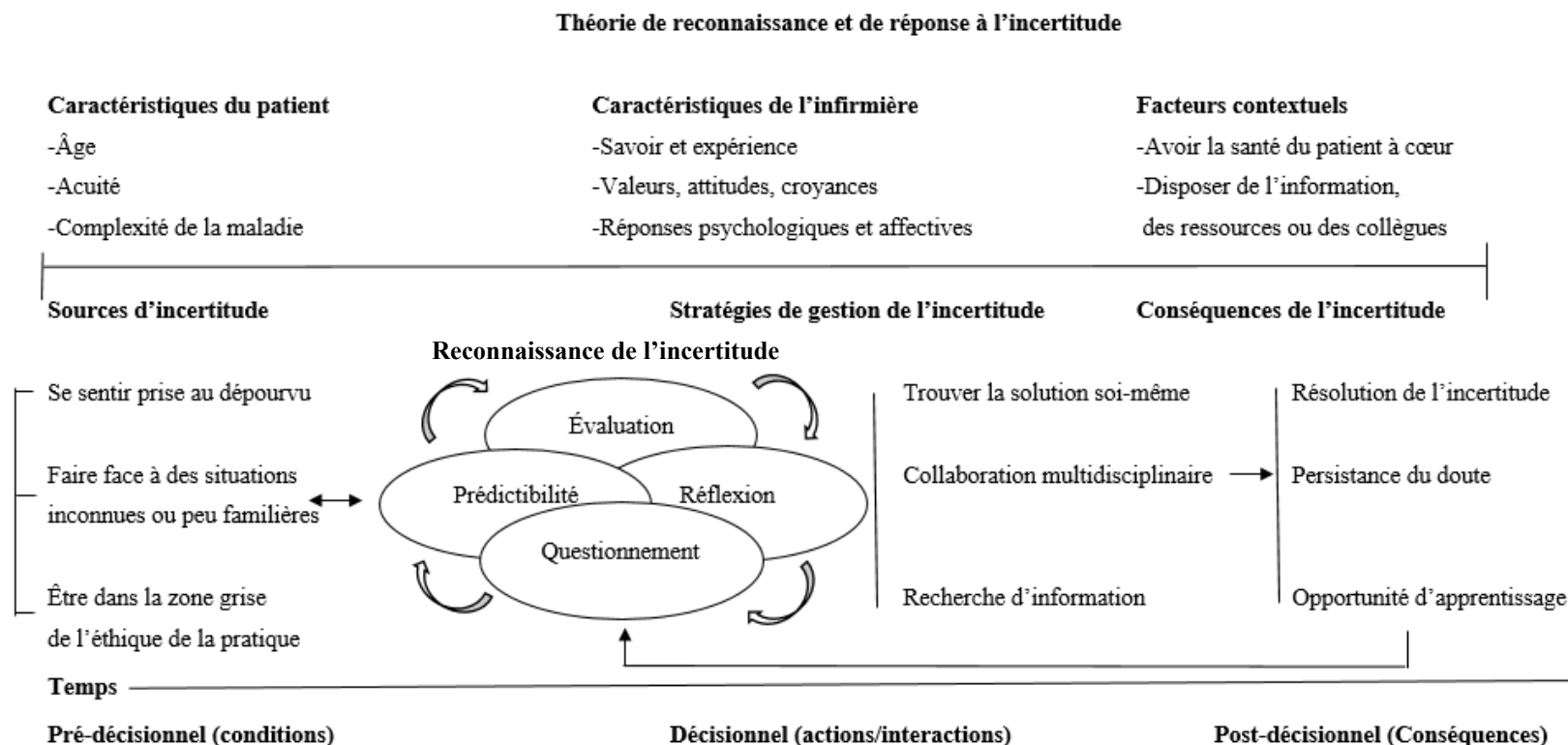


Figure 3. Théorie de la reconnaissance et de la réponse à l'incertitude : Recognizing and Responding to Uncertainty: A Grounded

Theory of Nurses' Uncertainty par Cranley et al. (2012) [Traduction libre] « Modifié avec permission »

Les sources d'incertitude reliées à la situation du patient

Selon Cranley et al. (2012), la situation du patient est le principal facteur qui engendre la présence d'incertitude dans la prise de décision des infirmières. Les auteurs de la théorie identifient trois situations qui sont des sources fréquentes d'incertitude : 1) être prises au dépourvu par la situation d'un patient, 2) faire face à des situations inconnues ou peu familières et 3) avoir à faire face à des zones grises en lien avec l'aspect éthique de la pratique.

Les auteurs de la théorie affirment que les infirmières sont prises au dépourvu lorsque les patients deviennent rapidement instables, lorsqu'elles font face à une maladie rare ou peu connue, ou lorsqu'une situation de soins se déroule dans des circonstances inhabituelles (Cranley et al., 2012). Par conséquent, les infirmières peuvent ressentir de l'incertitude, car elles manqueraient d'expérience, de connaissance ou de temps pour prendre une décision appropriée face à la situation vécue par le patient. La deuxième source d'incertitude correspondrait aux situations inconnues ou peu familières vécues par les infirmières. Ces situations seraient souvent des traitements spécialisés, de la médication à donner dans des situations particulières ou des techniques de soin méconnues. Encore une fois, le manque d'expérience ou de connaissances en lien avec ces ordonnances expliquerait en grande partie la présence d'incertitude des infirmières. Troisièmement, les auteurs avancent que les infirmières vivent de l'incertitude lorsqu'elles pratiquent des soins auprès de patients dont le niveau de soins n'est pas bien établi par les médecins. Par exemple, lors de soins de fin de vie, les infirmières peuvent ne pas savoir jusqu'où elles doivent aller dans leurs interventions, ce qui peut entraîner des dilemmes éthiques. Dans cette situation, une divergence entre la vision des infirmières et des médecins par rapport au niveau de soins et des interventions à faire peut entraîner de l'incertitude, car des informations peuvent être manquantes sur l'état de santé du patient. De plus, dans ces situations de dilemme éthique, la prise de décision peut varier selon le médecin présent sur l'unité de soins.

La reconnaissance de l'incertitude

Lorsque les infirmières sont en position de devoir prendre une décision en lien avec la situation d'un patient, elles entrent dans un processus de reconnaissance d'incertitude. Selon Cranley et al. (2012), ce processus survient dans quatre types de situations : 1) l'évaluation d'une situation afin de la clarifier, 2) une réflexion face à sa propre expérience ou ses connaissances en lien avec la situation, 3) un questionnement de son propre jugement et celui des autres, puis 4) une incapacité à prédire ce qui va se produire dans la situation. À noter que les infirmières n'ont pas à passer par les quatre types de situation pour reconnaître qu'elles sont dans une situation d'incertitude; le processus peut se faire avec un ou plusieurs éléments selon la situation.

L'évaluation d'une situation afin de la clarifier réfère à ce que les infirmières font lors de situations où il y a un manque d'information avec l'état de santé du patient. Lorsque ces infirmières ne sont pas en mesure de déterminer la problématique du patient, cela les mène à une reconnaissance de l'incertitude (Cranley et al., 2012). Ensuite, si elles se retrouvent dans une situation où, malgré une réflexion à l'aide de leurs propres expériences en lien avec la situation vécue, elles ne savent pas si leurs interventions sont appropriées, elles débutent encore une fois ce processus de reconnaissance d'incertitude. Par la suite, le questionnement de leur propre jugement ou de celui des autres permet aux infirmières de reconnaître si elles sont dans une situation d'incertitude. Ce questionnement peut se faire avant ou après la prise d'une décision. Par exemple, les infirmières peuvent se demander quel traitement il est préférable d'administrer au patient ou si le traitement qu'elles ont administré était le plus approprié pour la situation. Finalement, lorsque les infirmières sont dans une situation où l'état d'un patient ou l'effet potentiel d'un traitement sont imprévisibles, cela leur permet de reconnaître qu'elles sont en situation d'incertitude. Par exemple, lorsqu'un traitement administré n'est pas efficace ou qu'un effet indésirable survient de façon inattendue, les infirmières ont à prendre une décision rapidement et reconnaissent être en situation d'incertitude.

Les stratégies de gestion pour faire face à l'incertitude

Lorsque les infirmières reconnaissent une situation où l'incertitude est présente, elles doivent décider des actions à poser afin de gérer cette dernière. Ces actions sont regroupées en trois grands types de stratégies de gestion : 1) trouver la solution soi-même; 2) utiliser la collaboration multidisciplinaire et 3) procéder à une recherche d'information (Cranley et al., 2012). Pour le premier type de stratégies de gestion, les infirmières utilisent leurs capacités cognitives individuelles, comme leur raisonnement, leur jugement clinique et leur intuition afin de trouver elles-mêmes une solution à la situation. Elles se réfèrent aux connaissances acquises lors du parcours académique, aux expériences passées dans des situations de soins similaires et à leur capacité de résolution de problème afin de prendre la bonne décision en lien avec la problématique de leur patient. Pour le deuxième type de stratégie, le fait de collaborer avec les autres pour trouver une solution peut se faire tant avec des collègues infirmières, des médecins qu'au sein d'une équipe multidisciplinaire. Cependant, les infirmières ont tendance à aller chercher l'information auprès de collègues qui sont familières avec la situation rencontrée. Ce sont donc habituellement des collègues qui se sont occupées du même patient, qui ont eu un cas similaire récemment, qui ont de l'expérience avec les protocoles ou les procédures en question, qui sont en mesure d'apporter du soutien et qui sont disponibles rapidement. Finalement, le troisième type de stratégies de gestion se réfère à la recherche de réponses en lien avec la situation d'incertitude à l'aide d'information dans des ressources matérielles et rapidement accessibles. La plupart des infirmières mentionnent utiliser le dossier du patient pour débiter leur recherche d'information. Par la suite, selon la problématique identifiée, des documents prétraités, comme des procédures et des protocoles élaborés par le centre de santé, sont consultés.

Les résultats et conséquences de l'incertitude

À la suite de l'application des stratégies de gestion par les infirmières, les trois principaux résultats ou conséquences de la gestion de l'incertitude des infirmières sont : 1) la résolution de l'incertitude, 2) la persistance de doute et 3) l'utilisation de l'incertitude comme une opportunité d'apprentissage (Cranley et al., 2012).

La résolution de l'incertitude se produit lorsque les infirmières réussissent à trouver une réponse définitive en lien avec la situation d'incertitude. Par exemple, en déterminant le bon traitement ou la bonne médication à administrer, la bonne façon de réaliser une technique ou encore d'aviser ou non le médecin. Dans ces situations, les infirmières sont certaines que leurs actions correspondent aux meilleures pratiques et qu'elles agissent dans le meilleur intérêt du patient. Lorsqu'il y a une persistance du doute, les infirmières peuvent ressentir une certaine insatisfaction ou un inconfort en lien avec les réponses trouvées, les décisions qu'elles ont prises ou tout simplement l'absence de réponse. Cette non-résolution de l'incertitude se caractérise par une persistance du doute soit avec une acceptation d'un certain niveau d'incertitude ou avec une incertitude qui entraîne des conséquences négatives à long terme. Si l'incertitude n'est pas résolue, l'infirmière continue la recherche d'une réponse à l'incertitude à la suite de la prise de décision. La recherche continue d'une réponse peut être provoquée par le fait que l'information en lien avec la situation n'est pas immédiatement disponible ou qu'aucun collègue à proximité n'a de réponse. Finalement, l'opportunité d'apprentissage en lien avec l'incertitude se manifeste chez certaines infirmières, car les situations d'incertitude les exposent à de nouvelles pathologies et peuvent amener la pratique de certaines techniques ou des soins plus avancés. Autrement, l'opportunité d'apprentissage peut également provenir du processus de questionnement des infirmières qui se demandent si elles prennent la bonne décision à la suite des situations d'incertitude, ce qui entraîne la recherche d'une meilleure solution afin de mieux se préparer à des situations semblables.

Les liens entre la théorie et les infirmières débutantes dans une unité d'urgence

À la suite de la recension des écrits, nous constatons que les infirmières ont tendance à vivre un niveau élevé d'incertitude qui est étroitement liée aux décisions qu'elles ont à prendre dans la pratique (Coombs et al., 2015; McMahon & Dluhy, 2017; Nickasch, 2016). Les auteurs des écrits recensés abordent les sources potentielles de l'incertitude dans la prise de décision des infirmières, les stratégies qu'elles déploient pour faire face à cette incertitude et les conséquences de l'incertitude sur les infirmières (Blythe & Royle, 1993; Corcoran-Perry & Graves, 1990; Cranley et al., 2009; Dee & Stanley, 2005;

Doran et al., 2007; McCaughan et al., 2005). De plus, les composantes de la Théorie de la reconnaissance et de la réponse à l'incertitude de Cranley et al. (2012) sont étroitement reliées aux thèmes repérés lors de la recension des écrits. Cette théorie montre que la situation de santé des patients est une source majeure d'incertitude pour les infirmières, que ces dernières passent par un processus complexe de reconnaissance de cette incertitude et que, pour faire face à celle-ci, elles utilisent des stratégies de gestion qui peuvent donner différents résultats ou conséquences. Cependant, à notre connaissance, ni les études recensées ni la théorie de Cranley et al. (2012) ne s'intéressent à l'incertitude dans la prise de décision des infirmières spécifiquement dans le contexte des unités d'urgence et auprès d'une population d'infirmières débutantes. Du fait de leur niveau d'expérience et de connaissances, les débutantes ont tendance à vivre plus d'incertitude que celles des stades de compétence plus avancés (Tabak et al., 1996). Il semble donc pertinent de mieux comprendre l'incertitude vécue par les infirmières débutantes dans une unité d'urgence lorsqu'elles ont à prendre une décision. Par conséquent, l'utilisation de la Théorie de la reconnaissance et de la réponse à l'incertitude de Cranley et al. (2012) est pertinente pour la présente étude et constitue un ancrage disciplinaire adéquat.

Les questions spécifiques de recherche

Trois questions spécifiques de recherche sont élaborées afin de répondre à la question générale « Comment les infirmières débutantes dans une unité d'urgence vivent-elles l'incertitude lorsqu'elles prennent des décisions? » :

- 1.1 Quelles sont les sources d'incertitude dans les prises de décisions des infirmières débutantes dans une unité d'urgence?
- 1.2 Quelles sont les stratégies déployées par les infirmières débutantes dans une unité d'urgence pour gérer l'incertitude dans leur prise de décision?
- 1.3. Quels sont les résultats ou les conséquences de l'incertitude vécues par les infirmières débutantes lorsqu'elles prennent des décisions dans une unité d'urgence?

CHAPITRE 4 – LA MÉTHODE

Ce chapitre présente la méthode utilisée afin de répondre au but de la présente étude, soit de décrire comment les infirmières débutantes qui pratiquent dans une unité d'urgence vivent l'incertitude dans leur prise de décision. En premier lieu, le devis et les milieux de recherche ciblés sont abordés. Par la suite, la population, l'échantillonnage et le recrutement sont présentés ainsi que les instruments de collecte et d'analyse de données. Enfin, les critères de rigueur scientifique et les considérations éthiques sont expliqués.

Le devis de recherche

Le devis utilisé pour cette recherche était de type qualitatif descriptif. Ce type de devis est particulièrement pertinent afin d'explorer un phénomène peu connu ou pour comprendre l'expérience vécue par ceux qui vivent le phénomène étudié (Holloway & Wheeler, 2010). Or, tel que précisé précédemment, à notre connaissance, aucune étude ne semble s'être intéressée à l'incertitude dans la prise de décision des infirmières spécifiquement dans le contexte des unités d'urgence et auprès de la population des infirmières débutantes. Il semble donc pertinent de s'intéresser au vécu de l'incertitude des infirmières à partir d'un devis qualitatif descriptif. Ainsi, ce type de devis était justifié pour explorer et ainsi mieux comprendre le phénomène à l'étude.

Le milieu de recherche

L'étude s'est déroulée dans les unités d'urgence de niveau secondaire de quatre hôpitaux faisant partie d'une même région administrative de la province de Québec (MSSS, 2022). Ces unités comptent de 10 à 45 civières au permis, elles ont de 20 000 à 90 000 visites annuelles et sont ouvertes 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Elles offrent des services à tous les patients qui s'y présentent. Le centre de santé qui encadre ces quatre unités assume des missions de soins, des rôles d'enseignement et de recherche. Il dessert une clientèle locale, régionale et suprarégionale avec des soins généraux, spécialisés et surspécialisés. Pour accéder aux milieux ciblés, le projet de recherche a été présenté à la direction des soins infirmiers du centre de santé et aux gestionnaires des quatre unités

d'urgence. L'approbation de ces personnes a facilité l'acceptation de la réalisation de l'étude par le comité d'éthique du centre de santé et de l'université affiliée.

La population

La population ciblée de cette étude était celle des infirmières débutantes dans une unité d'urgence. Le stade d'infirmière débutante fait référence aux stades de compétences développés par Benner (1982), soit des infirmières de moins de deux ans d'expérience dans une unité d'urgence et qui travaillent présentement dans une telle unité. De plus, les infirmières qui avaient moins de deux ans d'expérience à l'urgence, mais qui avaient une expérience dans un autre type d'unité ont aussi été incluses dans cette étude. Selon Benner (1982), ces infirmières détiennent une expérience et des compétences spécifiques au milieu duquel elles proviennent. Lorsqu'elles débutent dans une unité d'urgence, les situations de soins rencontrées leur sont donc souvent inconnues. Ainsi, elles retournent au stade de débutantes lors de ce changement de milieu. Les critères d'inclusion et d'exclusion de la présente étude étaient les suivants :

Critères d'inclusion

1. Être une infirmière ou une candidate à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) avec moins de deux ans d'expérience (équivalent de deux ans à temps complet) dans une unité d'urgence;
2. Travailler dans une unité d'urgence du centre de santé visée par la présente étude.

Critères d'exclusion

1. Avoir plus de deux ans d'expérience (équivalent à temps complet) dans une unité d'urgence.

L'échantillonnage et le recrutement

Dans cette étude, l'utilisation d'un échantillonnage non probabiliste par choix raisonné selon des critères spécifiques établis par l'étudiant-chercheur a permis d'obtenir un échantillon qui correspond à la visée qualitative du devis en lien avec le contexte spécifique

de l'unité d'urgence et la population des infirmières débutantes (Gray, Grove, & Sutherland, 2017). Ce type d'échantillonnage apporte des données riches et complètes grâce à des participantes qui vivent ou ont vécu le phénomène d'intérêt ciblé par la recherche. Dans ce type de devis, la taille de l'échantillon est déterminée lors de l'atteinte d'une saturation empirique des données. Cette saturation survient lorsque les réponses aux questions des entrevues deviennent répétitives et n'offrent plus de nouveau contenu (Gray et al., 2017). Dans la présente étude, un échantillon entre 8 et 12 infirmières débutantes était prévu afin d'atteindre cette saturation.

Le recrutement s'est déroulé de mai 2021 à novembre 2023, en partenariat avec les gestionnaires des unités d'urgence. Dans un premier temps, des affiches publicitaires (voir Annexe I) incluant les critères de l'étude et les coordonnées de l'étudiant-chercheur ont été envoyées via courriel par les gestionnaires. Cet envoi de courriels s'est fait à trois reprises par les gestionnaires afin d'inclure les infirmières nouvellement embauchées au cours de la présente étude. Les candidates intéressées ont contacté l'étudiant chercheur via courriel. Des échanges ont permis de valider la volonté des candidates à participer à l'étude, le respect des critères d'inclusion et d'exclusion et de transmettre le formulaire d'information et de consentement (voir Annexe II). Ensuite, les dates de tenue des entrevues par visioconférence ont été établies. Avant les entrevues individuelles, le formulaire d'information et de consentement a été revu pour s'assurer de leur compréhension et répondre à leurs questions. Finalement, 10 candidates ($n=10$) ont participé à la présente étude. La saturation des données a été atteinte puisque les entrevues n'apportaient plus de nouvelles informations ou de nouveaux thèmes.

Les instruments de collecte de données

En recherche qualitative, l'utilisation de différents outils de collecte de données est nécessaire afin d'étoffer la description du phénomène étudié (Gray et al., 2017). Ces instruments de collecte de données ont été utilisés dans la présente étude : le questionnaire sociodémographique, l'entrevue individuelle semi-dirigée, l'entrevue de groupe pour la validation des résultats et le journal de bord de recherche.

Questionnaire sociodémographique

Un questionnaire de données sociodémographiques a été utilisé afin d'obtenir un profil détaillé des participantes (voir Annexe III). Les informations recueillies étaient : l'âge, le sexe, le nombre de mois ou d'années d'expérience à titre d'infirmière, l'expérience dans les unités de soins autres que l'unité urgence, le niveau de formation académique, le statut d'emploi (temps plein ou temps partiel) et le quart de travail habituel (jour, soir ou nuit). Ces données ont été utilisées à des fins descriptives.

Entrevue individuelle semi-dirigée

Des entrevues individuelles semi-dirigées ont été utilisées comme méthode principale de collecte de données. Ce type d'entrevue laisse une liberté aux participantes dans leurs réponses tout en permettant à l'étudiant-chercheur d'orienter les thèmes de l'entrevue (Munhall, 2012).

Un guide d'entrevue (voir Annexe IV) a été élaboré en se basant sur la Théorie de la reconnaissance et de la réponse à l'incertitude de Cranley et al. (2012) et les questions de recherche. Ce guide a été élaboré selon les six étapes suggérées par Paillé (1991) : 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. Ce guide était composé de 12 questions centrales et des sous-questions classées selon les thèmes des questions spécifiques de recherche, soit : les sources d'incertitude dans la prise de décision, les stratégies déployées pour y faire face et les conséquences qui en découlent. De plus, le guide d'entrevue a été validé par le directeur et la codirectrice de la présente recherche. Il a ensuite été testé avec une candidate qui répondait aux critères d'inclusion et d'exclusion de la présente étude. Ces vérifications ont permis d'optimiser l'ordre des questions dans le guide et de corriger certaines formulations de questions afin de les rendre plus compréhensibles.

Les entrevues semi-dirigées se sont déroulées par visioconférence entre les mois d'août 2021 et janvier 2023. La durée moyenne des entrevues a été de 52 minutes (36

minutes à 1 heure 15 minutes). Elles ont été enregistrées sous format audionumérique pour faciliter la transcription en verbatim et l'analyse des données par l'étudiant-chercheur.

Entrevue de groupe de validation des résultats

Une entrevue de groupe de validation des résultats, soutenue par un guide d'entrevue (voir Annexe V) a été réalisée afin de confirmer les résultats obtenus, de permettre aux participantes d'ajouter des éléments manquants au besoin et de trianguler les sources de données (Gray et al., 2017). Les questions du guide d'entrevue de groupe ont été élaborées à l'aide des résultats de l'étude et ont également été classés selon les thèmes abordés dans les questions de recherche de l'étude. Ce guide a également été validé par le directeur et la codirectrice de recherche. Les participantes ayant montré de l'intérêt à prendre part à l'entrevue de groupe de validation des résultats ont été contactées par courriel et quatre ($n=4$) infirmières ont participé.

Cette entrevue, animée par l'étudiant-chercheur, a été réalisée le 4 novembre 2024 via visioconférence a duré 55 minutes. Les résultats de l'étude ont été présentés aux participantes à l'aide d'une schématisation préliminaire et ces dernières ont pu émettre leurs opinions et réflexions face à ces résultats. L'entrevue de groupe de validation des résultats a aussi été enregistrée sous format audionumérique pour ensuite être transcrite et analysée par l'étudiant-chercheur.

Journal de bord de recherche

Finalement, un journal de bord a été utilisé pour documenter les impressions de l'étudiant-chercheur lors des entrevues et les pistes de réflexion tout au long du processus de recherche. Les notes prises dans ce journal de bord ont servi de référence tout au long du processus d'analyse des données et ont permis à l'étudiant-chercheur de mieux organiser ses idées en lien avec les thèmes soulevés lors des entrevues et ses réflexions sur les données recueillies (Holloway & Galvin, 2016).

L'analyse des données

La méthode d'analyse thématique élaborée par Paillé et Mucchielli (2016) a été utilisée pour analyser les données considérant la visée descriptive de cette étude. Cette analyse s'est déroulée au fur et à mesure des entrevues individuelles. Après chacune des entrevues, le contenu audionumérique a été transcrit intégralement par l'étudiant-chercheur puis transféré dans le logiciel de données qualitatives QRS Nvivo 12 ®. Afin de s'assurer de la justesse de la transcription, les entrevues ont été réécoutées. À la suite de multiples lectures de chacune des transcriptions, une compréhension initiale des données a été établie avec la création de codes (mot ou courte phrase servant à classer les données) regroupés par thèmes (idée récurrente qui émerge des données) (Paillé & Mucchielli, 2016). Ces thèmes ont ensuite été regroupés dans des catégories (regroupement thématique des données) basées sur la Théorie de la reconnaissance et de la réponse à l'incertitude de Cranley et al. (2012). Au fil de l'analyse, la thématisation progressive et continue du corpus a été réalisée jusqu'à l'obtention d'un relevé de thèmes. Au cours du processus d'analyse, des validations fréquentes avec le directeur et la codirectrice de recherche ont eu lieu. Par la suite, une révision des différentes catégories et thèmes a été réalisée avec les verbatims des participantes et des schémas ont été élaborés pour concrétiser l'analyse des données. Cette démarche a permis de décrire les catégories et les thèmes et d'apporter une description riche du phénomène à l'étude. Finalement, ces données ont été présentées aux participantes présentes lors de l'entrevue de groupe de validation des résultats. Leur rétroaction et leurs commentaires ont été analysés de façon similaire aux entrevues individuelles et les données obtenues ont été intégrées aux résultats de la présente étude.

Les critères de rigueur scientifique

Pour assurer la rigueur scientifique de cette recherche, les critères de scientificité de Guba et Lincoln (1985) ont été utilisés. Ces critères sont la crédibilité, la fiabilité, la transférabilité et la confirmabilité. Premièrement, la crédibilité fait référence à la véracité des données. Pour assurer le respect de ce critère, une triangulation des méthodes de collecte de données a été effectuée. Ainsi, l'entrevue semi-dirigée a été combinée à une entrevue de groupe de validation des résultats et à la rédaction d'un journal de bord, ce qui

a permis de valider l'analyse des résultats. Par la suite, la fiabilité renvoie à l'uniformité de la collecte des données au fil du temps et dans différentes situations. Ainsi, une description exhaustive des étapes et des choix méthodologiques faits tout au long de l'étude en plus d'une validation de ceux-ci par le directeur et la codirectrice de recherche ont été effectuées. Ensuite, la transférabilité reflète le degré auquel les conclusions s'appliquent à d'autres contextes ou d'autres populations. Pour respecter ce critère, une description riche, complète et nuancée du contexte et des composantes de la recherche a été faite. Finalement, la confirmabilité renvoie à la congruence des données ou encore à la confirmation de l'analyse et de l'interprétation des données. Le respect de ce critère a été assuré par la confirmation de l'analyse des données par le directeur et la codirectrice de recherche à l'aide d'une entente inter-juge lors de la codification des données des premières entrevues. Aussi, l'appui de plusieurs verbatims dans la présentation des résultats a permis de soutenir chacun des thèmes et des sous-thèmes abordés. De plus, la validation des résultats par une entrevue de groupe participait aussi à cette confirmabilité.

Les considérations éthiques

Ce projet de recherche a été approuvé le 3 mai 2021 (CER #2021-840) par le comité d'éthique de la recherche du centre de santé dans lequel s'est déroulée l'étude et de l'université affiliée. Des renouvellements annuels ont été obtenus jusqu'en 2026 pour finaliser les entrevues et l'analyse des données. Les aspects éthiques s'appuient sur l'énoncé de politique des trois conseils sur l'éthique de la recherche sur les êtres humains (EPTC2, 2018). Les principes éthiques de cet énoncé sont le respect des personnes, la préoccupation du bien-être et le principe de justice. Pour assurer le principe de respect des personnes et de justice, un formulaire d'information et de consentement a été remis et expliqué aux participantes. Ce formulaire incluait une description détaillée du but de l'étude, des objectifs de recherche, du déroulement des entrevues et de ce qui était attendu des participantes. De plus, ces dernières étaient informées qu'elles pouvaient arrêter l'entrevue ou se retirer de l'étude à tout moment, sans subir de préjudice.

Pour assurer la préoccupation du bien-être (bienfaisance et non-malfaisance), les risques, inconvénients et bénéfices en lien avec la recherche étaient détaillés sur le

formulaire d'information et de consentement. Dans cette étude, aucun risque n'avait été identifié. L'anonymat et la confidentialité ont été assurés à l'aide d'identifiants numériques lors de la transcription de l'entrevue auxquels seul l'étudiant-chercheur avait accès. Les données collectées étaient conservées sous clés ou sous mot de passe connu seulement de l'étudiant-chercheur. Elles seront conservées cinq ans suivant le dépôt final de ce mémoire avant d'être détruites. Les seuls inconvénients en lien avec cette étude étaient le temps requis pour faire les entrevues et le souvenir de sentiments ou d'émotions désagréables en lien avec l'incertitude vécue comme infirmière dans une unité d'urgence. Pour contrer ces inconvénients, il a été proposé à toutes les participantes de consulter des ressources externes au besoin, comme le programme confidentiel d'aide des employés du centre de santé où s'est déroulée l'étude. Pour les bénéfices, des explications ont été données sur les avantages de participer à cette recherche tel que l'avancement de la recherche, l'exposition au processus de recherche et l'amélioration éventuelle des conditions de la pratique infirmière.

CHAPITRE 5 – LES RÉSULTATS

Ce chapitre présente les résultats de l'étude qui visait à comprendre comment les infirmières débutantes vivent l'incertitude lorsqu'elles prennent des décisions dans une unité d'urgence. Les résultats obtenus à la suite de l'analyse des données ont permis de répondre aux trois questions spécifiques de recherche suivantes : 1) Quelles sont les sources d'incertitude dans les prises de décision des infirmières débutantes dans une unité d'urgence? 2) Quelles sont les stratégies déployées par les infirmières débutantes dans une unité d'urgence pour gérer l'incertitude dans leur prise de décision? 3) Quels sont les résultats ou les conséquences de l'incertitude vécues par les infirmières débutantes lorsqu'elles prennent des décisions dans une unité d'urgence?

La description du profil des participantes puis les résultats appuyés sur des éléments de la théorie de la reconnaissance et de la réponse à l'incertitude de Cranley et al. (2012), sont présentés successivement.

La description du profil des participantes

À la suite du recrutement auprès de la population ciblée, l'échantillon de notre étude était composé de 10 infirmières débutantes ($n=10$) pour les entrevues individuelles et de quatre ($n=4$) pour l'entrevue de groupe de validation des résultats. Un résumé du profil de ces participantes est présenté au Tableau 1.

Tableau 1. Profil des participantes à l'étude

Caractéristiques sociodémographiques		Participantes (n=10)
Âge (Années)	20 à 25	9
	25 à 30	0
	30 à 35	1
Sexe	Femme	10
	Homme	0
Expérience à titre d'infirmière (Années)	Moins de 1	3
	1 à 2	6
	2 et plus	1
Expérience à l'urgence (Mois)	Moins de 12	5
	12 à 24	5
Dernier diplôme obtenu	DEC	6
	BAC	4
Statut d'emploi	Temps plein	3
	Temps partiel	7
Quart de travail principal	Jour	1
	Soir	7
	Nuit	2

Comme présentée ci-dessus, toutes les participantes recrutées dans l'échantillon étaient des femmes, dont l'âge moyen était de 23 ans. Neuf infirmières avaient moins de deux ans d'expérience dans la profession infirmière tandis qu'elles avaient toutes moins de deux ans d'expérience dans une unité d'urgence. Six d'entre elles détenaient un diplôme d'études collégiales (DEC) et quatre un baccalauréat (BAC) comme dernier diplôme obtenu. Sept participantes de l'étude travaillaient à temps partiel, tandis que seulement trois d'entre elles étaient à temps plein. Finalement, les trois quarts de travail étaient représentés avec une prédominance sur le quart de soir qui compte sept infirmières, deux étant de nuit et une de jour.

La présentation des résultats

Les résultats de l'étude ont mis en évidence comment les infirmières débutantes dans l'unité d'urgence vivent l'incertitude dans leur prise de décision. Ces résultats sont divisés selon les trois thèmes suivants : les sources de l'incertitude dans la prise de décision, les stratégies de gestion déployées par les infirmières débutantes pour s'y adapter et les conséquences négatives et positives qui proviennent ou qui découlent de cette incertitude.

Les sources d'incertitude des infirmières débutantes

Les sources d'incertitude dans la prise de décision des infirmières débutantes à l'urgence se déclinent en trois grandes catégories : l'état du patient, le manque d'expérience et de connaissances, ainsi que le contexte de l'unité d'urgence. La Figure 4 présente un résumé de ces sources d'incertitude.

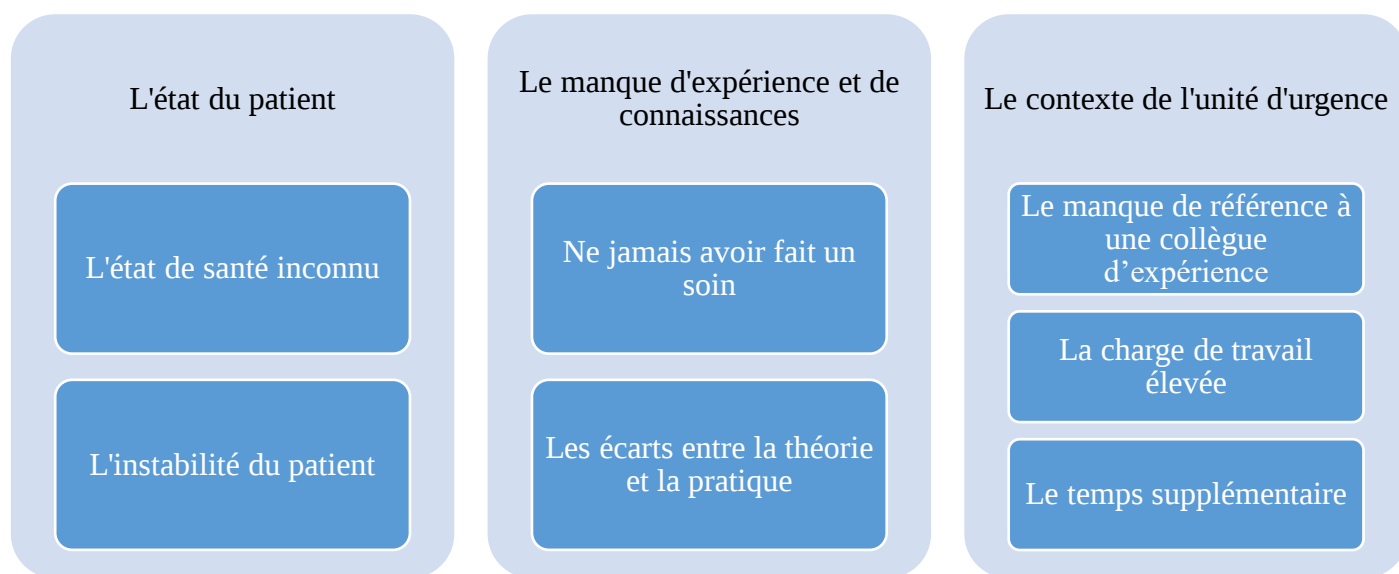


Figure 4. Résumé des sources d'incertitude

L'état du patient.

Selon les infirmières débutantes interrogées, l'état du patient est une source d'incertitude fréquente lors de la prise de décision. Plus précisément lorsque l'état de santé de leur patient est inconnu ou lorsqu'elles doivent gérer l'instabilité de celui-ci.

L'état de santé inconnu.

Les participantes interrogées mentionnent que l'état de santé inconnu des patients se présentant à l'unité d'urgence est une source d'incertitude dans leur prise de décision. Par exemple :

Je pense que oui [que ça entraîne de l'incertitude], parce que surtout en commençant c'est dur de se dire que le patient est couché pour une douleur abdominale justement, c'est dans tel quadrant de son abdomen, ça pourrait être telle, telle, telle affaire. (Inf.07).

Dans cette situation, la débutante vit de l'incertitude, car elle doit déterminer le problème d'un patient se présentant pour une douleur abdominale qui pourrait être reliée à plusieurs diagnostics potentiels. De plus, lorsque le patient est pris en charge par une débutante qui ne connaît pas la condition initiale de celui-ci, cela peut aussi contribuer à l'incertitude : « C'est sûr que oui [que ça entraîne de l'incertitude], n'ayant pas déjà vu ce patient-là, sa condition avant qu'il soit dans un état exemple aigu. » (Inf.03).

Les patients peuvent aussi se présenter dans un état de santé précaire où il est parfois impossible pour les infirmières débutantes de le questionner afin de déterminer ce qui lui est arrivé, comme lors d'une réanimation cardio-respiratoire :

Donc, ce cas-là ça a été de l'incertitude pour tout le monde, tout le monde était comme, on ne sait pas ce qui se passe, le patient est juste en code [arrêt cardio-respiratoire] on n'a pas plus d'histoire on a juste deux jambes [fracturées] qui arrivent comme ça pis c'était vraiment le bordel total. (Inf.09).

Dans un même ordre d'idées, une autre participante mentionne : « Je rentre dans la chambre, il a les veines du cou, les jugulaires distendues, on dirait un poisson sorti de l'eau là, il ne va vraiment pas bien, mais moi je ne le connais pas. » (Inf.02). Encore une fois, dans cette situation, la débutante fait face à un patient dont l'état de santé est incertain,

car elle ne connaît pas son état de santé habituel, ce qui contribue à l'apparition d'incertitudes dans les décisions qu'elle doit prendre pour le soigner.

L'instabilité du patient.

La prise de décision lorsqu'un patient devient instable est une source d'incertitude pour plusieurs infirmières débutantes, car celui-ci requiert une intervention rapide et efficace afin d'éviter une dégradation de son état de santé. Une infirmière débutante nomme que l'incertitude peut se manifester lorsqu'un patient présente une instabilité :

Je dirais que n'importe quel patient qui va se mettre à mal aller, ou qui a des symptômes que tu n'es pas sûr que ce soit attendu ou si c'est quelque chose de plus grave, faut toujours être comme alerte à ça aussi. (Inf.03).

Lorsque le patient devient instable, les débutantes doivent prendre des décisions rapidement afin de gérer cette instabilité. Cependant, lorsqu'elles ne savent pas comment gérer cette instabilité, l'incertitude se manifeste : « Je pense [à] deux situations plus difficiles, où le patient était comme à moi, je devais le gérer, mais je ne savais pas comment le gérer pis c'est comme des situations extrêmement rapides d'escalade » (Inf.03).

Une autre débutante mentionne que malgré ses interventions, et même plusieurs références au médecin, elle ne sait plus comment intervenir en lien avec les complications de son patient :

Une fois, j'avais un monsieur qui se tordait de douleur, jamais calmé par ses médicaments, j'allais voir souvent le médecin en lui disant, peux-tu aller le voir, je ne sais plus quoi faire avec, il se tord de douleur, il vomit, il n'est pas soulagé, il n'y a rien à faire. (Inf.07).

Enfin, une participante rapporte que dans une unité d'urgence, l'incertitude est omniprésente, car tous les patients, peu importe leur raison de consultation peuvent devenir instables. Ce questionnement sur l'état de santé des patients entraîne de l'incertitude : « Il y en a tout le temps [de l'incertitude] on ne sait jamais, la personne peut venir pour n'importe quoi, pour une plaie pis elle se retrouve qu'elle écrase pis qu'elle fait un infarctus. » (Inf.04).

Le manque d'expérience et de connaissances.

Les participantes interrogées avancent que leur manque d'expérience et les lacunes dans leurs connaissances sont des sources fréquentes d'incertitude. Que ce soit de n'avoir jamais fait un soin ou des écarts entre la théorie apprise lors du parcours académique et la pratique dans l'unité d'urgence.

Ne jamais avoir fait un soin.

Une d'entre elles avance qu'il peut être stressant de faire une technique de soin pour la première fois : « Donc c'était comme la première vraie sonde [urinaire], il y avait ça aussi qui était stressant, je n'en avais jamais vraiment fait. » (Inf.02). Ce stress découle de l'incertitude vécue lors de la réalisation de cette technique pour la première fois. De plus, peu importe le niveau de difficulté de la technique à réaliser, cette dernière peut-être une source d'incertitude lorsqu'elle doit être exécutée pour la première fois : « La technique mettons pour mettre des cathéters sous-cutanés. C'est juste que, je ne l'avais jamais faite, ce n'est pas une grosse technique super compliquée. » (Inf.03).

Sinon, les débutantes peuvent devenir incertaines lorsqu'elles ont à faire un soin qui sort de leur champ d'expertise habituel. C'est d'ailleurs ce que nomme une participante qui doit suivre les directives d'une inhalothérapeute lors d'un soin : « Pis là bien tu as l'inhalothérapeute qui te dit, pèse sur ce bouton-là, mais je ne sais pas moi, je n'ai jamais [silence] ce n'est pas mon domaine la VNI [ventilation non invasive]. (Inf.03).

L'incertitude causée par le fait de ne jamais avoir fait un soin peut aussi se présenter lors de l'administration des médicaments. Deux infirmières débutantes rapportent cet élément comme source d'incertitude, par exemple : « Il faut débiter un nouveau médicament que je n'ai jamais vu, c'est *Brévilbloc* ® le nom, c'est la première fois que je voyais ce médicament-là, je ne savais vraiment pas [comment le débiter]. » (Inf.08). Une autre participante explique comment le fait de devoir administrer des médicaments qu'elle n'a jamais utilisés l'amène à se poser des questions : « Bien mettons la première fois que j'ai parti un protocole de *Cardizem* ®, ou que j'ai administré des bicarbonates de sodium, j'ai vraiment posé des questions. » (Inf.02). En résumé, les débutantes doivent faire face à

des situations de soin auxquelles elles n'ont jamais été exposées depuis le début de leur pratique. Ces nouvelles situations de soins les amènent à se questionner sur leurs connaissances et leurs expériences d'infirmière, entraînant ainsi de l'incertitude.

Les écarts entre la théorie et la pratique.

Les infirmières débutantes considèrent que les différences entre la théorie apprise lors du parcours académique et la pratique infirmière contribuent à leur incertitude : « Quand tu arrives pour faire ce que tu fais à l'école en pratique, ça ne marche pas là, c'est les livres pis c'est la réalité pis elle est différente. » (Inf.04). Les changements dans les procédures qui sont enseignées en comparaison à la pratique sur le terrain contribuent aussi à cette incertitude : « Les procédures qui faut que tu fasses quand tu as une chute des fois ça change [...] de ce qu'on apprend à l'université versus sur le terrain. » (Inf.03). Même lorsque le cours universitaire est spécifiquement conçu pour répondre aux besoins de formation en soins critiques, certains éléments de la pratique vont différer de ce qui a été vu en théorie : « Non je ne le sais pas, je veux dire, on entend, mettons au baccalauréat on fait [un cours de] soins critiques, mais ce n'est pas pareil dans un livre que dans la réalité. » (Inf.04). Les infirmières débutantes se fient aux connaissances acquises lors de leur parcours académique pour prendre une décision, mais lorsque la pratique diverge de ces connaissances, ces dernières peuvent vivre de l'incertitude dans leur pratique.

Le contexte de l'unité d'urgence.

Selon les participantes interrogées, les particularités en lien avec le contexte de l'unité d'urgence, soit le manque de référence à une collègue d'expérience, la charge de travail élevée et la récurrence du temps supplémentaire sont des sources d'incertitude dans leur prise de décision.

Le manque de référence à une collègue d'expérience.

Les sources d'incertitude en lien avec cette catégorie proviennent du fait que les infirmières débutantes ont souvent besoin de se référer à une collègue de travail d'expérience lorsqu'elles ont à prendre une décision. Toutefois, lorsqu'aucune infirmière d'expérience n'est disponible dans l'unité d'urgence pour soutenir la prise de décision des débutantes, l'incertitude se manifeste. Parmi les participantes, quatre d'entre elles nomment que le fait de ne pas pouvoir se référer à une collègue d'expérience lorsqu'elles ont besoin de soutien créait de l'incertitude chez elles. Une participante mentionne :

J'aimerais être approuvée, tu comprends, me faire dire : « On fait ça, on fait ça » et obtenir du soutien parce que, dans ces situations-là, je n'ai pas eu de soutien donc, ça te met en doute de [...] est-ce que c'est ça? C'est-tu vraiment ça qui se passe là? (Inf.06).

Les débutantes auraient donc besoin d'être soutenues lors de leur prise de décision, mais comme aucune collègue n'est présente en référence professionnelle, l'incertitude survient.

Le manque de référence peut être exacerbé par le fait que, selon l'organisation du travail, les débutantes peuvent se retrouver seules dans une partie de l'unité et n'ont donc pas de référence professionnelle à leur portée. C'est ce que mentionne une infirmière débutante au triage : « Veux, veux pas, tu es comme toute seule dans ta salle [de triage] et il faut que tu prennes ta décision de qu'est-ce que je fais avec mon patient. » (Inf.09). La même participante explique aussi qu'au triage, le fait d'être seule et de ne pas avoir de temps pour interpeller les collègues de travail qui sont ailleurs entraîne de l'incertitude : « Donc, il y a souvent de l'incertitude au triage parce que justement tu es toute seule, tu as cinq minutes pis c'est *let's go*. » (Inf.09).

Dans certaines situations, les collègues qui peuvent servir de référence professionnelle sont présentes dans l'unité d'urgence, mais peuvent être volontairement non disposées à offrir leur soutien aux débutantes :

De jour et de soir, c'était plus jeune, c'était plus, moi je gère mes affaires [...] C'est l'impression que moi j'avais. Ça, je n'aimais pas ça, ça m'en créait de l'incertitude parce que moi je n'étais déjà pas une référence d'une certaine façon, bien je n'avais pas de référence. (Inf.03).

Tel que mentionné par cette participante, le contexte de l'unité d'urgence peut aussi faire en sorte que, selon le quart de travail, les collègues qui sont censées être des références professionnelles peuvent se situer à un stade de compétence similaire aux débutantes et cette situation peut amener de l'incertitude. Finalement, deux participantes rapportent que malgré le fait qu'elles soient des débutantes, ce sont elles qui ont le plus d'expérience dans l'unité d'urgence lors d'une prise de décision et que cette absence de référence professionnelle entraînait de l'incertitude : « Ce que je trouve la plus difficile [lors d'une prise de décision], c'est d'être avec des gens qui ont moins d'expérience que moi. » (Inf.02).

La charge de travail élevée.

La majorité des infirmières interrogées rapportent que le manque de temps causé par la charge de travail dans l'unité d'urgence est une source d'incertitude. Une d'entre elles mentionne :

Ces soirées-là où tu manques de temps pour tout, j'ai l'impression de bâcler mes soins pis ça, ça ne me fait vraiment pas sentir bien en tant qu'infirmière [...] ça peut causer de l'incertitude, dans le sens où je ne me sens pas au meilleur de mes capacités. (Inf.09).

La charge de travail élevée amène les débutantes à pratiquer des soins à un niveau de qualité qui ne leur sont pas satisfaisant, et cela entraîne un doute face aux résultats que ces soins vont apporter au patient. Une autre participante mentionne que la charge de travail élevée entraîne de l'incertitude, car les décisions doivent être prises plus rapidement : « Je dirais que oui [que ça entraîne de l'incertitude], parce que le temps de, le temps que tu avais pour prendre ta décision par rapport au *rush* [l'affluence] pis que ça va vite, bien il est amoindri. » (Inf.04). Dans le même ordre d'idées, la charge de travail élevée crée un environnement où tout doit être fait rapidement, et ce, incluant la prise de décision, ce qui laisse peu de temps aux infirmières débutantes de réfléchir : « Sinon, à l'urgence, le climat de vite, vite, vite, ça c'est quelque chose qui contribue à l'incertitude parce que justement tu n'as pas le temps de réfléchir pis c'est là que ça se passe. » (Inf.09).

Sinon, la charge de travail élevée peut être causée par une surcharge temporaire lorsque des infirmières doivent quitter en pause ou lors des repas. En ce sens, une participante mentionne :

Quand il y a une certaine surcharge de travail aussi. Si tu as trois sections en surveillance en même temps parce que quelqu'un est parti en pause puis un autre en repas, ça peut créer un petit peu, un petit peu d'incertitude dans ta prise de décision. (Inf.02).

Par ailleurs, lorsque la charge de travail est trop élevée et que les débutantes manquent de temps pour réaliser la totalité de leurs soins, elles vivent de l'incertitude à deux reprises. Elles se pressent afin de réaliser tous leurs soins rapidement pour ne pas manquer de temps en plus de se demander qui va faire les soins si elles n'ont pas le temps de les compléter: « Tu ne peux pas l'avoir, tu ne peux pas prendre le temps, ça, ça me crée de l'incertitude parce que je me disais c'est qui va le faire? (Inf.04).

Le temps supplémentaire.

La récurrence du temps supplémentaire dans l'unité d'urgence n'est pas une source d'incertitude soulevée lors des entrevues individuelles. Cependant, lors de l'entrevue de groupe de validation des résultats, deux participantes mentionnent que la récurrence du temps supplémentaire entraîne une fatigue cognitive et une diminution de l'utilisation des stratégies pour faire face à l'incertitude, ce qui pouvait faire augmenter cette dernière :

Je restais au minimum deux à trois fois par semaine de nuit, en quart complet [...] Ça a été difficile par moments, de la fatigue, des grosses réanimations que, pas que tu n'es pas sûr de ce que tu fais, mais tu doubles et redoubles et triples valide pour être sûr et certain que tu donnes la bonne médication et la bonne dose au patient et tout ça. (Inf.06 entrevue de groupe).

Une autre participante rapporte :

Si tu veux ajouter qu'il n'y a pas juste une personne [dans l'entrevue de groupe] qui a dit ça [que le temps supplémentaire cause de l'incertitude], la gestion émotive, la gestion cognitive quand tu es fatiguée, c'est moins évident, l'approche réflexive d'aller utiliser ses connaissances on dirait que tu es plus en mode survie de vérifier que tout est correct, mais c'est plus difficile. (Inf.10 entrevue de groupe).

Comme mentionnée par le groupe, la récurrence du temps supplémentaire entraîne un épuisement cognitif qui, à son tour, va rendre la prise de décision des infirmières débutantes plus exigeante, entraînant ainsi une augmentation de l'incertitude.

Les stratégies de gestion de l'incertitude des infirmières débutantes

Les infirmières débutantes utilisent des stratégies afin de gérer l'incertitude qu'elles vivent lors de leur prise de décision dans une unité d'urgence. Ces stratégies se déclinent en quatre catégories, soit : les stratégies émotives et cognitives, recourir à ses apprentissages, utiliser des outils de référence et se référer à ses collègues de travail. La Figure 5 présente un résumé de ces stratégies.

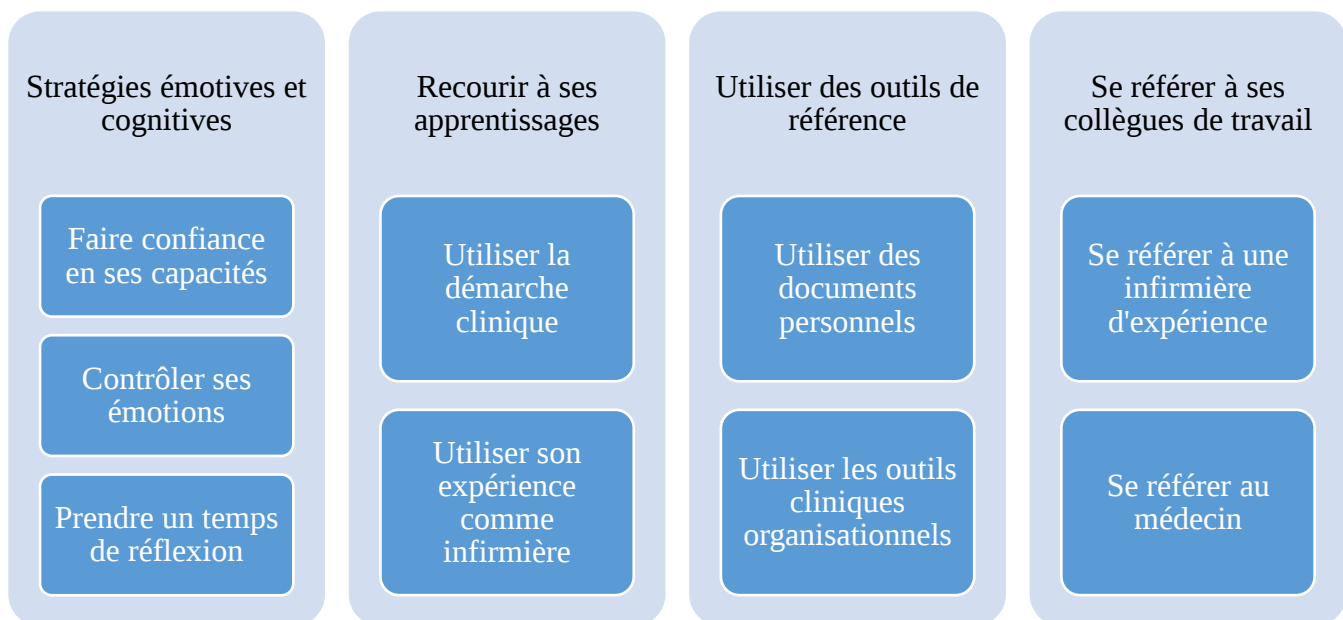


Figure 5. Résumé des stratégies de gestion de l'incertitude

Stratégies émotives et cognitives.

Les stratégies émotives et cognitives rapportées par les participantes sont : faire confiance en ses capacités, contrôler ses émotions et prendre un temps de réflexion.

Faire confiance en ses capacités.

La moitié des infirmières débutantes interrogées rapportent que de faire confiance en ses propres capacités et d'assumer les décisions qu'elles prennent lors de situations d'incertitude sont des stratégies efficaces afin de la contrôler : « Je dirais que je suis un petit peu plus confortable dans mon incertitude que je l'étais voilà quelque temps, parce que j'ai [silence], un de mes problèmes c'est que je ne me faisais pas confiance. » (Inf.04). Lorsque les infirmières débutantes s'encouragent à avoir confiance en leurs propres capacités, elles arrivent à prendre leur place et à prendre efficacement leurs décisions : « Sinon, [...] bien j'ai un peu de difficulté à prendre ma place, je sais que des fois c'est juste une question que je n'ai pas tant confiance en moi, donc, j'essaie de me pousser vers là. » (Inf.09). De plus, cette prise de confiance permet aux infirmières débutantes d'agir rapidement dans une situation qui le requiert, par exemple : « Il n'y a pas de, pas le temps de niaiser, c'est là, là, va chercher le médecin, fais tes interventions, c'est quoi tes interventions autonomes que tu peux faire là, là pour soulager ta patiente. » (Inf.06). Lorsque la participante nomme les interventions autonomes qu'elle peut faire, elle est confiante dans sa prise de décision liée à son autonomie professionnelle afin d'agir auprès de la patiente dont l'état se détériore, elle prend donc des décisions rapidement et efficacement.

Au fil du temps et des expériences vécues, les infirmières débutantes prennent confiance en leurs capacités, ce qui leur permet de mieux gérer cette incertitude. Une autre débutante abonde dans le même sens en disant : « De me dire que je suis capable de le faire pis que j'ai déjà été confrontée à des situations ou je ressentais de l'incertitude pis au final j'ai bien géré. C'est de, de m'encourager un petit peu là-dedans. » (Inf.09). Encore une fois, en se référant à une situation passée qui s'est bien déroulée, la participante apprend à se faire confiance, ce qui facilite la gestion de son incertitude.

Contrôler ses émotions.

De l'ensemble des participantes, quatre rapportent que de contrôler ses émotions est une stratégie de gestion efficace lors d'une situation d'incertitude. Une infirmière

débutante avance que les émotions vécues peuvent être canalisées et lui donnent de la motivation à intervenir :

Pis, des fois c'est critique là, on transfère, ça ne va pas bien, c'est tout le temps on marche sur un fil et on ne sait jamais s'ils vont tourner le coin. Ça, j'ai trouvé ça dur, on dirait que les émotions prenaient le dessus. Faut prendre ces émotions-là, les canaliser pis les changer en interventions. (Inf.06).

Cependant, les émotions peuvent aussi être intenses au point où les infirmières débutantes sentent le besoin de s'en couper complètement afin d'intervenir : « On peut les mettre de côté pis on en reparlera après. Je ne dis pas que ce n'est pas sain de vivre des émotions, c'est que des fois sur le moment, ce n'est pas le temps de pleurer, c'est le temps d'intervenir. » (Inf.06). Cependant, cette coupure face aux émotions vécues peut avoir des conséquences : « Pis, l'incertitude faut à limite que des fois il faut que tu sois sans cœur. Faut quasiment que tu fasses comme je me coupe de mes sentiments pis je me coupe de tout. » (Inf.04). Lorsque la participante mentionne « il faut que tu sois sans cœur », cette dernière veut dire qu'elle prend ses décisions en faisant fi de ses émotions, ce qui peut faciliter sa prise de décision, mais en même temps rendre les soins impersonnels.

Finalement, le fait de contrôler ses émotions peut consister à les compartimenter au niveau de la vie professionnelle :

Je pense que l'incertitude comme ça, il faut juste peut-être qu'on continue de compartimenter parce que si tu continues dans l'incertitude pis le stress tout le temps à la *job* [au travail] et que tu ramènes ça chez vous, tu vas juste tout le temps être stressé continuellement. (Inf.10).

Cette stratégie permet aux infirmières débutantes de laisser l'incertitude et le stress que celle-ci engendre au travail afin d'éviter que les conséquences se répercutent dans leur vie personnelle.

Prendre un temps de réflexion.

Toutes les participantes mentionnent que le fait de prendre un temps de réflexion lors de leur prise de décision est incontournable afin de gérer leur incertitude. Selon les

débutantes interrogées, un temps de réflexion peut être utilisé avant d'intervenir afin d'analyser la situation et prendre une décision appropriée :

C'est sûr que ce que j'essaie de me dire c'est qu'il faut que je m'arrête pis, que je m'assoie et que j'essaie de réfléchir à ce que je vais faire. Ce que je vais choisir dans cette situation-là [quand un patient ne va pas bien.] (Inf.03).

Une autre participante abonde dans le même sens et mentionne : « Il ne vaut mieux pas se presser pis faire les choses correctement, il vaut mieux genre prendre une petite minute et analyser le tout pis se dire qu'est-ce que je vais faire. » (Inf.07). Ce temps de réflexion avant d'intervenir permet à aux débutantes de structurer leurs actions afin d'agir efficacement auprès du patient. Selon une autre participante, le fait de prendre un temps de réflexion lui permet de s'assurer d'avoir toute l'information nécessaire avant de prendre sa décision, ce qui contribue à diminuer son incertitude et, par le fait même, le risque d'erreur : « Pis je vais comme un peu me faire les étapes dans ma tête, me prendre beaucoup de recul, je pense que c'est un meilleur moyen de pas faire d'erreur pis d'être certain, là. » (Inf.02). De façon comparable, une autre débutante rapporte que de prendre un temps d'arrêt afin de réfléchir et de structurer son intervention aide à diminuer son incertitude : « Genre ça aide beaucoup [à diminuer l'incertitude], juste le temps de prendre une minute et de dire OK, structurer les choses ça aide. » (Inf.08).

Le fait de prendre un temps de réflexion peut aussi être utilisé afin de gérer l'incertitude se présentant en cours d'intervention, par exemple, une débutante mentionne prendre le temps d'arrêter son intervention afin de réfléchir et de se questionner pour être certaine de poser les bons gestes auprès du patient : « Bien je me valide toujours, mais cette fois-là [quand je vis de l'incertitude], je vais me revalider encore plus, je suis vraiment sûre, donc je me sens bien quand je vais donner le soin, le traitement ou autre. » (Inf.01). Dans cette situation, la débutante va se poser les mêmes questions à plusieurs reprises avant de prendre sa décision et d'aller donner un soin ou un traitement à son patient. De plus, un temps de réflexion peut aussi être utilisé afin d'aider les débutantes à prioriser leurs soins : « Qu'est-ce qui presse le plus dans son instabilité ou quoi que ce soit. En même temps c'est une technique que j'ai faite pour l'examen de l'ordre. Qu'est-ce qui va tuer mon patient avant [en premier]? » (Inf.08).

Recourir à ses apprentissages.

Pour faire face aux situations d'incertitude vécues, les infirmières débutantes ont recours à leurs apprentissages infirmiers, soit d'utiliser la démarche clinique et d'utiliser son expérience comme infirmière.

Utiliser la démarche clinique.³

Selon la majorité des participantes interrogées, l'utilisation de la démarche clinique propre aux apprentissages infirmiers est une stratégie essentielle dans la gestion de leur incertitude. L'évaluation clinique est rapportée par les participantes comme étant un élément de la démarche clinique utilisé lorsqu'un problème survient avec un patient et qui alimente leur processus de prise de décision : « Exemple, un patient qui n'irait pas bien, je prendrai le temps de l'évaluer comme il faut pour voir si ça pourrait influencer ma décision. » (Inf.03). Une autre participante nomme que d'effectuer l'examen physique, un autre élément de la démarche clinique, est important afin de prendre une décision éclairée : « On n'a pas des yeux de rayons X, on n'a pas une analyse de prises de sang dans notre tête donc, c'est vraiment ce que tu vois avec ton examen physique. » (Inf.09). L'utilisation de la démarche clinique peut aussi être relativement simple, comme la mesure des signes vitaux, tel que mentionné par cette débutante : « Je sais de base s'il y a ça qui ne va pas bien, OK bon on va prendre ses signes vitaux, souvent c'est qu'est-ce qui est le mieux pour voir en priorité si mon patient ne va pas bien. » (Inf.02). La mesure des signes vitaux est un moyen permettant aux infirmières débutantes de déterminer si le patient a un problème. Finalement, deux autres participantes rapportent que la recherche de solution, un autre élément de la démarche clinique, est essentielle afin de résoudre la situation d'incertitude : « Là je vais me mettre en plan recherche de solutions [quand je vis de l'incertitude]. » (Inf.04). Dans un même ordre d'idées, une participante nomme : « Donc moi, il y a comme vraiment cet aspect-là qui vient beaucoup jouer dans mon arbre décisionnel de faire : non je ne veux pas contentionner, pis essayer de trouver d'autres solutions. » (Inf.02).

³La démarche clinique est un processus dynamique d'évaluation et d'intervention qui fait référence aux apprentissages infirmiers (Jarvis, Eckhardt, Chapados, Lavertu, & Ross, 2020).

Utiliser son expérience comme infirmière.

L'utilisation de l'expérience acquise en tant qu'infirmière est avancée par des participantes comme étant une stratégie fréquemment utilisée pour faire face à l'incertitude. Des débutantes mentionnent faire appel aux expériences vécues dans les soins afin de les supporter dans leur prise de décision : « Si je vis de l'incertitude, je vais essayer de me référer à quelque chose que j'ai déjà vu, déjà vécue, pour agir ou faire une action, mettons. » (Inf.10). De manière comparable, la référence à ses expériences passées aide à la prise de décision selon cette participante :

De me fier à mon expérience antérieure pour voir bon, est-ce que j'ai déjà vécu ce type de situation là? Oui, non? Si la réponse c'est oui, je vais me fier un petit peu à ça pour prendre une décision. (Inf.09).

Cependant, cette même participante mentionne que la situation à laquelle on se réfère doit s'être bien déroulée pour servir de référence dans le futur : « Bien c'est sûr que ce qui peut augmenter ma confiance [face à l'incertitude] c'est de l'avoir déjà fait dans le passé pis que ça se soit bien passé. » (Inf.09).

De plus, l'utilisation de l'expérience comme infirmière peut aussi consister à faire appel aux connaissances acquises lors du parcours académique, tel qu'évoqué par cette participante : « À l'école, on a fait beaucoup de situations laboratoires et tout, donc juste des fois de penser à des situations que j'ai vécues dans des laboratoires [cela aide à diminuer l'incertitude]. » (Inf.08). Une autre participante abonde dans le même sens : « En même temps, dans une situation que le patient ne va vraiment pas, j'ai un professeur qui m'a déjà dit ABCD : *airways, breathing, circulation, disability*, toujours se fier à ça dans un cas que le patient ne va vraiment pas. » (Inf.07). Cet appel aux connaissances acquises lors du parcours académique permet aux infirmières débutantes d'alimenter leur processus de décision et ainsi répondre à l'incertitude vécue.

Utiliser des outils de référence.

Cette catégorie se rapporte aux différents documents ou aux outils cliniques à la disposition des infirmières débutantes dans l'unité d'urgence. Plus spécifiquement, les documents personnels et les outils cliniques organisationnels.

Utiliser des documents personnels.

Les documents personnels sont des outils élaborés par les débutantes elles-mêmes afin de pouvoir les consulter rapidement lors d'une situation d'incertitude. Ces documents peuvent être des notes prises lors de la formation initiale dans l'unité d'urgence : « Après ça mes propres notes que je me suis faites, parce que j'ai aussi un cahier de notes que je me suis fait quand j'ai été orientée. » (Inf.08). Les documents peuvent aussi provenir de collègues infirmières avec plus d'expérience dans l'unité d'urgence qui partagent leurs propres documents personnels : « Il y a une de mes collègues, elle s'est fait un aide-mémoire qu'elle s'est mis après sa carte d'employée, elle m'a remis l'aide-mémoire, elle m'a fait des photocopies pis on m'a fait un petit outil. » (Inf.07). Ce petit aide-mémoire gardé directement sur la carte d'employé de la participante démontre que ces outils de référence personnels sont faits pour être utilisés rapidement dans une situation d'incertitude, contrairement aux livres ou aux outils cliniques qui peuvent être longs à consulter pour trouver l'information recherchée tel que rapporté par cette participante :

Des fois je prends des notes, j'ai un cahier pis s'il y a des choses que je me souviens moins, je vais te donner un exemple, je ne connaissais pas mes signes vitaux pédiatriques au début, je me disais est-ce qu'il faut que je sorte mon livre de pédiatrie sur le coin? (Inf.06).

Une autre participante abonde dans le même sens en mentionnant que les notes prises lors du parcours académique sont gardées à proximité et servent de référence lors de situations d'incertitude : « Toutes les choses que j'ai imprimées, des fois dans mon sac à dos j'ai mets [sic], mettons sur un sujet, surtout auparavant quand j'étudiais j'avais mes notes pour, mettons certaines pathologies ou des choses de même. (Inf.08).

Utiliser les outils cliniques organisationnels.

Les outils cliniques organisationnels correspondent aux documents de référence élaborés par l'organisation ou aux outils informatiques mis à la disposition des infirmières débutantes. La majorité des participantes affirment les utiliser lorsqu'elles font face à une situation d'incertitude. Ces outils cliniques peuvent être des ouvrages de référence comme le guide des médicaments : « Pour la médication, quand je ne suis pas certaine, oui effectivement, je vais aller jeter un petit coup d'œil [dans le guide des médicaments], savoir les effets secondaires, les effets que ça apporte et tout. » (Inf.09). Sinon, plusieurs outils informatiques ont été mis à la disposition des infirmières dans le département d'urgence par l'organisation : « Sinon tout ce qui est médicament et compatibilité je me réfère toujours au guide IV [intraveinothérapie]. Toujours, ça je trouve que c'est vraiment une bonne idée, c'est facile à utiliser, je trouve que c'est un bon coup de l'hôpital. » (Inf.06). De la même façon, la plateforme pharmacologique RxVigilance ®⁴ est un autre outil informatique utilisé par les infirmières débutantes lors d'une situation d'incertitude, tel que mentionné par cette participante : « Même si c'est facile des fois, bien mettons il arrive de quoi j'aime ça rechercher, RxVigilance ®, ça j'aime bien me référer à ça pour comprendre là. » (Inf.02). Une autre participante est du même avis : « Les documents qui sont utilisés, les guides IV, RxVigilance ®, l'outil clinique sur l'intranet, ça je l'utilise beaucoup, même si des fois je cherche longtemps, je finis par la trouver. (Inf.08).

De plus, des outils d'aide à la décision, comme l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), sont mis à disposition des infirmières dans l'unité d'urgence : « Quand je suis avec de l'incertitude au niveau de mes patients, si c'est à l'urgence ambulatoire je vais regarder mon ETG. » (Inf.10). Finalement, les outils cliniques les plus utilisés, comme les procédures cliniques ou les protocoles de soins infirmiers, sont disponibles en version informatique. Cependant, pour en faciliter l'accès, les infirmières vont les imprimer et les regrouper dans des cahiers de référence pour en simplifier l'utilisation : « Oui, on a des cahiers, les filles m'ont beaucoup montré ça en commençant, les cahiers, les protocoles, on en a quelques-uns éparpillés partout. » (Inf.07). Les outils cliniques organisationnels

⁴Rx Vigilance est un outil informatique qui propose de l'information fiable et éprouvée à propos des médicaments pour les professionnels de la santé et les patients.

offrent aux débutantes une source d'information fiable mise à leur disposition pour les soutenir dans leur prise de décision.

Se référer à ses collègues de travail.

Cette stratégie correspond aux interactions entre les infirmières débutantes et ses collègues de travail qui facilitent la gestion de leur incertitude comme : se référer à une infirmière d'expérience et se référer au médecin.

Se référer à une infirmière d'expérience.

La totalité des participantes mentionnent que de poser des questions à une infirmière d'expérience est une stratégie efficace pour gérer leur incertitude. Les infirmières de l'unité sont celles à qui les participantes se réfèrent en priorité : « Des fois je vais juste y demander [à ma collègue infirmière] : "hey moi je ferais ça dans cette situation-là, tu ferais-tu pareil?" Ah oui, oui, ou fais ça à la place, c'est encore mieux pour telle ou telle raison. » (Inf.02). L'expérience de travail de l'infirmière à laquelle la participante se réfère est aussi un facteur significatif dans le choix de celle-ci : « Pis moi ce n'est pas compliqué, quand je suis en doute je vais voir une ancienne *nurse* [infirmière]. » (Inf.08). Par ancienne *nurse* [infirmière], la débutante mentionne qu'elle va aller questionner une collègue de travail qui a une grande expérience dans l'unité d'urgence et qui sera en mesure de répondre à ses interrogations. Une autre participante rapporte la même stratégie : « Donc, j'allais beaucoup me valider auprès des autres infirmières qui ont plus d'expérience aussi. » (Inf.07). De plus, des collègues de travail peuvent aussi être privilégiés par les infirmières débutantes selon leur niveau de pédagogie : « C'est ça donc il y a des personnes que, qui sont plus pédagogues que d'autres donc je pose des questions. » (Inf.04).

Lorsque les infirmières de l'unité n'ont pas la réponse aux questions des débutantes, ces dernières ont tendance à aller se référer à leur assistante infirmière-chef (AIC) : « Si ça ne fonctionne pas, bien je vais me référer à mes collègues, pis si mes collègues ne le savent

pas non plus, bien ça va être l'assistant [l'assistant infirmier-chef]. » (Inf.09). Une autre participante abonde dans le même sens : « Je vais poser beaucoup de questions comme j'ai dit un peu tantôt, sinon, côté incertitude, je vais plus aller me référer à l'AIC ou une autre infirmière qui a de l'expérience. » (Inf.07). Les AIC sont habituellement des infirmières avec davantage d'expérience dans l'unité d'urgence, alors les infirmières débutantes savent qu'elles peuvent s'y référer lorsqu'elles font face à une situation complexe : « Sinon je vais voir des collègues ou AIC selon la situation, des fois j'appelle directement l'AIC, si c'est un peu particulier pis que je ne sais pas trop comment m'enligner ça. » (Inf.02).

De plus, lorsqu'une situation d'incertitude est persistante, les participantes mentionnent que le conseiller en soins infirmiers de l'unité d'urgence est un collègue qu'elles vont souvent consulter : « Tu peux aller le voir [le conseiller en soins] pis en jaser pis c'est vraiment des personnes qui sont très aidantes pour aider à comprendre la situation pis savoir comment mieux réagir la prochaine fois. » (Inf.03).

Se référer au médecin.

Selon la totalité des débutantes, la possibilité de se référer aux médecins présents dans l'unité d'urgence contribue à réduire l'incertitude de ces dernières lorsqu'elles ont à prendre une décision, car elles savent que le médecin est disponible pour intervenir rapidement :

« Donc ça, je pense que ça influence beaucoup sur ma prise de décision de me dire que si ça ne va pas bien, je vais tout de suite appeler l'urgentologue pis je sais qu'il n'est là pas pour *backer* [me seconder] mais qu'il est là à quelque part pas trop loin et qu'il va s'en venir. » (Inf.02).

Comme les médecins sont toujours présents dans l'unité d'urgence, les participantes mentionnent qu'elles les questionnent régulièrement lors d'incertitudes : « Si l'urgentologue n'est pas loin je vais lui demander ce qu'il en pense, je vais l'aviser s'il y a quoi que ce soit que je ne suis pas certaine. » (Inf.03). Les débutantes rapportent qu'elles développent rapidement une aisance à questionner les médecins dans l'unité d'urgence : « Pis si jamais j'ai de l'incertitude et que je suis avec un docteur que je suis à l'aise, je vais aller vraiment poser des questions côté médical, au corps médical pour m'aider. » (Inf.10).

Une autre participante précise que : « Le fait qu'on a des urgentologues pis des médecins tout le temps sur place aussi ça vient influencer cette décision-là, mais mettons par rapport au contexte de l'urgence. » (Inf.01). On peut donc constater que la possibilité de se référer facilement à l'urgentologue influence le processus de décision des infirmières débutantes et diminue leur incertitude.

Les conséquences négatives et positives de l'incertitude

Les infirmières débutantes de cette étude mentionnent subir des conséquences en lien avec l'incertitude vécue dans leur prise de décision. Ces conséquences peuvent être négatives, mais également positives lorsqu'elles sont en mesure de s'y adapter. La Figure 6 présente un résumé de ces conséquences négatives et positives de l'incertitude.

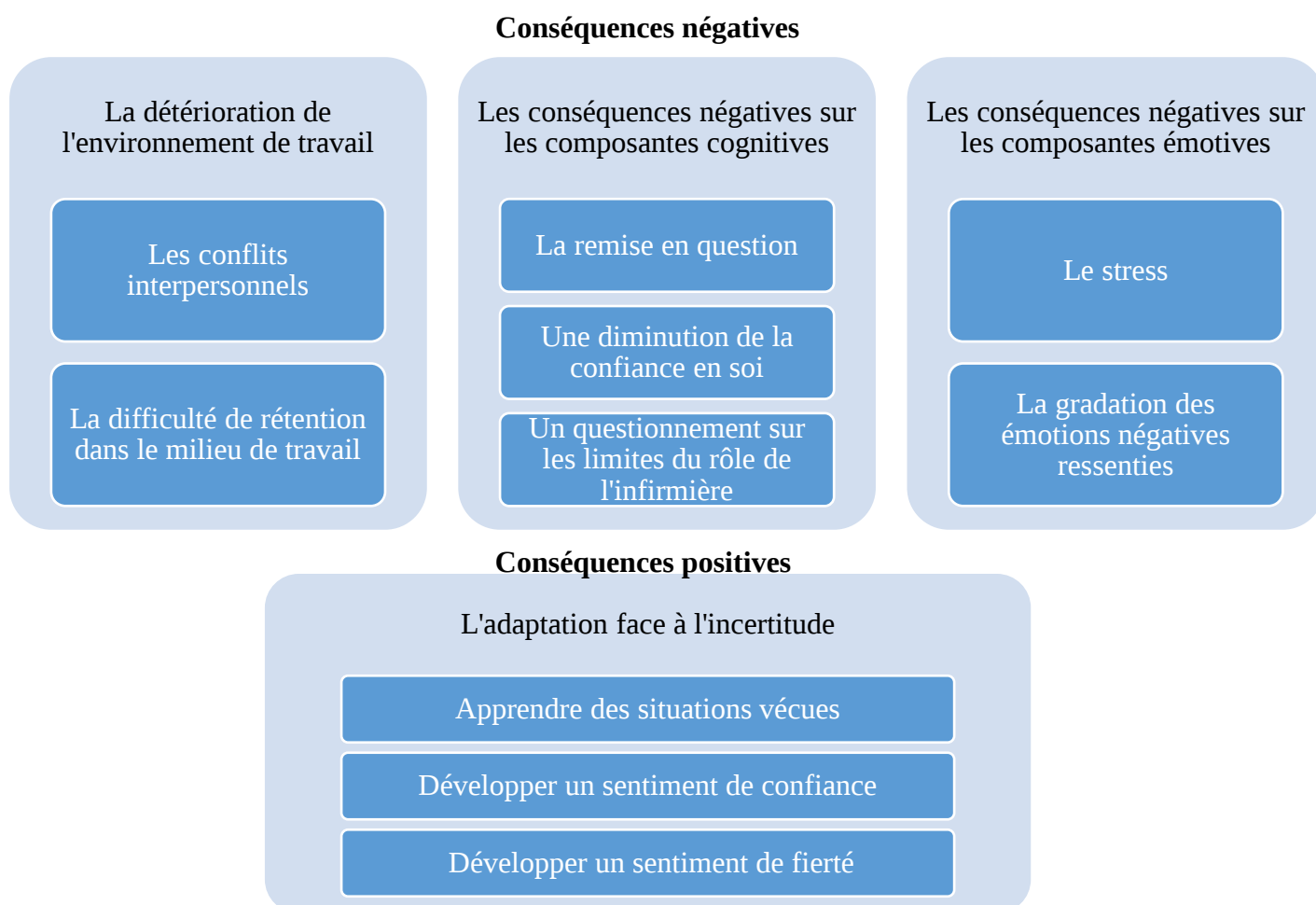


Figure 6. Résumé des conséquences de l'incertitude

Les conséquences négatives de l'incertitude

Les conséquences négatives de l'incertitude se déclinent en trois grandes catégories, soit : la détérioration de l'environnement de travail ainsi que les conséquences négatives sur les composantes cognitives et émotives des infirmières débutantes.

La détérioration de l'environnement de travail.

La détérioration de l'environnement de travail fait référence aux conséquences négatives que l'incertitude peut avoir sur le milieu de l'unité d'urgence comme l'augmentation des conflits interpersonnels et la difficulté de rétention dans le milieu de travail.

Les conflits interpersonnels.

La présence d'incertitude dans le contexte de pratique de l'unité d'urgence peut entraîner des conflits entre les infirmières. Ces différends peuvent survenir lorsqu'une collègue de travail tente de s'ingérer dans la prise de décision d'une débutante et que cette dernière n'en avait pas fait la demande : « Ça part d'une bonne intention à la base, je pense que ça l'a déjà causé des frictions dans l'équipe, les gens qui essayaient de conseiller sur des décisions à prendre que ce n'était pas nécessairement voulu. » (Inf.03). À l'opposé, les conflits interpersonnels peuvent être générés par le fait que les infirmières débutantes vivent beaucoup d'incertitude et qu'elles se réfèrent régulièrement aux infirmières d'expérience. Ces dernières peuvent ainsi se sentir dépassées par le nombre de questions qui leur sont adressées et répondre d'une façon qui donne l'impression aux infirmières débutantes qu'elles les dérangent :

D'un autre côté ça peut également nuire un peu à ces relations-là. Dans le sens où bien si ça fait trois fois que je pose la même question à ma même collègue ça se peut qu'elle finisse par se fatiguer pis me répondre un peu sec. (Inf.09).

Une autre participante rapporte : « Soit tu te piles sur les pieds, soit tu es dans les jambes à quelqu'un ou tu ne t'affirmes pas en étant moi je suis ici [sic]. Donc, toi tasses-toi. » (Inf.01). Lorsque la participante mentionne : « tu es dans les jambes à quelqu'un ou

tu ne t'affirmes pas », elle veut dire que comme débutante si elle ne prend pas de décision pour régler rapidement la situation d'incertitude, une autre infirmière plus expérimentée peut venir prendre la décision à sa place, ce qui peut causer des frictions au sein de l'équipe.

La difficulté de rétention dans le milieu de travail.

Une seule participante nomme, lors des entrevues initiales, que l'incertitude pouvait avoir un impact sur sa rétention dans le milieu de travail et pourrait même l'amener à changer de milieu de travail :

C'est sûr que d'avoir des situations d'incertitude assez souvent dans un milieu comme ça, je pense qu'il y a des personnes qui aiment ça, il y a des personnes qui aiment moins ça. Je pense que j'aime moins ça, donc comme conséquence au long terme, je pense que ce n'est peut-être pas le meilleur milieu, donc je vais trouver autre chose [un autre milieu de travail]. (Inf.03).

D'ailleurs, les difficultés de rétention dans le milieu de travail sont aussi nommées lors de l'entrevue de validation des résultats :

Des remises en question à savoir si vraiment c'est ta place à l'urgence, des fois, tu remets ta place d'infirmière pis ta carrière en jeu. Quand tu es dans des mois d'incertitude, ça peut aller jusque-là, savoir si tu changes d'emploi. (Inf.06 entrevue de groupe).

Il est donc possible de constater qu'au fil du temps, le fait de vivre de l'incertitude constamment dans son milieu de travail peut affecter la rétention des infirmières.

Les conséquences négatives sur les composantes cognitives.

Cette catégorie fait référence aux composantes cognitives des infirmières débutantes affectées négativement lors du vécu de situations d'incertitude. Les participantes identifient la remise en question, une diminution de la confiance en soi et un questionnement sur les limites du rôle de l'infirmière comme étant des conséquences de l'incertitude.

La remise en question.

La remise en question survient lorsque les infirmières débutantes prennent des décisions en lien avec une situation d'incertitude et qu'elles remettent en doute cette décision. Par exemple, une participante mentionne :

Mais quand tu n'es pas en paix avec ta décision, pis que t'es comme, je l'ai échappée cette fois-là, je n'ai pas pris la bonne décision, ou mettons, j'aurais dû faire ça avant ça c'était plus logique, pourquoi ce n'est pas ça que j'ai fait? C'est comme une remise en question beaucoup. (Inf.01).

Dans cette situation, un doute à savoir si la décision ou l'acte posé sont adéquats est une conséquence de l'incertitude. De plus, cette remise en question peut persister dans le temps et survenir à nouveau lorsqu'une situation similaire d'incertitude se présente : « Se dire j'ai tu bien fait la dernière fois, si je refais ça, est-ce que ça va finir de la même façon? Est-ce que ça va empirer? Donc, ça vient mettre peut-être un doute comme conséquence. » (Inf.07). Dans ce cas, la participante fait part d'une récurrence du doute créé par une situation similaire, ce qui démontre une persistance néfaste de l'incertitude. Comme mentionnée, la remise en question peut se faire sur les interventions ou les actions posées auprès d'un patient. Cependant, elles peuvent aussi aller jusqu'à la remise en question de sa pratique professionnelle : « J'en vis beaucoup de l'incertitude pis du questionnement, moi je suis quelqu'un qui me questionne beaucoup pis qui me - comment on dit ça ? - je me remets en question, je remets mes interventions pis ma pratique professionnelle [en question]. » (Inf.06). Dans certains cas, la remise en question peut même se traduire par un sentiment d'incompétence personnelle : « Plus que remise en question, pour vrai le lendemain je suis rentrée de reculons. Pis pour vrai le lendemain ça a été une belle soirée parce que sinon, c'est sûr que je lâchais [l'urgence]. Je me sentais vraiment comme une incompétente. » (Inf.10).

Une diminution de la confiance en soi.

Deux infirmières débutantes nomment qu'une diminution de la confiance en soi peut découler des situations d'incertitude vécues. Selon les participantes interrogées, ce manque de confiance peut survenir lorsqu'une prise de décision dans une situation

d'incertitude ne donne pas les résultats escomptés : « C'est sûr que ça a une influence sur la confiance en soi. [...] une situation qui va arriver pis qui va virer mal, ça va m'arriver, mais c'est sûr que ça doit te rester dans la tête. » (Inf.06). De plus, les situations répétées d'incertitude dans les situations de soins dans les unités d'urgence affectent le niveau de confiance en soi des débutantes, tel que mentionné par cette participante : « Je pense que ça vient jouer là-dessus, pis tout ce qui est nouveau [...] tu as un patient qui fait telle affaire pis tu n'as jamais eu ça, c'est sûr que ça diminue mon niveau de confiance. » (Inf.02).

Un questionnement sur les limites du rôle de l'infirmière.

Lorsque les débutantes se retrouvent dans une situation d'incertitude et que plusieurs choix s'offrent à elles, elles peuvent questionner les limites de leur rôle en tant qu'infirmière. Dans ce contexte, les participantes mentionnent qu'elles trouvent difficile de savoir si elles doivent aviser le médecin ou continuer à gérer la situation elle-même : « C'est plus ces situations-là où c'est comme plus difficile de savoir : bon, j'avise-tu le médecin? Est-ce que je suis capable de le gérer moi-même? » (Inf.09). Une autre participante abonde dans le même sens : « Je me posais tout le temps la question : c'est-tu le temps d'appeler le médecin? C'est-tu le temps d'appeler le médecin? On dirait que la limite n'est jamais bien claire. » (Inf.02). Dans certains cas, l'incertitude peut être persistante, même lorsque les débutantes interpellent le médecin pour l'aider dans leur prise de décision : « Bien c'est quand même, c'est cette personne-là [le médecin] qui prescrit les affaires. Pis je suis comme, je la débute-tu [la médication], je ne la débute-tu pas? » (Inf.08). Dans cette situation, malgré le fait que le médecin lui ait prescrit de débiter la médication, la débutante continue de se questionner à savoir si elle doit réaliser l'intervention ou non conformément aux limites de son rôle d'infirmière.

Les conséquences négatives sur les composantes émotives.

La totalité des infirmières débutantes interrogées rapportent vivre des conséquences émotives négatives en lien avec le niveau élevé d'incertitude vécue dans leur

prise de décision. Ces composantes négatives se regroupent en deux catégories, soit le stress, et la gradation des émotions négatives ressenties.

Le stress.

Le stress est une conséquence de l'incertitude rapportée par l'ensemble des infirmières débutantes, tel que mentionné dans l'exemple suivant : « Bien c'est sûr que, on va sortir le mot, on devient un petit peu plus stressé [quand on vit de l'incertitude]. » (Inf.08). Pour sa part, une autre participante rapporte : « Je pense à mon affaire pis je me fais mettre en doute, je me fais mettre en doute, c'est sûr que je deviens stressée. » (Inf.10). Lorsque les infirmières débutantes vivent une situation où elles doivent remettre en doute une décision qu'elles ont prise, le stress se manifeste rapidement. Ces situations sont stressantes, car une erreur dans la prise de décision peut avoir des conséquences graves sur le patient, mais aussi mettre à risque le permis de pratique des débutantes : « De vivre des fois des situations comme ça, c'est que c'est un permis, c'est un permis ce n'est pas acquis c'est, j'ai trouvé ça dur, ça apporte du stress. » (Inf.06). Le stress peut aussi être alimenté par une incertitude récurrente en lien avec les décisions prises dans le passé : « Donc, mettons dans ce genre de situation là, ça me stresserait parce que, la dernière fois, j'ai fait une erreur, donc je ne veux pas passer à côté de quoi. » (Inf.01).

Selon les participantes interrogées, le stress causé par l'incertitude peut être quasiment continu, autant dans la pratique qu'une fois le quart de travail terminé : « Je pense que l'incertitude comme ça, [...] pis le stress tout le temps au travail et que tu ramènes ça chez vous, tu vas juste tout le temps être stressée continuellement. » (Inf.10). De façon opposée, une autre participante mentionne que pour elle-même, le stress est de courte durée et n'a pas d'impact à long terme : « Non, [je n'ai pas de conséquences à long terme lié au stress] je vais être stressée un peu dans le moment et après, bien c'est fait, j'ai trouvé ma réponse pis après ça va bien. » (Inf.02).

La gradation des émotions négatives ressenties.

Les participantes rapportent de nombreuses émotions négatives lorsqu'elles vivent de l'incertitude dans leur prise de décision. Certaines de ces émotions comme la peur et l'anxiété sont nommées par la majorité des participantes, tandis que la culpabilité et l'angoisse sont évoquées de façon moins marquée.

Presque la totalité des débutantes mentionnent que la peur, principalement la peur de commettre une erreur, est une conséquence importante de l'incertitude. Par exemple : « Je pense que c'est comme le plus gros point de l'urgence, je te dirais, avec l'incertitude, là. C'est le fait de faire une grave erreur qui aurait vraiment des répercussions sur ton patient. » (Inf.02). Les infirmières débutantes doivent prendre des décisions dans de nombreuses situations d'incertitude et savent qu'une erreur peut entraîner des conséquences graves pour leur patient. Pareillement, la peur d'avoir oublié de faire quelque chose est aussi mentionnée : « L'incertitude d'avoir fait une [...] c'est souvent d'avoir fait une gaffe, de pas avoir pensé à telle affaire, ça peut juste aller à j'ai-tu signé ma maudite *Aspirine* ®? » (Inf.04). Cette peur d'avoir commis une erreur lors d'une prise de décision entraîne à son tour une remise en question des interventions effectuées :

Tu as l'incertitude dans est-ce que ce que je fais c'est bien? Est-ce que je devrais faire autre chose pour le patient? Le doute justement de qu'est-ce que je fais c'est correct? Ou je devrais faire autre chose? Je n'ai pas pensé à telle affaire, est-ce que je ne devrais pas faire ça aussi? (Inf.09).

Dans certaines situations, la peur de commettre une erreur peut émaner du fait que cette dernière a le potentiel d'entraîner des conséquences professionnelles importantes:

Pis, c'est parce que tu as tout le temps comme l'épée de Damoclès sur ta tête, tu as un permis de l'ordre, tu as des responsabilités, tu as, pis moi, mettons avoir un [...] on n'est jamais à l'abri des erreurs pis tout ça. (Inf.03).

Une autre débutante rapporte des propos similaires : « Faire une erreur pis avoir les répercussions de mon erreur pour "X" raisons, je vivrais mal avec. Genre me faire, ça n'arrive quasiment jamais, mettons me faire radier temporairement. » (Inf.04). La peur d'être radiée de la profession infirmière à la suite d'une erreur provient de l'incertitude vécue par cette débutante, car elle remet en doute ses décisions à cause des conséquences potentielles de cette erreur.

L'anxiété est une émotion évoquée fréquemment par les participantes : « C'est comme des rares situations extrêmes qui font que là, ça m'a causé vraiment de l'anxiété dans le piton, mais c'est ça, ce n'est pas fréquent. » (Inf.03). Les émotions négatives comme l'anxiété peuvent persister, au point où celle-ci se manifeste à l'extérieur du milieu de travail pouvant entraîner d'autres conséquences négatives comme l'insomnie : « Je deviens anxieuse vraiment, pis là, ça me n'affecte pas juste pendant mon quart de travail, ça va m'affecter quand je sors de mon travail pis ça finit par m'affecter dans la nuit. » (Inf.04). C'est d'ailleurs ce que rapporte une autre participante : « Des fois, il y a des situations où tu peux dire oui, ça, ça me titille [agacer] pis je vais peut-être moins bien dormir ». (Inf.03).

Ensuite, la culpabilité est une émotion négative souvent évoquée par les participantes : « J'ai dit, moi cette situation-là [d'incertitude], ce n'est pas, le patient n'est pas mort, mais je me suis vraiment sentie mal. » (Inf.01). Bien que les impacts de cette prise de décision ne résultent pas en de graves conséquences pour le patient, la culpabilité est tout de même vécue par la participante. De plus, le doute causé par le fait de ne pas être en mesure de savoir si la décision prise lors d'une situation d'incertitude a eu un impact sur l'état de santé d'un patient peut être une source importante de culpabilité, tel que mentionné par cette participante : « Donc, le fait de partir pis de l'avoir intubé dans la salle de choc pis de pas savoir ce qui s'est passé c'est sûr que là on, moi je me sentais coupable, j'étais là c'est-tu moi qui a fait ça. » (Inf.07). Ce doute dans le fait de savoir si la prise de décision a été la bonne a aussi été soulevé comme étant une source de culpabilité, exemple : « Des fois, quand mettons je n'ai pas l'impression d'avoir pris la bonne décision ou que, j'ai trop attendue ou que je ne sais pas, c'est sûr que c'est de la déception aussi. » (Inf.03). Suivant ce point de vue, une participante rapporte ne pas se sentir à la hauteur lorsque des décisions sont à prendre dans un contexte d'incertitude important : « C'est le même genre d'émotion, mais pas à exploser, mais tu as tout le temps le petit sentiment de pas avoir été, je vais dire, à la hauteur un peu. » (Inf.04).

Finalement, deux participantes rapportent l'angoisse comme étant une émotion négative découlant de l'incertitude vécue : « L'incertitude m'angoisse, mais comment je pourrais dire? [Pause] Mais je dirais c'est vraiment de l'angoisse oui. » (Inf.04). De son côté, l'angoisse peut se manifester lorsque les débutantes pensent aux conséquences

potentielles de leur prise de décision sur le patient, par exemple : « Je pense au pire qui peut arriver, mon patient qui décède. » (Inf.08).

Les conséquences positives de l'adaptation des infirmières débutantes face à l'incertitude

Malgré les conséquences négatives vécues, les infirmières débutantes sont en mesure de s'adapter à l'incertitude. Cette adaptation se traduit par des conséquences positives tel que la réalisation d'apprentissages, le développement d'un sentiment de confiance et de fierté.

Apprendre des situations vécues.

La majorité des participantes mentionnent que des apprentissages proviennent de l'incertitude vécue lors de leur prise de décision dans la pratique : « Je pense que oui on apprend veux, veux pas, de chaque patient qu'on a, chaque nouvelle chose qu'on a, qu'on a à l'urgence à gérer. C'est ça, ça aide à savoir comment gérer la prochaine fois. » (Inf.03). Comme il est avancé par cette participante, ces apprentissages peuvent servir de référence afin de gérer une situation similaire dans le futur. Cependant, ils permettent aussi de consolider les connaissances des débutantes afin qu'elles s'en servent tout au long de leur carrière d'infirmière, tel que rapporté par cette participante : « Pis je me dis, toute situation que je vis, j'en tire des leçons pis des apprentissages qui vont être vraiment utiles dans tout, dans tout partout où je vais aller. » (Inf.06). Même lorsque les résultats de l'intervention sont négatifs ou n'ont pas eu l'effet escompté, une participante nomme qu'il est nécessaire d'en tirer des apprentissages : « Donc, ça serait plus dans ce sens-là, au niveau négatif je ne pense pas là, je m'arrange tout le temps pour, pour apprendre d'une situation. » (Inf.09).

Incidentement, une autre participante avance que : « Si tu vis des incertitudes pis que tu les développes et que tu réponds à tes questions sur les incertitudes, moi je pense que ça peut juste positivement faire en sorte que je vais devenir une meilleure infirmière. » (Inf.10). Selon cette débutante, l'incertitude vécue dans la pratique peut être utilisée

positivement. Cependant, il faut être en mesure de gérer cette incertitude et de répondre à celle-ci afin d'en tirer des avantages au lieu que cette dernière persiste et entraîne des impacts négatifs. En ce qui concerne le contexte de l'unité d'urgence, plusieurs participantes reconnaissent que, comme l'incertitude y est présente de façon significative comparée aux unités de soins généraux, les apprentissages y sont aussi plus importants : « Oui [j'ai vécu du positif à cause de l'incertitude], parce qu'honnêtement à part être à l'urgence, je n'aurai pas autant appris dans ma vie, genre, l'apprentissage. » (Inf.01). De façon similaire, une autre participante soulève le même constat : « Faire de l'urgence [...] je trouve que ça me développe pis je trouve que je suis capable de changer mon fusil d'épaule assez rapidement maintenant. » (Inf.06).

Développer un sentiment de confiance.

Près de la moitié des infirmières débutantes interrogées nomment que le fait de vivre des situations d'incertitude dans leur pratique développe un sentiment de confiance pour prendre des décisions. Par exemple : « Si je vois que j'ai pris la bonne décision par après, ça va me donner plus confiance la fois d'après pour gérer une situation comme ça. » (Inf.03). Dans cette situation la participante rapporte que lorsqu'elle arrive à résoudre une situation d'incertitude de façon adéquate, elle se sent en confiance pour gérer une situation similaire récurrente. C'est aussi ce qu'une autre participante nomme : « Ce qui donne confiance, c'est d'avoir bien réagi la première fois pis d'avoir fait comme, tu as tout bien fait, c'est ça qu'il fallait faire, tu n'as pas attendu pis ça s'est bien passé. » (Inf.02). Cependant, la situation contraire est aussi rapportée par une autre débutante : « Si c'est une situation qui ne se passe pas bien, bien tu le sais quoi pas faire la prochaine fois [rire]. » (Inf.03). Selon cette dernière, même si la situation ne se passe pas bien, les connaissances acquises développent tout de même le sentiment de confiance, ce qui permet de mieux intervenir lors d'une situation similaire. Ce développement personnel permet aux débutantes de se sentir plus en confiance, leur permettant d'assumer pleinement leur rôle d'infirmière lorsqu'une situation similaire se produit : « Bien, c'est sûr que pour la prochaine fois que je vais avoir un enfant comme patient [sic], bien je vais me sentir plus compétente, donc plus en confiance pis je vais prendre plus ma place. » (Inf.09). D'autres

participantes mentionnent comment le développement d'un sentiment de confiance acquis grâce à ces expériences d'incertitude peut être gratifiant : « Donc, ça c'est le *fun* [plaisant], c'est le *fun* [plaisant] de dire, j'avance, pis j'ai plus confiance en moi. C'est gratifiant. » (Inf.06). Une autre débutante abonde dans le même sens : « Oui tu peux trouver du positif dans tout si tu cherches, pis, des fois tu vis de l'incertitude pis tu fais, hey! J'ai fait la bonne affaire, tu vas comme te taper dans le dos. » (Inf.04). Cette participante rapporte que le fait de prendre la bonne décision dans une situation d'incertitude amène une émotion positive qui se traduit par un sentiment de confiance en ses capacités en tant qu'infirmière.

Développer un sentiment de fierté.

Une majorité de participantes rapportent que les apprentissages réalisés à la suite des situations d'incertitudes vécues développent chez-elles un sentiment de fierté: « J'ai des incertitudes que jamais j'aurais pensé à ça avant, vraiment je suis comme quand même si on veut, fière de mon évolution en tant qu'infirmière oui, veux, veux pas. » (Inf.10). C'est aussi ce qu'une autre infirmière débutante nomme : « Si j'ai trouvé la solution par moi-même, je vais être fière de moi. » (Inf.09). Dans cette situation, la participante rapporte que le fait de gérer la situation d'incertitude elle-même lui apporte un sentiment de fierté, car elle utilise ses propres stratégies afin de gérer son incertitude. Pour finir, malgré les nombreux impacts négatifs de l'incertitude rapportés par les participantes, une de celles-ci rapporte que les situations d'incertitude vécues la poussent à se dépasser professionnellement : « C'est ça, mais ça, comment je pourrais dire ça, ça me pousse à me dépasser comme technicienne, comme infirmière. » (Inf.06).

En conclusion, les résultats mettent en évidence les sources d'incertitude des infirmières débutantes dans leur prise de décision. De plus, les stratégies déployées par ces débutantes pour y faire face ainsi que les conséquences négatives et positives qui en découlent sont identifiées. L'incertitude dans la prise de décision des infirmières débutantes provient de l'état du patient, du manque dans leurs expériences et connaissances acquises, ainsi que du contexte de l'unité d'urgence. Malgré tout, les infirmières débutantes interrogées sont en mesure de déployer des stratégies afin de s'adapter à cette incertitude,

soit en utilisant des stratégies émotives et cognitives, en ayant recours à leurs apprentissages, en utilisant des outils de référence ou en se référant à des collègues de travail. Vivre cette incertitude entraîne des conséquences négatives tel qu'une détérioration du milieu de travail, des conséquences négatives sur les composantes cognitives et émotives des infirmières débutantes. Cependant, plusieurs infirmières débutantes questionnées dans la présente étude mentionnent être en mesure de s'adapter à l'incertitude. De cette adaptation, elles en tirent des conséquences positives, soit : d'apprendre des situations d'incertitude vécues, de ressentir un sentiment de confiance et de fierté. La Figure 7 présente une schématisation complète de ces résultats.

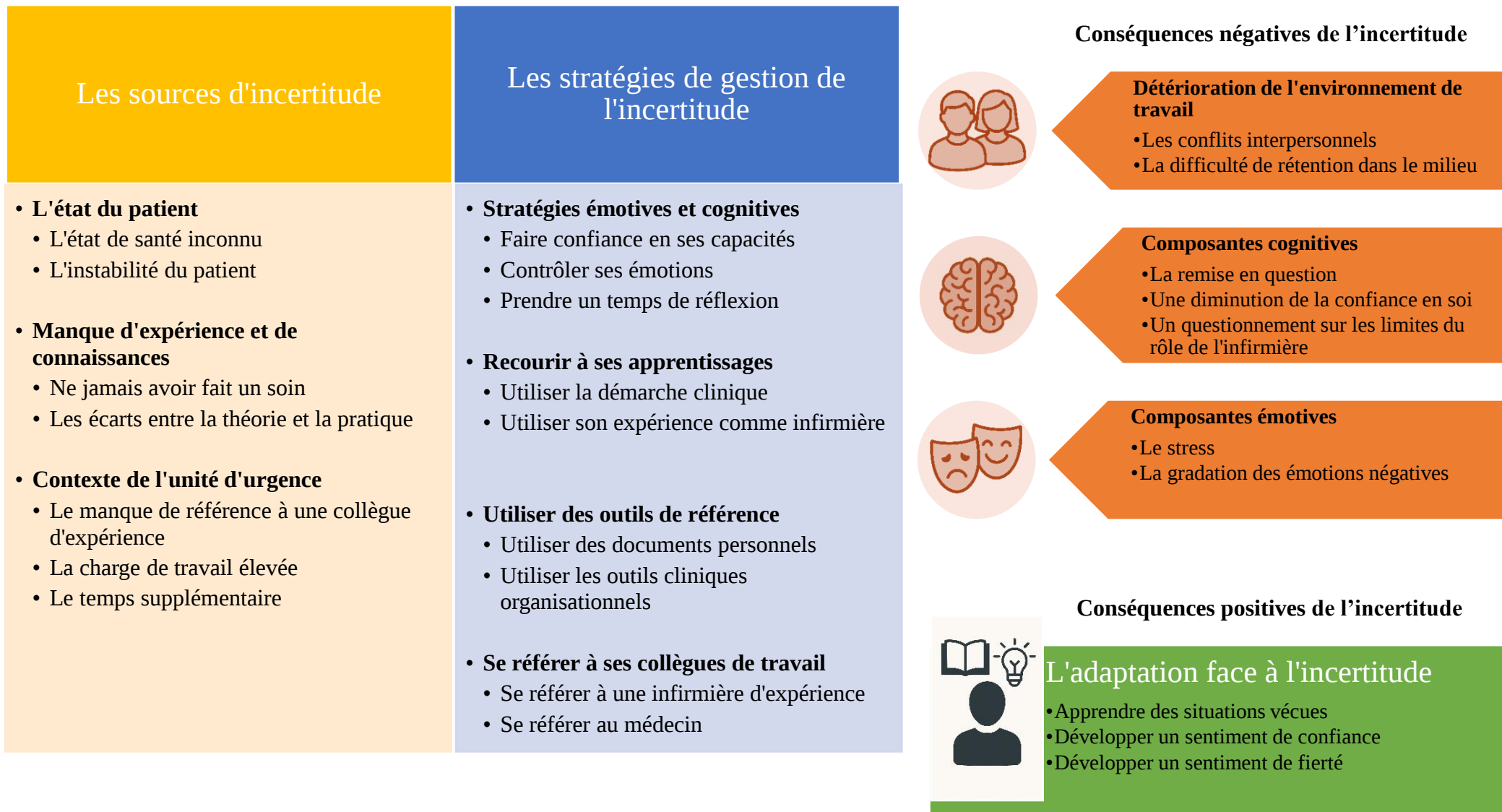


Figure 7. Schématisation des résultats – Le vécu de l'incertitude dans la prise de décision des infirmières débutantes dans les unités d'urgence

CHAPITRE 6 – LA DISCUSSION

Ce dernier chapitre, la discussion des résultats, met en relation les trois grands thèmes de cette étude avec la littérature scientifique, soit : les sources d'incertitude, les stratégies de gestion déployées par les infirmières débutantes pour y faire face et les conséquences négatives ou positives qui découlent de l'incertitude vécue. Plus précisément, ils sont abordés en rapport avec la Théorie de la reconnaissance et de la réponse à l'incertitude de Cranley et al. (2012) et en fonction d'études sur le sujet. Ensuite, les limites de l'étude, les retombées et recommandations pour la gestion, la formation, la pratique et la recherche infirmière sont abordées.

Les sources d'incertitude des infirmières débutantes

Selon Cranley et al. (2009), l'incertitude dans la prise de décision est omniprésente dans la pratique infirmière. Plus particulièrement, les infirmières débutantes ont tendance à vivre plus d'incertitude dans leur prise de décision que celles se situant à des niveaux de compétences plus élevés (Tabak et al., 1996). Cependant, les sources de cette incertitude, spécifiquement celles des infirmières dans une unité d'urgence, ne sont pas clairement identifiées dans la littérature. Les résultats de l'étude actuelle permettent de constater que les sources de l'incertitude proviennent du manque d'expérience et de connaissances ou du contexte spécifique de l'unité d'urgence.

Les sources d'incertitude liées au manque d'expérience et de connaissances

Les sources d'incertitude qui découlent du manque d'expérience et de connaissances sont : le fait que les débutantes s'exposent à des soins qu'elles n'ont jamais eus à faire en plus de vivre des écarts entre la théorie apprise et la pratique clinique dans l'unité d'urgence.

Dans la présente étude, l'incertitude se présente lorsque les débutantes doivent exécuter une nouvelle technique qu'elles n'ont jamais expérimentée auparavant, qu'elles doivent réaliser un soin qui sort de leur champ d'expertise habituel ou lors de

l'administration d'une nouvelle médication. Ces résultats rejoignent ceux de la théorie de Cranley et al. (2012) qui rapportent que l'incertitude peut être reliée au manque d'expériences auxquelles les infirmières se réfèrent pour les aider dans leur prise de décision, par exemple, le fait de n'avoir rarement exécuté ou jamais mis en application une ordonnance ou une technique de soin. Nickasch (2016) en vient à une conclusion similaire dans son étude et affirme que le manque de connaissances des débutantes et le faible niveau d'exposition à certains soins, tel le peu d'exposition à l'interprétation des bandes d'électrocardiogrammes, entraînent un doute dans la prise de décision. Pour leur part, Thompson et Dowding (2001) mentionnent le manque de connaissances comme étant une source majeure d'incertitude. Cependant, cette dernière est le résultat d'une combinaison du manque de connaissances personnelles et théoriques sur lesquelles les infirmières s'appuient pour prendre leur décision. Ce manque de connaissances théoriques rejoint aussi le constat de la présente étude qui avance que les écarts entre la théorie apprise et la pratique dans le milieu d'urgence peuvent constituer une source d'incertitude. En ce sens, plusieurs auteurs rapportent que ces écarts entre la théorie et la pratique sont des sources d'incertitude (Brannon & Carson, 2003; Cioffi, 1998; Crétaz, 2024; DeGrande et al., 2018; Tabak et al., 1996; Thompson & Dowding, 2001). Certains auteurs attestent aussi que l'expertise des infirmières novices qui s'apprêtent à terminer leur parcours académique influence leur niveau d'incertitude dans des situations de soins fictives (Brannon & Carson, 2003; Tabak et al., 1996) ou encore dans la détermination du diagnostic et de l'évaluation de l'état de santé d'un patient (Cioffi, 1998). Finalement, Vaismoradi et al. (2011) ajoutent que les infirmières sont souvent incertaines quant aux effets de la médication avec laquelle elles sont moins à l'aise et à la manière dont les patients peuvent réagir lors de leur administration.

Les sources d'incertitude liées au contexte spécifique de l'unité d'urgence

Les sources d'incertitude en lien avec le contexte spécifique de l'unité d'urgence proviennent des particularités de ce milieu, telles que les caractéristiques de la clientèle qui s'y retrouve et certaines composantes spécifiques de l'organisation du travail. La présente étude permet de conclure que l'état du patient, le manque de référence à une collègue

d'expérience, la charge de travail élevée, la gestion des priorités et la présence de temps supplémentaire font vivre de l'incertitude aux infirmières débutantes.

Dans notre étude, l'état des patients dans les unités d'urgence est inhérent au contexte de ce milieu. Ces derniers s'y présentent souvent avec un état de santé inconnu, et l'infirmière doit rapidement identifier le problème qui peut correspondre à plusieurs diagnostics potentiels. Dans d'autres cas, les patients peuvent se présenter dans un état de santé précaire, au point où la communication avec eux est impossible, ce qui peut à son tour compliquer la prise de décision. De plus, lorsque le patient devient instable, l'infirmière doit rapidement gérer cette instabilité. Or, lorsque cette dernière ne sait pas comment réagir, elle vit de l'incertitude. Les résultats de la recension des écrits de Cranley et al. (2009) abondent dans le même sens et mettent en évidence que les infirmières éprouvent de l'incertitude en ce qui concerne le pronostic des patients et les moyens à adopter pour leur fournir des traitements en situation de soins critiques. De leur côté, Coombs et al. (2015) affirment que les infirmières doivent rapidement prendre des décisions dans des situations où des informations sont manquantes sur l'état du patient, ce qui entraîne de l'incertitude. Ces résultats sont similaires à ceux de la présente étude.

Les collègues de travail occupent également une place importante dans l'expérience de l'incertitude des infirmières débutantes. En effet, l'absence de collègues de travail d'expérience à qui les débutantes peuvent se référer peut engendrer de l'incertitude, alors que leur soutien contribue à lui faire face. Les études qui abordent les interactions des infirmières débutantes avec celles d'expérience suggèrent que des interactions positives sont favorables à l'intégration du nouveau rôle (Cranley et al., 2012; Stewart, 2021). Au contraire, un environnement de travail où les infirmières ont une attitude négative, manquent de respect ou isolent les débutantes compromet cette intégration (Cranley et al., 2012; Stewart, 2021). Dans la présente étude, certaines infirmières d'expérience peuvent isoler les débutantes en ne répondant pas à leurs questions ou manquer de disponibilité pour répondre à leurs questions, ce qui concorde avec les sources d'incertitude identifiées dans la littérature. Ces résultats rejoignent ceux de l'étude de Crétaz (2024) qui critiquent le manque de soutien occasionnel offert par l'équipe de travail lors de situations cliniques causant ainsi de l'incertitude. Cependant, Crétaz (2024) ajoute que les infirmières

débutantes souhaitent avoir une rétroaction de la part de leurs collègues de travail sans avoir à les solliciter. De leur point de vue, ne pas avoir de rétroaction constructive après une situation clinique limite leur développement professionnel. Les débutantes sont donc incertaines de leurs prises de décision, ne sachant pas si celles-ci sont adéquates (Crétaz, 2024).

Les infirmières débutantes de la présente étude avancent qu'elles manquent de temps à cause de la charge de travail élevée et que cela les amène à prendre des décisions de manière précipitée. Cette charge de travail les pousse également à exécuter des soins trop rapidement et donc à un niveau de qualité qui ne leur est pas satisfaisant, ce qui a pour conséquence un doute quant aux résultats que ces soins apportent aux patients. Des éléments similaires ressortent de la littérature, les infirmières avancent que le temps pour consulter la documentation nécessaire à leur prise de décision dans un contexte d'urgence (Crétaz, 2024) et le temps qu'elles disposent pour déterminer le problème d'un patient dont la condition se détériore est insuffisant (Cranley et al., 2012). De plus, les infirmières interrogées dans l'étude de Cranley et al. (2012) mentionnent que plus elles manquent de temps pour prendre une décision, plus elles vivent une persistance de l'incertitude dans leur prise de décision.

Les infirmières débutantes dans l'unité d'urgence sont régulièrement appelées à gérer la priorisation des soins d'un patient. Dans notre étude, le fait de devoir choisir un soin ou un patient par rapport à un autre leur amène de l'incertitude. Ce constat est similaire aux conclusions de l'étude de Crétaz (2024) qui avance que l'incertitude des infirmières débutantes augmente lorsqu'elles sont aux prises avec un patient en situation de soins critiques, mais ajoute qu'elles ont de la difficulté à gérer les nombreuses directives données de façon simultanée par l'équipe médicale. De plus, Patterson, Bayley, Burnell et Rhoads (2010a) soutiennent que les infirmières débutantes dans une unité d'urgence ont du mal à établir leurs priorités de soins, car la pratique clinique dans ce milieu est différente de celle des unités de soins généraux.

Les participantes de la présente étude ne nomment pas le temps supplémentaire dans les unités d'urgence comme étant une cause directe de l'incertitude. Cependant, elles soulèvent que la récurrence du temps supplémentaire entraîne une fatigue cognitive et, de ce fait, une diminution de l'utilisation des stratégies d'adaptation pour lui faire face ce qui peut favoriser l'émergence de l'incertitude. Notre recension des écrits ne permet pas d'identifier d'études qui évoquent le temps supplémentaire comme étant une source directe d'incertitude. Néanmoins, Cranley et al. (2012) avancent que l'incertitude peut persister dans le temps, et que cette persistance entraîne des conséquences psychologiques négatives telles la fatigue et l'épuisement qui à leur tour alimentent l'incertitude, ce qui concorde avec les résultats de notre étude.

En résumé, les sources d'incertitude dans la prise de décision des infirmières débutantes peuvent être reliées au manque d'expérience et de connaissances ou au contexte spécifique de l'unité d'urgence. Les sources d'incertitude de la présente étude sont comparables à celles identifiées dans la littérature. Cependant, l'étude actuelle ajoute que le manque de disponibilité des infirmières d'expérience pour répondre aux questions des débutantes peut également être une source d'incertitude. De plus, notre étude fait ressortir que la récurrence du temps supplémentaire est étroitement liée à l'incertitude, car elle entraîne une fatigue cognitive qui diminue leur résistance face à celle-ci.

Les stratégies de gestion de l'incertitude des infirmières débutantes

Les résultats obtenus permettent de décrire les stratégies de gestion de l'incertitude déployées par les infirmières débutantes. Ces stratégies peuvent se situer au niveau personnel, comme l'utilisation des stratégies émotives et cognitives et le recours à ses apprentissages ou au niveau des ressources externes telles que l'utilisation d'outils de référence ou la référence à des collègues de travail.

Les stratégies émotives et cognitives

Les résultats de l'étude actuelle rendent possible l'identification des nombreuses stratégies utilisées par les débutantes pour faire face à l'incertitude. L'utilisation de stratégies émotives et cognitives, mais plus spécifiquement le fait d'avoir confiance en ses propres capacités et le contrôle de ses émotions permet aux débutantes de s'adapter à l'incertitude vécue. La littérature aborde peu la gestion des émotions en relation avec l'incertitude. L'étude de Penrod (2007) avance que la résolution de l'incertitude est réalisable par l'obtention de résultats favorables et lorsque la personne est assez en confiance afin de contrôler la suite de la situation. Cependant, la confiance en ses capacités n'est pas vue comme une composante que l'infirmière peut mobiliser afin de faire face à l'incertitude tels que les résultats de la présente étude affirment.

En ce qui concerne le contrôle de leurs émotions, les infirmières de la présente étude affirment qu'elles peuvent se couper de leurs émotions afin d'agir rapidement et de façon rationnelle. De plus, elles peuvent les comportementaliser au niveau professionnel afin d'éviter une récurrence des émotions négatives qui pourraient les affecter à plus long terme. Elles affirment aussi être en mesure de canaliser et d'utiliser ces émotions afin de se motiver à intervenir dans des situations d'incertitude. Du côté de la littérature, les auteurs recensés traitent les émotions reliées à l'incertitude comme une réponse physiologique et affective qui peut s'avérer positive ou négative (Cranley et al., 2012; Crétaz, 2024; Nickasch, 2016; Oberle & Hughes, 2001; Vaismoradi et al., 2011). Cependant, la gestion de ces émotions n'y est pas mentionnée comme étant une stratégie utilisée par les débutantes pour les aider à faire face à l'incertitude.

Les infirmières débutantes utilisent des temps de réflexion pour prendre du recul face à l'incertitude afin d'analyser la situation, ce qui facilite leur processus de décision. De plus, ce temps de réflexion permet aux débutantes de structurer leurs interventions à faire ou de s'ajuster en cours d'événement. D'ailleurs, Cranley et al. (2012) mentionnent que les infirmières utilisent la réflexion sous forme d'introspection pour se référer à leurs connaissances, leurs expériences antérieures et leurs savoirs infirmiers afin de déterminer si elles se trouvent ou non dans une situation d'incertitude. DeGrande et al. (2018) ajoutent que les infirmières, à l'aide de la réflexion, prennent conscience de leur manque de

connaissances pour reconnaître si elles se situent dans une situation d'incertitude. Cependant, la littérature fait surtout état de la réflexion comme étant une composante du processus de reconnaissance de l'incertitude et non une stratégie pour faire face à cette dernière, contrairement aux résultats de la présente étude. De leur côté, Thompson et Dowding (2001) ne voient pas le temps de réflexion dans la pratique infirmière comme une stratégie efficace en raison de l'urgence et de la nécessité de prendre des décisions rapidement. Cela semble contraire aux résultats de la présente étude où les participantes mentionnent utiliser la réflexion comme un moyen de supporter leur prise de décision face à l'incertitude, et ce, même en contexte d'urgence.

Recourir à ses apprentissages

Le recours aux apprentissages fait partie des stratégies utilisées par les infirmières débutantes pour faire face à l'incertitude. Plus spécifiquement, elles ont recours à la démarche clinique et elles utilisent leurs expériences comme infirmière.

La démarche clinique utilisée par les infirmières est un processus dynamique et non linéaire dans lequel les évaluations et les interventions se lient les unes aux autres (Jarvis et al., 2020). Cette démarche s'adapte selon le contexte de la situation, qu'elle soit aiguë, urgente ou en cours de suivi (Jarvis et al., 2020). Dans la présente étude, les infirmières débutantes utilisent des éléments de la démarche clinique, comme la collecte de données, l'examen physique et la recherche de solutions afin de soutenir leur processus de prise de décision lors d'une situation d'incertitude. Dans la littérature, on peut constater que la démarche clinique est un processus appris lors de la formation initiale et qu'il se raffine au fil du temps. Ce processus permet aux infirmières de gérer plus facilement les situations de soins puisqu'il peut servir de base pour intervenir (Hörberg, Gadolin, Skyvell Nilsson, Gustavsson, & Rudman, 2023). D'ailleurs, Vaismoradi et al. (2011) constatent que les infirmières tentent de réduire l'incertitude vécue à l'aide des apprentissages faits lors de la formation initiale. De son côté, Crétaz (2024) avance même que la formation académique des débutantes leur permet de passer au travers de l'incertitude dans la prise de décision.

Dans la présente étude, les infirmières débutantes utilisent leur expérience comme infirmière afin de supporter leur prise de décision. Elles utilisent les apprentissages réalisés lors de leur formation initiale, mais aussi ceux vécus à des fins de référence, surtout lorsqu'une situation similaire s'est bien déroulée dans le passé. Ces constats semblent concorder avec ceux de la littérature. Plus précisément, la revue des écrits de Cranley et al. (2009) indique que les infirmières utilisent des schémas de reconnaissance basés sur leurs expériences et apprentissages antérieurs afin de les aider à faire face à l'incertitude vécue. Le constat est similaire dans l'étude de Crétaz (2024) qui affirme que les infirmières débutantes s'appuient sur des connaissances expérientielles, donc sur des situations passées, afin d'anticiper et d'envisager les différentes possibilités liées au déroulement d'une situation qui entraîne de l'incertitude. Pour leur part, Thompson et Dowding (2001) en arrivent au constat que l'incertitude mène souvent les infirmières à une recherche d'information dans leurs expériences passées afin de les supporter dans leur prise de décision.

Utiliser des outils de référence

L'utilisation d'outils de référence dans la pratique permet aux infirmières débutantes d'avoir accès à des sources d'information fiables pour les soutenir dans leur prise de décision. Dans la littérature, les infirmières recherchent des études scientifiques afin de les soutenir dans leur prise de décision (Cranley et al., 2009). Cependant, Marshall, West et Aitken (2011) précisent que cette méthode est peu utilisée par les infirmières malgré la disponibilité de ces outils, car il est parfois difficile d'y repérer l'information pertinente à une situation de soins spécifique. Par conséquent, une majorité d'infirmières préfèrent utiliser de l'information prétraitée comme des lignes directrices, des procédures ou des protocoles de soins déjà établis dans leurs milieux. De façon similaire, McKnight (2006) avance que les articles scientifiques sont peu utilisés par les infirmières dans leur pratique, car le repérage de l'information pertinente est un processus fastidieux qui accapare du temps pouvant être consacré aux soins des patients. Ces constats se rapprochent de ceux de la présente étude qui démontrent l'importance d'avoir des outils cliniques rapidement accessibles par les débutantes pour répondre à leur incertitude.

Cependant, l'étude actuelle met en évidence que les documents personnels sont fréquemment utilisés par les infirmières débutantes dans les unités d'urgence.

Se référer aux collègues de travail

Dans la présente étude, les infirmières débutantes se réfèrent à des collègues de travail lorsqu'elles vivent de l'incertitude dans leur prise de décision. Elles cherchent des réponses à leurs questions, elles valident de l'information et elles vérifient que les interventions qu'elles posent sont adéquates. Pour ce faire, elles vont se référer à des infirmières d'expérience de l'unité, à l'AIC, au conseiller en soins ou au médecin. De plus, certains attributs telles que les qualités pédagogiques ou l'ouverture à répondre aux questions d'une collègue de travail peuvent influencer les débutantes dans leur choix de personne référente. Ces constats rejoignent ceux de Thompson et Dowding (2001) qui avancent que les infirmières se réfèrent auprès des collègues de travail qui ont l'expérience nécessaire ou le vécu d'une situation pour faire face à l'incertitude. Cranley et al. (2009) abondent dans le même sens en affirmant que les infirmières utilisent la collaboration avec les pairs et expliquent que face à l'incertitude dans la prise de décision, cette aide permet de valider une décision ou d'obtenir du soutien. De leur côté, Hörberg et al. (2023) et Vaismoradi et al. (2011) soutiennent que les infirmières débutantes font de l'évitement lorsqu'elles vivent de l'incertitude. Plus précisément, elles décident de se référer à des collègues d'expérience ou d'obtenir davantage d'information plutôt que d'intervenir afin de s'assurer d'une prise de décision adéquate.

De façon comparable à ce que mentionne la présente étude, Marshall, West et Aitken (2013) avancent que certaines caractéristiques influencent les débutantes dans leur choix de référente. Certaines sont choisies en fonction de leur expérience avec une situation de soins, tandis que d'autres le sont car elles sont plus facilement abordables ou dignes de confiance (Marshall et al., 2013). Ces constats rejoignent ceux de Blythe et Royle (1993), Doran et al. (2007) et McCaughan et al. (2005) qui rapportent que les infirmières qui vivent de l'incertitude préfèrent se référer aux collègues qui leur donnent de l'information concise, une réponse rapide et sont facilement accessibles.

En résumé, les infirmières débutantes sont en mesure d'utiliser des stratégies pour s'adapter à l'incertitude. Ces stratégies passent par l'utilisation de stratégies émotives et cognitives, le recours à ses apprentissages, l'utilisation d'outils de référence ou de la consultation des collègues de travail. Plus précisément, la présente étude ajoute que les émotions peuvent être utilisées de façon positive afin d'aider les débutantes à canaliser leur attention sur la gestion de leur incertitude. De plus, à notre connaissance, l'utilisation spécifique des apprentissages liés à la démarche clinique n'est pas mentionnée dans la littérature comme une stratégie directement utilisée pour faire face à l'incertitude. Finalement, les outils cliniques organisationnels et les études scientifiques sont nommés dans la littérature comme servant de référence pour les infirmières, mais la présente étude souligne aussi l'utilité des documents personnels dans la gestion de l'incertitude.

Les conséquences négatives et positives de l'incertitude

Cette étude souligne que le fait de vivre de l'incertitude entraîne des conséquences négatives pour les infirmières débutantes dans les unités d'urgence. Cependant, lorsqu'elles sont en mesure de s'adapter à cette incertitude, elles peuvent également en tirer des conséquences positives.

Les conséquences négatives de l'incertitude des infirmières débutantes

Les conséquences négatives de l'incertitude sont une détérioration de l'environnement de travail et celles sur les plans cognitif et émotif des débutantes.

La détérioration de l'environnement de travail.

Tel que nommé par les participantes, l'incertitude contribue à une détérioration de l'environnement de travail qui se manifeste par des conflits interpersonnels et une difficulté de rétention de personnel. Les conflits interpersonnels peuvent survenir lors de besoins de soutien exprimés par les débutantes. Le nombre élevé de questions posées par celles-ci ou l'implication non sollicitée des infirmières d'expérience dans la prise de décision des

débutantes peuvent causer des frictions au sein de l'équipe de travail. Ces constats sont partiellement en accord avec les écrits recensés qui avancent qu'il peut être plus difficile d'intégrer un nouveau milieu de travail et de développer un réseau social adéquat lorsque l'incertitude est omniprésente dans ce milieu sans pour autant mentionner des conflits directs avec ses collègues de travail (Crétaz, 2024; Tummers et al., 2002).

En ce qui concerne la difficulté de rétention dans le milieu de travail, il est possible de constater qu'au fil du temps, le fait que les infirmières vivent de l'incertitude affecte leur rétention dans l'unité d'urgence. Ce constat n'est pas spécifiquement identifié dans la littérature. Cependant, on y mentionne qu'une présence persistante d'incertitude dans la prise de décision des infirmières serait un indicateur précoce de leur épuisement professionnel (Garrett, 1999). Tummers et al. (2002) ajoutent que la présence d'incertitude amène une augmentation de la charge de travail pour les infirmières qui se traduirait par une démotivation et même une diminution de la satisfaction au travail.

Les conséquences négatives sur les composantes cognitives.

Lorsque les infirmières débutantes vivent de l'incertitude dans leur prise de décision, des conséquences négatives se font ressentir sur le plan cognitif. Ces conséquences cognitives peuvent se traduire par une remise en question et un questionnement sur les limites du rôle de l'infirmière. La remise en question survient lorsque les infirmières débutantes prennent une décision, mais qu'un questionnement à savoir si cette décision ou les actes qu'elles posent sont adéquats. En ce sens, l'étude de Crétaz (2024) avance que, les infirmières débutantes qui vivent de l'incertitude remettent en question leurs décisions et même leurs compétences dans certaines situations de soins. D'autre part, Crétaz (2024) soulève que, parfois, des rétroactions à voix haute de la part de certains collègues de travail amènent les débutantes à se sentir jugées aux yeux des infirmières d'expérience, ce qui engendre une remise en question de leurs décisions et de leurs interventions. Cela les amène à se comparer aux autres membres de l'équipe qui ont davantage d'expérience. Ce constat n'a pas été soulevé par les participantes de la présente étude. De son côté, Cranley et al. (2012) ainsi que Tummers et al. (2002) avancent que les

infirmières ont tendance à remettre en question leurs compétences, leurs actions ou leurs décisions prises concernant des situations de patients et que cela engendre une baisse de la satisfaction au niveau professionnel.

Les résultats de l'étude actuelle mettent en évidence que l'incertitude peut entraîner des conséquences négatives en diminuant la confiance en soi des débutantes. Ces résultats sont similaires aux constats retrouvés dans la littérature (Crétaz, 2024; Garrett, 1999; Tummers et al., 2002; Vaismoradi et al., 2011). Lorsque les infirmières vivent fréquemment de l'incertitude dans leur prise de décision, elles peuvent se sentir sous-estimées quant aux soins qu'elles apportent aux patients en tant que membre de l'équipe de travail (Garrett, 1999). De plus, Tummers et al. (2002) soulignent que la remise en question constante des interventions effectuées a tendance à diminuer le niveau de confiance de l'infirmière dans sa prise de décision.

Dans cette étude, le vécu de l'incertitude dans la prise de décision se traduit par un questionnement sur les limites de leur rôle d'infirmière. Les infirmières débutantes trouvent difficile de savoir à quel moment elles doivent aviser le médecin ou si elles peuvent continuer à gérer certaines situations de soins par elles-mêmes. De plus, elles ont tendance à se questionner sur le fait de savoir si elles doivent réaliser diverses interventions, même si ces dernières sont prescrites par un médecin, et ce, conformément aux limites de leur rôle d'infirmière. Dans les écrits, ce questionnement au niveau du rôle infirmier peut se retrouver dans l'éthique de la pratique infirmière, tel que le dilemme ressenti entre le respect des décisions médicales face aux limites du rôle infirmier, mais aussi la défense des patients en jouant un rôle de défenseur de leurs intérêts (Cranley et al., 2012; Vaismoradi et al., 2011). C'est un élément qui se retrouve aussi dans les constats de l'étude de Oberle et Hughes (2001) dans laquelle les infirmières se questionnent sur la limite des souffrances à infliger aux patients en soins palliatifs avec la poursuite de certains soins et les conséquences légales dans le cas où elles prennent la décision d'arrêter les soins. Malgré le fait que cet élément soit identifié comme une conséquence négative de l'incertitude, selon la littérature, le questionnement des limites du rôle infirmier est quelque chose d'attendu dans les premières années de pratique et aurait tendance à diminuer au fil du temps (Chang & Hancock, 2003). Considérant la population cible de la présente étude, soit

les infirmières de moins de deux ans d'expérience dans une unité d'urgence, l'évolution de ce questionnement sur les limites du rôle de l'infirmière n'est pas soulevée par les participantes.

Les conséquences négatives sur les composantes émotives.

L'incertitude vécue par les infirmières débutantes dans les unités d'urgence entraîne des conséquences négatives sur le plan émotionnel. La présente étude fait ressortir que des manifestations de stress et une gradation d'émotions négatives sont des conséquences fréquemment vécues chez les débutantes.

Le stress est une réponse physiologique et affective attendue dans une unité d'urgence, car des soins doivent y être administrés en situation d'urgence et de façon imprévue (ANIIU, 2018). Ainsi, lorsque les infirmières débutent leur pratique dans une unité d'urgence, leur intégration professionnelle est bouleversée, ce qui accentue le niveau de stress vécu (Duchscher, 2009). D'ailleurs, Patterson et al. (2010b) affirment qu'une majorité de débutantes trouvent que les milieux de soins critiques sont beaucoup plus stressants que ceux de soins généraux. Ces constats se rapprochent des résultats de la présente étude qui mettent en évidence que les infirmières débutantes dans une unité d'urgence vivent des situations où elles remettent en question leurs décisions, ce qui occasionne du stress. Ce sentiment de stress causé par l'incertitude est préoccupant, car à force de se répéter, il peut mener à l'épuisement professionnel des débutantes (Vaismoradi et al., 2011).

De son côté, Cranley et al. (2012) affirment que le niveau de stress causé par l'incertitude varie selon l'infirmière. Bien que certaines d'entre elles semblent être dépassées par l'incertitude, d'autres sont décrites comme étant plus concentrées ou attentives à la tâche. D'ailleurs, Crétaz (2024) avance que bien que l'incertitude soit associée au stress, elle est nécessaire et même normale, car elle apporte un questionnement et ainsi une plus grande sécurité dans la prise de décision. Cependant, ces constats ne sont pas soulevés par les participantes de la présente étude qui évoquent surtout le stress causé par l'incertitude comme étant quasiment continu, autant dans la pratique qu'une fois le

quart de travail terminé en plus d'être récurrent chaque fois qu'une situation similaire d'incertitude se produit.

Différentes émotions négatives reliées à l'incertitude des infirmières débutantes sont identifiées à la suite de l'analyse des résultats de la présente étude. La peur et l'anxiété sont courantes dans leur prise de décision, tandis que la culpabilité et l'angoisse sont évoquées de façon plus occasionnelle. Il est donc possible de distinguer une certaine gradation des émotions négatives vécues par les débutantes. Les auteurs des écrits recensés avancent que l'incertitude souvent présente dans les prises de décision des infirmières serait une source de détresse morale et d'angoisse pour certaines d'entre elles (Oberle & Hughes, 2001). Elles vivent régulièrement de l'anxiété à cause de l'incertitude dans la prise de décision concernant leur plan de traitement ou les interventions à faire et même des sentiments de peur et de panique face à des complications qui nécessitent une prise de décision rapide (Nickasch, 2016; Vaismoradi et al., 2011).

En résumé, les conséquences négatives de l'incertitude sur les infirmières débutantes se manifestent par une détérioration de l'environnement de travail et des composantes cognitives et émotionnelles des débutantes. Notre étude permet d'ajouter que l'incertitude semble affecter la rétention des infirmières débutantes dans les unités d'urgence. De plus, ces dernières vivent des émotions négatives lorsqu'elles sont exposées à l'incertitude. Malgré ces conséquences négatives, les infirmières débutantes sont en mesure de s'adapter à l'incertitude et vivent des conséquences positives lors de cette adaptation.

Les conséquences positives de l'adaptation des infirmières débutantes face à l'incertitude

Les infirmières débutantes sont en mesure de s'adapter à l'incertitude lorsqu'elles utilisent des stratégies efficaces pour y faire face. Cette adaptation peut se traduire par des conséquences positives, comme des apprentissages à la suite des situations vécues et le développement d'un sentiment de confiance et de fierté.

L'apprentissage des situations vécues.

Une multitude d'apprentissages font suite à l'incertitude vécue dans la prise de décision. D'ailleurs, les résultats de la présente étude tendent vers le fait que ces apprentissages semblent plus fréquents dans les unités d'urgence que celles de soins généraux. Ces apprentissages servent de référence pour faire face aux situations d'incertitude futures en plus de renforcer les compétences des débutantes qui sont utilisées tout au long de leur parcours professionnel. Comme mentionnée par certaines participantes, l'incertitude vécue dans la pratique peut être exploitée de façon positive. Cependant, les débutantes doivent être en mesure de gérer cette incertitude pour en tirer des bénéfices, sinon, l'incertitude peut persister et entraîner des conséquences négatives. Ces résultats concordent avec ceux de Benner, Hooper-Kyriakidis, et al. (2011) qui soutiennent que les situations de soins vécues par les infirmières débutantes sont des occasions de faire des apprentissages. De plus, les soins complexes prodigués à des patients, comme lors de situations d'incertitude, permettent aux débutantes de développer leurs compétences et de les mettre en application (Cranley et al., 2012; DeGrande et al., 2018). De son côté, Crétaz (2024) avance que grâce aux apprentissages réalisés, les infirmières débutantes remédient à leur incertitude, ce qui amène de nouvelles connaissances. Ces acquis issus des situations ayant amené de l'incertitude sont alors réutilisés lors de situations d'incertitude futures. Néanmoins, DeGrande et al. (2018) ajoutent que l'incertitude n'est jamais complètement résolue dans la pratique infirmière, mais plutôt que, malgré sa persistance, les infirmières développent avec le temps une certaine confiance pour y faire face.

Le développement des sentiments de confiance et de fierté.

Des sentiments de confiance et de fierté sont rapportés par les infirmières débutantes suivant la résolution de certaines situations d'incertitude. Lorsque les débutantes constatent que leurs interventions ou que leurs décisions sont adéquates, elles prennent confiance en elles, car elles assument pleinement leur rôle d'infirmière. Ces sentiments de confiance et de fierté peuvent aussi survenir lorsque les débutantes sont en mesure de gérer une situation d'incertitude à l'aide de leurs propres stratégies, sans l'assistance des collègues de travail. De façon similaire, les résultats de l'étude de Crétaz

(2024) mettent en évidence qu'au fil du temps et des expériences vécues, les infirmières gagnent en confiance et sont fières de leur travail.

En résumé, les conséquences positives de l'incertitude sont reliées aux apprentissages réalisés et aux sentiments de confiance et de fierté qui accompagnent l'adaptation face à celle-ci. Ces conséquences positives sont similaires à celles recensées dans la littérature. Cependant, la présente étude ajoute que les apprentissages semblent plus nombreux dans une unité d'urgence, car les situations d'incertitude y sont plus fréquentes. De plus, la littérature soutient surtout que la confiance en soi acquise grâce aux expériences vécues permet aux infirmières de faire face à de futures situations d'incertitude sans pour autant la souligner comme étant un sentiment positif ressenti par les débutantes.

Les limites de l'étude

Cette étude contient principalement deux limites. La première se situe au niveau du taux de participation relativement faible à l'entrevue de groupe de validation des résultats, soit quatre participantes. La visée de cette entrevue de groupe était de valider les résultats obtenus lors des entrevues individuelles auprès des infirmières débutantes et de vérifier si des ajouts ou des modifications étaient à apporter. Malgré cette limite, les participantes présentes étaient en accord avec la majorité des éléments de l'analyse, et seulement quelques ajouts ont été réalisés ce qui a permis d'enrichir les résultats de l'étude. La deuxième concerne le contexte particulier de la collecte des données. Les entrevues ont été réalisées en temps de pandémie de COVID-19, ce qui a pu influencer les propos des participantes lors des entrevues compte tenu du niveau élevé d'incertitude vécu et du roulement anormalement élevé de la main-d'œuvre d'expérience (Falatah, 2021).

Les retombées et recommandations de l'étude

À notre connaissance, aucune autre étude ne s'était intéressée à l'incertitude des infirmières dans leur prise de décision dans les unités d'urgence, et ce, spécifiquement au Québec. La description des sources d'incertitude et des conséquences négatives qui en

découlent mettent en évidence les éléments sur lesquels il est envisageable d'agir afin de faciliter le vécu de cette incertitude et d'en diminuer les conséquences. Par le fait même, la description des stratégies utilisées par les infirmières débutantes pour faire face à cette incertitude et les conséquences positives de l'adaptation qui s'ensuivent sont aussi des composantes qui pourront être développées afin de favoriser l'attraction et la rétention des infirmières débutantes dans les unités d'urgence. Afin d'assurer des retombées concrètes à la suite de cette étude, des moyens de diffusion des résultats sont prévus. Les résultats de cette étude seront donc présentés aux infirmières et aux gestionnaires des unités d'urgence ainsi qu'au centre de recherche du centre de santé où elle s'est déroulée. De plus, des retombées et recommandations sont abordées selon les champs d'activité des sciences infirmières soit : la gestion, la formation, la pratique et la recherche.

Pour la gestion

Les résultats de cette étude peuvent être utilisés pour sensibiliser les gestionnaires des unités d'urgence sur les interventions à déployer face à l'incertitude vécue par les infirmières débutantes dans leur unité de soins. Pour y faire face, les débutantes ont besoin de se référer à des infirmières d'expérience afin d'être appuyées dans leur gestion de l'incertitude, il est donc essentiel d'assurer que des infirmières d'expérience soient disponibles à des fins de référence pour les infirmières débutantes. Incidemment, il est tout aussi important de sensibiliser les infirmières d'expérience dans les unités d'urgence au vécu des débutantes face à l'incertitude afin de favoriser un environnement de travail bienveillant et leur rétention dans les unités d'urgence. De plus, la récurrence élevée du temps supplémentaire dans les unités d'urgence est soulevée comme étant une cause d'épuisement cognitif et de fatigue importante pour les débutantes, ce qui les empêche de gérer adéquatement leur incertitude. Finalement, les gestionnaires des unités d'urgence doivent être à l'écoute de cette problématique qui nuit à l'intégration efficace des débutantes dans leur unité de soins.

Pour la formation

Les résultats de cette étude mettent en évidence le vécu des infirmières débutantes face à l'incertitude dans les milieux d'urgence. Ainsi, ces débutantes utilisent leurs expériences et les connaissances acquises lors de leur formation académique afin d'y faire face. Cependant, des écarts entre la théorie et la pratique sont nommés comme étant une des sources de cette incertitude. Selon Hegland, Aarlie, Strømme et Jamtvedt (2017), la simulation, lorsqu'associée à d'autres méthodes d'enseignement, est une stratégie efficace pour renforcer les apprentissages des infirmières débutantes. L'utilisation de la réalité virtuelle pourrait aussi s'avérer être une stratégie à envisager dans leur parcours académique (Woon et al., 2021). Ces approches sont bénéfiques, car elles permettent aux infirmières d'acquérir des compétences et de se familiariser avec certaines situations à l'avance. Bien que la simulation soit une composante essentielle de la formation initiale, il serait pertinent d'optimiser le nombre d'activités de simulation lors des journées spécifiques consacrées à l'orientation et à l'intégration dans le milieu des unités d'urgence et d'envisager l'utilisation de la réalité virtuelle (Hegland et al., 2017; Woon et al., 2021). De plus, ces journées mettent souvent l'accent sur les éléments essentiels à une transition efficace dans le nouveau milieu sans toutefois traiter de l'incertitude liée à la prise de décision (Charette, Goudreau, & Bourbonnais, 2019).

Pour la pratique

À l'aide des résultats de cette étude, il est possible de constater que les débutantes vivent de l'incertitude en lien avec des éléments de la pratique infirmière propre au milieu de l'urgence comme l'état du patient et la gestion des priorités. Selon l'OIIQ (2019), les infirmières débutantes devraient avoir deux ans d'expérience dans une unité de soins généraux avant de pratiquer dans une unité d'urgence. Cette expérience leur permettrait d'avoir des stratégies d'adaptation plus développées pour faire face aux situations d'incertitude. Cependant, le contexte de pénurie de main-d'œuvre en soins infirmiers du Québec, fait en sorte que de nombreuses infirmières débutent leur pratique dans un milieu de soins critiques (OIIQ, 2023). Ainsi, nous recommandons de bonifier les mesures de soutien spécifiques aux infirmières débutantes dans leur début de pratique pour

leur permettre d'adapter leur pratique aux exigences des unités d'urgence. Ce soutien clinique peut se traduire par de la formation continue mise en place par l'organisation à l'aide de simulations, de la réalité virtuelle ou du perfectionnement effectué avec des infirmières d'expérience de l'unité d'urgence (Hegland et al., 2017). Malgré la présence d'un programme de préceptorat de deux ans pour les infirmières nouvellement graduées au Québec (MSSS, 2008), nous recommandons la mise en place d'un pairage systématique de ces infirmières par une infirmière d'expérience du milieu afin d'assurer une intégration optimale, tel que recommandé par Benner, Tanner et Chelsa (2011) et Loiseau et al. (2003).

Pour la recherche

Les recommandations pour la recherche infirmière concernent les prochaines études qui pourraient être réalisées en lien avec le concept d'incertitude. La présente étude s'intéresse aux sources et stratégies des infirmières débutantes et des conséquences sur leur pratique, mais elle n'aborde pas le processus utilisé par les infirmières pour reconnaître et répondre aux situations d'incertitude tel qu'avancé par Cranley et al. (2012). Explorer ce concept dans le contexte spécifique des unités d'urgence pourrait mettre en évidence l'efficacité ou les lacunes de ce processus utilisé par les débutantes et ainsi apporter des pistes de solution afin de l'améliorer. De plus, cette étude est réalisée seulement dans le contexte clinique des unités d'urgence. L'incertitude étant omniprésente dans la pratique des infirmières débutantes, il serait pertinent d'explorer ce concept dans d'autres contextes, comme les unités de soins généraux, lors de la formation initiale des infirmières ou auprès d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) afin de valider sa présence et ses particularités.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Cette étude qualitative descriptive visait à répondre à la question générale de recherche : Comment les infirmières débutantes dans une unité d'urgence vivent-elles l'incertitude lorsqu'elles ont à prendre une décision? L'incertitude en lien avec la prise de décision que les infirmières ont à faire dans leur pratique est omniprésente dans la littérature (Cranley et al., 2009). Or, à notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée à ce concept auprès des infirmières débutantes dans les milieux d'urgence au Québec. Cette étude vient donc combler un manque dans les connaissances scientifiques. Les résultats de cette étude ont permis d'identifier les sources de cette incertitude, les stratégies déployées par les débutantes pour la gérer ainsi que les conséquences négatives et positives qui en découlent. Les sources d'incertitude découlent de l'état du patient, du manque d'expérience et de connaissances des débutantes et du contexte particulier de l'unité d'urgence. Les stratégies déployées pour gérer cette incertitude proviennent principalement de l'utilisation de stratégies émotives et cognitives, du recours aux apprentissages et de l'utilisation des outils de référence. Le vécu de cette incertitude sur les débutantes peut avoir des effets négatifs, mais également positifs. La détérioration de l'environnement de travail et les conséquences cognitives et émotives entraînent des répercussions négatives sur les débutantes. Mais, lorsque ces dernières parviennent à s'adapter à l'incertitude, elles apprennent des situations vécues et développent un sentiment de confiance et de fierté. Grâce à la présente étude, les gestionnaires, les infirmières débutantes et d'expérience disposeront d'une description du vécu de cette incertitude. Ainsi, ils seront sensibilisés aux éléments du contexte de soin qui contribuent à l'incertitude du fait que les débutantes n'ont pas accès aux références souhaitées en temps opportun et ont une charge de travail élevée dans un contexte où il est déjà urgent d'intervenir. Tout ceci peut affecter, selon elles, la qualité de leur pratique, mais aussi leur rétention dans les unités d'urgence. Pour ces raisons, nous recommandons d'optimiser les activités de simulation lors du parcours académique et des formations spécifiques des unités d'urgence. De plus, un pairage systématique avec infirmière d'expérience devrait être envisagé lors de l'intégration des infirmières débutantes. Somme toute, il serait intéressant d'étudier ce concept dans d'autres contextes telles que les unités de soins généraux, auprès d'IPS ou lors de la formation initiale afin de confirmer sa présence et les spécificités propres à ces milieux.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Alligood, M. R. (2014). *Nursing theory : utilization & application* (Fifth edition.). St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby.
- Almerud, S. (2008). The meaning of technology in intensive care. *CONNECT: The World of Critical Care Nursing*, 6(3), 39-43.
- ANIIU. (2018). *SOINS INFIRMIERS D'URGENCE - ÉTENDUE ET NORMES DE LA PRATIQUE CANADIENNE*. sixième édition.
- Baumann, A. O., Deber, R. B., & Thompson, G. G. (1991). Overconfidence among physicians and nurses: the 'micro-certainty, macro-uncertainty' phenomenon. *Social Science & Medicine*, 32(2), 167-174.
- Baumberger-Henry, M. (2012). Registered Nurses' Perspectives on the New Graduate Working in the Emergency Department or Critical Care Unit. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 43(7), 1-1. doi: 10.3928/00220124-20111115-02
- Benner. (1982). From Novice to Expert. *The American Journal of Nursing*, 82(3), 402-407. doi: 10.2307/3462928
- Benner, Hooper-Kyriakidis, P. L., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care, Second Edition: A Thinking-in-Action Approach*. Springer Publishing Company.
- Benner, Tanner, C. A., & Chelsa, C. A. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Blythe, J., & Royle, J. A. (1993). Assessing nurses' information needs in the work environment. *Bulletin Of The Medical Library Association*, 81(4), 433-435.
- Brannon, L. A., & Carson, K. L. (2003). Nursing expertise and information structure influence medical decision making. *Applied Nursing Research: ANR*, 16(4), 287-290.
- Chang, E., & Hancock, K. (2003). Role stress and role ambiguity in new nursing graduates in Australia. *Nursing & Health Sciences*, 5(2), 155-163.

- Charette, M., Goudreau, J., & Bourbonnais, A. (2019). How do new graduated nurses from a competency-based program demonstrate their competencies? A focused ethnography of acute care settings. *Nurse Education Today*, 79, 161-167. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.05.031>
- Cioffi. (1998). Decision making by emergency nurses in triage assessments. *Accident And Emergency Nursing*, 6(4), 184-191.
- Cioffi, Hallett, C. E., Austin, L., Caress, A., & Luker, K. A. (2000). Nurses' experiences of making decisions to call emergency assistance to their patients. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 108-114. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01414.x
- Cioffi, & Markham, R. (1997). Clinical decision-making by midwives: managing case complexity. *Journal Of Advanced Nursing*, 25(2), 265-272.
- Coombs, M., Fulbrook, P., Donovan, S., Tester, R., & deVries, K. (2015). Certainty and uncertainty about end of life care nursing practices in New Zealand Intensive Care Units: a mixed methods study. *Australian Critical Care: Official Journal Of The Confederation Of Australian Critical Care Nurses*, 28(2), 82-86. doi: 10.1016/j.aucc.2015.03.002
- Corcoran-Perry, S., & Graves, J. (1990). Supplemental-information-seeking behavior of cardiovascular nurses. *Research In Nursing & Health*, 13(2), 119-127.
- Cranley, L., Doran, D. M., Tourangeau, A. E., Kushniruk, A., & Nagle, L. (2009). Nurses' uncertainty in decision-making: a literature review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 6(1), 3-15. doi: 10.1111/j.1741-6787.2008.00138.x
- Cranley, L., Doran, D. M., Tourangeau, A. E., Kushniruk, A., & Nagle, L. (2012). Recognizing and responding to uncertainty: a grounded theory of nurses' uncertainty. *Worldviews On Evidence-Based Nursing*, 9(3), 149-158. doi: 10.1111/j.1741-6787.2011.00237.x
- Crétaz, M. (2024). L'incertitude chez les infirmières et infirmiers nouvellement diplômés travaillant en soins intensifs: une étude descriptive interprétative. Repéré à <https://umontreal.scholaris.ca/server/api/core/bitstreams/e9da19d8-baf1-4060-a09f-8edb4ab7f11e/content>

- Dee, C., & Stanley, E. E. (2005). Information-seeking behavior of nursing students and clinical nurses: implications for health sciences librarians. *Journal Of The Medical Library Association: JMLA*, 93(2), 213-222.
- DeGrande, H., Liu, F., Greene, P., & Stankus, J. A. (2018). The experiences of new graduate nurses hired and retained in adult intensive care units. *Intensive Crit Care Nurs*, 49, 72-78. doi: 10.1016/j.iccn.2018.08.005
- Delaney, C. (2003). Walking a fine line: graduate nurses' transition experiences during orientation. *The Journal Of Nursing Education*, 42(10), 437-443.
- Doran, D. M., Mylopoulos, J., Kushniruk, A., Nagle, L., Laurie-Shaw, B., Sidani, S., ... McArthur, G. (2007). Evidence in the palm of your hand: development of an outcomes-focused knowledge translation intervention. *Worldviews On Evidence-Based Nursing*, 4(2), 69-77.
- Duchscher, J. E. B. (2009). Transition shock: the initial stage of role adaptation for newly graduated Registered Nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 1103-1113. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04898.x
- Ebright, P. R., Urden, L., Patterson, E., & Chalko, B. (2004). Themes surrounding novice nurse near-miss and adverse-event situations. *The Journal Of Nursing Administration*, 34(11), 531-538.
- EPTC2. (2018). Énoncé de politique des trois Conseils éthique de la recherche avec des êtres humains ([3e éd.]). Ottawa, Ont.]: Instituts de recherche en santé du Canada.
- Falatah, R. (2021). The Impact of the Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic on Nurses' Turnover Intention: An Integrative Review. *Nursing Reports*, 11(4), 787-810. Repéré à <https://www.mdpi.com/2039-4403/11/4/75>
- Garrett, D. K. (1999). Burnout among professional nurses in times of environmental uncertainty. Indiana University School of Nursing.
- Gray, J., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2017). Burns and Grove's the practice of nursing research : appraisal, synthesis, and generation of evidence (Eighth edition.). St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1985). Naturalistic inquiry. : Newbury Park, CA: Sage.

- Hegland, P. A., Aarlie, H., Strømme, H., & Jamtvedt, G. (2017). Simulation-based training for nurses: Systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*, 54, 6-20. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.04.004>
- Holloway, I., & Galvin, K. (2016). *Qualitative research in nursing and healthcare*. John Wiley & Sons.
- Holloway, I., & Wheeler, S. (2010). *Qualitative research in nursing and healthcare* (3rd ed.). Chichester, West Sussex
- Hörberg, A., Gadolin, C., Skyvell Nilsson, M., Gustavsson, P., & Rudman, A. (2023). Experienced Nurses' Motivation, Intention to Leave, and Reasons for Turnover: A Qualitative Survey Study. *Journal of Nursing Management*, 2023(1), 2780839. doi: <https://doi.org/10.1155/2023/2780839>
- Jarvis, C., Eckhardt, A., Chapados, C., Lavertu, E. r., & Ross, G. v. (2020). *L'examen clinique et l'évaluation de la santé* (3e édition). Montréal (Québec): Chenelière éducation.
- Loiseau, D., Kitchen, K., & Edgar, L. (2003). A comprehensive ED orientation for new graduates in the emergency department: the 4-year experience of one Canadian teaching hospital. *JEN: Journal of Emergency Nursing*, 29(6), 522-594.
- Marshall, A. P., West, S. H., & Aitken, L. M. (2011). Preferred information sources for clinical decision making: critical care nurses' perceptions of information accessibility and usefulness. *Worldviews Evid Based Nurs*, 8(4), 224-235. doi: 10.1111/j.1741-6787.2011.00221.x
- Marshall, A. P., West, S. H., & Aitken, L. M. (2013). Clinical credibility and trustworthiness are key characteristics used to identify colleagues from whom to seek information. *J Clin Nurs*, 22(9-10), 1424-1433. doi: 10.1111/jocn.12070
- McCaughan, D., Thompson, C., Cullum, N., Sheldon, T., & Raynor, P. (2005). Nurse practitioner and practice nurses' use of research information in clinical decision making: findings from an exploratory study. *Family Practice*, 22(5), 490-497.
- McKnight, M. (2006). The information seeking of on-duty critical care nurses: evidence from participant observation and in-context interviews. *Journal Of The Medical Library Association: JMLA*, 94(2), 145-151.

- McMahon, M. A., & Dluhy, N. M. (2017). Ambiguity Within Nursing Practice: An Evolutionary Concept Analysis. *Research & Theory for Nursing Practice*, 31(1), 56-74. doi: 10.1891/1541-6577.31.1.56
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., Moher, D., Liberati, A., ... Altman, D. G. (2010). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *International Journal of Surgery*, 8(5), 336-341. doi: 10.1016/j.ijssu.2010.02.007
- MSSS. (2008). Programme national de soutien clinique-Volet préceptorat. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-526-01.pdf>
- MSSS. (2022). Guide de gestion de l'urgence. Repéré à <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/guide-urgences-introduction/>
- Munhall, P. L. (2012). *Nursing research : a qualitative perspective* (5th ed.). Sudbury, Mass.: Jones & Bartlett Learning.
- Nickasch, B. (2016). 'What Do I Do Next?' Nurses' Confusion and Uncertainty with ECG Monitoring. *MEDSURG Nursing*, 25(6), 418-422.
- O'Kane, C. E. (2012). Newly qualified nurses experiences in the intensive care unit. *Nursing in Critical Care*, 17(1), 44-51. doi: 10.1111/j.1478-5153.2011.00473.x
- Oberle, K., & Hughes, D. (2001). Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions. *Journal of Advanced Nursing*, 33(6), 707-715. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01710.x
- OIIQ. (2019). Triage à l'urgence - Lignes directrices. 2ième édition. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2510-triage-urgence-lignes-directrices-web.pdf>
- OIIQ. (2023). Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec 2022-2023. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/26586017/oiiq-rapport-statistique-23-VF.pdf/6f710838-6645-eef2-90f6-152b5400d34a>
- 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.

- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* - 4e éd. Armand Colin.
- Patterson, B., Bayley, E. W., Burnell, K., & Rhoads, J. (2010a). Orientation to emergency nursing: perceptions of new graduate nurses. *Journal Of Emergency Nursing: JEN: Official Publication Of The Emergency Department Nurses Association*, 36(3), 203-211. doi: 10.1016/j.jen.2009.07.006
- Patterson, B., Bayley, E. W., Burnell, K., & Rhoads, J. (2010b). Orientation to Emergency Nursing: Perceptions of New Graduate Nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 36(3), 203-211. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.07.006>
- Penrod, J. (2001). Refinement of the concept of uncertainty. *Journal of Advanced Nursing*, 34(2), 238-245. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01750.x
- Penrod, J. (2007). Living with uncertainty: concept advancement. *Journal of Advanced Nursing*, 57(6), 658-667. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04008.x
- Rajani Meghani, S., & Sajwani, S. (2013). ARE WE PUSHING THE GRADUATE NURSES TOO FAST IN CRITICAL CARE AREAS? *Journal on Nursing*, 3(1), 6-12.
- Stewart, C. (2021). Understanding new nurses' learning experiences in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 67, 103094. doi: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103094>
- Tabak, N., Bar-Tal, Y., & Cohen-Mansfield, J. (1996). Clinical decision making of experienced and novice nurses. *Western Journal Of Nursing Research*, 18(5), 534-547.
- Thompson, & Dowding, D. (2001). Responding to uncertainty in nursing practice. *International Journal of Nursing Studies*, 38(5), 609-615.
- Thompson, & Yang, H. (2009). Nurses' decisions, irreducible uncertainty and maximizing nurses' contribution to patient safety. *Healthcare Quarterly (Toronto, Ont.)*, 12 Spec No Patient, e178-e185.
- Trzeciak, S., Rivers, E. P., Trzeciak, S., & Rivers, E. P. (2003). Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. *Emergency Medicine Journal*, 402-405.

**ANNEXE I – L’AFFICHE PUBLICITAIRE POUR LE RECRUTEMENT DES
PARTICIPANTES**

PARTICIPANTS RECHERCHÉS DANS LE CADRE D'UNE ÉTUDE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

ÉTUDE DESCRIPTIVE DE L'INCERTITUDE DANS LA PRISE DE DÉCISION VÉCUE PAR LES INFIRMIÈRES DÉBUTANTES DANS UNE UNITÉ D'URGENCE

Nous recherchons des personnes intéressées à participer à une étude qui vise à comprendre comment l'incertitude dans la prise de décision est vécue par les infirmières dans une unité d'urgence.

Critères d'inclusion

- Être un(e) infirmier(ère) ou CEPI avec moins de deux ans d'expérience (équivalent de deux ans à temps complet) dans une unité d'urgence;
- Travailler dans une unité d'urgence.

Critères d'exclusion

- Avoir plus de deux ans d'expérience (équivalent à temps complet) dans une unité d'urgence.

La participation à cette recherche aura lieu en deux rencontres à distance via un système de visioconférence et requiert du participant de : compléter un questionnaire sociodémographique, participer à une entrevue individuelle et à une entrevue de validation des résultats en groupe. La durée de la participation est estimée à environ 1 heure 30 minutes pour chacune des deux rencontres. Votre participation au projet de recherche vous donne la chance de gagner une **carte cadeau prépayée de 50\$**.

Pour soumettre votre intérêt à participer au projet, veuillez communiquer avec Gabriel Canac-Marquis Dumas, étudiant-chercheur à l'adresse courriel suivante :

Gabriel.CanacMarquisDumas01@uqar.ca

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

Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche

(n° 2021-840).

ANNEXE II – LE FORMULAIRE D’INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche

Étude descriptive de l'incertitude dans la prise de décision vécue par les infirmières débutantes dans une unité d'urgence.

Étudiant-chercheur

Gabriel Canac-Marquis Dumas, étudiant à la maîtrise en Sciences infirmières

Responsable du projet de recherche

Daniel Milhomme, Inf. Ph.D. (directeur de recherche)

Cochercheuse

Emmanuelle Bébard, psy. Ph.D. (co-directrice de recherche)

Commanditaire du projet de recherche ou organisme subventionnaire

Cette recherche se déroule dans le cadre du mémoire de maîtrise en sciences infirmières de l'investigateur principal qui s'est vu attribuer des bourses d'études par le ministère de l'éducation et de l'enseignement supérieur (MESSS), l'Ordre des infirmiers et des infirmières du Québec (OIIQ) et le Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ).

Introduction

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter d'y participer, il est important de prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire d'information et de consentement décrit le but de ce projet de recherche, les procédures, les avantages et les inconvénients, les risques et les précautions qui seront prises pour les éviter. Il décrit également les procédures alternatives qui vous sont disponibles de même qu'il précise votre droit de mettre fin à votre participation en tout temps. Finalement, il présente les coordonnées des personnes avec qui communiquer au besoin.

Le présent document peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. N'hésitez pas à communiquer avec le responsable du projet de recherche ou son représentant pour obtenir des explications supplémentaires ou pour toute autre information que vous jugerez utile.

Description et but du projet de recherche

Le but de cette étude est d'explorer et ainsi de mieux comprendre le phénomène de l'incertitude dans la prise de décision, principalement en lien avec le contexte spécifique d'unité d'urgence et selon la vision particulière des infirmières débutantes.

Les thèmes abordés lors de cette recherche seront :

- les sources d'incertitude dans les prises de décision des infirmières débutantes dans une unité d'urgence;
- les stratégies déployées par les infirmières débutantes dans une unité d'urgence pour gérer l'incertitude dans leur prise de décision;
- les résultats ou les conséquences de l'incertitude vécues par les infirmières débutantes lorsqu'elles prennent des décisions dans une unité d'urgence.

Nature et durée de la participation au projet de recherche

Votre participation au projet de recherche consiste à :

- ⇒ participer à une entrevue individuelle semi-dirigée d'une durée approximative de 60 à 90 minutes;
- ⇒ lors de la rencontre pour l'entrevue individuelle, il vous sera demandé de remplir un questionnaire sociodémographique en lien avec votre pratique à l'urgence;
- ⇒ par la suite, vous serez invité à participer à une entrevue de groupe afin de valider les données obtenues lors des entrevues individuelles. Cette entrevue sera d'une durée approximative de 60 à 90 minutes. La participation à cette entrevue est fortement recommandée.

Il est important de noter que les entrevues individuelles et l'entrevue de groupe seront enregistrées sur « bande audio » seulement et transcrites sur support informatique afin de faciliter l'analyse des données recueillies. De plus, votre participation aux entrevues se fera en dehors des heures de travail au moment qui vous conviendra le mieux.

Avantages pouvant découler de la participation au projet de recherche

Vous ne retirerez aucun avantage à participer à ce projet de recherche si ce n'est votre contribution à l'avancement des connaissances scientifiques au sujet de l'incertitude vécue par les infirmières dans une unité d'urgence.

Inconvénients pouvant découler de la participation au projet de recherche

Les entrevues individuelles et l'entrevue de groupe pourraient vous remémorer des souvenirs désagréables en lien avec votre expérience vécue. Au besoin, le Programme d'aide aux employés (PAE) est mis à votre disposition, et ce, de façon confidentielle. La participation à ces deux entrevues demandera un maximum de 1 h 30 de votre temps par

entrevue. Les entrevues auront lieu à distance via une plateforme de visioconférence et seront enregistrées sur « bande audio ».

Compensation financière

Vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation à ce projet de recherche. En guise de remerciement, il y aura tirage d'une carte cadeau prépayée de 50\$ parmi les participantes.

Retrait de la participation au projet de recherche

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer du projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, simplement en informant l'étudiant-chercheur ou le chercheur responsable du projet. Si vous vous retirez ou êtes retiré du projet, l'information déjà obtenue sera détruite ou conservée, selon votre volonté.

Accès au dossier de recherche

Vous avez le droit de consulter vos données sociodémographiques et la transcription de votre entretien pour vérifier les renseignements recueillis, et les bonifier au besoin, et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable détiendra ces informations.

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 ou par l'établissement d'enseignement. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Confidentialité

Lors de votre participation à ce projet, l'investigateur principal recueillera et consignera des renseignements et des données vous concernant. Seuls les données et renseignements nécessaires afin de répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Les renseignements personnels que vous nous donnerez demeureront confidentiels. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée et aucun renseignement en lien avec la participation à l'étude ne se retrouvera dans votre dossier d'employé. De plus, chaque participant à la recherche se verra attribuer un code et seuls l'investigateur principal et son équipe pourront connaître son identité. Au cours de l'étude, les données physiques et numériques seront conservées par l'étudiant-chercheur sous clé ou sur support informatique verrouillé par un mot de passe que seul ce dernier connaît. Suite à la réalisation de l'étude, toutes les données physiques et numériques seront conservées cinq (5) ans à l'université au bureau du chercheur principal sous clé ou sur ordinateur protégé par un mot de passe.

De plus, comme les participantes proviendront du même milieu que vous, les discussions ne porteront pas sur des individus ou des situations précises afin de minimiser le risque d'identifier une personne précise. Aussi, il vous sera demandé de garder confidentiels les propos entendus lors des entrevues.

Les données de l'étude pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais votre identité restera confidentielle.

Également, les résultats de ce projet de recherche pourraient servir pour d'autres analyses de données reliées au projet ou pour l'élaboration de projets de recherche futurs.

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 à ce projet, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable de ce projet de recherche, Daniel Milhomme, Ph. D.

En cas de plainte

Pour tout problème concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

Surveillance éthique du projet de recherche

Le comité d'éthique de la recherche a approuvé ce projet de recherche (**#2021-840**) et assurera le suivi du projet. Pour toute information, vous pouvez joindre le coordonnateur du comité d'éthique de la recherche ou son représentant.

Déclaration du chercheur ou de la personne qui obtient le consentement

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

Nom de la personne qui
obtient le consentement

Signature

Date

Consentement du participant

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

Participation à l'entrevue de groupe

Je suis intéressé à participer l'entrevue de groupe de validation des résultats.

☐ Oui

☐ Non

Nom du participant (lettres moulées)

Signature du participant

Date

ANNEXE III – LE QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

Participant: #_____

QUESTIONNAIRE DE DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

1. Âge : _____

2. Sexe :

- ☐ Homme
☐ Femme

3. Nombre d'années/mois d'expérience à titre d'infirmier(ère) : _____

4. Unités (médecine, chirurgie, soins intensifs, etc.) dans lesquels vous avez travaillé et votre expérience.

Unités	Expérience (années/mois)
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

5. Nombre de mois de pratique à titre d'infirmier(ère) dans une unité d'urgence : _____

6. Formation académique :

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

7. Nombre de jours travaillés par deux semaines : _____

8. Statut d'emploi :

- ☐ Temps partiel
☐ Temps plein

9. Quart de travail habituel :

- ☐ Jour
☐ Soir
☐ Nuit

ANNEXE IV – LE GUIDE D’ENTREVUE INDIVIDUELLE

GRILLE D'ENTREVUE INDIVIDUELLE

Étude descriptive de l'incertitude dans la prise de décision vécue par les infirmières débutantes dans les unités d'urgence

Consignes

1. Parlez-moi de vos débuts à l'urgence en tant qu'infirmière.
2. Donnez-moi un exemple d'une situation de soins que vous avez vécue lorsque vous êtes arrivée à l'urgence.
3. Donnez-moi un exemple d'une situation de soins où vous avez douté (ou vous étiez incertaine) lorsqu'est venu le temps de prendre une décision.
4. Selon vous, quels sont les éléments qui ont provoqué cette incertitude?

Probe : Caractéristiques de l'usager? Famille? Vos caractéristiques personnelles? facteurs contextuels (contexte d'urgence)? Collègues de travail? Autres?

5. Comment vous sentez-vous lorsque vous êtes confrontée à une situation de doute ou d'incertitude ?

Probes : Émotions positives ou émotions négatives?

6. Dans le même sens, quelles pensées avez-vous (ou vous viennent à l'esprit) lorsque vous êtes confrontée à une situation de doute ou d'incertitude?

7. Selon vous, quels sont les éléments qui vous donnent confiance ou qui diminuent votre incertitude lorsque vous prenez une décision?

Probe : Caractéristiques de l'usager? Famille? Vos caractéristiques personnelles? Facteurs contextuels (contexte d'urgence)? Collègues de travail? Autres?

8. Parlez-moi des moyens que vous prenez pour faire face à l'incertitude lorsque vous prenez une décision.

Probe : Comment avez-vous développé ces moyens? D'où proviennent-ils? (éducation, expériences personnelles?) Collègues de travail, Médecins? documents de référence (procédures, protocoles? Internet?) Autres?

9. Suite aux situations de doute ou d'incertitude vécues dans votre prise de décision, comment cette incertitude s'est-elle résolue?

Probe : Est-ce qu'un doute persistait? Pourquoi? Avez-vous appris quelque chose de ces situations d'incertitude?

10. Suite à ces situations de doute ou d'incertitude, quelles sont les actions que vous avez posées pour éviter qu'elles se reproduisent?

11. Parlez-moi des conséquences à long terme de ce doute ou de cette incertitude vécus lors de vos prises de décisions.

Probes : Conséquences positives ou négatives? Physiques ou psychologiques? Conséquences dans les soins ou gestes posés, par rapport à la confiance en soi comme infirmière, dans la relation avec les collègues, etc.?

12. Est-ce qu'il y a des éléments que nous n'avons pas abordés aujourd'hui et qu'il serait important de savoir à propos de l'incertitude que vous vivez dans certaines de vos décisions?

**ANNEXE V – LE GUIDE D’ENTREVUE DE GROUPE DE VALIDATION DES
RÉSULTATS**

GUIDE DE L'ENTREVUE DE GROUPE DE VALIDATION DES RÉSULTATS

Étude descriptive de l'incertitude dans la prise de décision vécue par les infirmières débutantes dans les unités d'urgence

Consignes

Mot de bienvenue;

Explication des consignes de l'entrevue de groupe de validation des résultats

1. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, seulement des points de vue différents.
2. L'entrevue sera enregistrée sur bande « audio », parlez une personne à la fois.
3. Vous n'avez pas besoin d'être en accord avec les autres, mais vous devez écouter avec respect les autres points de vue.
4. Partagez vos points de vue, vos opinions, parlez les uns avec les autres.
5. Mon rôle en tant que modérateur sera de guider la discussion.
6. Nous demandons que vous éteigniez vos téléphones cellulaires.

Présentation des résultats préliminaires de l'étude;

Questions générales :

1. J'aimerais savoir ce que vous pensez de ces résultats.
2. Quelles sont vos premières impressions ?
3. Si vous les comparez à votre vécu comme infirmiers/infirmières à l'urgence, est-ce que cela a du sens pour vous ?
4. En quoi les résultats présentés sont-ils similaires ou différents ?
5. Est-ce que les résultats présentés sont complets ?
6. Est-ce que des éléments devraient être ajoutés ?