

Université de Montréal

Fragilisation de la santé mentale et suicidalité chez les infirmières novices : mesures de
prévention organisationnelles

Par

Geneviève Dottini

Faculté des sciences infirmières

Travail dirigé présenté à la Faculté des études supérieures et postdoctorales
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences (M.Sc.)
option Administration des services infirmiers

Mai, 2015

© Geneviève Dottini, 2015

Sommaire

Les premières années d'emploi des infirmières novices s'avèrent très stressantes et peuvent être vécues difficilement par ces dernières. Suite aux décès de quelques infirmières québécoises, dont une infirmière novice, durant les cinq dernières années, il convient de se demander si le stress lié au travail contribue au risque de suicidalité (pensées suicidaires, idéations suicidaires, tentatives de suicide, suicides accomplis) des novices. Ce travail dirigé a pour but de proposer, sur la base des connaissances établies quant aux facteurs organisationnels pouvant contribuer au suicide d'infirmières novices, des mesures de prévention de la suicidalité à l'attention des gestionnaires. À l'aide de ses concepts centraux : l'organisation du travail, les sources de souffrance et les stratégies défensives, le cadre de référence de la psychodynamique du travail de Dejours (1993) a été retenu pour guider et structurer la revue intégrative des écrits; cette dernière étant composée de 26 études empiriques et de 18 écrits théoriques. De cette recension, il ressort que l'organisation du travail peut être source de souffrance pour les infirmières novices. Ces dernières se heurtent d'ailleurs à plusieurs sources de souffrance organisationnelles (charge de travail élevée, tensions au travail, manque de soutien, etc.) et, bien que les novices puissent déployer certaines stratégies d'adaptation au stress vécu au travail, ces souffrances fragiliseraient leur santé mentale et contribueraient à augmenter leur risque de suicidalité. Dans cet esprit, un programme de prévention organisationnelle de la suicidalité chez les novices est proposé, à l'attention des gestionnaires, pouvant être instauré dans les organisations des soins de santé au Québec.

Mots-clés : suicidalité, infirmière novice, santé mentale, prévention.

Remerciements

Mes études au deuxième cycle n'aurait pas été les mêmes sans l'appui, l'encadrement et les encouragements de plusieurs personnes que je tiens à remercier.

D'abord, le plus chaleureux des remerciements à madame Marie Alderson, ma directrice de maîtrise, pour son soutien constant tout au long de mes études supérieures et, particulièrement, durant la rédaction de ce travail dirigé.

De plus, un remerciement particulier à madame Chantal Caux pour ses judicieux conseils dans l'élaboration de ce travail dirigé.

Je tiens aussi à remercier la Faculté des sciences infirmières pour son appui financier via la bourse de rédaction qu'ils m'ont octroyée ainsi que pour m'avoir offert la chance d'étudier auprès d'un corps professoral des plus généreux de leurs savoirs.

Je remercie madame Marie-Thérèse Cocullo pour la correction et les commentaires apportés à mon travail dirigé.

Sur une note plus personnelle, merci à ma famille pour son soutien et sa grande compréhension. Merci à toi, papa, pour ton aide toujours aussi généreuse et appréciée.

Et finalement, le plus important des remerciements à mon amour, mon conjoint, Charles.

Je crois sincèrement que mon parcours n'aurait pas été le même sans ton aide, ton appui, ta compréhension, ton humour, ton amour. C'est en partie grâce à toi que j'obtiens ce diplôme! Sans oublier Lola, la plus belle distraction qui soit.

Table de matières

| | |
|---|------------|
| Sommaire | i |
| Remerciements | ii |
| Table de matières | iii |
| Introduction du travail dirigé | 1 |
| Manuscrit : Fragilisation de la santé mentale et suicidalité chez les infirmières novices : mesures de prévention organisationnelles | 5 |
| <i>Summary</i> | 6 |
| Introduction | 7 |
| Problématique | 8 |
| But | 9 |
| Objectifs | 9 |
| Méthode | 10 |
| Mots-clés | 10 |
| Bases de données | 10 |
| Critères d'inclusion | 10 |
| Critères d'exclusion | 10 |
| Méthode d'analyse des écrits | 11 |

| | |
|---|----|
| Cadre de référence..... | 11 |
| Revue intégrative des écrits..... | 11 |
| L'organisation du travail..... | 12 |
| Les sources de souffrance..... | 13 |
| Charge de travail élevée..... | 14 |
| Ambiguïté dans la définition du rôle de l'infirmière novice..... | 14 |
| Manque de soutien offert par les collègues et par l'organisation..... | 15 |
| Tensions au travail..... | 16 |
| Conditions de travail pathogènes..... | 17 |
| Les stratégies défensives et d'adaptation au stress..... | 18 |
| Les stratégies de défense et d'adaptation individuelles..... | 18 |
| Les stratégies de défense collectives..... | 20 |
| Discussion..... | 21 |
| Retour sur les résultats..... | 21 |
| Proposition de mesures de prévention organisationnelles..... | 21 |
| Programme de prévention organisationnelle de la suicidalité chez les infirmières novices..... | 22 |
| Retour sur le but et les objectifs..... | 23 |
| Transfert de connaissances..... | 23 |

| | |
|--|-----------|
| Avenues pour la recherche | 24 |
| Conclusion..... | 25 |
| Résumé | 25 |
| Conclusion du travail dirigé..... | 27 |
| Retour sur les objectifs d'apprentissage | 28 |
| Pertinence de la proposition | 29 |
| Forces et limites du travail dirigé | 30 |
| Contribution à l'avancement des connaissances | 31 |
| Références | 32 |
| Appendice A : Consignes aux auteurs de la revue Le Travail Humain..... | 42 |
| Appendice B : Fiches de lecture des études empiriques retenues pour la revue intégrative des écrits | 48 |

Introduction du travail dirigé

Avant même l'obtention de son baccalauréat en sciences infirmières, l'auteure du présent travail dirigé avait déjà l'envie de poursuivre ses études aux cycles supérieurs. Ayant une fibre intérieure qui la poussait vers la gestion, elle a décidé de s'inscrire à la maîtrise en Administration des services infirmiers. Toutefois, son sujet d'intérêt n'est venu que quelques mois plus tard. En entrant sur le marché du travail, à titre d'infirmière, elle a réalisé que la réalité du travail d'infirmière n'était pas celle à laquelle elle s'attendait. Elle l'a heurtée de plein fouet. Durant la même période de temps, quelques-unes de ses amies proches, infirmières diplômées depuis quelques mois seulement, ont quitté leurs emplois récents. Une d'entre elles, ressentant beaucoup d'insatisfaction face à son milieu de travail, a même réorienté son choix de carrière en retournant sur les bancs de l'Université afin d'étudier dans un domaine complètement différent. L'auteure s'est alors posé plusieurs questions. Qu'est-ce qui pouvait bien être à l'origine de tant d'insatisfaction ? Comment le milieu de travail des infirmières novices pouvait-il être source de cette insatisfaction ? Pouvait-on aller jusqu'à parler de souffrance ? Comment la santé mentale des infirmières novices pouvait-elle être affectée par ces souffrances ? L'étudiante a donc décidé de rédiger son travail dirigé de maîtrise autour du sujet central : la santé mentale des infirmières novices.

Elle s'est ensuite demandé quelles pouvaient être les répercussions et les conséquences d'une santé mentale fragilisée chez les novices. En effet, en 2010 et 2013, quelques infirmières québécoises se sont suicidées dont une infirmière de 21 ans qui débutait tout juste dans la profession (Radio-Canada Nouvelles, 2013; Samson, 2010). L'étudiante a ainsi donné à son travail dirigé son orientation finale : la suicidalité

(pensées suicidaires, idéations suicidaires, tentatives de suicide, suicides accomplis) chez les infirmières novices. Il s'agit en effet d'un sujet qui rassemble les gens autour d'une idée commune; l'idée de préserver la santé mentale des jeunes infirmières dans le but de réduire leur risque de suicidalité.

C'est ainsi que l'auteure a décidé de rédiger une revue intégrative des écrits sous forme de manuscrit qui sera soumis à une revue scientifique en sciences infirmières. Cette revue intégrative des écrits s'est articulée en fonction du cadre de référence retenu : la psychodynamique du travail (PDT) de Dejours (1993). Il y sera question de l'organisation du travail des infirmières novices pouvant être source de souffrance pour celles-ci et des stratégies qu'elles peuvent déployer afin de préserver leur santé mentale et, ainsi, réduire leur risque de suicidalité.

L'étudiante s'est fixé quatre objectifs d'apprentissage:

- 1- Développer ses connaissances, à travers la présente recension intégrative des écrits, au regard des possibles liens pouvant être faits entre les facteurs organisationnels et les risques de suicidalité d'infirmières novices.
- 2- Parfaire ses connaissances quant aux mesures préventives de nature organisationnelle de la suicidalité des infirmières novices pouvant être mises sur pied dans les organisations de santé.
- 3- Mettre en application ses compétences de communication développées durant le programme de maîtrise afin de publier les résultats du travail dirigé dans une revue scientifique en sciences infirmières.

- 4- Mettre en application ses compétences de communication développées durant le programme de maîtrise afin de présenter les résultats du travail dirigé dans le cadre de diverses communications scientifiques orales.

Manuscrit :

**Fragilisation de la santé mentale et suicidalité chez les infirmières novices :
mesures de prévention organisationnelles**

FRAGILISATION DE LA SANTE MENTALE ET
SUICIDALITÉ CHEZ LES INFIRMIÈRES NOVICES :
MESURES DE PRÉVENTION ORGANISATIONNELLES

par G. DOTTINI¹, M. ALDERSON² et C. CAUX³

SUMMARY

SUICIDALITY OF NOVICE NURSE : PROPOSED ORGANIZATIONAL PREVENTIVE MEASURES

The first months of novice nurses' job is very stressful and can be experienced by them with difficulty. Following the deaths of some Quebec nurses, including a novice nurse, in the last five years, it is appropriate to ask whether the work related stress does not contribute to the risk of suicidality (suicidal thoughts, suicidal ideation, suicide attempts, completed suicides) of novice nurses. Therefore, the aim of the work is to propose, on the basis of established knowledge about the organizational factors that can contribute to the suicide of novice nurses, suicide prevention measures to the attention of managers. With its central concepts : work organization, the sources of suffering and defensive strategies, the framework of the psychodynamics of work of Dejours (1993) was selected to guide and structure the integrative literature review; the latter being composed of 26 empirical studies, seventeen theoretical writings and one book. From this review, it appears that the organization of work can be a source of suffering for novice nurses. The latter also face several organizational sources of suffering (high workload, stress at work, lack of support, etc.) and, although novices can deploy some adaptation strategies, these suffering undermine their mental health and help to increase their risk of suicide. In this spirit, an organizational prevention program of suicidality among novice nurses is proposed to the attention of managers, which includes several organizational measures that can be implemented in Quebec's health care organizations.

Key words : *suicide, suicidality, suicidal ideation, novice nurse, nursing, risk factor, organisational factor, mental health, prevention, psychodynamic of work.*

¹Infirmière, B.Sc., Étudiante à la Maîtrise en Administration des services infirmiers, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, 2375 chemin de la Côte-Ste-Catherine, Montréal (Québec), H3T 1A8.

²Infirmière, Ph.D., Professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, 2375 chemin de la Côte-Ste-Catherine, Montréal (Québec), H3T 1A8, bureau 5097.

³Ph.D., Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, 2375 chemin de la Côte-Ste-Catherine, Montréal (Québec), H3T 1A8, bureau 6087.

I. INTRODUCTION

En 2010, cinq infirmières québécoises travaillant au Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) se sont suicidées dont une infirmière de 21 ans qui débutait tout juste dans la profession (Samson, 2010). Une collègue et amie de ces infirmières a pris la parole, sous le couvert de l'anonymat, afin de dénoncer les conditions de travail, dont la surcharge de travail, qui, selon elle, ont contribué à ces suicides (Canoe, 2010). Le syndicat de l'établissement, quant à lui, a refusé de faire un lien entre la surcharge de travail et les suicides d'infirmières (Canoe, 2010). Il a cependant avoué que les conditions de travail néfastes des infirmières pouvaient induire chez ces dernières de la détresse psychologique (Canoe, 2010); état selon lequel l'infirmière est plus à risque de suicidalité (Bourbonnais & al., 1999). En 2013, deux autres infirmières québécoises travaillant à l'Hôtel-Dieu de Lévis se sont aussi suicidées (Radio-Canada Nouvelles, 2013). Quoique le syndicat de cet hôpital a refusé d'admettre tout lien possible entre ces suicides et le travail, il a admis que les conditions de travail des infirmières de ce centre étaient très éprouvantes au moment des événements (Radio-Canada Nouvelles, 2013). Le fait qu'il soit difficile d'associer le suicide d'une infirmière à son emploi amène à une sous-estimation du nombre de suicides en lien avec le travail (Germain, 2014; Neveu, 2012).

Les milieux de travail des infirmières ont un impact certain sur la santé de ces dernières (Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) & Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO), 2010). Les souffrances générées par une organisation du travail déficiente (Dejours, 1993) peuvent mener à une santé mentale fragilisée des infirmières (Alderson, 2004b) qui, à son tour, accroît chez ces dernières, le risque de suicide (OMS, 2014b). L'article réfère au terme «suicidalité» afin d'englober les pensées suicidaires, les idéations suicidaires, les tentatives de suicide ainsi que les suicides accomplis (Abadie, 2012). Il s'agit d'un terme «générique et imprécis qui comprend plusieurs types de comportements cliniquement observables chez des patients suicidaires » (Abadie, 2012, p. 176); il est souvent comparé à un continuum suicidaire.

Le présent article traite plus précisément de la suicidalité chez les infirmières novices. Selon English (1993) et Benner (1984), une infirmière novice détient trois ans d'expérience ou moins. Bien que cette définition puisse paraître réductrice, Benner (1982) est d'avis que l'infirmière novice a une pratique limitée par le fait même de son expérience clinique restreinte. Elle pourrait dès lors être confrontée à des situations auxquelles elle ne saurait comment réagir adéquatement n'ayant pas encore développé les compétences nécessaires pour intervenir de façon opportune (Benner, 1982). Au Québec, une infirmière novice peut détenir trois types de formations : universitaire dans un programme appelé Bacc initial, universitaire dans un programme appelé Decc-Bacc ou collégiale (Volny, 2014). L'infirmière détenant un diplôme collégial peut, si elle le souhaite, poursuivre sa formation d'infirmière au niveau universitaire au moyen du programme appelé Dec-Bac lui permettant ainsi d'obtenir un diplôme universitaire de premier cycle (Volny, 2014). Au Québec, lorsque l'étudiante en soins infirmiers a finalisé sa formation (collégiale ou universitaire), elle doit, afin de pouvoir exercer,

s'inscrire au Tableau de l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (OIIQ, 2014); elle obtient ainsi son droit de pratique (ou d'exercice de la profession) et bénéficie d'une assurance responsabilité professionnelle.

À la lumière des événements tragiques ayant eu lieu en 2010 et 2013, les auteures présentent une revue intégrative des écrits relatant les diverses sources de souffrance vécues par les infirmières novices dans le cadre de leur travail ainsi que les principales stratégies défensives déployées par ces dernières afin d'atténuer la perception de la souffrance; ces dimensions étant centrales à la problématique de la suicidalité. Les écrits recensés sont analysés à la lumière du cadre de référence de la psychodynamique du travail (PDT) (Dejours, 1993). L'article se termine par la proposition de mesures organisationnelles de prévention du suicide à l'attention des gestionnaires qui souhaiteraient les implanter dans leurs organisations.

II. PROBLÉMATIQUE

Environ 800 000 personnes, dans le monde, se suicident chaque année (OMS, 2014a). « Il est important de noter qu'une tentative de suicide antérieure constitue en soi le facteur de risque de suicide le plus important chez la population générale » (OMS, 2014b, p. 7). Plusieurs facteurs organisationnels accroissent les risques de suicide des infirmières (Alderson, Parent-Rocheleau & Mishara, 2014; Gunnarsdottir & Rafnsson, 1995; Kølves & De Leo, 2013); ceux-ci faisant l'objet de la présente revue intégrative des écrits. Le suicide faisait partie, entre 1984 et 1990, des cinq premières causes de décès chez les infirmières américaines, tout âge confondu (Peipins, Burnett, Alterman & Lalich, 1997). Il faut voir que pour chaque suicide, au Québec, il y aurait 200 tentatives de suicides échouées et, pour chaque tentative de suicide, quatre personnes auraient des idées suicidaires (Rochon, 1988). Il n'existe toutefois aucune donnée récente chez les infirmières québécoises, canadiennes ou chez les novices en particulier.

Bien que le suicide soit un acte multicausal (OMS, 2014b), en ce sens où il peut être contribué par des facteurs sociaux, culturels, biologiques, environnementaux (OMS, 2014b) et personnels (Cellard & Corriveau, 2013), les auteures ont centré leur recension sur les facteurs organisationnels susceptibles d'accroître les risques de suicidalité chez les infirmières.

Une recension des écrits sur le suicide chez les infirmières a été réalisée en 1999, par Hawton et Vislisel. En 2014, Alderson et al. ont actualisé cette recension et indiquent que les facteurs pouvant contribuer à la suicidalité des infirmières comprennent les connaissances et l'accès aux moyens de suicide, la dépression et le non-traitement de la dépression, le tabagisme et l'abus de substances, le stress et le stress relié au travail. Également appelé stress occupationnel, le stress au travail survient lorsque les demandes organisationnelles sont plus exigeantes que les capacités de l'employé, ici l'infirmière de s'adapter à ces demandes (Chaire en gestion de la santé et de la sécurité au travail dans les organisations, 2014). Si les effets du stress occupationnel peuvent être positifs dans la mesure où il est susceptible de procurer de la motivation ou de l'énergie à l'employé en vue de surmonter ce stress, ils peuvent également être négatifs lorsque les ressources et les capacités du travailleur ne sont pas à

la hauteur des tâches demandées au travail (Chaire de la gestion de la santé et de la sécurité au travail dans les organisations, 2014).

Faisant un lien avec les données précédentes, les infirmières qui éprouvent beaucoup de stress au travail sont ainsi plus à risque de suicidalité (Feskanich, Hastrup, Marshall, Colditz, Stampfer, Willett & Kawachi, 2002; Bélanger, 2000). En outre, les infirmières canadiennes qui vivent du stress au travail sont deux fois plus à risque de souffrir de dépression que la population canadienne (Ohler, Kerr & Forbes, 2010). Or, la dépression est un facteur menant à la suicidalité (Kölves & De Leo, 2013). Qu'en est-il plus spécifiquement des infirmières novices ? Ces dernières vivent diverses sources de stress (Volny, 2014) et de souffrances dans le cadre de leur travail (Laschinger, Wong & Grau, 2012; Rhéaume, LeBel & Gautreau, 2008; Spiva & al., 2013). L'environnement de travail dans lequel évoluent les nouvelles infirmières est physiquement et mentalement exigeant, difficile et éprouvant affectant leur satisfaction au travail et leur intention de quitter ou de rester dans la profession (Lavoie-Tremblay, Leclerc, Marchionni & Drevniok, 2010). Le stress occupationnel est particulièrement présent et intense dans les six premiers mois d'emploi de l'infirmière novice (O'Shea & Kelly, 2007; Volny, 2014). Les agents de stress incluent la préparation inadéquate à leur rôle d'infirmière (Qiao, Li & Hu, 2011), la transition du rôle d'étudiant au rôle de travailleur (Kramer, 1974), les difficultés dans les relations de travail (Rhéaume & al., 2008) et le manque de confiance en leurs capacités d'infirmières (Suresh, Matthews & Coyne, 2012). D'autres facteurs sont également susceptibles de générer du stress chez la nouvelle infirmière telle que la peur de faire des erreurs et le manque de soutien au travail (Rhéaume & al., 2008). Ces facteurs seront détaillés plus loin.

III. BUT

L'article propose, sur la base des connaissances établies quant aux facteurs organisationnels pouvant contribuer au suicide d'infirmières novices, des mesures de prévention de la suicidalité à l'attention des gestionnaires.

IV. OBJECTIFS

- 1- Recenser les écrits scientifiques empiriques et théoriques traitant du risque de suicidalité d'infirmières novices et des facteurs organisationnels susceptibles d'y être associés.
- 2- Analyser, de façon critique, à l'aide du cadre de référence de la psychodynamique du travail, les écrits recensés afin de dégager les facteurs de risque organisationnels susceptibles d'être associés à la suicidalité chez les infirmières novices.
- 3- Proposer, à l'attention des gestionnaires en soins infirmiers, des mesures organisationnelles dans une perspective de prévention de la suicidalité d'infirmières novices.

V. MÉTHODE

V.1. MOTS-CLÉS

La stratégie de recherche documentaire a été réalisée au moyen des mots-clés suivants découlant des objectifs de la recension des écrits: suicide (*suicide*), suicidalité (*suicidality*), idées suicidaires (*suicidal ideation*), infirmière (*nurse, nursing*), novice (*novice*), facteur de risque (*risk factor*), facteur organisationnel (*organisational factor*), santé mentale (*mental health*), prévention (*prevention*), psychodynamique du travail (*psychodynamic of work*). Dépendamment des bases de données consultées, les mots-clés ont été utilisés en français, en anglais et, parfois, dans les deux langues.

La majorité des articles identifiés au moyen des mots-clés utilisés séparément ont fait ressortir des écrits non-pertinents dans la mesure où ils traitaient d'infirmières travaillant en santé mentale et s'occupant de patients à risque de suicide. Des mots-clés ont alors été combinés. Les combinaisons de mots-clés ont été, parmi d'autres : suicide infirmière (*nurs* suicid**), idées suicidaires infirmière (*nurs* suicidal ideation*), infirmière novice (*novice nurs**), facteur de risque suicide (*suicid* risk* factor**), santé mentale infirmière (*nurs* mental health*).

V.2. BASES DE DONNÉES

Les bases de données suivantes ont été consultées : CINAHL, MEDLINE, PubMed, PsycINFO et Google Scholar. Atrium a aussi été utilisé afin de rechercher des ouvrages dans les bibliothèques de l'Université de Montréal susceptibles de compléter la revue intégrative des écrits. Par ailleurs, la méthode de repérage par boule de neige (*Snowballing*) a également été privilégiée. Selon cette méthode, lorsqu'un article pertinent est retracé, les références de celui-ci sont passées en revue pour en extraire celles s'avérant utiles pour la démarche en cours. Finalement, d'autres sources de données ont été utilisées telles que le site Internet de l'OIIQ et celui de la Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations.

V.3. CRITÈRES D'INCLUSION

Un critère d'inclusion a été imposé aux écrits théoriques et empiriques recensés en ce qui concerne la langue. Seuls les articles en anglais et en français ont été retenus. De plus, les écrits devaient être disponibles électroniquement en version complète. Finalement, un ou plusieurs mots-clés devaient se retrouver dans le titre ou le résumé des écrits.

V.4. CRITÈRES D'EXCLUSION

Les doublons ont été retirés de l'échantillon ainsi que les écrits qui, à la suite de la lecture du titre et du résumé, se sont avérés non-pertinents à la thématique traitée. De plus, les écrits traitant de la souffrance ou de la suicidalité chez d'autres professionnels de la santé que les infirmières ont été exclus. La recherche documentaire a ainsi retenu 26 études empiriques (neuf études d'approches qualitatives, 15 études d'approches quantitatives, deux études à devis mixte) et 18 écrits théoriques publiés dans des revues scientifiques et professionnelles en sciences infirmières, desquels font partie cinq revues

de la littérature et un ouvrage de 161 pages portant sur la psychodynamique du travail. De ces écrits, 28 sont en anglais et 16 sont en français.

V.5. MÉTHODE D'ANALYSE DES ÉCRITS

La qualité et la pertinence de chaque écrit empirique retenu ont été analysées grâce à des fiches de lectures. Ces fiches décrivaient : le type d'étude et son devis, le but de l'étude, le cadre de référence utilisé, s'il y en avait un, la population étudiée et ses caractéristiques, les principaux résultats de l'étude ainsi que les principales limites de l'étude. L'analyse de l'information colligée dans les fiches a permis la synthèse des résultats pertinents, dans le cadre de la présente revue intégrative des écrits.

VI. CADRE DE RÉFÉRENCE

Le cadre de référence retenu pour analyser les écrits recensés et structurer la revue intégrative est la psychodynamique du travail (PDT). En effet, investiguant les relations entre l'organisation du travail et la souffrance au travail (Alderson, 2004a; Alderson, 2004b ; Alderson, 2006; Alderson, 2010 ; Davezies, 1993; Guay, 2012 ; Leclerc & Maranda, 2002 ; Molinier, 2004 ; Saint-Jean, Saint-Arnaud, Rhéaume, Therriault & Desrosiers, 2006), ce cadre théorique apparaît pertinent, dans la présente démarche.

La PDT a été développée par Christophe Dejours, dans le début des années 70, en France (Dejours, 1993). Il s'agit d'une approche selon laquelle il existe un lien relativement étroit entre l'organisation du travail et le plaisir au travail ainsi que la souffrance éprouvée par les travailleurs (Dejours, 1993). Ainsi et selon la PDT, de la souffrance peut être générée chez les travailleurs, par l'entremise de l'organisation du travail (Dejours, 1993). Cette souffrance comporte parmi d'autres dimensions « une dimension de peine, [...] au point de conduire parfois à une usure voire à une mort prématurée » (Davezies, 1993, p. 33). « L'objectif [de la psychodynamique du travail] est de comprendre comment font les travailleurs, sur les lieux du travail, pour résister aux attaques qui menacent leur équilibre psychique, sans devenir malades » (Carpentier-Roy, 1995, p. 13). Ainsi, les travailleurs déploient des stratégies de défense qui atténuent leur perception de la souffrance vécue au travail (Molinier & Flottes, 2012). La PDT cherche ainsi à comprendre les difficultés que peuvent vivre les travailleurs en lien avec l'organisation du travail (Rhéaume, 2006). En d'autres termes, elle s'intéresse aux relations dynamiques prévalant entre le travailleur, l'organisation de son travail et le champ social du travail (Rhéaume, 2006).

VII. REVUE INTÉGRATIVE DES ÉCRITS

La recension des écrits est structurée autour de trois grands thèmes principaux de la PDT, lesquels sont : l'organisation du travail des infirmières, les sources de souffrance des infirmières novices (en lien avec l'organisation du travail) et les stratégies défensives et d'adaptation au stress (déployées par les infirmières novices pour atténuer la perception de la souffrance vécue).

VII.1. L'ORGANISATION DU TRAVAIL

Cette section documente, à travers les écrits théoriques et empiriques recensés, le contexte organisationnel du travail dans lequel les infirmières québécoises exercent, desquelles font partie les novices. Bien que certains de ces écrits datent de plus de 15 ans, les résultats qui en découlent sont toujours d'actualité. En effet, le système de santé québécois a fait face, au cours des deux dernières décennies, à d'importants changements dans sa structure organisationnelle (Bourbonnais & al., 1998 ; D'Amour, Tremblay & Proulx, 2009 ; Fleury, 2002 ; Lapointe, Chayer, Bernard Malo & Rivard, 2000). La façon dont sont gérés les changements dans la structure du système de santé privilégie « une approche centralisée et autoritaire » (Lapointe & al., 2000, p. 170) entraînant généralement une démotivation auprès des divers professionnels de la santé (Lapointe & al., 2000). Ces reconfigurations du réseau de la santé résultent souvent de compressions budgétaires importantes (Fleury, 2002 ; Lapointe & al., 2000) et d'une augmentation de la demande de soins de la part de la population (Fleury, 2002) ; elles ont un impact non négligeable sur le travail (Lapointe & al., 2000). Ainsi, les résultats de l'étude de Bourbonnais et al. (1998), réalisée auprès de 2006 infirmières et infirmiers travaillant dans les Centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), les Centres d'hébergement de soins de courte durée (CHSCD) et les Centres locaux de services communautaires (CLSC) de l'agglomération de la ville de Québec révèlent que les transformations dans le réseau de la santé augmentent leur charge de travail et réduisent le temps pour effectuer les tâches. Les infirmières notent que faute de temps, elles doivent se limiter aux soins physiques aux patients et ne disposent pas du temps requis pour considérer les besoins autres peut-être moins urgents mais néanmoins importants des patients (Bourbonnais & al., 1998). Les infirmières doivent ainsi composer avec une « dimension économique, comme référence centrale, alors que productivité et rapidité sont les nouvelles valeurs au cœur des décisions quant aux soins à donner aux usagers-ères » (Bourbonnais & al., 1998, p. 39). Comme le note Carpentier-Roy (1991 ; citée dans Bourbonnais & al., 1998, p. 39) : « l'éthique des infirmières est axée sur la relation d'aide qui cadre difficilement avec les objectifs de rentabilité ». Les transformations dans le système réduisent aussi le soutien social au travail des infirmières en affectant la stabilité des équipes de travail (Bourbonnais & al., 1998) ; le soutien social au travail référant à « toute forme d'aide et de reconnaissance de la part des collègues et des supérieurs(es) » (Bourbonnais & al., 1998, p. 6).

Ces effets défavorables des transformations dans le réseau de la santé (augmentation de la charge de travail, manque de temps pour satisfaire les besoins non urgents des patients, diminution du soutien social) génèrent de la détresse psychologique chez les infirmières (Bourbonnais & al., 1998). Ces données trouvent écho ailleurs dans le monde. En effet, les résultats de l'étude d'approche quantitative de Vahtera, Kivimäki et Pentti (1997), réalisée en Finlande, auprès de 981 employés gouvernementaux, desquels font partie les professionnels de la santé, indiquent qu'une insécurité d'emploi et une augmentation des congés de maladie résultent des coupures de postes parmi ces employés. Selon Callan (1993), les transformations majeures dans le réseau de la santé entraînent une augmentation du stress vécu par les employés et, conséquemment,

diminuent la productivité de ces derniers. En bref, les transformations exacerbent les sources de souffrance pouvant être présentes dans un environnement de travail (Matteson & Ivancevich, 1990); il en sera question ci-dessous.

VII.2. LES SOURCES DE SOUFFRANCE

La souffrance est décrite par Carpentier-Roy (1995) comme un état de lutte que vivent les travailleurs pour ne pas tomber malades. L'équilibre entre l'individu, son travail et son champ social est « essentiel à la santé mentale et son absence peut générer chez le travailleur de la souffrance mentale » (Rhéaume, 2006, p. 29). Tel que mentionné précédemment, les travailleurs sont susceptibles de se heurter à diverses sources de souffrance en lien avec l'organisation de leur travail (Dejours, 2000). Les souffrances vécues au travail sont quelquefois banalisées ou minimisées par les travailleurs ou par leurs supérieurs (Saint-Jean & al., 2006). Selon les personnes, les souffrances « peuvent se traduire par des émotions intenses (découragement, colère, agressivité, etc.) ou des comportements négatifs (passivité, passage à l'acte, consommation d'alcool ou de drogue, violence, etc.) » (Saint-Jean & al., 2006, p. 46). L'objectif de cette section est de documenter, à travers les écrits recensés, les facteurs organisationnels pouvant être sources de souffrance pour les infirmières novices et pouvant contribuer au risque de suicidalité de ces dernières.

Les premières années d'emploi s'avèrent les plus stressantes pour les nouvelles infirmières (Lim, Teoh, Pua, Holroyd & Chan, 2013). Le stress occupationnel, perçu négativement par l'infirmière novice (Volny, 2014) tend à diminuer au fur et à mesure qu'elle acquiert de l'expérience (Yeh & Yu, 2009). Il n'est pas sans effet sur sa santé mentale (Thian, Kannusamy & Klainin-Yobas, 2013) ; à plus ou moins long terme, il peut induire de l'anxiété, de la dépression reliée au travail et de l'épuisement professionnel (Moustaka & Constantinidis, 2010). Étant défini comme un état mental d'épuisement causé par un stress intense et prolongé en lien avec le travail, l'épuisement professionnel est caractérisé par trois niveaux (Pompili, Rinaldi, Lester, Girardi, Ruberto & Tatarelli, 2006). Le premier niveau est celui où la personne présente des symptômes de stress tels que l'irritabilité, l'anxiété ou la haute pression (Pompili & al., 2006). Le second est celui où la personne essaie de compenser le stress vécu et présente des symptômes tels qu'une fatigue persistante, un éloignement social vis-à-vis des amis et de la famille ainsi qu'une augmentation de la prise de certaines substances (alcool, médicaments, etc.) (Pompili & al., 2006). Le troisième niveau est le plus grave des trois en ce sens où le travailleur vit des symptômes de tristesse chronique, de fatigue mentale et physique chronique, de maux de tête et migraines chroniques et, ultimement, il peut manifester des idées suicidaires récurrentes (Pompili & al., 2006) menant ainsi à un risque accru de suicidalité.

Plusieurs facteurs organisationnels sont responsables du stress occupationnel et, conséquemment, de la souffrance vécue par les infirmières novices dans le cadre de leur travail : la charge de travail élevée, l'ambiguïté dans la définition du rôle de l'infirmière novice, le manque de soutien offert par les collègues et par l'organisation, les tensions au travail et, finalement, les conditions de travail pathogènes.

VII.2.A. CHARGE DE TRAVAIL ÉLEVÉE

Parmi les facteurs organisationnels responsables du stress occupationnel vécu par les infirmières novices, on note la charge de travail élevée (Suresh & al., 2012; Volny, 2014) qui peut avoir des effets négatifs sur ces nouvelles infirmières (Rhéaume & al., 2008). En effet, les 120 infirmières novices et 128 étudiantes en soins infirmiers ayant participé à l'étude à devis mixte de Suresh et al. (2012) déplorent la surcharge de travail couplée à une contrainte de temps pour effectuer l'ensemble des tâches demandées.

Chez les infirmières, la surcharge de travail se traduit par de la fatigue, voire de l'épuisement et contribue à l'absentéisme des infirmières (Berry, & Curry, 2012). La fatigue est d'ailleurs décrite par l'AIIC et le RNAO (2010) comme étant « multidimensionnelle à la fois par ses causes et par ses manifestations » (p. 1) et elle « peut nuire considérablement au fonctionnement et peut persister en dépit des périodes de repos » (p. 1).

La charge de travail élevée a aussi des répercussions sur les soins délivrés aux patients (Berry, & Curry, 2012). Dans son étude d'approche quantitative réalisée au Québec, Volny (2014) décrit la relation entre la perception de 400 infirmières novices du stress vécu au travail et leur perception de la qualité des soins dispensés. Les résultats montrent que les infirmières novices sont au courant que le stress vécu au travail, dû à une charge de travail excessive, peut nuire à leur performance ainsi qu'à la qualité de leurs soins (Volny, 2014). Ces résultats rejoignent les résultats de l'étude de Suresh et al. (2012) selon lesquels les infirmières novices sont d'avis que la surcharge de travail et la contrainte de temps ont des conséquences négatives sur la qualité des soins offerts aux patients. La perception d'une qualité des soins moindre constitue d'ailleurs une source de souffrance, détaillée ci-après, chez les infirmières novices affectant ainsi la signification qu'elles accordent à leur travail.

VII.2.B. AMBIGUÏTÉ DANS LA DÉFINITION DU RÔLE DE L'INFIRMIÈRE NOVICE

La surcharge de travail serait peut-être, entre autres, une cause du conflit de rôle professionnel que peuvent vivre les infirmières (Bourbonnais & al., 1999), dont les infirmières novices. En effet, la surcharge fait en sorte que les infirmières ne peuvent plus prodiguer les soins de la façon dont elles les conçoivent et ne s'en tiennent qu'aux soins physiques qui paraissent être prioritaires, en comparaison aux soins psychologiques et relationnels (Bourbonnais & al., 1999). Ceci est d'ailleurs un constat fait dans l'étude de Suresh et al. (2012), où des infirmières novices mentionnent qu'elles doivent souvent faire des tâches considérées « non-infirmières » qui s'ajoutent à leur charge de travail, ce qui, selon elles, diminue le temps durant lequel elles pourraient offrir des soins infirmiers à leurs patients. Certaines infirmières peuvent aussi ressentir un grand épuisement lié à cette ambiguïté de rôle (Berry & Curry, 2012). Cette ambiguïté de rôle proviendrait de la charge bureaucratique de l'infirmière qui a beaucoup augmenté depuis quelques années (Guay, 2012). Certaines infirmières, jugeant avoir trop de travail clérical, disent dès lors avoir moins de temps pour effectuer les soins auprès des patients (Guay, 2012). En ce sens, « en raison du milieu de travail et de la charge de travail, [elles] ne croient plus que leur travail a une valeur » (Berry & Curry, 2012, p. 35).

L'ambiguïté du rôle peut aussi provenir du sentiment de désillusion que peuvent vivre les infirmières novices lors de la transition entre le rôle d'étudiant au rôle de travailleur. De telles observations ont été faites au Colorado par Casey, Fink, Krugman et Propst (2004). Selon les résultats de leur étude d'approche quantitative, réalisée auprès de 270 infirmières novices, la transition du rôle d'étudiant au rôle de travailleur peut être vécue difficilement par les novices et cette transition est souvent la première expérience stressante éprouvée par ces dernières. Les conclusions de l'étude d'approche qualitative de Zinsmeister et Schafer (2009), réalisée auprès de neuf infirmières nouvellement graduées, montrent que la transition éprouvante amène chez les novices une désillusion par rapport à l'idée qu'elles se faisaient du rôle d'une infirmière et de sa pratique. En effet, selon les résultats de l'étude d'approche quantitative de Qiao et al. (2011), réalisée auprès de 96 infirmières novices, en Chine, ce que les infirmières apprennent dans le cadre de leurs études peut quelquefois différer d'avec la réalité des milieux de travail (Qiao & al., 2011). Selon les résultats de cette étude, les infirmières novices notent que la préparation à leur nouveau rôle d'infirmière est inadéquate en ce sens où leur expérience en milieu clinique est assez limitée et elles doivent donc rapidement développer des connaissances et des compétences particulières afin de pouvoir exercer dans leur milieu de pratique (Qiao & al., 2011). L'étude de Suresh et al. (2012) révèle que, chez les infirmières novices, le sentiment de préparation insuffisante à leur rôle d'infirmière peut entraîner un manque de confiance en leurs capacités d'infirmières. Alors que certaines infirmières novices sont motivées par leurs nouvelles responsabilités à titre d'infirmières, d'autres semblent davantage stressées par celles-ci (Suresh & al., 2012). Étant donné les attentes, les implications et le stress liés à ces responsabilités, il importe que les organisations et les collègues des nouvelles infirmières leur offrent un soutien adéquat durant cette transition qui s'avère être source potentielle de souffrance.

VII.2.C. MANQUE DE SOUTIEN OFFERT PAR LES COLLÈGUES ET PAR L'ORGANISATION

Les conclusions de l'étude d'approche quantitative, menée auprès de 87 nouvelles infirmières du Nouveau-Brunswick, illustrent qu'un autre facteur organisationnel pouvant causer du stress à l'infirmière novice est le manque de soutien offert par les organisations de santé et par les collègues (Rhéaume & al., 2008). Selon cette étude, le manque de soutien a pour effet de ralentir l'intégration des novices au sein de leur milieu de travail (Rhéaume & al., 2008). Ce constat est appuyé par les résultats de l'étude d'approche qualitative de Spiva et al. (2013), menée auprès de 21 infirmières américaines nouvellement graduées, selon lesquels les infirmières novices reçoivent moins d'orientation et de soutien que ce dont elles disent avoir besoin. En revanche, la durée des programmes d'orientation, offrant davantage de soutien aux jeunes infirmières, contribue à une diminution du stress de ces dernières (Rhéaume & al., 2008). Au Québec, les programmes d'orientation comprennent l'accueil des nouvelles infirmières au sein des milieux de soins, la mise à niveau des connaissances des infirmières novices ainsi que la période durant laquelle ces novices sont encadrées sur les diverses unités de soins. Ces programmes sont habituellement d'une durée de quelques semaines, mais peuvent persister jusqu'à plusieurs mois, selon l'établissement.

La personne qui s'assure de l'orientation des infirmières, nommée préceptrice ou précepteur, selon son genre, a une grande influence sur l'intégration de ces infirmières et le développement professionnel ainsi que sur la confiance que les infirmières ont en elles-mêmes tout au long de leur orientation (Spiva & al., 2013). Toutefois, selon une étude d'approche qualitative, menée auprès de 17 nouvelles infirmières de Singapour, il apparaît que les infirmières novices soient souvent intégrées, de manière inadéquate, dans les équipes de soins, dans la mesure où trop peu de temps est dévolu à cette intégration (Cleary, Horsfall, Jackson, Muthulakshmi, & Hunt, 2013). Alors que le soutien s'avère déterminant pour elles, plusieurs infirmières affirment ne pas en recevoir suffisamment de leur milieu de travail (Cleary, & al., 2013). Les résultats de l'étude de Zinsmeister et Schafer (2009) vont dans le même sens et indiquent que la transition entre le rôle d'étudiante en soins infirmiers et le rôle d'infirmière est plus aisée pour l'infirmière novice lorsque les collègues sont disponibles pour aider ou répondre aux questions; l'infirmière novice se sent ainsi davantage soutenue dans cette période de transition (Zinsmeister & Schafer, 2009). Un lien peut d'ailleurs être fait entre le soutien offert par les collègues et le climat de travail, parfois houleux, dans lequel l'infirmière novice travaille.

VII.2.D. TENSIONS AU TRAVAIL

Les résultats de l'étude d'approche quantitative de Laschinger et al. (2012), menée auprès de 342 nouvelles infirmières ontariennes (Canada), révèlent que les infirmières novices sont particulièrement vulnérables aux comportements négatifs des collègues de travail qui se produisent dans l'environnement de travail comme, par exemple, l'intimidation au travail. L'étude de Bourbonnais et al. (1999) révèle le lien qui prévaut entre les tensions vécues par les infirmières, dans le cadre de leur travail, et la détresse psychologique éprouvée par celles-ci. Les conclusions de l'étude d'approche qualitative de Lavoie-Tremblay et al. (2010), réalisée auprès de 35 infirmières novices québécoises, indiquent qu'un climat de travail positif a plusieurs répercussions positives chez les novices : augmentation de la satisfaction au travail, de l'engagement professionnel, de la motivation et de la productivité ainsi que diminution des taux d'absentéisme, des taux de roulement et du temps supplémentaire. À l'inverse, un climat de travail déficient peut être source de souffrance pour l'infirmière novice et peut ainsi mener à des absences répétées ainsi qu'à un taux de roulement augmenté (Lavoie-Tremblay & al., 2010). En ce sens, les résultats de l'étude d'approche quantitative de Berry et al. (2012), menée auprès de 197 infirmières novices travaillant dans les États américains de l'Ohio, du Kentucky et de l'Indiana, soulignent que les rapports avec les collègues au travail ne sont pas toujours amicaux. Les infirmières sont susceptibles de vivre de l'intimidation au travail (Berry & al., 2012; Laschinger & al., 2012). Les résultats de diverses études ont aussi montré que les infirmières novices sont susceptibles de vivre des conflits avec les médecins (Rhéaume & al., 2008; Suresh & al., 2013) ou avec les collègues de travail (Almada, Carafoli, Flattery, French & McNamara, 2004). Les conclusions de l'étude de Laschinger et al. (2012) ont révélé que ces conflits vécus au travail sont des sources de stress importantes pour les nouvelles infirmières influençant considérablement leur santé physique et mentale.

Les résultats de la revue de la littérature, menée par Pfaff, Baxter, Jack et Ploeg (2013), indiquent quant à eux que la collaboration interprofessionnelle constitue un élément important d'un climat de travail satisfaisant pour les nouvelles infirmières et diminue les tensions vécues par ces dernières. Ces auteurs (2013) ont démontré que le respect et la confiance provenant de l'équipe de soins envers les nouvelles infirmières sont deux éléments majeurs dans la collaboration interprofessionnelle. Toutefois, la création de relations de travail avec l'équipe de soins peut parfois représenter un défi pour la nouvelle infirmière (Pfaff & al., 2013) et s'expliquerait par le fait que, aux yeux des infirmières plus expérimentées, les infirmières novices ont un niveau de confiance peu élevé en leurs propres compétences et ont des compétences de communication peu développées (Pfaff & al., 2013). D'ailleurs, les infirmières novices faisant partie de l'étude de Suresh et al. (2012) ont, quant à elles, ressenti qu'elles devaient « faire leurs preuves » vis-à-vis d'autres professionnels de la santé. Elles disaient se sentir observées et jugées de la part des autres infirmières (Suresh & al., 2012). Un lien peut d'ailleurs être fait entre les tensions vécues au travail et les conditions de travail des infirmières novices.

VII.2.E. CONDITIONS DE TRAVAIL PATHOGÈNES

Selon la revue intégrative des écrits d'Alderson et al. (2014), le travail peut être source d'épanouissement pour l'infirmière et, dès lors, source de santé mentale lorsque l'expertise et l'ingéniosité de l'infirmière sont mises à profit. À l'inverse, lorsque les conditions de travail des infirmières génèrent une détresse chez ces dernières, elles fragilisent leur santé mentale et accroissent les risques de souffrance et de suicidalité (Alderson & al., 2014). L'étude de Cleary et al. (2013) indique que plusieurs infirmières novices semblent avoir de la difficulté à travailler avec la complexité des soins et de l'environnement de travail. Les résultats de l'étude d'approche quantitative, réalisée par Laschinger (2012) auprès de 342 infirmières novices ontariennes (Canada), documentent le fait que la satisfaction au travail des novices est étroitement liée aux conditions de travail. Dans le même ordre d'idées, les résultats de l'étude de Laschinger et al. (2012) illustrent que le leadership des gestionnaires joue un rôle clé dans l'engagement des infirmières ainsi que dans leur satisfaction au travail. L'étude de Cleary et al. (2013) a illustré que les infirmières novices sont à la recherche de modèles ou de leaders, sur qui prendre exemple. Toutefois, plusieurs novices sont incapables d'en identifier dans leur environnement de travail, ce qui, apparemment, les déçoit (Cleary & al., 2013). Par ailleurs, selon les résultats de l'étude d'approche quantitative, réalisée par Lavoie-Tremblay, O'Brien-Pallas, Gelinas, Desforges et Marchionni (2008) auprès de 309 infirmières novices, un important écart est noté entre les efforts professionnels investis par les novices et les résultats qu'elles obtiennent ou qu'elles ont l'impression d'obtenir. Par exemple, selon certaines infirmières novices, malgré tous leurs efforts pour bien travailler, elles reçoivent peu de reconnaissance de la part de leurs supérieurs (Lavoie-Tremblay & al., 2008). Dans la perspective de la PDT, les réactions excessives de la suicidalité, comme le suicide, sont vues comme « des aboutissements extrêmes et individuels de conditions de travail négatives (ce qui n'exclut pas d'autres facteurs pouvant se combiner à cette source) » (Saint-Jean & al., 2006, p. 40). Les infirmières

déploient donc des stratégies pouvant atténuer leur perception de souffrance vécue au travail ; il en sera question ci-après.

VII.3. LES STRATÉGIES DÉFENSIVES ET D'ADAPTATION AU STRESS

Cette section vise à documenter les stratégies défensives déployées par les infirmières pour faire face aux souffrances vécues dans le travail ainsi que les stratégies d'adaptation au stress des infirmières novices. En effet, les diverses sources de souffrance recensés mènent bien à des risques de suicidalité. Selon la psychodynamique du travail (PDT), les travailleurs qui font face à des sources de souffrance déploient des stratégies défensives (Rhéaume, 2006) dans le but de composer avec les difficultés vécues au travail et préserver leur santé mentale (Alderson, 2004b ; Dejours, 2010). Référant aux stratégies défensives, Alderson (2006) note : « Leur seule présence témoigne d'une souffrance vécue contre laquelle une personne se défend en tentant d'en diminuer la perception » (p. 113). Saint-Jean et al. (2006) notent que « ces défenses permettent parfois, pour un temps, de surmonter la souffrance, mais qu'elles engendrent souvent une souffrance encore plus grande et peuvent même, à plus long terme, mettre en péril la santé de ceux qui en usent » (p. 57). Selon Alderson (2004b), les stratégies défensives déployées par les travailleurs peuvent, à long terme, agir négativement sur leur santé mentale. En effet, les stratégies de défense déployées à long terme, « ne sont pas sans incidences négatives sur la santé mentale des individus qui y recourent à outrance dans la mesure où elles portent ces derniers à s'adapter à la situation éprouvante ou à la fuir plutôt qu'à tenter de la transformer » (Alderson, 2004b, p. 252). Tel qu'expliqué précédemment, le travail tel qu'organisé amène une souffrance au travailleur qui peut mener à la détérioration de la santé de ce dernier jusqu'à un risque accru de suicidalité et, ultimement, sa mort (Davezies, 1993).

Même si la souffrance en tant que telle est propre à chaque individu (Molinier, 2008), les stratégies de défense peuvent être individuelles ou collectives (Saint-Jean & al., 2006). Les stratégies de défense individuelles et collectives déployées par les infirmières ainsi que les stratégies d'adaptation individuelles sont recensées ci-après.

VII.3.A. LES STRATÉGIES DE DÉFENSE ET D'ADAPTATION INDIVIDUELLES

Les stratégies de défense individuelles sont déployées par un seul individu qui vit certaines souffrances au travail, même si ces souffrances peuvent être partagées par plusieurs travailleurs (Saint-Jean & al., 2006). Elles « témoignent parfois d'une capacité d'analyse et d'introspection de l'individu, de même que d'une prise en main active de sa destinée » (Vézina, 2000, p. 36). Parmi les stratégies défensives individuelles recensées en sciences infirmières, aucun auteur ne semble mentionner les stratégies utilisées par les infirmières novices en particulier. Il s'agit ici d'analyser dans quelle mesure les stratégies défensives déployées par les infirmières en général peuvent être transférables spécifiquement aux infirmières novices.

Au travers d'une étude d'approche qualitative, menée auprès de 33 infirmières œuvrant dans un Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), Alderson (2006) observe l'individualisme et le retrait comme stratégies défensives individuelles ; elle note : « l'infirmière se rabat sur sa situation individuelle, se concentre sur ses tâches

et trouve finalement dans l'individualisme une façon de vivre au travail » (p. 113). Le retrait et l'évitement sont aussi des stratégies de défense relatées dans l'étude d'approche qualitative menée par Badger (2005) auprès de 24 infirmières et infirmiers travaillant dans une unité de soins intensifs américaine. Ces stratégies pourraient d'ailleurs, selon la revue de la littérature menée par Lim, Bogossian et Ahern (2010), améliorer la santé mentale des infirmières aux prises avec des sources de souffrances telles que celles mentionnées précédemment (charge de travail élevée, ambiguïté dans la définition du rôle de l'infirmière novice, manque de soutien offert par les collègues et par l'organisation, tensions au travail et conditions de travail pathogènes). À l'égard des souffrances vécues au travail par les infirmières, les résultats de l'étude d'Alderson (2006) révèlent que l'adaptation paralysante, selon laquelle l'infirmière cherche à s'adapter à la souffrance plutôt que de la transformer, est une stratégie de défense. Cette stratégie est toutefois peu transférable auprès des infirmières novices étant donné qu'elle est davantage utilisée par les infirmières d'expérience approchant l'âge de la retraite (Alderson, 2006). Comme l'ont illustré les résultats des diverses études réalisées, une stratégie de défense fréquemment utilisée par les infirmières est le déni de la situation source de souffrance (Alderson, 2006 ; Molinier, 2008) : « Si ces stratégies évitent de paralyser le travail [...], la souffrance continue à faire son œuvre, silencieusement, voire à l'insu des personnes qui la vivent » (p. 113). L'étude d'Alderson (2006) montre que certaines infirmières utilisent aussi, à titre de stratégie défensive, la banalisation de la souffrance. Cette stratégie consiste à minimiser les sources de souffrance de manière à ce que l'infirmière n'en perçoit plus l'effet (Alderson, 2006). Selon cette même étude, les infirmières peuvent aussi avoir recours à la diminution du temps de travail (Alderson, 2006), voire au départ et au changement d'emploi (Dallaire, 2005 ; Molinier, 2008 ; Turcotte, 2011). En effet, la mutation ou la démission des infirmières peut avoir lieu lorsque celles-ci se rendent compte qu'elles ne peuvent pas changer la situation génératrice de souffrance (Molinier, 2008). Cette stratégie survient généralement lorsque les travailleurs, ici les infirmières, ont d'abord essayé d'autres stratégies de défense qui ont échoué (Molinier, 2008). La mutation « témoigne d'une authentique reconnaissance de l'échec » (Molinier, 2008, p. 253). Finalement, selon l'étude d'Alderson (2006), certaines infirmières peuvent, à titre de stratégie de défense, augmenter leur investissement hors travail en ce sens où elles « s'appliquent à trouver, hors travail, les moyens qui leur permettent de se ressourcer et de restaurer leurs énergies de manière à être capable de continuer à fonctionner au travail » (p. 114).

Même si aucun écrit ne dégage ou ne souligne de stratégies de défense déployées en particulier par les infirmières novices, certains écrits abordent la notion de stratégie d'adaptation chez les novices. Dans son étude, Alderson (2001) note que les stratégies d'adaptation au stress réfèrent à l'approche du stress qui s'avère complémentaire à la perspective de la psychodynamique du travail (PDT). Les stratégies d'adaptation au stress incitent le travailleur, comme leur nom l'indique, à s'adapter aux divers agents de stress et contraintes au travail plutôt qu'à tenter d'agir sur ceux-ci pour les modifier (Alderson, 2001).

À l'aide d'une étude d'approche quantitative, réalisée auprès de 889 infirmières américaines nouvellement graduées, Beecroft, Dorey et Wenten (2008) ont noté que les infirmières novices recherchent, afin de faciliter leur adaptation au stress ressenti à titre de novices, le soutien social auprès de collègues. Cette quête de soutien est aussi relatée dans l'étude qualitative, menée en Norvège par Wangensteen, Johansson et Nordstrom (2008), auprès de 12 infirmiers et infirmières novices. Les résultats de l'étude menée par Qiao et al. (2011) illustrent que les infirmières novices s'efforcent de développer, à titre de stratégie d'adaptation au stress vécu au travail, une planification plus performante de leur travail. L'étude d'approche quantitative, menée auprès de 110 infirmières novices australiennes, par Chang et Hancock (2003), a révélé quelques autres stratégies d'adaptation au stress, quoique de nature plus passive : attendre et voir si le problème va se résorber, essayer d'oublier le stress, consommer de l'alcool ou des drogues, etc. Il est intéressant de noter, à travers les écrits, qu'un pourcentage non négligeable d'infirmières novices sont d'avis que ces stratégies d'adaptation individuelles sont peu ou pas efficaces pour diminuer la perception du stress vécu au travail (Chang & Hancock, 2003). Alderson (2001) note, quant à elle, qu'il vaut mieux tenter de modifier la source du stress au travail que d'essayer de s'adapter à ce stress. Tel que mentionné plus haut, parmi les stratégies de défense, il est possible de distinguer des stratégies individuelles ou collectives. Cette distinction est développée ci-après.

VII.3.B. LES STRATÉGIES DE DÉFENSE COLLECTIVES

Les stratégies de défense collectives sont déployées par un collectif de travail aux prises avec une ou plusieurs souffrances liées au travail ; le collectif de travail étant défini comme un regroupement de travailleurs qui partagent une confiance et une réelle collaboration (Saint-Jean & al., 2006). À l'instar des stratégies de défense individuelles, les stratégies défensives collectives n'ont pas fait l'objet d'étude spécifiquement auprès des infirmières novices. Il s'agit donc d'analyser dans quelle mesure ces stratégies, déployées par les infirmières en général, peuvent être transférables aux infirmières novices en particulier.

Parmi les moyens déployés, de manière collective, par des infirmières non spécifiquement novices, on note, entre autres, les moments de discussion au sein de l'équipe de soins (Molinier, 2008) qui permettent aux infirmières d'échanger à propos de leurs frustrations, de leurs sentiments et de leurs doutes, par rapport à leur travail. Badger (2005), à travers son étude empirique d'approche qualitative, réalisée auprès de 24 infirmières, relève que les périodes de discussion entre les collègues sont un moyen de verbaliser, à voix haute, à d'autres personnes, les frustrations vécues et les souffrances éprouvées. Elles permettent, entre autres, aux infirmières de se soutenir mutuellement (Badger, 2005). En outre, l'humour et le rire font également partie des stratégies défensives déployées par les infirmières (Pomerleau, Alderson & Décarie, 2013). Lors de ces discussions, les infirmières cherchent à « dédramatiser les situations vécues [...] pour trouver de quoi rendre le quotidien amusant ou cocasse » (Molinier, 2008, p. 249). Bien que les groupes de discussion ne constituent pas des stratégies de défense au sens proprement parlé, une étude américaine, menée auprès d'infirmières

novices, révèle que ces instances permettent de normaliser les émotions et expériences vécues par les novices ainsi que favoriser leur intégration, leur collaboration et leur satisfaction au travail (Halfer, 2007).

VIII. DISCUSSION

VIII.1. RETOUR SUR LES RÉSULTATS

À la lumière de la recension des écrits, il apparaît que l'organisation du travail des infirmières novices a des incidences significatives sur leur santé mentale. En effet, les diverses restructurations qu'a connu le système de santé québécois ont eu plusieurs impacts négatifs auprès des professionnels de la santé, dont font partie les infirmières novices : détresse psychologique (Bourbonnais & al., 1998), insécurité d'emploi (Vahtera & al., 1997), augmentation du stress occupationnel (Callan, 1993), diminution de la productivité (Bourbonnais & a., 1998 ; Callan, 1993), diminution du soutien au travail (Bourbonnais & al., 1998).

La charge de travail élevée, l'ambiguïté dans la définition du rôle de l'infirmière novice, le manque de soutien offert par les collègues et par l'organisation, les tensions au travail et, finalement, les conditions de travail pathogènes représentent autant de sources de souffrances recensées qui méritent de recevoir une attention particulière. Ces souffrances, causant du stress occupationnel chez les infirmières novices, peuvent, conséquemment, augmenter le risque de suicidalité (Saint-Jean & al., 2006) chez ces dernières.

Il peut être noté que divers auteurs suggèrent, peut-être naïvement, de restreindre l'accès aux moyens et méthodes de suicide et ce afin de prévenir ce dernier chez les professionnels de la santé (Agerbo, Gunnell, Bonde, Mortensen & Nordentoft, 2007; Andersen, Hawgood, Klieve, Kølves & De Leo, 2010; Hem, Haldorsen, Aasland, Tyssen, Vaglum & Ekeberg, 2005; Skegg, Firth, Gray & Cox, 2010). Il s'agit toutefois d'une stratégie extrêmement difficile à mettre en place et à contrôler, selon Hawton et al. (2002). Ces auteurs sont d'avis que les infirmières sont à même de connaître les méthodes dangereuses susceptibles d'enlever la vie et qui peuvent être pratiquées en-dehors du travail (Hawton & al., 2002). Dans le cadre de la présente discussion des résultats, les auteures font la proposition d'une mesure de prévention organisationnelle du suicide d'infirmières novices qui est davantage concrète et contextualisée aux enjeux du système de santé québécois.

VIII.2. PROPOSITION DE MESURE DE PRÉVENTION ORGANISATIONNELLE

Dans une perspective de la PDT, la proposition qui suit consiste en une mesure de prévention organisationnelle à l'attention des gestionnaires qui, une fois mise en place, pourra offrir sa contribution à la réduction des sources de souffrance vécues par les infirmières novices et, ainsi, atténuer les souffrances qui les mettent à risque de suicidalité. Cette mesure est un programme de prévention organisationnelle de la suicidalité chez les infirmières novices.

VIII.2.A. PROGRAMME DE PRÉVENTION ORGANISATIONNELLE DE LA SUICIDALITÉ CHEZ LES INFIRMIÈRES NOVICES

Ce programme de prévention organisationnelle de la suicidalité chez les infirmières novices est un programme qui se fait en deux temps. Dans un premier temps, les gestionnaires ont à mettre de l'avant, dans une perspective de prévenir les risques de suicidalité de leurs jeunes infirmières, une culture organisationnelle de prévention du suicide (Burnonville & Pavlic, 2012 ; Center & al., 2003). « Le fait de créer une culture de vigilance donne le sentiment à la personne en difficulté que quelqu'un peut l'aider » (Burnonville & Pavlic, 2012, p. 28). Au sein d'une telle culture, les professionnels de la santé sont encouragés à rechercher de l'aide et comprennent que l'organisation fait de leur santé mentale une priorité (Center & al., 2003). Selon Burnonville et Pavlic (2012), trois types d'intervention sont à déployer par les gestionnaires afin de mettre de l'avant semblable culture organisationnelle : faire de la sensibilisation, informer les infirmières et les former aux facteurs de risque et aux moyens d'intervenir.

Les gestionnaires ont à sensibiliser leurs infirmières, dont les novices, aux signes verbaux ou symboliques que les personnes à risque sont susceptibles d'émettre avant leur passage à l'acte ; ils ne doivent pas craindre de parler ouvertement de suicidalité (Burnonville & Pavlic, 2012). « En informant sur le suicide, sur les préjugés, les signes précurseurs, les comportements d'aide et les ressources, on contribue à sensibiliser les pairs aux manifestations du processus suicidaire » (Chagnon & Mishara, 2004, p. 30). Par exemple, de la documentation peut être laissée à la cafétéria ou dans les aires communes où les infirmières se réunissent. Il est aussi possible, lors des réunions ou rencontres prévues entre les gestionnaires et les infirmières, d'interpeller directement ces infirmières en abordant le sujet du suicide. Ces mesures ont pour effet d'inciter les personnes en difficulté à demander de l'aide (Burnonville & Pavlic, 2012).

Les gestionnaires ont à informer leurs infirmières novices à propos du fait que la suicidalité n'est pas un sujet tabou (Burnonville & Pavlic, 2012). En ce sens, au Québec, a lieu, en février, la semaine de prévention du suicide ; semaine durant laquelle beaucoup d'informations sur le suicide sont publiées. Les gestionnaires peuvent, par exemple, encourager les infirmières à s'informer davantage sur la suicidalité lors de cette semaine. Un gestionnaire davantage proactif pourrait informer directement ses infirmières, selon la documentation publiée durant cette semaine. La réduction de la stigmatisation associée au fait que quelqu'un demande de l'aide fait d'ailleurs partie des stratégies nationales de prévention de la suicidalité (Yip, 2011).

Finalement, les gestionnaires doivent être formés au niveau des facteurs de risque organisationnels de la suicidalité chez les infirmières novices de manière à pouvoir agir sur ces facteurs en vue de prévenir les risques de suicide : « Une personne bien formée sera moins démunie en face d'une personne en crise » (Burnonville & Pavlic, 2012, p. 33).

En bref, les diverses sources de souffrance vécues au travail doivent être traitées sérieusement par les gestionnaires, car, selon Burnonville et Pavlic (2012), les victimes de ces souffrances présentent davantage un risque de suicidalité. En ce sens, faisant un lien avec la psychodynamique du travail (PDT) (cadre de référence de la revue intégrative des écrits), il importe que les gestionnaires agissent sur les facteurs sources

de souffrance des infirmières novices dans le but d'optimiser l'expérience de travail vécue par ces dernières. Il s'agit d'ailleurs du deuxième temps dans l'implantation du programme de prévention organisationnelle de la suicidalité chez les infirmières novices.

Pour exemple, et comme nous l'avons vu, les infirmières novices manquent de soutien de la part de leurs collègues et de leurs gestionnaires. Ainsi, dans une perspective de prévention, les gestionnaires élaboreront et mettront en place des groupes de discussion aux infirmières novices, animés par des professionnels expérimentés, au cours desquels les novices sont invitées à partager leurs expériences vécues au travail (Halfer, 2007). Selon cette dernière, les discussions ont pour effet de faire réaliser aux infirmières novices que leur vécu du travail est partagé par d'autres. Les animateurs de ces groupes, formés à cet effet, offrent du soutien aux infirmières novices. Comme mentionné plus haut, les groupes de discussion ont pour effet de favoriser l'intégration, la collaboration et la satisfaction des infirmières novices (Halfer, 2007).

Les effets recherchés par le programme de prévention de la suicidalité peuvent être très difficiles à évaluer étant donné que la disparition complète des comportements suicidaires, si cela est possible, peut survenir jusqu'à plusieurs années après la mise en place de telles mesures (Chagnon & Mishara, 2004). En dépit de cela, il importe que les gestionnaires en soins infirmiers continuent leurs efforts collectifs afin de prévenir les risques suicidaires chez les infirmières novices, car le suicide peut rapidement devenir la seule solution aux diverses souffrances rencontrées (Chagnon & Mishara, 2004).

En résumé, le programme de prévention de la suicidalité chez les infirmières novices incite les gestionnaires à agir sur les diverses sources de souffrance auxquelles sont exposées les infirmières novices tout en implantant une culture organisationnelle de prévention de la suicidalité.

VIII.3. RETOUR SUR LE BUT ET LES OBJECTIFS

Le but de l'article était d'établir l'état des connaissances quant aux facteurs organisationnels pouvant contribuer à la suicidalité des infirmières novices en vue de proposer des mesures de prévention de la suicidalité à l'attention des gestionnaires. En recensant et analysant les écrits scientifiques empiriques et théoriques traitant du risque de suicidalité des infirmières novices et des facteurs organisationnels susceptibles d'y être associés, ainsi qu'en proposant, in fine, un programme de prévention organisationnelle de la suicidalité des novices aux gestionnaires en soins infirmiers, les auteurs considèrent que ce but a été atteint.

VIII.4. TRANSFERT DE CONNAISSANCES

Il est important de contextualiser la proposition de cet article, soit un programme de prévention de la suicidalité chez les infirmières novices, au contexte social actuel du système de santé québécois. Il importe ainsi de considérer comment cette proposition pourrait être mise sur pied dans les diverses organisations de soins en plus de s'assurer de sa pérennité. Dans le contexte de restructuration qui prévaut actuellement dans le système de santé québécois (Barette, 2014), une opportunité peut être vue pour les

gestionnaires de développer, avec l'appui de la direction des soins infirmiers (DSI) soutenue par la direction générale, de nouveaux rôles et implanter de nouveaux outils ou programmes de prévention des risques de la suicidalité des infirmières novices. Cet appui est nécessaire dans la mise en application d'un programme tel que celui proposé (NICE, 2007). Dans le cadre de leur démarche de transfert des résultats issus de la présente revue intégrative des écrits, les gestionnaires peuvent prendre appui sur le *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE, 2007) qui est une organisation indépendante qui fournit des guides de pratique à l'échelle nationale sur le transfert de connaissances à la pratique clinique. Le cadre de transferts de connaissances proposées par NICE (2007) fait état de l'importance de l'analyse des barrières à surmonter lors de la mise en place de certains projets dans les milieux de soins. Dans le cas du programme de prévention proposé, une barrière à son implantation peut être la charge de travail élevée des gestionnaires. Cette surcharge peut limiter la participation des gestionnaires au programme de prévention. Ainsi, il serait conseillé de faire appel à la collaboration avec les assistantes de l'infirmière chef (AIC) qui, elles, côtoient davantage les infirmières novices. Ces AIC contribueront ainsi à assurer la pérennité du programme de prévention. Par ailleurs, selon NICE (2007), des suivis doivent être faits à répétition sur des intervalles de temps rapprochés afin d'assurer la pérennité du programme de prévention organisationnelle de la suicidalité chez les infirmières novices.

En lien avec l'implantation possible du programme de prévention, il y a lieu de se demander quels seront les impacts de la prochaine réforme au sein du système de santé québécois auprès de l'effectif infirmier et, particulièrement, auprès des infirmières novices. Plus précisément, le Ministre de la santé et des services sociaux du Québec, le Dr. Barette (2014), vise, au moyen de la loi n°10, à modifier, entre autres, l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

IX. AVENUES POUR LA RECHERCHE

Il serait opportun d'investiguer dans quelle mesure cette réforme proposée par le ministre Barette (2014) est susceptible de générer de la souffrance chez les infirmières novices et, ainsi, contribuer à un risque augmenté de détresse, de pensées suicidaires, d'idées suicidaires, de tentatives de suicide et de suicides réussis ; la suicidalité étant «classiquement déclenchée par des facteurs de stress, et [...] modulée par des facteurs de vulnérabilité » (Abadie, 2012, p. 176). La loi n°10 est officiellement entrée en vigueur le 1^{er} avril 2015. Il faudra donc rester à l'affût des conséquences sur l'effectif infirmier.

Une avenue pour la recherche est en lien avec l'impact de la suicidalité d'une infirmière sur ses collègues. À travers leur écrit, Burnonville et Pavlic (2012) ont énoncé que le suicide d'un travailleur peut représenter une expérience éprouvante pour les collègues et l'entourage professionnel de ce travailleur. Des études sont requises afin d'investiguer les effets des pensées suicidaires, des idées suicidaires, des tentatives de suicide et des suicides des infirmières auprès des collègues de travail.

En outre, il aurait lieu d'étudier les stratégies de défense déployées plus spécifiquement par les infirmières novices. La revue intégrative a mis en lumière le manque de connaissances à ce niveau.

Au terme de l'implantation par des gestionnaires d'établissements du programme de prévention proposé, il s'avérerait requis d'évaluer les effets de celui-ci sur la santé mentale des infirmières novices.

X. CONCLUSION

À la lumière des différentes sources de souffrance recensées augmentant le risque de suicidalité chez les infirmières novices, il apparaît que l'organisation du travail des novices présente des répercussions négatives sur leur santé mentale. Le cadre de référence de la PDT a permis de structurer la revue intégrative des écrits construite à partir de ses principaux thèmes : l'organisation du travail, les sources de souffrance et les stratégies de défense. La proposition faite dans le cadre de cet article a mis en évidence qu'il importe que les gestionnaires promeuvent une prévention efficace de la suicidalité des infirmières novices. Il est souhaitable que les avenues pour la recherche mentionnées fassent l'objet de pistes de réflexion pour les études à venir sur la santé mentale des infirmières novices, principalement dans le contexte spécifique du Québec, marqué par l'implantation de la loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux.

RÉSUMÉ

Les premiers mois d'emploi des infirmières novices sont très stressants et peuvent être vécus difficilement par ces dernières. Suite aux décès de quelques infirmières québécoises, dont une infirmière novice, durant les cinq dernières années, il convient de se demander si le stress lié au travail ne contribue pas au risque de suicidalité (pensées suicidaires, idéations suicidaires, tentatives de suicide, suicides accomplis) des novices. Ce travail dirigé a pour but de proposer, sur la base des connaissances établies quant aux facteurs organisationnels pouvant contribuer au suicide d'infirmières novices, des mesures de prévention du suicide à l'attention des gestionnaires. À l'aide de ses concepts centraux : l'organisation du travail, les sources de souffrance et les stratégies défensives, le cadre de référence de la psychodynamique du travail de Dejours (1993) a été retenu pour guider et structurer la revue intégrative des écrits; cette dernière étant composée de 26 études empiriques et de 18 écrits théoriques dont cinq revues de la littérature et un ouvrage. De cette recension, il ressort que l'organisation du travail peut être source de souffrance pour les infirmières novices. Ces dernières se heurtent d'ailleurs à plusieurs sources de souffrance organisationnelles (charge de travail élevée, tensions au travail, manque de soutien, etc.) et, bien que les novices puissent déployer certaines stratégies d'adaptation au stress vécu au travail, ces souffrances fragilisent leur santé mentale et contribuent à augmenter leur risque de suicide. Dans cet esprit, un programme de prévention organisationnelle de la suicidalité chez les infirmières novices est proposé, à l'attention

des questionnaires, et qui regroupe plusieurs mesures organisationnelles pouvant être mises en place dans les organisations de soins québécoises.

Mots-clés : suicide, suicidalité, idées suicidaires, infirmière novice, facteur de risque, facteur organisationnel, santé mentale, prévention, psychodynamique du travail.

Conclusion du travail dirigé

Retour sur les objectifs d'apprentissage

Au terme de ce travail dirigé, l'étudiante considère que ses objectifs d'apprentissage fixés au début du projet ont été atteints. En effet, elle a développé ses connaissances, à travers la présente recension intégrative des écrits, au regard des possibles liens pouvant être faits entre les facteurs organisationnels et les risques de suicidalité d'infirmières novices. Le cadre de la psychodynamique du travail a été utilisé afin d'établir ces liens entre l'organisation du travail des infirmières novices qui est souvent en changement, les souffrances vécues par les infirmières novices, les stratégies défensives et d'adaptation déployées par ces dernières et le risque de suicidalité qu'elles présentent.

L'étudiante a aussi été en mesure de parfaire ses connaissances quant au programme de prévention organisationnelle de la suicidalité des infirmières novices pouvant être mis sur pied dans les organisations de santé. Encore une fois, le cadre de la PDT s'est avéré utile dans l'élaboration de la proposition de prévention du présent travail. Le programme de prévention de la suicidalité des infirmières novices s'articule dans l'axe, selon lequel il pourra offrir sa contribution, dans la prévention des sources de souffrance vécues, par les novices et, conséquemment, réduire leur risque de suicidalité.

Finalement, elle a mis en application les compétences de communication développées durant le programme de maîtrise afin de publier les résultats du travail dirigé dans une revue scientifique en sciences infirmières et de les présenter dans le cadre de diverses communications orales scientifiques. En effet, afin de s'assurer de la

diffusion des résultats de son travail dirigé, celui-ci sera soumis pour publication dans une revue scientifique avec comité de pairs. Par ailleurs, trois communications orales ont été prévues à l'horaire, soit le 13 mai 2015, au Colloque Alice-Girard, qui a eu lieu au campus Laval de l'Université de Montréal, le 26 mai 2015, au Congrès de l'ACFAS à Rimouski et le 3 juin 2015, au Congrès mondial des infirmières et infirmiers francophones (SIDIIIEF) qui s'est tenu à Montréal.

Pertinence de la proposition

Le programme de prévention de la suicidalité des infirmières novices se démarque par son originalité. Bien qu'il puisse être difficile de mettre en place un tel projet de cette envergure à cause de plusieurs contraintes (temporelles, financières, organisationnelles, etc.), l'étudiante est d'avis qu'il importe de mettre de l'avant une culture de prévention de la suicidalité chez les gestionnaires. Selon son point de vue, toute démarche contribuant au développement d'une telle culture est bénéfique pour les infirmières novices. En outre, les exemples donnés, dans le cadre du travail dirigé, illustrent des initiatives non onéreuses, réalistes et peu complexes à réaliser : fournir de la documentation sur le suicide dans les aires de détentes des infirmières, installer des affiches sur les babillards à propos de la semaine de prévention du suicide, etc.

Tel que mentionné, il faut cependant convenir que plusieurs contraintes peuvent limiter la mise en place de la proposition. Certaines personnes peuvent se sentir inconfortables avec le sujet de suicidalité et, ainsi, se montrer hésitantes à la mise en place d'un tel programme. De plus, la formation des infirmières et des gestionnaires

quant aux facteurs de risque organisationnels du suicide demande des ressources humaines, financières et matérielles. Dans la perspective d'épargne des coûts et de limitation des ressources disponibles (Barette, 2014), il pourrait s'avérer difficile d'allouer les ressources nécessaires à l'implantation du programme de prévention organisationnelle de la suicidalité chez les infirmières novices.

Ainsi, en regard des forces et des contraintes de la proposition, il pourrait être intéressant d'intégrer le programme de prévention de la suicidalité à un programme déjà existant sur la santé et sécurité au travail. La collaboration du Programme d'aide aux employés (PAE), instance présente dans les organisations de soins québécoises, pourrait s'avérer facilitante dans l'implantation du programme de prévention.

Forces et limites du travail dirigé

La principale force du travail dirigé est la transparence du cadre de la PDT dans chaque étape du travail. En effet, la PDT a été utilisée pour organiser la revue intégrative des écrits, la discussion et la proposition. De plus, l'atteinte des objectifs du travail dirigé et des objectifs d'apprentissage constitue une force du travail dirigé de l'étudiante.

À l'inverse, le nombre restreint d'écrits sur le sujet de la suicidalité des infirmières en général et des infirmières novices en particulier constitue une limite du travail dirigé. En effet, il a été difficile de constituer un échantillon significatif d'écrits retenus pour la revue intégrative des écrits. Bien que la stratégie de recherche

documentaire « boule de neige » ait été facilitante pour l'étudiante, il s'agit d'une stratégie qu'il ne serait pas aisé de reproduire par d'autres chercheurs.

Contribution à l'avancement des connaissances

Le travail dirigé comporte un aspect novateur, en ce sens où très peu d'écrits ont fait état du risque de suicide chez les infirmières novices. L'analyse critique de l'état des connaissances entourant le sujet et la réalisation d'une recension intégrative des écrits contribuent au développement des connaissances et à la mise en lumière d'avenues pour des études à venir. Cette rareté d'écrits sur le sujet de la suicidalité chez les infirmières novices amène à une réflexion : elle invite les chercheurs à investiguer davantage le concept de suicidalité, principalement auprès de la relève infirmière. En outre, le manuscrit rédigé en tant que « cœur » du travail dirigé sera soumis pour publication à une revue scientifique en sciences infirmières. Il pourrait donc servir de tremplin pour initier les études requises sur le sujet.

Finalement, via les communications scientifiques orales et la communication scientifique écrite, la recension intégrative d'écrits est susceptible d'accompagner les décideurs dans leur prise de décision éclairée ainsi que dans le développement de politiques visant à diminuer le risque de suicidalité des infirmières novices québécoises.

Références

- Abadie, P. (2012). Conduites suicidaires chez les adolescents et les jeunes adultes avec un trouble envahissant du développement. *Santé mentale au Québec*, 37(2), 175-191.
- Agerbo, E., Gunnell, D., Bonde, J. P., Mortensen, P. B., & Nordentoft, M. (2007). Suicide and occupation: the impact of socio-economic, demographic and psychiatric differences. *Psychological Medicine*, 37, 1131-1140.
- Alderson, M. (2001). Analyse psychodynamique du travail infirmier en unité de soins de longue durée : entre plaisir et souffrance. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal. Repéré à <http://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk3/ftp05/NQ61368.pdf>
- Alderson, M. (2004a). La psychodynamique du travail et le paradigme du stress : une saine et utile complémentarité en faveur du développement des connaissances dans le champ de la santé au travail. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 261-280.
- Alderson, M. (2004b). La psychodynamique du travail : objet, considérations épistémologiques, concepts et prémisses théoriques. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 243-260.
- Alderson, M. (2006). Lorsque l'organisation du travail en unités de soins de longue durée menace la santé mentale des infirmières : une enquête en psychodynamique du travail. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 25(2), 105-119.
- Alderson, M. (2010). *Analyse psychodynamique du travail infirmier. Une enquête en psychodynamique du travail en Centre d'Hébergement et de Soins de Longue Durée : entre plaisir et souffrance*. Sarrebruck (Germany) : Editions Universitaires Européennes.
- Alderson, M., Parent-Rochelleau, X., & Mishara, B. (2015). Critical review on suicide among nurses : What about work-related factors? *Crisis : The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 1-11.
- Almada, P., Carafoli, K., Flattery, J. B., French, D. A., & McNamara, M. (2004). Improving the retention rate of newly graduated nurses. *Journal for nurses in staff development*, 20(6), 268-273.
- Andersen, K., Hawgood, J., Klieve, H., Kolves, K., & De Leo, D. (2010). Suicide in selected occupations in Queensland : evidence from the State suicide register. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 243-249.

- Association des infirmières et infirmiers du Canada, & Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2010). La fatigue des infirmières et la sécurité des patients. Rapport de recherche. Repéré à http://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/fatigue_safety_2010_report_f.pdf?la=fr
- Badger, J. M. (2005). A descriptive study of coping strategies used by Medical Intensive Care Unit nurses during transitions from cure to comfort-oriented care. *Heart & Lung, 34*(1), 63-68.
- Barette, G. (2014). Projet de loi n°10 : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. Québec : Éditeur officiel du Québec. Repéré à <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-10-41-1.html>
- Beecroft, P. C., Dorey, F., & Wenten, M. (2008). Turnover intention in new graduate nurses: a multivariate analysis. *Journal of Advanced Nursing, 62*(1), 41-52.
- Benner, P. (1982). From novice to expert. *The American Journal of Nursing, 82*(3), 402-407.
- Benner, P. (1984). *From Novice to Expert*. Addison-Esley, Menlo Park, CA.
- Berry, L., & Curry, P. (2012). Charge de travail du personnel infirmier et soins aux patients. Comprendre la valeur du personnel infirmier, les répercussions des charges de travail excessives, et comment les ratios infirmière-patients et les modèles dynamiques de dotation peuvent aider. Repéré à http://fcsii.ca/sites/default/files/workload_french_0.pdf
- Berry, P. A., Gillespie, G. L., Gates, D., & Schafer, J. (2012). Novice nurse productivity following workplace bullying. *Journal of Nursing Scholarship, 44*(1), 80-87.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., Viens, C., Brisson, C., Laliberté, D., Malenfant, R., & Vézina, M. (1999). La vie professionnelle et la santé des infirmières depuis la transformation du réseau de la santé. *Santé mentale au Québec, 24*(1), 136-153.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., Viens, C., Laliberté, D., Malenfant, R., Brisson, C., & Vézina, M. (1998). *La transformation du réseau de la santé : mesure des caractéristiques du travail et de la santé des infirmières de l'agglomération de Québec*. Rapport de recherche soumis au Ministère de la Santé et des Services sociaux. Direction de la Santé Publique de Québec, Beauport. Repéré à <http://www.santecom.qc.ca/BibliothequeVirtuelle/CLSC-CHSLD-Haute-Ville-Des-Rivieres/2894960700.pdf>

- Burnonville, F., & Pavlic, A. D. (2012). Suicide au travail : comment intervenir ? *Gestion*, 4(37), 26-32.
- Callan, V. J. (1993). Individual and organizational strategies for coping with organizational change. *Work & Stress*, 7(1), 63-75.
- Canoe. (2010, 12 août). *Le CHUQ refuse de prendre le blâme*. Repéré à <http://fr.canoe.ca/infos/societe/archives/2010/08/20100812-184647.html>
- Carpentier-Roy, M. C. (1995). *Corps et âme. Psychopathologie du travail infirmier*. Montréal, QC : Liber.
- Casey, K., Fink, R., Krugman, M., & Propst, J. (2004). The graduate nurse experience. *Journal of nursing administration*, 34(6), 303-311.
- Cellard, A., & Corriveau, P. (2013). 250 ans de suicides au Québec : Les fondations d'une recherche dans les Archives du coroner. *Histoire sociale*, 46(91), 205-221.
- Center, C., Davis, M., Detre, T., Ford, D. E., Hansbrough, W., Hendin, H., Laszlo, J., Litts, D. A., Mann, J., Mansky, P. A., Michels, R., Miles, S. H., Proujansky, R., Reynolds, C. F., & Silverman, M. M. (2003). Confronting Depression and Suicide in Physicians. *Journal of American Medical Association*, 289(23), 3161-3166.
- Chagnon, F., & Mishara, B. L. (2004). *Évaluation de programmes en prévention du suicide*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations. (2014). *Le stress, qu'est-ce que c'est?* Repéré à <http://www.cgsst.com/fra/le-stress-au-travail/comprendre-ce-quest-le-stress.asp>
- Chang, E., & Hancock, K. (2003). Role stress and role ambiguity in new nursing graduates in Australia. *Nursing and Health Science*, 5, 155-163.
- Cleary, M., Horsfall, J., Jackson, D., Muthulakshmi, P., & Hunt, G. E. (2013). Recent graduate nurse views of nursing, work and leadership. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2904-2911.
- D'Amour, D., Tremblay, D., & Proulx, M. (2009). Déploiement de nouveaux rôles infirmiers au Québec et pouvoir médical. *Recherches sociographiques*, 50(2), 301-320.

- Dallaire, C. (2005). *Administration des services infirmiers : Enjeux futurs et tendances actuelles de la recherche*. Document préparé pour le comité de planification stratégique du Centre FERASI. Repéré à http://www.ferasi.umontreal.ca/fra/07_info/Rapport%20traduction%20FRAN%20mars%2006.pdf
- Davezies, P. (1993). Éléments de psychodynamique du travail. *Éducation Permanente*, 3(116), 33-46.
- Dejours, C. (1993). *Travail : usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*. Nouvelle édition augmentée. Paris : Bayard.
- Dejours, C. (2000). *Travail, usure mentale*. Paris : Bayard.
- Dejours, C. (2010). *Le facteur humain* (5^e éd.). Paris, Presses Universitaires de France «Que sais-je?».
- English, I. (1993). Intuition as a function of the expert nurse : a critique of Benner's novice to expert model. *Journal of Advanced Nursing*, 18(3), 387-393.
- Feskanich, D., Hastrup, J. L., Marshall, J. R., Colditz, G. A., Stampfer, M. J., Willett, W. C., & Kawachi, I. (2002). Stress and suicide in the Nurses' Health Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(2), 95-98.
- Fleury, M.-J. (2002). Émergence des réseaux intégrés de services comme modèle d'organisation et de transformation du système sociosanitaire. *Santé mentale au Québec*, 27(2), 7-15.
- Germain, M.-L. (2014). Work-related suicide : An analysis of US government reports and recommendations for Human Resource Development. *Employee Relations*, 36(2), 148-164.
- Guay, A. (2012). Récit des stratégies identitaires et défensives d'un personnel infirmier, dans ses interactions quotidiennes. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal. Repéré à : <http://core.kmi.open.ac.uk/download/pdf/15171185.pdf>
- Gunnarsdottir, H., & Rafnsson, V. (1995). Mortality among Icelandic nurses. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 21(1), 24-29.
- Halfer, D. (2007). A magnetic strategy for new graduate nurses. *Nursing economics*, 25(1), 6-11.

- Hawton, K., & Vislisel, L. (1999). Suicide in nurses. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 29*(1), 86-95.
- Hawton, K., Simkin, S., Rue, J., Haw, C., Barbour, F., Clements, A., Sakarovitch, C., & Deeks, J. (2002). Suicide in female nurses in England and Wales. *Psychological Medicine, 32*, 239-250.
- Hem, E., Haldorsen, T., Aasland, O. G., Tyssen, R., Vaglum, P., & Ekeberg, O. (2005). Suicide rates according to education with a particular focus on physicians in Norway 1960-2000. *Psychological Medicine, 35*, 873-880.
- Kölvés, K., & De Leo, D. (2013). Suicide in medical doctors and nurses: an analysis of the Queensland Suicide Register. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 201*(11), 987-990.
- Kramer, M. (1974). *Reality shock : Why nurses leave nursing*. St. Louis, MO : CV Mosby.
- Lapointe, P.-A., Chayer, M., Bernard Malo, F., & Rivard, L. (2000). La reconfiguration des soins de santé et la réorganisation du travail infirmier. *Nouvelles pratiques sociales, 13*(2), 164-180.
- Laschinger, H. K. S. (2012). Job and career satisfaction and turnover intentions of newly graduated nurses. *Journal of Nursing Management, 20*, 472-484.
- Laschinger, H. K. S., Wong, A. C., & Grau, A. L. (2012). The influence of authentic leadership on newly graduated nurses' experiences of workplace bullying, burnout and retention outcomes: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies, 49*, 1266-1276.
- Lavoie-Tremblay, M., Leclerc, E., Marchionni, C., & Drevniok, U. (2010). The Needs and Expectations of Generation Y Nurses in the Workplace. *Journal for nurses in staff development, 26*(1), 2-8.
- Lavoie-Tremblay, M., O'Brien-Pallas, L., Gelinias, C., Desforjes, N., & Marchionni, C. (2008). Addressing the turnover issue among new nurses from a generational viewpoint. *Journal of Nursing Management, 16*(6), 724-733.
- Leclerc, C., & Maranda, M.-F. (2002). The Psychodynamics of Work : Action Research in an Academic Setting. *Canadian Journal of Counselling, 36*(3), 194-210.
- Lim, J., Bogossian, F., & Ahern, K. (2010). Stress and coping in Australian nurses: a systematic review. *International Nursing Review, 57*, 22-31.

- Lim, Y. J., Teoh, Y. T. E., Pua, L. H., Holroyde, E., & Chan, M. F. (2013). Research in brief : Newly qualified registered nurses and their transition to practice journey : A qualitative descriptive study. *Singapore Nursing Journal*, 40(4), 42-44.
- Matteson, M. T., & Ivancevich, J. M. (1990). Merger and acquisition stress : Fear and uncertainty at mid-career. *Prevention in Human Services*, 8(1), 139-158.
- Molinier, P. (2004). Psychodynamique du travail et rapports sociaux de sexe. *Travail et emploi*, (97), 79-91.
- Molinier, P. (2008). *Les enjeux psychiques du travail*. Paris : Payot & Rivages.
- Molinier, P., & Flottes, A. (2012). Travail et santé mentale : approches cliniques. *Travail et emploi*, 1(129), 51-66.
- Moustaka, L., & Constantinidis, T. C. (2010). Sources and effects of work-related stress in nursing. *Health Science Journal*, 4(4), 210-216.
- Neveu, J.-P. (2012). La difficile prévention des suicides au travail. *Gestion*, 4(37), 6-14.
- NICE (2007). *How to change practice: Understand, identify and overcome barriers to change*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Repéré à <https://www.nice.org.uk/Media/Default/About/what-we-do/Into-practice/Support-for-service-improvement-and-audit/How-to-change-practice-barriers-to-change.pdf>
- O'Shea, M., & Kelly, B. (2007). The lived experience of newly qualified nurses on clinical placement during the first six months following registration in the Republic of Ireland. *Journal of Clinical Nursing*, 16(8), 1534-1542.
- Ohler, M. C., Kerr, M. S., & Forbes, D. A. (2010). Depression in Nurses. *Canadian Journal of Nursing Research*, 42(3), 66-82.
- Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (2014). Inscription au tableau. Repéré à <https://www.oiiq.org/taxonomy/term/257>
- Organisation Mondiale de la Santé (2014a). *Suicide data*. Repéré à http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
- Organisation Mondiale de la Santé (2014b). *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*. Repéré à <http://www.crise.ca/pdf/oms-prevention-suicide-2014.pdf>

- Peipins, L. A., Burnett, C., Alterman, T., & Lalich, N. (1997). Mortality patterns among female nurses : A 27-state study, 1984 through 1990. *American Journal of Public Health, 87*(9), 1539-1543.
- Pfaff, K., Baxter, P., Jack, S., & Ploeg, J. (2013). An integrative review of the factors influencing new graduate nurse engagement in interprofessional collaboration. *Journal of Advanced Nursing, 70*(1), 4-20.
- Pomerleau, D., Alderson, M., & Decarie, S. (2013). L'espace de parole au service des collectifs de travail: pour un milieu plus satisfaisant chez les infirmières dispensant des soins à domicile. *L'infirmière clinicienne, 10*(1), 96-105.
- Pompili, M., Rinaldi, G., Lester, D., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2006). Hopelessness and Suicide Risk Emerge in Psychiatric Nurses Suffering From Burnout and Using Specific Defense Mechanisms. *Archives of Psychiatric Nursing, 20*(3), 135-143.
- Qiao, G., Li, S., & Hu, J. (2011). Stress, coping and psychological well-being among new graduate nurses in China. *Home Health Care Management and Practice, 23*(6), 398-403.
- Radio-Canada Nouvelles. (2013, 5 juillet). *Le décès de deux infirmières à l'Hôtel-Dieu de Lévis préoccupe*. Repéré à <http://ici.radio-canada.ca/regions/quebec/2013/07/05/004-suicide-infirmieres-hopital.shtml>
- Rhéaume, A., LeBel, N., & Gautreau, G. (2008). L'intention de demeurer en poste chez les nouvelles infirmières diplômées du Nouveau-Brunswick. *Revue de l'Université de Moncton, 39*(1-2), 169-197.
- Rhéaume, J. (2006). L'hyperactivité au travail : l'héroïsme pervers ? Dans Institut de psychodynamique du travail du Québec (Éds.), *Espace de réflexion, espace d'action en santé mentale au travail* (pp. 19-35). Lévis, Qc : Les Presses de l'Université Laval.
- Rochon, J. (1988). Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. Les Publications du Québec, 803 p.
- Saint-Jean, M., Saint-Arnaud, L., Rhéaume, J., Therriault, P.-Y., & Desrosiers, L. (2006). Rudesse en usine : une stratégie défensive. Dans Institut de psychodynamique du travail du Québec (Éds.), *Espace de réflexion, espace d'action en santé mentale au travail* (pp. 37-63). Lévis, Qc : Les Presses de l'Université Laval.

- Samson, C. (2010, 13 août). Quatre cas de suicides confirmés par la direction du CHUQ? *Le Soleil*. Repéré à http://www.lapresse.ca/le-soleil/actualites/sante/201008/12/01-4306168- quatre-cas-de-suicides-confirmes-par-la-direction-du-chuq.php?utm_categorieinterne=traficdrivers&utm_contenuinterne=cyberpresse_vous_suggere_4306166_article_POS2
- Skegg, K., Firth, H., Gray, A., & Cox, B. (2010). Suicide by occupation: does access to means increase the risk? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 429-434.
- Spiva, L., Hart, P. L., Pruner, L., Johnson, D., Martin, K., Brakovich, B., McVay, F., & Mendoza, S. G. (2013). Hearing the Voices of Newly Licensed RNs: The Transition to Practice. *The American Journal of Nursing*, 113(11), 24-32.
- Suresh, P., Matthews, A., & Coyne, I. (2013). Stress and stressors in the clinical environment : A comparative study of fourth-year student nurses and newly qualified general nurses in Ireland. *Journal of Clinical Nursing*, 22(5-6), 770-779.
- Thian, J. H. M., Kannusamy, P., & Klainin-Yobas, P. (2013). Stress, positive affectivity, and work engagement among nurses : An integrative literature review. *Singapore Nursing Journal*, 40(1), 24-33.
- Turcotte, S. (2011). La mise en place d'une communauté de pratique pour les infirmières débutantes. (Maîtrise, Université de Montréal, Québec). Repéré à https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/5095/Turcotte_Sonia_2011_rapport_de_stage.pdf;jsessionid=23672EEA186F840C338A0968C3459287?sequence=1
- Vahtera, J., Kivimäki, M., & Pentti, J. (1997). Effect of organizational downsizing on health of employees. *The Lancet*, 350, 1124-1128.
- Vézina, M. (2000). Les fondements théoriques de la psychodynamique du travail. Dans M.-C. Carpentier-Roy & M. Vézina (Éds.), *Le travail et ses malentendus: Enquêtes en psychodynamique du travail au Québec* (pp. 29-41). Québec, Qc: Les Presses de l'Université Laval.
- Volny, M. (2014). *Relation entre la perception du stress vécu et la perception de la qualité des soins chez les infirmières novices*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Sherbrooke. Repéré à http://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/5919/Volny_Martine_MSc_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Wangensteen, S., Johansson, I. S., & Nordstrom, G. (2008). The first year as a graduate nurse – an experience of growth and development. *Journal of Clinical Nursing, 17*, 1877-1885.
- Yeh, M.-C., & Yu, S. (2009). Job stress and intention to quit in newly-graduated nurses during the first three months of work in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing, 18*(24), 3450-3460.
- Yip, P. S. F. (2011). Towards Evidence-Based Suicide Prevention Programs. *Crisis : The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 32*(3), 117-120.
- Zinsmeister, L. B., & Schafer, D. (2009). The exploration of the lived experience of the graduate nurse making transition to registered nurse during the first year of practice. *Journal For Nurses in Staff Development, 25*(1), 28-34.

Appendice A

Consignes aux auteurs de la revue Le Travail Humain

Instructions aux auteurs

1. CHOISIR VOTRE RUBRIQUE

1) Théories et Méthodologies.

On y présente un cadre théorique original ou une méthodologie associée à ce cadre, susceptibles d'orienter certaines recherches et pratiques dans un domaine. On précise les apports de l'article en référence aux travaux connexes. Si ce cadre ou cette méthodologie ont été construits à partir de recherches empiriques, des données empiriques servent à illustrer la pertinence et la faisabilité de la mise en œuvre. Il peut aussi s'agir de directions futures, mais alors on s'efforce de justifier leur intérêt, en montrant qu'elles sont susceptibles d'éclairer l'interprétation de données empiriques, éventuellement recueillies dans une autre perspective. On précise le domaine de validité du cadre théorique ou de la méthodologie, en particulier dans l'analyse des situations de travail.

2) Synthèses

Il s'agit ici du style classique des revues de question. On évite une présentation trop dirigée par les travaux cités. L'exposé est critique, en proposant des évaluations des différentes perspectives sous lesquelles le thème choisi a été traité et en montrant les articulations entre ces perspectives. On ne se limite pas à des travaux d'une communauté scientifique trop restreinte. Lorsqu'il s'agit d'un thème traité par des disciplines différentes, une synthèse pluridisciplinaire est souhaitée. Dans tous les cas, une grande attention est accordée à l'exhaustivité et à l'actualité de la synthèse, ainsi qu'à la mise en évidence des apports de l'article par rapport aux synthèses antérieures sur le même thème.

3) Recherches empiriques

On trouve ici les articles de recherche qui présentent en détail des analyses de données recueillies dans une perspective théorique et méthodologique qui est brièvement, mais explicitement, rappelée. En ce qui concerne les travaux expérimentaux, on insiste sur la prise en considération explicite de la validité écologique des résultats. Pour les recherches menées sur le terrain, on accorde une attention particulière à la qualité de la méthodologie et à la portée de généralité des résultats, en élargissant le cadre au-delà des situations spécifiques examinées.

4) Réalisations et Pratiques

On présente des réalisations menées dans la perspective, propre à l'Ergonomie, de l'amélioration des conditions de travail. Dans la mesure du possible, on fait état des validations de ces réalisations et de leurs apports en relation à d'autres réalisations dans le même domaine. S'agissant de pratiques « en avance » sur la recherche, on en retire des questions posées à la recherche. S'agissant d'applications de résultats de recherche, on présente explicitement les

cadres qui ont guidé les mises en œuvre, ainsi que les adaptations et les modifications qu'il a fallu aménager, en renvoyant également des questions vers la recherche.

5) Techniques

On présente des techniques utilisables, soit dans l'analyse du travail (ex: outils de recueil de données), soit dans la conception des situations de travail (ex: interfaces, systèmes experts, etc.). On justifie de leur pertinence, soit par rapport à des résultats de recherche sur le travail, soit à partir de validations empiriques.

6) Documents pédagogiques

Il s'agit de la publication de supports de cours concernant le champ couvert par la revue.

2. LONGUEUR DES MANUSCRITS

La revue accepte des manuscrits en Français et en Anglais. Un manuscrit soumis à la revue ne devrait pas excéder 25 pages, ***tout compris***.

Comment calculer :

1 page comprenant uniquement du texte = entre 3800 et 4000 signes (espaces compris). La place dédiée aux figures et tableaux doit être comprise dans ce volume.

Pour les figures et tableaux, appliquer le calcul suivant :

- 1/3 page de figure ou tableau = 1300 signes
- - 1/2 page de figure ou tableau = 2000 signes

3. MISE EN PAGE

Vous pouvez :

- vous reporter à un exemplaire de la revue pour reproduire la mise en page
- suivre les consignes ci-dessous
- ou télécharger le gabarit suivant. (à venir)

Consignes : l'indication de la rubrique souhaitée pour l'insertion de l'article dans la revue et l'adoption des critères d'évaluation appropriés ; • le titre complet et un titre court pour insertion en tête des pages ; • les initiales et les noms des auteurs, avec leurs adresses en notes de bas de page ; un résumé d'une page dans l'autre langue (25 lignes minimum : l'auteur est invité à faire vérifier sa traduction par un spécialiste de la langue et du domaine), mettant précisément en évidence les résultats, les apports de l'article à son domaine et son intérêt pour l'étude du travail (le résumé commence par la traduction du titre en majuscules et se termine par la traduction des mots-clés) ; • les doubles légendes des tableaux et des figures dans les deux langues, intégrées au texte et indiquant les positions d'insertion des tableaux et des figures

(présentés à part) ; les traductions doivent être plus explicites que les légendes originales, pour que les tableaux et les figures soient compréhensibles, en particulier quand des textes y apparaissent ; tous les tableaux et toutes les figures doivent faire l'objet de renvois dans le texte et doivent comporter des légendes ; les originaux des illustrations doivent être conçus de sorte que leur réduction dans la revue reste lisible et la moins encombrante possible (espace maximal de 11cmx18cm) ; • numérotation des paragraphes : I, II, III, etc I.1, I.2, I.3, etc I.1.A., I.1.B, I.1.C, etc. ; si des subdivisions supplémentaires sont nécessaires, on se contentera de titres en italiques, avec retrait ; • les références bibliographiques sont regroupées en fin d'article et présentées selon les normes de l'APA (American Psychological Association) dont certaines sont rappelées sur ce site ; • un résumé de 5 à 10 lignes et une liste de mots-clés, dans la langue de l'article. Un manuscrit soumis à la revue ne doit être, ni publié, ni soumis par ailleurs. Lorsqu'il est accepté, la revue se réserve l'exclusivité de sa publication.

4. NORMES POUR LES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

La revue applique les normes de l'APA (*American Psychological Association*) aux références bibliographiques, dans la mesure où elles sont les plus répandues. Ainsi, les auteurs qui soumettent leurs manuscrits selon ces normes pourront voir leurs références publiées sous cette forme. Toutefois, une certaine souplesse est admise dans la revue, à l'exception des points suivants :

1) Dans le texte

– Un renvoi bibliographique dans le texte doit mentionner l'ensemble des noms des auteurs signataires (jusqu'à cinq) et l'année de la publication qui devra nécessairement apparaître dans la bibliographie en fin d'article. Si la même référence est à nouveau utilisée par la suite (ou s'il y a plus de cinq auteurs), il suffit de mentionner le nom du premier auteur, suivi de la mention « et al . », et la date. ex. : Klahr & Dunbar (1988) (2 auteurs concernés) mais Rasmussen, Brehmer, & Leplat (1991) (si 3, ou 4 auteurs : insérer une virgule devant le signe « & »). - Toute citation, dans le texte, doit être présentée entre guillemets et on fera mention de la pagination de l'ouvrage dont elle est extraite. ex. : « Compte tenu de ses caractéristiques, cette méthode peut être appliquée aussi bien sur des systèmes en conception que sur des systèmes en fonctionnement. » (p. 53) ou (Fadier, 1990, p. 53).

La présentation des citations de références bibliographiques dans une phrase avec un verbe conjugué, varient selon qu'il s'agit d'1, 2 ou de 3, voire de plus d'auteurs, à savoir : Comme l'indique Leplat (1989)... Les travaux de Lazarus et Folkman (1984) nous indiquent

L'article de Tendjaoui, Kolski et Millot (1991) montre que....

2) Dans la bibliographie (noter l'utilisation de la virgule)

- Article de revue : Tendjaoui, M., Kolski, C., & Millot, P. (1991). An approach towards the design of intelligent man-machine interfaces used in process control. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 8, 345-361.
 - Livre : Goodstein, L.P., Anderson, H.B., & Olsen, S.E. (Eds.). (1988). *Tasks, errors, and mental models*. London: Taylor & Francis.
 - Chapitre de livre : Kahn, R.L., & Byosière, P. (1992). Stress in organizations. In M.D. Dunnette & L.M. Hough (Eds.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 571-650). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. **(2 auteurs)**. Bainbridge, L. (1987). The ironies of automation. In J. Rasmussen, K. Duncan, & J. Leplat (Eds.), *New technology and human error* (pp. 271-283). Chichester, UK: Wiley. **(3 auteurs et plus)**.
- Sur les points suivants, une certaine souplesse est possible par rapport aux normes. L'objectif essentiel est de faciliter au lecteur l'accès aux documents. Quand les mêmes idées ou les mêmes données sont présentées dans des textes faciles à atteindre (cf. supra) et dans des textes plus difficiles d'accès (cf. infra), on donnera la préférence à la citation des premiers.
- Communications : Si la communication est publiée dans des Actes disponibles chez un éditeur, la référence est donnée comme celle d'un chapitre de livre. Si elle est publiée dans des Actes réguliers, considérés comme une revue, la référence est donnée comme celle d'un article de revue. Si les Actes ne sont pas diffusés au titre d'une publication répertoriée (ISBN ou ISSN), la référence sera présentée de la façon suivante : Guillermain, H. (1988). *Aide logicielle au diagnostic sur processus robotisé et évolution possible vers une extraction automatique des connaissances de base des experts*. Communication présentée à ERGOIA'88. Biarritz, France, Oct.
 - Brajnik, G., Chittaro, L., Guida, G., Tasso, C., & Toppano, E. (1989). *The use of many diverse models of an artifact in the design of cognitive aids*. Paper presented at the 2nd European Meeting on Cognitive Science Approaches to Process Control. Siena, Italy, Sept.
 - Rapport : Lind, M. (1990). *Representing goals and functions of complex systems: an introduction to Multi Flow Modelling* (Report No. 90-D-381). Copenhagen: Technical University of Denmark, Institute of Automatic Control Systems.
 - Mémoire : Bressolle, M.C. (1993). *Contribution à l'étude de la perception de l'intention et de la coopération*. Mémoire de DEA, Université de Toulouse-le-Mirail.
 - Ryerson, J.F. (1983). *Effective management training: two models*. Master's thesis, Clarkson College of Technology, Potsdam, NY.
 - Thèse : Sénach, B. (1984). *Assistance à la résolution d'incident dans les systèmes dynamiques : réduction de l'espace-problème et routines cognitives*. Thèse, Université René-Descartes, Paris.
 - Brazier, F.M.T. (1991). *Design and evaluation of a user interface for information retrieval*. Doctoral dissertation, Vrije Universiteit, Amsterdam.
 - Textes ayant fait l'objet de traduction : Luria, A.R. (1969). *The mind of a mnemonist* (L. Solotaroff, Trans.). New York: Avon Books. (Original work published 1965).
 - Reason, J. (1993). *L'erreur humaine* (J.M. Hoc, Trad.). Paris: Presses Universitaires de France. (Édition originale, 1990).

Manuel de référence de l'APA : *Publication Manual of the American Psychological Association* (Fourth Edition: 1994). Washington, DC: American Psychological Association.

Adresse Internet de l'APA pour consultation du détail des normes:

http://webster.comnet.edu/apa/apa_index.htm

Rapatriement automatique des normes:

<http://uiarchive.cso.uiuc.edu/pubindex/info-mac/Education/apa-style-guide.hqx.abs.html>

- Les normes de l'APA (adaptées au Français) s'appliquent aussi aux statistiques :

Par exemple : $M = 4,63$ $t(22) = 2,62$; $p < .02$ $\chi^2(4, N = 90) = 10,51$; $p < .05$ (utiliser la lettre grecque en italique et l'exposant) $F(1;34) = 123,07$; $p < .001$

Appendice B

Fiches de lecture des études empiriques retenues pour la revue intégrative des écrits

| | Référence | Type | Devis | But | Cadre de référence (si mentionné) | Population | Résultats | Principales limites |
|---|---|-------------|---------------------|---|-----------------------------------|--|--|--|
| 1 | Alderson, M. (2001). Analyse psychodynamique du travail infirmier en unité de soins de longue durée : entre plaisir et souffrance. (Doctorat, Université de Montréal, Québec). Repéré à http://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk3/ftp05/NQ61368.pdf | Qualitative | Étude compréhensive | Contribuer au développement des connaissances en sciences infirmières en mettant en lumière ce qui, dans l'actuelle organisation du travail infirmier en SLD, est, collectivement, source de plaisir et de souffrance pour les infirmières. | Psychodynamique du travail | 33 infirmières (aucun infirmier) travaillant en SLD à Montréal | Source de souffrance : manque de reconnaissance, d'autonomie et de pouvoir professionnels; ambiguïté des rôles, des rapports interprofessionnels conflictuels; perte de sens au travail; fragilisation de la santé mentale. | nombre total d'heures d'entrevue par collectif d'enquête la chercheuse était seule pour mener les entrevues la taille relativement restreinte des collectifs d'enquête |
| 2 | Alderson, M. (2006). Lorsque l'organisation du travail en unités de soins de longue durée menace la santé mentale des infirmières : une enquête en psychodynamique du travail. <i>Revue canadienne de santé mentale</i> | Qualitative | Étude compréhensive | L'auteure reprend les résultats d'Alderson (2001) et illustre comment l'organisation du travail en place au moment de l'étude est source de souffrance et menace la santé mentale des participantes. | Psychodynamique du travail | 33 infirmières (aucun infirmier) travaillant en SLD à Montréal | La relation d'aide en tant que source incontestable de plaisir; L'encadrement et le soutien spécifiques que requièrent les infirmières en SLD; La charge de travail élevée et du manque de temps qui affectent le sens au travail; | n/a |

| | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------------|-------|---|---|---|--|---|
| | <i>communautaire</i> , 25(2), 105-119. | | | | | | L'ambiguïté de l'organisation du travail; Les stratégies défensives déployées par les participantes afin de parvenir à poursuivre le travail malgré les souffrances vécues : individualisme et retrait, adaptation paralysante, le déni de la situation source de souffrance, la banalisation de la souffrance, diminution du temps de travail, augmenter l'investissement hors travail. | |
| 3 | Almada, P., Carafoli, K., Flattery, J. B., French, D. A., & McNamara, M. (2004). Improving the retention rate of newly graduated | Qualitative et quantitative | Mixte | Fournir aux infirmières novices un programme de préceptorat qui leur offre une éducation adéquate ainsi | La théorie de Benner (1984) : Novice à expert | 40 infirmières novices travaillant dans un hôpital communautaire américain. 48 novices ont débuté le programme. | Conflits avec les collègues au travail. Le programme de préceptorat a des effets positifs sur la rétention des infirmières novices. | Manque de conformité dans le style de préceptorat Petit échantillon Un seul hôpital |

| | | | | | | | | |
|---|--|--------------|------------|--|-----|--|--|---|
| | nurses. <i>Journal for nurses in staff development</i> , 20(6), 268-273. | | | qu'un soutien accru. | | 4 hommes; 42 femmes, 44 caucasiens, 2 africains-américains; 21 à 55 ans (moyenne : 37 ans) | | |
| 4 | Badger, J. M. (2005). A descriptive study of coping strategies used by Medical Intensive Care Unit nurses during transitions from cure to comfort-oriented care. <i>Heart & Lung</i> , 34(1), 63-68. | Qualitative | Descriptif | Décrire les stratégies d'adaptation déployées par les infirmières d'une unité de soins critiques d'un hôpital américain. | n/a | 19 infirmières et 5 infirmiers | Les infirmières et infirmiers traitant des patients en fin de vie déploient des stratégies qui les aident à poursuivre leur travail. Par exemple, elles peuvent utiliser le retrait et l'évitement. Il existe aussi les périodes de discussion entre collègues pour verbaliser à haute voix les frustrations et les souffrances éprouvées. | L'unicité des participants / manque de transférabilité |
| 5 | Beecroft, P. C., Dorey, F., & Wenten, M. (2008). Turnover intention in new graduate nurses: a | Quantitative | Prospectif | Déterminer les relations entre la rétention des infirmières novices et leurs caractéristiques | n/a | 889 infirmières novices qui ont complété leur programme de résidence dans des hôpitaux | La recherche de soutien social est une stratégie d'adaptation au stress ressenti par les novices. | Variations dans les expériences des participants Le niveau de stress n'a pas été mesuré. |

| | | | | | | | | |
|---|---|--------------|--------------|--|-----|--|---|---|
| | multivariate analysis. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 62(1), 41-52. | | | individuelles, etc. et comparer la rétention des infirmières novices à la rétention des infirmières en général. | | américains. | | |
| 6 | Berry, P. A., Gillespie, G. L., Gates, D., & Schafer, J. (2012). Novice nurse productivity following workplace bullying. <i>Journal of Nursing Scholarship</i> , 44(1), 80-87. | Quantitative | Exploratoire | Déterminer la prévalence et les effets des conflits au travail sur la productivité au travail des infirmières novices. | n/a | 197 infirmières novices américaines qui travaillent depuis moins de deux ans. États d'Ohio, Kentucky et Indiana | Les rapports avec les collègues pas toujours amicaux et les novices peuvent vivre de l'intimidation au travail. Ceci peut amener les novices à quitter la profession infirmière. | Petit échantillon Les participants qui ont pu sur-rapporter ou sous-rapporter les conflits au travail. |
| 7 | Bourbonnais, R., Comeau, M., Viens, C., Brisson, C., Laliberté, D., Malenfant, R., & Vézina, M. (1999). La vie professionnelle et la santé des infirmières depuis la transformation du réseau de la | Quantitative | Transversal | Rendre compte des résultats de Bourbonnais et al. (1998) | n/a | 2006 infirmières et infirmiers travaillant dans des CHSLD, CHSCD et CLSC dans l'agglomération de la ville de Québec. | La surcharge de travail est peut-être, entre autres, une cause du conflit de rôle professionnel que peuvent vivre les infirmières. En effet, la surcharge fait en sorte que les infirmières ne | Pas de relation causale entre les variables du travail et la santé. Biais dans la sélection des infirmières Biais d'information et biais de |

| | | | | | | | | |
|---|---|--------------|-------------|--|-----|--|--|--|
| | santé. <i>Santé mentale au Québec</i> , 24(1), 136-153. | | | | | | peuvent plus prodiguer les soins de la façon dont elles les conçoivent et ne s'en tiennent qu'aux soins physiques qui paraissent être prioritaires en comparaison aux soins psychologiques et relationnels. Augmentation de la prévalence d'un niveau élevé de détresse psychologique chez les infirmières depuis le début de la transformation | confusion |
| 8 | Bourbonnais, R., Comeau, M., Viens, C., Laliberté, D., Malenfant, R., Brisson, C., & Vézina, M. (1998). <i>La transformation du réseau de la santé : mesure des caractéristiques du</i> | Quantitative | Transversal | Décrire les effets de la transformation du réseau sur la vie professionnelle et la santé des infirmières de l'agglomération de Québec. | n/a | Toutes les infirmières à l'emploi de CHSCD et de CHSLD ainsi que de CLSC de l'agglomération de Québec où se sont produits différents changements associés à la transformation du | Les transformations dans le réseau de la santé augmentent la charge de travail et réduisent le temps pour effectuer les tâches. Les infirmières doivent composer avec une « dimension économique | Pas de relation causale entre les variables du travail et la santé. Biais dans la sélection des infirmières Biais d'information et |

| | | | | | | | | |
|---|---|---------------------|-------------------------------|---|------------|--|--|---|
| | <p><i>travail et de la santé des infirmières de l'agglomération de Québec.</i> Rapport de recherche soumis au Ministère de la Santé et des Services sociaux. Direction de la Santé Publique de Québec, Beauport. Repéré à http://www.santecom.qc.ca/BibliothequeVirtuelle/CLSC-CHSLD-Haute-Ville-Des-Rivieres/2894960700.pdf</p> | | | | | <p>réseau de la santé. Parmi les 16 établissements de santé de Québec, 13 ont accepté de participer à l'étude. Toutes les infirmières syndiquées qui offraient des soins infirmiers et étaient détentrices de poste au 1er septembre 1997 ont été incluses dans l'étude.</p> | <p>comme référence centrale, alors que productivité et rapidité sont les nouvelles valeurs au cœur des décisions quant aux soins à donner aux usagers-ères » (.39). Les transformations dans le système réduisent aussi le soutien social au travail des infirmières en affectant la stabilité des équipes de travail.</p> | <p>biais de confusion</p> |
| 9 | <p>Casey, K., Fink, R., Krugman, M., & Propst, J. (2004). The graduate nurse experience. <i>Journal of nursing administration</i>, 34(6), 303-311.</p> | <p>Quantitative</p> | <p>Descriptif, comparatif</p> | <p>Identifier les agents de stress vécus par les infirmières novices travaillant dans 6 hôpitaux américains afin de mieux comprendre les facteurs qui peuvent influencer la rétention</p> | <p>n/a</p> | <p>270 infirmières novices</p> | <p>La transition du rôle d'étudiant au rôle de travailleur peut être vécue difficilement par les novices et que cette transition est souvent la première expérience stressante.</p> <p>La novice ne se sent pas confiante, confortable et assez</p> | <p>Le taux de participation a diminué au court de l'étude.</p> <p>La difficulté dans l'utilisation de l'outil</p> |

| | | | | | | | | |
|-----------|--|--------------|------------------------|---|-----|---|---|--|
| | | | | infirmière. | | | ouillée après seulement un an de pratique. Elles nécessitent davantage de soutien et d'orientation de la part des organisations. | |
| 10 | Chang, E., & Hancock, K. (2003). Role stress and role ambiguity in new nursing graduates in Australia. <i>Nursing and Health Science</i> , 5, 155-163. | Quantitative | Quantitatif | Examiner les sources de stress 2-3 mois après l'embauche des novices puis 11-12 mois plus tard. | n/a | 110 infirmières novices australiennes travaillant dans 4 hôpitaux différents d'Australie. | Stratégies d'adaptation au stress: attendre et voir si le problème va se résorber, essayer d'oublier le stress, consommer de l'alcool ou des drogues, etc. Ces stratégies d'adaptation individuelles sont peu efficaces ou pas efficaces du tout pour diminuer la perception du stress vécu au travail. | n/a |
| 11 | Cleary, M., Horsfall, J., Jackson, D., Muthulakshmi, P., & Hunt, G. E. | Qualitative | Entrevues qualitatives | Étudier les opinions d'infirmières novices sur la préparation | n/a | 17 novices de Singapour | Les infirmières novices sont souvent intégrées de manière inadéquate dans les | Des infirmières qui se disaient intéressées par une rencontre face-à-face dans |

| | | | | | | | | |
|--------|---|-------------|------------------------------|---|----------------------------|--|---|--|
| | (2013). Recent graduate nurse views of nursing, work and leadership. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 22, 2904-2911. | | | universitaire, les compétences, la transition, le soutien reçu, le leadership des infirmières et la rétention. | | | équipes de soins dans la mesure où trop peu de temps est dévolu à cette intégration. Alors que le soutien s'avère déterminant pour elles, plusieurs infirmières affirment ne pas en recevoir suffisamment de leur milieu de travail. Grande complexité des soins, et recherche de leaders dans l'environnement de travail. | les questionnaires, se désistaient par la suite. |
| 1 2 | Guay, A. (2012). Récit des stratégies identitaires et défensives d'un personnel infirmier, dans ses interactions quotidiennes. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal. Repéré | Qualitative | Exploratoire et Compréhensif | Découvrir quelles sont les stratégies qui agissent en faveur du bien-être du personnel infirmier et préservent l'identité des sujets. | Psychodynamique du travail | 6 infirmières et infirmiers travaillant aux soins intensifs; nombre d'années d'expérience variable; hôpital urbain (québécois) | Charge bureaucratique de l'infirmière Secrétaires de soins; Moins de temps pour effectuer les soins auprès des patients | Petit échantillon |

| | | | | | | | | |
|--------|--|--------------|-----------------|--|--|---|---|---|
| | à : http://core.kmi.open.ac.uk/download/pdf/15171185.pdf | | | | | | | |
| 1 3 | Laschinger, H. K. S., Wong, A. C., & Grau, A. L. (2012). The influence of authentic leadership on newly graduated nurses' experiences of workplace bullying, burnout and retention outcomes: A cross-sectional study. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 49, 1266-1276. | Quantitative | Cross-sectional | Tester un modèle de leadership auprès d'infirmières novices et de faire des liens avec les conflits vécus au travail, la satisfaction à l'emploi et l'intention de quitter l'emploi. | Le modèle du leadership authentique de Avolio et al (2004), la notion d'intimidation au travail de Einarsen et al (1998) et le modèle d'épuisement professionnel de Leiter et Maslach (2004) | 342 infirmières novices ontariennes (Canada) : moins de deux ans de pratique clinique | Les infirmières novices sont particulièrement vulnérables aux comportements qui affectent leur emploi, la santé mentale et la santé physique. | Faible taux de réponse |
| 1 4 | Laschinger, H. K. S. (2012). Job and career satisfaction and turnover intentions of newly graduated nurses. <i>Journal of Nursing Management</i> , 20, 472-484. | Quantitative | Cross-sectional | Décrire les expériences au travail d'infirmières novices ontariennes durant les deux premières années de pratique. | Le « <i>New graduate nurse worklife and retention model</i> » | 342 infirmières novices ontariennes | La satisfaction au travail des novices est étroitement liée aux conditions de travail. | Le devis ne permet pas de faire de liens de causalité |
| 1 5 | Lavoie-Tremblay, M., Leclerc, E., Marchionni, C., & Drevniok, U. | Qualitative | Descriptif | Décrire les besoins, les motivations et les attentes des | | 35 infirmières novices québécoises : | Un climat de travail positif a plusieurs répercussions positives chez les | Petit échantillon Résultats peut-être pas |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|---------------------------------|--|---|
| | <p>(2010). The Needs and Expectations of Generation Y Nurses in the Workplace. <i>Journal for nurses in staff development</i>, 26(1), 2-8.</p> | | | <p>infirmières de la génération Y au début de leur carrière.</p> | | <p>Moyenne d'âge : 24.1 ans</p> | <p>novices : augmentation de la satisfaction au travail, de l'engagement professionnel, de la motivation et de la productivité ainsi que diminution des taux d'absentéisme, des taux de roulement et du temps supplémentaire. À l'inverse, un climat de travail déficient peut être source de souffrance pour l'infirmière novice et peut ainsi mener à des absences répétées ainsi qu'à un taux de roulement augmenté.</p> <p>La reconnaissance est un élément-clé de la motivation au travail.</p> | <p>transférables à d'autres villes nord-américaines</p> |
|--|--|--|--|--|--|---------------------------------|--|---|

| | | | | | | | | |
|----------------|---|--------------|-----------------------------|--|--|---|---|---|
| 1 6 | Lavoie-Tremblay, M., O'Brien-Pallas, L., Gelinas, C., Desforges, N., & Marchionni, C. (2008). Addressing the turnover issue among new nurses from a generational viewpoint. <i>Journal of Nursing Management</i> , 16(6), 724-733. | Quantitative | Descriptif corrélational | Investiguer les relations entre la dimension psychosociale de l'environnement de travail et l'intention de quitter l'emploi parmi une nouvelle génération d'infirmières. | L'environnement de travail psychosocial de Kristensen (1999) | 309 infirmières novices québécoises | Grand écart entre les efforts professionnels investis par les novices et les résultats qu'elles obtiennent ou qu'elles ont l'impression d'obtenir. Peu de reconnaissance de la part de leurs supérieurs | On ne connaît pas la transférabilité des résultats. |
| 1 7 | Pompili, M., Rinaldi, G., Lester, D., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2006). Hopelessness and Suicide Risk Emerge in Psychiatric Nurses Suffering From Burnout and Using Specific Defense Mechanisms. <i>Archives of Psychiatric Nursing</i> , 20(3), 135-143. | Quantitative | Quantitatif | Explorer la corrélation entre les niveaux d'épuisement professionnel et les mécanismes de défense. | n/a | 120 infirmières travaillant à temps plein en psychiatrie, en médecine et en soins critiques Italie, Rome Âge moyen : 37.6 ans | L'épuisement professionnel et certains mécanismes de défense sont à la base des niveaux de désespoir, un prédicteur du risque de suicide des infirmières. | La méthode d'échantillonnage Les corrélations étaient faibles Pas pris en considération les institutions publiques vs privées |
| 1 8 | Qiao, G., Li, S., & Hu, J. (2011). Stress, coping and | Quantitative | Corrélationnel et cross- | Examiner les relations entre les caractéristiques | La théorie de l'adaptation au stress | 96 infirmières novices | Sources de stress : la mort, la charge de travail, la | Quelques instruments utilisés ont été |

| | | | | | | | | |
|---|--|------------|------------|---|----------------|----------------|---|---|
| | psychological well-being among new graduate nurses in China. <i>Home Health Care Management and Practice</i> , 23(6), 398-403. | | sectional | démographiques, les sources de stress occupationnel, les stratégies d'adaptation et le bien-être des infirmières novices. | | Chine | <p>préparation inadéquate</p> <p>Différence entre l'apprentissage et la réalité des milieux de travail.</p> <p>Préparation au nouveau rôle d'infirmière est inadéquate en ce sens où l'expérience en milieu clinique est assez limitée</p> <p>Novices doivent donc rapidement développer des connaissances et des compétences particulières afin de pouvoir exercer dans leur milieu de pratique. Cette acquisition de connaissances et de compétences semble toutefois très éprouvante pour les infirmières novices.</p> | développés dans des pays occidentaux. Ils n'ont pas été validés auprès de la population chinoise. |
| 1 | Rhéaume, A., | Quantitati | Descriptif | Examiner les | L'environnemen | 87 infirmières | Les résultats | Taille de |

| | | | | | | | | |
|----|---|-------------|---------------|---|-----------------------------------|------------------------------------|--|--|
| 9 | LeBel, N., & Gautreau, G. (2008). L'intention de demeurer en poste chez les nouvelles infirmières diplômées du Nouveau-Brunswick. <i>Revue de l'Université de Moncton</i> , 39(1-2), 169-197. | ve | corrélational | facteurs qui influencent l'intention de demeurer en poste des nouvelles infirmières diplômées du Nouveau-Brunswick. | t de travail psychosocial optimum | novices du Nouveau-Brunswick | montrent que l'intention de demeurer en poste est prédite de façon significative par trois facteurs : la vision des soins infirmiers du personnel infirmier en place, l'engagement envers l'employeur et la perception qu'ont les nouvelles diplômées de pouvoir influencer les décisions prises dans leur milieu de travail. Manque de soutien offert par les organisations de santé et par les collègues : source de stress | l'échantillon Participation volontaire des novices Absence de pré-test |
| 20 | Spiva, L., Hart, P. L., Pruner, L., Johnson, D., Martin, K., Brakovich, B., McVay, F., & | Qualitative | Qualitatif | Décrire l'orientation des infirmières novices et identifier des moyens de | n/a | 21 infirmières novices américaines | Les infirmières novices reçoivent moins d'orientation et de soutien que ce dont elles disent avoir besoin. | Un hôpital seulement Des participants tous caucasiens |

| | | | | | | | | |
|--------|--|-----------------------------|-----------------|---|-----|---|--|--------------------------|
| | Mendoza, S. G. (2013). Hearing the Voices of Newly Licensed RNs: The Transition to Practice. <i>The American Journal of Nursing</i> , 113(11), 24-32. | | | l'améliorer. | | | Des améliorations sont encore nécessaires pour perfectionner l'orientation des infirmières. | |
| 2 1 | Suresh, P., Matthews, A., & Coyne, I. (2013). Stress and stressors in the clinical environment : A comparative study of fourth-year student nurses and newly qualified general nurses in Ireland. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 22(5-6), 770-779. | Quantitative et qualitative | Cross-sectional | Mesurer et comparer les niveaux perçus de stress occupationnel chez les infirmières novices et les étudiantes en soins infirmiers. | n/a | 120 infirmières novices et 128 étudiantes en soins infirmiers | La surcharge de travail couplée à une contrainte de temps pour effectuer l'ensemble des tâches demandées. | Biais dû à l'échantillon |
| 2 2 | Vahtera, J., Kivimäki, M., & Pentti, J. (1997). Effect of organizational downsizing on health of employees. <i>The Lancet</i> , 350, 1124-1128. | Quantitative | Corrélationnel | Investiguer la relation entre les coupures de postes et l'absentéisme qui s'en est suivi lors d'une période de déclin économique (1991-1995) en | n/a | 981 employés gouvernementaux, dont les infirmières Finlande | Une insécurité d'emploi et une augmentation des congés de maladie résultent des coupures de postes parmi ces employés. | n/a |

| | | | | | | | | |
|--------|---|--------------|--|--|---------------------|---|---|---|
| | | | | Finlande. | | | | |
| 2 3 | Volny, M. (2014). <i>Relation entre la perception du stress vécu et la perception de la qualité des soins chez les infirmières novices</i> . (Maîtrise, Université de Sherbrooke, Québec). Repéré à http://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/5919/Volny_Martine_M_Sc_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y | Quantitative | Descriptif corrélationnel exploratoire | Décrire la relation entre la perception d'infirmières novices du stress vécu et la perception de la qualité des soins. | Firth-Cozens (2001) | 400 infirmières novices québécoises | Les infirmières novices sont au courant que le stress vécu au travail, dû à une charge de travail excessive, peut nuire à leur performance ainsi qu'à la qualité de leurs soins. Les novices reconnaissent qu'elles sont stressées. Une charge de travail excessive peut nuire à leur performance. | L'échantillon désiré n'a pas été atteint. Biais lié aux qualités psychométriques du Victorian Patient Satisfaction Questionnaire Stabilité des instruments de mesure pas mesurée Biais quant à la méthode d'échantillonnage Échantillon de convenance |
| 2 4 | Wangensteen, S., Johansson, I. S., & Nordstrom, G. (2008). The first year as a graduate nurse – an experience of growth and | Qualitative | Qualitatif | Comprendre comment les infirmières nouvellement diplômées vivent leur première année de pratique. | n/a | 12 infirmiers et infirmières novices travaillant dans les hôpitaux et maisons de soins Norvège | Quête de soutien De façon générale, les novices vivent des expériences positives durant la première année de pratique, même si | n/a |

| | | | | | | | | |
|--------|---|--------------|------------------|--|-----|---|---|---|
| | development. <i>Journal of Clinical Nursing, 17</i> , 1877-1885. | | | | | | elles peuvent faire face à certains défis. | |
| 2 5 | Yeh, M.-C., & Yu, S. (2009). Job stress and intention to quit in newly-graduated nurses during the first three months of work in Taiwan. <i>Journal of Clinical Nursing, 18</i> (24), 3450-3460. | Quantitative | Cross-sectional | Identifier les sources de stress occupationnel en lien avec l'intention de quitter l'emploi par les infirmières novices durant les premiers trois mois d'emploi. | n/a | Deux hôpitaux à Taiwan 146 infirmières novices | Les novices vivent du stress durant les premiers trois mois de pratique et près du tiers des novices cherchent à quitter leur emploi durant cette période de temps. | Petit échantillon Méthode d'échantillonnage Instrument construit par le chercheur |
| 2 6 | Zinsmeister, L. B., & Schafer, D. (2009). The exploration of the lived experience of the graduate nurse making transition to registered nurse during the first year of practice. <i>Journal For Nurses in Staff Development, 25</i> (1), 28-34. | Qualitative | Phénoménologique | Comprendre la période de transition des infirmières nouvellement graduées durant la première année de pratique. | n/a | 9 infirmières nouvellement graduées | Les novices peuvent ressentir un sentiment de désillusion par rapport à l'idée qu'elles se faisaient du rôle d'une infirmière et de sa pratique. La transition est plus facile si la novice reçoit du soutien de la part de ses collègues. | n/a |

