Document généré le 2 juil. 2025 10:21

Soins d'urgence
La revue de l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec

L'intégration des infirmières nouvellement diplômées à l'urgence : analyse et recommandations

William Tessier, inf., B. Sc., ét. M. Sc., Stéphane Lavoie, inf., Ph. D. et Martin Charette, inf., Ph. D.

Volume 2, numéro 1, printemps 2021

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1101995ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1101995ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec

ISSN

2816-6892 (imprimé)
2816-6906 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Tessier, W., Lavoie, S. & Charette, M. (2021). L'intégration des infirmières nouvellement diplômées à l'urgence : analyse et recommandations. *Soins d'urgence*, *2*(1), 34–40. https://doi.org/10.7202/1101995ar

Résumé de l'article

Au Québec, le recrutement et la rétention des infirmières nouvellement diplômées (IND) à l'urgence sont des défis dont fontquotidiennement face les milieux de soins. En effet, une importante proportion des IND quitterait l'urgence après leur première annéede pratique. Or, cela s'expliquerait en partie par leur intention de quitter, un processus qui débute lorsque l'infirmière ressent desémotions négatives au travail. Cet article a donc pour but d'identifier les facteurs qui sont associés à l'intention de quitter des IND.Des recommandations permettant de favoriser l'intégration, l'accompagnement et la rétention des IND lors de leur première annéede pratique à l'urgence seront également présentées.

© William Tessier, Stéphane Lavoie et Martin Charette, 2021

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

FORMATION

L'intégration des infirmières nouvellement diplômées à l'urgence : analyse et recommandations

Au Québec, le recrutement et la rétention des infirmières nouvellement diplômées (IND) à l'urgence sont des défis dont font quotidiennement face les milieux de soins. En effet, une importante proportion des IND quitterait l'urgence après leur première année de pratique. Or, cela s'expliquerait en partie par leur intention de quitter, un processus qui débute lorsque l'infirmière ressent des émotions négatives au travail. Cet article a donc pour but d'identifier les facteurs qui sont associés à l'intention de quitter des IND. Des recommandations permettant de favoriser l'intégration, l'accompagnement et la rétention des IND lors de leur première année de pratique à l'urgence seront également présentées.

par William Tessier, Stéphane Lavoie et Martin Charette

Aux États-Unis, environ 25 % des infirmières nouvellement diplômées (IND) débutent leur carrière sur une unité de soins critiques comme l'urgence ou les soins intensifs (1). En raison du vieillissement de la population, de la complexification des soins et du manque d'effectifs infirmiers, on estime que la demande pour les IND persistera dans ces milieux de soins hautement spécialisés (2). Cependant, au Québec, le nombre d'IND débutant leur carrière en soins critiques a considérablement diminué dans la dernière décennie, passant de 20,9 % en 2009-2010 à seulement 12,1 % en 2019-2020 (3, 4). Malgré certaines critiques sur la présence des IND en soins critiques, les milieux cliniques ont intérêt à permettre à ces infirmières de débuter à l'urgence en raison de leur créativité, leur enthousiasme, leur énergie positive et leur désir de contribuer à l'équipe soignante (5). Malheureusement, le recrutement et la rétention des IND à l'urgence sont des défis, ce qui explique en partie la diminution du nombre d'IND en soins critiques au Québec. Duchscher et Painter (5) expliquent que les organisations de santé doivent être bien préparées pour l'intégration des IND dans les milieux cliniques afin de favoriser leur rétention (5). Pour cette raison, cet article a pour but d'identifier les facteurs qui sont associés à l'intention de quitter et contribuent au roulement des IND à l'urgence. Des recommandations découleront de cette analyse, mettant de l'avant des interventions spécifiques permettant de favoriser l'intégration, l'accompagnement et la rétention des IND lors de leur première année de pratique à l'urgence.

PROBLÉMATIQUE

Les programmes de formation et d'intégration des IND varient grandement d'une organisation à l'autre (1). L'absence de recommandations spécifiques en lien avec l'orientation des IND dans les milieux de soins critiques ne permet pas de diminuer l'écart entre la théorie et la pratique, ce qui contribue au choc de transition (1).

Plusieurs chercheurs ont mis en évidence ce choc ressenti par plusieurs infirmières ; le passage des études à la pratique ▶

> *« Historiquement, le taux de roulement est élevé chez l'ensemble des infirmières nouvellement diplômées (10). Depuis le début des années 2000, ce taux oscille entre 20 et 40 % après la première année de pratique (11). »*

provoque des sentiments d'anxiété et d'incompétence chez les IND puisqu'elles sont confrontées à la réalité de leur pratique (6, 7). Pour l'IND, une perception négative de son rôle ou de son environnement lors des trois premiers mois de pratique contribue fréquemment au taux de roulement dans sa première année de pratique (8).

Le taux de roulement indique un rapport exprimé en pourcentage entre le nombre d'infirmières qui, au cours d'une période donnée, ont quitté leur milieu clinique ou leur organisation en comparaison avec le nombre total d'infirmières employées (9). Historiquement, le taux de roulement est élevé chez l'ensemble des IND (10). Depuis le début des années 2000, ce taux oscille entre 20 et 40 % après la première année de pratique (11).

D'autres études plus récentes mentionnent également des taux de roulement des infirmières de 22 % à 50 % durant la première année de pratique (9, 12). En somme, ces statistiques mettent en lumière l'important taux de roulement des IND. Selon la littérature, le taux de roulement s'explique en partie par l'intention de quitter (13, 14). Il s'agit d'un processus qui débute lorsque l'infirmière ressent des émotions négatives au travail. L'intention de quitter se manifeste par une pensée ou un désir ayant le potentiel de se transformer en comportements de détachement par rapport au travail ou à l'environnement de travail. Éventuellement, alors que l'intention de quitter progresse, l'infirmière passe à l'action et quitte son unité, son organisation ou sa profession, ce qui contribue au taux de roulement. Mais quels sont les facteurs à l'origine de l'intention de quitter chez les IND qui travaillent à l'urgence ?

DÉMARCHE DOCUMENTAIRE

Afin de répondre à la question précédente, une recherche documentaire a été effectuée dans trois bases de données. Les mots-clés suivants ont été utilisés : *intention to leave, intention to quit, turnover intention, leaving intention, nurse, graduate nurse, beginner nurse et new nurse*. Au total, 198 articles ayant été publiés depuis 2011 ont été identifiés. La lecture des titres et des résumés a permis d'éliminer les articles ne répondant pas à la question de départ. Ensuite, une lecture de chaque article potentiel a permis de retenir huit articles permettant une meilleure compréhension des facteurs à l'origine de l'intention de quitter chez les IND à l'urgence. Une revue narrative de ces écrits est donc présentée dans cet article.

RÉSULTATS

L'analyse des articles retenus nous a permis d'identifier les facteurs qui sont associés à l'intention de quitter. Des auteurs proposent de regrouper les facteurs de l'intention de quitter en facteurs organisationnels, individuels et externes (13, 14, 15). Le Tableau 1 présente une synthèse des composantes de chaque type de facteurs identifié dans la littérature.

Tableau 1. Facteurs qui induisent l'intention de quitter

Types de facteurs	Composantes
Facteurs organisationnels	• Les caractéristiques du programme de transition • Les caractéristiques de l'hôpital • Le style de leadership des supérieurs • Le climat psychologique de travail • L'environnement de travail • La charge émotive au travail • Les conditions et la charge de travail • Le stress au travail
Facteurs individuels	• La santé psychologique • L'âge • Le sexe
Facteurs externes	• L'équilibre travail-vie personnelle • Les opportunités d'emploi • Les opportunités d'avancement de carrière • Le salaire

Les facteurs organisationnels

Tout d'abord, les caractéristiques du programme d'intégration et d'orientation des IND ont un impact sur l'intention de quitter. Un programme d'intégration trop court et inadapté à la réalité du milieu clinique, soit un programme qui ne répond pas aux besoins d'apprentissage des IND, peut induire l'intention de quitter chez celles-ci (13). Certaines organisations ont adopté une structure ou des politiques favorisant l'empowerment et le soutien des IND. Les hôpitaux qui encouragent l'autonomie professionnelle sont en mesure de valoriser l'employé, accroître la satisfaction de celui-ci dans son milieu de travail et diminuer le taux de roulement. En ce sens, plusieurs études notent que le style de leadership des supérieurs immédiats a un impact sur l'intention ▶

de quitter des infirmières. Selon ces auteurs, un leadership tyrannique, se caractérisant par un rôle de subordination, augmente l'intention de quitter (13, 17). En comparaison, un leadership transformationnel facilite l'accompagnement et l'empowerment des IND. Ce style de leadership se caractérise par une capacité à mobiliser l'intelligence des IND autour du changement, ce qui favorise leur rétention dans les milieux cliniques (16, 17).

Le climat psychologique au travail inclut la qualité des relations avec les collègues, la qualité des relations avec les supérieurs et la qualité de l'environnement. Il existe alors un lien entre le climat psychologique au travail et l'intention de quitter. Un travail chargé en émotions négatives ainsi qu'un environnement de travail qui ne soutient pas l'intégration des IND peuvent contribuer à l'intention de quitter (15, 18). À l'opposé, un climat psychologique positif peut avoir un effet significatif et diminuer l'intention de quitter, même en présence d'un environnement de travail plutôt négatif (13). Finalement, une répartition adéquate de la charge de travail entre les professionnels en soins permet de diminuer le taux de roulement (14, 15, 16). Chez certaines infirmières, le stress associé au travail émerge lorsque de grandes exigences en lien avec son rôle lui sont imposées ou lorsque les exigences de son rôle sont mal définies (14). Le stress associé au travail peut être perçu comme une émotion négative pouvant contribuer à l'intention de quitter, entraînant ainsi un désengagement de l'infirmière dans son milieu de travail (14, 15).

Les facteurs individuels

Plusieurs auteurs indiquent que la motivation intrinsèque, c'est-à-dire l'engagement dans l'organisation pour le plaisir et le développement professionnel diminue l'intention de quitter chez les IND (18, 19, 20). En comparaison, la motivation extrinsèque, donc stimulée par une pression externe, ne permet pas de diminuer l'intention de quitter. La rémunération et le besoin de reconnaissance par les pairs et les supérieurs contribuent au sentiment de devoir au travail, ce qui est caractéristique de la motivation extrinsèque (19). Les auteurs expliquent aussi que la fatigue diminue considérablement la motivation extrinsèque tandis qu'elle ne serait pas associée à une diminution de la motivation intrinsèque (19). Ainsi, une diminution de la motivation intrinsèque ou extrinsèque pourrait contribuer à l'intention de quitter. Finalement, la résilience des IND, soit la capacité à surmonter les épreuves, serait un facteur protecteur qui favoriserait la rétention des IND (18). Les auteurs estiment que la résilience des IND permet de diminuer l'intention de quitter même si elles ne sont pas satisfaites avec leur environnement de travail (18).

Les facteurs externes

Les facteurs externes incluent le sexe, l'équilibre entre le travail et la vie personnelle ou les opportunités d'emploi dans la région. Ils sont difficilement modifiables et ne permettent pas d'identifier des solutions pour diminuer l'intention de quitter. L'organisation doit cependant reconnaître l'impact des facteurs externes et être consciente que certaines infirmières sont plus à risque de développer une intention de quitter selon ces facteurs (13, 14).

DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

Cette démarche de recherche documentaire a permis de constater que plusieurs auteurs ont identifié des facteurs d'influence similaires sur l'intention de quitter. Les huit articles retenus dans cette analyse permettent une meilleure compréhension globale du concept et permettent l'identification des facteurs qui sont associés à l'intention de quitter chez les IND. Ce phénomène mérite qu'on s'y attarde, puisqu'il peut avoir des impacts majeurs sur nos systèmes de santé, notamment au niveau des coûts liés au remplacement de ces infirmières.

D'un point de vue économique, une enquête canadienne a permis de démontrer que le coût associé à une infirmière qui quitte son emploi est d'environ 25 000 $ pour l'établissement de santé (21). Un montant similaire de 26 652 $ a été obtenu par d'autres auteurs en 2014, toujours au Canada (22). Ce montant s'explique par des coûts directs, soit le processus de recrutement des ressources humaines, l'orientation d'une nouvelle infirmière et le recours aux heures supplémentaires pour combler le manque de personnel. Des coûts indirects tels que le matériel de formation et la baisse de productivité de la nouvelle infirmière sont également comptabilisés dans le montant (22). La diminution du roulement des infirmières pourrait donc permettre des économies substantielles pour les centres hospitaliers et tout le réseau de la santé.

L'impact n'est pas qu'économique ; un taux de roulement élevé ▶

des effectifs infirmiers bouleverse les équipes soignantes. Ces changements de personnel altèrent les dynamiques de travail et nuisent à la collaboration intra et interprofessionnelle, ce qui empêche le développement d'une confiance mutuelle entre les différents membres d'une même équipe (23). Les auteurs ajoutent que le roulement de personnel augmente le stress sur l'équipe et empêche l'amélioration des pratiques en soins au sein du milieu clinique. De plus, le roulement des infirmières augmente le risque d'erreurs médicales et diminue ainsi la qualité des soins offerts aux patients (21). La stabilisation des équipes soignantes permettrait, entre autres, d'améliorer leur communication et leur productivité, tout en diminuant le risque d'erreurs médicales (21, 23).

Heureusement, il existe des solutions afin d'aider les organisations à diminuer le taux de roulement. Une des solutions souvent évoquées pour améliorer la rétention des IND est la mise en place de programmes de transition structurés. Ces programmes permettent de diminuer les différents facteurs qui sont associés à l'intention de quitter, tout en favorisant le développement de l'identité professionnelle, l'immersion dans la culture organisationnelle et l'ajustement aux demandes intellectuelles et émotionnelles du nouveau rôle infirmier (5). Ces programmes sont d'autant plus importants pour les IND travaillant dans un milieu de soins critiques comme l'urgence, considérant l'acuité des soins qui y sont pratiqués et la complexité des situations rencontrées. Les programmes de transition peuvent diminuer l'émergence d'émotions négatives susceptibles d'induire une intention de quitter chez les IND (24, 25). Cinq éléments sont importants à considérer pour ces programmes : une orientation basée sur les besoins des IND, l'acquisition de connaissances et le développement des compétences, une personne-ressource désignée, l'expérience de socialisation et la culture organisationnelle. Le Tableau 2 présente des exemples d'actions spécifiques à entreprendre pour chacun des cinq éléments. ▶

Tableau 2. Exemples d'actions à entreprendre pour l'intégration des IND

Éléments	Exemples d'actions à entreprendre
Orientation structurée basée sur les besoins des IND	• Évaluer les connaissances et les compétences des IND • Identifier les écarts entre la théorie et la pratique afin de mieux comprendre les besoins d'apprentissage des IND • Créer un plan d'orientation basé sur les besoins spécifiques de l'IND
Acquisition de connaissances et développement des compétences	• Identifier les compétences requises pour une pratique sécuritaire spécifique à l'urgence • Assurer un programme de développement des compétences infirmières adapté au milieu clinique • Éduquer les IND par rapport au choc de transition afin de leur permettre de reconnaître les sources de stress personnelles et organisationnelles dans les premières semaines de travail
Personne-ressource désignée	• Le préceptorat : - Définir le rôle du précepteur - Former adéquatement les précepteurs - Assurer la disponibilité des précepteurs • Le préceptorat par équipe : - Identifier et former deux à quatre précepteurs qui travaillent en équipe pour l'accompagnement de plusieurs IND • Le mentorat par équipe : - Jumeler des infirmières d'expérience avec des IND - Les mentors analysent le développement professionnel et identifient les barrières potentielles à la progression des mentorés
Expériences de socialisation positives	• Assurer un milieu favorable à l'intégration des IND • Identifier rapidement les comportements d'exclusion de certains membres de l'équipe • Développer une culture d'entraide entre les membres de l'équipe
Culture organisationnelle	• Assurer une forte présence managériale et une proximité avec les équipes soignantes • Identifier rapidement la présence d'intimidation entre collègues • Développer des compétences en résolution de conflits pour les gestionnaires de l'unité • Être sensible aux besoins de l'équipe • Laisser le temps aux IND de s'adapter progressivement à la charge de travail de manière autonome, tout en assurant un soutien clinique disponible et un environnement facilitant

Orientation structurée basée selon les besoins des IND

Un plan de transition efficace basé sur les besoins des IND permet de mieux préparer les IND à leur nouveau rôle, ce qui diminue le stress associé au travail et augmente la satisfaction (7, 26). Pour cette raison, le programme d'intégration et de transition des IND, de concert avec les précepteurs, doit comporter une évaluation des connaissances et des compétences des IND afin d'identifier les besoins d'apprentissage, les intérêts de l'IND et les possibles écarts entre la théorie et la pratique. Des auteurs proposent de combiner une période d'enseignement en classe pour identifier les faiblesses d'un groupe d'IND et du préceptorat pour identifier les faiblesses individuelles. Ce processus permet une approche individualisée pour la création d'un plan d'orientation basé sur les besoins spécifiques de l'IND (26). Enfin, cette stratégie assure un environnement positif pour la transition des IND et le développement de leurs compétences à long terme (7).

Acquisition de connaissances et développement des compétences

Les programmes de transition doivent être basés sur l'acquisition de connaissances et le développement de compétences spécifiques au rôle de l'IND. Pour ce faire, les milieux cliniques doivent identifier les compétences requises pour une pratique sécuritaire spécifique à l'unité où l'IND exercera. Cette étape permet d'identifier l'écart entre les compétences de l'IND et les compétences à développer lorsqu'elle débute à l'urgence. Des auteurs notent qu'un programme de développement des compétences infirmières adapté au milieu clinique augmente la compétence, l'autonomie professionnelle, la confiance et la satisfaction au travail, en plus d'améliorer la qualité et la sécurité des soins pour les patients (26, 27).

Pour la durée du programme, la littérature indique que les six premiers mois de pratique des IND constituent une période d'acquisition du rôle professionnel. De plus, les IND présentent très souvent un stress élevé et une faible satisfaction au travail jusqu'à neuf mois après le début de leur carrière. Pour cette raison, les programmes de transition des IND devraient être d'une durée de 9 à 12 mois (8). Pour compléter, des auteurs notent également un manque de connaissance par rapport au choc de transition et les phases de transition du rôle professionnel chez les IND. Ils mentionnent alors l'importance d'un programme de formation qui permet de mieux comprendre ce phénomène et ainsi, permet aux IND de reconnaître les sources de stress personnelles et organisationnelles dans les premières semaines de travail (5).

Personne-ressource de qualité désignée

L'encadrement et l'accompagnement des IND grâce à un modèle de préceptorat pour une durée de 12 mois favorisent la rétention des IND à l'urgence (8, 27, 28). Le modèle de préceptorat est un modèle couramment utilisé pour soutenir la transition des IND alors que le précepteur agit à titre de personne-ressource, transmet des connaissances, guide et enseigne. Le précepteur permet à l'IND de poser ses questions, de socialiser et d'être supervisée cliniquement, ce qui améliore la confiance, les compétences infirmières, la satisfaction au travail et le taux de rétention (26). Des auteurs notent l'importance d'un ou plusieurs précepteurs adéquatement formés pour fournir le soutien et l'encadrement nécessaire lors de la transition des IND ce qui favorise leur rétention (8). En comparaison, un rôle de précepteur mal défini, un manque de formation du précepteur ou un manque de disponibilité nuisent à la transition des IND (27). Ainsi, puisque la qualité des personnes-ressources désignées facilite le transfert des connaissances et l'intégration des IND dans le milieu de pratique, les organisations devraient s'assurer d'offrir une formation aux précepteurs afin de leur permettre de développer leurs compétences à soutenir et guider les IND (5, 8).

Une autre façon de penser le préceptorat est en équipe, permettant ainsi la création d'un réseau social et une accessibilité à plusieurs personnes-ressources. Le préceptorat en équipe est constitué de deux à quatre précepteurs qui travaillent en équipe pour l'accompagnement de plusieurs IND. Ce modèle de préceptorat aide les IND à acquérir les compétences nécessaires au moyen d'une surveillance clinique directe qui favorise une culture d'entraide entre les membres d'une même équipe (26). Cette stratégie augmente les opportunités de socialisation, permettant ainsi de réduire l'intention de quitter durant les 12 premiers mois de pratique (26).

Innes et Calleja (26) proposent également une approche avec des avantages similaires, soit le mentorat par équipe, qui consiste à jumeler des mentors avec des mentorés, donc des infirmières d'expérience avec des IND. Ce mentorat par équipe permet alors aux IND de bénéficier du temps et de l'expertise d'une infirmière d'expérience afin d'analyser leur développement professionnel et d'identifier les barrières potentielles à leur progression (29). Cette stratégie se distingue du préceptorat puisqu'elle n'est pas concentrée sur le développement de compétences, mais plutôt sur l'accompagnement, l'intégration dans le milieu clinique et le développement de l'identité professionnelle (30).

Expériences de socialisation positives

L'efficacité des expériences de socialisation positives pour favoriser la rétention des IND est largement documentée dans la littérature (26, 31). Selon ces auteurs, bien que les IND se concentrent principalement sur l'acquisition du rôle professionnel durant leurs six premiers mois de pratique, l'intégration dans l'équipe de soins devient une priorité entre le 7e et 12e mois de pratique. Le modèle de préceptorat se révèle une solution efficace pour faciliter la transition des IND à l'urgence puisqu'ils favorisent la socialisation avec les précepteurs et les autres IND (26). Ces échanges avec les différents membres de l'équipe aident les IND à développer leur confiance et leurs compétences de communication. Aussi, la création de nouvelles relations durant ▶

le processus de transition crée une culture d'entraide au sein de l'équipe soignante, ce qui améliore le climat psychologique au travail (26). Afin de favoriser la rétention des IND à l'urgence, les organisations devraient donc assurer un milieu favorable à l'intégration des IND en identifiant rapidement l'exclusion de certains membres de l'équipe. La mise en place de stratégies qui visent le développement d'une culture d'entraide entre les membres de l'équipe favoriserait d'ailleurs une meilleure intégration des IND dans les équipes de soins (26).

Culture organisationnelle

Une culture organisationnelle qui favorise un environnement propice aux apprentissages et au développement des compétences infirmières augmente la confiance et la compétence des IND (26). Des auteurs notent qu'un climat hostile entre les IND et les infirmières d'expérience rend la transition des IND psychologiquement intimidante (5). D'ailleurs, l'intimidation entre collègues de travail serait une cause du taux de roulement chez 60 % des IND lors de leurs six premiers mois de pratique (32). Pour cette raison, des auteurs estiment qu'une forte présence managériale est essentielle au développement d'une saine culture organisationnelle pour favoriser la transition des IND dans le milieu clinique (22, 27). Selon ces auteurs, la proximité des gestionnaires avec l'équipe de soins, la sensibilité aux besoins de l'équipe et des compétences en résolution de conflits sont nécessaires à la création d'un environnement qui favorise l'inclusion des IND (22, 27).

Finalement, une saine culture organisationnelle devrait prendre en considération la charge de travail et l'adapter au statut de novice des IND. Malgré les avantages des programmes de transition, des auteurs indiquent qu'une charge de travail élevée demeure une importante préoccupation des IND durant leur première année de pratique (33). Par exemple, une culture organisationnelle positive laisserait le temps aux IND de s'adapter progressivement à la charge de travail de manière autonome, tout en assurant un soutien clinique disponible et un environnement facilitant pour l'intégration des IND (26, 27).

CONCLUSION

En conclusion, cet article met en évidence des données qui révèlent qu'un grand nombre d'infirmières novices éprouvent une volonté consciente de quitter l'urgence lors de leur première année de pratique. Des facteurs associés à cette intention de quitter ont été identifiés dans la littérature : on constate que les facteurs organisationnels sont les principaux facteurs qui induisent l'intention de quitter chez les IND à l'urgence. Les caractéristiques du programme d'intégration, les caractéristiques de l'hôpital, le style de leadership des supérieurs, le climat psychologique de travail, l'environnement de travail, la charge émotive au travail, les conditions et la charge de travail doivent être au centre des priorités des organisations de santé pour favoriser une saine transition des IND dans les milieux cliniques. L'implantation de programmes de transition de 9 à 12 mois pourrait pallier plusieurs difficultés ressenties par les IND durant leur première année de pratique à l'urgence. Une orientation basée selon les besoins des IND, l'acquisition de connaissances et le développement des compétences spécifiques au rôle de l'IND, la désignation de personnes-ressources de qualité, des expériences de socialisation positives et une saine culture organisationnelle sont des déterminants d'un programme de transition qui favorise la rétention des IND à l'urgence. ■

AIDE FINANCIÈRE

Les auteures n'ont reçu aucun soutien financier pour la rédaction et la publication de cet article.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt. Il est toutefois important de mentionner que William Tessier est l'un des éditeurs associés de la revue *Soins d'urgence*, mais celui-ci n'a pas contribué à l'évaluation et à l'édition de cet article.

LES AUTEURS

William Tessier, inf., B. Sc., ét. M. Sc.
École des sciences infirmières
Faculté de médecine et des sciences de la santé
Université de Sherbrooke
william.tessier@usherbrooke.ca

Stéphane Lavoie, inf., Ph. D.
Professeur titulaire
École des sciences infirmières
Faculté de médecine et des sciences de la santé
Université de Sherbrooke

Martin Charette, inf., Ph. D.
Professeur adjoint
École des sciences infirmières
Faculté de médecine et des sciences de la santé
Université de Sherbrooke

RÉFÉRENCES

1. Powers, K., Herron, E. K., & Pagel, J. Nurse Preceptor Role in New Graduate Nurses' Transition to Practice. Dimens Crit Care Nurs. 2019; 38(3), 131-136. doi : 10.1097/DCC.0000000000000354
2. Bortolotto, S. J. Developing a Comprehensive Critical Care Orientation Program for Graduate Nurses. J Nurses Prof Dev. 2015; 31(4), 203-210. doi : 10.1097/NND.0000000000000139
3. Marleau, D. « Portrait de la relève infirmière 2009-2010 ». Montréal, Qc : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. 2010.
4. Marleau, D. « Portrait de la relève infirmière 2019-2020 ». Montréal, Qc : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. 2020.
5. Duchscher, J. E. B., & Painter, S. Proceed with caution: Integrating newly graduated nurses into an emergency department. Adv Emerg Nurs J. 2021; 43(1), 53-70. doi : 10.1097/TME.0000000000000334
6. Duchscher, J. E. B. Transition shock: the initial stage of role adaptation for newly graduated registered nurses. J Adv Nurs. 2009; 65(5), 1103-1113. doi : 10.1111/j.1365-2648.2008.04898.x
7. Clipper B., & Cherry B. From Transition Shock to Competent Practice: Developing Preceptors to Support New Nurse Transition. J Contin Educ Nurs. 2015; 46(10):448-54. doi : 10.3928/00220124-20150918-02
8. Rush, K. L., Adamack, M., Gordon, J., Lilly, M., & Janke, R. Best practices of formal new graduate nurse transition programs: An integrative review. Int J Nurs Stud. 2013; 50(3), 345–356. doi : 10.1016/j.ijnurstu.2012.06.009
9. Kovner, C. T., Brewer, C. S., Fatehi, F., & Jun, J. What Does Nurse Turnover Rate Mean and What Is the Rate? Policy Polit Nurs Pract. 2014; 15(3-4), 64–71. doi : 10.1177/1527154414547953
10. Beecroft, P. C., Dorey, F., & Wenten, M. Turnover intention in new graduate nurses: a multivariate analysis. J Adv Nurs. 2008; 62(1), 41-52. 10.1111/j.1365-2648.2007.04570.x
11. Contino, D. S. How to slash costly turnover. Nurs Manage. 2002; 33(2),10-13. doi : 10.1097/00006247-200202000-00003
12. Hillman, L., & Foster, R. R. The impact of a nursing transitions program on retention and cost savings. J Nurs Manag. 2010; 19(1), 50-56. doi : 10.1111/j.1365-2834.2010.01187.x
13. Forget, M. Études des inducteurs de l'intention de quitter chez une population infirmière québécoise. Université de Montréal. 2016.
14. Takase, M. A concept analysis of turnover intention: Implications for nursing management. Collegian. 2010 ; 17(1), 312. doi : 10.1016/j.colegn.2009.05.001
15. Lee, H., Lim, Y., Jung, H.Y., & Shin, Y.-W. Turnover intention of graduate nurses in South Korea. Jpn J Nurs Sci. 2012; 9: 63-75. doi : 10.1111/j.1742-7924.2011.00187.x
16. Rhéaume, A., Clément, L., & Lebel, N. Understanding intention to leave amongst new graduate Canadian nurses: A repeated cross sectional survey. Int J Nurs Stud. 2011; 48(4), 490–500. doi : 10.1016/j.ijnurstu.2010.08.005
17. Lavoie-Tremblay, M., Fernet, C., Lavigne, G. L., & Austin, S. Transformational and abusive leadership practices: impacts on novice nurses, quality of care and intention to leave. J Adv Nurs. 2015; 72(3), 582-592. doi : 10.1111/jan.12860
18. Yu, M., & Lee, H. Impact of resilience and job involvement on turnover intention of new graduate nurses using structural equation modeling. Jpn J Nurs Sci. 2018. 15(4):351-362. doi : 10.1111/jjns.12210
19. Austin, S., Fernet, C., Trépanier, S., & Lavoie-Tremblay, M. Fatigue in new registered nurses: A 12-month cross-lagged analysis of its association with work motivation, engagement, sickness absence, and turnover intention. J Nurs Manag. 2020. 28(3):606-614. doi : 10.1111/jonm.12962
20. Fernet, C., Trépanier, S. G., Demers, M., & Austin, S. Motivational pathways of occupational and organizational turnover intention among newly registered nurses in Canada. Nursing outlook. 2017; 65(4), 444-454. doi : 10.1016/j.outlook.2017.05.008
21. O'Brien-Pallas, L., Tomblin Murphy, G. & Shamian, J. Final report: Understanding the costs and outcomes of nurses' turnover in Canadian hospital. Université de Toronto, Unité de recherche sur les services de soins infirmiers. 2008.
22. Duffield, C. M., Roche, M. A., Homer, C., Buchan, J., & Dimitrelis, S. A comparative review of nurse turnover rates and costs across countries. J Adv Nurs. 2014; 70(12), 2703–2712. doi : 10.1111/jan.12483
23. Baron, A., Hemler, J., Sweeney, S., Woodson, T., & Cuthel, A. Effects of Practice Turnover on Primary Care Quality Improvement Implementation. Am J Med Qual. 2019; 35, 16-22. doi : 10.1177/1062860619844001
24. Eckerson, C. M. The impact of nurse residency programs in the United States on improving retention and satisfaction of new nurse hires: An evidence-based literature review. Nurse Educ Today. 2018; 71, 84 90. doi : 10.1016/j.nedt.2018.09.003
25. Van Camp, J., & Chappy, S. The effectiveness of nurse residency programs on retention: a systematic review. AORN J. 2017;106 (2), 128–143. doi : 10.1016/j.aorn.2017.06.003
26. Innes, T., & Calleja, P. Transition support for new graduate and novice nurses in critical care settings: An integrative review of the literature. Nurse Educ Pract. 2018; 30, 62-72. doi : 10.1016/j.nepr.2018.03.001
27. Bakon S., Craft J., Wirihana L., Christensen M., Barr J., &Tsai L. An integrative review of graduate transition programmes: Developmental considerations for nursing management. Nurse Educ Pract. 2018; 28:80-85. doi : 10.1016/j.nepr.2017.10.009
28. Emergency Nurses Association (ENA). Executive synopsis: Emergency Nurse Retention. 2017(https://www.ena.org/docs/default-source/resource-library/practice-resources/other/emergency-nurse-retention-executive-synopsis.pdf)
29. Nelsey, L., & Brownie, S. Effective leadership, teamwork and mentoring: Essential elements in promoting generational cohesion in the nursing workforce and retaining nurses. Collegian. 2012; 19(4), 197–202. doi : 10.1016/j.colegn.2012.03.002
30. Romano, C., & Whitehead, D. Evaluation of a New Nurse Mentor Program. School of Nursing Publications. 2020 (https://scholarworks.waldenu.edu/sn_pubs/105)
31. Tomietto, M., Rappagliosi, C. M., Sartori, R., & Battistelli, A. Newcomer nurses' organisational socialisation and turnover intention during the first 2 years of employment. JNM. J Nurs Manag. 2014; 23(7), 851–858. doi : 10.1111/jonm.12224
32. Clarke C. M., Kane D. J., Rajacich D. L., & Lafreniere K. D. Bullying in undergraduate clinical nursing education. Nurse Educ Pract. 2018; 51(5):269–276. doi : 10.3928/01484834-20120409-01
33. Hussein, R., Everett, B., Ramjan, L. M., Hu, W., & Salamonson, Y. New graduate nurses' experiences in a clinical specialty: a follow up study of newcomer perceptions of transitional support. BMC Nursing. 2017; 16(1). doi : 10.1186/s12912-017-0236-0

Programme privilège de ROGERS

Le réseau 5G le plus étendu au pays sur le réseau le plus fiable au pays*.

Optez pour un forfait **Infini de Rogers**MC et économisez sur les données illimitées à partager entre tous vos appareils. Obtenez 15, 25 ou 50 Go de données à vitesse maximale – vitesse réduite ensuite. Vous pouvez regarder les vidéos, écouter la musique et télécharger le contenu en ligne que vous voulez, sans frais d'utilisation excédentaire et sans souci.

Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec

Les membres de
L'Association des infirmières et infirmiers du Québec
profitent d'un rabais sur les forfaits Infini de RogersMC

15 Go	25 Go	50 Go
15 % DE RABAIS[1]	20 % DE RABAIS[1]	30 % DE RABAIS[1]

+

Obtenez un appareil avec financement et **ÉCONOMISEZ JUSQU'À** 650 $ en 24 mois[2]

Inscrivez-vous dès aujourd'hui!

Contactez votre représentant autorisé Norcom avec votre numéro d'employé et une preuve d'emploi, et c'est avec plaisir que nous vous aiderons.

Offert uniquement chez votre concessionnaire autorisé de Norcom Rogers

NorCom - Rogers
2142 Boul. Des Laurentides, Laval, QC
H7M2R5

514-904-0955 Option : 2
support@norcom.ca

www.norcom.biz / code d'accès : corpo

ROGERS
Se donner plus de possibilités.

* La couverture la plus étendue en fonction de la superficie en kilomètres carrés du réseau 5G de Rogers comparativement à la couverture publiée des autres réseaux nationaux; « Le plus fiable » d'après l'audit de performance par umlaut sur les réseaux mobiles au Canada, juin 2020. Le service est offert dans les zones dotées d'une connexion WiFi et où il est impossible d'utiliser la couverture du réseau sans-fil. Les clients doivent activer la fonction Appels WiFi, posséder un appareil compatible et être abonnés à un forfait sans-fil postpayé de Rogers. Les frais d'utilisation habituels s'appliquent, selon votre forfait. Consultez le www.rogers.com/appelswifiFAQ pour connaître les modalités. Rogers a obtenu la meilleure note à égalité avec une autre entreprise en Ontario dans le cadre de l'étude sur la performance et la qualité du réseau sans-fil au Canada de 2020, effectuée par J.D. Power, qui mesure la satisfaction des clients à l'égard de leur fournisseur de services sans-fil. Consultez jdpower.com/awards (en anglais seulement). En 2020, Rogers a obtenu les meilleurs résultats au Canada lors d'une analyse comparative des réseaux mobiles effectuée par umlaut communications GmbH. Consultez le https://www.umlaut.com/en/benchmarking/canada (en anglais seulement). Selon les normes techniques relatives à la 5G publiées par Ericsson https://www.ericsson.com/en/5g/what-is-5g. Les forfaits de données Infini de Rogers comprennent 15 Go, 25 Go ou 50 Go de données à vitesse maximale sur le réseau de Rogers; les zones de Couverture étendue au Canada et les destinations Portout chez vous (consultez **rogers.com/portoutchezvous**). Accès à la 5G compris sans frais additionnels jusqu'au 7 mars 2021. L'accès à la 5G nécessite un appareil compatible avec la 5G dans une zone où la couverture 5G est offerte (consultez **rogers.com/couverture**). Une fois que vous avez épuisé le lot de données à la vitesse maximale de votre forfait, vous continuerez d'avoir accès aux services de transmission de données à la vitesse réduite pouvant atteindre 512 kbps (pour le téléversement et le téléchargement) sans frais d'utilisation excédentaire, et ce, jusqu'à la fin de votre cycle de facturation en cours. Le courriel, la navigation web, les applications et le visionnement ou l'écoute en continu continueront de fonctionner à la vitesse réduite, ce qui altérera vraisemblablement votre expérience. Nous vous enverrons un message texte lorsque vous aurez utilisé 90 % du lot de données à la vitesse maximale incluses dans votre forfait et un autre lorsque vous en aurez utilisé 100 % et vous donnerons la possibilité d'acheter un Accès Rapido pour ajouter des données à la vitesse maximale à votre forfait. L'inscription à la facture en ligne est exigée pour ce forfait. Dans tous les cas, l'utilisation est assujettie aux Modalités de service et à la Politique d'utilisation acceptable de Rogers, consultez **rogers.com/modalites**. L'offre peut être modifiée sans préavis. Des frais de configuration de 45 $ par ligne s'appliquent pour configurer votre appareil et les services connexes. Taxes en sus. Une vérification du titre d'employé est nécessaire. Rogers se réserve le droit d'exiger une preuve d'emploi de chaque employé responsable d'une ligne payée individuellement à tout moment. Des frais uniques de 50 $ associés au tarif pour les employés peuvent s'appliquer pour les clients actuels. Les clients actuels ne peuvent pas profiter de ces rabais s'ils ont un abonnement à durée déterminée qui arrive à échéance dans 6 mois ou moins. Cette offre ne peut être jumelée à d'autres rabais ou offres promotionnelles à l'intention du grand public, à moins que Rogers en décide autrement. **1** L'offre s'applique seulement à la ligne principale. Un changement de forfait ou d'appareil mettra fin au rabais. **2** Les économies proposées varient selon l'appareil. Les économies de 650 $ en 24 mois sont offertes avec le Samsung Galaxy S20 Ultra. ©2021 Rogers Communications.