

MÉLANIE LAVOIE TREMBLAY

**La modernisation du programme
d'intégration au travail pour les nouvelles infirmières du CHUQ**

Mémoire
présenté
à la Faculté des études supérieures
de l'Université Laval
pour l'obtention
du grade de maître ès sciences (M.Sc.)

FACULTÉ DES SCIENCES INFIRMIÈRES
UNIVERSITÉ LAVAL

Avril 2000

©Mélanie Lavoie Tremblay, 2000



National Library
of Canada

Acquisitions and
Bibliographic Services

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque nationale
du Canada

Acquisitions et
services bibliographiques

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file *Votre référence*

Our file *Notre référence*

The author has granted a non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of this thesis in microform, paper or electronic formats.

The author retains ownership of the copyright in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de cette thèse sous la forme de microfiche/film, de reproduction sur papier ou sur format électronique.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

0-612-48938-8

Canada

RÉSUMÉ

La transformation du système de santé a eu de nombreux impacts sur la prestation des services de santé. Notamment, par la modification des lieux et des modes de pratiques. Les établissements de santé assistent à une intensification et une complexification des soins, ainsi qu'à de nombreux changements structurels. Les impacts de ces modifications ont conduit entre autres, à une diminution de l'encadrement clinique, à une perte d'expertise des soins, ce qui a grandement modifié le contexte socioprofessionnel de la pratique infirmière. La direction des soins infirmiers du Centre Hospitalier Universitaire du Québec (CHUQ) a fixé pour 1998-2000, six objectifs dont celui de stabiliser et de consolider les équipes de soins infirmiers dans le CHUQ sur le plan de la qualité et de l'expertise professionnelle. Sensible aux nouveaux besoins d'intégration émanant de la nouvelle mouvance du marché, la modernisation du programme d'intégration au travail du personnel infirmier du CHUQ est apparue comme un moyen important et incontournable d'adaptation à ces nouvelles réalités du travail des infirmières. Cette recherche descriptive et réalisée avec les acteurs du CHUQ met en lumière les éléments-clés qui doivent être pris en considération afin de favoriser une intégration réussie au travail des nouvelles infirmières diplômées. Des entrevues et des questionnaires réalisés auprès des chefs de service des regroupements de la clientèle, des assistantes infirmières-chefs, des infirmières embauchées à l'été 1998 au CHUQ et des personnes ressources de différents centres hospitaliers du Québec ont permis de cibler les éléments-clés d'un programme d'intégration. Les principaux éléments-clés consistent à offrir un accueil chaleureux et rassurant en début de travail, à considérer les nouvelles infirmières avec humanisme, à offrir une formation complète et précise en début de travail, à former les superviseuses, à utiliser des instruments d'amélioration continue des compétences professionnelles, à offrir un soutien constant pour les nouvelles infirmières et à évaluer le programme d'intégration de façon continue.

Mélanie Lavoie Tremblay
Étudiante

Chantal Viens, directrice

Renée Bourbonnais, co-directrice

Mots-clés: nouvelles infirmières, intégration au travail, planification par programme

AVANT-PROPOS

La réalisation de ce mémoire représente non seulement des efforts de la candidate au grade de maîtrise mais également le soutien et la collaboration d'un grand nombre de personnes. Mes remerciements s'adressent, en premier lieu, à ma directrice de recherche, Madame Chantal Viens pour sa confiance, sa générosité, sa patience, et pour les précieux conseils qu'elle m'a dispensés tout au long de ma démarche. J'en retire non seulement une riche expérience d'apprentissage du processus de recherche mais aussi un idéal à atteindre dans ses qualités exceptionnelles de pédagogue et de chercheure. Je tiens aussi à remercier et à souligner la contribution de ma co-directrice Renée Bourbonnais qui, pour sa part, a su m'inspirer par sa rigueur et son esprit d'analyse tout au long de cette démarche. Enfin, je remercie Miville Tremblay, mon père, pour ses corrections et son soutien constant.

Mes remerciements s'adressent également à Denise Laliberté, Nicole Labrosse, Marie-Laure Lebeuf, Marie Forcier et Michelle Lafrance du CHUQ pour leur collaboration et leur ouverture à la recherche en soins infirmiers. Un merci spécial au personnel infirmier du CHUQ pour leur participation à cette recherche.

J'aimerais souligner la contribution de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, la Fondation Desjardins et le Centre de recherche de l'hôpital Saint-François D'Assise pour leur encouragement à la recherche en m'attribuant des bourses d'études de maîtrise, ce qui m'a insufflé un nouveau souffle d'énergie dans la poursuite de cette recherche.

Je remercie mes parents, Miville et Nicole ainsi que ma sœur Karine pour leur appui et leur encouragement et surtout pour leur patience et leur compréhension pendant mes longues heures de travail. Je remercie également Jacques, Linda, Jessica et Jonathan pour leur encouragement. Enfin, mes remerciements les plus sincères à mes collègues de travail, de maîtrise et de loisirs qui ont partagé avec moi les moments heureux et parfois difficiles de cette merveilleuse aventure. Merci!

À Chantal, pour ton soutien et notre complicité

À Miville, pour ton aide et ton optimisme

À Nicole, pour tes encouragements et ta patience

À Karine, pour notre amitié et ta générosité

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	II
AVANT-PROPOS	III
TABLE DES MATIÈRES	V
LISTE DES FIGURES.....	VII
LISTE DES TABLEAUX	VIII
LISTE DES ANNEXES	IX
INTRODUCTION.....	10
CHAPITRE 1 LA PROBLÉMATIQUE.....	12
1.1 LE CONTEXTE SOCIODÉMOGRAPHIQUE ET SOCIOPROFESSIONNEL.....	12
1.2 L'ACQUISITION DE L'EXPERTISE EN SOINS INFIRMIERS	13
1.3 LE CHOC DE LA RÉALITÉ DES NOUVELLES INFIRMIÈRES EN DÉBUT D'EMPLOI.....	16
CHAPITRE 2 LA RECENSION DES ÉCRITS	18
2.1 L'INTÉGRATION AU TRAVAIL : UNE DÉFINITION, SON IMPORTANCE ET SES IMPACTS.....	18
2.2 LES PROGRAMMES D'INTÉGRATION EN CENTRES HOSPITALIERS	21
2.2.1 <i>Le programme d'intégration du Massachusetts General Hospital.....</i>	22
2.2.2 <i>Le programme d'intégration du Mount Sinai Hospital.....</i>	23
2.2.3 <i>Le programme d'intégration d'un centre hospitalier de Suisse romande.....</i>	25
2.2.4 <i>Les groupes de soutien du Concord Hospital.....</i>	27
2.2.5 <i>Le livre-guide du Childrens' Hospital</i>	29
2.3 EN RÉSUMÉ	30
2.4 LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE.....	31
CHAPITRE 3 LA MÉTHODOLOGIE	33
3.1 LE CHOIX DU DEVIS DE RECHERCHE ET JUSTIFICATION.....	33
3.2 LES COLLABORATEURS : LES MILIEUX ET LES SUJETS	34
3.3 LES INSTRUMENTS DE COLLECTE DE DONNÉES	38
3.3.1 <i>L'entrevue de groupe.....</i>	38
3.3.2 <i>Le questionnaire auto-rapporté.....</i>	39
3.3.3 <i>L'entrevue semi-dirigée</i>	41
3.3.4 <i>Le guide d'entrevue semi-dirigée.....</i>	42

3.4 LE TRAITEMENT ET L'ANALYSE DES DONNÉES	43
3.5 LA FIABILITÉ ET LA VALIDITÉ	45
3.6 L'ASPECT ÉTHIQUE	46
3.7 LES LIMITES DE L'ÉTUDE.....	47
CHAPITRE 4 LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	49
4.1 L'ANALYSE DES BESOINS	49
4.2 LA DESCRIPTION DES COMPOSANTES DES PROGRAMMES D'INTÉGRATION DE DIFFÉRENTS CENTRES HOSPITALIERS DU QUEBEC.....	51
4.3 LES ÉLÉMENTS-CLÉS DE LA MODERNISATION DU PROGRAMME D'INTÉGRATION DU CHUQ	53
4.4 EN RÉSUMÉ	60
CHAPITRE 5 LA DISCUSSION	62
5.1 LA PORTÉE DES RÉSULTATS	62
5.1.1 <i>Le partenariat</i>	63
5.1.2 <i>Les éléments-clés d'un programme d'intégration</i>	64
5.2 LES RECOMMANDATIONS POUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	67
5.3 LES RECOMMANDATIONS POUR LES ÉTABLISSEMENTS DE FORMATION.....	68
5.4 LES RECOMMANDATIONS POUR LA RECHERCHE	70
CONCLUSION.....	72
RÉFÉRENCES.....	74

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1: Les composantes de l'analyse de données de Huberman et Miles (1991)...44

FIGURE 2: Les relations entre les éléments du concept ; besoin83

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1: Les cinq étapes de l'acquisition de la compétence en soins infirmiers...	14
TABLEAU 2: Les étapes de socialisation des nouvelles diplômées.....	20
TABLEAU 3: Les titres et thèmes des cinq sessions des groupes de soutien du Concord Hospital du New Hampshire.....	28
TABLEAU 4: Les instruments , les échantillons et les thématiques de l'étude de la problématique; première étape de la planification par programme de Morneau (1992).....	37
TABLEAU 5: La comparaison entre le programme d'intégration du CHUQ et les programmes d'intégration de différents centres hospitaliers.....	52
TABLEAU 6: Les besoins à considérer lors de la modernisation du programme d'intégration du personnel infirmier du CHUQ.....	54

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE A: Le cadre de référence : la planification par programme.....	81
ANNEXE B: Le questionnaire auto-rapporté des assistantes infirmières-chefs.....	84
ANNEXE C: Le questionnaire auto-rapporté du personnel infirmier embauché à l'été 1998 (partie 1).....	87
ANNEXE D: Le questionnaire auto-rapporté du personnel infirmier embauché à l'été 1998 (partie 2).....	91
ANNEXE E: Le guide de l'entrevue semi-dirigée.....	95
ANNEXE F: Les objectifs de la recherche.....	97
ANNEXE G: Le programme d'intégration du personnel infirmier au CHUQ.....	98
ANNEXE H: L'outil d'amélioration continue.....	103

INTRODUCTION

La transformation du système de santé a eu de nombreux impacts sur la prestation des services de santé, notamment, par la modification des lieux et des modes de pratiques. Les travailleurs des établissements de santé vivent une intensification et une complexification des soins, ainsi que de nombreux changements structurels conduisant entre autres à une diminution de l'encadrement clinique, une perte d'expertise des soins, ce qui modifie la pratique infirmière. Dans ce contexte en mouvance, les nouvelles infirmières¹ font face à des exigences de plus en plus élevées dans les milieux de soins. Les attentes des employeurs des établissements de santé en regard de leurs compétences en début d'emploi deviennent de plus en plus grandes et les infirmières débutantes ne se sentent pas suffisamment préparées pour y répondre. Ainsi, l'entrée sur le marché de l'emploi devient pour de nouvelles infirmières, un défi de taille et c'est au cœur de cette problématique que la recherche a pris son envol. Sensible aux nouveaux besoins d'intégration émanant de la nouvelle mouvance du marché, la modernisation du programme d'intégration au travail du personnel infirmier du CHUQ est apparue comme un moyen important et incontournable d'adaptation à ces nouvelles réalités du travail des infirmières.

Cette recherche se base sur la planification par programme de Morneau² (1992) qui permet une démarche plus opérationnelle des étapes de modernisation du programme d'intégration du CHUQ où pour lesquelles les membres de l'organisation (CHUQ) sont sollicités. Ce cadre de référence se compose de quatre étapes. La première étape, l'étude de la problématique, est réalisée grâce aux données issues de quatre sources (statistique, littéraire, humaine spécialisée et expérientielle). La source humaine spécialisée est représentée par des personnes dont les points de vue et les jugements sont importants en raison de l'expertise qu'elles ont développée (Morneau, 1992, p.17). La source expérientielle se compose de personnes non spécialistes qui ont développé une connaissance et une compréhension de la situation pour y avoir été impliquées ou pour avoir côtoyé des personnes qui ont été impliquées (Morneau, 1992, p.17). La deuxième

¹ Le générique féminin est employé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

² La planification par programme de Morneau² (1992) est explicitée à l'annexe A.

étape cible la description de la population à l'étude. La troisième étape permet d'analyser les besoins et enfin la quatrième étape consiste à prioriser les besoins.

Le chapitre un expose la problématique relative au contexte sociodémographique et à l'expérience que vivent les nouvelles infirmières, lors de leur arrivée sur le marché du travail, passant de la lune de miel au choc de la réalité où plus rien ne va. Les données de ce chapitre sont issues de la source statistique de la première étape de la planification par programme et de la deuxième étape soit, la description de la population à l'étude.

Le chapitre deux fait état des principales études concernant les divers aspects de l'intégration au travail. Il s'agit de recherches qui mettent en lumière différents programmes et outils de formation utilisés lors de l'intégration et qui démontrent que la dimension humaine et individuelle et la dimension organisationnelle doivent être considérées pour favoriser un début d'emploi réussi. Les données de ce chapitre représentent la revue de littérature de la première étape de la planification par programme.

Le chapitre trois, sur les méthodes, expose dans un premier temps les notions théoriques sous-jacentes à la recherche descriptive avec une approche multiméthode. Suit la présentation des collaborateurs et du milieu, les instruments de recherche, le traitement et les modalités d'analyse des résultats. Enfin, ce chapitre se termine par l'aspect éthique et les limites de l'étude.

Le chapitre quatre présente les résultats de la recherche. L'analyse des données qualitatives et quantitatives permet, en complémentarité, de mettre en relief les besoins issues de la source humaine spécialisée et de la source expérientielle. Suit la troisième étape de la planification par programme qui permet d'analyser les besoins et la quatrième étape qui consiste à prioriser les besoins pertinents à considérer pour la modernisation du programme d'intégration du CHUQ.

Le chapitre cinq présente la portée des résultats de cette recherche et les recommandations pour les établissements de santé et de formation ainsi que pour les chercheurs.

CHAPITRE 1 LA PROBLÉMATIQUE

Attirer, intégrer et retenir les nouvelles infirmières dans le système de santé actuel constitue un défi majeur. Actuellement, plusieurs facteurs dissuadent ces nouvelles travailleuses à demeurer dans la profession d'infirmière. Ce premier chapitre débute avec le contexte sociodémographique et professionnel des nouvelles infirmières dans une période de transformations et de réajustements des services de santé. Par la suite, sont décrites les cinq étapes d'acquisition de l'expertise en soins infirmiers des nouvelles infirmières.

1.1 Le contexte sociodémographique et socioprofessionnel

Une étude effectuée par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ, 1998) annonce une pénurie d'infirmières d'ici 2005. Au cours des dix prochaines années, plus de 38 000 infirmières baby-boomers quitteront le marché du travail entre 2001 et 2015, alors qu'au plus 27 000 intégreraient le réseau. La population infirmière vieillit: 38,7% des infirmières avaient 45 ans et plus en septembre 1998, contre 30,7% en 1991. Malgré des scénarios d'entrée dans la profession de 1350 à 1500 nouvelles infirmières par année d'ici 2015, l'OIIQ anticipe un déficit important dès 2005.

De plus en plus d'infirmières délaissent la profession. Les conditions de travail, l'alourdissement de la clientèle, les compressions budgétaires et la non reconnaissance de leur expertise professionnelle expliquent en partie ce phénomène d'attrition (OIIQ, 1998).

Le nombre total d'heures de formation des infirmières est inférieur au Québec par rapport à l'ensemble du Canada: 2775 heures, alors que la moyenne canadienne est de 3339 heures. La nécessité de rehausser la formation semble incontournable vu l'évolution des connaissances et les avances technologiques. De plus les infirmières suivent une formation générale alors que les soins infirmiers deviennent de plus en plus spécialisés (Rapport sur la Formation initiale des infirmières et infirmiers au Canada, mars 1999 cité par la Presse). Un des effets de cette difficile arrivée sur le marché du travail est que plusieurs nouvelles

infirmières quittent la profession pendant l'intégration en début d'emploi ou peu de temps après (Friesen et Conahan, 1980; OIIQ, 1989; OIIQ, 1998).

Depuis 1994, les statistiques indiquent qu'une nouvelle diplômée sur quatre ne travaille pas comme infirmière, soit 2141 jeunes (OIIQ, 1998). Parmi celles-ci, 985 ont déserté la profession. Plusieurs auteurs affirment que la réussite de la vie professionnelle des infirmières est liée à leur intégration dans le milieu de travail (AHQ, 1988; Connelly et Hoffart, 1998). Les centres hospitaliers se doivent de favoriser l'intégration des nouvelles infirmières tant pour la réduction des coûts associée à la rétention du personnel que pour la qualité des soins qu'une bonne intégration suscite. Pour arriver à faire de ce premier moment au travail une réussite, certains centres hospitaliers mettent sur pied des programmes d'intégration. Bien que de nombreuses recherches ont étudié l'entrée dans l'organisation et la socialisation en début de travail, il ressort que peu de recherches ont ciblé la pertinence et la mise en œuvre de programmes d'intégration (Connelly et Hoffart, 1998).

Les nouvelles infirmières en début d'emploi requièrent une période d'apprentissage afin de développer des compétences cliniques dans un milieu où elles doivent rapidement devenir fonctionnelles et compétentes. Afin de mieux comprendre l'écart entre les caractéristiques et les compétences des nouvelles infirmières qui débutent et celles qui ont acquis l'expérience, la section suivante présente l'acquisition de l'expertise en soins infirmiers.

1.2 L'acquisition de l'expertise en soins infirmiers

Le modèle de Stuart et Dreyfus (1979) adapté pour les soins infirmiers par Patricia Benner (1984) permet de décrire, pour des infirmières québécoises, les cinq étapes dans la carrière d'une infirmière par novice, débutante, compétente, performante et experte. Frenette-Leclerc (1992) résume les étapes de l'acquisition de la compétence en soins infirmiers de Benner (1984), voir tableau 1 :

Tableau 1 Les cinq étapes de l'acquisition de la compétence en soins infirmiers (Frenette-Leclerc 1992, p.51)

1. La novice
Une personne qui, n'ayant aucune expérience de situations réelles, dépend entièrement des règles qui lui ont été enseignées pour accomplir la tâche. Suivre des règles a cependant des limites : aucune règle ne peut indiquer à la personne novice ce qui est le plus important dans une situation réelle, ni dans quel cas, il faut faire exception aux règles. Cette étape est caractérisée par une grande insécurité.
2. La débutante
Une personne qui a rencontré suffisamment de situations réelles pour avoir noté (ou s'être fait démontrer) la signification de certains "aspects" isolés, caractéristiques de la situation. La personne débutante a besoin d'aide pour établir des priorités, puisqu'elle agit selon les règles apprises et qu'elle commence seulement à percevoir la signification des aspects caractéristiques des situations qu'elle rencontre. Les difficultés sont d'autant plus importantes que la situation est complexe et nouvelle.
3. La compétente
Une personne qui a typiquement deux à trois années d'expérience dans un domaine particulier. Elle peut tenir compte des buts à long terme et de la planification qu'elle a faite pour déterminer quels aspects d'une situation sont importants et lesquels elle peut ignorer. La personne compétente n'a pas encore la rapidité et la flexibilité qu'elle atteindra au stade suivant, mais elle sent qu'elle maîtrise la situation et qu'elle est efficace dans la plupart des cas.
4. La performante
Une personne qui reçoit les situations de façon globale plutôt que morcellée. Elle reconnaît des exemples de situations réelles. Il s'agit d'un changement qualitatif dans la perception. La compréhension globale facilite la prise de décision, puisque la personne saisit parmi les différents aspects ceux qui sont importants. La personne "performante"

émet un nombre limité d'hypothèses de solutions et se centre sur la notion importante de la situation. Elle effectue un raisonnement conscient pour en arriver à la prise de décision.

5. L'experte

Une personne qui ne dépend plus du raisonnement conscient pour passer de la compréhension d'une situation à la prise de décision. L'experte qui a un bagage imposant d'exemples de situations réelles a une "reconnaissance" intuitive de la situation et se centre immédiatement sur les aspects importants sans formuler des hypothèses non productives. Elle voit spontanément ce qu'elle doit faire, sans avoir à le raisonner de façon consciente.

Dans son étude, Frenette-Leclerc (1992) décrit l'étudiante qui arrive sur le marché du travail. Le stade de débutante avancée caractérise habituellement cette dernière. Pour elle, la première étape difficile à franchir est celle du passage de la formation au marché du travail. La diplômée fait face aux responsabilités nouvelles qu'elle doit assumer et la transition s'avère difficile. Une régression semble normale malgré un encadrement approprié prévu par le milieu du travail. Cette transition s'accentuerait si l'étudiante était laissée à elle-même, sans soutien suffisant de la part de son employeur.

C'est aux stades de novice et de débutante, que l'étude fait ressortir davantage le choc de la réalité vécu par les nouvelles infirmières. La régression apparaît clairement pour certaines au stade de novice et d'autres au stade de débutante. La personnalité de la participante, ses expériences antérieures et les perturbations au niveau de sa vie personnelle engendrées par son arrivée sur le marché du travail semblent des facteurs explicatifs de cette régression. De plus, l'étude met en lumière les facteurs pouvant amoindrir l'impact de la transition pour les participantes, soit l'importance de l'initiation autant dans l'hôpital qu'à l'unité de soins et le rôle de soutien que jouent les infirmières plus expérimentées. Cependant, la transition s'avère difficile et plus pénible pour l'étudiante qui est laissée à elle-même et dont plusieurs auteurs décrivent cette situation comme étant le choc de la réalité. La section suivante décrit ce choc de la réalité vécu par les nouvelles infirmières en début d'emploi.

1.3 Le choc de la réalité des nouvelles infirmières en début d'emploi

Les études de Frenette-Leclerc (1992), Giordani (1990) et Viens (1995) révèlent qu'en début d'emploi, les nouvelles infirmières arrivent avec une image de soi assez positive, des aspirations élevées mais qui s'estompent après quelques jours de travail alors qu'elles vont même jusqu'à questionner le bien-fondé de leur choix professionnel. Les auteures précisent que cette remise en question les rend vulnérables à l'opinion d'autrui et peut même les amener à s'auto-dévaluer suite aux critiques et commentaires négatifs à leur endroit. Ce choc de la réalité situe les nouvelles infirmières dans un état de grande vulnérabilité et d'insécurité face à leur nouvelle profession.

De plus, selon les mêmes auteures, les nouvelles infirmières sont confrontées à de nouvelles valeurs comme la rapidité d'exécution, l'efficacité des méthodes et les comportements axés sur les responsabilités à assumer en milieu de soins. Ces valeurs ne correspondent pas à celles véhiculées en milieu de formation qui sont davantage axées sur l'attention à porter aux usagers. La confrontation entre ces deux systèmes de valeurs, inhérents à deux "cultures", exigent des comportements différents.

Enfin, le non réalisme des attentes des nouvelles infirmières constitue un autre facteur d'importance selon Frenette-Leclerc (1992), Giordani (1990) et Viens (1995). Leurs attentes dépendent de celles du milieu du travail. Leur inexpérience et leur insécurité font en sorte qu'elles intègrent les performances attendues par le milieu de travail. Ainsi, rapidement, leur anxiété monte et leur image en prend un coup. Ces auteurs expliquent que le choc de la réalité débute dès leur arrivée. L'écart entre la théorie et la pratique les amènent à douter de leur formation générale et pratique. L'approche globale centrée sur le soin, l'écoute et la relation d'aide devient quasi une utopie face à une approche technique exigée par l'employeur. Les programmes d'encadrement pour les nouvelles infirmières sont conçus de façon à ce que ces dernières accomplissent toutes les responsabilités dévolues à des infirmières d'expérience.

Dans ce contexte, la question générale mise de l'avant dans cette recherche est la suivante : Afin de moderniser le programme d'intégration du CHUQ, quels sont les éléments-clés à prendre en considération pour favoriser un début d'emploi réussi par des nouvelles infirmières?

CHAPITRE 2 LA RECENSION DES ÉCRITS³

Avant de présenter plus en détails certains programmes d'intégration de différents centres hospitaliers, nous croyons pertinent de bien définir le concept de l'intégration au travail, de connaître son importance et ses impacts. Par la suite, suivra la description de différents programmes d'intégration afin d'identifier les éléments contribuant à la réussite de ceux-ci. L'identification de ces éléments, contribuant à la réussite du processus d'intégration au travail, permettra de répondre à notre question générale de recherche.

2.1 L'intégration au travail : une définition, son importance et ses impacts

Dans la littérature, il est difficile d'utiliser une seule expression pour définir ce qu'est l'intégration au travail. Même l'appellation " orientation " traduit de l'anglais (orientation program) n'y répond pas. Dans ce contexte, on pourrait davantage parler de la notion de programme d'intégration au travail qui comprend le passage de la théorie à la pratique, l'apprentissage de nouvelles façons de faire et la découverte d'éléments de la culture organisationnelle. Et cela, sans oublier la période d'insertion socioprofessionnelle au travail qui s'inscrit dans cette notion d'intégration au travail. Or, Paillé (1992) dans un souci de clarification des concepts cite:

*On peut dire que l'insertion professionnelle fait référence à l'ensemble des phénomènes de nature psychologique, sociale, politique ou économique qui accompagnent le processus par lequel un individu passe d'une situation pré-professionnelle ou pré-organisationnelle à une situation professionnelle ou organisationnelle. (...) **L'intégration professionnelle** concerne plus précisément les faits, actions, comportements, interprétations ou décisions qui interviennent, en contexte, lorsqu'un individu s'initie ou est initié effectivement à une nouvelle réalité professionnelle ou organisationnelle. Ainsi, l'insertion professionnelle est plus large que l'intégration professionnelle, non seulement à un niveau conceptuel mais aussi en termes temporels (p. 39).*

³ Les mots-clés utilisés dans les bases de données Cinahl, Medline et Current Contents se lisent comme suit: orientation program, nurses, nursing staff development, orientation system, nursing orientation.

De nombreuses études sur les cycles de la vie au travail comme celles de Fournier (1992) et Riverin-Simard et al. (1992) mettent en valeur l'importance de prendre en considération l'intégration au travail. Ces auteures s'entendent pour dire que les nouveaux diplômés sont vulnérables face à ce processus d'intégration au travail et que certains éprouvent même des difficultés d'ordre personnel. Ils sont confrontés au passage de l'adolescence à l'âge adulte. Cette intégration, selon la plupart des chercheurs, constitue l'une des principales et des plus délicates périodes qu'ont à traverser les nouveaux diplômés au cours de leur vie (Connelly et Hoffart, 1998 ; Howkins et Ewens, 1999 ; Levinson, 1978). La manière dont ces jeunes font face à ces difficultés s'avère souvent lourde de conséquences pour leur cheminement de carrière.

C'est dans le cadre d'une première intégration, celle du passage de l'adolescence à l'âge adulte que le jeune diplômé doit élaborer un projet de vie professionnelle. Havighurst (1981) et Levinson (1978) corroborent cet énoncé à savoir que la planification de l'avenir professionnel du jeune diplômé devient la pierre angulaire de sa vie de jeune adulte. Il doit faire face à une deuxième intégration soit celle du passage de l'école au marché du travail et cela, afin d'acquérir une autonomie tant sur le plan affectif que professionnel. Ces deux intégrations deviennent la condition essentielle pour que le jeune diplômé devienne un adulte indépendant, responsable et reconnu comme tel par la société.

Plusieurs autres auteurs (Borman et Reisman, 1986 ; Connelly et Hoffart, 1998 ; Howkins et Ewens, 1999 ; Schultz et Schultz, 1990 ; Turner, 1981 ; Van Maneen, 1976) vont même jusqu'à dire que l'intégration devient un moment déterminant pour le jeune diplômé pour s'adapter au marché du travail. Cette intégration, selon eux, a des répercussions tant au niveau de leur première organisation que dans celles du futur. Si l'intégration échoue, les constats d'insatisfaction et d'échecs apparaîtront.

Kramer (1974) dans son volume : "*Reality Shock. Why nurses leave nursing*", décrit une première analyse de ce qu'est un processus d'intégration. Elle précise que les travaux de Corwin (1960) ; Habenstein et Christ (1955) ; Holliday (1964) ; Meyer (1959) et Reissman et Rohrer (1957) lui ont servi d'inspiration pour procéder à l'analyse de ses données.

Kramer (1974) présente une typologie du processus de socialisation qui provient de recherches longitudinales de 1967 à 1971, auprès de plusieurs promotions d'infirmières (totalisant 274 nouvelles infirmières). On y définit quatre étapes de socialisation pour les nouvelles diplômées :

Tableau 2 : Les étapes de socialisation des nouvelles diplômées (Kramer, 1974)⁴

1. La lune de miel :

Cette étape se caractérise par une vision idéalisée du monde. La rétroaction obtenue des usagers est très positive. La jeune diplômée se sent reconnue et appréciée. Ses préoccupations sont principalement :

- d'acquérir des habiletés techniques et maîtriser la routine de travail de l'unité de soins,
- de s'intégrer socialement au groupe de l'unité.

Cette première étape est habituellement assez courte. Très vite émerge la réalité du travail et surtout l'écart entre les valeurs de l'étudiante qu'elle était et les valeurs de la travailleuse qu'elle devient.

2. Le choc :

La jeune diplômée commence vite à percevoir une dissonance entre ce qu'elle avait idéalisé du monde du travail et ce qu'est la réalité du travail. Les valeurs véhiculées à l'école ne sont pas du même ordre que celles du travail. Afin de surmonter ce choc de la réalité, différentes façons de réagir sont recensées. Les plus fréquentes semblent être caractérisées par la frustration et le rejet. Ce dernier peut être vécu de différentes façons :

- La jeune diplômée peut rejeter son nouveau milieu de travail. Physiquement, elle devient plus fatiguée, les douleurs minimes sont aggravées. Elle devient rêveuse et demande même du réconfort à ses nouveaux formateurs. Elle peut vivre l'angoisse de ne pas être en forme pour la journée suivante.
- La jeune diplômée peut rejeter son institution d'enseignement et crier à la trahison.
- La jeune diplômée peut s'isoler du travail d'équipe : préférer travailler de nuit, comme elle l'entend.

⁴ Traduction libre, Viens (1995)

- La jeune diplômée peut vivre une distorsion de la perception de soi. Autant, elle se percevait positivement à la phase de la lune de miel autant, elle se perçoit négativement durant cette phase de choc. Elle est très critique, rien n'est bon. Sa perception déforme sa pensée et ses attitudes. Elle se rejette elle-même, se blâme et peut se considérer comme une ratée. Elle éprouve également une grande difficulté à recevoir les messages de son entourage. Cette étape constitue pour la nouvelle diplômée une phase difficile. Tôt ou tard, il se produit un changement, l'étape de récupération.

3. L'étape de récupération :

Cette étape est caractérisée par le retour à l'humour. La nouvelle diplômée peut maintenant rire des choses qui lui apparaissaient si graves et si importantes. Elle commence à différencier ce qui est effectivement mauvais et/ou bon. C'est le retour à une meilleure perspective des choses, à l'atteinte d'un équilibre et finalement au passage à l'étape de résolution.

4. L'étape de résolution :

L'étape de résolution peut se vivre de façon constructive mais parfois aussi de façon destructive. Pour que cette étape soit positive, le processus de croissance et d'actualisation de soi doit se réaliser tant au point de vue personnel que professionnel.

Après avoir abordé le concept d'intégration d'un point de vue plus sociologique et psychologique et les différentes étapes de socialisation que vivent les nouvelles infirmières en début d'emploi, la section suivante présente comment différents programmes d'intégration en centres hospitaliers ont réussi à tenir compte d'une part de la difficile réalité du travail pour les nouvelles infirmières et d'autre part, quels sont les éléments ou les façons de faire qui ressortent comme des stratégies plus efficaces, plus gagnantes.

2.2 Les programmes d'intégration en centres hospitaliers

Parmi les établissements du secteur de la santé et des services sociaux, les centres hospitaliers recrutent la majorité des nouvelles infirmières. Des programmes d'intégration sont mis à leur disposition dans le but de les rendre autonomes et responsables. Les plus récents articles recensés sur les programmes d'intégration décrivent plus particulièrement

l'implantation de ces programmes (O'Grady et O'Brien, 1992; Preuss, McAliley et Ashenberg, 1992 ; Seago et McKenna, 1993). Afin d'identifier les éléments favorisant un début d'emploi réussi des nouvelles infirmières, les prochaines sections livrent le contenu des programmes d'intégration dans différents centres hospitaliers.

2.2.1 Le programme d'intégration du Massachusetts General Hospital

Bell-Meisenhelder (1981) du Massachusetts General Hospital élabore et implante un programme d'intégration basé sur l'augmentation du niveau de confiance en plus de favoriser la dextérité dans les soins. Ce programme a comme objectifs de faciliter la résolution de conflits et de favoriser l'ajustement au milieu de travail. L'infirmière d'expérience joue un rôle capital dans la formation des nouvelles infirmières. Le concept de jumelage entre une infirmière d'expérience et une nouvelle infirmière, le "preceptorship", favorise l'aspect social et psychologique de la période de socialisation initiale du travail. Ce concept permet aux nouvelles infirmières de mieux transmettre leurs attentes et d'acquérir de l'assurance, des compétences et une performance au travail plus rapidement (Balcaïn et al., 1997 ; Bellinger et Mc Closkey, 1992 ; Seybolt, 1986). Quatre éléments critiques du programme d'intégration s'en dégagent pour un fonctionnement positif. Ces quatre éléments permettent d'identifier les attentes tant des nouvelles infirmières que celles du centre hospitalier.

1) Donner du soutien : Cet élément, voire le plus important, a comme objectif d'aider les nouvelles infirmières à vivre leur anxiété et leur sentiment d'incompétence. On établit avec chacune d'elles une relation interpersonnelle, en lui faisant verbaliser ses émotions, en lui expliquant les sources de confusion dans son rôle, en l'aidant à percevoir les conflits de valeurs et en lui donnant du renforcement positif ; **2) Donner le contenu qui peut être utilisé** : Les nouvelles infirmières consacrent beaucoup d'énergie à apprendre les normes, les routines, les trucs du métier et à réagir aux nombreux stimuli. La monitrice doit être sensible aux limites et aux capacités d'attention et d'apprentissage de chacune d'elles et leur explique les normes, les routines, et le comment faire. Elle doit commencer par le plus simple et poursuivre avec le plus complexe. En expliquant les relations avec les pairs et le

climat d'équipe privilégié, elle doit leur indiquer que temporairement elles doivent demander de l'aide ; **3) Guider les nouvelles diplômées vers des attentes réalistes:** Au lieu de vouloir tout faire parfaitement dès le début, la monitrice leur dit à quoi elles peuvent s'attendre et leur explique les obstacles quotidiens et les limites des ressources disponibles. En indiquant que la qualité du travail et la rapidité d'exécution de façon simultanée ne sont pas possibles au début, elle leur donne des objectifs réalistes à atteindre ; **4) Donner des rétro-informations périodiques:** La superviseuse diminue le sentiment d'insécurité en donnant des rétro-informations périodiques honnêtes et des évaluations précises tout au long de l'orientation.

Dans ce programme d'intégration, on peut constater que la notion de relations est au cœur même du processus de supervision et que le soutien tant informatif qu'affectif est particulièrement privilégié. Enfin, le fait de structurer un programme d'intégration et de déterminer des objectifs de formation permet de clarifier les compétences à acquérir. De plus, nous apprenons que les composantes de ce programme comme donner du soutien ainsi que du contenu, guider les nouvelles infirmières vers des attentes réalistes, donner des rétro-informations périodiques constituent autant d'éléments contribuant à la réussite d'un tel programme.

2.2.2 Le programme d'intégration du Mount Sinai Hospital

Dans ce centre hospitalier, un des objectifs fixés par la direction était de diminuer le taux de roulement du nouveau personnel infirmier en implantant un programme de "*reality shock*". Des auteurs comme Hollefreund, Mooney, Moore et Fersan (1981) présentent et expliquent ce programme basé sur quatre objectifs qui se réalise en deux temps. Le premier temps est constitué d'une série de cinq séminaires et le second d'un atelier de travail qui fait suite à ces séminaires.

Les objectifs de ce programme sont de :

1. Permettre aux nouvelles diplômées de comprendre le choc de la réalité.
2. Partager avec ses pairs les sentiments vécus en situations de travail.

3. Permettre aux nouvelles diplômées de vivre un processus d'ajustement à leur nouvel environnement de travail et de s'en servir comme un outil constructif.
4. Diminuer le taux de roulement des nouvelles diplômées au cours de leur première année en fonction.

Les cinq séminaires s'échelonnent sur une période de six semaines à raison d'une heure et demie par rencontre. Les thèmes traités sont : (1) explorer les concepts du choc de la réalité, (2) valider la réalité, (3) pratiquer la rétro-information, (4) comprendre ses valeurs, et (5) résoudre les conflits quotidiens en collaboration avec les infirmières-chefs. Un atelier de travail d'une journée entière est prévu suite à ces séminaires afin de rétroagir sur le processus global d'intégration. Dans le cadre de cet atelier, une personne-ressource agit comme accompagnatrice. La prochaine section décrit plus en détail ces séminaires.

Le séminaire 1 : Les participantes reçoivent de l'information concernant l'ensemble du programme et sur le livre "Path to Biculturalism" qui leur est remis. Dans ce livre, des exercices sont prévus pour chaque séminaire et un questionnaire à remplir est prévu pour le dernier séminaire sur leur perception d'une bonne journée de travail et sur les notions importantes à apprendre par la nouvelle diplômée.

Le séminaire 2 : Ce séminaire porte sur le choc de la réalité, ses composantes et son vécu par les participantes.

Le séminaire 3 : En équipe, les nouvelles infirmières constatent qu'elles ne peuvent performer comme des infirmières compétentes d'expérience. Dans ce contexte, elles doivent accepter l'aide offerte et surtout apprendre à demander.

Le séminaire 4 : Les nouvelles infirmières doivent identifier les types de rétro-informations provenant du milieu du travail et ceux transmis par la formation. Elles apprennent à s'échanger de la rétro-information constructive entre elles.

Le séminaire 5 : Les participantes découvrent les valeurs véhiculées au travail, les comparent avec celles de la formation et en identifient les zones de conflits. Elles doivent faire une rétrospective sur les questions et réponses formulées lors du premier séminaire pour vérifier l'évolution de leur cheminement.

Un atelier de travail d'une journée vient clôturer ces séminaires. Pour débiter, on y présente un graphique illustrant les valeurs du groupe de nouvelles diplômées par rapport à celles des infirmières d'expérience. On identifie les zones de conflits et on propose des plans d'action. Par la suite, on explique les principes régissant la résolution de problèmes. Pour compléter la journée, on crée de petits groupes afin de mettre en pratique les principes de communication reçus pour la résolution de conflits en se livrant à des jeux de rôles et des situations de travail.

Les résultats de l'application de ce programme révèlent que les jeunes diplômées sont au fait de ce qu'est le choc de la réalité, ses effets et savent comment le vivre de façon constructive. De plus, elles ont aimé partager leur vécu avec leurs pairs et constater qu'elles n'étaient pas seules à vivre des émotions négatives. Il ressort de ces résultats que le taux de roulement des nouvelles infirmières diplômées depuis l'implantation de ce programme dans le centre a diminué de 36% à 13%. Le fait de mettre en lumière les nombreux écarts et conflits possibles, lors de ce processus d'intégration, leur a permis d'adapter des stratégies pour vivre harmonieusement ce choc de la réalité. Les principes de communication et de résolution de conflits se sont révélés être des éléments directeurs pour affronter cette nouvelle réalité du travail.

2.2.3 Le programme d'intégration d'un centre hospitalier de Suisse romande

C'est dans un hôpital suisse où Artal (1983) oeuvrant sur une unité de soins constate qu'un effort considérable a été accompli pour conserver le personnel soignant. Ce dernier mentionne qu'il est possible de réduire le taux de roulement du personnel soignant par un travail de planification et de coordination au niveau de l'accueil et de l'intégration du personnel infirmier. Le centre hospitalier a élaboré un programme d'intégration pour

obtenir de la part des nouvelles diplômées un travail de qualité. Ce programme se divise en trois phases : l'accueil, la formation, et l'intégration.

Phase 1 : l'accueil du personnel

Pour ce centre, l'accueil constitue un élément-clé car les premières impressions sont celles qui demeurent fortement enracinées dans l'esprit des nouvelles diplômées. Quatre qualités sont requises chez le personnel qui fait l'accueil : compétence, amabilité, discrétion, et compréhension. Le programme d'intégration est mis en route dès la première journée. Selon les besoins du groupe, une à deux semaines sont prévues pour enseigner des techniques de soins uniformisées. Les employées sont rencontrées par le directeur ou ses collaborateurs à la fin de cette phase afin de s'enquérir des observations et suggestions qui pourraient améliorer l'intégration du personnel infirmier.

Phase 2 : la formation du personnel infirmier

Pour que le personnel accomplisse ses fonctions avec un maximum d'habileté et de sécurité, le centre offre, dès le début du programme, des cours notamment sur les habitudes et la culture de l'hôpital. De plus, les jeunes infirmières se familiarisent avec les techniques de soins spécifiques à l'institution, le matériel en usage et leur mode d'utilisation ainsi qu'avec le type d'usagers et leurs besoins. De plus, ce centre prévoit pour chaque nouvelle employée, un enseignement individualisé basé sur ses besoins identifiés pendant cette période d'orientation.

Phase 3 : l'intégration

L'intégration à une équipe de travail constitue l'une des pierres angulaires du programme. L'intégration s'appuie sur un concept de continuité de la formation où le processus d'adaptation de la nouvelle employée est échelonné dans le temps. L'intégration se veut motivante, progressive et gratifiante. Une information suffisante, facilitée par un bon encadrement permet de découvrir progressivement les particularités de l'unité de soins.

Les éléments essentiels du programme d'intégration sont les suivants :

1. Sensibiliser l'équipe de soins de l'unité à l'importance de l'accueil des usagers et du nouveau personnel.
2. Organiser des discussions de groupe, séminaires et démonstrations pratiques des techniques de soins.
3. Élaborer un emploi du temps dans l'unité de soins afin de favoriser l'organisation du travail en tenant compte des besoins de formation des nouvelles recrues.
4. Passer des épreuves de capacité professionnelle sur les connaissances pratiques et théoriques.

Artal (1983) reconnaît qu'un programme structuré mais souple d'intégration permet aux jeunes employées de développer des satisfactions professionnelles, de favoriser leur sentiment d'appartenance au centre hospitalier et d'inculquer les soucis d'un travail de qualité auprès des usagers. Cependant, pour y arriver, le centre doit leur formuler des consignes précises et les outiller afin qu'elles en viennent à trouver d'elles-mêmes les solutions aux problèmes rencontrés. Selon Artal (1983), cette démarche implique: un bon accueil, suivi d'une formation qui facilite l'intégration dans l'unité de soins.

2.2.4 Les groupes de soutien du Concord Hospital

Le problème du haut taux d'attrition du personnel infirmier a amené le Concord Hospital du New Hampshire à mettre sur pied des groupes de soutien afin de palier à ce phénomène. Fisher et Connelly (1989) décrivent ces groupes de soutien. Le centre hospitalier possédait déjà des mécanismes d'intégration comme : des infirmières cliniciennes qui travaillaient étroitement sur les unités, des monitrices entraînées, du personnel en surplus lors de l'orientation afin d'accompagner étroitement les nouvelles diplômées et enfin, une intégration flexible selon les besoins des nouvelles diplômées. Malgré, la mise sur pied de tels mécanismes, le taux de roulement des jeunes diplômées demeurait élevé. Se référant aux travaux de Kramer (1977), le Concord Hospital du New Hampshire décide d'instaurer des groupes de soutien pour ses nouvelles recrues. Durant les trois premiers mois de travail, l'établissement offre aux nouvelles diplômées, cinq sessions du groupe de soutien d'une durée d'une heure chacune. Les objectifs poursuivis par ces sessions sont la

diminution du stress, l'augmentation de la satisfaction et la rétention au travail. Voici les titres et les thèmes abordés au cours de ces sessions (cf. Tableau 3).

Tableau 3 : Les titres et thèmes des cinq sessions des groupes de soutien du Concord Hospital du New Hampshire⁵

Session I : Bienvenue dans la profession d'infirmière

Discussion des attentes avant l'entrée au travail: ont-elles changé et pourquoi ?

Session II : Comment réussir à tout faire ?

Identification des attentes des coéquipières et des gestionnaires: comment joindre leurs attentes à celles des nouvelles diplômées ?

Trouver des voies d'intégrer ses besoins, ceux du centre hospitalier, les attentes de tous.

Session III : Communiquer la réussite.

Dire aux autres ce dont j'ai besoin.

Demander de l'aide !

Solliciter de la rétro-information.

Session IV : Prendre soin de soi.

Comment je gère mon stress ?

Garder la maison et le travail séparés.

D'autres idées afin de gérer le stress.

Tenir à ses valeurs.

Session V : Qu'est-qu'on va faire maintenant ?

Comment se trouver du soutien après la session ?

Trouver et utiliser l'unité et l'hôpital comme systèmes de soutien.

Lors de la première session, les participantes listent leurs attentes et les habiletés qu'elles jugent nécessaires pour faire face à ce premier emploi. À la deuxième session, sur comment réussir à tout faire, les jeunes recrues doivent décrire les attentes de leur équipe de travail. Des discussions doivent avoir lieu avec l'infirmière-chef et leurs consœurs face à leurs attentes. Dès cette étape, les jeunes infirmières constatent qu'un écart entre leurs

attentes et celles du milieu se crée et leur stress commence à s'amplifier. C'est seulement lors de la troisième session qu'on aborde l'élément « réussite », soit la communication. Différentes stratégies de communication sont analysées par les participantes. Elles apprennent à donner et à recevoir de la rétro-information par des jeux de rôle utilisés lors de cette session. À la quatrième session, dont le thème est « prendre soin de soi », on aborde les questions visant la réduction du stress ainsi que la clarification concernant les valeurs véhiculées au travail et en formation. Enfin, c'est à la cinquième session qu'on évalue les objectifs de chacun des thèmes et qu'on identifie des pistes de soutien de la part de ses pairs, son unité et le centre hospitalier.

Les résultats des évaluations de ces sessions démontrent que les nouvelles diplômées qui ont suivi très tôt ces sessions ont été plus satisfaites dû au fait qu'elles pouvaient trouver des solutions à ce qu'elles vivaient avec difficulté. De plus, ces résultats ont permis d'apporter quelques modifications au déroulement de ces sessions : débiter plus rapidement les sessions, offrir plus de liberté dans les choix de discussions, limiter le nombre de participantes à dix par groupe. Ces groupes de soutien permettent de partager les problèmes, de favoriser la rétro-information et de développer des stratégies d'adaptation face aux attentes du marché du travail. Les résultats indiquent qu'après six mois de travail, les participantes expriment leur satisfaction quant à leur rôle d'infirmière et privilégient le groupe de soutien comme un processus d'intégration de première importance. On constate que le taux de rétention de ce groupe est de 74% comparativement à la moyenne de rétention du dernier groupe qui était de 57%. On peut facilement mentionner sans se tromper que le groupe de soutien est un facteur de réussite pour l'intégration des nouvelles infirmières.

2.2.5 Le livre-guide du Childrens' Hospital

Trois auteurs, Alcock, Harrison, et Lorimer (1988) présentent comment le Children's Hospital de l'Est d'Ottawa a développé un livre-guide pour chaque unité de soins. Dans ce livre, on y fournit des informations concernant l'hôpital en général tout en incluant une

⁵ Traduction libre, Viens 1995

documentation sur le processus d'intégration prévu. De plus, ce guide d'une quinzaine de pages décrit la philosophie et l'organisation de l'unité, la composition de l'équipe multidisciplinaire, l'endroit et le contenu des manuels de référence, les procédures médicales d'urgence et les protocoles, etc... On indique à la nouvelle infirmière ce qu'elle doit savoir pour se familiariser avec son unité. L'objectif principal de ce guide est de vérifier les connaissances et les habiletés des nouvelles infirmières, mesurer leur progrès, identifier leurs futurs besoins d'apprentissage et enfin, guider l'infirmière d'expérience et l'infirmière-chef dans l'organisation d'activités d'apprentissage des jeunes diplômées. Les résultats de l'utilisation de ce guide indiquent clairement que les nouvelles diplômées sont sensibilisées rapidement aux attentes du milieu et de leur unité. Les nouvelles diplômées identifient dès leurs premières journées, les habiletés et compétences à acquérir. Les infirmières d'expérience constatent que ce guide permet de cibler les apprentissages nécessaires pour leurs jeunes recrues et d'en permettre le suivi. De plus, il est très important de souligner que ce guide est considéré comme un élément privilégié de communication pour tous les membres de l'unité de soins.

2.3 En résumé

Cette revue des écrits a permis d'identifier des éléments qui doivent être pris en considération afin de favoriser un début d'emploi réussi pour de nouvelles infirmières. Les éléments identifiés peuvent se regrouper sous deux dimensions de l'intégration soit, la dimension humaine et individuelle et la dimension organisationnelle.

La dimension humaine et individuelle regroupe trois types d'éléments soit le profil des nouvelles infirmières, l'accueil (appartenance) et la compétence clinique. On entend par profil des nouvelles infirmières, leurs premières responsabilités, leurs attentes, leurs connaissances, leurs expériences, leurs préférences et leurs habiletés (Connelly et Hoffart, 1998). Chaque profil joue un rôle important dans un processus d'intégration. Le deuxième élément, l'accueil, devient un élément primordial en début d'emploi. Les nouvelles infirmières désirent se sentir accueillies par les membres des équipes de soins sur les unités et veulent développer un sentiment d'appartenance. Le dernier élément porte sur

l'acquisition de la compétence clinique. Les nouvelles infirmières veulent se faire reconnaître comme compétentes à l'intérieur du centre hospitalier.

La dimension organisationnelle regroupe les éléments suivant : la formation théorique, l'initiation aux unités de soins et le préceptorat. La formation théorique permet d'évaluer l'état des connaissances des nouvelles infirmières et de donner des informations concernant le centre hospitalier. Les activités théoriques incluent les cours, la documentation et les démonstrations pratiques. Le deuxième élément, soit l'initiation aux unités de soins, comprend l'accueil, le soutien, la supervision, l'évaluation et la description du rôle de l'équipe de soins. Cette initiation permet à l'individu de travailler en équipe. Le troisième élément concerne le préceptorat. Les préceptrices accueillent les nouvelles infirmières et les accompagnent dans leurs acquisitions de compétences. Elles les guident en leur donnant des rétro-informations et en les évaluant. La sélection des préceptrices est considérée primordiale afin d'assurer la réussite de l'intégration.

La dimension humaine et individuelle et la dimension organisationnelle convergent vers le même but, soit celui de favoriser un début d'emploi réussi des nouvelles infirmières. Sachant les principaux éléments à prendre en considération pour favoriser un début d'emploi réussi des nouvelles infirmières, il devient impérieux de moderniser le programme d'intégration afin d'arrimer les éléments théoriques à la réalité du CHUQ.

2.4 Les objectifs de la recherche

Les objectifs de cette recherche s'élaborent ainsi : 1) Procéder à l'analyse des besoins des nouvelles infirmières du centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) en identifiant les difficultés rencontrées par celles-ci et décrites par le personnel infirmier (Chefs de services, assistantes infirmières-chefs, infirmières) ; 2) Décrire les composantes des programmes d'intégration de différents centres hospitaliers du Québec ; et 3) Identifier les éléments-clés d'un programme d'intégration au travail du personnel infirmier visant à répondre aux besoins reconnus comme prioritaires de la part du personnel du CHUQ à partir de quatre sources d'informations.

Le chapitre trois présente la méthodologie utilisée afin de répondre aux objectifs tout en respectant la démarche de planification par programme.

CHAPITRE 3 LA MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre expose, dans un premier temps, les notions théoriques sous-jacentes à la recherche de nature descriptive et utilisant une approche multiméthode (qualitatif et quantitatif). Suit, la présentation des collaborateurs de cette recherche, soient les personnes ressources de cinq centres hospitaliers du Québec, les chefs de service des regroupements de la clientèle du CHUQ, les assistantes infirmières-chefs du CHUQ et le personnel infirmier embauché à l'été 1998 au CHUQ. Des entrevues de groupes auprès des chefs de service des regroupements de clientèle et un questionnaire auto-rapporté auprès des assistantes infirmières-chefs permettent d'identifier les principales difficultés chez les nouvelles infirmières et les éléments essentiels d'un programme d'intégration. Un questionnaire auto-rapporté auprès du personnel infirmier embauché à l'été 1998 recueille les informations reçues lors de leur orientation et leur période de probation (les instruments d'évaluation et l'encadrement). Enfin, des entrevues semi-dirigées auprès du personnel de différents centres hospitaliers permettent de recueillir des données sur les programmes d'intégration de la région de Québec. L'analyse qualitative des données recueillies se compose de trois flux concourants d'activités : condensation des données, présentation des données et élaboration/vérification des données (Huberman et Miles, 1991). L'analyse quantitative se résume à la présentation de statistiques descriptives. Ce chapitre se termine par l'aspect éthique et les limites du projet de recherche.

3.1 Le choix du devis de recherche et justification

Ce projet de modernisation du programme d'intégration du CHUQ est réalisé à l'aide d'une approche descriptive. Selon Leininger (1985), la recherche qualitative est une méthode ou une technique d'observation, de documentation, d'analyse et d'interprétation des caractéristiques de la signification spécifique d'un phénomène étudié. Pour Deslauriers (1991), ce type de recherche accorde une importance particulière aux sentiments, aux émotions ainsi qu'au sens que les gens donnent aux événements ; elle produit et analyse des

données descriptives, telles les paroles écrites et dites ainsi que le comportement observable des personnes. Elle aide à comprendre comment les personnes vivent ; elle est ancrée dans le réel des personnes, non dans le temps expérientiel du laboratoire. Deschamps (1993), pour sa part, insiste sur l'essentiel de l'approche descriptive qui "consiste à prendre appui sur l'expérience originaire du fait" (p.17). Le but de l'étude descriptive consiste à déterminer des facteurs déterminants ou des concepts pouvant être éventuellement associés au phénomène à l'étude (Fortin, 1996).

Ainsi, cette recherche permettra de décrire les difficultés identifiées (écarts à combler) par les infirmières, les assistantes infirmières-chefs et les chefs de services des regroupements de clientèle dans le cadre du programme d'intégration actuel et leurs suggestions pour la modernisation du programme. De plus, cette recherche permettra de recueillir les composantes des programmes d'intégration de différents centres hospitaliers du Québec. La prochaine section présente les collaborateurs (les milieux et les sujets).

3.2 Les collaborateurs : les milieux et les sujets

Comme l'indique le cadre de référence de la planification par programme, un programme doit satisfaire l'ensemble des besoins d'une population cible dont les personnes qui en font partie ont en commun une même problématique (Morneau, 1992). Afin de répondre aux besoins réels du milieu, la réalisation de cette recherche est orchestrée avec le centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)⁶ qui représente la fusion de trois grands hôpitaux de la région de Québec : L'Hôtel-Dieu de Québec (HDQ), Saint-François d'Assise (SFA) et le Centre Hospitalier de l'Université Laval (CHUL). Fort de cette union, le CHUQ devient le partenaire de l'Université Laval pour relever le défi d'être un centre hospitalier universitaire de classe mondiale qui se distingue en Amérique du Nord. Il offre des soins généraux et spécialisés à une clientèle locale, régionale et suprarégionale. Le total des lits dressés représente 1037 lits de courte durée, 264 lits de longue durée et 54 lits en néonatalogie (CHUQ, 1997). Les principaux acteurs du CHUQ ayant collaboré à cette recherche au sein d'un comité de travail de la direction des soins et du secteur clinique : les

conseillères en soins, l'adjointe au directeur des soins infirmiers, la spécialiste de l'exercice infirmier en périnatalité et un comité aviseur.

Des consultations réalisées auprès d'un comité aviseur permettent d'enrichir les propositions concernant la modernisation du programme d'intégration et d'assurer l'arrimage de ce programme avec la réalité du CHUQ. Le comité aviseur est composé, sur une base volontaire, de quatre chefs de service, de deux assistantes infirmières-chefs, de quatre infirmières, d'un représentant de la Direction des ressources humaines, d'une représentante du syndicat FIIQ, de la coordonnatrice à l'affection du personnel infirmier et d'une professeure de la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval (également directrice de l'étudiante-chercheure).

La première rencontre du comité de travail du programme d'intégration s'est réalisée en décembre 1998. Suite à cette rencontre, il a été décidé de recueillir les données nécessaires à la modernisation du programme d'intégration du CHUQ auprès de différents répondants. Le choix de ces derniers, en lien avec le cadre de référence, a été établi selon la technique d'échantillonnage de type qualitatif décrit par Glaser et Strauss (1967) et Strauss (1984). Selon ces auteurs, l'échantillon retenu est construit sur la base d'un critère de diversification des sujets types en présence dans l'univers à étudier. Dans le but de recueillir des données diversifiées et pertinentes, quatre types de répondants sont inclus considérant leur relation directe avec les programmes d'intégration du personnel infirmier. Il s'agit du personnel infirmier embauché au CHUQ à l'été 1998 (n:45), de personnes ressources en regard du programme d'intégration (n:5) de différents centres hospitaliers du Québec, des chefs de service des regroupements de clientèle du CHUQ (n:30) et des assistantes infirmières-chefs (n:45) du CHUQ. Nous avons opté pour un échantillon volontaire afin d'assurer une pleine et entière collaboration à la recherche (Lefrançois, 1992). Voyons maintenant la description des échantillons et populations.

Le personnel infirmier embauché à l'été 1998. Nous avons retenu toutes les nouvelles infirmières embauchées à l'été 1998 dans les trois pavillons du CHUQ soit, Saint-François

^o Le CHUQ autorise à divulguer les noms des hôpitaux.

d'Assise (SFA), Hôtel-Dieu de Québec (HDQ) et le Centre Hospitalier de l'Université Laval (CHUL), ce qui représente 89 personnes. Un questionnaire a été distribué auprès de chaque infirmière embauchée à l'été 1998 concernant le programme d'intégration actuel. Le taux de réponse du pavillon SFA a été de 81% (35 questionnaires), le pavillon HDQ de 20% (4 questionnaires) et le pavillon CHUL de 15% (4 questionnaires). Le taux élevé de réponses du pavillon SFA s'explique par la remise en personne des questionnaires lors d'une rencontre tandis que les questionnaires du CHUL et HDQ ont été postés.

Les personnes ressources de cinq centres hospitaliers du Québec. Nous avons consulté des personnes ressources de la direction des soins infirmiers de cinq centres hospitaliers du Québec: (1) Chicoutimi, (1) Sherbrooke, (1) Québec et (2) Montréal. Ces personnes ont été consultées afin de connaître leur programme d'intégration respectif. Le choix de ces centres hospitaliers s'explique par leur disponibilité, la qualité de leur programme et leur situation géographique diversifiée. Pour recueillir les données en regard de leur programme d'intégration, nous avons procédé par des entrevues téléphoniques et par une entrevue semi-dirigée auprès d'un intervenant lorsque le centre hospitalier le permettait. Tous les participants ont accepté de procéder à l'entrevue téléphonique et deux participants à l'entrevue semi-dirigée.

Les chefs de service des regroupements de clientèle du CHUQ. Nous avons retenu tous les chefs de service des regroupements de clientèle du CHUQ qui ont la responsabilité d'accompagner les superviseuses sur les unités pendant la période d'intégration. Les chefs de service se divisent en trois groupes, celui de la périnatalité-pédiatrie, la chirurgie et la médecine-toxico-santé mentale. Chaque groupe de chefs de service a participé à la recherche dans le cadre d'une entrevue de groupe (n:30) portant sur les difficultés et suggestions en regard du programme d'intégration actuel.

Les assistantes infirmières-chefs du CHUQ. Nous avons retenu toutes les assistantes infirmières chefs du CHUQ qui accompagnent les nouvelles infirmières en période d'intégration. Un questionnaire a été distribué auprès des assistantes infirmières-chefs du CHUQ concernant les difficultés et suggestions en regard du programme d'intégration

actuel. Le taux de réponse des assistantes infirmières-chefs est de 31% soit 44 questionnaires complétés sur 140 pour les trois pavillons du CHUQ. Le faible taux de réponses pourrait s'expliquer par le fait que les questionnaires étaient envoyés par la poste et qu'un rappel n'a pas été effectué par manque de temps.

Tableau 4 Les instruments , les échantillons et les thématiques de l'étude de la problématique; première étape de la planification par programme de Morneau (1992)

Instruments	Échantillons	Thématiques
Entrevues de groupes	Les chefs de service des regroupements de clientèle Groupe 1 n=8 Groupe 2 n=6 Groupe 3 n=16	-Les principales difficultés identifiées chez les nouvelles infirmières -Les éléments essentiels d'un programme d'intégration -Les suggestions
Questionnaires auto-rapportés (questions ouvertes)	n=45 Les assistantes infirmières-chefs	-Les principales difficultés identifiées chez les nouvelles infirmières -Les éléments essentiels d'un programme d'intégration -Les suggestions
Questionnaires auto-rapportés (questions ouvertes)	n= 45 Le personnel infirmier embauché à l'été 1998.	-Les informations reçues lors de l'orientation -La période de probation (les instruments d'évaluation et encadrement)

Entrevues semi-dirigées	n=5 Les personnes ressources de différents centres hospitaliers de la région de Québec	-Les éléments-clés du programme -Les sources de satisfaction -Les moyens et éléments d'amélioration
-------------------------	---	---

Comme l'indique le tableau 4, plusieurs thématiques sont abordées afin de cibler les besoins d'intégration des nouvelles infirmières en début d'emploi au CHUQ. De plus, des consultations auprès de personnes ressources de différents centres hospitaliers permettent de dresser le profil de leur programme d'intégration et d'en faire ressortir leurs composantes. Les instruments de recherche utilisés afin de recueillir leur expérience concernant le programme d'intégration du personnel infirmier font l'objet de la section suivante.

3.3 Les instruments de collecte de données

Les instruments de collecte de données jugés les plus pertinents pour cette étude sont l'entrevue de groupe (focus group), l'entrevue semi-dirigée et le questionnaire auto-rapporté.

3.3.1 L'entrevue de groupe

Les entrevues se sont déroulées en décembre 1998. Un total de 30 chefs de regroupement a participé aux entrevues soit, 6 pour la périnatalité-pédiatrie, 8 pour la chirurgie et 14 pour la médecine-toxico-santé mentale. À l'occasion de ces entrevues, trois membres du comité du programme d'intégration (l'adjointe à la direction des soins, une conseillère en soins et l'étudiante-chercheure) ont participé à la réunion. Chaque groupe offrait une disponibilité d'une heure pour l'entrevue de groupe. Il est apparu pertinent d'opter pour l'entretien de groupe (focus group). Polit et Hungler (1999) expliquent :

"L'entretien de groupe est une interview avec un groupe d'individus réunis pour répondre aux questions sur un sujet donné. Habituellement, les personnes présentent un groupe homogène afin de permettre un échange dynamique. Cette formule est efficace pour obtenir le point de vue de plusieurs personnes et en peu de temps. L'interviewer guide la discussion à l'aide de quelques questions principales." (p.332). (Traduction libre)

Connaissant les chefs de service, l'adjointe à la direction des soins a animé cette rencontre. Rogers (1983) explique que l'entrevue a avantage à se dérouler dans une atmosphère détendue parce qu'elle facilite la libre expression des participants. Trois questions ouvertes faisaient l'objet de la discussion soit : 1) Quelles sont les principales difficultés que vous identifiez chez les nouvelles infirmières ? 2) Quels sont les éléments que vous jugez essentiels et qui doivent être donnés ou considérés lors de la période d'orientation ? et 3) Quelles sont vos suggestions qui permettraient d'améliorer le processus de suivi des nouveaux employés en période de probation? Ces questions émanent du modèle de gestion des soins et des services de santé et sociaux, la planification par programme, dans le but d'identifier les écarts à combler (les besoins). Nous avons demandé aux trois conseillères en soins infirmiers, possédant une expertise en intégration, de vérifier la pertinence, la compréhension et la séquence des questions afin de les valider.

La rencontre étant organisée et autorisée par la direction des soins, les participants n'ont pas eu à signer de formulaires de consentement à l'étude. Chaque personne participait sur une base volontaire à l'entrevue de groupe. La conseillère en soins et l'étudiante-chercheuse ont pris des notes afin de ne pas perdre la richesse de la discussion du groupe. La prochaine section porte sur le deuxième instrument de recherche utilisé soit, le questionnaire auto-rapporté.

3.3.2 Le questionnaire auto-rapporté

Le questionnaire auto-rapporté s'est avéré l'instrument de recherche pour rejoindre les assistantes infirmières-chefs, vu leur nombre élevé (140 sujets), leur disponibilité et notre court échéancier. L'envoi par la poste du questionnaire auto-rapporté requiert moins

d'énergie et de temps par rapport aux entrevues (Polit et Hungler, 1999). De plus, ce questionnaire de type auto-rapporté est rempli de façon anonyme.

Le questionnaire auto-rapporté adressé aux assistantes infirmières-chefs contient trois questions ouvertes (annexe B). Les questions ouvertes permettent une plus grande liberté d'expression au répondant (Polit et Hungler, 1999). Ces questions sont les mêmes que celles posées en entrevue de groupe aux chefs de service des regroupements de clientèle. Le questionnaire a été envoyé par la poste en décembre 1998.

Afin de recueillir les commentaires auprès du personnel infirmier (n=89) embauché à l'été 1998, les membres du comité de révision du programme d'intégration du CHUQ ont élaboré un autre questionnaire auto-rapporté en lien avec les différentes activités du programme d'intégration. Le questionnaire se divise en deux parties: 1) le contenu théorique du programme d'intégration actuel et 2) le mode de fonctionnement utilisé pour assurer un suivi lors de la période de probation.

Les énoncés de la partie 1 portent sur l'appréciation des infirmières en regard des informations reçues lors de la période de jumelage sur les unités de soins et des modules théoriques. Le questionnaire (partie 1) se compose de 17 énoncés (incluant trois questions ouvertes) et est présenté en annexe C. L'infirmière doit indiquer par un crochet le degré d'appréciation à chaque énoncé sur une échelle de Likert avec la légende suivante: 1, signifiant que l'infirmière a moins apprécié et 4, qu'elle a plus apprécié.

La seconde partie du questionnaire cerne l'appréciation des infirmières en regard du mode de fonctionnement utilisé pour assurer un suivi lors de la période de probation. Ainsi les énoncés se rapportent aux instruments d'évaluation, à l'encadrement et au soutien reçu. Le questionnaire (partie 2) totalise 15 énoncés (incluant 5 questions ouvertes) et est présenté en annexe D. L'infirmière doit indiquer par un crochet le degré d'appréciation à chaque énoncé sur une échelle de Likert avec la légende suivante: 1 signifiant que l'infirmière a moins apprécié et 4, qu'elle a plus apprécié. Le questionnaire a été envoyé par la poste en décembre 1998 aux infirmières embauchées en mai 1998. Cet intervalle de sept mois est

nécessaire selon Feldman (1976, 1988) car l'intégration est un processus comprenant des étapes de socialisation qui ne se développent qu'après six à neuf mois de travail. La section suivante aborde le dernier instrument de recherche soit l'entrevue semi-dirigée.

3.3.3 L'entrevue semi-dirigée

Le principe de base de l'entrevue semi-dirigée est de favoriser l'expression du vécu des personnes en leur posant un certain nombre de questions leur permettant de dire ce qu'elles pensent sans que la réponse ne soit prédéterminée ou suggérée. Comme le mentionne Gauthier (1995), l'entrevue semi-dirigée est un mode d'approche teinté d'une expression libre de la communication sans influence.

Dans cette recherche, il devenait pertinent de connaître les programmes d'intégration de certains centres hospitaliers du Québec afin d'identifier les composantes de leur programme d'intégration. À cette fin, nous avons consulté des personnes ressources des directions des soins de cinq centres hospitaliers du Québec. Pour recueillir les données, nous avons procédé, par des entrevues semi-dirigées téléphoniques (durée : 20 minutes). De plus, deux centres hospitaliers ont également accepté une entrevue semi-dirigée (durée : 30 minutes). Toutes les entrevues ont été réalisées au mois de janvier 1999. Les entrevues n'ont pas été enregistrées et elles ont fait l'objet d'une prise de notes pendant l'entrevue. Les participants ont donné leur consentement verbal. L'entrevue semi-dirigée est l'instrument de recherche privilégié car elle vise à obtenir des informations sur les perceptions, les états affectifs, les jugements, les opinions, les représentations des individus à partir de leur cadre personnel de référence et par rapport à des situations actuelles (Van der Maren, 1995).

Malgré leur richesse, les entrevues semi-dirigées ne recueillent un matériel pertinent que si le chercheur prend garde à ne pas introduire des thématiques personnelles par les questions et le vocabulaire utilisé dans ses interventions (Van der Maren, 1995). Il est donc important d'élaborer un guide d'entrevue afin de suivre les thématiques de la recherche.

Le guide d'entrevue permet d'entrevoir les limites à l'intérieur desquelles l'entrevue devra avoir lieu. De plus, il évite de terminer l'entrevue avec un grand nombre d'informations disparates et finalement, il permet d'obtenir sensiblement les mêmes informations d'une entrevue à l'autre. Le guide d'entrevue semi-dirigée est présentée à la section suivante.

3.3.4 Le guide d'entrevue semi-dirigée

Lorsqu'une entrevue semi-dirigée est utilisée, les questions sont soigneusement placées dans un ordre logique et chronologique ; les doubles questions dans le même énoncé sont à éviter pour ne pas confondre le participant. Enfin, les questions fermées doivent être évitées et une liste de sous-thèmes pour clarifier l'information est utilisée (Morse et Field, 1995).

En ce qui a trait à notre recherche, le comité de modernisation du programme d'intégration a développé un guide d'entrevue afin de recueillir auprès des personnes ressources des centres hospitaliers des informations en regard de leur programme d'intégration (annexe E). Il a été examiné par les trois conseillères en soins possédant une expertise en soins infirmiers dans le domaine de l'intégration. Elles ont vérifié la pertinence, la compréhension et la séquence des questions. Les commentaires et suggestions émis par ces personnes ont été intégrés à la version finale de l'instrument de collecte des données. Le guide d'entrevue semi-dirigée a été pré-testé auprès d'une personne ressource de la direction des soins infirmiers du CHUQ afin de vérifier la compréhension du contenu, la clarté des termes, la présence d'ambiguïtés et le temps requis pour y répondre. Les modifications jugées nécessaires ont été apportées.

Trois thèmes ont été abordés durant l'entrevue. Le premier thème traite d'informations générales concernant le programme d'intégration. Les questions ouvertes permettent de connaître la date d'élaboration ou de révision du programme d'intégration, l'utilisation d'une grille d'identification des besoins et la présence d'un pré-test ou post-test pour évaluer les connaissances et les besoins des candidats.

Le deuxième thème correspondait à la période de jumelage sur les unités de soins. Les questions ouvertes permettent de connaître le nombre de jours de jumelage sur les unités de soins, le mode de jumelage, les unités de jumelage, l'entente syndicale, les critères de sélection des superviseuses, la répartition de la théorie versus le jumelage et les méthodes pédagogiques reliées à la théorie.

Enfin, le troisième thème portait sur les outils d'évaluation et le processus de suivi utilisé. L'entrevue se terminait par une auto-évaluation du programme d'intégration, les difficultés rencontrées et les modifications à apporter.

3.4 Le traitement et l'analyse des données

Une analyse quantitative des données générées par le questionnaire auto-rapporté du personnel infirmier embauché à l'été 1998, permet de présenter des statistiques descriptives. Les données générées par les entrevues semi-dirigées auprès des personnes ressources des directions des soins de cinq centres hospitaliers ont fait l'objet d'une analyse descriptive présentée en tableau afin de comparer les données. Pour les données générées par l'entrevue de groupe auprès des chefs de service des regroupements de clientèle du CHUQ et par le questionnaire auto-rapporté des assistantes infirmières-chefs, le traitement de l'analyse des données constitue un travail fort imposant dans tout le processus de l'étude. Selon la méthode proposée par Huberman et Miles (1991), l'analyse des données recueillies se compose de trois flux concourants d'activités : condensation des données, présentation des données et élaboration/vérification des données.

La condensation des données renvoie à l'ensemble des processus de sélection, centration, simplification, abstraction et transformation des données "brutes" figurant dans les transcriptions des notes de terrain. Au fur et à mesure du recueil des données, d'autres phases de condensation apparaissent (résumés, codage, repérage de thèmes, regroupements, divisions, rédactions de mémos). Le processus de condensation/transformation a permis d'identifier cinq éléments-clés favorisant un début d'emploi réussi des nouvelles infirmières. Selon Huberman et Miles (1991), la

condensation est une forme d'analyse qui consiste à élaguer, trier, distinguer, rejeter et organiser les données de telle sorte qu'on puisse en tirer des conclusions "finales" et les vérifier. Le second courant majeur de l'activité analytique est la présentation des données. Selon Huberman et Miles (1991), un "format de présentation" signifie un assemblage organisé d'informations qui permet de tirer des conclusions et de passer à l'action. Les formes les plus fréquentes de présentation pour des données qualitatives sont le texte narratif, les matrices, les graphiques, les diagrammes et les tableaux. Les formes utilisées pour cette recherche sont principalement le texte narratif et les tableaux.

L'élaboration et la vérification des données forment le troisième courant de l'activité analytique. Dès le début du recueil des données, l'analyste qualitatif commence à décider du sens des choses, il note les régularités, les explications, les configurations possibles et les propositions. Les conclusions finales peuvent n'apparaître qu'une fois le recueil de données terminé, en fonction du volume de notes de terrain, des méthodes utilisées pour le codage, du recouvrement et du degré de sophistication du chercheur (Huberman et Miles, 1991).

Huberman et Miles (1991) présentent ces trois courants comme un processus cyclique et interactif (Figure 1). Le chercheur se déplace constamment entre ces quatre "pôles" pendant le recueil des données, puis il fait la navette entre condensation, présentation, et élaboration/vérification des conclusions pendant le reste de l'étude.

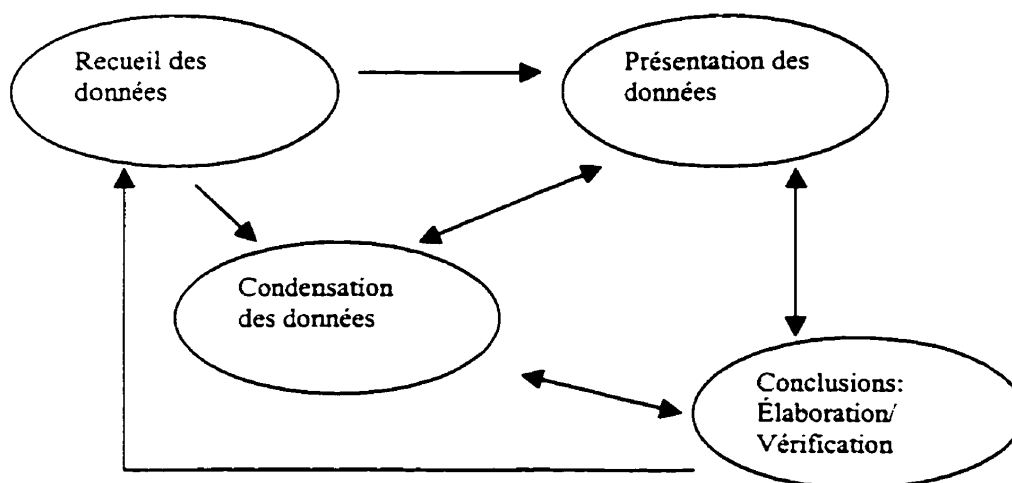


Figure 1. Les composantes de l'analyse de données de Huberman et Miles (1991) p.37

Les étapes parcourues au cours de l'analyse assurent une démarche permettant à cette recherche d'être conforme aux trois flux concourants d'activités : condensation des données, présentation des données et élaboration/vérification des données (Huberman et Miles, 1991).

3.5 La fiabilité et la validité

Les critères de scientificité tels que la fiabilité et la validité sont pris en considération dans cette présente recherche. Selon Huberman et Miles (1991), cette vérification peut être aussi brève qu'une "arrière-pensée" fugitive traversant l'esprit du chercheur lors de la rédaction, accompagnée d'un retour rapide aux notes de terrain, ou bien elle peut être rigoureuse et élaborée, étayée par de longues discussions entre collègues visant à développer un consensus "intersubjectif", ou par un travail approfondi de reproduction d'un résultat dans un autre ensemble de données. En bref, les significations qui se dégagent des données doivent être testées quant à leur plausibilité, leur solidité, leur "confirmabilité", en un mot leur validité. Les conclusions de l'analyse des données sont vérifiées au fur et à mesure des rencontres avec la directrice des travaux et le comité avisier du CHUQ.

Denzin (1989) suggère d'utiliser la triangulation permettant d'examiner la validité des mesures qualitatives. La triangulation est essentiellement le point d'articulation des composantes qui fournissent des nouvelles connaissances relativement à un phénomène (Fortin, 1996). Le type de triangulation de cette recherche est la triangulation des données. Elle consiste en une collecte de données auprès de diverses sources d'informations (groupes, milieux et périodes de temps), afin d'étudier un même phénomène (Denzin, 1989). Dans notre étude, les données sont recueillies auprès de différents groupes (infirmières, assistantes infirmières-chefs, chefs de service, personnes ressources), dans différents centres hospitaliers du Québec (cinq milieux) et s'échelonne sur une période de temps (infirmières embauchées à l'été 1998, assistantes infirmières-chefs, chefs de service, personnes ressources).

De plus, le verbatim intégral des questions ouvertes aux questionnaires auto-rapportés rendent possible le retour au contenu original si nécessaire. Aux entrevues de groupe, deux membres du comité de révision du programme d'intégration ont pris en note les verbatims des participants. Une vérification des données recueillies par écrit a été réalisée à la fin de la rencontre afin de s'assurer de la fiabilité des données. Le pré-test permet la validation du guide de l'entrevue semi-dirigée. Au niveau de l'analyse, une uniformité dans l'interprétation des données est assurée puisqu'une seule personne effectue l'ensemble du codage.

Enfin, rappelons que la représentativité de SFA est supérieure à celles de l'HDQ et du CHUL. Les analyses sont basées sur ces données recueillies auprès des participantes et répondent aux besoins identifiés par celles-ci.

3.6 L'aspect éthique

En septembre 1998, le Conseil de recherches médicales du Canada (CRM), le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada (CRSNG) et le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH), publiaient conjointement un premier énoncé de politique commun pour la recherche faisant appel à des sujets humains:

La recherche éthique faisant appel à des sujets humains exige que les participants (ou leurs représentants autorisés) comprennent en quoi consiste la recherche et donnent leur consentement libre et éclairé. L'énoncé de politique fait en sorte que les sujets ne soient pas contraints de participer à la recherche, ni manipulés en ce sens, qu'ils ne soient ni observés ni enregistrés injustement, qu'ils soient informés des avantages et des inconvénients de leur participation et qu'ils soient en mesure de comprendre ce qu'implique leur participation. (Université Laval, 1998).

Dans ce sens, la Direction des soins infirmiers du CHUQ, responsable du dossier de la modernisation du programme d'intégration, a autorisé le projet de recherche dans les trois centres hospitaliers du CHUQ. Tous les participants devaient donner leur consentement verbal et de façon volontaire. Le respect de la confidentialité des informations fournies par les participants à la recherche revêt une très grande importance. L'engagement pris par

l'étudiante-chercheure quant aux aspects déontologiques découle de l'esprit des recommandations de l'article 35 du Code civil du Québec (1991) qui s'exprime ainsi :

- Toute personne a droit au respect de sa réputation et de sa vie privée.
- Nulle atteinte ne peut-être portée à la vie privée d'une personne sans que celle-ci ou ses héritiers y consentent ou sans que la loi l'autorise.
- Comme la notion d'inviolabilité, la notion de vie privée est reconnue comme un droit et elle génère un mécanisme de réalisation identique : le consentement.

Pour qu'il y ait consentement valable, il faut :

- Un consentement libre de toute contrainte physique, psychologique ou spirituelle.
- Un consentement éclairé, ayant reçu une information suffisante, permettant au sujet de décider en toute connaissance de cause.

Conformément à ces recommandations, les participants sont avisés des objectifs de la recherche et de l'utilisation des données recueillies avant chaque entrevue ou sur les questionnaires auto-rapportés (annexe F). L'étudiante-chercheure s'engage au respect de leur droit à la confidentialité et de l'anonymat dans les publications. Les participants sont libres d'accepter de participer à la recherche. Par la suite, le traitement des informations recueillies permettra de séparer aisément les données spécifiques des données génériques qui ne seront plus alors liées entre elles que par un code anonyme. Les éléments d'information susceptibles de permettre l'identification des participants seront conservés dans des fichiers séparés, accessibles seulement à l'étudiante-chercheure principale et à la directrice de mémoire.

3.7 Les limites de l'étude

Avant de présenter les résultats, il s'avère important de mentionner certaines limites en ce qui concerne les caractéristiques des participants et les choix méthodologiques.

Le faible taux de réponse ne rend possible, ni la saturation des données, ni la généralisation de celles-ci quant au vécu des participants en regard d'un programme d'intégration. De

plus, le mode de recrutement peut amener un biais à l'étude. En effet, il est possible que les participants intéressés à se joindre à cette recherche aient un profil substantiellement différent des personnes appartenant à leur collectivité respective.

Néanmoins, cette étude favorise le dévoilement de certains éléments d'un programme d'intégration favorisant un début d'emploi réussi des nouvelles infirmières.

CHAPITRE 4 LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Ce chapitre débute en présentant les difficultés rencontrées et les améliorations souhaitées de la part des chefs de services, assistantes infirmières-chefs et infirmières du CHUQ. Ces résultats permettront de guider l'analyse des besoins.

4.1 L'analyse des besoins

L'analyse révèle que les principales difficultés des nouvelles infirmières s'avèrent être leur manque d'organisation du travail, leur manque de connaissances et d'expérience et le "choc de la réalité". Voyons plus en détail ces premiers résultats.

4.1.1 Les principaux types de difficultés des nouvelles infirmières

Un des principaux types de difficultés rencontrées s'avère être le manque d'organisation du travail de la part des nouvelles infirmières. D'une part, les chefs de services soulignent que les nouvelles infirmières ont de la difficulté à organiser leur journée de travail avec une charge complète d'usagers. En début d'emploi, elles se retrouvent avec le double d'usagers, comparativement au nombre dont elles avaient la charge pendant leurs stages, et en viennent à ne plus suivre la routine du département, ni à prioriser les soins.

Les nouvelles infirmières n'arrivent plus à fonctionner avec une charge complète en début de travail. Elles ont de la difficulté à organiser leur journée. (chef de service)

D'autre part, les assistantes infirmières-chefs remarquent la difficulté des nouvelles infirmières à organiser leur travail puisque aux dires de celles-ci, elles finissent toujours par manquer de temps. Elles expriment que les nouvelles infirmières semblent perdre du temps à chercher les différentes feuilles du dossier et le matériel sur l'unité. De plus, les nouvelles infirmières manquent de rapidité dans l'exécution des techniques de soins. Les nouvelles infirmières soulignent que la durée de jumelage s'avère insuffisante pour se familiariser avec l'environnement sur l'unité de soins, le matériel utilisé et la routine de l'unité.

Nous avons peu de journées de jumelage. La rapidité qu'on exige de nous dès le départ est irréaliste. Nous manquons de temps pour poser nos questions. Il faudrait faire plus de journées sur un département pour savoir comment remplir les feuilles, qui sont les médecins, les médicaments les plus utilisés, la routine...(nouvelle infirmière)

Un deuxième type de difficultés soulevées concerne le manque de connaissances et d'expérience des nouvelles infirmières. Selon les chefs de service, les nouvelles infirmières parviennent difficilement à établir le lien entre la théorie et la pratique et à appliquer la démarche de soins. Pour leur part, les assistantes infirmières-chefs soulignent le manque de connaissances des nouvelles infirmières relativement aux médicaments et son calcul (règle de trois) ainsi que sur l'utilisation des feuilles du dossier. Elles ajoutent que leur manque d'expérience se reflète également en regard de leur jugement clinique.

Les nouvelles infirmières ont de la difficulté à faire des liens entre la théorie et la pratique. Il y a un manque de connaissances sur les médicaments et leurs notions théoriques à l'arrivée sont mal assimilées. (assistante infirmière-chef)

Les difficultés citées précédemment sont appuyées par 51 % des nouvelles infirmières embauchées à l'été 1998 au CHUQ et qui identifient comme leur principale difficulté, leur manque de connaissances et d'expérience.

Six jours de jumelage deviennent insuffisants pour acquérir une expérience et intégrer toutes les connaissances que l'on nous demande. (nouvelle infirmière)

Enfin, le troisième type de difficultés identifiées chez les nouvelles infirmières se révèle être le "choc de la réalité". Il semble que ce difficile passage de la formation à la réalité du travail soit semé de nombreux obstacles. Les chefs de service dénoncent le haut niveau d'attentes envers les nouvelles infirmières et le manque de soutien auprès de celles-ci, en début d'emploi.

L'employeur a de trop grandes attentes vis-à-vis les nouvelles infirmières, on les bouscule. L'équipe de soins doit être un groupe de soutien pour les nouvelles infirmières en intégration. (chef de service)

Selon les assistantes infirmières-chefs, certaines recrues manquent d'assurance et de confiance et en viennent à poser beaucoup de questions. Par contre, d'autres surestiment

leurs compétences et n'en posent aucune. Dans les deux cas, les assistantes infirmières-chefs vivent dans l'insécurité et suivent de près les nouvelles infirmières.

Certaines infirmières sont trop sur d'elles-mêmes. Elles auraient encore besoin de supervision. D'autres demandent peu. On doit aller beaucoup au devant. Quand on questionne, on voit qu'elles ne savent pas. C'est pas rassurant. (assistante infirmière-chef)

Face à cette insécurité en début d'emploi et aux nombreuses questions posées, 51 % des nouvelles infirmières embauchées à l'été 1998, répondent que la période de jumelage de 6 jours sur les unités a diminué leurs craintes face à leur futur travail.

En résumé, l'analyse des besoins identifie trois types de difficultés auxquelles font face les nouvelles infirmières, soit leur manque d'organisation du travail, leur manque de connaissances et d'expérience et le "choc de la réalité". Les résultats de cette analyse répondent au premier objectif de cette recherche qui était celui d'identifier les difficultés rencontrées par les nouvelles infirmières. Sachant les principales difficultés à prendre en considération pour moderniser le programme d'intégration des nouvelles infirmières du CHUQ, il devenait pertinent de consulter d'autres centres hospitaliers afin de décrire les composantes de leur programme d'intégration.

4.2 La description des composantes des programmes d'intégration de différents centres hospitaliers du Québec

La description des composantes des programmes d'intégration de différents centres hospitaliers du Québec permet d'identifier comment certains centres hospitaliers ont comblé leurs difficultés en regard de l'intégration de leur nouveau personnel infirmier. De plus, cette description donne lieu à la comparaison du programme d'intégration du CHUQ avec ces programmes existants (voir tableau 5). Afin de respecter la confidentialité des sources d'informations et de ne pas favoriser une compétition entre les succès des uns et les problèmes des autres, des chiffres ont été octroyés aux différents centres hospitaliers les rendant ainsi anonymes. Il s'agit de quatre programmes d'intégration généraux et un de soins spécialisés (CH5). Les principales composantes des programmes d'intégration concernent les journées théoriques, les modalités de jumelage, la sélection des superviseuses, les outils d'évaluation et l'auto-évaluation. Le tableau 5 présente la

comparaison entre les composantes du programme d'intégration du CHUQ et celles des programmes d'intégration des différents centres hospitaliers.

Tableau 5: La comparaison entre les composantes du programme d'intégration du CHUQ et les programmes d'intégration de différents centres hospitaliers.

Centres hospitaliers / composantes	CHUQ	CH1	CH2	CH3	CH4	CH5
Durée des journées théoriques	3 jours	4 à 5 jours	5 jours	2 jours	4 jours	Un total de 5 semaines.
Durée du jumelage	6 jours	14 à 20 jours	10 jours	9 jours	15 jours	
Théorie/ Jumelage	Théorie suivie du jumelage	Théorie suivie du jumelage	Alternance théorie et jumelage	Théorie suivie du jumelage	En révision vers alternance	Théorie suivie du jumelage
Jumelage (mode)	Préceptorat 1:1	Préceptorat 1:1	Préceptorat 1:1	Préceptorat 1:1	Préceptorat 1:1	Préceptorat 1:1 et 1:2
Jumelage (horaire) Jour-soir-nuit	Un quart de travail: jour ou soir	Un quart de travail: jour ou soir	Deux quarts de travail: jour et soir	Un quart de travail: jour ou soir	Deux quarts de travail: jour et soir	Un quart de travail: jour ou soir
Jumelage (unités)	Une unité	Deux unités: médecine et chirurgie	Deux unités: médecine et chirurgie	Une unité	Deux unités: médecine et chirurgie	Une unité
Sélection des superviseuses	Selon expérience	Bachelière	Selon expérience	Selon expérience et motivation	Selon expérience et motivation	Selon expérience et motivation
Outils d'évaluation	Grille d'évaluation	Grille d'évaluation	Grille d'évaluation et rencontre informelle	Grille d'évaluation	Grille d'évaluation	Guide des compétences attendues
Auto-évaluation	Outils d'évaluation +/- utilisés Nécessité de former les superviseuses	Les superviseuses sont fatiguées	Former les superviseuses	Outils d'évaluation +/- utilisés Nécessité de former les superviseuses	Outils d'évaluation +/- utilisés Alterner théorie et jumelage	Les superviseuses sont fatiguées Nécessité de former les superviseuses

À la lumière de ces résultats, il devient possible de comparer le programme d'intégration actuel du CHUQ en regard des différents programmes d'intégration existants dans d'autres centres hospitaliers du Québec. Citons par exemple le programme d'intégration du CHUQ qui débute par trois journées théoriques comparativement à quatre ou à cinq journées pour les autres centres. De plus, on peut constater que le CHUQ offre six jours de jumelage sur une unité de soins (ex : médecine ou chirurgie) et sur un quart de travail comparativement aux autres centres offrant 10 à 15 jours de jumelage sur deux unités de soins (ex : médecine et chirurgie) et sur deux quarts de travail. Enfin, la composante "auto-évaluation" dans les différents centres hospitaliers y compris le CHUQ démontre le besoin de former les superviseuses, de leur donner un meilleur soutien et de réviser les outils d'évaluation qui sont plus ou moins utilisés.

En résumé, nous avons, lors du deuxième objectif de cette recherche, décrit les composantes des programmes d'intégration de différents centres hospitaliers du Québec et nous les avons comparés au programme d'intégration du CHUQ. Cette comparaison met en lumière certains écarts entre les modalités de jumelage au CHUQ et celles des autres centres hospitaliers retenus pour fins d'étude. Avec la présentation de ces résultats, il devient possible de proposer des éléments-clés afin de répondre aux besoins identifiés par le personnel du CHUQ.

4.3 Les éléments-clés de la modernisation du programme d'intégration du CHUQ

Le troisième objectif de cette recherche vise à identifier les éléments-clés d'un programme d'intégration au travail du personnel infirmier afin de répondre aux besoins reconnus comme prioritaires de la part du personnel du CHUQ et cela à partir des quatre sources d'informations déjà présentées. Dans le cadre de ce troisième objectif, l'étudiante-chercheuse a élaboré un premier document de travail et ce dernier a été remis au comité de travail deux semaines avant la deuxième rencontre du 15 février 1999. Ce document présente l'analyse des besoins à considérer lors de la modernisation du programme

d'intégration du personnel infirmier du CHUQ (voir tableau 6). Pour ce faire, l'étudiante-chercheuse a comparé les données recueillies issues des quatre sources d'informations et a regroupé les résultats ayant des affinités, peu importe leur provenance.

Tableau 6: Les besoins à considérer lors de la modernisation du programme d'intégration du personnel infirmier du CHUQ

Composantes du Programme d'intégration	Besoins
Théorie	1 journée de mise en situation clinique
Jumelage	Période de jumelage de 12 jours Deux secteurs de soins Deux quarts de travail Infirmière superviseure libérée lors de la première journée de jumelage
Superviseure	1 journée de formation sur les principes andragogiques, sur les stades d'apprentissage (novice à experte), les responsabilités assumées de la superviseure; les stratégies d'enseignement des techniques et des attitudes des infirmières et infirmiers d'expérience et sur les critiques constructives.
Nouvelles infirmières	Soutien entre nouvelles infirmières Encadrement respectant les principes andragogiques Faire des liens entre la théorie et la pratique et réviser le dosage des médicaments (calcul).
Unités de Jumelage	Collaboration de l'équipe soignante et de l'équipe médicale. Créer un climat d'apprentissage.
Probation	Débuter sur les unités où les infirmières ont été orientées. Travailler sur les unités générales avant les unités spécialisées. Avoir un résumé des compétences de l'infirmière lors d'un remplacement.

Outils D'amélioration Continu	Simplifiée et réaliste. Évaluer selon les stades d'apprentissage (novice à experte). Développer un carnet de suivi pour l'infirmière (noter les expériences, pratiques, volets théoriques, personnes ressources).
Suivi	Rencontres avec les infirmières intégrées (groupe de soutien). Offrir des journées de formation. Profiter des périodes où les infirmières embauchées sont affectées moins souvent pour les intégrer en surplus dans les unités spécialisées.

Ces besoins ont fait l'objet d'une discussion et d'une priorisation par consensus de la part du comité de travail. La détermination des priorités de besoins constitue la dernière étape de la planification par programme. Rappelons que le comité de travail de cette recherche se compose de l'étudiante-chercheuse, des trois conseillères en soins, d'une spécialiste de l'exercice infirmier en périnatalité et de l'adjointe au directeur des soins infirmiers. Suite à cette discussion, des éléments-clés ont été identifiés afin de combler les besoins reconnus comme prioritaires de la part du personnel du CHUQ et du comité de travail. Cinq éléments-clés ont été reconnus comme prioritaires, soit 1) offrir un accueil chaleureux et rassurant en début de travail et considérer les nouvelles infirmières avec humanisme, 2) offrir une formation complète et précise en début de travail, 3) donner aux superviseuses une formation et des outils de mesure de l'amélioration continue des compétences professionnelles, 4) offrir un soutien constant pour les nouvelles infirmières et 5) évaluer le programme d'intégration de façon continue. Chacun de ces éléments-clés fera l'objet d'une présentation.

L'accueil chaleureux et rassurant en début de travail et considérer les nouvelles infirmières avec humanisme

Comme le soulignent les infirmières embauchées à l'été 1998, une de leurs préoccupations en début d'emploi demeure l'intégration à leur nouvelle équipe et à leur nouvel environnement de travail. Dans ce contexte, la première activité de la journée théorique consiste à leur souhaiter la bienvenue au CHUQ, à leur présenter le déroulement de la

formation, à leur donner leur horaire de jumelage si possible, à leur présenter la philosophie du CHUQ ainsi qu'à leur donner les noms et numéros de téléphone des personnes ressources sujettes à répondre à leurs questions spécifiques. Selon Artal (1983), l'intégration à une équipe de travail constitue une des pierres angulaires du programme. De plus, le comité aviseur suggère de rencontrer tous les chefs de services et assistantes infirmières-chefs afin de les aviser des changements apportés au programme d'intégration et souligne l'importance d'accueillir chaleureusement les nouvelles infirmières. Plusieurs auteurs affirment que la réussite de la vie professionnelle des infirmières est liée à leur intégration, reçue lors de leur entrée dans le milieu de travail (AHQ, 1988; Connelly et Hoffart, 1998; OIIQ, 1998).

Offrir une formation complète et précise en début de travail

En réponse au manque de connaissances du dossier et des médicaments par les nouvelles infirmières, un nouveau module est ajouté aux trois journées théoriques. Il s'agit du module de gestion de l'ordonnance médicale. Ce module permet aux nouvelles infirmières de connaître les particularités des feuilles d'ordonnances de l'usager et les moyens d'assurer le suivi des ordonnances médicales. Les autres modules demeurent les mêmes à l'exception d'une diminution de temps consacré aux ressources humaines et au syndicat. L'horaire détaillé des trois journées théoriques est présenté à l'annexe G. Suite à ces journées théoriques, les nouvelles infirmières se retrouvent en jumelage avec une superviseure sur les unités. Le comité de travail propose d'augmenter les journées de jumelage à douze jours. Afin de permettre aux nouvelles infirmières une meilleure intégration, le jumelage se fait sur deux unités de soins, soit la chirurgie et la médecine et cela, sur deux quarts de travail (jour et soir). Le choix du nombre de jours par secteur varie selon la disponibilité des superviseures et de l'unité de soins. Ainsi, il peut y avoir six journées pour chaque secteur ou huit journées pour un secteur et quatre pour l'autre. Le comité aviseur priorise le jumelage de jour ou de soir, à moins que la nouvelle infirmière ait un remplacement de nuit, suite à son jumelage.

Durant la période de jumelage, les nouvelles infirmières reçoivent une journée de formation dont une mise en situation clinique en avant-midi, suivie d'un atelier de groupe

de soutien en après-midi. La mise en situation clinique permet aux nouvelles infirmières d'établir des liens entre la théorie et la pratique. Plusieurs questions leur sont posées afin d'intégrer leurs connaissances pratiques et théoriques. Deux autres journées sont prévues dans les semaines qui suivent. Comme l'indique Artal (1983), l'intégration doit s'appuyer sur un concept de continuité de formation où le processus d'adaptation de la nouvelle infirmière est échelonné dans le temps.

Donner aux superviseuses une formation et des instruments d'amélioration continue des compétences professionnelles

Le préceptorat clinique demeure une avenue d'action pour faciliter l'intégration. Les consultations des programmes d'intégration des différents centres hospitaliers du Québec et l'analyse des besoins ont démontré la pertinence de former les superviseuses (préceptrices). La formation des superviseuses inclut dans un premier temps, les cinq étapes de l'acquisition de la compétence en soins infirmiers (Frenette-Leclerc, 1992) et les quatre étapes de socialisation des nouvelles diplômées (Kramer, 1974). Cette formation aux superviseuses permet d'établir des attentes plus réalistes envers les nouvelles infirmières sachant qu'elles arrivent en début d'emploi au stade de débutante avancée et qu'une régression semble normale malgré un encadrement approprié prévue par le milieu de travail. Dans un deuxième temps, les superviseuses reçoivent des informations sur l'approche andragogique. C'est-à-dire qu'il faut qu'elles tiennent compte à la fois de l'expérience de l'infirmière et de la nature de la profession, qui est ancrée dans la pratique. La formation se termine sur ce que sont les qualités d'une bonne superviseuse et la présentation de la modernisation du programme d'intégration.

Dans le même élément-clé, un autre besoin a été identifié et porte sur la révision des instruments de mesure de l'amélioration continue des compétences professionnelles des nouvelles infirmières. D'une part, les assistantes infirmières-chefs trouvent cet instrument irréaliste et long à compléter et d'autre part, les nouvelles infirmières reçoivent plus souvent les commentaires d'une façon verbale et les feuilles ne sont pas complétées. En réponse à ce besoin, le comité de travail a élaboré un nouvel instrument de mesure de l'amélioration continue. Cet instrument présenté à l'annexe H sera utilisé lors de la période

de jumelage avec la superviseure sur l'unité (12 jours) et durant la période de probation (30 jours). On propose une évaluation pertinente et rapide des compétences attendues de la nouvelle infirmière qui arrive sur le marché du travail au stade de débutante avancée. Cette façon de procéder permet à l'équipe de soins d'avoir des attentes plus réalistes vis-à-vis les nouvelles infirmières car la littérature nous avait sensibilisés sur les attentes parfois démesurées et exigées des infirmières envers celles-ci (Frenette-Leclerc, 1992; Giordani, 1990; Viens, 1995).

Offrir un soutien constant pour les nouvelles infirmières

Les données recueillies auprès des infirmières embauchées à l'été 1998 nous indiquent que celles-ci consultent principalement leurs collègues de travail afin de chercher du soutien moral. Se référant aux travaux de Kramer (1974) et à l'analyse des besoins auprès du personnel du CHUQ sur l'importance de donner du soutien aux nouvelles infirmières en début d'emploi, le comité de travail a mis sur pied un groupe de soutien. Trois sessions de groupe de soutien de trois heures chacune sont offertes aux nouvelles diplômées pendant leurs cinq premiers mois de travail. Ces sessions ont comme objectifs de diminuer le stress, de favoriser la satisfaction au travail et de permettre de verbaliser avec les pairs. Le contenu de ses sessions s'inspirent des groupes de soutien du Concord Hospital du New Hampshire présentés au chapitre deux. La première rencontre a lieu dans l'après-midi de la journée "mise en situation clinique" présentée précédemment. Le thème abordé concerne "les trucs pour sauver sa peau quand on est nouveau (elle) infirmier (ière) TPO (temps partiel occasionnel)". La deuxième rencontre se déroule deux mois après leur entrée au travail. Cette rencontre porte sur les attentes des infirmières et la négociation. Enfin, la dernière rencontre s'effectue après cinq ou six mois de leur entrée au travail et cible la résolution de problèmes comme stratégie d'adaptation. Cet intervalle de six mois est nécessaire selon Feldman (1976, 1988) car l'intégration est un processus comprenant des étapes de socialisation qui ne se développent qu'après six à neuf mois de travail.

Afin que les nouvelles infirmières participent à leur apprentissage (andragogie), le comité de travail développe le carnet de l'infirmière. Le contenu de ce carnet s'inspire du livre-guide développé au Children Hospital de l'Est d'Ottawa (Alcock et al., 1988). Il est conçu

afin de regrouper des informations pertinentes pour une consultation rapide et efficace pour la nouvelle infirmière. Dans un premier temps, le contenu de ce carnet propose des informations générales comme la présentation des unités avec numéro de téléphone, les personnes ressources de la direction des soins infirmiers ainsi qu'un mini-bottin téléphonique. Suivent des informations plus spécifiques, sur le calcul du débit d'un soluté, la table de conversion, l'hypoglycémie et les notes au dossier concernant la douleur. Il se termine avec la présentation des compétences attendues de l'infirmière en période de probation, l'expérience surveillée et un profil de la période de probation. Ce profil permet d'assurer un suivi entre les unités de soins sur lesquelles la nouvelle infirmière a déjà travaillé.

Certains centres hospitaliers du Québec assurent un soutien auprès des nouvelles infirmières en identifiant une personne ressource par unité de soins. Selon les assistantes infirmières-chefs du CHUQ, certaines infirmières en début d'emploi ne se sentent pas à l'aise de poser des questions et de demander de l'aide à l'équipe de soins. C'est pourquoi, le comité de travail propose de mettre en place un programme de monitrice clinique durant la période de probation des nouvelles infirmières. Il s'agit d'une monitrice clinique par quart de travail (jour, soir et nuit) disponible pour répondre aux problèmes ponctuels des nouvelles infirmières. La monitrice, rejointe par télé-avertisseur, se rend sur chaque unité de soins afin de leur offrir du soutien tant clinique que personnel au moins une fois durant leur quart de travail.

Évaluer le programme d'intégration de façon continue

Les acteurs du CHUQ veulent implanter le nouveau programme d'intégration dès mai 1999 pour la période d'embauche estivale. Afin d'évaluer la modernisation du programme d'intégration, un sous-comité sera formé afin de développer un outil d'évaluation. Il est prévu d'évaluer de façon constante le programme auprès du personnel du CHUQ, de faire un rapport d'évaluation en novembre 1999 et une présentation auprès de l'ensemble du personnel du CHUQ. Pour l'année 1999-2000, l'indicateur de la satisfaction du nouveau personnel infirmier en regard des éléments du nouveau programme d'intégration au travail sera évalué. Le concept de la satisfaction a été retenu car un certain nombre de recherches

(Bedeian et Armenakis, 1981 ; Gerhart, 1987 ; Steers, 1977 ; Viens, 1995) ont identifié une relation positive et significative entre le degré de satisfaction des nouvelles recrues, leur engagement professionnel et leur attachement envers l'entreprise.

Le comité de travail a présenté, au mois de mars 1999, ces cinq éléments-clés au comité aviseur. Un document regroupant les différents éléments-clés a été remis aux membres du comité aviseur deux semaines avant cette rencontre. Le comité aviseur fut consulté sur la faisabilité, la pertinence et la disponibilité des ressources en regard des éléments-clés du programme d'intégration au CHUQ. Suite à cette rencontre, le comité aviseur a proposé de donner la journée de formation comprenant une mise en situation clinique suivie d'un atelier de groupe de soutien, à la fin du jumelage pour permettre aux nouvelles infirmières de se rencontrer et de répondre à leurs questions avant la période de probation. De plus, le comité aviseur a suggéré de libérer une superviseure pour deux ou trois nouvelles infirmières sur une unité de soins lors de la première journée de jumelage. Enfin, le comité aviseur s'est dit d'accord avec les éléments-clés considérés comme des incontournables de la modernisation du programme d'intégration du CHUQ.

4.4 En résumé

En résumé, l'analyse des besoins a permis de répondre au premier objectif de cette recherche qui était d'identifier les difficultés rencontrées par les nouvelles infirmières du CHUQ. Les principales difficultés rencontrées ont trait au manque d'organisation du travail des nouvelles infirmières, à leur manque de connaissances et d'expérience et au "choc de la réalité". Les résultats de notre deuxième objectif mettent en lumière certains écarts entre les modalités de jumelage au CHUQ et celles des autres centres hospitaliers du Québec. De plus, on constate que la composante "auto-évaluation" dans les programmes d'intégration des différents centres hospitaliers, y compris le CHUQ, identifie les besoins de formation des superviseures et de révision des outils d'amélioration continue. Enfin, le troisième objectif présente les différents éléments-clés d'un programme d'intégration au travail du personnel infirmier visant à répondre aux besoins reconnus comme prioritaires de la part du personnel du CHUQ et cela à partir de quatre sources d'information. C'est de

ce dernier objectif qu'émergent les éléments de la question générale de cette recherche soit: "Afin de moderniser le programme d'intégration du CHUQ, quels sont les éléments qui doivent être pris en considération pour favoriser un début d'emploi réussi des nouvelles infirmières?" Dans le cadre d'une planification par programme, cinq éléments prioritaires ont été identifiés pour favoriser un début d'emploi réussi des nouvelles infirmières soit, 1) offrir un accueil chaleureux et rassurant en début de travail et considérer les nouvelles infirmières avec humanisme, 2) offrir une formation complète et précise en début de travail, 3) donner aux superviseuses une formation et des instruments d'amélioration continue des compétences professionnelles, 4) offrir un soutien constant pour les nouvelles infirmières et 5) évaluer le programme d'intégration de façon continue. Le CHUQ a besoin de futurs professionnels de la santé de haut niveau et capables de relever des défis. Aussi, la mise en œuvre du programme d'intégration devient l'un des maillons les plus importants pour arriver à former des professionnelles satisfaites, engagées, motivées et capables de développer le sentiment d'appartenance à leur établissement de santé.

La décision de demeurer au sein d'une organisation ou de partir, et le sentiment d'engagement envers l'organisation ou le sentiment d'aliénation, tout cela semblerait dépendre du sens que font les nouvelles recrues de leur expérience organisationnelle initiale (Louis , 1980, p.243).

CHAPITRE 5 LA DISCUSSION

Ce cinquième chapitre débute par la présentation de la portée des résultats de cette recherche. La réforme de la santé a provoqué une fragilisation importante de l'infrastructure de soins infirmiers. Ainsi, les conditions d'intégration des nouvelles infirmières doivent être repensées afin de favoriser leur réussite en début d'emploi. Le partenariat entre les acteurs du CHUQ et l'étudiante-chercheuse constitue une avenue d'action privilégiée pour moderniser le programme d'intégration. Pour favoriser les conditions d'intégration des nouvelles infirmières en début d'emploi, cinq éléments-clés doivent être pris en considération. Ces éléments-clés ont déjà fait l'objet d'élaboration lors d'un chapitre précédent. Ils permettent le passage de la formation des nouvelles infirmières à la difficile réalité du travail et à l'ascension des grands sommets de l'expertise en soins infirmiers. Des recommandations seront formulées aux établissements de santé et de formation quant à l'application de ces éléments-clés. Enfin, des recommandations s'adresseront aux futurs chercheurs quant au vécu des nouvelles infirmières dans le cadre d'un nouveau programme d'intégration, à la contribution d'un programme d'intégration efficace au niveau de la prévention des problèmes organisationnels et à l'avenue de l'internat comme stratégie pour faciliter le passage de l'idéalisme de la formation à la réalité du travail.

5.1 La portée des résultats

Au Québec, les nombreuses compressions budgétaires dans le secteur de la Santé et des Services Sociaux provoquent un vent de changements majeurs au sein des établissements de santé. La décroissance brutale du financement, l'incongruence de certaines règles du jeu ainsi que la désorganisation de la prestation des soins infirmiers, due aux mises à la retraite des infirmières et à la supplantation massive, ont eu des conséquences multiples dont un frein à l'atteinte de certains objectifs de la réforme. Face aux conditions difficiles d'intégration des jeunes infirmières ainsi qu'à la lente adaptation des programmes de formation aux besoins des milieux, tant au niveau collégial qu'au niveau universitaire, les

centres hospitaliers doivent repenser l'intégration des nouvelles infirmières et développer d'autres voies d'action comme le partenariat.

5.1.1 Le partenariat

Les établissements de santé ne peuvent se priver de l'ensemble des ressources externes mises à leur disposition afin de les aider à poursuivre leur mission. Ils doivent développer différents réseaux. Lorsqu'il y est question de recherche, l'Université devient un partenaire privilégié. Les chercheurs universitaires ont beaucoup à gagner dans cette éventuelle collaboration. Ceux-ci se retrouvent avec une belle occasion de servir la cause scientifique tout en aidant des praticiens à prendre conscience de certaines réalités, pour faire des choix plus éclairés et poser les actions conséquentes.

Ce projet de recherche permet un partenariat entre les acteurs du CHUQ et l'étudiante-chercheuse de l'Université Laval. Nous nous sommes associés afin de mieux comprendre les éléments-clés favorisant une intégration réussie des nouvelles infirmières en début d'emploi. Landry (1994) définit le partenariat comme le résultat "d'une entente entre des parties qui de façon volontaire et égalitaire, partagent un objectif commun et le réalisent en utilisant de façon convergente leurs ressources respectives" (p.15). Le projet de partenariat doit regrouper des personnes qui se sentent suffisamment interpellées par une problématique de formation et de recherche. Il faut par contre souligner qu'être partenaire n'est pas toujours synonyme d'harmonie. Pareille expérience fait naître la confrontation des logiques (logique pratique et logique scientifique), la négociation et la résolution de problèmes en vue de l'atteinte d'une cible commune. De plus, le monde du travail est actuellement caractérisé par une très grande rapidité au niveau de la prise de décision. Les chercheurs doivent s'adapter à cette réalité et être capables de fournir aux dirigeants, des éléments de solutions à leurs problèmes de façon à ce que ces derniers puissent utiliser cette information dans leur processus de prise de décisions. Il faut de toute nécessité que les chercheurs soient impliqués au tout début de l'apparition d'un problème et non pas seulement au moment où celui-ci devient critique (Bordeleau, 1997).

Dans la mesure du possible, il est souhaitable de favoriser la participation de la direction concernée à l'élaboration même du processus d'analyse ou de diagnostic d'une situation-problème puisque l'implantation des recommandations sera assumée par les dirigeants des divers départements. Ce projet de recherche a permis l'implication de certains acteurs du CHUQ. Le chercheur-intervenant ignore trop souvent l'apport indéniable des administrateurs au plan de l'élaboration d'une telle démarche. En effet, ceux-ci ont une connaissance profonde du milieu qui est utile au spécialiste des organisations (Émory, 1980). De plus, la participation des administrateurs fait disparaître une certaine anxiété en regard de l'aspect inconnu des démarches et des recommandations qui seront éventuellement suggérées.

Il apparaît à la lumière de la présente expérience que le partenariat devient, à l'aube des années 2000, non plus une idéologie, mais bien une avenue d'action, de formation et de recherche tant pour les établissements de santé que pour ceux du savoir. Chaque partenaire apporte sa propre expertise afin d'atteindre les objectifs de la recherche. Les praticiens de la santé s'enrichissent tant au niveau de la méthodologie que des résultats des différentes recherches concernant la problématique soulevée par l'intégration des nouvelles infirmières en début d'emploi. Pour les chercheurs, il devient très intéressant de valider leurs théories en milieu de pratique afin de vérifier si les nouvelles connaissances répondent aux besoins du milieu. Enfin, ce partenariat aura permis d'identifier les éléments-clés d'un programme d'intégration.

5.1.2 Les éléments-clés d'un programme d'intégration

Malgré les nombreuses compressions budgétaires dans le secteur de la Santé et des Services Sociaux, l'intégration des nouvelles infirmières demeure un incontournable dans le contexte d'une pénurie d'infirmières et de la fragilisation importante de l'infrastructure de soins infirmiers. Les nouvelles infirmières font face à des exigences de plus en plus élevées dans les milieux de soins. Les attentes des établissements sont grandes et ils ne peuvent se permettre d'avoir des infirmières débutantes moins performantes. En effet, les ressources sont de moins en moins disponibles et la clientèle s'avère de plus en plus lourde.

Pour favoriser les conditions d'intégration des nouvelles infirmières en début d'emploi, cinq éléments-clés doivent être pris en considération. Ces éléments-clés permettent de faciliter le difficile passage de la formation au marché du travail et de favoriser un début d'emploi réussi pour les nouvelles infirmières. On peut faire une analogie avec un grimpeur d'escalade pour illustrer ce passage de la formation à la difficile réalité du travail ainsi qu'à l'ascension des grands sommets de l'expertise en soins infirmiers pour les nouvelles infirmières. Patricia Benner (1984) décrit les cinq étapes de leur carrière: novice, débutante, compétente, performante et experte. L'infirmière en début de travail se compare à un grimpeur passant de l'escalade de montagnes connues à l'alpinisme de grands sommets inconnus: ceux de l'expertise en soins infirmiers.

À la conquête des grands sommets de l'expertise en soins infirmiers

Le milieu de formation de l'infirmière peut se comparer à une escalade pour le grimpeur. Le terrain privilégié pour l'escalade est une surface de préférence verticale qui permet au grimpeur de se consacrer uniquement à la gestualité de l'escalade: la paroi. Son implantation géographique a de l'importance dans la mesure où elle ne doit pas perturber l'escalade. Tout comme le milieu de la formation, la paroi est un espace sécurisant, connu, peu étendu et reconnu pour sa difficulté technique d'escalade et non par son altitude à atteindre. La paroi devient un milieu constant et prévisible (Lapierre, 1981). L'infirmière, durant sa formation et lors de ses stages, évolue dans un milieu connu où les risques sont peu à peu éliminés par les formateurs et les superviseurs comme le grimpeur qui franchit un passage maintes fois utilisé par d'autres grimpeurs. L'arrivée de la nouvelle infirmière en milieu de travail, se compare à celle du grimpeur en alpinisme qui se pratique entièrement en montagne. Le milieu de la montagne, tout comme celui du travail, se décrit par son espace très étendu qui offre la possibilité d'atteindre les points les plus élevés de la terre, tout comme l'expertise en soins infirmiers et cela par ses propres moyens. Les phénomènes qui sont à l'origine des dangers objectifs sont connus, mais cette connaissance n'est pas suffisante pour déterminer d'une façon certaine le moment où ils vont se produire. Cela fait place à un milieu toujours inconstant et peu prévisible. Pour le grimpeur, l'ascension devient une réponse en regard d'un problème posé par la montagne. Il ne s'agit

plus désormais d'arriver en haut par une seule voie et à n'importe quel prix, mais d'attacher une importance croissante aux moyens utilisés pour y parvenir, c'est-à-dire au style de l'ascension où le comment prend le pas sur le but.

Afin d'escalader les grands sommets de l'expertise en soins infirmiers, l'employeur équipe les nouvelles infirmières et planifie un programme d'intégration pour faciliter leur progression. À la lumière de nos résultats, cinq éléments doivent être pris en considération afin d'équiper les nouvelles infirmières en début d'emploi.

En début de travail, avant l'ascension des premiers sommets, la nouvelle infirmière reçoit un accueil chaleureux et rassurant par l'équipe. Cet accueil la sécurise et lui permet d'être plus alerte aux consignes données. La nouvelle infirmière participe à une formation précise et complète sur l'expédition. Elle apprend les différentes voies d'ascension de la montagne, se familiarise avec le matériel utilisé, connaît la philosophie du groupe, les conditions climatiques du milieu et révisé les indicateurs de sécurité. Suite à cette formation, la nouvelle infirmière est jumelée à une guide, une infirmière alpiniste expérimentée, formée et outillée pour accompagner celle-ci.

Le premier sommet appelé "Le novice" s'apparente à une falaise comme celle escaladée en formation. La nouvelle infirmière escalade rapidement ce premier sommet avec succès et assurance. Vient ensuite le deuxième sommet "La débutante". Avant d'arriver à cette montagne, la nouvelle infirmière doit marcher quelques kilomètres dans des conditions imprévisibles et difficiles. Elle en vient à se questionner sur la faisabilité de gravir ce sommet. Se souvenant de cette difficile ascension, la guide offre un soutien constant à la nouvelle infirmière. Selon Lerare et Monot (1995), des experts en alpinisme, le soutien permet d'oser entreprendre une action, de s'engager à mettre en œuvre une intention, d'expérimenter, d'avoir des sensations différentes, d'anticiper des actions, d'envisager une évolution et de prendre des décisions. De plus, le soutien permet d'organiser des équilibres et en particulier de trouver une stabilité lorsque le seuil de rupture dans la progression est ressenti, d'offrir la possibilité de redescendre lorsque c'est souhaité et de gérer sa propre sécurité. La qualité du soutien s'avère déterminante dans la relation qui lie le guide à la

nouvelle infirmière. De cette qualité dépend la complémentarité de leurs actions respectives.

Durant l'ascension du sommet "La débutante", la nouvelle infirmière et son guide profitent des temps d'arrêt pour échanger et discuter avec les autres grimpeurs sur leur escalade. Les grimpeurs n'exécutent pas une escalade, mais la vivent. Après quelques mois, la nouvelle infirmière développe ses habiletés et s'approprie les techniques d'escalade et se sent plus à l'aise sur la montagne. Elle commence à apprécier le paysage et à questionner son équipe sur les vents, la glace et le climat. Elle envie les guides d'expérience qui ont des intuitions sur les variations climatiques et les dangers. La nouvelle infirmière espère arriver au sommet rapidement car elle pourra voir au loin les sommets de "La compétente", de "La performante" et de "L'experte". Du sommet de "La débutante", la nouvelle infirmière continue sa conquête vers l'expertise avec ses collègues et quelques guides. Les autres guides retournent à la base de la montagne pour accueillir un autre groupe de nouvelles infirmières. En chemin, les guides se questionnent sur leur montée et évaluent leur façon de faire ainsi que le programme d'ascension afin qu'il soit bien adapté aux besoins des nouvelles infirmières et à leur environnement.

Cette analogie permet de comprendre ce que vivent les nouvelles infirmières en début d'emploi. Elles vivent l'insécurité, la découverte de l'inconnu et le souci d'être accepté par le groupe, de développer un sentiment d'appartenance. Le programme d'intégration doit permettre aux nouvelles infirmières, un début de travail rassurant et sécurisant afin qu'elles deviennent satisfaites, engagées et motivées.

5.2 Les recommandations pour les établissements de santé

Cette recherche sur les éléments-clés favorisant une intégration réussie au travail des nouvelles infirmières présente l'importance de faciliter le passage de la formation à la réalité du marché du travail. Un des effets de cette difficile arrivée sur le marché du travail est que plusieurs nouvelles infirmières quittent pendant l'intégration en début d'emploi ou peu de temps après (Friesen et Conahan, 1980; OIIQ, 1989; OIIQ, 1998). Les

conséquences de cette situation sont malheureusement aussi vécues par les usagers. Ces derniers voient passer de nombreuses infirmières à leur chevet. La continuité des soins devient quasi impossible. Il n'est pas question de plan de soins car la surcharge de travail, la rapidité des congés et la rotation du personnel ne le permettent pas. Les usagers responsables de leur propre santé et qui sont disposés à exercer des recours pour obtenir satisfaction, représentent un défi entraînant la dispensation de soins infirmiers d'une qualité supérieure. Cette transformation est progressive et requiert des ajustements successifs sur la formation des nouvelles infirmières, sur la précision de leurs rôles respectifs, dans la distribution du travail et la conception des emplois.

Il est recommandé aux administrateurs de centres hospitaliers de prendre conscience qu'une intégration réussie au travail des nouvelles infirmières devient bénéfique pour la dispensation de soins et de services de qualité. Rappelons que le défi du premier emploi permet aux employés, une plus grande implication dans leur travail, une plus grande motivation afin d'obtenir un degré plus élevé de compétence technique. La relation entre la qualité de l'entrée dans un premier emploi et le succès futur est démontrée dans de maintes organisations et dans une variété d'occupations (Thayer, 1983).

5.3 Les recommandations pour les établissements de formation

L'intégration du nouveau personnel infirmier représente une activité organisationnelle décisive affectant la réussite au travail, la productivité et la rétention des nouvelles infirmières en début d'emploi. L'intégration devient un processus complexe qui implique maintes personnes et diverses ressources. L'intégration permet de réduire le fossé encore présent entre le monde de la formation et celui du travail. Comme le souligne un rapport récent d'un comité-conseil du ministère de l'Éducation (Document inédit sur la formation infirmière, La presse, 1999): "Le Québec est en retard dans la formation des infirmières" d'où la nécessité de mettre en place un programme d'intégration permettant de pallier ce manque de formation et favoriser la réussite des nouvelles infirmières en début d'emploi.

La formation des infirmières québécoises accuse un retard important sur celle des autres infirmières canadiennes. Le Québec ferme la marche quant au nombre d'heures de formation portant spécifiquement sur les soins infirmiers, avec 1815 heures, contre 3426 en Saskatchewan, la province qui figure en tête de liste. Le nombre total d'heures de formation est également inférieur au Québec: 2775 heures, alors que la moyenne canadienne est de 3339 heures. Ce total d'heures de formation ne semble pas permettre aux infirmières en formation de s'intégrer aux équipes de soins des unités, de travailler avec une charge complète d'usagers et de faire des stages de nuit (Document inédit sur la formation infirmière, La presse, 1999). Elles viennent à manquer de nombreux apprentissages du vrai métier et à vivre un choc en début d'emploi, celui de la difficile réalité. En ce sens, l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec ne peut passer sous silence les impératifs d'ajustement des programmes de niveaux collégial et universitaire (OIIQ, 1998). Il devient paradoxal que pour un même patient, la qualification infirmière soit moins longue au Québec. En attente d'un programme de formation tenant compte des nouvelles compétences requises en début d'emploi, il devient pertinent de moderniser les programmes d'intégration des centres hospitaliers afin de faciliter le difficile passage du milieu de la formation à celui du travail et d'assurer des soins infirmiers de qualité.

De plus, cette recherche permet au milieu de formation de s'enrichir des données du milieu de travail. En effet, nous croyons qu'il serait important que les employeurs des nouvelles infirmières et les milieux de formation puissent en partenariat assurer un suivi après la diplomation. Les employeurs détiennent d'importantes informations sur les résultats des programmes de formation et sur les compétences des nouvelles infirmières. Le milieu de formation prépare des infirmières à devenir des professionnelles de la santé capables de fonctionner avec une vision globale et humaniste tandis que le milieu de soins souhaite des infirmières rapides, productives et disponibles. Un partenariat pourrait s'établir afin de rapprocher les attentes et les perspectives des infirmières en formation et les infirmières en milieux de soins. Ainsi le difficile passage du milieu de la formation au vrai travail en milieu de soins se verrait tempéré.

5.4 Les recommandations pour la recherche

L'analyse des résultats de cette recherche démontre que les centres hospitaliers doivent mettre en place des activités et des outils pour la formation des nouvelles infirmières. Selon les résultats, il appert que certains éléments-clés semblent favoriser un début d'emploi réussi. Consciente des limites de cette recherche, certains axes de recherche sont suggérés dans les paragraphes suivants.

Dans un premier temps, des recherches pourraient être effectuées sur le vécu des nouvelles infirmières dans le cadre du nouveau programme d'intégration du CHUQ. Cette étude permettrait de situer l'impact du groupe de soutien auprès des nouvelles infirmières sachant que cette activité novatrice est une première au Québec.

Dans un deuxième temps, les taux de rétention des nouvelles infirmières recevant le nouveau programme d'intégration du CHUQ pourrait être comparés aux taux de rétention des nouvelles infirmières intégrées avec l'ancien programme du CHUQ. Les éléments-clés favorisant un début d'emploi réussi par des nouvelles infirmières pourraient être adaptés aux programmes d'intégration de différents centres hospitaliers et faire l'objet d'une étude. La recherche est aussi nécessaire pour regarder la contribution que donne un programme d'intégration efficace au niveau de la prévention des problèmes organisationnels. Si les nouveaux employés sont intégrés dans un temps raisonnable, on devrait constater une augmentation du taux de rétention, une diminution des taux d'absentéisme, d'infection, d'erreurs de médication et d'autres indicateurs d'une faible performance au travail (Connelly et Hoffart, 1998).

Dans un troisième temps, il devient pertinent d'évaluer le processus d'implantation d'un programme d'intégration et ses impacts à plus ou moins long terme dans un milieu où les intervenants ont élaboré, en collaboration avec l'étudiante-chercheure, le programme. Comme nous l'avons souligné antérieurement, le partenariat entre le milieu clinique et le milieu de recherche semble une avenue d'action pour réaliser des projets.

Enfin, la restructuration engendrée par le virage ambulatoire apporte des effets multiples qui touchent de façon majeure l'organisation des services cliniques. Parmi ces effets, on constate une évolution des caractéristiques de la clientèle hospitalisée qui est maintenant composée d'usagers plus âgés et en phase aiguë (OIIQ, 1998). D'autres facteurs contribuent à augmenter la complexité des soins et exigent une réponse plus adaptée de la part du personnel soignant comme les caractéristiques culturelles et socio-économiques de la population, la chronicité de certaines maladies et la technologie de pointe. Les exigences des milieux ont évolué et plusieurs secteurs exigent des qualifications particulières. La formation actuelle en soins infirmiers à l'Université ou au CEGEP ne semble plus correspondre aux exigences requises pour oeuvrer dans des milieux de soins de plus en plus complexes. Un dernier axe de recherche devrait porter sur l'avenue de l'internat qui pourrait devenir une stratégie significative pour faciliter le passage de l'idéalisme de la formation à la réalité du travail en soins infirmiers (Grinstead, 1995).

CONCLUSION

Cette recherche a mis en lumière certains éléments-clés qui doivent être pris en considération pour favoriser un début d'emploi réussi par les nouvelles infirmières. La modernisation des programmes d'intégration devient pertinente dans le contexte actuel. D'une part, l'OIIQ anticipe un déficit important dès 2005, malgré des scénarios d'entrée dans la profession de 1350 à 1500 nouvelles infirmières par année d'ici 2015. D'autre part, face aux conditions de travail, à l'alourdissement de la clientèle, aux compressions budgétaires et à la non reconnaissance de l'expertise professionnelle, de plus en plus d'infirmières délaissent la profession. De ce constat est né un partenariat entre les acteurs du CHUQ et l'étudiante-chercheuse de l'Université Laval afin de moderniser le programme d'intégration du CHUQ.

La planification par programme de Morneau (1992) a été utilisée comme cadre de référence. Cette approche présente une démarche opérationnelle où les membres de l'organisation sont sollicités. L'étude de la problématique, la description de la population à l'étude, l'analyse des besoins et la détermination des priorités de besoins par population cible constituent les principales étapes de la planification par programme.

Cette démarche réalisée auprès des chefs de service des regroupements de la clientèle, des assistantes infirmières-chefs, des infirmières embauchées à l'été 1998 au CHUQ et des personnes ressources de différents centres hospitaliers du Québec a permis de cibler les éléments-clés d'un programme d'intégration.

Ces éléments-clés permettent de faciliter le difficile passage du milieu de la formation à celui du milieu du travail. La modernisation du programme d'intégration du CHUQ nous amène à questionner la formation des nouvelles infirmières, le fossé toujours présent entre la formation et le travail et enfin, l'avenue de soins infirmiers de plus en plus complexes. Des pistes de solutions, telles que la révision de la formation, un partenariat entre les milieux de formation et du travail et l'internat sont à prendre en considération.

Si la transformation du système de santé a eu de nombreux impacts sur la prestation des services de santé notamment, sur la modification des lieux et des modes de pratiques, en imposant de nouvelles façons de faire, la présente recherche ouvre la porte à la modernisation des programmes de formation et d'intégration au travail pour les nouvelles infirmières. Enfin, les informations qui ressortent de cette étude sont révélatrices des éléments qui doivent être pris en considération pour favoriser un début d'emploi réussi par les nouvelles infirmières et constituent une force suffisante pour alimenter de futures recherches.

RÉFÉRENCES

- Alcock, D., Harrison, C., Lorimer, M. (1988). Orientation, an investment for your unity. The Canadian Nurse, october, p. 26-29.
- Artal, B. (1983). Accueil, initiation et intégration du personnel infirmier dans un hôpital suisse. Soins, 405, mai, p. 25-30.
- Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (1999). L'éducation et les infirmières autorisées en période de pénurie. Aujourd'hui, les nouvelles nationales dans les soins de santé. 9 (4), p.2.
- Association des hôpitaux du Québec. (1988). L'infirmière, force vive du centre hospitalier. avril. Document inédit.
- Balcain, A., Lendrum, B., Bowler, P., Doucette, J., Maskell, M. (1997). Action research applied to a preceptorship program. Journal of Nursing Staff Development. 13(4), p. 193-197.
- Bedeian, A.G., Armenakis, A.A. (1981). A path-analytic study of consequences of role conflict and ambiguity. Academy of Management Journal, 24, p. 417-424.
- Bégin, J.F. (1999). Le Québec accuse un retard dans la formation du personnel infirmier. La Presse, Montréal, lundi 4 octobre 1999, A15.
- Bell-Meisenhelder, J. (1981). The new graduate socialization. The Journal of Continuing Education in Nursing, 12(3), p. 16-22.
- Bellinger, S.R., Mc Closkey, J. (1992). Are preceptors for orientation of new nurses effective? Journal of Professional Nursing, 8(6), p. 321-327.
- Benner, P. (1984). From novice to expert. Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park, Ca : Adison-Wesley.
- Bordeleau, Y. (1997). Méthodes d'analyse et d'intervention en milieu organisationnel. Montréal: Éditions Nouvelles.
- Borman, K.M., Reisman, J. (1986). Becoming a worker. Norwood, N. J. : Alex Publishing.

- Centre Hospitalier Universitaire de Québec, (1997). Rapport à la communauté 1996-1997. CHUQ: Le renouveau enr. Document inédit.
- Connelly, L., Hoffart, N. (1998). A Research-Based Model of Nursing Orientation. Journal of Nursing Staff Development. 14(1), p. 31-39.
- Corwin, R.G. (1960). Role conception and mobility aspiration : a study in the formation and transformation of nursing identities. Unpublished doctoral dissertation. University du Minnesota.
- Denzin, N.K. (1989). The research act: a theoretical introduction to sociological methods, 3^e éd. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Deschamps, C. (1993). L'approche phénoménologique en recherche. Montréal: Guérin.
- Deslauriers, J.-P. (1991). Recherche qualitative : guide pratique. Montréal: McGraw-Hill.
- Emory, C.W. (1980). Business research methods. Homewood: Richard D. Irwind.
- Feldman, D.C. (1976). A contingency theory of socialization. Administrative Science Quarterly, 21(4), p. 433-452.
- Feldman, D.C. (1988). Managing careers in organizations. Boston & London : Scott, Foresman and Company.
- Fisher, J.A., Connelly, C.D. (1989). Retaining graduate nurses : a staff development challenge. Journal of Nurse Staff Development. january/february, p. 6-10.
- Fournier, G. (1992). L'insertion socio-professionnelle : vers une compréhension dynamique de ce qu'en pensent les jeunes. Carriérologie, 4(4),p. 7-47.
- Fortin, M. (1996). Le processus de la recherche, de la conception à la réalisation. Québec: Décarie Éditeur.
- Frenette-Leclerc, C.-A. (1989). Du mode novice au mode expert repères pour la formation professionnelle des infirmières praticiennes. Mémoire de maîtrise, Faculté des sciences de l'éducation, Université de Montréal.

- Frenette-Leclerc, C.-A. (1992). Sur la route de l'expertise. Nursing Québec, 12(1), p. 48-54.
- Friesen, L., Conahan, B.J. (1980). A clinical preceptor program strategy for new graduate orientation. Journal of Nursing Administration, 10 (4), 18-23.
- Gauthier, B. (1995). Recherche sociale : De la problématique à la cueillette de données. Québec: Presses Universitaires du Québec.
- Gerhart, B. (1987). How important are dispositional factors as determinants of job satisfaction? Implications for job design and other personnels programs. Journal of Applied Psychology, 72, pp. 366-373.
- Giordani, R. (1990). L'expérience de l'entrée sur le marché du travail chez les nouvelles diplômées en soins infirmiers dans la région de Québec : une étude descriptive. Mémoire de maîtrise non publié., École des sciences infirmières, Université Laval.
- Glaser, B., Strauss, A.L. (1967). The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. Chicago : Aldine.
- Gouvernement du Québec (1991). Le code civil. (LRQ).
- Grinstead, L.N. (1995). Professional nurses and the externship experience: a descriptive study. Thèse de doctorat. Michigan: Michigan State University.
- Habenstein, R.W., Christ, E.A. (1955). Professionalizer, traditionalizer and utilizer, Columbia, University du Missouri.
- Hollefreund, B., Mooney, V.M., Moore, S., Jersan, J. (1981). Implementing a reality shock program. The Journal of Nursing Administration, january, p. 16-20.
- Holliday, J.(1964). Ideal traits of the professional nurse described by graduate students in education and in nursing. Journal of Educational Research, 57, p. 245-249.
- Howkins, E.J., Ewens, A. (1999). How students experience professional socialization. International Journal of Nursing Studies, 35, p. 41-49.

- Huberman, A., Miles, M. (1991). Analyse des données qualitatives, recueil de nouvelles méthodes. Bruxelles :De Boeck-Wesmael.
- Kaufman, R. A.(1972). Educational System Planning. New Jersey : Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- Kramer, M. (1974). Reality Shock. Why nurses leave nursing. St-Louis. U.S.A. : C.V. Mosby Company.
- Kramer, M., Schmalenberg, C. (1977). The first job... A proving ground. basis for empathy development. Journal of Nursing Administration, january, p. 12-20.
- Landry, C. (1994). Émergence et développement du partenariat en Amérique du Nord. In C. Landry et F. Serre (Eds.), École et entreprise vers quel partenariat, p. 7-27.Ste-Foy, Qc: Presses de l'Université du Québec.
- Lapierre, A. (1981). Sports de pleine nature et pratiques sociales: analyse socio-culturelle du canoe-kavak et de l'escalade. Paris: Ministère de la jeunesse, des sports et des loisirs.
- Lefrançois, R. (1992). Stratégies de recherche en sciences sociales. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Leninger, M. (1985). Qualitative Research Methods in Nursing. New-York: Grune & Stratton.
- Lerare, A., Monot, J.-P. (1995). L'escalade, la structure à la portée de tous. Paris: Éditions Amphora.
- Levinson, D.J. (1978). The seasons of a man's life. New York : A.A. Knopf.
- Louis, M.R. (1980). Surprise and sense making : what newcomers experience in entering unfamiliar organizational settings. Administrative Science Quarterly, 26, p. 226-251.
- Meyer, G. (1959). Conflict and harmony in nursing values. Nursing Outlook, 7, p. 389-399.

- Miles, M. B., Huberman, M. (1984). Qualitative data analysis. Newbury Park, California: Sage Publications.
- Morneau, M. (1992). La planification par programme dans le domaine de la santé et des services sociaux. Guide méthodologique, 2^e édition. Québec.
- Morse, J.M., Field, A.F. (1995). Qualitative Research Methods for Health Professionals. (2nd ed.). California: Sage Publications, Inc.
- O'Grady, T., O'Brien, A. (1992). A guide to competency-based orientation: Develop your own program. Journal of Nursing Staff Development, 8(3), p. 128-133.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (1999). Lignes directrices pour l'intégration des infirmières à la pratique. Direction de la qualité des soins, OIIQ; Montréal.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (1999). Évolution des effectifs de la profession infirmière à court et moyen terme au Québec. Étude exploratoire.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (1998). Bilan et perspectives de l'OIIQ sur la réforme du système de santé. Document présenté au ministre de la Santé et des Services sociaux.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (1998). La situation de l'emploi en décembre 1997 et janvier 1998 des cohortes 1994, 1995, 1996, 1997. Faits saillants de l'enquête effectuée auprès des nouvelles diplômées.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (1989). Hypertension l'urgence des choix. Bibliothèque nationale du Québec et du Canada.
- Paillé, P. (1992). L'expérience de l'intégration organisationnelle de jeunes travailleurs dans des petites et moyennes entreprises du secteur manufacturier: l'exercice d'une PMJ. Thèse de doctorat non publiée, Université de Montréal.
- Performance (1999). La formation initiale des infirmières et des infirmiers au Canada: Le point sur la situation. Document déposé au comité-conseil sur la demande du Ministère de l'Éducation du Québec. Document inédit.

- Pineault, R., Daveluy, C. (1995). La planification de la santé: concepts, méthodes et stratégies. Montréal : Éditions Nouvelles.
- Polit, D.F, Hungler, B.P. (1999). Nursing Research: Principles and Methods. Sixth Edition, Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Preuss, N.L., Mc Aliley, L.G., Ashenberg, M.D. (1992). A hierarchical approach to unit-based orientation. Journal of Nursing Staff Development, 8(2), p.72-76.
- Reissman, L., Rohrer, J.H. (1957). Change and dilemma in the nursing profession. New York: G.P. Putnam's Sons.
- Riverin-Simard, D. (1992). La seconde étape de l'insertion socio-professionnelle et les personnalités vocationnelles. Carrièreologie,4(4), p. 7-47.
- Schultz, D.P., Schultz, S.E. (1990). Psychology and industry today. New York : Macmillan.
- Seago, J.A., McKenna, Y. (1993). A three-tier competency program. Journal of Nursing Staff Development, 9(6), p. 283-286.
- Seybolt, J.W. (1986). Dealing with premature employee turnover. Journal of Nursing Administration, 16(2), p. 26-32.
- Shamian, J.(1997). How Nursing Contributes Towards Quality and Cost-Effective Health Care. International Nursing Review, 44, (3), p. 79-84, 90.
- Steers, R.M. (1977). Antecedents and outcomes of organizational commitment. Administrative Science Quarterly, 22, p. 46-56.
- Thayer, P.W. (1983). Industrial / Organizational psychology : science and application. In C.J. Scheirrer and A.M. Rogers (Eds.). The G. Stanley Hall lecture series, (3), p. 9-30. Washington, DC : American Psychology Association.
- Turner, B. (1981). Some practical aspects of qualitative data analysis : one way of organizing the cognitive processes associated with the generation of grounded theory. Quality and Quantity, 15, p. 225-247.

- Turner, C.M. (1981). Socialization into organizations. Blagdon, England : Further Education Staff College.
- Université Laval (1998). Énoncé de politique des trois conseils en matière d'éthique (CRM, CRSNG, CRSH). Site Web du code de déontologie de la recherche de l'Université Laval. www.ulaval.ca/vrr/deontologie
- Van der Maren, J.M. (1995). Méthodes de recherche pour l'éducation. Montréal: Les presses de l'Université de Montréal.
- Van Maanen, J. (1976). Breaking in socialization to work. In R. Dubin (Ed.), Handbook of work, organization and society, p. 645-698. New York : Rand McNally.
- Viens, C. (1995). Les apprentissages lors de l'expérience d'intégration au travail en centres hospitaliers de nouvelles infirmières diplômées: une étude longitudinale. Thèse de doctorat non publiée, Faculté des Sciences de l'Éducation, Département de psychopédagogie et d'andragogie. Montréal: Université de Montréal.

ANNEXE A

Le cadre de référence : la planification par programme

Pour assurer la réussite d'un programme, la mise en œuvre a tout avantage à être pensée et planifiée. Lorsqu'une organisation décide d'adopter un nouveau programme et donc de mobiliser les ressources nécessaires dans ce sens, le programme n'est "institutionnalisé" que dans la mesure où il est adapté au contexte organisationnel et où les membres de l'organisation s'adaptent à lui (Pineault et Daveluy, 1995). La planification par programme dans le domaine de la santé et des services sociaux de Michèle Morneau (1992) s'inspire des principaux auteurs en la matière tels Bégin, Blum, Champagne, Daveluy, Pinault et Rochon.

La planification par programme

La planification par programme est un modèle de gestion des soins et des services de santé et sociaux mis de l'avant au début des années 1970 avec l'adoption de la politique Québécoise de santé. Peu répandue jusqu'à maintenant, si ce n'est en santé communautaire et plus particulièrement dans le secteur de la prévention, la planification par programme connaît un nouvel essor. En effet, il semble que les nombreuses pressions qui s'exercent sur notre système de santé incitent maintenant les administrateurs et les professionnels à revoir leur façon de dispenser des soins et les services à la population à travers une approche par programme (Morneau, 1992).

La planification est un processus décisionnel qui permet d'établir les priorités entre les différents problèmes et besoins identifiés chez une population et, par conséquent, les actions qu'ils justifient. C'est une démarche dont les étapes permettent de déterminer la pertinence de mettre sur pied un ou des programmes ainsi que les orientations et objectifs qu'ils doivent poursuivre.

Pinault et Daveluy (1995) qualifient cette démarche d'outil particulièrement utile pour traduire la perspective de planification en santé dans une démarche réelle et concrète. C'est un cadre d'analyse qui permet de réunir de façon cohérente et organisée les trois éléments essentiels à la réalisation de toute intervention en santé soit les objectifs, les activités et les ressources. À ce titre, le programme se définit comme une réponse globale et adaptée pouvant satisfaire l'ensemble des besoins d'une population cible dont les personnes qui en font partie ont en commun une même problématique. L'étude de la problématique, l'étude du bassin de population, l'analyse des besoins et la détermination des priorités de besoins par population cible constituent les principales étapes de la planification par programme.

La richesse de la problématique réside dans la variété et la multiplicité des informations colligées et analysées. À cet effet, quatre sources d'informations doivent être considérées. Il s'agit des sources statistique, littéraire, humaine spécialisée et expérientielle. La source humaine spécialisée est représentée par des personnes dont les points de vue et les jugements sont importants en raison de l'expertise qu'elles ont développée (Morneau, 1992, p.17). La source expérientielle se compose de personnes non spécialistes qui ont développé une connaissance et une compréhension de la situation pour y avoir été impliquées ou pour avoir côtoyé des personnes qui ont été impliquées (Morneau, 1992, p.17). Le bassin de population concerne l'ensemble des personnes visées par le problème à l'étude.

Selon Morneau (1992), l'analyse des besoins est une démarche visant à obtenir des données concernant les écarts qui existent entre la situation actuelle (problème) et la situation désirée (souhaitée), par ou pour une population dans un environnement donné, afin de mettre au point une liste de priorités parmi ces écarts. Un besoin est défini comme "le résultat d'une mesure de l'écart qui existe entre une situation désirée et une situation actuelle" (Kaufman, 1972). Les relations entre les éléments de ce concept se présentent de la façon suivante :

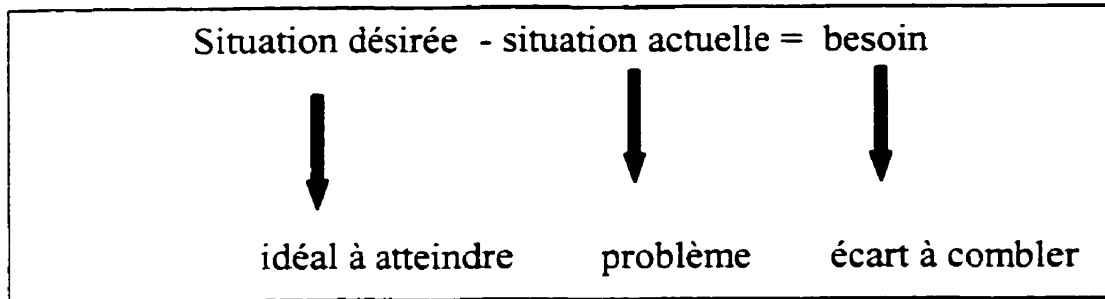


Figure 2 : Les relations entre les éléments du concept ; besoin (Kaufman, 1972, p.20)

À l'étape de priorisation des besoins, il ne s'agit pas de hiérarchiser les besoins selon leur degré d'importance mis en évidence par l'analyse de besoins, mais bien de décider lesquels seront satisfaits les premiers tenant compte de certains critères précis, préalablement déterminés. L'établissement des priorités de besoins nécessite trois opérations soit, la détermination des critères de priorité des besoins (la faisabilité, l'impact, l'urgence...), le choix des priorités de besoins et l'étape d'orientation des programmes. Cette dernière étape consiste à établir le ou les programmes à développer pour répondre aux différentes priorités de besoins retenues et d'énoncer le but à long terme du ou des programmes.

ANNEXE B
LE QUESTIONNAIRE AUTO-RAPPORTÉ DES
ASSISTANTES INFIRMIÈRES-CHEFS

À toutes les assistantes infirmières-chefs

(DSI/CHUQ)

L'un des objectifs de la Direction des soins infirmiers pour 1998-2000, est de stabiliser et consolider les équipes de soins infirmiers dans le CHUQ sur les plans de la qualité et de l'expertise. La révision des programmes d'intégration et d'orientation du personnel infirmier compte parmi les moyens ciblés.

Aussi dans le processus de révision, nous consultons les différents intervenants impliqués dans le programme d'orientation et de probation.

Nous sollicitons donc votre collaboration pour compléter ce questionnaire et le retourner à la conseillère en soins infirmiers dans les délais. Vos commentaires et suggestions nous sont indispensables.

Quart de
travail :

Jour

Soir

Nuit

1. Quelles sont les principales difficultés que vous identifiez chez les nouvelles infirmières ?

2. Quels sont les éléments que vous jugez essentiels qui doivent être donnés ou considérés lors de la période d'orientation ?

3. Quelles sont vos suggestions qui permettraient d'améliorer le processus de suivi des nouveaux employés en période de probation ?

4. Autres commentaires :

Merci d'avoir pris quelques minutes de votre temps pour répondre à ce questionnaire

Retourner à :

Conseillère en soins infirmiers
Direction des soins infirmiers
Local 5018
CHUQ, Pavillon CHUL

Date de retour : 4 janvier 1999

ANNEXE C
LE QUESTIONNAIRE AUTO-RAPPORTÉ DU PERSONNEL INFIRMIER
EMBAUCHÉ À L'ÉTÉ 98 (PARTIE 1)

M é m o r a n d u m

DESTINATAIRE: Personnel infirmier embauché à l'été 98

PROVENANCE: Conseillère en soins, PCHUL

DATE: 1998-12-02

OBJET: RÉVISION DU PROGRAMME D'ORIENTATION DU PERSONNEL INFIRMIER

L'objectif 4.1 de la DSI du CHUQ vise à stabiliser et à consolider les équipes de soins infirmiers sur les plans de la qualité et de l'expertise. Afin d'atteindre cet objectif, plusieurs actions ont été identifiées, entre autres, la révision du programme d'intégration et d'orientation du personnel infirmier.

Nous sollicitons ainsi votre opinion sur le contenu théorique du programme d'intégration et d'orientation actuel ainsi que sur le mode de fonctionnement utilisé pour assurer le suivi lors de votre période de probation. Vos commentaires anonymes nous permettront de concrétiser la mise en œuvre d'un programme répondant aux besoins de jeunes infirmiers(ères) intégrant le marché du travail.

Nous vous prions de répondre au questionnaire ci-joint d'ici le **18 décembre 98** et de le retourner **au secrétariat de la DSI du PCHUL (local 5018)**.

Merci de votre participation.

Conseillère en soins, pavillon CHUL

/gc

c.c.- adjointe au DSI (secteur clinique), CHUQ.

Consigne: Cochez dans l'espace approprié l'appréciation (1 moins et 4 plus) sur les 89
 activités offertes durant votre programme d'orientation.

A. LES INFORMATIONS RECUES LORS DE L'ORIENTATION	1 (moins)	2	3	4 (plus)
1) J'ai reçu tous les renseignements souhaités avant de travailler sur les unités de soins.				
2) Si vous avez répondu 1 à la question 1), pouvez-vous expliquer? <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				
3) La documentation reçue m'a permis de poursuivre personnellement mon apprentissage.				
4) Les informations étaient trop théoriques.				
5) Les informations étaient conformes au "vécu" sur les unités de soins.				
6) Si vous avez répondu 1 à la question 5, pouvez-vous expliquer? <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				
7) La période d'orientation a diminué mes craintes face à mon futur travail				

sur les unités de soins.				
8) A la fin de la période d'orientation, je connaissais mon rôle d'infirmière et ce qu'on attendait de moi.				
9) Appréciation concernant les modules théoriques				
9.1 Module I : Informations générales et modalités du programme d'orientation				
9.2 Module II : Dossier rédigé par problème				
9.3 Module III : Prévention des infections				
9.4 Module IV : L'infirmière et les situations problématiques face au client diabétique.				
9.5 Module V : Normes de thérapie I.V.				
9.6 Module VI : Situations d'urgence				
9.7 Module VII : Informatique				
10) Auriez-vous souhaité ajouter ou retrancher certains modules? Si oui lesquels? _____ _____ _____ _____ _____ _____				

ANNEXE D

LE QUESTIONNAIRE AUTO-RAPPORTÉ DU PERSONNEL INFIRMIER EMBAUCHÉ À L'ÉTÉ 98
(PARTIE 2)

Consigne: Cochez dans l'espace approprié l'appréciation (1 moins et 4 plus) que vous donnez aux éléments suivants.

<p>B. LA PÉRIODE DE PROBATION (30 JOURS)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ LES INSTRUMENTS D'ÉVALUATION ▪ L'ENCADREMENT 	1 (moins)	2	3	4 (plus)
1) La grille d'évaluation utilisée durant la période de jumelage a été pour moi <u>un outil d'apprentissage.</u>				
2) Si vous avez répondu 1 à la question 1), pouvez-vous expliquer? _____ _____ _____ _____				
3) La feuille d'évaluation globale par l'AIC permettait un "feedback" quotidien utile.				
4) Si vous avez répondu 1 à la question 3, pouvez-vous expliquer ? _____ _____				
5) Je me suis sentie à l'aise lors de mon intégration sur les unités de soins.				
6) Je savais à qui me référer en cas d'incertitude.				

7) La (les) personne (s) de référence était (ent) disponible (s) pour m'aider.				
8) Si vous avez répondu 1 à la question 7, veuillez expliquer. _____ _____ _____ _____				
9) Je comprenais le rôle de l'infirmière superviseure.				
10) La prise en charge de responsabilités s'est faite de façon équilibrée (à mon rythme).				
11) Les évaluations ne ressortaient que les points négatifs.				

12) Si vous avez rencontré des difficultés pendant votre période de probation, de quel ordre étaient-elles?

- Difficultés à faire face aux attentes des unités de soins _____
- Manque de support de l'entourage _____
- Manque d'expérience et/ou connaissances cliniques _____
- Conflit de personnalité _____
- Autres _____

13) A ce moment, j'ai cherché du support moral auprès de ...

- L'infirmière chef _____
- L'infirmière sénior _____
- La conseillère en soins _____
- Les collègues _____
- Autres _____

14) Quelles seraient, selon vous, les qualités d'une "bonne infirmière superviseure" ?

15) Face à la période de probation...

a) J'ai apprécié

b) Je n'ai pas apprécié

c) Mes suggestions

ANNEXE E
LE GUIDE DE L'ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE

1. Quelle est la date d'élaboration du programme d'intégration?
2. Utilisez-vous une grille d'identification des besoins des nouvelles infirmières?
Si oui, parlez-moi de cette grille -but
 - utilisation
 - évaluation
3. Utilisez-vous un pré-test ou un post-test pour évaluer les connaissances des nouvelles infirmières?
Si oui, parlez-moi de ce test -but
 - utilisation
 - évaluation
4. Quelle est la durée de votre programme d'intégration?
 - nombre de jours, théorie versus jumelage
 - possibilité de rajouter des journées
 - lié à des contraintes budgétaires
 - budget spécial pour la formation
5. Parlez-moi du jumelage sur les unités de soins.
 - le mode de jumelage
 - sur quelles unités
 - sur quels quarts de travail (J-S-N)
 - endroit de jumelage est en fonction des affectations prévues durant l'été: entente syndicale pour favoriser l'endroit où pourrait être affectée les nouvelles infirmières.
6. Quels sont vos critères de sélection des superviseuses?
 - volontaire
 - par ancienneté
7. Comment est donnée la théorie à l'intérieur du programme d'intégration?

- en bloc , une demi-journée
 - méthodes pédagogiques (cours, labo)
 - qui l'assume
 - nombre de participants
8. Quels est votre processus d'évaluation
- qui évalue
 - la fréquence d'évaluation
 - les outils d'évaluation (grille)
9. Décrivez-nous l'auto-évaluation de votre programme d'intégration?
- les difficultés rencontrées
 - les modifications que vous aimeriez apporter à votre programme d'intégration
10. Est-ce que vous avez d'autres commentaires à ajouter?
- autre(s) thème (s) qui n'a pas été abordé

ANNEXE F

LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

L'objectif 4.1 de la DSI du CHUQ vise à stabiliser et à consolider les équipes de soins infirmiers sur les plans de la qualité et de l'expertise. Afin d'atteindre cet objectif, plusieurs actions ont été identifiées, entre autres, la révision du programme d'intégration et d'orientation du personnel infirmier.

Nous sollicitons ainsi votre opinion sur le contenu théorique du programme d'intégration et d'orientation actuel ainsi que sur le mode de fonctionnement utilisé pour assurer le suivi lors de votre période de probation. Vos commentaires anonymes nous permettront de concrétiser la mise en œuvre d'un programme répondant aux besoins de jeunes infirmiers(ères) intégrant le marché du travail.

ANNEXE G

LE PROGRAMME D'INTÉGRATION DU PERSONNEL INFIRMIER AU CHUQ

4 journées théoriques et 12 journées de jumelage (deux secteurs, deux quarts de travail (J) (S))

Objectifs	Contenu	Ressources	Calendrier des activités	Dates et locaux
1. Les infirmières embauchées se présenteront et connaîtront l'horaire et le personnel impliqué dans le programme d'intégration.	Accueil Informations générales	Conseillère en soins DSI,	Jour 1 8h à 11h	
2. Les infirmières embauchées évalueront leurs connaissances dans le calcul des dosages des médicaments et suppléeront si nécessaire à certaines lacunes identifiées.	Test d'habileté mathématique	Chantal Viens Christine Simard Ou Conseillères en soins	Jour 1 11h à 12h	
3. Les infirmières embauchées recevront les informations nécessaires pour leur affectation.	Rencontre avec le coordonnateur à l'affectation	Coordonnateur à l'affectation	Jour 1 13h à 14h15	
4. Les infirmières embauchées connaîtront les membres du syndicat	Rencontre avec le syndicat	Membres du Syndicat	Jour 1 14h30 à 15h	
5. Les infirmières embauchées recevront les informations nécessaires concernant leur embauche.	Rencontre avec la Direction des Ressources Humaines	DRH	Jour 1 15h à 16h	

Objectifs	Contenu	Ressources	Calendrier des activités	Dates et locaux
6. Les infirmières embauchées réviseront les principes de la thérapie intraveineuse, la nutrition parentérale totale et entérale ainsi que le soulagement de la douleur.	Module - Normes - Thérapie I.V. - Cathéters périphériques et centraux - H.A.I.V. - Pompes et ACP - Transfusion - Calcul de débit de perfusion - Nutrition entérale	Spécialiste de l'exercice infirmier	Jour 2 8h à 12h	
7. Les infirmières embauchées connaîtront les particularités des feuilles d'ordonnance du client et les moyens d'assurer le suivi des ordonnances médicales.	Module Gestion de l'ordonnance médicale Partie 1	Luce Cossette ou spécialiste de l'exercice infirmier	Jour 2 13h à 14h45	
8. Les infirmières embauchées décriront les principes de prévention des infections	Module Prévention des Infections	Conseillère en Prévention et Contrôle des Infections	Jour 2 15h à 16h	

Objectifs	Contenu	Ressources	Calendrier des activités	Dates et locaux
9. Les infirmières embauchées connaîtront les particularités des feuilles d'ordonnance du client et les moyens d'assurer le suivi des ordonnances médicales.	Module Gestion de l'ordonnance médicale Partie 2	Luce Cossette ou spécialiste de l'exercice infirmier	Jour 3 8h à 10h	
10. Les infirmières embauchées réviseront les particularités d'un patient diabétique.	Module sur le patient diabétique	Spécialiste des Soins du patient Diabétique	Jour 3 10h15 à 11h30	
11. Les infirmières embauchées connaîtront le mode de rédaction au dossier selon leur pavillon respectif.	Module Mode de rédaction au dossier (soins infirmiers)	Conseillère en Soins	Jour 3 12h30 à 15h00	
12. Les infirmières embauchées connaîtront la procédure des situations d'urgence	Module sur les situations d'urgence - Présentation des codes - Procédure du code 99 - Procédure en cas de feu	Conseillère en Soins	Jour 3 15h00 à 15h30	
13. Les infirmières embauchées recevront une présentation générale sur le suivi systématique de clientèles.	Module Suivi systématique	Spécialiste de la coordination des épisodes de soins	Jour 3 15h30 à 16h00	

Objectifs	Contenu	Ressources	Calendrier des Activités	
<p>14. Les infirmières embauchées seront intégrées au milieu et au sein de l'équipe de soins.</p>	<p>Échange entre l'infirmière superviseure et l'infirmière embauchée.</p>	<p>Infirmière Superviseure</p>	<p>Jour 4 ou 5</p>	
<p>15. Les infirmières embauchées développeront un sentiment de confiance et sécurité.</p>	<p>l'infirmière Chef et assistante. Présentation des lieux physiques et localisation des outils de travail.</p>			
<p>16. Les infirmières connaîtront l'emplacement du matériel et des livres de références.</p>	<p>Description de la routine de l'unité. Intégration au sein de l'équipe. Identification des personnes ressources (ex:externe,résident) Identification des principales techniques et médicaments. Présentation de leurs patients pour les prochains jours. Initiation au dossier Retour sur la journée et questions. Visite du centre hospitalier.</p>			

Objectifs	Contenu	Ressources	Calendrier des activités	Dates et locaux
<p>17. Les infirmières vivront une situation dans sa globalité.</p> <p>18. Les infirmières feront des liens entre la théorie et la pratique.</p> <p>19. Les infirmières embauchées développeront leur jugement clinique.</p>	<p>Mise en situation clinique</p> <p>Retour sur l'activité de mise en situation.</p>	<p>Conseillère en Soins ou Spécialiste de l'exercice infirmier</p>	<p>Jour 16 8h à 12h</p>	
<p>20. Les infirmières embauchées évalueront le programme d'intégration</p>	<p>Évaluation du programme d'intégration</p> <p>Période de questions</p>	<p>Conseillère en Soins</p>	<p>Jour 16 13h00 à 14h15</p>	
<p>21. Les infirmières embauchées participeront à la première rencontre du groupe de support</p>	<p>Groupe de support (Atelier 1)</p>	<p>Mélanie Lavoie-Tremblay Chantal Viens</p>	<p>Jour 16 14h30 à 16h00</p>	

CHUQ

Direction des soins infirmiers

Suivi de l'infirmier (ère) période de jumelage
 période de probation

Nom de l'infirmière : _____	
Unité de soins : _____	Quart de travail : J S N
Date : _____	Service numéro : _____/30

COTES : 1 : Très adéquat 4 : Inadéquat
 2 : Adéquat 5 : Sans objet (la situation n'a pu être observée)
 3 : À améliorer

CRITÈRES	COTES	COMMENTAIRES
1. <u>Approche/communication avec la personne soignée ou ses proches</u> ➤ Agit avec respect et compréhension		
➤ Est à l'écoute des besoins de la personne soignée		
➤ Fournit les informations appropriées et fait l'enseignement requis		
➤ Évalue le degré de compréhension des informations ou de l'enseignement dispensés		
2. <u>Connaissances théoriques / observation et surveillance de l'état de santé</u> ➤ Comprend les problèmes de santé des personnes soignées ou fait les démarches nécessaires pour se renseigner		
➤ Pose des questions pertinentes		
➤ Connaît les médicaments administrés ou fait les démarches nécessaires pour se renseigner		
➤ Cherche à faire des liens entre les problèmes de santé de ses patients, les examens diagnostiques et les interventions infirmières		
➤ Surveille l'évolution de l'état de santé des personnes soignées		
➤ Avise l'assistante-infirmière-chef et les intervenants lors de toute détérioration de l'état de santé		

CRITÈRES	COTES	COMMENTAIRES
3. Qualité des soins et organisation du travail		
➤ Est soucieuse du bien-être des personnes soignées		
➤ Respecte les principes d'asepsie		
➤ Exécute les techniques selon les normes de l'établissement		
➤ Démonstre de la dextérité dans les soins courants		
➤ Organise son travail en établissant des priorités		
➤ Révise et ajuste sa planification au besoin		
➤ Accomplit le travail dans les délais requis		
4. Sens des responsabilités / prise de décision		
➤ Administre les médicaments ou les traitements selon l'horaire établi		
➤ Évalue l'efficacité de ses soins (résultats escomptés)		
➤ Fait preuve de jugement professionnel		
➤ S'assure de la continuité des soins :		
➤ Rapport de fin de service et messages lors d'absence		
➤ Mise à jour des plans de soins		
➤ Rédaction des notes au dossier selon les normes		
➤ Communication avec autres professionnels		
➤ Connait ses limites		
➤ Prend des initiatives appropriées		
➤ Capable de supporter certaines situations stressantes		
5. Attitudes professionnelles		
➤ Démonstre de l'intérêt à se développer professionnellement		
➤ Est ouverte aux commentaires et remarques		
➤ S'intègre à l'équipe de travail		

COMMENTAIRES GÉNÉRAUX : _____

L'infirmier (ère) est informé(e) de l'évaluation

Ne l'est pas

Signature : Assistante-infirmière-chef : _____ Date : _____

Superviseur : _____