

***Le mentorat comme stratégie de fidélisation des
infirmières jeunes diplômées dans la première année
d'exercice de leur profession***



Tiré de <http://www.ifchurennnes.fr/ifs/historique.php>, 2014

TRAVAIL DE BACHELOR

Leila Amarina Coelho Graça

N°matricule 10644839

Camille Thentz

N°matricule 10644557

Genève, le 27 juin 2014

Directrice de mémoire : Véronique Addor, Professeure HES, HEdS

Membre du jury externe : Sandrine Brader, Infirmière, HUG

Déclaration

« Ce travail de Bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute Ecole de Santé – Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of science HES-SO en soins infirmiers*. L'utilisation des conclusions et des recommandations formulées dans le travail de Bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle de la directrice du travail de Bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie. »

Fait à Genève, le 27 juin 2014

Leila Amarina Coelho Graça et Camille Thentz

Remerciements

Nous remercions :

- En premier lieu Véronique Addor pour son soutien, ses relectures et ses encouragements tout au long de notre travail. Ses conseils et remarques nous ont été précieux et nous ont beaucoup enrichis.
- Sophie Bontemps, qui a eu la gentillesse de nous épauler dans la rédaction et la correction de ce travail.
- Les employées du centre de documentation de la Haute Ecole de Santé de Genève, pour leur précieuse aide lors de la recherche de nos articles.
- Sandrine Brader, pour avoir accepté d'être jury de notre travail.
- Gisèle Thentz, pour la relecture et les corrections.
- Joel Ribeiro, pour son appui, sa relecture et son aide pour la mise en page.
- Edite Graça, pour l'impression de notre travail.
- Notre famille, nos amis, et en particulier Sophie Chatelain et Morgane Pastore, qui nous ont encouragées et soutenues tout au long de la rédaction de notre travail.
- Enfin, nous nous remercions l'une l'autre pour notre patience respective, notre soutien mutuel et inconditionnel, et pour l'amitié préservée malgré les difficultés rencontrées.

Abbréviations

| | |
|------------------|--|
| AACN | American Association of Colleges of Nursing |
| BDSP | Banque de Données en Santé Publique |
| CSE | Core Self-Evaluation |
| CINHAL | Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature |
| Flying Start NHS | Flying Start National Health Service |
| HEdS | Haute Ecole de Santé |
| HES | Haute Ecole Spécialisée |
| HES-SO | Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale |
| HON select | Health On the Net Foundation |
| HUG | Hôpitaux Universitaires de Genève |
| MeSH | Medical Subject Headings |
| Obsan | Observatoire Suisse de la santé |
| SEM | Structural Equation Modelling |
| UHC | University Health system Consortium |

Remarque : le terme « infirmière » au féminin sera volontairement utilisé tout au long du travail, mais désigne également les infirmiers.

Contenu

| | |
|---|-----------|
| Déclaration..... | 2 |
| Remerciements | 3 |
| Abréviations..... | 4 |
| Résumé..... | 6 |
| 1. Introduction | 8 |
| 1.1 Choix du sujet, motivations..... | 9 |
| 1.2 Problématique..... | 11 |
| 1.3 Question de recherche | 12 |
| 2. Objectifs du travail..... | 12 |
| 3. Méthodologie | 12 |
| 3.1 Stratégie de recherche d'articles | 13 |
| 3.2 Bases de données consultées..... | 15 |
| 3.3 Modèle infirmier | 16 |
| 4. Cadre conceptuel | 20 |
| 4.1 Schéma | 20 |
| 4.2 Définitions | 20 |
| 5. Résultats..... | 25 |
| 5.1 Les déterminants du turnover..... | 25 |
| 5.2 Interventions | 39 |
| 6. Analyse | 49 |
| 7. Conclusion | 56 |
| 7.1 Forces et faiblesses du travail | 57 |
| 8. Recommandations | 58 |
| 8.1 Aux écoles de santé..... | 58 |
| 8.2 Aux institutions hospitalières..... | 59 |
| 8.3 Aux jeunes diplômées | 60 |
| 8.4 A la recherche scientifique | 61 |
| 9. Bibliographie..... | 62 |
| Annexes..... | 67 |

Résumé

Contexte

La profession infirmière se trouve actuellement dans un contexte de pénurie, causé entre autre par le vieillissement de la population, les nombreux départs à la retraite de la génération « baby-boom » et les conditions de travail. Afin de freiner l'intention de quitter la profession, des stratégies de fidélisation ont été mises en place et testées dans différentes institutions. Le mentorat en fait partie, et a fait ses preuves dans la résolution de cette problématique.

Objectifs

Les objectifs de ce travail de Bachelor sont d'identifier les déterminants de la fidélisation et les interventions de mentorat les plus efficaces, puis de formuler des recommandations basées sur la littérature scientifique aux écoles de santé, aux institutions hospitalières, aux jeunes diplômées ainsi qu'à la recherche scientifique.

Méthode

Nous avons conduit une revue de la littérature scientifique afin de construire notre cadre conceptuel et de répondre à nos objectifs.

Résultats

Les déterminants du turnover sont variés, et peuvent être regroupés en plusieurs catégories : les facteurs individuels, les relations entre les cadres et les employées, le stress, les conditions de travail, l'intention et les raisons de quitter la profession ou une institution, l'épuisement professionnel, l'ambiance au travail, la transition entre la formation et le monde du travail, et enfin la mise en application ou non du leadership authentique. Afin de contrer le turnover, le mentorat, entre autres interventions, a été mis en place et a fait ses preuves.

Conclusion

Les institutions hospitalières se voient obligées de mettre en place des stratégies de fidélisation afin de contrer l'intention de quitter la profession ou une institution, et ainsi de freiner le turnover. Une de ces stratégies ayant fait ses preuves est le mentorat.

Mots clés

Fidélisation, mentorat, intention de quitter, pénurie, satisfaction au travail, turnover

Retention, tutoring, mentoring, intention to leave, shortage, job satisfaction, turnover

1. Introduction

La pénurie d'infirmières est un problème récurrent depuis plus de vingt ans au niveau mondial (Laschinger, 2012, Pellico, Brewer et Kovner, 2009). Elle touche aussi bien les infirmières jeunes diplômées que celles qui ont une certaine expérience dans les soins. Les causes de cette pénurie sont variées : le manque d'expérience des jeunes diplômées, leur situation familiale, le pourcentage de travail trop élevé, l'arrêt prématuré de la formation, les difficultés lorsque les croyances et les valeurs personnelles de l'infirmières sont confrontées à celle de l'institution, des difficultés à concilier vie personnelle et vie professionnelle, l'épuisement professionnel, et parfois des désaccords quant au contrat de travail (O'Brien-Pallas, Duffield et Hayes, 2006, Rudman et Gustavsson, 2012).

Afin de mieux comprendre les problèmes sous-jacents à la pénurie infirmière, des auteurs se sont penchés sur cette problématique et ont remarqué que le fait, pour des institutions, de se rendre attractives pouvait jouer sur la rétention des infirmières. Le mentorat, par exemple, propose des stratégies d'intégration des jeunes diplômées dans leur équipe de soin, de prise de conscience de leurs compétences pratiques, d'augmentation de l'estime de soi, ceci par une collaboration entre un mentor et une mentorée. Aujourd'hui, une perspective triadique est souvent préférée à une dyade classique, incluant ainsi l'institution à la relation (Jakubik, 2008, Roche, Lamoureux et Teehan, 2004).

Certaines recherches ont indiqué d'une part que les facteurs déterminants de la fidélisation des infirmières sont liés aux opportunités de se spécialiser, d'avoir une certaine autonomie dans la pratique, une possibilité de prise de décision, ainsi qu'un salaire en adéquation avec le travail effectué (Duffield & O'Brien-Pallas, 2003, traduction libre, cités par O'Brien-Pallas, Duffield, Hayes, 2006, p.262).

D'autre part, il a été montré que les hôpitaux magnétiques (« Magnet Hospitals ») avaient réussi, en créant une atmosphère d'activité agréable et en agissant sur les déterminants du turnover, à améliorer l'environnement de travail pour les infirmières, à augmenter leur productivité, à élever leur taux de satisfaction au travail, à diminuer le burn-out ainsi que l'intention de partir de l'institution ou des soins (Kelly, McHugh, Aiken, 2011, p. 429). Quatorze critères définissent un Magnet Hospital, regroupés en

deux catégories : la qualité des soins et la satisfaction du personnel, en partant du principe que l'un ne va pas sans l'autre (Colmont, 2011, p.33).

Au cours de notre travail, nous allons d'une part déterminer les différentes causes de l'intention de quitter le milieu des soins infirmiers, d'autre part investiguer les interventions mises en place dans différentes institutions afin de fidéliser les infirmières jeunes diplômées, en nous attardant particulièrement à définir les notions de tutorat/mentorat.

1.1 Choix du sujet, motivations

Motivations de Camille : Ma confrontation au monde du travail lors de mes stages n'a pas toujours été facile pour moi. Je me suis rapidement rendu compte que le métier que j'ai choisi n'était pas de tout repos : horaires irréguliers, travail de nuit et durant le week-end, charge de travail croissante, diversité et complexité du rôle infirmier.

Le fait que le métier d'infirmière soit un métier qui bouge, avec du stress et de l'adrénaline m'a toujours beaucoup attirée, mais la réalité du terrain m'a fait prendre conscience que certes, j'allais trouver mon compte en matière de variabilité de la tâche et de stress, mais également que mon futur métier risquait d'avoir un impact pas toujours positif sur ma vie privée. J'ai rencontré un grand nombre d'infirmières qui m'ont dit : « Change de métier, c'est vraiment difficile ! », ou encore « Tu verras, tu seras en burn-out en moins de dix ans ».

Ces remarques récurrentes m'ont interpellée, et j'ai cherché à les comprendre. Pourquoi, alors que nous sommes actuellement dans un contexte de pénurie dans notre profession, de plus en plus d'infirmières sont-elles en situation d'épuisement ? Quelles stratégies les institutions peuvent-elles mettre en place afin de freiner la pénurie, et surtout de retenir les infirmières dans les soins ?

Trouver des réponses à ces questions m'a paru important, afin de me lancer dans le monde du travail sans craindre de quitter ce secteur après quelques temps et, pourquoi pas, de pouvoir proposer des interventions dans l'hôpital où je travaillerai.

Motivations de Leila : Lorsque j'ai choisi d'entreprendre des études en soins infirmiers, c'était tout d'abord par intérêt pour le métier et ses sciences, mais aussi parce que j'avais le sentiment qu'être infirmière était ma vocation.

En d'autres termes, je ne me voyais pas exercer un autre métier que celui-ci. Au fur et à mesure des années, en discutant avec plusieurs camarades de ma volée et des volées précédentes, je me suis aperçue que pour beaucoup, le sentiment de vocation pour les soins infirmiers a aussi été un critère de choix décisif dans leurs parcours.

Pendant ces quatre années d'études en soins infirmiers, j'ai eu l'opportunité d'effectuer plusieurs stages durant lesquels j'ai pu rencontrer plusieurs jeunes diplômées à différents stades de leurs vies. Quelques-unes étaient récemment sorties de l'école et se montraient très enthousiastes, malgré une grande fatigue au travail et des difficultés à suivre ce nouveau rythme. Pour d'autres, l'intégration dans cette nouvelle vie s'était faite certes difficilement au début, mais aujourd'hui ils se sentaient parfaitement équilibrés. Mais certains, après deux ou trois ans d'activité n'avaient toujours pas trouvé cet équilibre. Ils parlent de fatigue générale, d'exclusion sociale, de difficultés d'adaptation à l'équipe, de difficultés à s'identifier comme soignant face à l'équipe ou aux patients, de l'envie de changer de service voire même de se rediriger vers un autre domaine d'activité.

Certes, mon opinion n'engage que moi, mais je pense que lorsqu'on consacre un certain nombre d'années à étudier afin de pratiquer une profession, c'est qu'il existe un réel intérêt pour celle-ci.

Alors comment en arrivons-nous à entendre que, de plus en plus de jeunes diplômés en soins infirmiers se sentent dépassés dans leur travail, que le sentiment de satisfaction au travail n'est plus un but en soi mais bien une illusion, ou en encore que le terme de burn-out soit prononcé lors des premières années d'activité.

Avec Camille, nous nous sommes beaucoup questionnées sur cette thématique. Nous avons donc décidé d'en faire notre sujet pour le travail de Bachelor. Nous avons longuement discuté et nous nous sommes demandées où se trouvait la faille. Les jeunes diplômées sont-elles suffisamment préparées à affronter le monde du travail ? L'école nous prépare-t-elle adéquatement à affronter cette réalité ? L'institution propose-t-elle des stratégies d'accueil à l'égard des nouveaux collaborateurs ? Est-ce un phénomène récent ?

1.2 Problématique

En partant de notre thématique, nous nous sommes d'abord interrogées sur les facteurs poussant une jeune diplômée à quitter les soins après une courte première expérience de travail. Ensuite, nous nous sommes interrogées sur les facteurs pouvant mener à l'épuisement professionnel. Suite à ces interrogations, nous avons discuté des facteurs influençant ces deux grands thèmes. Nous avons émis l'hypothèse que ces différents facteurs pouvaient être le stress, le manque de confiance en soi, le harcèlement, une mauvaise dynamique de groupe au sein de l'unité de soin ou encore un leadership mis en place de manière non adéquate.

Nous nous sommes également demandé quels étaient les enjeux de l'intégration d'un nouveau collaborateur dans une équipe de soins infirmiers, puis plus particulièrement, d'une collaboratrice jeune diplômée. La question s'est posée de savoir si lors de l'accueil ou de l'entretien d'embauche, il était important pour l'institution d'adopter une certaine diplomatie d'accueil. Si oui, quels étaient les critères? Qu'est-ce que les personnes qui font ces entretiens jugent important lors de cette première approche, et qu'est-ce qui doit être mis en avant ? Si non, est-ce parce qu'ils ne jugent pas important d'accueillir les nouveaux collaborateurs ? Ou encore, n'ont-ils pas de stratégies par rapport à cette problématique, par choix ou par méconnaissance ?

Après l'accueil, une stratégie de fidélisation peut être mise en place afin de maintenir les infirmières déjà employées (Jovic, L. 2010, p.18, Pellico, L.H., Brewer, C.S., Kovner C.T., 2009, p.194). Les institutions peuvent trouver des intérêts dans la pratique d'une politique de fidélisation et seraient désavantagées de ne pas en pratiquer une (Lindsey, G., Kleiner, B., 2005, Roche, J.P., Lamoureux, E., Teeban, T., 2004). Ces stratégies et interventions de fidélisation peuvent cibler aussi bien les jeunes diplômées que les infirmières à tout moment de leur carrière. Nous avons remarqué une conduite en particulier qui nous a interpellées : le mentorat. Nous nous sommes alors demandé si cette stratégie était efficace.

Plusieurs auteurs indiquent que plus la pénurie est marquée, plus les conditions de travail se péjorent (Brewer, C.S., Kovner, C.T., Greene, W., Tukov-Shuser, M., Djukie, M., 2011, p.524). En effet, le nombre de patients que chaque infirmière doit prendre en soins augmente et elle doit assumer un plus grand nombre de responsabilités (Pellico, L.H., Brewer, C.S., Kovner, C.T., 2009, p.195), ceci dans un

même laps de temps, et en touchant le même salaire. Cette surcharge de travail peut alors entraîner des mécontentements, une saturation, et pousser au burn-out, accentuant encore un peu plus la problématique de la pénurie de personnel qualifié.

1.3 Question de recherche

Nous avons choisi le mentorat car cette intervention est intéressante par son efficacité potentielle à intégrer les jeunes diplômées ainsi que par sa pertinence dans le monde actuel des soins, de plus en plus dur. En effet, fidéliser les nouvelles diplômées est primordial dans le contexte actuel de pénurie infirmière : vieillissement de la population, accroissement générationnel des départs à la retraite et une augmentation de la demande en soins. Mettre en place le modèle de mentorat lors du premier emploi est une plus-value à long terme pour les institutions, par la prévention de l'intention prématurée de quitter la profession.

« Quelle est la place du mentorat parmi les déterminants de la fidélisation chez les infirmières jeunes diplômées au cours de la première année d'emploi ? »

2. Objectifs du travail

Pour répondre à la question de recherche, les objectifs de ce travail sont :

- 1) Identifier les déterminants de la fidélisation en explorant diverses dimensions du milieu de travail et des facteurs personnels.
- 2) Identifier les interventions de mentorat les plus efficaces et comprendre sur quels déterminants elles agissent.
- 3) Formuler des recommandations basées sur la littérature scientifique.

3. Méthodologie

Nous avons conduit une revue de la littérature scientifique, en utilisant les trois volets de notre question de recherche pour définir des critères pertinents de recherche d'articles :

Population : La population-cible est les infirmières jeunes diplômées, dans la première année de l'exercice de leur profession. Il est ressorti qu'un certain recul était nécessaire pour juger de la satisfaction des infirmières dans leur première expérience professionnelle. C'est en cela que nous avons relevé qu'un minimum d'une année semble requis afin de pouvoir se positionner sur la question (Pellico et al., 2009, p.194, Banks et al., 2011, p.3568, Roche et al., 2004, p.30).

Problème : Le problème est la durée réduite du premier emploi. La fidélisation est liée à l'augmentation de la durée d'emploi, dont la problématique opposée est le turnover qui peut prendre plusieurs formes : soit un abandon du service afin de se rediriger dans l'institution, soit une démission d'un établissement au profit d'un autre, ou encore l'abandon total du domaine des soins infirmiers.

Interventions : Nous avons ciblé nos recherches sur les phénomènes d'accueil des nouveaux collaborateurs, de leur intégration au sein de l'équipe et de l'institution, de la possibilité d'être encadré sur une certaine période, et d'avoir un suivi par une personne expérimentée de l'équipe. Puis, sur les interventions de mentorat, afin d'évaluer son efficacité en tant que stratégie de rétention des infirmières jeunes diplômées.

Le concept des hôpitaux magnétiques est lui aussi un aspect à prendre en compte pour ce qui est de la fidélisation, car il a été prouvé que ces établissements ont un taux de satisfaction plus élevé que ceux qui ne le mettent pas en œuvre. Le concept d'empowerment est également pertinent dans notre thématique, car l'idée de donner un certain pouvoir décisionnel aux infirmières peut favoriser la fidélisation. Nous allons également évaluer les interventions qui ont été mises en place et testées au sein de différents établissements hospitaliers.

3.1 Stratégie de recherche d'articles

Nous avons débuté nos recherches sur la base de données HonSelect, afin de traduire les mots français que nous avons retenus en anglais et de trouver des « Mesh Terms ». Toutefois, nous avons éprouvé quelques difficultés lors de cette étape, nos mots-clés n'étant pas spécifiques au monde des soins. Nous nous sommes donc tournées vers le thesaurus d'autres bases de données que sont la BDSP, qui regroupe ce qui est du domaine de la santé publique et des soins, Cinhal,

qui fournit des références bibliographiques issues de périodiques en médecine, soins infirmiers, santé publique, éducation sanitaire, psychologie, ergothérapie, physiothérapie et réadaptation, Pubmed, qui a des contenus en médecine fondamentale et clinique, en biologie, pharmacologie, sciences infirmières, physiothérapie, nutrition et santé publique, et finalement PsycINFO, qui regroupe des articles dans le domaine de la psychologie, la psychiatrie, la sociologie, la médecine ainsi que l'éducation. Voici les termes que nous avons retenus afin d'effectuer nos recherches :

Figure 1

Termes recherchés dans les différents thésaurus

| Termes français | Termes anglais |
|-------------------------|--------------------------------|
| Infirmier | Nurs* (nurse, nurses, nursing) |
| Jeune diplômées | New* graduated |
| Fidélisation | Retention |
| Tutorat | Tutoring |
| Mentorat | Mentoring |
| Intention de quitter | Intention to leave |
| Pénurie | Shortage |
| Satisfaction au travail | Job satisfaction |
| Santé mentale | Mental health |
| Rotation OR Turnover | Turnover |

3.2 Bases de données consultées

Nous avons d'abord recherché des articles sur la base de données BDSP. Nous avons trouvé six articles à propos de notre thématique, mais nous en avons exclu la plupart après lecture, soit car ce n'était pas des articles de recherche, soit parce qu'ils n'entraient pas dans nos critères d'inclusion énoncés dans le chapitre méthodologie.

Nous nous sommes concentrées sur les bases de données anglophones Cinhal, PubMed et PsycINFO. Les articles de recherche en anglais sont apparus plus adéquats, ces recherches étant fondées sur des données probantes et des tests statistiques.

Dans BDSP, nous avons toujours combiné « infirmière » et « jeunes diplômées », combinaison à laquelle nous avons ajouté « intention de quitter » ou « satisfaction au travail ».

Sur les bases de données anglophones Cinhal, Pubmed et PsycINFO, nous avons toujours mis en premier lieu le terme « Nurs* », l'astérisque permettant de regrouper tous les termes liés aux infirmières et aux soins infirmiers. Nous avons ensuite essayé un certain nombre de combinaisons, incluant les termes «new graduate », « intention to leave », « mentoring », « tutoring » en précisant à chaque fois la région géographique souhaitée, Europe, Amérique du Nord, Australie et Nouvelle-Zélande, ainsi que le seuil limite des années 2000 pour Pubmed et 2004 pour ce qui est de Cinhal, car nous ne trouvions pas d'articles à une date antérieure.

Nous comparerons les différentes interventions dans plusieurs régions géographiques similaires quant à leur culture, à savoir l'Europe, l'Amérique du Nord, l'Australie et la Nouvelle-Zélande. Nous rechercherons à déterminer l'utilité des actions mises en place, en mesurant la satisfaction avant et après l'intervention.

Nous avons limité nos recherches aux articles parus dès les années 2000. Notre sujet est en constante évolution, et nous ne trouvions pas adéquat de nous pencher sur des interventions mises en place antérieurement, de nombreux développements ayant eu lieu dans le domaine du management infirmier ces dernières années.

Les figures 2, 3, 4 et 5 en annexe présentent nos recherches sur Cinhal, Pubmed et BDSP. Nous avons voulu montrer les mots-clés retenus pour chacune des bases de données, et montrer la façon dont nous avons combiné les mots entre eux pour

arriver à la sélection finale de nos articles. Les quatre articles ne figurant pas dans les tableaux ont été trouvés dans les différentes bibliographies et grâce aux mots-clés proposés par les huit autres recherches.

3.3 Modèle infirmier

Nous avons choisi la théorie de soin d'Imogène King, qui fait partie de l'école de l'interaction. Lorsqu'on se situe dans cette école, on est centré sur le processus d'interaction entre l'infirmière et le client. Le soin est une action humanitaire et non mécanique. Le caractère entier de la personne doit être maintenu et la personne doit être capable de reconnaître ses besoins et tendre vers la réalisation de soi (Pepin, 2010, p.56-57).

Cela n'a pas été facile de trouver une théorie en soins infirmiers. En effet, elles sont toujours centrées sur la relation entre le patient et le soignant. La théorie de King nous a donc paru appropriée, l'interaction étant quelque chose d'universel, et non spécifique aux soins infirmiers.

Dans notre cas, nous pensons que cette théorie est pertinente dans l'approche de notre thème, car l'interaction est nécessaire dans la relation entre une jeune diplômée et ses interlocuteurs.

Selon Alligood (2010, p. 189-191), la théorie de King est basée sur le système personnel, le système interpersonnel et le système social.

Pour ce qui est du système personnel, King a une vision de la personne comme étant unique. Chaque personne est un système ouvert et unique en constante interaction avec son environnement. Les concepts suivants aident à comprendre cette vision de l'individu en tant que système personnel.

- *La perception* est une méthode qui permet d'organiser, d'interpréter et d'organiser des informations provenant des sens et de notre mémoire.
- *Le moi* est la manière de définir la singularité de chacun, c'est ce à quoi on se réfère quand on dit « je ».
- *La croissance et le développement* sont les processus aidant l'individu à développer ses capacités individuelles.
- *L'image corporelle* que nous avons de nous-même reflète ce que les autres voient de nous.

- *L'apprentissage* est un processus de perceptions sensorielles, de conceptualisation et de pensée critique. Selon Pepin (2010), l'apprentissage est le fait d'utiliser de manière productive l'énergie provenant de l'anxiété.
- *Le temps* est la durée entre un événement et l'apparition d'un autre événement
- *L'espace personnel* est un processus qui existe dans toutes les directions et est le même partout.
- *L'adaptation* est utilisée dans la théorie de King afin d'aborder le thème du stress dans le système interpersonnel.

Dans notre cas, ce qui nous concerne particulièrement sont les concepts du moi, de l'apprentissage et de l'adaptation.

Le « moi » est important car l'attitude, les valeurs, l'engagement et le comportement qu'ont la nouvelle infirmière fraîchement diplômée qui arrive dans une équipe ainsi que chaque membre de l'équipe sont quelques éléments qui peuvent permettre de mener à bien un bon accueil et une bonne intégration.

L'apprentissage a également son importance par rapport au phénomène que nous étudions. La jeune diplômée, au début de sa carrière, est encore dans un processus d'apprentissage. Les professionnels sur le terrain apprennent également à son contact, sa formation étant plus récente que la leur.

La pensée critique tiens elle aussi une place importante, de la part des deux parties. Se remettre en question et se demander pourquoi nous faisons tel ou tel geste fait partie intégrante du métier d'infirmière.

En ce qui concerne les systèmes interpersonnels, King porte sa pensée sur l'interaction entre deux individus ou plus. Plus il y a d'individus impliqués dans l'interaction, plus celle-ci sera compliquée. Les systèmes des relations interpersonnelles entre les individus sont définis comme suit :

- *La communication* est un processus d'informations, un échange d'information, d'un état à un autre.
- *L'interaction* est ce qui résulte de deux personnes en présence l'une de l'autre.
- *Le rôle* est le comportement attendu lors d'un échange de paroles en société.
- *Le stress* est un état dynamique dans lequel l'être humain interagit avec l'environnement afin de maintenir son état de croissance, de développement

et de performance. Ceci nécessite un échange d'énergie et d'informations avec l'environnement afin de régler et de contrôler les facteurs de stress.

- *Les éléments stressants* sont des événements qui produisent du stress.
- *La transaction* est un comportement observable des humains interagissant avec leur environnement.

Pour ce qui est des systèmes interpersonnels, tous ces points nous paraissent essentiels lors d'interactions entre la jeune diplômée et ses interlocuteurs. Ce sont des éléments clés utiles et indispensables pour mener à bien une conversation.

Enfin, pour ce qui est des systèmes sociaux, King les définit comme étant composés de larges groupes ayant des intérêts communs. Elle les définit également comme un système organisé de rôles sociaux avec des comportements et des développements de pratique afin de maintenir des valeurs. Voici des exemples de systèmes sociaux : les lieux de travail, les écoles, les institutions religieuses et les familles. Les interactions avec les systèmes sociaux influencent les individus tout au long de la vie.

Ces concepts sont utiles afin de comprendre les interactions au sein des systèmes sociaux et personnels :

- *L'organisation* est un système d'activités continues afin d'atteindre des objectifs.
- *L'autorité* est un processus transactionnel caractérisé par des relations réciproques dont la valeur, les milieux et les perceptions de chaque membre jouent un rôle dans la définition, la validation et l'acceptation des directions des individus au sein d'une organisation.
- *Le pouvoir* est la capacité ou l'habileté d'un groupe à atteindre des objectifs.
- *Le statut* est la position d'un individu dans un groupe ou d'un groupe dans d'autres groupes afin de tendre dans une organisation.
- *La prise de décisions* est un processus dynamique par lequel un objectif est décidé et sollicité par des individus et des groupes afin de répondre à des questions et d'atteindre un objectif.

Concernant notre thème, chaque point est important. En effet, une jeune diplômée et ses interlocuteurs sont un groupe ayant des intérêts communs qui tendent à la

recherche du bien-être d'un autre groupe, en l'occurrence les patients. Chaque membre de ces différents groupes possède un statut propre. Tout groupe, afin de bien fonctionner, se doit d'être organisé, d'inclure un système d'autorité et de pouvoir afin d'arriver à une prise de décision.

4. Cadre conceptuel

4.1 Schéma

Dans la figure 6 présentée à la fin de ce chapitre, nous avons présenté le cadre conceptuel de notre thème. Nous sommes parties des différents déterminants du turnover, séparés en trois catégories :

- Les facteurs individuels
- Les conditions de travail
- La transition entre la formation et le monde du travail.

Ensuite, nous avons voulu montrer les deux interventions principales apparues au cours de nos lectures par rapport au phénomène de turnover, à savoir les hôpitaux magnétiques et le mentorat.

Enfin, la résultante de ces stratégies de fidélisation est la fidélisation et la satisfaction des jeunes diplômées. Les concepts ont été à chaque fois reliés aux auteurs des articles que nous avons retenus

4.2 Définitions

Mentorat

« Le mentorat, c'est une relation fondée sur le respect mutuel, entre une personne expérimentée, reconnue et crédible (mentor) et une personne plus jeune (mentoré), qui permet au mentoré de consolider son identité professionnelle et de bénéficier d'appuis pour développer sa carrière et mieux vivre les transitions en milieu de travail » (Guay, 2002, cité par Henchoz, p. 39).

Tutorat

Les termes de mentorat et de tutorat étant de temps à autre confondus par certains auteurs, voici une définition de ce qu'est le tutorat, afin d'éviter une mauvaise compréhension. La notion de tutorat n'est utilisée qu'avec des stagiaires et non avec des jeunes diplômées.

Le tutorat représente la fonction pédagogique du stage. Le tuteur a des qualités de volontariat, il est expérimenté, il aide à acquérir des compétences et a de l'intérêt

pour l'encadrement des étudiants. Il connaît aussi les référentiels d'activités, des compétences et de la formation des futurs professionnels.

Un tuteur a deux fonctions : il est responsable de l'encadrement pédagogique des stagiaires en période de stage et il garantit l'évaluation des compétences acquises lors de celui-ci. Entre autres choses : il assure l'accompagnement pédagogique des étudiants, il reçoit ces derniers et évalue leur progression, il réalise des entretiens réguliers ainsi que des moments de réflexion, il identifie les points forts et les lacunes de l'étudiant, aide l'étudiant à s'autoévaluer en fonction de sa progression et enfin il peut donner des objectifs de progression (Menaut, 2013, p. 31).

Pénurie

Selon Agnola, Gysel, Nouvel & Thiery (2008), la pénurie est : « [...] définie comme une situation de déséquilibre entre un besoin en capacités infirmières (quantifié en nombre d'infirmières nécessaires) et la disponibilité réelle de ces infirmière » (p.138). La disponibilité correspond, selon ces auteurs, à la volonté de l'infirmière de travailler dans les conditions imposées par les institutions.

Selon les prévisions développées par l'Observatoire Suisse de la Santé (Obsan), il y a pénurie d'infirmière lorsque le taux de la population et le besoin de soins est supérieur au nombre de postes existants.

Une pénurie d'infirmière peut être également causée par une difficulté dans le recrutement de nouveaux infirmiers. Cette tendance est due soit par un nombre peu important de jeunes diplômées par années, soit à un manque d'attractivité du métier, soit par un manque d'attractivité de l'institution.

Turnover

Ce terme anglo-saxon est souvent utilisé tel quel dans la langue française. La traduction la plus appropriée serait « la rotation » ou « le renouvellement ». Il est important de relever que ce concept est généralement employé dans le domaine des entreprises.

Selon Carlier (2012-2013, p. 21), le concept de turnover se définit par « une rotation de la main-d'œuvre ou du renouvellement du personnel d'une entreprise ». Ce phénomène est habituellement rapide.

Les facteurs influençant le turnover peuvent être personnels et très diversifiés. D'une manière générale, ce qui pousse quelqu'un au turnover est l'ambiance au travail, la relation avec les collègues de travail et les supérieurs hiérarchiques, et le salaire. La décision de quitter l'emploi peut être prise d'un commun accord, par l'employeur et par l'employée (Desponds, 2001, p.8).

Fidélisation

Le concept de fidélisation est souvent utilisé dans le management en entreprise s'appliquant à la clientèle. Pour cela, des stratégies sont mises en place dans le but de créer une relation de confiance entre le client et la société afin d'apporter des avantages aux deux parties (Carlier, 2012-2013, p.21).

Dans le cas de la fidélisation des infirmières, il s'agit avant tout de les fidéliser afin de diminuer le taux de turnover et donc de freiner la pénurie en personnel soignant. Pour cela, il est avant tout nécessaire de comprendre pourquoi les employées plus anciennes sont fidèles à l'unité. Ensuite, il peut être demandé aux collaborateurs quelles sont leurs perspectives d'évolution professionnelle, afin de pouvoir élaborer des objectifs et pour certains, proposer des formations (Carlier, 2012-2013, p.28). Enfin, le sentiment d'appartenance dans l'unité est fortement lié à la réalisation personnelle (Carlier, 2012-2013, p.31).

Une stratégie de fidélisation des étudiantes ou des intérimaires peut être également envisagée en lien avec le recrutement. Les cadres ne pouvant empêcher leurs collaborateurs de quitter l'institution par choix personnel, il s'agit ici de « séduire » les potentiels futurs employés.

Magnet hospitals

Le label « Magnet Hospitals » récompense les établissements qui associent un niveau élevé de satisfaction professionnelle à un niveau élevée de qualité de soins (Colmon, 2011, p.33). Ces hôpitaux présentent un faible taux de turnover, ils se définissent donc par leurs capacités à attirer et retenir le personnel infirmier.

A la différence des autres hôpitaux, ces institutions – pour la plupart américaines - se distinguent en proposant des stratégies de rétention du personnel de santé. Ils offrent au personnel qualifié une possibilité de leadership infirmier de qualité, une structure organisationnelle favorisant une prise de décision partagée, un style de management défendant la participation de tous et encourageant les feedback, une

politique des ressources humaines protégeant un équilibre entre vie privée/ vie professionnelle, des modèles professionnels de soins permettant une continuité et une permanence des soins tout en mettant le patient au cœur des réflexions, la possibilité de donner aux patient des soins de haute qualité, un renforcement des programmes d'amélioration continue de la qualité des soins et des services, une autonomie professionnelle amenant à une valorisation professionnelle, le perfectionnement de l'établissement de santé afin de consolider la prise en soins des patients, une implication dans les activités éducatives et dans la formation au sein de l'établissement et de la communauté, une incitation aux relations interdisciplinaires et, finalement, ils permettent un perfectionnement professionnel (Colmon, 2011, p.33-35).

Ce concept, d'abord développé aux Etats-Unis, a peu à peu séduit d'autres hôpitaux à travers le monde. Aujourd'hui nous pouvons remarquer que les hôpitaux ayant développé ce concept sont les plus recherchés par les employées et montrent un taux de satisfaction plus élevé (Kelly, McHugh, Aiken, 2011, p. 429).

Facteurs individuels (Laschinger et al., 2011) :

- Estime de soi
- Auto-efficacité
- Stabilité émotionnelle

Conditions de travail :

- Cadres vs employées (O'Brien-Pallas et al., 2006)
- Stress (Kowalski et al., 2010)
- Horaires, pourcentage de travail
- Différences de valeurs sur la profession infirmière (O'Brien-Pallas et al., 2006)
- Leadership authentique (Laschinger et al., 2012)
- Empowerment (Roche et al., 2004)

Transition entre formation et monde du travail (Roche et al., 2004) :

- Préparation par l'école lors des études
- Préparation par l'institution

Déterminants du turnover

Hôpitaux magnétiques (Kelly et al., 2011). Influence sur :

- Environnement de travail sécuritaire
- Satisfaction élevée au travail
- Baisse du taux de burn-out
- Diminution de l'intention de quitter une institution/la profession
- Mise en valeur de la collaboration entre les médecins et les infirmières

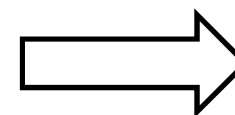
Mentorat

- Relation en dyade ou en triade (Jakubik, 2008)
- Mentorée : autonomie, confiance en soi et capacité à agir sur son développement personnel (Guay et al., 2003)
- Mentor : compétences d'écoute, de guidance, d'encouragement, capacité de pouvoir relever les forces et les faiblesses de la mentorée
- Valorisation des deux acteurs à la fin de la période de mentorat (Roche et al., 2004)

Interventions sur la fidélisation

Figure 6

Schéma conceptuel



**Fidélisation,
satisfaction des
jeunes diplômées**

Résultante des interventions

5. Résultats

Selon Kowalski et Cross (2009, p.96-97), lors de leur entrée dans le monde du travail, les nouvelles diplômées en soins infirmiers se sentent souvent stressées, voir dépassées face à leurs nouvelles responsabilités. Une jeune infirmière a besoin d'une année d'expérience au minimum avant de se sentir confortable dans son nouveau rôle. Malheureusement, quelques jeunes diplômées ne se laissent pas ce temps et prennent la décision de quitter les soins avant une année d'exercice de la profession.

Ces mêmes auteurs affirment que, pendant les six premiers mois, ces jeunes infirmières sont souvent dans un esprit de survie. Elles sont, à cette période, plus concentrées sur leur pratique, sur les différentes stratégies d'adaptation, et se focalisent sur l'élaboration de leur identité personnelle. Les six mois suivants, elles se décentrent de cette attitude afin d'avoir un regard externe. C'est pendant ces six derniers mois qu'elles arrivent à développer leur focus. L'action est alors dirigée davantage sur les patients, le bien-être de l'équipe soignante, et l'approfondissement de leurs connaissances (Kowalski & Cross, 2009, p.97).

Au cours de cette première année, les jeunes infirmières traversent 6 étapes importantes : la vulnérabilité, le fait d'arriver à effectuer toutes les tâches de la journée, faire face à la détresse morale, la perte de soi-même face à la perte de ses idéaux et l'intégration de sa nouvelle image professionnelle (Kelly, 1998, p.1134-1145).

Ce chapitre présente les déterminants du turnover et les stratégies mises en place par les institutions afin de retenir les infirmières jeunes diplômées dans les soins, en mettant l'accent particulièrement sur les résultats liés au mentorat.

5.1 Les déterminants du turnover

Il est important de comprendre et de freiner le phénomène de turnover, car celui-ci coûte cher aux institutions : 1,3 fois le salaire annuel d'une infirmière (Jones, 2004,2005, cité par (Brewer, Kovner, Greene, Tukov-Susher & Djukic, 2011, p.522). De plus, il a tendance à diminuer la productivité et l'efficacité des soins envers les patients (Brewer, Kovner, Greene, Tukov-Susher & Djukic, 2011, p.521).

Le coût pour remplacer une jeune diplômée est élevé, et l'investissement organisationnel est lui aussi important (Beecroft et al., 2001 ; Brewer et al., 2011 ; Lindsey and Kleiner, 2005). D'après Brewer et al. (2001), le coût a été estimé à \$728 million pour les 15% des infirmières d'Amérique du nord ayant quitté leur emploi en 2007.

Facteurs individuels

Les caractéristiques personnelles sont un facteur à prendre en considération. Un instrument de mesure de quatre caractéristiques de personnalité portant sur la façon dont les individus interprètent les événements et se comportent en fonction de leur environnement a été étudié. Cet outil s'appelle la « Core Self-evaluation » (CSE). Ces caractéristiques sont : l'estime de soi, l'auto-efficacité générale, le contrôle et la stabilité émotionnelle (Judge & Bono, 2001, cité par Laschinger, 2012, p.473). L'auto-évaluation et la mise en situation jouent un rôle important dans les conditions de travail des employés (Judge & Bono, 2001, cité par Laschinger, 2012, p.473). De plus, il a été démontré que les éléments mesurés par la CSE influencent positivement la satisfaction au travail et le burn-out (Laschinger et al., 2011, p.473).

Cadres versus employées

O'Brien-Pallas, Duffield et Hayes (2006) ont comparé les différents points de vue des cadres dans les soins et des infirmières qui ont quitté la profession, sur la question de l'importance de la mise en place de stratégies de rétention des infirmières jeunes diplômées. Il y a en effet encore un nombre important de malentendus entre les personnes qui prennent les décisions et les personnes sur le terrain. Il a été montré que la satisfaction au travail était un facteur important dans le turnover (Price & Muller, 1981, Hinshaw & Atwood, 1983, Irvine & Evans, 1995, cités par O'Brien-Pallas, Duffield et Hayes, 2006, p. 263), alors qu'une charge de travail importante qui cause des tensions et une fatigue émotionnelle, diminuant la satisfaction au travail, pousse alors au turnover (Tai *et al.*, 1998, Barrett & Yates, 2002, cités par O'Brien-Pallas, Duffield et Hayes, 2006, p. 263). Le travail fait par les managers, notamment sur la coordination, a un impact direct sur l'intention de quitter les soins des jeunes infirmières (Boyle *et al.*, 1999, cités par O'Brien-Pallas, Duffield et Hayes, 2006, p. 263). Ces auteurs ont effectué une revue de littérature pour comparer les résultats

de précédentes études effectuées en Australie, englobant 53 items relatifs à l'intention de quitter les soins.

Une partie des études fournissent des données sur la satisfaction au travail des jeunes diplômées, tandis que la deuxième partie des articles essaient de comprendre où vont les infirmières qui quittent les soins.

L'analyse a été menée dans un premier temps sur la perception des infirmières qui ont quitté la profession par une analyse factorielle.

Les items reflétant les perspectives des managers quant à l'importance de retenir les infirmières dans leurs effectifs ont été comparés aux raisons de quitter le monde des soins. Les moyens et l'importance de chaque facteur ont été également comparés.

Les résultats de l'étude montrent que les éléments poussant les jeunes diplômées à quitter la profession ne correspondent pas à ceux auxquels auraient pensé les cadres infirmiers. Les disparités sont particulièrement remarquables sur le thème « pratique professionnelle », item regroupant par exemple l'autonomie dans la prise de décisions, la possibilité de pouvoir utiliser pleinement ses compétences, le fait d'avoir une influence lors de décisions prises par les cadres infirmiers. Le deuxième thème qui ressort est « valeurs externes et croyances à propos des soins infirmiers », regroupant par exemple les représentations que la société et les médias se font de la profession infirmière, l'échelle salariale, les possibilités d'évolution de carrière ou encore l'égalité de traitement avec les autres professionnels de la santé.

Stress

Le stress chez les jeunes diplômées est un thème régulièrement discuté et investigué (Oermann & Moffitt-Wolf, 1997, pp.225-230, cité par Kowalski & Cross, 2010, p. 97). Celui-ci est lié à leur manque d'expérience sur le terrain ainsi qu'à leur manque de compétences organisationnelles, entraînant un manque de confiance en elles (Kowalski & Cross, 2010, p.97). Les facteurs de stress décrits sont une surcharge de travail importante, une responsabilité accrue, le fait d'être face à de nouvelles situations ainsi qu'à des procédures inconnues et finalement de devoir se confronter à des nouvelles rencontres (Kowalski & Cross, 2010, p.97). Afin de d'apporter une aide à ces jeunes infirmières, Oermann & Garvin (2002, pp.225-230,

cité par Kowalski & Cross, 2010, p.97) recommandent qu'elles soient, dès le début de leur carrière suivies par un mentor.

Conditions de travail

Le turnover est un phénomène résultant de conditions de travail pénibles pour les jeunes diplômées (Pellico, Brewer & Kovner, 2009, p.194). Le terme est utilisé lorsque l'infirmière quitte l'institution et non le monde des soins (Brewer, Kovner, Greene, Tukov-Susher & Djukic, 2011, p.521). Le fait de réduire la pénurie d'infirmières en retenant les jeune diplômées dans les institutions dépend entre autre de la capacité et de la manière qu'ont les premiers employeurs à concilier les besoins des infirmières en matière de plan de carrière et de vie personnelle. (Pellico, Brewer & Kovner, 2009, p.194). Mais les facteurs influençant le turnover sont nombreux : le stress rencontré au travail, le support apporté par les supérieurs, les opportunités qui se présentent à l'employée, les relations avec les médecins, l'autonomie laissée à la jeune infirmière et les conflits entre vie professionnelle et vie privée (Pellico, Brewer & Kovner, 2009, p.194). Il ressort également que le travail à temps plein et que les problèmes de santé ont une influence sur la décision de changer de poste chez les infirmières jeunes diplômées (Brewer, Kovner, Greene, Tukov-Susher & Djukic, 2011, p.521).

Pellico, Brewer et Kovner (2009) ont effectué une étude qualitative dans 34 états des Etats-Unis afin d'explorer le ressenti d'infirmières jeunes diplômées sur leur expérience naissante dans le monde du travail, dans le but d'avoir une meilleure compréhension de ce qu'est la vie d'une infirmière nouvellement diplômée, et de ce qui la pousse au turnover dans sa première année d'exercice de sa profession. L'étude a été menée sur 3266 infirmiers. 92,6% d'entre eux étaient des femmes, le 84,3% travaillaient à un taux d'activité de 100%. Il leur a été distribué un questionnaire contenant 207 items, classés en cinq grands thèmes. Les données ont été analysés et les commentaires écrits des infirmières ont été saisis, certains passages ont été ensuite sélectionnés, recensés et classés. Des comparaisons ont été effectuées et l'attention s'est particulièrement portée sur les passages récurrents.

Les cinq items sont : « Colliding Expectations », que l'on pourrait traduire par le conflit entre les espérances de la jeune infirmière sur sa future profession avant de commencer de travailler, et ce à quoi elle est confrontée lors de ses premiers pas dans le monde du travail. Il y a notamment une différence entre ce qui leur a été

enseigné lors de leurs études quant au prestige de leur profession, et ce à quoi elles sont ensuite confrontées sur le terrain. Elles sont également surprises du nombre élevé de patients à charge par infirmière, ce qui est, selon les personnes interrogées un facteur de stress important. Il a été relevé également que le fait de se faire agresser verbalement par les patients et leurs familles n'était pas un facteur auquel les jeunes infirmières avaient été préparées.

Le deuxième thème est « The Need For Speed », c'est-à-dire la pression ressentie quant au fait d'être rapidement expérimentée, de commencer dès le premier jour avec autant de patient à prendre en soin qu'une infirmière expérimentée, et de devoir rapidement choisir une orientation. Elles se plaignent de n'avoir pas assez de temps avec les patients, du fait de la difficulté de gérer le tout sur une journée.

Le troisième item se nomme « You Want Too Much ». Dans celui-ci, il est question du fait qu'il est demandé énormément de choses à l'infirmière dès ses débuts dans la profession : la charge de travail est élevée et elle a de suite de lourdes responsabilités. Ceci est vécu avec une certaine pression, et sans reconnaissance, au final, de la part des supérieurs. Des plaintes sont alors formulées quant à l'impossibilité, certains jours, de prendre une pause ou même de s'asseoir de toute la journée, d'avoir trop de patients à charge pour une seule personne, mais aussi d'avoir trop de travail administratif et d'heures à passer devant un ordinateur plutôt que d'être auprès du patient.

Un quatrième thème abordé, appelé dans l'étude « How Dare You ? », est celui des rapports entre la nouvelle arrivante et ses collègues de l'équipe soignante, que ce soit les infirmières ou les médecins. Il a été ressenti de l'agressivité de la part des infirmières déjà dans l'institution depuis plus de dix ans envers les infirmières qui viennent d'être engagée pour un premier emploi.

Le dernier thème exploré, nommé « Change is on the Horizon », met en avant le fait que la transition d'étudiante à infirmière prend une année, et que ce temps est difficile émotionnellement pour la nouvelle employée, pouvant la mener à s'inquiéter, pleurer et faire des cauchemars récurrents. Malgré cela, la majorité des personnes interrogées se projette avec espoir dans l'avenir, car il ressort que les nouvelles diplômées aiment leur travail, malgré les conditions et l'environnement de travail difficiles.

Les résultats de cette étude montrent que 41% (n= 3266) des commentaires recueillis étaient négatifs, le reste étant soit neutre, soit positif. Les infirmières qui commencent à travailler ont besoin d'environ 18 mois de pratique avant de se sentir à l'aise dans leur rôle. Il est souligné une cohérence entre les résultats d'études précédentes et celle-ci, particulièrement pour ce qui est des problèmes de charge de travail, du manque de soutien de la part des managers, des relations entre collègues ainsi que de la difficulté à concilier travail et vie de famille.

Les commentaires des nouvelles infirmières révèlent une certaine forme de découragement face à un système de santé qu'elles jugent inefficace et incompétent face à leurs problèmes, de même que les programmes mis en place pour les accueillir. Selon elles, les soins infirmiers pourraient être le fer de lance de réformes dans les soins aux patients ainsi que d'un point de vue des conditions de travail. Il ressort que par-dessus tout, ce que recherchent les jeunes infirmières est un ratio patient-infirmière plus bas, ce qui améliorerait leur satisfaction personnelle et professionnelle, et serait également perçu comme bénéfique pour la sécurité du patient.

D'un point de vue du système de formation, il y a une demande pour davantage de journées cliniques, des ratio patients-infirmières plus réalistes lors des stages ainsi que des cours de communication afin d'apprendre à faire des transmissions infirmières efficaces, ainsi qu'à communiquer avec les médecins.

Cette étude met également en avant également le fossé entre le contenu reçu lors des études en soins infirmiers et la réalité du terrain. Les nouvelles infirmières ont un besoin accru d'orientation, de mentorat et de soutien par leurs supérieurs dans les premiers temps.

Une évidence émergeant des analyses des commentaires des personnes interrogées est que l'environnement où commencent de travailler les jeunes infirmières a besoin d'être réformé, mais la question des ratios, de faire des unités de soins plus petites ainsi que de la diminution des heures supplémentaires a des implications financières, tout comme le turnover.

Les auteures concluent en soulignant que les plaintes relevées lors de cette étude sont un phénomène perpétuel, déjà rencontré maintes fois lors de précédentes investigations, ce qui les pousse à se demander : « Etant donné que les institutions sont conscientes qu'il faut améliorer les conditions de travail des infirmières jeunes

diplômées, ne serait-ce pas le moment de commencer à les écouter et à se soucier de leur avis ? »

Intention et raisons de quitter la profession ou une institution

Selon Buchan et Calman (2005), le Québec fait partie de ces pays développés où il existe un grand taux d'infirmières qualifiées. Cependant, comme beaucoup de pays développés, le Québec connaît un contexte de pénurie infirmière. Cette problématique se définit par une population vieillissante dans le monde des soins (Smith & Seccombe 1999 Sochalski 2002 Institut australien de la santé et du bien-être 2003 cité par Parry, 2008, p.157), une diminution du nombre de nouvelles entrantes dans la profession d'infirmière (Buerhaus et al. 2000 Johnstone & Stewart 2003 cité par Parry, 2008, p.157) et un nombre grandissant de turnover (Hodges et al., 2002, Duffield et al., 2004, cité par Parry, 2008, pp.157-158).

Les raisons d'abandon de la profession les plus évoquées par les individus sont la volonté de se concentrer sur leurs familles à temps plein, l'âge de la retraite, vouloir évoluer dans leur profession ou dans un autre métier ou encore par devoir civique, tel que le service militaire. En Australie, entre 1999 et 2000, 31% des infirmières ont quitté leur profession pour chercher du travail dans d'autres professions (Shah et Burke 2001, cité par Parry, 2008, p.158). En outre, quelque 20% des jeunes diplômées australiennes quittent leur emploi après seulement un an d'exercice (Armstrong 2004, cité par Parry, 2008, p.158).

Le but de cette étude de Parry (2008) était d'établir la relation entre l'intention de changer de métier et l'intention de changer d'employeur chez les jeunes diplômées. Afin de répondre à cet objectif, quatre questions de recherche ont été développées :

- 1) « Quelles sont les relations entre l'engagement professionnel affectif, l'engagement à l'entrée dans le travail, la satisfaction au travail et l'engagement organisationnel ? »
- 2) « Quelles sont les relations entre l'affectivité professionnelle, l'engagement à l'entrée dans le travail, la satisfaction au travail et l'engagement organisationnel après une période de temps au travail ? »
- 3) « Lesquelles de ces variables sont liées à l'intention de changer de métier ? »

4) « Lesquelles de ces variables sont liées à l'intention de changer d'employeur ? » (Parry, 2008, p.159).

Les participants à cette étude sont des infirmières australiennes qui ont étudié dans des établissements supérieurs. Toutes les jeunes diplômées ayant terminé leurs études en 2004 ont été invitées à participer à cette étude (Parry, 2008, p.160). Au total, 131 infirmières australiennes ont participé à cette recherche. L'échantillon est composé de 122 infirmières et de 9 infirmiers. Parmi eux, 80 (61%) étaient âgées de 20 et 30 ans, 40 (30%) étaient âgées de 31 à 45 ans et 10 participants (7%) étaient âgés de plus de 45 ans. De plus, l'étude énonce depuis combien de temps ces infirmières sont engagées dans leur lieu de travail. 9 participantes (6%) travaillent depuis 2 mois ou moins avec l'institution, 72 participantes (55%) travaillent depuis 3 à 5 mois et 48 participantes (38%) travaillent depuis 6 à 8 mois (Parry, 2008, p.161).

L'équipe de recherche a demandé aux participantes de répondre à un questionnaire sur les composantes de l'engagement au travail de Blau (2003) mesurant l'engagement et la satisfaction au travail. Le questionnaire sur l'engagement organisationnel (Bozeman et Perrewé 2001) et l'intention de quitter l'organisation (Bozeman et Perrewé 2001) ont été mesurés par une échelle de Lickert à 6 positions. L'intention de changer de métier a été mesurée à l'aide d'une version adaptée de l'échelle des intentions de turnover (Bozeman et Perrewé 2001).

Les relations entre l'engagement professionnel affectif avant l'entrée dans le milieu de travail, la satisfaction au travail et l'engagement organisationnel sont statistiquement significatives et positives. Par conséquent, il est montré que des niveaux plus élevés d'engagement professionnel affectif sont liés à des niveaux élevés de satisfaction au travail et à l'engagement organisationnel. La relation entre l'engagement professionnel affectif avant l'entrée dans le milieu du travail et l'engagement organisationnel s'explique par leurs relations avec la satisfaction au travail (Parry, 2008, p.162).

L'engagement professionnel affectif à l'entrée dans le milieu du travail et la satisfaction au travail sont significativement et statistiquement positivement liés à l'engagement professionnel affectif après une période d'exposition au travail (Parry, 2008, p.162).

L'engagement organisationnel affectif et l'engagement professionnel après une période d'exposition au travail sont des antécédents de l'intention de changer de

métier. Ces variables sont statistiquement et négativement liées à l'intention de changer de métier. De ce fait, des niveaux élevés d'engagement organisationnel ou d'engagement professionnel affectif après une exposition au milieu de travail sont liés à des niveaux inférieurs de l'intention de changer de métier. Il est intéressant de relever que la relation entre la satisfaction au travail et l'intention de changer de métier n'est pas directe, mais peut se justifier par sa relation affective à l'engagement professionnel après l'exposition au milieu de travail et à l'engagement organisationnel (Parry, 2008, p. 163).

Enfin, la satisfaction au travail et l'engagement organisationnel sont statistiquement significatifs et négativement liés à l'intention de quitter le métier. De plus, l'intention de changer de profession est significativement et positivement liée à l'intention de changer d'employeur (Parry, 2008, p.163).

Epuisement professionnel

Contrairement à leurs collègues infirmières expérimentées, les jeunes diplômées courent le risque de souffrir d'épuisement émotionnel, sachant que le burn-out a été défini comme un syndrome comprenant deux dimensions : l'épuisement et le désengagement. Il est intéressant de comprendre pourquoi cette fragilité se manifeste plus particulièrement chez ces jeunes employées (Rudman & Gustavsson, 2010, pp. 292-293).

L'étude de Rudman & Gustavsson démontre que certaines trajectoires de vies peuvent prédire le risque de burn-out (Rudman & Gustavsson, 2010, p.293). Pour comprendre comment cela se manifeste, les auteurs ont, à des moments précis, mesuré le taux de burn-out et l'ont classé selon différents critères. En respectant ces critères, les chercheurs ont établi comment et combien de fois les symptômes du burn-out se sont manifestés au cours du temps. (Rudman & Gustavsson, 2010, p.294).

L'objectif de cette étude était d'établir si des motifs d'épuisement professionnel étaient développés chez les jeunes diplômées au cours des trois premières années de leur pratique. Si tel est le cas, les auteurs identifiaient et comparaient alors les différents changements de trajectoire. Pour cela, leurs recherches se sont appuyées sur différents aspects tels que les caractéristiques individuelles, les relations sociodémographiques, les problèmes de santé antérieurs, l'éducation, l'introduction

au premier poste d'infirmière, mais encore l'état de santé actuel, et le comportement actuel des sondées (Rudman & Gustavsson, 2010, p.294). Les trois premières années de pratique ont été choisies car c'est lors de cette période que les individus sont les plus vulnérables (Cherniss, 1980, cité par Rudman & Gustavsson, 2010, p.293).

Les différentes questions de recherche de l'étude étaient :

- Quelles trajectoires communes peuvent être identifiées au cours des premières années de pratique ?
- Qu'est-ce que ces modèles indiquent en ce qui concerne la prévalence et l'incidence de l'épuisement des jeunes diplômées ?
- Comment les facteurs, prédits par l'éducation et les éléments individuels, peuvent avoir un impact sur la santé psychologique et sur le turnover ? (Rudman & Gustavsson, 2010, p.294).

La prise en charge du burn-out a été étudiée par les auteurs et montre que plus le sujet est exposé à des facteurs favorisant l'épuisement professionnel, plus celui-ci verra son taux d'épuisement professionnel augmenter progressivement. Dans cette étude, les auteurs utilisent une échelle sommative comportant 6 items à 4 modalités de réponse. Le résultat minimum possible était 6, correspondant à « pas d'épuisement professionnel, et le maximum était 24, correspondant au plus haut niveau d'épuisement professionnel.

Quelque 1700 étudiantes suédoises effectuant leur dernier semestre d'étude ont été invitées à participer à cette étude ; 68% d'entre elles, soit 1153 étudiantes, ont répondu à l'invitation et ont répondu au premier questionnaire proposé. Ce premier questionnaire a été établi afin de pouvoir identifier et comprendre l'état général d'une étudiante en fin d'étude. Dans ce premier échantillon, la majorité étaient des femmes (93%) dont la moyenne d'âge était 30.5 ans (de 21 à 52 ans) (Rudman & Gustavsson, 2010, p.294). En ce qui concerne l'échantillon, 1153 infirmières, réparties en trois cohortes (Y1, Y2 et Y3) ont été incluses dans l'étude (Rudman & Gustavsson, 2010, p.294-295).

Les résultats de l'étude ont pu montrer qu'il existe un taux élevé de burn-out lors de la deuxième année après l'obtention de leur diplôme (Rudman & Gustavsson, 2010, p.298). De plus, huit trajectoires ont pu être identifiées en fonction des

caractéristiques individuelles citées précédemment. Chacune des huit trajectoires a montré des différences significatives (Rudman & Gustavsson, 2010, p.299).

Les deux premiers groupes manifestent un taux de burn-out variant de particulièrement bas à modéré. Ces groupes d'infirmières sont principalement constitués de femmes âgées de plus de 35 ans, ayant des enfants et ayant eu au préalable une expérience dans le monde des soins. Ces groupes se distinguent également des autres par leurs différents modes de vie, leur état de santé et leur capacité à gérer le stress. Ces individus présentent une faible estime d'elles-mêmes et pas de signes antérieurs de dépression. Les niveaux de dépression et de l'intention de quitter la profession n'étaient pas significatifs pour ces groupes. De plus, ces infirmières se sont montrées satisfaites de leur choix professionnel. Elles estiment que leur éducation les avaient préparées à la vie professionnelle et pensent que l'accueil au sein de leur premier emploi était satisfaisant (Rudman & Gustavsson, (2010), pp.300-301).

Les quatre groupes suivants révèlent un taux de burn-out situé dans les niveaux « faible » à « modéré ». Contrairement aux deux premiers groupes, les infirmières de ces groupes étaient plus jeunes (<25 ans). Ces taux de burn-out se reflètent également dans les niveaux de dépression et dans l'intention de quitter son poste. Ces groupes se distinguent des autres par leur forte estime de soi en ce qui concerne la performance. Dans l'un de ces groupes, les individus avaient d'abord un niveau modéré d'épuisement puis celui-ci a sensiblement augmenté au cours de la deuxième année. Pour un autre groupe, au cours de la troisième année, ce taux a atteint des niveaux très bas. Ces fluctuations se sont reflétées dans les niveaux de l'état dépressif et de l'intention de quitter son poste. Les individus de ces groupes expriment également ne pas être sûrs de leur choix professionnel et disent avoir ressenti cela comme une source de stress. Antérieurement, l'un de ces quatre groupes a présenté des épisodes de symptômes dépressifs (Rudman & Gustavsson, 2010, pp.301-302).

Finalement, les deux derniers groupes sont constitués d'individus présentant un taux élevé d'épuisement au travail. Au contraire des premiers groupes, ces individus n'ont pas d'enfant, n'ont jamais eu d'expérience dans le monde des soins et ne faisaient pas partie des groupes de personnes les plus âgées. De plus, ces deux groupes ont présenté auparavant des niveaux d'épuisement assez élevé. Il en résultait une

augmentation de l'intention de quitter le poste de travail et une répercussion sur l'apparition d'états dépressifs à des niveaux élevés. En outre, ces groupes sont caractérisés par des taux élevés de dépression, d'épuisement, de désengagement, de stress pendant les études et de stress dans le choix de la profession. Ils ont en outre souffert d'une mauvaise qualité de sommeil, de mauvaises habitudes alimentaires ainsi que d'un risque élevé de consommation d'alcool, appuyant le fait que leur niveau d'épuisement professionnel est élevé. En ce qui concerne leurs performances scolaires, ce groupe n'attribue pas beaucoup de valeur à ses études. Pour finir, ces groupes n'estiment pas que leur formation soit négative, mais disent manquer de préparation à la vie active et relèvent que l'accueil lors de leurs premiers jours de travail en tant qu'infirmière a été inefficace (Rudman & Gustavsson, 2010, .303).

L'abandon prématuré de la profession par de jeunes infirmières peu expérimentées est donc actuellement une situation émergente. Ce nombre s'élève, en Australie à 20% des jeunes infirmières (Armstrong, 2004, cité par Parry, 2008, p.158) et au Royaume-Uni à 10% (Newman et al., 2001, cité par Parry, 2008, p.158). De plus, un tiers des infirmières en âge de travailler choisissent de se rediriger vers d'autres professions après seulement une année d'expérience (Newman et al. 2001 cité par Parry, 2008, p.158). Aux Etats-Unis, en 2000, près de 500'000 infirmières ne travaillaient plus en tant que tel (Berliner & Ginzberg, 2002 cité par Parry, 2008, p.158).

Ces chiffres alarmants montrent que cette situation ne fait qu'augmenter la pénurie d'infirmière dans les pays développés, ainsi que le taux de postes vacants (Parry, 2008, p.158). Ces ex-professionnelles qui étaient censées renforcer les équipes de soins, ont créé par la suite une atmosphère de travail négative ressentie par celles qui supportent le poids de ces abandons prématurés de la profession (Tai et al., 1998, cité par Parry, 2008, p.158). Le moral de ces dernières est par conséquent diminué, et l'abandon de leurs postes est alors favorisé par cette surcharge de travail (Borda & Norman, 1997, cité par Parry, 2008, p.158).

D'après l'étude de Cho et al. (2006), 66% des jeunes diplômées en soins infirmiers souffrent de burn-out. Mais encore, d'après l'étude de Rudman and Gustavsson (2011), 50% des jeunes diplômées suédoises souffrent de burn-out et expriment leur intention de quitter le métier dans le courant de la deuxième année d'exercice.

Ambiance de travail

Plusieurs études ont démontré que le harcèlement au travail peut influencer le moral des infirmières. Les jeunes diplômées sont particulièrement vulnérables lorsque l'énergie au travail est dite « négative ». Cette mauvaise énergie a ainsi un impact sur le travail quotidien, la santé mentale, la santé physique et la satisfaction au travail de celles-ci (Laschinger et al., 2012, p. 1267).

Transition entre formation et monde du travail

Pour favoriser cette transition, de meilleures conditions de travail doivent être mises en place afin de permettre aux nouvelles arrivantes d'être accueillies convenablement et qu'elles puissent progresser dans leur rôle de soignantes (Laschinger et al., 2012, p.1267).

La bonne transition entre le rôle de stagiaire et celui de diplômée est facilitée par un environnement de travail positif. Celui-ci est caractérisé par des relations de travail constructives entre les infirmières, ainsi que la prise en compte et le respect des besoins d'apprentissage des nouvelles arrivantes (Laschinger et al., 2012, p.1267).

Leadership

Laschinger et al. ont testé le modèle du leadership authentique sur les jeunes diplômées dans un contexte d'intimidation au travail et de burn-out. Cette forme de leadership se base sur la reconnaissance de la conscience de soi en tant que leader. L'accent est mis sur l'intégrité, la confiance, le courage et l'espoir.

Des répercussions comme la satisfaction au travail et l'intention de quitter le travail ont été ajoutées à l'objectif initial afin d'avoir une meilleure analyse. Pour renforcer l'étude, les auteurs prédisent qu'un taux élevé de leadership authentique abaisserait le taux d'intimidation au travail (Laschinger et al., 2012, p. 1269).

Des questionnaires ont été envoyés à un échantillon de 342 jeunes diplômées ayant moins de deux ans d'expérience dans les soins, et travaillant à l'hôpital d'Ontario, au Canada. La majorité de cet échantillon était des femmes (92%) âgées d'environ 28 ans et ayant 1.04 ans d'expérience dans les soins infirmiers. Tous les participants sont en possession d'un Bachelor en soins infirmiers ; 62% d'entre eux travaillent à

temps plein et 28% à mi-temps. La plupart (64%) ont un temps de travail de 20 à 39 heures par semaine (Laschinger et al., 2012, p. 1270).

Afin de mesurer les quatre perceptions d'une infirmière gestionnaire, (la transparence relationnelle, la morale/éthique, le traitement équilibré et la confiance en soi), le questionnaire du leadership authentique (Avolio et al., 2007, cité par Laschinger et al., 2012, p. 1270) leur a été soumis. Afin de mesurer le comportement intimidateur au travail, le questionnaire des actes négatifs (Einarsen and Hoel, 2001, cité par Laschinger et al., 2012, p.1270) a également été fourni à l'échantillon. L'échelle de Maslach a été utilisée pour mesurer le burn-out (Schaufeli et al., 1996, cité par Laschinger et al., 2012, p.1270). Finalement, l'échelle de la satisfaction au travail et l'échelle de l'intention de quitter le travail ont été évaluées afin de mesurer la rétention au travail (Kelloway et al., (1999), cité par Laschinger et al., 2012, p.1270). L'échantillon devait se prononcer, pour l'ensemble des questionnaires, grâce à une échelle de 0 à 5 (échelle de Lickert), soit 0 si ils n'étaient « pas du tout d'accord », et 5 si ils étaient « tout à fait d'accord ».

Le Structural Equation Modelling (SEM) a été utilisé afin de savoir si l'échantillon utilisé était suffisant pour cette étude. Il est stipulé (Kline, 2005, cité par Laschinger et al., 2012, p.1270) qu'il faut 200 personnes au minimum pour avoir une puissance statistique suffisante dans cette étude (n=342), il est donc ici correct.

Les jeunes diplômées travaillant avec un chef pratiquant le leadership authentique se disent « pas d'accord » et « ni en désaccord ni en accord » avec leurs supérieurs. En revanche, le taux d'exposition à l'intimidation semble être faible. En ce qui concerne la satisfaction au travail, les jeunes infirmières se disent « ni en désaccord ni en accord » (3.07 sur une échelle de 5) avec leur sentiment de satisfaction. Cependant, elles seraient plutôt « pas d'accord » (2.66 sur une échelle de 5) de quitter leur emploi actuel.

Ces constatations démontrent l'importance pour le manager de créer un leadership de qualité afin que l'environnement de travail puisse être agréable et ainsi éviter que l'intimidation au travail prenne place. Le manager peut ainsi prévenir le risque de burn-out et favoriser la rétention des jeunes diplômées (Laschinger et al., 2012, p. 1273).

5.2 Interventions

Différentes interventions ont été mises en place et testées dans un certain nombre d'institutions afin de retenir les infirmières jeunes diplômées dans les soins.

Les hôpitaux magnétiques ont fait leurs preuves dans ce domaine, notamment aux Etats-Unis. Les conditions de travail que l'on y trouve diminuent le turnover et fidélisent les jeunes diplômées (Kelly, McHugh & Aiken, 2011, p.428). Ce qui caractérise la mise en place du label hôpital magnétique est donc les meilleures conditions de travail dans un environnement plus sécuritaire, une satisfaction au travail élevée, une baisse du taux de burn-out, une diminution de l'intention de quitter la profession ainsi qu'une mise en valeur de la collaboration entre les médecins et les infirmières (Kelly, McHugh & Aiken, 2011, p.428). L'étude de 2011 de Kelly, McHugh et Aiken, effectuée sur plus de 26'000 infirmières afin de comparer la satisfaction au travail des infirmières dans des hôpitaux magnétiques ou non met en évidence le fait que les hôpitaux ayant reçu le label « magnétique » sont des institutions mettant l'accent sur l'enseignement et sur les technologies, ils ont également un nombre de lit moins élevé que les autres hôpitaux, un meilleur environnement de travail et une proportion élevée d'infirmières spécialisées (Kelly, McHugh & Aiken, 2011, p.430).

Pour ce qui est des interventions visant à mettre en place un système de mentorat, elles ont aussi fait leurs preuves.

Selon Guay et Lirette (2003, p.11), dans le concept de mentorat, chaque mentor (professionnel avec de l'expérience) se voit attribué des mentorées (jeunes professionnelles) afin d'évaluer et travailler les besoins en apprentissage de chacun. Le mentor partage ses connaissances, son expertise, ses acquis, la sagesse de son expérience, avec une personne moins expérimentée, la mentorée, généralement au début de sa carrière. Le mentor doit fournir aux mentorées les instructions nécessaires afin d'améliorer leurs compétences professionnelles et assurer une transition dans ce nouveau rôle (Oermann & Garvin, 2002, pp.225-230, cité par Kowalski & Cross, 2009, p. 97).

Afin de mener à bien ce rôle, le mentor a reçu au préalable une formation. Lors de leurs échanges, le mentor établira avec la mentorée une relation orientée vers des

objectifs de développement professionnel et personnel, avec comme but d'atteindre une autonomie et une confiance en soi permettant d'agir sur son développement personnel. Cette relation mentor mentorée prendra fin lorsque le duo jugera avoir atteint les objectifs fixés. La durée de chaque relation est alors parfaitement variable et ne peut être comparée à d'autres relations mentors mentorées. En ce qui concerne la visée de l'apprentissage, celle-ci est axée sur le savoir-être plutôt que sur le savoir-faire (Guay & Lirette, 2003, p.16), l'idée générale de ce concept étant de partager un moment de discussion et de réflexion personnelle.

En ce qui concerne les caractéristiques spécifiques du mentor, il doit pouvoir s'identifier et avoir acquis des qualités et/ou des compétences d'écoute, de guidance et d'encouragement. Il doit en outre relever les forces et les faiblesses de la mentorée afin de pouvoir les développer et de les faire évoluer. Le mentor donnera donc son avis sur le bon développement professionnel de la mentorée (Guay & Lirette, 2003, p.17).

La mentorée doit avoir des qualités d'écoute, de disponibilité, d'ouverture, d'apprentissage et une volonté de réussir son propre développement professionnel. Elle se montrera intéressée à apprendre et à se développer professionnellement, elle pourra exprimer ses besoins, ses attentes et ses interrogations, elle fera preuve d'autocritique, de remise en question et acceptera les critiques de son mentor. La relation mentor vs mentorée s'appuyant sur une relation de confiance et de respect, il est important pour la mentorée de ne pas être évaluée et de ne pas développer une relation hiérarchique avec son mentor, cela pouvant compromettre le bon déroulement de l'échange. La mentorée cherchera donc un mentor avec qui elle peut s'identifier, et qui lui favorisera son intégration professionnelle (Guay & Lirette, 2003, p.26). La figure 7 en annexe montre les 4 étapes de la relation mentorale entre les deux parties, selon Kram, 1983, dans Guay, 1996.

Le concept de mentorat se présente sous deux aspects relationnels : le mentorat formel et le mentorat informel. Le mentorat formel implique une démarche structurée appuyée par l'organisation. Ces organisations favorisent le développement de la carrière des employées, l'insertion professionnelle et le développement des compétences. Le mentorat informel est basé sur une relation et une association naturelles. La mentorée initie la relation avec la personne qu'elle choisit comme mentor et lui fait part de ses attentes (Guay & Lirette, 2003, p.12). Que la relation soit

donc formelle ou informelle, l'aspect primordial du concept de mentorat est la bonne mise en place de la relation entre le mentor et sa mentorée.

Ce concept relationnel mentor vs mentorée apporte certes des bénéfices personnels à ces deux acteurs, mais il n'est possible que grâce à l'appui de l'organisation et donc des avantages qu'elle peut en tirer.

- L'accomplissement de cet échange permet au mentor de contribuer significativement à son lieu de travail, privilégie la transmission de ses acquis, satisfait au besoin de « générativité », contribue à la gestion de la relève et au développement de carrière d'un professionnel moins expérimentée. A titre personnel, cela lui permet de partager son expérience, renforcer ses compétences de communication et relationnelles. Mais cela lui permet aussi d'avancer sur sa propre réflexion de travail en lui donnant la possibilité de s'enrichir et de se confronter à d'autres avis.
- La mentorée tire profit de cette relation en renforçant sa satisfaction au travail, en consolidant son identité, en augmentant sa motivation, en développant sa confiance en soi et son assurance, et finalement cela lui permet de lui construire un réseau.
- L'organisation trouvera un avantage dans la facilitation de l'intégration des jeunes professionnelles tout en valorisant les plus expérimentées. Cela sera une façon de permettre aux employées de transmettre leur savoir et de garantir ainsi sa continuité. L'organisation trouvera également un bénéfice dans la dynamique de la gestion des ressources humaines, lui permettant d'augmenter le rendement. Enfin, cela diminuera le stress des nouveaux collaborateurs pendant leur intégration. (Guay & Lirette, 2003, pp.37-38)

Les prédictions montrent que d'ici quelques années, le déficit en infirmières aux Etats-Unis s'élèvera à plus de 20% (Jakubik, 2008, p.269). Les raisons de ce déficit sont, entre autres, un nombre important d'infirmières partant à la retraite, une augmentation de la population ayant une demande en soins ou encore l'abandon du métier par des soignants (Smith & Seccombe, 2002, cité par Parry, 2008, p.158). Ces différentes raisons influencent négativement et indirectement la prise en soins des patients. Les institutions ne pouvant subir plus longtemps ce fardeau, des

mesures ont été prises afin de limiter ce déficit. Le mentorat semble aujourd'hui être une solution efficace pour combattre ce problème.

Le mentorat a déjà fait ses preuves dans des domaines tels que l'enseignement, la psychologie et les métiers à caractère social. Partant de ce constat, l'idée d'adapter cette stratégie au monde des soins s'est alors imposée (Jakubik, 2008, pp.269-270).

En Amérique du Nord, le mentorat a été proposé comme une stratégie efficace en soins infirmiers, afin de recruter et retenir les infirmières débutantes, le but étant de promouvoir la connaissance et le développement des compétences (Jakubik, 2008, p.269). Le mentorat s'avère également une bonne stratégie pour diminuer le stress des jeunes diplômées.

Selon Jakubik (2008), le mentorat se présente sous deux perspectives : la dyade et la triade. La perspective dyade du mentorat se présente sous la forme d'une relation entre deux individus, le mentor et la mentorée. La perspective triade du mentorat se présente sous la forme d'une relation entre trois pôles : le mentor, la mentorée et l'organisation. Cette dernière est particulièrement utilisée dans le business mentorat (Jakubik, 2008, p.270). La perspective de la triade est utilisée dans l'étude ci-dessous.

Jakubik (2008, p.270) a exploré les bénéfices du mentorat dans un contexte des soins infirmiers en pédiatrie. Le but est d'étudier une population spécifique de soins pratiquant le mentorat. La question de recherche est : « Quels sont les bénéfices de la relation entre la qualité, la quantité et le type de mentorat pour le personnel de soins en pédiatrie ? ». L'hypothèse de l'étude prédit que la combinaison de ces trois variantes comporte des bénéfices pour le personnel soignant en pédiatrie, plutôt que l'utilisation de ces trois en individuel (Jakubik, 2008, p.271).

L'auteur de cette étude a retenu un échantillon de 214 infirmières en pédiatrie ayant au minimum une année d'expérience en tant qu'infirmière et ayant eu une expérience en tant que mentorée lors d'une relation mentor-mentorée (Jakubik, 2008, p.272). L'échantillon contient en majorité des infirmières de 41 ans (n=214) travaillant dans les soins pédiatriques (94%).

Afin de répondre à la question de recherche, trois questionnaires ont été envoyés. Ces trois questionnaires sont : un questionnaire démographique, le questionnaire de qualité du mentorat de Caine et le questionnaire des bénéfices du mentorat de Jakubik (Jakubik, 2008, p.272).

Le questionnaire comporte 22 items. Ces items mesurent la quantité et le type de mentorat de cette étude. La quantité de mentorat a été déterminée par deux questions. Ces deux questions permettent de savoir à quelle fréquence le mentor et la mentorée sont engagés dans les activités et les stratégies de communication. En ce qui concerne le type de mentorat, les questions traitées ont permis de déterminer le type de relation dans le mentorat (Jakubik, 2008, p.273).

Le questionnaire sur les bénéfices du mentorat a permis de déterminer la qualité de l'encadrement en prenant en compte la relation mentorale, du point de vue de la mentorée. Ce questionnaire comporte 14 items qui sont mesurés grâce à l'échelle de Lickert (1- 5) (Jakubik, 2008, p.273).

Le questionnaire des bénéfices du mentorat développé par l'auteur de cet article est utilisé afin de mesurer individuellement les bénéfices de la mentorée et de l'organisation perçus par des infirmières en pédiatrie. Ce questionnaire contient quatre approches théoriques basées sur le modèle des bénéfices mutuels. Ces quatre approches sont : la connaissance, les connaissances personnelles, la protection et l'évolution dans la carrière. Ce questionnaire comporte 57 items qui sont mesurés par une échelle de Lickert.

Les résultats de l'étude montrent que dans 52% des cas, les infirmières disent avoir vécu l'expérience de partager une relation mentor-mentorée. Cette majorité a vécu l'expérience en tant que mentorée. En ce qui concerne la temporalité de la relation, la moyenne d'une relation mentor-mentorée est de 3 ans. Pour 39% de l'échantillon, les expériences en tant que mentorée remontent à 10 ans ou plus. De plus, lors des journées de support et d'apprentissage, 65% de l'échantillon dit avoir partagé ces moments en duo (mentor-mentorée). Mais encore, 74% des personnes étudiées sont par la suite devenues des mentors, et 54% d'entre elles expriment avoir choisi cette voie grâce à leurs expériences en tant que mentorée (Jakubik, 2008, p.274).

Les variables telles que l'âge, les années d'expérience, les années passées dans la même organisation, les années à occuper le même poste et les années à travailler dans la même unité ont été jointes aux variables indépendantes des bénéfices du mentorat. Aucune de ces variables n'était significativement corrélée avec les bénéfices mentoraux. L'étude a consisté à comparer des variables comme la préparation académique, le cadre de l'emploi, les activités de leadership, l'intention de rester dans l'unité et l'intention de rester dans l'organisation dans les bénéfices du

mentorat. Cependant, toujours aucune comparaison significative n'a été constatée (Jakubik, 2008, p.274).

La discussion de l'étude relève le fait que le meilleur prédicteur des bénéfices du mentorat est la qualité de mentorat dans les soins infirmiers en pédiatrie évalué grâce au questionnaire de Caine. Cette étude fournit la preuve que les infirmières-chefes et les organisations peuvent jouer un rôle sur la bonne qualité des relations mentoriales, même si celles-ci sont limitées dans le temps (Jakubik, 2008, p.275).

L'approche du sujet sous l'angle de la perspective de triade permet d'avoir un point de vue plus théorique.

Banks, Roxburgh, Kane, Lauder, Jones, Kydd et Atkinson (2011) ont évalué l'efficacité d'un système appelé «Flying Start NHS»TM qui a été mis en place en Ecosse. Ce programme vise à faciliter la transition d'étudiante à professionnelle en augmentant la confiance en soi, les compétences et le développement de la carrière des nouvelles diplômées, durant la première année de travail. En effet, il a été montré que le mentorat a fait ses preuves en la matière, mais que d'une part, le mentor manquait de temps afin de garantir un bon encadrement de sa mentorée s'il n'était pas hors soins, et que d'autre part il manquait un support sur lequel ils pourraient s'appuyer, afin de faciliter l'intégration de la jeune professionnelle dans le monde du travail. Le «Flying Start NHS»TM a donc été testé sur 547 nouvelles employées, engagées en moyenne depuis une année.

C'est un programme sur internet développé afin d'augmenter la confiance en soi et les compétences des jeunes diplômées durant leur première année en tant qu'employées. Il comprend dix items d'apprentissage qui reflètent les priorités et les attentes du monde de la santé. Les jeunes diplômées doivent, dès leurs débuts, s'inscrire sur le site internet, prendre connaissance du mentor qui leur a été attribué, le rencontrer, localiser les différents ordinateurs à leur disposition et faire en sorte d'aménager du temps pour pouvoir travailler avec leur programme informatique lors de leurs journées de travail. Ce dernier point a par la suite été décrit comme compliqué à mettre en place par manque de temps.

Quelque 57% des participantes (n=547) ont déclaré avoir eu du temps pour prendre part au programme, les autres ont déclaré n'avoir eu du temps qu'occasionnellement ou qu'elles n'avaient eu que très peu l'occasion d'y participer. Le nombre d'heures d'utilisation du programme varie de une à six heures par mois. La satisfaction quant

au support offert varie de « très bien » à « très pauvre ». La majorité l'ont trouvé entre « très bien » et « ni très bien ni très pauvre », et quelques personnes l'ont jugé « très pauvre ».

Ce programme a été jugé utile pour développer les habiletés cliniques des jeunes diplômées, ainsi que pour augmenter leur confiance en elles. Les trois quarts des participantes ont indiqué que cela les avait aidées dans ces domaines. Une minorité a déclaré que cela ne les avait aidées en rien.

Fidélisation

Des infirmiers chefs de la UHC (University Health system Consortium) et des doyens de la AACN (American Association of Colleges of Nursing) ont développé en 2002 un programme post grade afin d'aider les jeunes diplômées dans leurs nouveaux rôle (Goode & Williams, 2004, pp. 71-77, cité par Kowalski & Cross, (2010), p.97). Ce programme a une durée d'un an et aborde les thèmes de l'orientation, du développement personnel, du leadership, des résultats du programme envers les patients et la mise en place du rôle professionnel. Depuis le début de ce programme, le taux de rétention des infirmières est monté à 94 %. Ces résultats positifs ont ainsi poussé 52 autres hôpitaux d'Amérique du Nord à adopter le programme UHC/AACN (Kowalski & Cross, 2010, p.97). Le gouvernement américain a par la suite déboursé 17 millions de dollars en subventions, afin de pousser les hôpitaux à utiliser ce programme d'insertion (Robert Wood Johnson Foundation, 2009, cité par Kowalski & Cross, 2010, p.97).

Chaque année, environ 30 infirmières participent à ce programme, la participation étant volontaire. Le programme est divisé en deux phases. La phase une dure, en principe, 3 mois. Les deux premières semaines sont destinées à une phase d'orientation, les semaines restantes sont consacrées à travailler en alliance avec le mentor dans l'unité de soins. Dans le courant de la phase deux, la mentorée maintient une alliance avec le mentor. Le mentor doit se montrer disponible pour la mentorée, mais n'a pas l'obligation de travailler conjointement avec elle. Au cours du programme, « des journées de développement » sont organisées entre le mentor et la mentorée, à raison de 8h par jour. Ils discutent, travaillent et analysent différentes situations ensemble.

Les questions de recherche de l'étude de Kowalski & Cross sont les mêmes que celles fixées lors de la mise en place du programme. Il s'agit de savoir, premièrement si le niveau de compétences cliniques et de sens critique s'est amélioré auprès des jeunes diplômées participant au programme, deuxièmement, si le niveau de stress des jeunes diplômées a diminué pendant le programme, troisièmement, si le niveau d'anxiété des jeunes diplômées a diminué pendant le programme. Il s'agissait ensuite de voir si les jeunes diplômées ont fait des expériences positives pendant la durée du programme, et finalement, de voir le pourcentage de jeunes diplômées ayant gardé leur poste de travail pendant la durée du programme, soit un an.

Dans cette étude, les auteurs ont analysé deux groupes. Le premier groupe est constitué de jeunes diplômées ayant intégré le programme en juillet 2007 et juin 2008 et l'ayant terminé en mai 2009. Le deuxième groupe a initié l'étude en septembre 2008 et poursuivait l'étude au moment de la rédaction de cet article. Le nombre total de participants, deux années confondues, est de 55 personnes. L'échantillon est constitué en majorité de femmes (83.6%), mariées (50.9%), ayant en moyenne 31 ans et titulaires d'un bachelor (58.2%) (Kowalski & Cross, (2010), p.99).

Afin de répondre à la première question, l'évaluation du mentor est utilisée tout au long du programme. L'évaluation est constituée de 31 items divisés en 6 catégories. Les résultats pour l'évaluation du mentor montrent que, d'après les six mesures effectuées (à 3, 6, 8 semaines et 3, 6, 8 mois), les valeurs de compétences cliniques et de sens critique ont augmenté au cours du programme. La moyenne de l'évaluation après 3 semaines était de 78.1 points, et la moyenne après 8 mois était de 111.1 points sur un total de 124 points. Ces chiffres montrent qu'il y a eu une amélioration de la part des jeunes diplômées en ce qui concerne leur expertise et le développement de leurs compétences (Kowalski & Cross, 2010, p.100).

Pour répondre à la deuxième question, les auteurs se sont servis du questionnaire du stress de Pagana. Le questionnaire est constitué de 20 items évalués grâce à l'échelle de Lickert (0–4). Ce questionnaire mesure le stress au travail en concomitance avec les notions de challenge et de menace. Les mesures ont été effectuées au début et à la fin de l'étude (Kowalski & Cross, 2010, p.99). Pour les résultats de la question deux, l'étude montre que le stress a diminué au cours du

programme. Les jeunes diplômées ont montré une meilleure résistance à la menace et au défi à la fin du programme (Kowalski & Cross, (2010, p.100).

La troisième question a été analysée sous l'angle de l'inventaire de l'état d'anxiété pour adulte de Spielberger. Le but étant de savoir comment se sent le sujet à un moment donné. L'évaluation est constituée de 40 items mesurés grâce à l'échelle de Lickert (1 – 4) (Kowalski & Cross, 2010, p.99). Les résultats de la troisième question montrent que l'échantillon présente un taux d'anxiété plus bas à la fin de l'étude (n = 14), en comparaison qu'au début (n = 34) (Kowalski & Cross, 2010, p. 101).

Pour répondre à la quatrième question, les auteurs ont utilisé l'expérience « The Casey-Fink » afin d'évaluer la transition professionnelle. Cette enquête mesure cinq variables se rapportant à l'expérience des jeunes diplômées en soins infirmiers : le soutien, la sécurité du patient, le stress, la communication / le leadership et la satisfaction professionnelle. L'évaluation est constituée de 24 items mesurés grâce à l'échelle de Lickert (1–4) (Kowalski & Cross, 2010, pp. 98-99). En ce qui concerne la quatrième question, les trois premières variables indiquent une augmentation de la moyenne. En revanche, la satisfaction professionnelle n'a pas changé (Kowalski & Cross, 2010, p. 101).

Finalement, concernant la cinquième question, il a été constaté que huit jeunes diplômées ont quitté l'étude au cours de la première année (22%). Ces personnes ont quitté leur poste pour un autre, sont retournées dans leur région natale pour des raisons personnelles, sont parties à l'armée, se sont vu refuser un statut d'immigration ou ont été congédiées pour absence répétées et manque de ponctualité (Kowalski & Cross, 2010, p. 102).

Roche, Lamoureux & Teehan (2004), parlent eux d'une collaboration mise en place entre une école de soins infirmiers et des hôpitaux dans le Massachusetts, afin d'attirer et de retenir les nouvelles infirmières dans les soins aigus.

L'étude a été menée sur 67 infirmières jeunes diplômées et 23 infirmières expérimentées.

Les trois buts de cette collaboration sont :

- Créer un système qui apporte son soutien au développement de professionnels de la pratique infirmière, afin de retenir les infirmières les plus expertes.
- Assurer un pool continu de nouvelles infirmières prêtes à remplacer celles qui partent à la retraite.
- Développer des mécanismes permettant de recruter et de retenir les jeunes diplômées.

Cette collaboration s'appuie sur le modèle de l'empowerment. Ce modèle vise à faciliter l'accès aux opportunités, à l'information, au support, aux ressources et une facilitation des relations aux nouvelles infirmières (Figure 8, en annexe). Dans le cas de cette collaboration, il est particulièrement important de créer un environnement dans lequel les nouvelles infirmières et leurs mentors se sentent soutenus.

Durant les douze premières semaines de travail, les jeunes diplômées ne sont pas comptées dans l'effectif et elles sont prises en charge par un mentor. Il existe des groupes de support pour les infirmières mais aussi pour les mentors, afin que chacun puisse donner un feedback sur son travail, que les nouvelles puissent être guidées dans leur manière de s'organiser, d'effectuer leurs soins techniques et dans leur gestion du stress. Chaque duo de mentor/ jeune diplômée est également suivi individuellement, afin de connaître leurs désirs spécifiques. A noter que les mentors sont des infirmières expérimentées détachées des soins le temps de s'occuper de la nouvelle arrivante.

A la fin de cette période d'acclimatation une cérémonie récompensant aussi bien chaque infirmière orientée que leurs mentors est organisée.

Le programme a fait ses preuves. Sans lui, entre 35% et 60% des nouvelles infirmières (n= 67) quittent la profession après leur première année, tandis que parmi celles qui ont suivi ce processus, 92,5% restent dans l'institution après la première année de travail.

6. Analyse

Nous allons ici analyser les résultats sous l'angle des objectifs de notre travail énoncés au chapitre 2.

Afin de mieux identifier les moyens pouvant être mis en place pour fidéliser les jeunes diplômées et comprendre les bénéfices d'une relation entre un mentor et une mentorée, nous allons énoncer ici différents déterminants permettant d'aboutir à une réduction du phénomène de turnover.

1) Identifier les déterminants de la fidélisation en explorant diverses dimensions du milieu de travail et des facteurs personnels

Nos lectures ont montré que de nombreux facteurs ont été explorés afin d'identifier et d'expliquer le phénomène de turnover, et d'essayer d'y remédier. Nous avons extrait les principaux déterminants de la fidélisation, respectivement du turnover. En effet, la fidélisation, en retenant les jeunes diplômées dans la profession, contre le turnover.

Les facteurs personnels tels que l'âge de la jeune diplômée, sa situation familiale, ses expériences personnelles et professionnelles antérieures, sa formation, sa manière de concilier vie professionnelle et vie privée, ses valeurs personnelles, un pourcentage de travail élevé et le salaire favorisent la fidélisation.

En effet, de bonnes prédispositions personnelles influencent directement les conditions de travail. Comme l'a démontré Laschinger (2012), l'estime de soi, le sentiment d'auto-efficacité, le contrôle et la stabilité émotionnelle jouent sur la satisfaction au travail. De plus, l'application d'un modèle de leadership authentique a également une influence directe sur la satisfaction au travail, et donc sur le turnover (Figure 9) (Laschinger, 2012, p.1270).

En outre, le stress lié au manque d'expérience, une lourde charge de travail, d'importantes responsabilités, le fait de devoir faire face à de nouvelles situations ainsi qu'à une impression de manque de compétences organisationnelles joue un rôle essentiel dans cette problématique (Kowalski et Cross, 2010, p.97).

Finalement, les différentes trajectoires de vie de chacune donnent une indication du risque de souffrir d'un épuisement professionnel. En effet, le vécu personnel, les différents caractères et les expériences diverses de la vie professionnelle peuvent prédisposer la jeune diplômée à souffrir d'épuisement professionnel. Cette

constatation nous permet d'émettre l'hypothèse qu'un taux d'épuisement professionnel bas peut être synonyme de fidélisation.

L'accueil et l'intégration des jeune diplômées sont des éléments essentiels à la fidélisation. En effet, ces deux facteurs sont importants dans la diminution du stress d'une jeune collaboratrice, car comme cela a été énoncé dans le chapitre 5, une jeune diplômée passe par plusieurs phases de doutes et d'inconfort lors de son intégration. Ainsi, un accueil efficace et une intégration à l'équipe pluridisciplinaire facilitée auront une influence sur la rétention de ces jeunes femmes.

En ce qui concerne les dimensions du milieu de travail, les hôpitaux magnétiques démontrent une capacité accrue de fidéliser les infirmières (Kelly, McHugh et Aiken, 2011, p.423). Ce genre d'institution cherche à créer un environnement de travail favorable à la profession infirmière, notamment pour les jeunes diplômées. Ces hôpitaux mettent l'accent sur la satisfaction au travail, un faible taux de burn-out ainsi qu'un faible taux d'infirmières ayant l'intention de quitter les soins. Les hôpitaux magnétiques ont de meilleures conditions de travail ainsi qu'une main-d'œuvre plus qualifiée que les institutions qui n'ont pas ce label. De ce fait, les hôpitaux magnétiques sont moins susceptibles de connaître une insatisfaction et un épuisement de leur personnel que les autres structures.

Brewer, Kovner, Greene, Tukov-Shuser et Djukic (2011, p. 534) soulignent le fait que pour les infirmières jeunes diplômées, commencer de travailler à temps plein est un facteur poussant au turnover et ne favorisant donc pas leur fidélisation (Brewer, Kovner, Greene, Tukov-Shuser et Djukic, 2011, p. 534). Ils mettent également l'accent sur le fait que les problèmes de santé que les nouvelles employées sont susceptibles de développer au cours de leur pratique n'aident pas à les fidéliser.

Les employeurs doivent également mieux déterminer les besoins de leurs employées et s'adapter à ceux-ci (Brewer, Kovner, Greene, Tukov-Shuser et Djukic, 2006, p.533, O'Brien-Pallas, Duffield et Hayes, 2006, p.267). Il faut également qu'il y ait un minimum de disparités entre les employeurs et les employées quant à la pratique professionnelle et aux valeurs et croyances personnelles sur la profession infirmière propres à chacun (O'Brien-Pallas, Duffield et Hayes, 2006, p.267). Il a été également relevé que moins il y a de problèmes légaux avec l'employeur, plus les employées restent dans l'institution (O'Brien-Pallas, Duffield et Hayes, 2006, p.267).

Les études présentées dans les articles que nous avons utilisés pour répondre à cet objectif comportent tous des échantillons de taille appropriée, allant de 131 à 1'653 participantes jeunes diplômées, hormis une étude où les critères d'inclusion étaient d'avoir au minimum une année d'expérience en tant qu'infirmière. Cependant, certains auteurs reconnaissent des limites à leurs études. La majorité de ceux-ci sont conscients qu'ils n'explorent pas toutes les dimensions en lien avec leur question de recherche. Il est relevé également que la notion d'intention de quitter la profession est difficilement quantifiable au début de la carrière d'une jeune diplômée.

2) Identifier les interventions de mentorat les plus efficaces et comprendre sur quels déterminants elles agissent

La transition entre le statut d'étudiante et celui de jeune diplômée se fait souvent non sans difficultés.

L'un des moyens de faciliter cette transition est le mentorat. Celui-ci peut se présenter sous plusieurs formes : en dyade ou en triade, formel ou informel, appuyé sur un programme informatique ou encore soutenu par des cours post-graduées.

Dyade et triade

Le mentorat peut donc être abordé sous deux perspectives : la dyade et la triade. La dyade voit le mentorat sous l'angle d'une relation entre le mentor et la mentorée. La triade, elle, voit le mentorat sous l'angle d'une relation entre le mentor, la mentorée et l'organisation. Cette dernière a un regard plus stratégique en introduisant la théorie business du mentorat dans les soins infirmiers (Jakubik, 2008, p.270).

La perspective la plus classique est la dyade, mais la triade est actuellement plus répandue. Elle adopte une vision mentorale fondée sur une relation à trois qui allie à la fois des phénomènes relationnels et organisationnels intégrant des perspectives de mentorat en business et en soins infirmiers. Comme le confirme Jakubik (2008), une vision triadique soutient, d'un point de vue théorique, une exploration plus complète des prestations individuelles des mentorées en soins infirmiers. Le mentorat est alors considéré comme un phénomène bénéfique et important pour le personnel en soins infirmiers (Jakubik, 2008, p.277). L'auteur met l'accent sur un point clé pour une efficacité maximale du modèle mentorale de la triade.

L'échantillon est suffisant (n=214) mais ne fait pas partie de nos critères d'inclusion. En effet, il prend les points de vue des mentors, alors que nous cherchions ceux des mentorées. Cependant, nous avons jugé intéressant d'aborder le sujet d'un point de vue d'infirmières déjà expérimentées endossant actuellement le rôle de mentor, ceci nous permettant d'avoir le point de vue d'un autre acteur de la triade.

Cet article relève l'importance des bénéfices du mentorat uniquement du point de vue des mentors. En effet, le rôle du mentor est primordial pour le succès du modèle car c'est lui qui est au centre de la relation, qui amène les contenus, son savoir et son expérience. Comme énoncé dans les résultats, l'auteur souligne le fait que le plus important dans ce modèle reste la qualité, et non la quantité ou le type de mentorat.

Les autres limites de l'étude énoncées par l'auteur sont la région dans laquelle elle a été menée, et le fait que l'échantillon ne soit constitué que d'infirmières en pédiatrie, ce qui n'est pas forcément représentatif du ressenti d'infirmières d'autres unités. Le fait de n'avoir pris que des infirmières ayant de l'expérience pourrait être considéré comme un biais, mais ce recul est essentiel afin d'évaluer les bénéfices du mentorat.

De la relation mentor-mentorée

La relation mentorale est le point de départ de la bonne exécution et de la réussite du modèle mentorat. En effet, le modèle étant fondé sur des principes de partage des connaissances et de l'expérience d'un professionnel expérimenté vers une jeune professionnelle, la relation entre ces deux acteurs doit être agréable.

Les caractéristiques fondamentales afin de parvenir à une relation agréable entre un mentor et une mentorée sont : une relation d'accompagnement orientée vers des objectifs de développement professionnel, une relation d'aide et de soutien, une relation centrée sur l'apprentissage professionnel et personnel, une relation fondée sur l'engagement mutuel, un moyen de ne pas être isolé ou encore un moyen favorisant la solidarité intergénérationnelle, un moyen de transmettre son expérience et de consolider la culture organisationnelle, un appui au développement de la carrière et à la gestion de la relève et enfin, un moyen d'appuyer les individus dans le milieu du travail (Guay & Lirette, 2003, p.19).

En ce qui concerne les paramètres de la relation mentorale, certains d'entre eux se sont avérés être des gages de réussite. Ces paramètres sont : la confidentialité, le

volontariat, l'engagement mutuel, la souplesse, la générosité et l'écoute (Cuerrier, 2001, cité par Guay & Lirette, 2003, p.21). En outre, le recul a permis de constater que c'est environ à la fin de la première année qu'une évaluation de la relation peut être faite afin de décider de poursuivre, si besoin est, le programme de mentorat.

La relation ne doit cependant pas être une obligation, une relation de pouvoir, une relation à sens unique, une relation orientée vers les tâches à accomplir, une pratique rigide, une façon d'obtenir une promotion, une activité de croissance personnelle ou une thérapie, sinon, la relation sera compromise (Guay & Lirette, 2003, p.19). Kowalski et Cross (2010) soulignent également que le mentor n'a pas l'obligation de travailler en permanence conjointement avec la mentorée, cela favorise l'autonomie de la jeune diplômée en lui permettant de promouvoir ses compétences cliniques et sa transition professionnelle. La relation peut également être formelle ou informelle. Il est préférable d'utiliser une relation formelle, car, en se basant sur un contenu, il a été montré dans la pratique que la transition se faisait plus facilement. Au contraire, une relation informelle se base uniquement sur une bonne entente entre une jeune diplômée et une professionnelle. À noter que l'échantillon de cette étude se monte à 55 participantes, les résultats doivent donc être considérés avec précautions.

Facteurs de réussite du modèle mentorat

Les facteurs de réussite peuvent être divisés en deux sous classes : les facteurs personnels de réussite et les facteurs organisationnels de réussite.

Les facteurs personnels de réussite sont importants pour l'application d'un programme de mentorat entre le mentor et la mentorée. Pour que la stratégie de mentorat soit la plus efficace dans la relation entre le mentor et la mentorée, il est important pour ce duo de satisfaire certains points. Ainsi, il est important que les attentes respectives soient tout réalisables. Les objectifs des deux acteurs doivent être discutés et formulés ensemble afin d'éviter toute confusion dans les attentes de chacun. Sans cela, leur relation pourrait être compromise et représenter davantage un fardeau plutôt qu'une collaboration. En effet, comme décrit dans le guide « le mentorat pour la fonction publique québécoise », la bonne pratique du modèle mentorat s'exprime par une bonne relation mentor-mentorée. Toutefois, la clé de la réussite de cette bonne entente repose sur le respect et le fait d'avoir su, pour chacun, trouver sa place. Il est donc préférable pour le mentor de ne pas surprotéger

ou encore surinvestir les compétences de la mentorée. En ce qui concerne la mentorée, il serait préférable pour elle de ne pas avoir une attitude dépendante envers son mentor, mais plutôt de voir son mentor comme une personne ressource. De même, la mentorée ne devrait pas être trop demandeuse, mais adopter une attitude autonome (Guay & Lirette, 2003, p.14).

En ce qui concerne les facteurs de réussite organisationnels, le plus importants est la formulation des objectifs de l'institution. Ceux-ci permettront à la mentorée de répondre aux attentes de l'organisation et de s'identifier à la politique de l'institution. L'organisation tiendra compte des aspects tels que le contexte, le climat, les ressources et le profil sociodémographique afin d'assurer le bon développement et le rendement de ses employées. L'organisation assurera également une formation permettant de comprendre les exigences liées aux rôles de chacun et de ce fait, permettra aux intervenants de développer une culture d'apprentissage continu. L'institution garantira le bon fonctionnement du programme en engageant des responsables de projet assurant les ajustements nécessaires à l'atteinte des objectifs. Ces responsables permettront en outre d'offrir du soutien aux participants tout au long des étapes de la relation mentorale, en ayant le souci de confidentialité. Les gestionnaires auront saisis les exigences du rôle de mentor et les bénéfices pour la mentorée. Le but étant finalement d'avoir une activité reposant sur l'idée du « gagnant-gagnant », dans lequel aussi bien le mentor, la mentorée et l'organisation tirent un bénéfice de l'expérience (Guay & Lirette, 2003, pp.12-13).

En outre, la recherche de Jakubik a permis de démontrer l'importance de la qualité de l'encadrement dans la prédiction des avantages du modèle mentorat pour le personnel infirmier en pédiatrie. Dans ce domaine, l'apport des perspectives du business pour le domaine des soins pourrait être déterminant, car cela peut mener à une vision plus efficace de la relation mentorale (Jakubik, 2008, p.276).

Moyens complémentaires de soutien au modèle mentorat

Un partenariat entre une école de soins infirmiers et un ou plusieurs hôpitaux afin de développer un modèle mentorat visant à ce que les institutions soient attractives et aient la faculté de retenir les jeunes diplômées a fait ses preuves (Roche, Lamoureux et Teehan, 2004). Ce système permet de rendre la transition entre le monde des études et le statut de stagiaire à celui de professionnelle de la santé moins difficile. De plus, le fait que les nouvelles arrivantes ne soient pas comptées dans l'effectif

dès le début leur permet de développer de meilleures relations avec leurs équipes respectives, d'avoir du temps pour apprendre les spécificités de leurs unités de soin, de diminuer le choc que certaines peuvent ressentir en étant confrontées à la réalité du terrain, et ainsi de se sentir pleinement satisfaites dans le début de leurs carrières, leur évitant ainsi l'envie de changer de domaine d'activité.

L'étude de Banks, Roxburgh, Kane, Lauder, Jones, Kydd et Atkinson (2011) avec 612 nouvelles infirmières, a montré que le fait de s'appuyer sur un logiciel informatique, en l'occurrence le «Flying Start NHS» est efficace pour soutenir la relation mentor-mentorée. Ce programme visait à augmenter la confiance en soi des jeune diplômées, leurs compétences ainsi que le développement de leur projet de carrière. Le programme informatique de soutien à la relation mentorale en lui-même a fait ses preuves, mais les auteurs soulignent le fait qu'il est primordial pour la nouvelle infirmière d'être coachée par un mentor. Il ressort également qu'il est important que les cadres infirmiers aménagent du temps hors soin pour les mentors et les mentorées afin qu'ils puissent travailler sur ce programme, et qu'ils puissent se concentrer et partager leurs expériences. Il ressort également que pour certaines participantes, l'utilisation de ce programme s'est avérée difficile car peu maniable, et qu'il faudrait donc le retravailler afin de le rendre plus accessible.

Ces articles montrent une fois de plus qu'il existe des moyens pouvant être mis en œuvre afin de soutenir le modèle de mentorat. Cependant, le premier article concerne un échantillon plutôt réduit (67 infirmières jeunes diplômées et 23 infirmières expérimentées). De plus, les méthodes d'analyse ne sont pas clairement exprimées dans l'article de recherche, rendant les résultats difficilement exploitables dans la pratique.

A noter que, comme le dit Imogene King citée par Alligood (2010), l'interaction est primordiale entre chaque acteur de la dyade ou de la triade du mentorat, afin que la relation se passe pour le mieux, chacun de ces acteurs étant unique. Le processus d'apprentissage faisant partie intégrante des premiers mois de travail d'une jeune diplômée, un mentor peut l'aider dans cette démarche. Cette relation étant ouverte entre les parties, toute interrogation ne peut se faire sans un certain esprit critique.

7. Conclusion

La pénurie de personnel infirmier augmentant dans les pays développés, nous avons cherché à comprendre comment agir sur le facteur « fidélisation » par des programmes de mentorat qui influencent les déterminants les plus pertinents.

Cette revue de la littérature nous a permis d'identifier les principes fondamentaux expliquant le turnover des jeunes infirmières. De plus, dans l'optique d'optimiser l'effectif infirmier, nous nous sommes intéressées au modèle du mentorat en tant que stratégie de fidélisation des jeunes diplômées.

De nombreuses investigations ont été menées afin d'étudier ces deux phénomènes.

Les différents points de vue des cadres et des employées en ce qui concerne la cause du turnover démontrent qu'il n'y a pas de réelle conscience du problème et que celui-ci ne semble pas préoccupant. Cette disparité nuit à une résolution de la problématique.

Le manque de préparation des jeunes infirmières à la réalité du métier a souvent été mis en avant. En effet, les jeunes diplômées sont fréquemment stressées et manquent de confiance en elles lors de leur première prise de fonction. Ce phénomène se répétant et ayant été constaté dans plusieurs pays, l'on peut se demander s'il ne faudrait pas que les écoles de soins infirmiers et les institutions prennent le temps de se rencontrer afin de discuter et de mettre en place des stratégies de transition. Ce partenariat favoriserait l'accueil des jeunes infirmières et aiderait au développement optimal de la confiance en soi.

Il y a un risque qu'un cercle vicieux menace de se mettre en place. En effet, le fait que des jeunes diplômées soient potentiellement à risque de développer un épuisement professionnel peut créer de mauvaises conditions de travail, une mauvaise ambiance dans l'équipe pluridisciplinaire avec au final un risque de potentialiser le turnover.

Fortes de toutes ces informations, nous en sommes arrivées à nous questionner sur les raisons du manque de prise de conscience de la problématique par les cadres et gestionnaires des institutions. Est-ce une méconnaissance des effets à long terme, un manque de préoccupations face à ce phénomène ou encore un manque de moyens financiers ?

7.1 Forces et faiblesses du travail

Ce travail a été très enrichissant. Il nous a en effet permis de nous confronter à une première expérience de démarche scientifique pour répondre à une question d'intérêt pour la pratique infirmière. Celui-ci nous a appris à travailler sur notre organisation à long terme, à avoir de la rigueur et à développer notre sens critique face à la quantité et la qualité des articles disponibles.

Ce travail nous a également donné la possibilité de mettre en pratique les différentes méthodes de recherche apprises durant notre cursus scolaire.

Ce travail nous a également permis une meilleure prise de conscience de la problématique traitée. En effet, comme la majorité de la population, nous avons connaissance du contexte de pénurie d'infirmière dans les pays développés. Toutefois, grâce à l'élaboration de cette revue de littérature nous avons pu mieux comprendre et interpréter les déterminants reconnus de cette problématique.

En ce qui concerne les faiblesses de ce travail, nous estimons que le fait que la plupart des articles de recherche retenus aient été fait aux États-Unis pourrait biaiser nos résultats. En effet, les recherches sur ce sujet étant plus développées en Amérique du Nord qu'en Europe, nous n'avons pu intégrer qu'un seul article de recherche effectuée en Europe. Ainsi, nous n'avons pas pu poser un regard objectif sur le problème sur notre continent.

Ayant une limite imposée concernant le nombre d'articles, notre revue de la littérature n'est pas exhaustive.

Une autre limite à notre travail est le fait qu'en Suisse, le nombre d'infirmières actives n'est pas répertorié. Il n'existe donc aucune statistique sur le corps infirmier. Cela entraîne des difficultés majeures de prévisions des besoins en personnel et donc de gestion du personnel infirmier. Cela ne nous a donc pas permis d'avoir une réelle vision quantifiable de la situation de la pénurie infirmière en Suisse.

Enfin, nous pensons que le fait que ce travail soit uniquement centré sur une revue de littérature ne nous a pas apporté le regard individuel des principaux intéressés. Nous n'avons ainsi pas pu connaître l'avis des infirmières en Suisse et, en particulier à Genève.

8. Recommandations

Appuyées par la littérature scientifique passée en revue, nos recommandations ne se limitent pas à la pratique du mentorat. Elles s'adressent aux écoles de santé, aux institutions hospitalières, ainsi qu'aux jeunes diplômées et concernent les points suivants :

- La préparation à la transition du rôle de stagiaire infirmière à celui d'infirmière diplômée
- L'accueil et l'intégration de la jeune diplômée dans son unité
- L'utilisation du mentorat
- La charge de travail
- Les conditions de travail
- Les horaires
- Les perspectives de carrière et de spécialisation
- La participation des infirmières aux décisions prises par les managers
- La conciliation entre la vie privée et la vie professionnelle
- L'estime de soi

8.1 Aux écoles de santé

| Recommandations | Moyens d'application |
|--|---|
| Mieux préparer la transition entre le statut d'étudiante et celui d'infirmière diplômée. | <ul style="list-style-type: none">• Veiller à ce que les conditions de travail auxquelles la stagiaire est confrontée en stage et lors des présentations de situations théorique en cours soient plus proches de celles qu'elle rencontrera dans le monde du travail.• Élaborer des contenus de cours et des exercices pratiques confrontant les étudiantes aux conditions de travail auxquelles elles devront réellement faire face sur le terrain.• Augmenter le nombre d'heures de cours concernant la mise en |

| | |
|--|--|
| | <p>application du leadership dans la pratique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proposer des cours de gestion du stress et des émotions, ou de renforcement de l'estime de soi. |
|--|--|

8.2 Aux institutions hospitalières

| Recommandations | Moyens d'application |
|---|--|
| Mettre en place un programme de mentorat afin d'accueillir, d'intégrer de manière optimale et de fidéliser toute jeune diplômée quel que soit le service. | <ul style="list-style-type: none"> • Former des infirmières au rôle de mentor • Utiliser le programme de mentorat durant les six premiers mois d'exercice de la profession de la jeune diplômée. • Ne pas imposer d'obligation de travailler exclusivement conjointement durant ces six mois, dans une optique de qualité et non de quantité. • Evaluer après une année si les objectifs du mentorat qui ont été fixés préalablement et individuellement ont été atteints et de la suite de la prise en charge de la jeune diplômée. • A la fin du programme de mentorat, valoriser de manière égale le travail effectué par la mentorée et son mentor. • S'appuyer sur un programme informatique, tel que le «Flying Start NHS» |
| Être à l'écoute de la future employée concernant ses désirs de taux d'activités, afin qu'elle puisse concilier sa vie personnelle et professionnelle. | <ul style="list-style-type: none"> • Lors du premier entretien d'embauche, prendre en compte les désirs de la jeune diplômée afin d'éviter d'emblée une frustration dans le domaine du |

| | |
|---|---|
| | temps de travail, domaine clairement aménageable. |
| De notre point de vue, être à l'écoute de la jeune diplômée quant au choix de sa première affectation. | <ul style="list-style-type: none"> Placer la jeune diplômée dans un des champs dans lequel elle souhaite travailler en priorité, dans la mesure du possible. |
| Mettre en avant les perspectives de carrière ainsi que les spécialisations offertes aux jeunes diplômées. | <ul style="list-style-type: none"> Lors de l'entretien d'embauche, informer la jeune diplômée des possibilités de spécialisations et la façon dont l'institution la soutiendra dans une éventuelle démarche. |
| Intégrer les jeunes infirmières dans les prises de décisions les concernant. | <ul style="list-style-type: none"> Les inviter aux colloques décisionnels, leur demander leur avis, valoriser leurs propositions. |

8.3 Aux jeunes diplômées

| Recommandations | Moyens d'application |
|--|--|
| Faire un bilan de compétence afin d'être consciente de ses capacités et de ses compétences et d'avoir une meilleure estime de soi dès les débuts de sa carrière. | <ul style="list-style-type: none"> Se préparer à l'avance à la dureté du travail grâce aux contenus de cours, à ses propres expériences professionnelles. Trouver des stratégies d'adaptation lors de difficultés par exemple, grâce au mentorat. Avoir des ressources externes telles que la famille, les loisirs, etc.... |
| Savoir trouver sa place au sein d'une équipe pluridisciplinaire. | <ul style="list-style-type: none"> Se présenter soi-même ainsi que sa formation, lors des premières journées de travail. |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Participer aux différents colloques animant la vie de l'équipe pluridisciplinaire. • Apporter de nouvelles connaissances pouvant enrichir l'unité de soin. |
|--|---|

8.4 A la recherche scientifique

| Recommandations | Moyens d'application |
|--|--|
| Mettre en place et apprécier des méthodes d'évaluation de l'efficacité du mentorat | <ul style="list-style-type: none"> • Créer des supports d'aide au mentorat. • Les tester sur des échantillons appropriés (taille, type de sujets, diversité des services investigués, etc.) • Partager ces résultats par la publication d'articles. |

9. Bibliographie

Articles de recherche

Bae, S.-H., Brewer, C.S., Kovner, C.T. (2011). State mandatory overtime regulations and newly licensed nurses' mandatory and voluntary overtime and total work hours. *Nurs Outlook* 60, 60-71.

Banks, P., Roxburgh, M., Kane, H., Lauder, W., Martyn, J., Kydd, A., Atkinson, J. (2011). « « « Flying Start NHS » » » : easing the transition from student to registered health professional. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3567-3576.

Bliez, V. (2010). Quelle stratégie pour recruter et fidéliser en gériatrie ? *Soins cadres*, 74, 28-30.

Boula, J.-G. (2009). Cadres de santé et interrogation éthique : l'éthique de l'encadrement. *Ethique et santé*, 7, 64-70.

Brewer, C.S., Kovner, C.T., Greene, W., Tukov-Shuser, M., Djukic, M. (2011). Predictors of actual turnover in a national sample of newly licensed registered nurses employed in hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 521-538.

Brewer, C.S., Kovner, C.T., Djukic, M., (2012). New Nurses : Has the Recession Increased Their Commitment to Their Jobs ? *AJN*, 3, 34-44.

Colmont, D. (2011). Magnet Hospital ou le concept « d'hôpital attractif ». *Objectif soins* 197, 33-39.

Galletta, M., Portoghese, I., Battistelli, A., Leiter, M. P. (2012). The roles of unit leadership and nurse-physician collaboration on nursing turnover intention. *Journal of advanced nursing*, 1771-1783.

Gay, L., Kleiner, B. (2005). Nurse Residency Program : An effective Tool for Recruitment and Retention. *J Health Care Finance*, 31, 25-32.

Gurková, E., Soósová, M.S., Haraková, S., Žiaková, K., Šerfelová, R., Zambriová, M. (2012). Job Satisfaction and leaving intentions of Slovak and Czech nurses and Czech nurses. *International Nursing Review*, 112-121.

Honnan Pellico, L., Brewer, C.S., Tassone Kovner, C. (2009). What newly licensed registered nurses have to say about their first experiences. *Nursing Outlook* 57, 194-203.

Jakubik, L.D. (2008). Mentorat beyond the first year : predictors of mentorat benefits for pediatric staff nurse protégées. *Journal of pediatric nursing*, vol.23, no 4, 269-281.

Jasseron, C., Estryn-Behar, M., Le Nezet, O., Rahhali, I. (2006). Les facteurs liés à l'abandon prématuré de la profession soignante. Confirmation de leur impact à un an d'intervalle analyse longitudinale des soignants de l'enquête Press/Next. *Recherche en soins infirmiers*, 85, 46-64.

Jokelainen, M., Jamookeeah, D., Tossavainen, K., Turunen, H. (2012). Finnish and British mentors' conceptions of facilitating nursing students' placement learning and professional development. *Nurse Education in Practice* 13, 61-67.

Jovic, L. (2010). Un référentiel sur l'attractivité et la fidélisation des personnels de santé. *Soins cadres*, 74, 18-19.

Kelly, L. A., McHugh, M.D., Aiken, L. H. (2011). Nurses Outcomes In Magnet® and Non-Magnet Hospitals. *The Journal of nursing administration*, 41, 428-433.

Kowalski, S., Cross, C.L. (2010). Preliminary outcomes of a local residency programme for new graduate registered nurses. *Journal of Nursing Management*, 18, 96-104.

Laschinger, H.K.S, Wong, C.A., Grau, A.L. (2012) The influence of authentic leadership on newly graduate nurses' experiences of workplace bullying, burn-out and retention outcomes: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, vol.49, 1266-1276.

Laschinger, H.K.S. (2012). Job and career satisfaction and turnover intentions of newly graduated nurses. *Journal of Nursing Management*, vol.20, 472-484.

Lavoie-Tremblay, M., O'Brien-Pallas, L., Viens, C., Hamelin Brabant, L., Gélinas, C. (2006). Towards an integrated approach for the management of ageing nurses. *Journal of Nursing Management*, 14, 207-212.

Lüthi, U. (2010). Le plaisir de travailler, ça existe ! *Soins Infirmiers*, 8, 42-45.

Meeusen, V. C. H., Van Dam, K., Brown-Mahoney, C., Van Zundert, A. A.J., Knape, H.T.A. (2011). Understanding nurse anesthetists' intention to leave their job : How burn-out and job satisfaction mediate the impact of personality and workplace characteristics. *Health Care Manage Rev*, 36 (2), 155-163.

O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Hayes, L. (2006). Do we really understand how to retain nurses ? *Journal of nursing management*, 14, 262-270.

Parry, J. (2008). Intention to leave the profession : antecedents and role in nurse turnover. *Journal Compilation*, 157-167.

Pierre, L. (2010). Nomadisme et maintien des compétences infirmières. *Soins cadres*, 74, 20-21.

Roche, J.P., Lamoureux, E., Teehan, T. (2004). A Partnership Between Nursing education and Practice. *JONA*, 34, p.26-32.

Rodwell, J., Gulyas, A. (2013). The impact of the psychological contract, justice and individual differences : nurses take it personally when employers break promises. *Journal of advanced nursing*, 2774-2785.

Rudman, A., Gustavsson, P., Ehrenberg, A., Boström, A.-M, Wallin, L. (2012). Registered nurses' evidence-based practice. A longitudinal study of the first five years after graduation. *International Journal of Nursing Studies* 49, 1494-1504.

Rudman, A., Gustavsson, J.P. (2011). Early-career burn-out among new graduate nurses: A prospective observational study of intra-individual change trajectories. *International Journal of Nursing Studies*, vol. 48, 292-306.

Setter, R., Walker, M., Connely, M.C., Peterman, T. (2011). Nurse Residency Graduates' Commitment to Their First Positions. *Journal for Nurses in Staff Development*, 27, 58-64.

Thrysoe, L., Hounsgaard, L., Bonderup Dohn, N., Wagner, L. (2012). Newly Qualified nurses – Experiences of interaction with members of a community of practice. *Nurse Education Today*, 32, 551-555.

Articles de recherche en format PDF

Mottay, D. (2009). *Le recrutement et la fidélisation des IDE en Midi Pyrénées*. Accès http://www.heds-ge.ch/doc/centredoc/Guide_2011_nb.pdf

République et Canton de Genève. (2012). *Programme de lutte contre la pénurie des professionnels de la santé dans le Canton de Genève*. Accès http://www.ge.ch/conseil_etat/2009-2013/ppresse/doc/pointdepresse-20120926-annexe3.pdf

Guay, M.-M., Lirette, A. (2003). *Centre d'expertise en gestion des ressources humaines. Guide sur le mentorat pour la fonction publique québécoise*. Accès http://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/publication/mentor_rapp_rech-guide_03.pdf

Bangerter, A. (2010). *Facteurs de fidélisation du personnel soignant*. Accès <http://upload.sitesystem.ch/B2DBB48B7E/0CDC636B60/A4702940BC.pdf>

Livres

Association suisse des infirmières de santé au travail ASIST. (2007). *Dangers et risques professionnels du personnel infirmier*. Berne : ASI – SBK.

Alligood, M.R. (2010). *Nursing Theory: Utilization & Application*, 4^e. Mosby Elsevier.

Baudrit, A. (2011). *Mentorat et tutorat dans la formation des enseignants*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.

Menaut, H. (2013). *Tutorat et formations paramédicales*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.

Pépin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. *La pensée infirmière* (3 éd.). Montréal, QC : Chenelière/Education.

West, S., Clarck, T. & Jasper, M. (2007). *Enabling Learning in Nursing and Midwifery Practice*. Chichester : Wiley.

Textes de loi

Loi fédérale du 1^{er} décembre 2013 sur le travail. (LTr/CH).

Ordonnance 3 du 1^{er} mai 2010 relative à la loi fédérale sur le travail. (OLT3/CH).

Rapports

Jaccard Ruedin, H., Weaver, F., Roth, M., Widmer, M. (2009). *Personnel de santé en Suisse – Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020*. Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.

Mémoires ou thèses

Carlier, J. (2012-2013). *Fidéliser et fédérer le personnel, un travail de chef ?* Tournai : Institut d'enseignement et de promotion sociale de la communauté française.

Desponds, E. (2001). *Le turnover : exemple des infirmières diplômées au CHUV*. (Travail de Bachelor). Université de Lausanne, Lausanne.

Henchoz, H. (2013). *Le mentorat comme stratégie de promotion des carrières féminines au sein de l'administration cantonale vaudoise*. (Travail de Bachelor). Université de Genève, Genève.

Annexes

Figure 2

Premières recherches PubMed

A) Nurs*

B) « New graduate » OR
tutoring OR mentorat

C) « New graduate » OR
tutoring OR mentorat OR
« intention to leave »

D) Europe

E) North America

F) Australia

Résultats des
recherches

A+B+C : 362 articles

Dans les 10 ans 283 articles

Dans les 5 ans : 135 articles

A+B+F : 90 articles

Dans les 10 ans : 73 articles

Dans les 5 ans : 30 articles

A+D : 2'099 articles

A+D+E : 622 articles

Dans les 10 ans : 425 articles

Dans les 5 ans : 195 articles

A+D+C : 362 articles

Dans les 10 ans : 300 articles

Dans les 5 ans : 146 articles

A+D+F : 96 articles

Dans les 10 ans : 78 articles

Dans les 5 ans : 31 articles

A+B+E : 605 articles

Dans les 10 ans : 409
articles

Dans les 5 ans : 183
articles

Figure 3

Premières recherches sur Cinhal, entre 2004 et 2014

A) Nurs*

B) « new graduate »
OR tutoring OR
mentorat

C) « Intention to
leave »

D) First year

E) Europe

F) Canada

G) USA

Résultats des
recherches

A+B+E : 302 articles

A+B+C+F : 34 articles

A+B+F : 32 articles

A+B+C+G : 749 articles

A+B+G : 560 articles

A+B+C+D+E : 8 articles
1 article retenu : « early-career
burn-out among new graduate
nurses : A prospective
observational study of intra-
individual change trajectories »

A+B+C+E : 367 articles

A+B+C+D+F : 1 article

A+B+C+D+E : 11

1 article retenu: « Mentorat
beyond the first year: predictors
of mentorat benefits for pediatric
staff nurse protégées »

Figure 4

Deuxièmes recherche PubMed

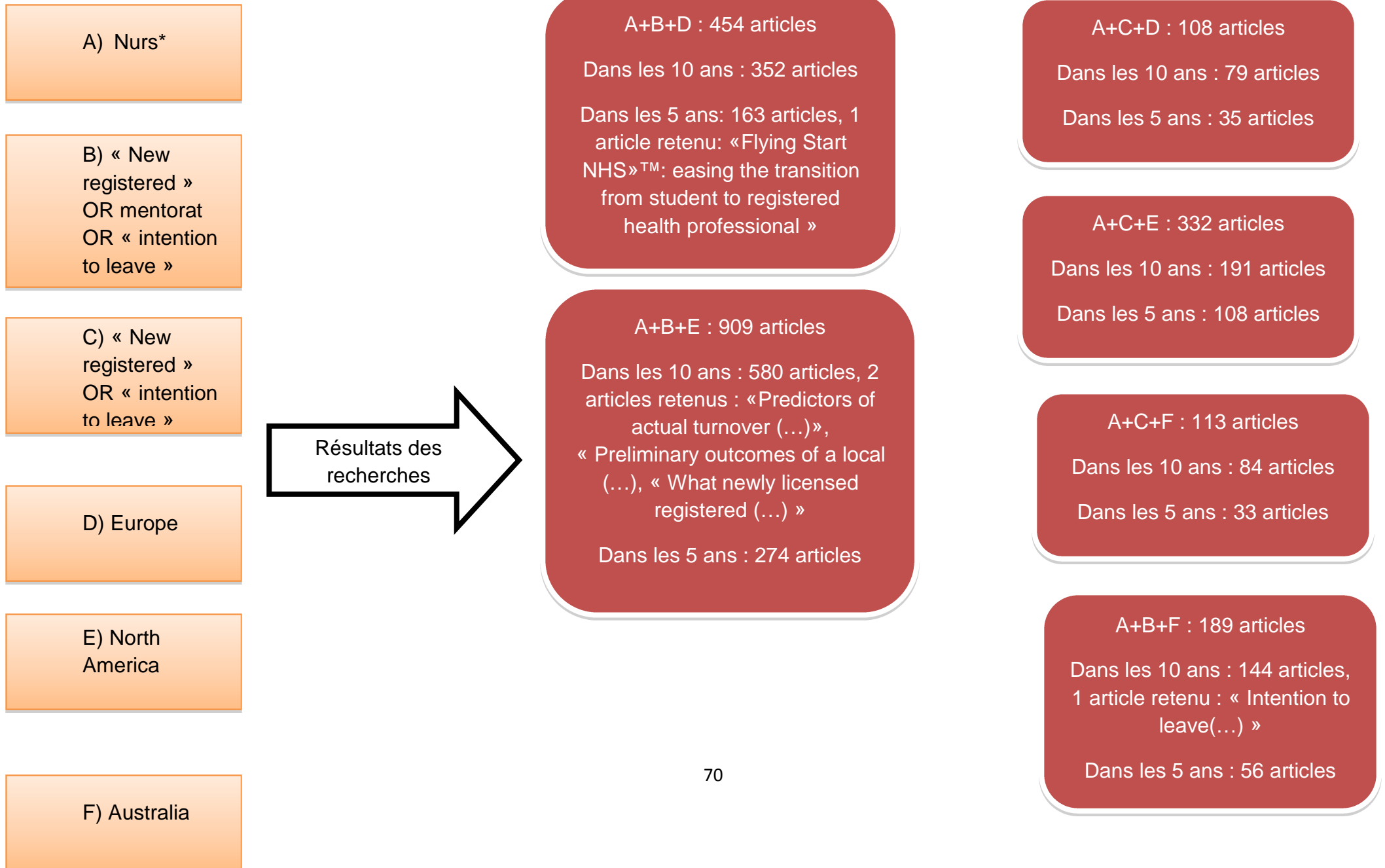


Figure 5

Deuxièmes recherches sur Cinhal, entre 2000 et 2014

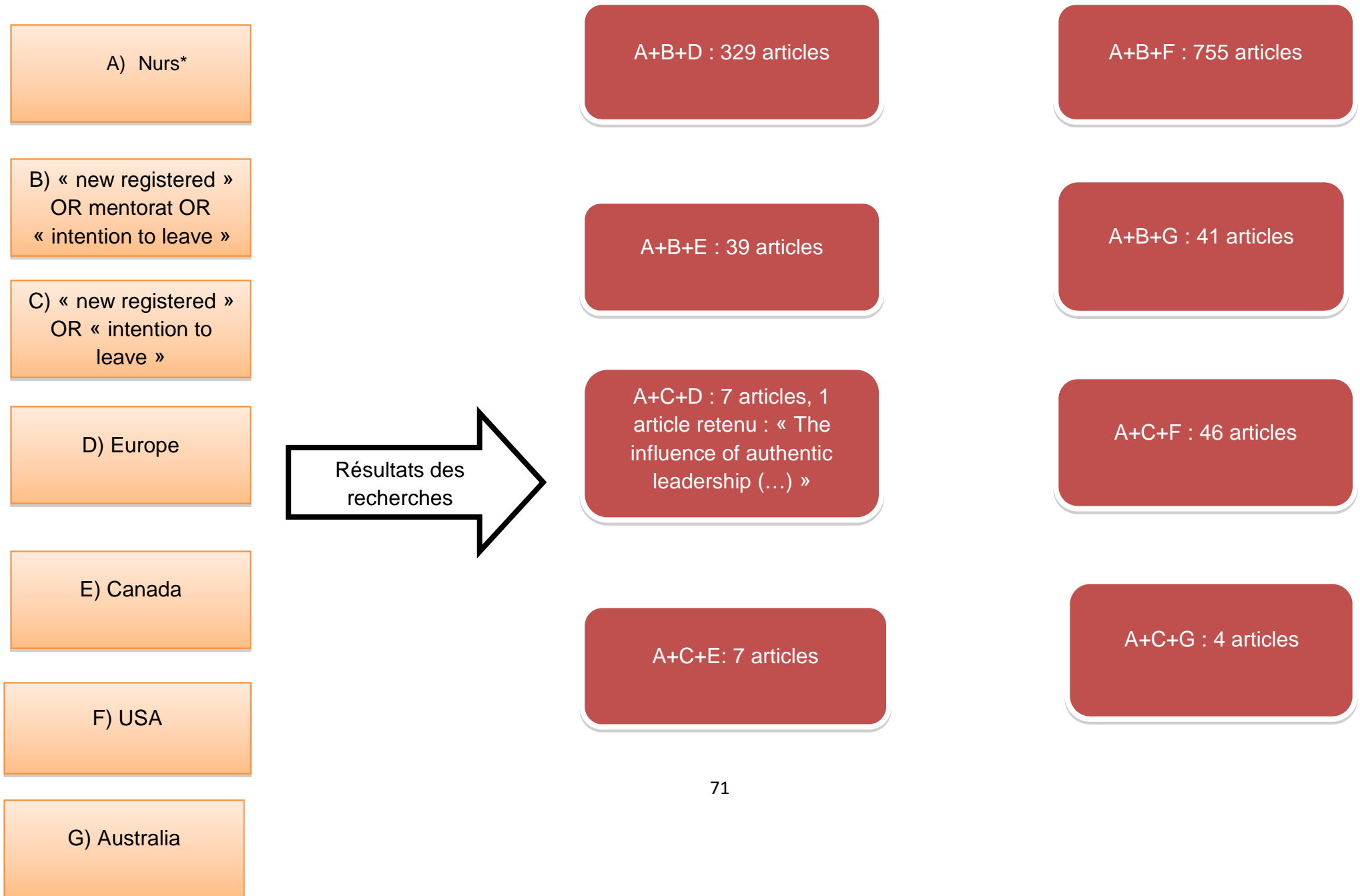


Figure 7

LES QUATRE ÉTAPES DE LA RELATION MENTORALE

(Kram, 1983, dans Guay, 1996)

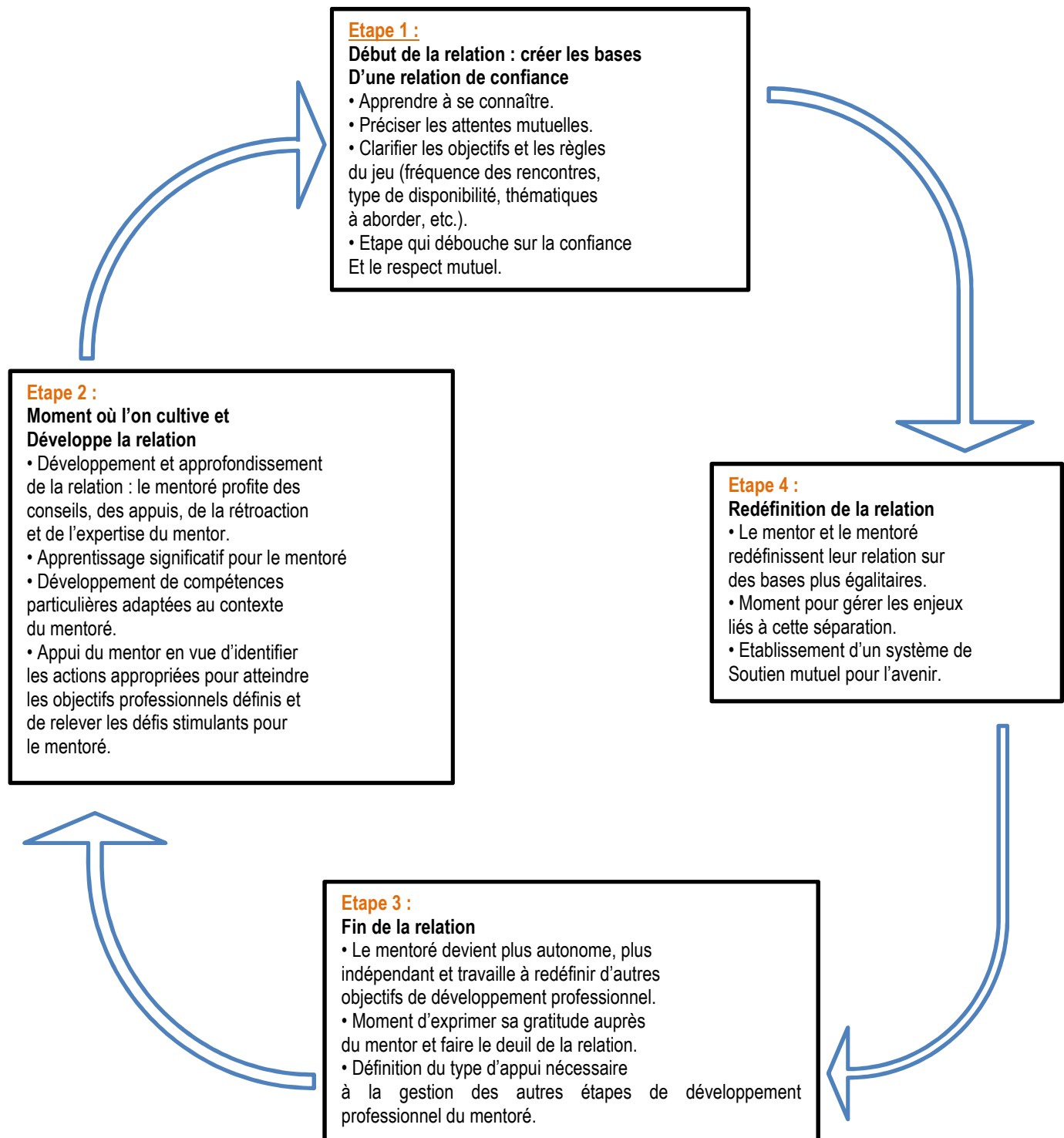
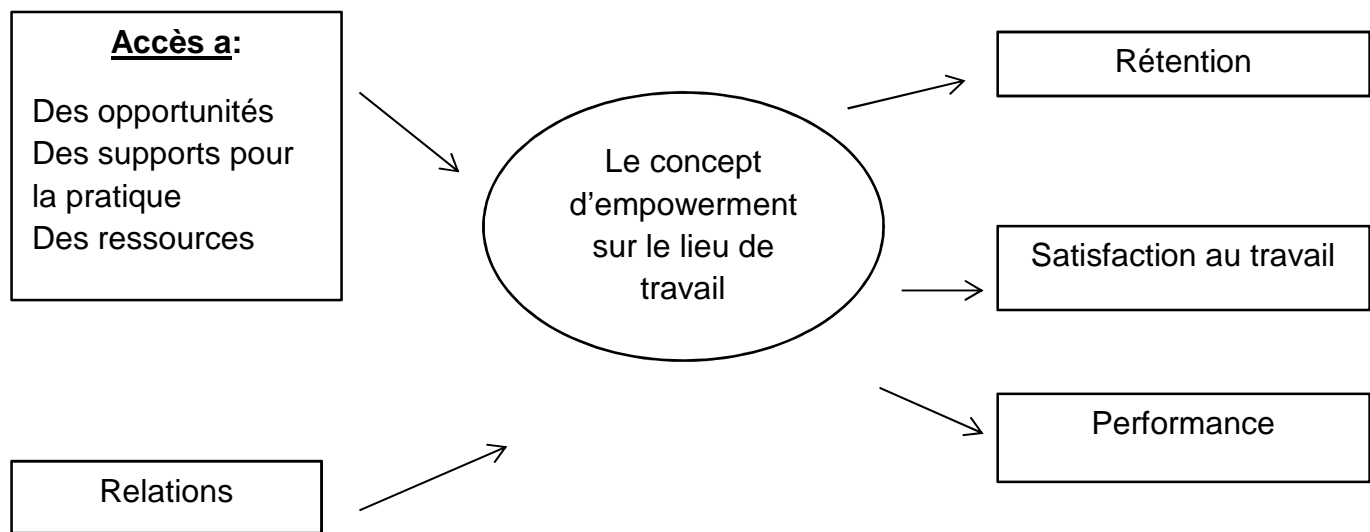


Figure 8



Work empowerment model (Roche, Lamoureux et Teehan, 2004, traduction libre, p.28)

Figure 9

Hypothesized study model (Laschinger et al., 2012, p.1270)

