QANE AFI | Quality Advancement in Nursing Education
Avancées en formation infirmière

CASN ACESI

Vol. 12 | No. 1 (2026) Article 7

Traduction et adaptation de la théorie des stades de transition des infirmières et infirmiers nouvellement diplômés : une ressource francophone pour l'intégration de la relève

William Tessier, Université de Sherbrooke

Martin Charette, Université de Sherbrooke

Patrick Lavoie, Université de Montréal

Judy Boychuk Duchscher, Thompson Rivers University

CC BY-NC-ND 4.0

Note de page couverture | Cover Page Footnote

Ce projet a été réalisé grâce au soutien financier de l'Équipe FUTUR (subventionnée par le Fonds de recherche du Québec — Société et culture). Nous tenons à remercier les personnes expertes ayant commenté les différentes versions de la théorie traduite et adaptée : Stacy Corriveau (CIUSSS de l'Estrie-CHUS), Kathleen Lechasseur (Université Laval), Josiane Provost (Université de Sherbrooke), Karyn Brochu (CIUSSS de l'Estrie-CHUS), Helena Harrison (James Cook University), Lisa McKenna (La Trobe University) et Lia Sanzone (Université McGill). | This project was carried out with the financial support of the FUTUR Team (funded by the Fonds de recherche du Québec — Société et culture). We would like to thank the experts who provided feedback on the various versions of the translated and adapted theory: Stacy Corriveau (CIUSSS de l'Estrie–CHUS), Kathleen Lechasseur (Université Laval), Josiane Provost (Université de Sherbrooke), Karyn Brochu (CIUSSS de l'Estrie–CHUS), Helena Harrison (James Cook University), Lisa McKenna (La Trobe University), and Lia Sanzone (McGill University).

Depuis près d'une cinquantaine d'années, les phénomènes du « choc de la réalité » et du « choc de transition » sont reconnus comme des incontournables du processus de transition des études à la pratique professionnelle chez les infirmières et infirmiers nouvellement diplômés que nous désignerons sous l'acronyme IND (Duchscher, 2008; Duchscher et Windey, 2018; Kramer, 1974). Le choc de transition survient généralement lors des premières semaines ou le mois suivant l'entrée dans la pratique professionnelle. C'est une période marquée par la confrontation des attentes du monde académique et des exigences des milieux de soins. Cette période suscite des sentiments d'anxiété et d'incompétence du fait que les rôles, les responsabilités, les connaissances et les relations que doivent avoir les IND sont plus exigeants, dynamiques et intenses qu'anticipé (Duchscher, 2009). Ces difficultés émotionnelles et professionnelles, conjuguées à une perception négative du rôle ou de l'environnement de travail, sont une des causes de l'épuisement professionnel et du taux de roulement élevé dans les milieux de soins (McIntyre et al., 2024; Polat et Terzi, 2018; Reebals et al., 2021; Wakefield et al., 2023).

Face à cette problématique, la compréhension du processus de transition des IND est essentielle si l'on veut favoriser une saine intégration dans les milieux de soins. La théorie des stades de transition de Duchscher (2008) est largement utilisée pour comprendre cette transition. Depuis sa publication, cette théorie a guidé de nombreuses recherches sur la transition des IND et servi de cadre de référence pour le développement de programmes d'orientation et d'intégration dans les milieux de soins. Toutefois, l'absence d'une version française adaptée à la réalité francophone limite son utilisation par les personnes exerçant dans ce milieu. De plus, des interprétations variables, potentiellement divergentes de la théorie des stades de transition, peuvent compromettre sa fidélité et contribuer ainsi à son utilisation incohérente.

Aussi, une adaptation transculturelle rigoureuse de la théorie se révèle essentielle pour servir de base commune à son application dans les milieux de pratique francophones. Les travaux décrits dans cet article ont pour objectif de traduire en français et d'adapter au contexte québécois la théorie des stades de transition de Duchscher (2008).

Contexte théorique

Duchscher (2008) a proposé la théorie des stades de transition qui s'appuie sur une série d'études qualitatives réalisées au cours d'une période de 10 ans (Cowin et Hengstberger-Sims, 2006; Duchscher, 2001, 2003a, 2003b, 2007) ainsi que sur son travail pour mettre en place une organisation à but non lucratif pour le soutien des IND (*Nursing the Future* : https://nursingthefuture.ca/). Ces études ont été menées principalement dans l'Ouest canadien, un contexte où les normes de formation de l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI) sont également appliquées et où les difficultés vécues par les IND sont similaires à celles des IND des autres provinces canadiennes. L'objectif de Duchscher était d'examiner, de développer et d'amener à maturité les aspects de l'expérience de transition des IND en contexte de soins aigus afin d'obtenir une représentation globale de cette expérience et des processus vécus qui pourrait être appliquée par la communauté scientifique. Ces travaux de recherche ont permis l'émergence d'une représentation de l'expérience de transition en stades qui se produit au cours de la première année de pratique professionnelle de l'IND (Duchscher, 2008).

D'autres se sont penchés sur cette expérience pour souligner certains éléments de la transition professionnelle, notamment Kramer (1974) avec sa théorie du choc de la réalité et Benner (1982) avec sa théorie du développement des compétences cliniques de novice à expert. Toutefois, la théorie des stades de transition de Duchscher (2008) est la référence la plus récente qui s'appuie sur les théories développées précédemment. De plus, son approche holistique décrit non seulement les difficultés vécues

par les IND, mais aussi les stratégies d'adaptation mobilisées à différents stades, ce qui assure une perspective intégrative de la transition.

Méthode

Cette étude a utilisé et adapté les étapes proposées par Sousa et Rojjanasrirat (2011) afin d'assurer l'équivalence conceptuelle entre la version originale et celle traduite et adaptée de la théorie. Cette démarche a été effectuée en collaboration avec Judy Duchscher, coauteure de l'article et auteure originale de la théorie des stades de transition.

Bien qu'il existe des approches méthodologiques bien établies pour la traduction, l'adaptation et la validation d'instruments et d'échelles de mesure (Epstein et al., 2015; Gjersing et al., 2010; Sousa et Rojjanasrirat, 2011; Wild et al., 2005), il existe peu de cadres comparables pour les modèles théoriques. De plus, l'application de ces approches varie grandement d'une étude à l'autre dans le domaine des soins de santé (Epstein et al., 2015; Sousa et Rojjanasrirat, 2011).

Pour cette raison, plutôt que de reproduire intégralement leur méthodologie, nous avons sélectionné et adapté les étapes pertinentes pour cette étude. Plus précisément, quatre étapes ont été mobilisées : 1) la traduction directe de la théorie par deux traducteurs bilingues; 2) la comparaison des deux traductions indépendantes et la synthèse des écarts terminologiques et conceptuels afin de produire une première version francophone évaluée par un comité d'experts; 3) la rétrotraduction[1] à l'aveugle; et 4) la révision de la version rétrotraduite par des personnes expertes anglophones et par l'auteure originale de la théorie. Les étapes propres aux instruments (prétest auprès de personnes utilisatrices et évaluation psychométrique) n'ont pas été réalisées, puisqu'elles ne sont pas applicables à une théorie. Cette démarche, déjà utilisée pour la traduction et l'adaptation d'un modèle du jugement clinique pour la recherche et la formation infirmière en contexte francophone (Lavoie et al., 2021), vise à garantir un processus systématique et transparent.

Préparation du matériel

Après avoir considéré les articles décrivant de façon approfondie la théorie des stades de transition (Duchscher, 2008; Duchscher, 2012; Duchscher et Windey, 2018), l'équipe de recherche a conclu que l'article *A Process of Becoming: The Stages of New Nursing Graduate Professionnal Role Transition* (Duchscher, 2008) offrait la description la plus éloquente de la théorie. Il a ensuite été établi qu'il était nécessaire de traduire les sections décrivant les stades de transition (p. 443–447), ainsi que certaines recommandations de l'auteure (p. 447–449). Cette sélection a été validée avec l'auteure de la théorie pour préserver l'intégrité théorique du modèle.

Étape 1 : double traduction de la langue source vers la langue cible

Lors de cette première étape, une traduction du texte sélectionné a été réalisée par deux membres de l'équipe de recherche (WT et MC). Ces deux personnes francophones, originaires du Québec, aux profils complémentaires, sont parfaitement bilingues et familières avec la transition professionnelle en contexte nord-américain. Elles possèdent également une bonne connaissance de la théorie. Cette étape, effectuée de manière indépendante, a permis d'obtenir deux versions françaises distinctes.

[1] La rétrotraduction ou rétroversion est la retraduction d'un document d'une langue vers sa langue d'origine. Elle est utilisée comme méthode d'assurance-qualité.

Étape 2 : comparaison des deux traductions, synthèse et validation de la version initiale

Les deux traductions ont ensuite été comparées pour produire une seule version française. Lors de cette synthèse, une troisième personne (PL) a été impliquée pour résoudre les divergences et obtenir un consensus en vue d'obtenir une version traduite initiale qui a ensuite été présentée à quatre personnes expertes : deux professeures en sciences infirmières, une doctorante en sciences infirmières et une infirmière clinicienne. Toutes ont le français comme langue maternelle et une bonne connaissance de la théorie. Ces personnes ont effectué une lecture individuelle de la version traduite. Dans un premier temps, leur rôle consistait à relever les écarts entre la version traduite et la version originale du modèle théorique. Cette stratégie a permis d'assurer l'équivalence conceptuelle plutôt que l'exactitude linguistique de la traduction. Dans un deuxième temps, elles devaient proposer des façons d'adapter ce modèle au contexte francophone québécois. La prise en compte des facteurs contextuels propres au Québec a permis l'adaptation transculturelle. Les auteurs ont révisé la version traduite initiale à la lumière des commentaires de ces quatre personnes pour obtenir une version française préliminaire du modèle.

Étape 3 : rétrotraduction à l'aveugle

La version française préliminaire a fait l'objet d'une rétrotraduction par un traducteur certifié. Conformément aux recommandations de Sousa et Rojjanasrirat (2011), ce traducteur ignorait le texte original, n'ayant jamais été exposé à la théorie des stades de transition ni à ses concepts avant l'exercice de rétrotraduction. Cette étape a permis de créer une version anglaise de la théorie servant de référence pour relever les écarts entre la théorie originale et la version française préliminaire. Ce processus visait à clarifier et à affiner les termes et les formulations employés dans la version française préliminaire pour garantir une équivalence conceptuelle.

Étape 4 : validation de la version rétrotraduite

La version rétrotraduite a été révisée par trois personnes expertes ayant l'anglais comme langue maternelle et une bonne connaissance de la théorie. Elles ont d'abord été invitées à comparer les versions originale et rétrotraduite pour évaluer la correspondance. Elles ont par la suite chacune formulé des commentaires sur la version anglaise rétrotraduite, commentaires qui ont permis à deux membres de l'équipe de recherche (WT et MC) de faire des ajustements. La version rétrotraduite définitive a finalement été révisée par l'auteure originale de la théorie pour vérifier la structure, le vocabulaire et la présentation des idées et s'assurer que les concepts clés étaient fidèlement représentés et que sa vision était respectée. À la suite des commentaires de l'auteure de la théorie, des ajustements ont été apportés à la version française préliminaire. La version française définitive ainsi élaborée au terme de ce processus de validation préserve l'intégrité conceptuelle du modèle original et garantit son adaptation transculturelle.

Résultats

Cette section propose une version traduite et adaptée au contexte francophone québécois de la théorie des stades de transition de Duchscher (2008). Il s'agit d'une représentation d'ensemble de l'expérience de transition des IND au cours des 12 premiers mois de pratique professionnelle en soins aigus. Cette section présente également un résumé de la théorie et des recommandations pour l'intégration des IND, traduits à partir de l'article de Duchscher (2008).

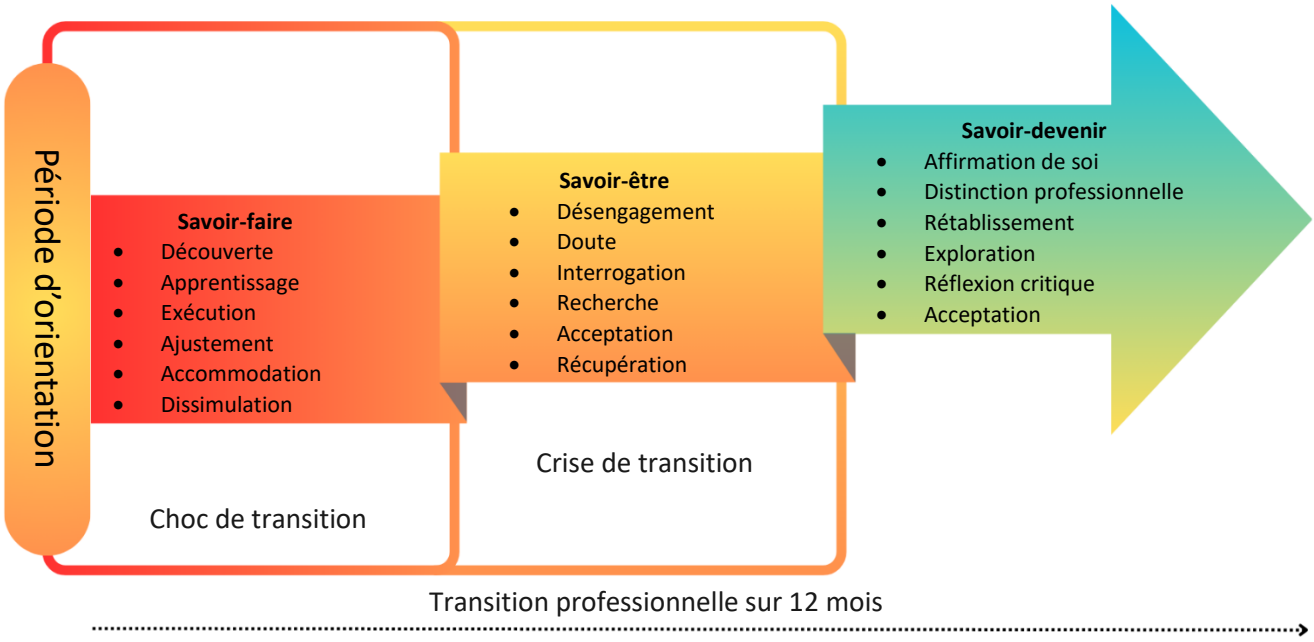
Théorie des stades de transition des infirmières et infirmiers nouvellement diplômés

Selon Duchscher (2008), les 12 premiers mois de transition des études à la pratique professionnelle en soins aigus constituent un processus de transformation. Ce cheminement, à la fois personnel et professionnel, amène l'IND à évoluer à travers trois stades : 1) savoir-faire; 2) savoir-être; et 3) savoir-devenir.

Une transition se définit comme un passage ou un mouvement d'un état, d'une condition ou d'un endroit à un autre entraînant des changements profonds dans la vie des personnes et de leurs proches, avec des répercussions importantes sur leur bien-être et leur santé (Schumacher et Meleis, 1994). L'expérience de transition, propre à chaque IND, ne suit pas un parcours linéaire; d'ailleurs, ce parcours n'est pas strictement progressif. En effet, les travaux de Duchscher (2008) montrent que des régressions, bien que transitoires, surviennent régulièrement lors de la progression à travers les différents stades du processus. Ces régressions sont déclenchées par des événements nouveaux, des dynamiques relationnelles, des situations cliniques nouvelles ou complexes, ou des changements contextuels. Néanmoins, l'expérience de transition reste évolutive et, ultimement, profondément transformatrice pour les IND.

Figure 1

Théorie des stades de transition



Premier stade : savoir-faire

La période initiale de transition des IND en soins aigus se caractérise par le passage d'un cadre académique structuré et relativement prévisible à de nouvelles attentes et responsabilités. D'une durée de 3 à 4 mois, ce premier stade engendre de nombreuses difficultés personnelles et professionnelles. Malgré l'enthousiasme initial de terminer leurs études et de commencer leur pratique, les IND se rendent rapidement compte de leur manque de préparation à assumer les responsabilités et la charge de travail

associées à leur nouveau rôle infirmier. Ainsi, la majorité des IND entament cette transition avec des attentes irréalistes. Elles mettent souvent en cause leur manque de préparation académique pour expliquer les disparités du rôle infirmier qu'elles anticipaient et ce que l'on attend d'elles dans le monde « réel ».

Durant ce premier stade où les IND naviguent dans les processus de découverte, d'apprentissage, d'exécution, de dissimulation, d'ajustement et d'adaptation, les émotions ressenties sont variées, intenses et fluctuantes. La courbe d'apprentissage est particulièrement abrupte, car la majorité des situations vécues sont nouvelles et souvent imprévisibles. Bien que leurs connaissances (déclaratives, procédurales et conditionnelles) soient satisfaisantes, voire avancées, les IND ont une confiance en soi vacillante, se remettent constamment en question et tendent à percevoir leurs connaissances théoriques comme des « plans » rigides, applicables à toutes les situations. Or, la contextualisation exige des connaissances que les IND ne possèdent pas encore.

Presque tout stresse les IND qui craignent de « manquer quelque chose » ou de causer par inadvertance un préjudice à une personne confiée à leurs soins en raison de leur ignorance ou de leur manque d'expérience. Leur vision souvent linéaire des situations de soins limite leur capacité à gérer des situations complexes nécessitant une approche multidimensionnelle et de synchronicité. Duchscher (2008) rapporte de nombreux exemples d'IND dont la concentration excessive sur les détails d'une situation les empêche d'entendre ou de voir ce qui se passe autour. Ce type de raisonnement avancé leur est inaccessible en raison de leur souci à terminer les tâches et les routines dans les délais rigides imposés par la structure des milieux de soins. En outre, la difficulté à s'ajuster, à s'adapter ou à se conformer aux routines peut attirer l'attention pour les mauvaises raisons, ce qui entre en conflit avec le besoin et le désir des IND de s'intégrer dans la culture professionnelle prédominante.

Au cours du premier stade de transition, l'énergie des IND est partagée entre ces ajustements professionnels et des changements dans leur vie personnelle. Les IND affrontent parfois des changements significatifs, tels qu'un déménagement, une séparation ou une nouvelle phase dans leurs relations personnelles. Des changements dans leurs finances sont également possibles en raison de dépenses importantes, comme l'achat d'une voiture ou d'une maison. Ces événements, aussi enrichissants soient-ils, représentent aussi des obstacles parfois inattendus et un stress supplémentaire. De plus, les IND doivent s'adapter à des niveaux intimidants de responsabilité clinique et à de nouvelles relations professionnelles, tout en s'efforçant de se faire accepter dans une culture infirmière traditionnelle et hiérarchique et de s'adapter aux exigences des horaires de travail rotatifs.

Malgré leurs efforts, les IND se montrent souvent extrêmement critiques envers leur propre personne lorsqu'un enjeu n'a pas été relevé ou qu'une situation en évolution n'a pas été répondue adéquatement, malgré la présence de plusieurs demandes simultanées. Bien que certaines situations dépassent leurs capacités ou leurs compétences, les IND éprouvent souvent des sentiments d'inadéquation, de doute et de dévalorisation de soi.

Deuxième stade : savoir-être

Les 4 à 5 mois suivant le premier stade de transition sont marqués par une progression rapide du raisonnement des IND, de leurs connaissances et de leurs compétences. Cependant, ce stade suscite des doutes profonds sur leur identité professionnelle, les amenant à remettre en question leurs idées préconçues sur la profession infirmière et à constater les incohérences du système de santé. Bien que la frustration et les exigences du premier stade s'atténuent légèrement, ces sentiments désagréables persistent.

Le deuxième stade de transition est marqué par une meilleure connaissance de soi sur le plan professionnel, par une exploration du rôle infirmier par rapport au rôle des autres professionnels de la santé et par une quête d'équilibre des vies personnelle et professionnelle. Au cours de la première moitié de ce stade, les IND deviennent plus à l'aise avec leurs rôles et leurs responsabilités, ce qui leur permet d'entamer une réflexion sur les fondements des interventions infirmières et médicales, ainsi que sur la pertinence, l'efficience et l'efficacité du système de santé. Une spirale réflexive s'engage : les IND se désengagent, s'interrogent, cherchent, révèlent, récupèrent, acceptent et, finalement, se réengagent dans leur carrière, mais cette fois selon leurs propres conditions.

Cette réflexion, combinée à la fatigue accumulée lors du premier stade, pousse les IND à se retirer de leur environnement dans le but de retrouver un sentiment de contrôle. Plusieurs optent pour un emploi à temps partiel ou occasionnel pour choisir leur horaire de travail, tandis que d'autres expriment le désir de limiter leur exposition à des situations de soins jugées imprévisibles ou hautement complexes. La plupart expriment une lassitude face à la nouveauté, à l'apprentissage continu, au développement constant et au changement incessant et cherchent plutôt la familiarité, la constance, la prévisibilité et la stabilité.

En comparaison avec le premier stade, où le besoin de directives explicites face aux situations de soins se fait davantage sentir, les IND cherchent de plus en plus à valider leurs propres décisions et actions. Le fait de se savoir aptes à prendre des décisions judicieuses et à mettre en œuvre des actions sécuritaires et ingénieuses renforce la confiance des IND dans leur jugement clinique, un élément crucial pour leur développement.

Néanmoins, le début de ce second stade reste délicat. Les IND oscillent entre un fort désir d'accompagnement et le besoin d'autonomie, ce qui justifie une attention particulière de la part des personnes responsables de l'accueil et de l'intégration. Une supervision clinique trop étroite peut être perçue comme un manque de confiance envers leurs compétences, tandis que l'absence de soutien dans des situations complexes ou instables peut provoquer un sentiment d'abandon.

Le second stade culmine après environ 5 à 7 mois de pratique, lorsque les IND vivent une crise de confiance. Les IND ressentent de l'insécurité devant les compétences de plus en plus complexes qui leur sont demandées, mais aussi de la déception face aux incohérences du système de santé. C'est sans compter aussi la peur de décevoir autrui (patients, collègues) et la peur de ne pas répondre à ses propres attentes. Ce mélange d'insécurité, de déception et de peur peut entraîner un retrait professionnel et un désir de changer de milieu de pratique. À l'inverse, cette crise peut susciter un réengagement et une détermination à maintenir des normes de pratique élevées dans les mois à venir.

Un tournant important dans ce stade est le réengagement des IND avec leurs aspirations personnelles mises de côté au profit de leur croissance professionnelle. À mesure que les procédures et les situations cliniques sont mieux gérées, la charge cognitive, physique et émotionnelle nécessaire des IND diminue; cela se traduit par une meilleure adaptation aux changements dans leur vie et à un sentiment accru de liberté. Environ 6 à 8 mois après la période d'orientation, les IND retrouvent énergie et enthousiasme, ce qui les incite à explorer des situations nouvelles ou inhabituelles pour faire progresser leurs façons de penser et à fixer des objectifs de carrière à long terme.

Troisième stade : savoir-devenir

Le dernier stade des 12 premiers mois d'exercice des IND est axé sur leur capacité de se démarquer de leurs collègues pour trouver leur place au sein de la communauté professionnelle. Au cours de ce dernier stade, les IND poursuivent le processus de rétablissement et d'affirmation de soi entamé

vers la fin du second stade. Un certain nombre d'IND voient leurs principales relations de soutien basculer. Sans perdre nécessairement leur réseau de soutien à l'extérieur des milieux de soins, ces IND ont tendance à se confier davantage aux collègues qui partagent leur réalité professionnelle. Autrement dit, leurs relations extérieures deviennent quelque peu accessoires durant ce stade de transition.

Dans les premiers mois du troisième stade, les IND continuent de s'ajuster et de s'adapter aux attentes croissantes liées à leurs rôles, à leurs relations, à leurs responsabilités et à la mobilisation de leurs connaissances dans des situations de soins de plus en plus complexes. Cette progression est particulièrement marquée au début du stade, la seconde moitié étant davantage consacrée à l'exploration et à la réflexion critique sur leur environnement de travail. À ce moment, les IND prennent conscience des dimensions socioculturelles et politiques qui influencent leur pratique. Leur capacité à répondre aux appels à l'action devient alors une source de motivation et d'inspiration pour leurs équipes professionnelles.

Bien que les IND déclarent ressentir un stress modéré entre le 9^{e} et 12^{e} mois, les sources de stress évoluent. Des préoccupations initiales liées à leurs capacités individuelles à assumer leurs rôles et responsabilités, les IND ressentent par la suite des frustrations à l'égard du système de santé, de l'établissement ou de l'unité de soins. Comme sources de frustrations, les IND évoquent souvent leur position hiérarchique inférieure perçue comme une forme de dévalorisation professionnelle. Cette réalité peut réduire leur motivation et leur enthousiasme, mais de façon moins marquée qu'aux stades précédents. Pour plusieurs, ces frustrations marquent le départ d'une quête d'épanouissement professionnel au-delà du milieu de soins. Toutefois, les discussions avec des collègues ayant plus d'expérience peuvent les motiver à s'engager dans la défense et la promotion de la profession infirmière, que ce soit dans le milieu clinique ou à l'extérieur de celui-ci.

Au terme des 12 mois, la majorité des IND a surmonté les tensions et les doutes initiaux et dispose d'un niveau de confiance relativement stable dans leurs rôles, responsabilités et routines. Plusieurs comparent leurs compétences avec celles des IND arrivant sur l'unité, et constatent ainsi leur progression. Pouvoir répondre aux questions des autres (au lieu de les poser) et aider à alléger la charge de travail des collègues sont des signes marquants du développement professionnel des IND.

Résumé et recommandations

La théorie des stades de transition suggère que les mesures prises pour résoudre les problèmes inhérents à la période initiale de transition des IND sont sensibles au temps et dépendent de leur position relative sur le continuum de l'expérience de transition. Les IND ont d'abord une approche plutôt prescriptive et linéaire de leur pensée et de leur pratique (Duchscher, 2003a). Tout en s'adaptant à l'évolution des rôles, des routines, des responsabilités et des relations, les IND doivent consacrer toute leur énergie et leur concentration à chacune des tâches (administrer des médicaments, s'entretenir avec des médecins ou changer un pansement, etc.).

Les IND ont besoin de constance, de prévisibilité, de stabilité et de familiarité pendant au moins les quatre premiers mois de pratique. Pour favoriser un environnement sécuritaire pour les IND et la patientèle, les IND ne devraient pas être affectées à des équipes volantes, orienter des personnes étudiantes ou des recrues, ni subir de changement d'horaire de dernière minute ou de surexposition aux heures supplémentaires. Les IND ne devraient pas non plus avoir la responsabilité d'une unité de soins ni être sous l'obligation d'exercer au sein d'une unité où l'acuité des soins est plus élevée.

À mesure que les IND progressent dans les stades de transition, leurs besoins changent. Au cours du deuxième stade de transition, les IND dépassent le stade de novice pour atteindre celui de débutante

avancée ou de débutant avancé (Benner, 1982). Cette progression, généralement observée après 4 à 6 mois, repose sur l'aisance des routines de l'unité acquise au cours des premiers mois de leur transition et la familiarité avec les rôles et les responsabilités. Cette base leur permet d'anticiper et de répondre aux situations qui se présentent. Après environ 6 mois, les IND sont en mesure de soigner de manière sécuritaire des patients dont l'état de santé est plus instable, mais nécessitent encore le soutien de collègues d'expérience afin d'assumer la responsabilité de décisions de plus en plus complexes.

Dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre dans les milieux de santé, les IND sont amenés à progresser rapidement. Bien que certaines responsabilités supplémentaires, comme suivre une formation en réanimation avancée, encadrer des personnes étudiantes ou assumer la responsabilité de l'unité, puissent initialement être perçues comme une marque de confiance, elles peuvent s'avérer contre-productives à long terme si les attentes augmentent trop rapidement. Un temps d'adaptation est nécessaire, habituellement jusqu'au début du deuxième stade (4 à 6 mois), pour leur permettre de retrouver leur équilibre, de restaurer leurs ressources d'énergie et maintenir leur engagement à plus long terme dans leur milieu clinique et dans leur rôle professionnel. Encourager les IND à poursuivre des défis personnels ou des activités de développement personnel et à prendre soin de leur vie en dehors du travail peut préparer le terrain pour le troisième stade de transition.

Lors du dernier stade de transition (savoir-devenir), les IND oscillent entre la satisfaction au travail et leurs aspirations de mobilité ou d'avancement professionnel. Il est judicieux que les mentors et les gestionnaires collaborent avec les IND pour élaborer des plans de carrière sur 2 à 5 ans en tenant compte de leurs aspirations, de leurs besoins d'apprentissage et des besoins de l'organisation. C'est à ce stade que les IND cherchent à se démarquer pour se distinguer et s'intégrer dans la communauté infirmière; cela leur permet aussi de voir les possibilités d'avancement et de changements dans le système de santé. Cette prise de conscience fait partie intégrante de la relation entre la personne mentore et l'IND, une étape saine et essentielle de la maturité sociodéveloppementale de l'IND.

Points clés

- L'expérience de transition professionnelle des IND est décrite comme un important processus d'ajustement aux rôles et aux responsabilités en perpétuel changement.
- L'on considère généralement que cette transition s'opère pendant les 12 premiers mois suivant la diplomation.
- Cette période constitue un processus de développement tant personnel que professionnel. Les IND progressent à travers les stades du savoir-faire, du savoir-être et du savoir-devenir.
- La théorie des stades de transition souligne l'importance de laisser aux IND le temps nécessaire pour s'adapter et développer leur réflexion ainsi que leur expertise clinique. Ce temps d'adaptation est essentiel pour leur permettre de progresser de manière saine et durable à travers les différentes étapes de leur transition.

Discussion

Grâce à une méthodologie rigoureuse en quatre étapes, ce projet a permis la traduction française et l'adaptation de la théorie des stades de transition de Duchscher au contexte québécois. Cette démarche itérative, menée en collaboration avec des personnes expertes et l'auteure originale, a rendu la théorie accessible aux équipes cliniques, une condition indispensable à son application dans la pratique. L'ensemble du processus avait également pour but de placer la théorie dans le contexte socioculturel

actuel. En effet, les études qui en constituent le fondement ont été réalisées il y a plus de 20 ans. Certains éléments contenus dans la théorie originale peuvent être moins applicables ou avoir changé dans la société d'aujourd'hui. En somme, la participation active de personnes expertes francophones et anglophones s'est révélée un élément essentiel pour favoriser l'équivalence conceptuelle. De plus, nous jugeons que l'implication de l'auteure tout au long du processus constitue un atout intéressant pour préserver les concepts riches et complexes de la théorie.

Bien que cette démarche soit rigoureuse, elle comporte certaines limites. Contrairement aux instruments de mesure qui tentent de quantifier un phénomène précis, une théorie cherche à saisir la profondeur et la richesse d'une expérience dans toute sa complexité. La prochaine section aborde certaines considérations méthodologiques qui permettent de saisir les nuances et la complexité de l'expérience de transition des IND.

Considérations méthodologiques

En recherche transculturelle, l'atteinte d'une équivalence conceptuelle est un défi, puisqu'aucune langue n'est parfaitement identique à une autre (Papadakis et al., 2022). De manière générale, il est plutôt simple d'arriver à une équivalence grammaticale ou syntaxique, alors qu'il est très difficile d'arriver à une équivalence conceptuelle. Il s'agit pourtant de l'équivalence la plus importante (Sechrest et al., 1972). Pour cette raison, une simple traduction de la langue source vers la langue cible n'est souvent pas suffisante (Papadakis et al., 2022). Ainsi, l'adaptation française des trois stades de transition *Doing – Being – Knowing* est impossible avec une simple traduction ou un recours à un dictionnaire bilingue anglais-français, puisque le temps de verbe utilisé en anglais indique un état progressif qui permet de décrire une action en cours. En français, une traduction littérale donnerait « Faire – Être – Savoir ». Or, ces termes ne rendent pas pleinement compte de la dynamique progressive de chaque stade. À titre d'exemple, le deuxième stade va au-delà de l'état d'*être*; il marque plutôt une immersion identitaire progressive de l'IND dans la profession infirmière. Pour cette raison, nous croyons que le terme « savoir-être » englobe plus fidèlement la transformation de l'IND qui s'approprie son rôle et adopte les comportements attendus dans sa profession.

Autrement dit, il ne s'agit pas de traduire littéralement les termes, mais bien de préserver le sens et la signification des concepts. Par exemple, Duchscher qualifie la transition professionnelle des IND comme un « *process of becoming* ». Une traduction littérale indiquerait qu'il s'agit d'un « processus de devenir ». Cette traduction est inexacte et n'englobe pas le sens ou la signification du concept. Il est plutôt question d'un processus de transformation, où l'IND évolue personnellement et professionnellement. Cet exemple souligne l'importance d'une traduction des concepts et des idées dans leur globalité, ce qui exige de dépasser la simple correspondance des mots pour comprendre l'essence, parfois implicite, d'un message. Dans cette optique, la prudence est de mise avec l'avènement de l'intelligence artificielle pour la traduction afin d'éviter toute simplification qui risquerait de dénaturer les idées et concepts sous-jacents.

Limites de la portée théorique

Les travaux de traduction et d'adaptation ont révélé certaines limites quant à la portée de la théorie des stades de transition de Duchscher. La théorie reflète la transition professionnelle, mais également personnelle que vivent les IND en début de pratique. Ceci présuppose que ces IND n'ont pas déjà vécu certaines de ces transitions, étant pour la majorité de jeunes adultes. Or, depuis 2005, l'âge moyen à la diplomation en soins infirmiers au Québec varie entre 25,4 ans et 27,0 ans (ET : 0,4) (Marleau, 2020; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2025). Selon Marleau (2020), le choix de la profession

infirmière est une seconde carrière ou un retour sur le marché du travail pour un nombre élevé d'IND, ce qui expliquerait l'âge moyen plus élevé observé ces dernières années.

Bien que la théorie des stades de transition ait été développée à partir d'études portant sur des IND de première et de seconde carrière et que leurs réalités aient été intégrées au modèle, il est essentiel de reconnaître que l'expérience de transition pourrait varier entre ces deux groupes d'IND. Une étude mixte menée par Rainbow et Steege (2019) a d'ailleurs révélé des différences notables entre les IND de première et de seconde carrière, notamment en ce qui concerne les sources de stress et les mécanismes d'adaptation. Alors que les IND de première carrière expriment des difficultés d'adaptation, celles de seconde carrière ressentent une pression supplémentaire pour réussir leur réorientation de carrière (Mohamed, 2019).

De plus, une revue intégrative de la littérature sur les facteurs associés à l'intention des IND de quitter la profession a indiqué que le choix de la profession infirmière comme seconde carrière représente un facteur de risque (Lyu et al., 2024). Les IND en reconversion professionnelle pourraient avoir choisi la profession infirmière sans connaître pleinement ses réalités, ce qui affecte leur expérience de transition et leur implication, les rendant ainsi plus susceptibles de quitter la profession. Il serait alors pertinent d'explorer l'influence des motivations individuelles et des parcours antérieurs sur l'expérience de transition.

Il serait également pertinent d'examiner la transition professionnelle des infirmières et infirmiers diplômés à l'étranger, particulièrement dans le contexte québécois où leur recrutement est à la hausse (Gélinas et Fournier, 2023). À cet effet, Stewart (2021) estime que les infirmières et infirmiers diplômés à l'étranger requièrent une période d'adaptation et de transition plus longue. Or, ces personnes infirmières ne sont pas nécessairement nouvellement diplômées. Bien que plusieurs aspects du choc de transition soient applicables, il convient d'être prudent quant à l'utilisation de la théorie des stades de transition avec ces personnes. Davantage d'études sont nécessaires pour valider l'applicabilité des théories du choc de transition et des stades de transition auprès de ces personnes.

Enfin, bien que la programmation de recherche de Duchscher ait exploré la transition des IND au sein de différents milieux de soins, y compris les unités de soins critiques, ses conclusions sur les nuances de cette transition n'ont pas été publiées (Duchscher, communication personnelle, 21 février 2025). Néanmoins, l'étude de Duchscher et Painter (2021) sur l'expérience de transition des IND qui commencent leur carrière à l'urgence a renforcé les principes de la théorie. Cette dernière étude soutient d'ailleurs que les milieux de soins imprévisibles où l'acuité des soins est élevée ne sont pas recommandés pour les IND.

Les unités de soins critiques présentent des caractéristiques particulières, telles qu'un environnement hautement technologique, une acuité de soins élevée, une pression constante liée à la surveillance des personnes soignées à l'état instable, ainsi qu'une culture professionnelle singulière. Ces particularités influencent inévitablement l'expérience de transition des IND. Gellner et al. (2023) rapportent que la majorité des IND ne se sentent pas en confiance dans leurs responsabilités en soins critiques. Parmi les difficultés documentées, l'évaluation clinique et la reconnaissance de changements cliniques subtils, la priorisation des soins, la gestion des médicaments propres aux soins critiques et la communication avec les acteurs du milieu clinique s'avèrent particulièrement exigeantes (Duchscher et Painter, 2021; Labrague, 2024; Lewis-Pierre, 2013; Serafin et al., 2022). Face à ces embûches, les IND expriment une peur de révéler leur incompétence, ce qui constitue un obstacle majeur à leur adaptation (Serafin et al., 2022) et les pousse à jongler entre la confiance et l'humilité pour gagner en crédibilité (DeGrande et al., 2018). L'intégration dans ces milieux est d'autant plus difficile en raison des difficultés

liées à l'acceptation par les collègues, rendant l'expérience intimidante pour plusieurs infirmières et infirmiers (Bryant et al., 2024; Duchscher et Painter, 2021). Ces difficultés sont exacerbées par les écarts générationnels entre les IND et les infirmières expérimentées, comme le soulignent Serafin et al. (2022).

Bien que la théorie des stades de transition offre un cadre pertinent pour la transition professionnelle des IND, nous croyons que la réalité particulière des milieux de soins surspécialisés pourrait influencer la trajectoire de transition. Nous soulignons d'ailleurs la nécessité de mener davantage d'études dans ces milieux afin d'évaluer dans quelle mesure la théorie des stades de transition reflète pleinement la réalité des IND en soins surspécialisés, comme les soins critiques, la santé mentale ou les soins primaires.

Évolution des pratiques d'intégration et implications pour la théorie

Un des éléments peu expliqués du modèle est la notion d'orientation. Or, les programmes d'orientation ont énormément évolué ces 20 dernières années, notamment depuis que l'Institute of Medicine (2011) a recommandé que toutes les IND aient accès à un programme de résidence en soins infirmiers. Ces programmes, beaucoup plus longs et structurés, offrent un soutien optimal des IND (Chant et Westendorf, 2019; Masso et al., 2022). Ils comportent une période de jumelage clinique avec une personne infirmière préceptrice dont la durée varie selon les besoins des IND. Cependant, dans certains milieux, le préceptorat et l'orientation sont synonymes. Il devient donc plus difficile de déterminer à quel moment commence réellement la transition des IND selon le modèle si la notion d'orientation n'est pas bien définie.

Lors du premier stade de transition, des IND mentionnent leur manque de préparation pour la pratique professionnelle, une raison souvent alléguée pour expliquer la difficulté de transition. Or, une revue systématique récente sur le niveau de compétences des IND brosse un portrait somme toute positif (Charette et al., 2020) : le niveau de compétences des IND est évalué comme étant bon, acceptable ou adéquat. Lorsque ce niveau de compétences est comparé au développement de l'expertise de Benner (1982), il correspond au niveau de novice ou de débutante avancée, ce qui est logique, considérant le peu d'expérience clinique des IND. Dans une étude de la portée, Masso et al. (2022) concluent que les critiques et les inquiétudes relatives au niveau de compétences des IND sont amplifiées par les attentes parfois irréalistes des milieux cliniques. À cet effet, les attentes professionnelles exigeantes, notamment auprès de personnes dont l'état clinique est instable, contribuent à l'incertitude et à la perte de confiance des IND en début de carrière (DeGrande et al., 2018). Enfin, selon plusieurs auteurs, le sentiment d'insécurité perçu par les IND ne résulterait pas nécessairement d'un réel manque de connaissances et de compétences, mais plutôt de la perception subjective d'un manque de préparation (Elias et Day, 2020; Kaldal et al., 2023; Masso et al., 2022).

Dans cette optique, la théorie des stades de transition de Duchscher insiste sur l'importance du temps et de la stabilité au cours des six premiers mois de pratique. Cette stabilité est d'ailleurs reconnue comme un facteur clé pour faciliter la transition des IND (Bryant et al., 2024; Charette et al., 2019; Duchscher et Painter, 2021). Pourtant, dès leur embauche, de nombreuses IND se retrouvent affectées à des postes au sein d'équipes volantes. Bien que certaines infirmières plus performantes puissent voir ces défis comme des occasions de développement, il importe de comprendre que ce contexte peut s'avérer difficile pour la majorité des IND qui nécessitent davantage de repères et de constance durant leur transition professionnelle.

Enfin, Duchscher (2008) explique que toutes les IND traverseront les stades de transition à un rythme qui leur est propre. Cette idée est reprise par Masso et al. (2022) : le choc de la réalité ou le choc

de transition est encore présent et le sera probablement toujours pour la majorité des IND. On peut cependant mettre en place des programmes ou des stratégies pour les soutenir dans cette transition et ainsi garantir de meilleurs résultats pendant la première année de pratique professionnelle.

Application de la théorie à la pratique

Historiquement, la transition professionnelle des IND a souvent été décrite en faisant appel à des concepts tels que le « choc de la réalité » (Kramer, 1974) ou le « choc de la transition » (Duchscher, 2009), deux expressions qui illustrent l'expérience déstabilisante de la prise de conscience de l'écart entre la théorie et la pratique. Or, ces deux concepts constituent un aspect du stade initial (savoir-faire) de la théorie des stades de transition. Une idée répandue, mais erronée, veut que le choc de la réalité et le choc de la transition persistent durant les trois stades de la transition. Toutefois, l'expérience du choc est circonscrite aux premières semaines ou aux premiers mois suivant l'entrée dans la profession des IND, même si certains aspects de cette expérience se prolongent dans le temps.

Bien que les concepts du choc de la réalité et du choc de la transition permettent de mieux appréhender l'expérience de transition initiale, ils ne suffisent pas à guider les milieux cliniques dans l'accompagnement des IND lors de leur première année de pratique. En revanche, la théorie des stades de transition offre une vision plus holistique de l'expérience des IND, car elle reconnait que la transition est un processus évolutif qui se déroule pendant la première année de pratique. Cette perspective permet de mieux structurer les stratégies de soutien selon l'évolution des besoins des IND au fil du temps.

Conclusion

La théorie des stades de transition de Duchscher (2008) a été traduite en français et adaptée au contexte québécois. La théorie rappelle que les 12 premiers mois de transition vers la pratique professionnelle dans les milieux cliniques font partie d'un processus de développement de soi. Les IND s'engagent dans ce processus tant personnel que professionnel en passant par trois stades : 1) savoir-faire; 2) savoir-être; et 3) savoir-devenir. La théorie des stades de transition suggère que les IND ont besoin de temps pour s'adapter et développer leur réflexion et leur expertise clinique, ce qui leur permet de progresser sainement dans les stades de transition. Aussi, la théorie se révèle utile pour les milieux universitaires et cliniques pour les trois raisons suivantes : 1) elle offre une vision plus nuancée de la transition professionnelle; 2) elle tient compte à la fois des dimensions professionnelles et personnelles du développement des IND; 3) elle guide l'élaboration de stratégies d'accompagnement et de soutien adaptées à chaque stade de transition.

Enfin, la méthodologie utilisée s'appuie sur un processus en quatre étapes : 1) la traduction de la langue source (anglais) vers la langue cible (français); 2) la comparaison des deux traductions, la synthèse de ces traductions et la validation de la version initiale; 3) la rétrotraduction à l'aveugle; et 4) la validation de la version rétrotraduite. Ainsi, ce projet ouvre la voie à d'autres initiatives d'adaptation transculturelle qui favorise le partage des connaissances entre les équipes de recherche et les cliniciens et cliniciennes à l'échelle internationale.

Références

Benner, P. (1982). From novice to expert. *American Journal of Nursing*, *82*(3), 402–407.

Bryant, E., Rush, K. L., Reekie, M., Duchscher, J. B. et Epp, S. (2024). The transition experiences of new nurse graduates participating in an emergency department pathway from undergraduate to 3 months post-pathway: An interpretive description study. *Nurse Education Today*, *138*, 106191. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106191

Chant, K. J. et Westendorf, D. S. (2019). Nurse residency programs: Key components for sustainability. *Journal for Nurses in Professional Development*, *35*(4), 185–192. https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000560

Charette, M., Goudreau, J. et Bourbonnais, A. (2019). Factors influencing the practice of new graduate nurses: A focused ethnography of acute care settings. *Journal of Clinical Nursing*, *28*(19–20), 3618–3631. https://doi.org/10.1111/jocn.14959

Charette, M., McKenna, L. G., Deschênes, M.-F., Ha, L., Merisier, S. et Lavoie, P. (2020). New graduate nurses' clinical competence: A mixed methods systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, *76*(11), 2810–2829. https://doi.org/10.1111/jan.14487

Cowin, L. S. et Hengstberger-Sims, C. (2006). New graduate nurse self-concept and retention: A longitudinal survey. *International Journal of Nursing Studies*, *43*(1), 59–70. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.03.004

DeGrande, H., Liu, F., Greene, P. et Stankus, J.-A. (2018). The experiences of new graduate nurses hired and retained in adult intensive care units. *Intensive and Critical Care Nursing*, *49*, 72–78. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.08.005

Duchscher, J. E. B. (2001). Out in the real world: Newly graduated nurses in acute-care speak out. *The Journal of Nursing Administration*, *31*(9), 426–439. https://doi.org/10.1097/00005110-200109000-00009

Duchscher, J. E. B. (2003a). Critical thinking: Perceptions of newly graduated female baccalaureate nurses. *Journal of Nursing Education*, *42*(1), 14–27. https://doi.org/10.3928/0148-4834-20030101-06

Duchscher, J. E. B. (2003b). *Employing nursing graduates in emergency: A qualitative exploration of the integration of newly graduated registered nurses into an emergency department* [Manuscrit inédit].

Duchscher, J. E. B. (2007). *Professional role transition into acute-care by newly graduated baccalaureate female registered nurses* [Thèse de doctorat inédite]. University of Alberta. https://doi.org/10.7939/r3-89ae-3490

Duchscher, J. B. (2008). A process of becoming: The stages of new nursing graduate professional role transition. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, *39*(10), 441–450. https://doi.org/10.3928/00220124-20081001-03

Duchscher, J. E. B. (2009). Transition shock: The initial stage of role adaptation for newly graduated registered nurses. *Journal of Advanced Nursing*, *65*(5), 1103–1113. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04898.x

Duchscher, J. B. (2012). *From surviving to thriving: Navigating the first year of professional nursing practice*. Nursing the Future.

Duchscher, J. B. et Windey, M. (2018). Stages of transition and transition shock. *Journal for Nurses in Professional Development*, *34*(4), 228–232. https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000461

Duchscher, J. E. et Painter, S. (2021). Proceed with caution: Integrating newly graduated nurses into an emergency department. *Advanced Emergency Nursing Journal*, *43*(1), 53–70. https://doi.org/10.1097/TME.0000000000000334

Elias, C. E. et Day, T. (2020). Experiences of newly qualified nurses in critical care: A qualitative systematic review. *Journal of the Intensive Care Society*, *21*(4), 334–343. https://doi.org/10.1177/1751143720926794

Epstein, J., Santo, R. M. et Guillemin, F. (2015). A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. *Journal of Clinical Epidemiology*, *68*(4), 435–441. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.11.021

Gélinas, E. et Fournier, V. (2023). Le recrutement des infirmières à l'étranger. *Perspective infirmière*, *20*(2), 20–23. https://www.oiiq.org/documents/20147/15484918/PI-vol20-no-Printemps2023-web.pdf#page=20

Gellner, P., DiLibero, J. et Griffin, A. (2023). Evaluating the health of the work environment and the perception of new nurses during the transition to practice in critical care. *Dimensions of Critical Care Nursing*, *42*(6), 349–357. https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000607

Gjersing, L., Caplehorn, J. R. M. et Clausen, T. (2010). Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. *BMC Medical Research Methodology*, *10*, Article 13. https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-13

Institute of Medicine. (2011). *The future of nursing: Leading change, advancing health*. The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/12956

Kaldal, M. H., Conroy, T., Feo, R., Grønkjær, M. et Voldbjerg, S. L. (2023). Umbrella review: Newly graduated nurses' experiences of providing direct care in hospital settings. *Journal of Advanced Nursing*, *79*(6), 2058–2069. https://doi.org/10.1111/jan.15434

Kramer, M. (1974). *Reality shock: Why nurses leave nursing*. Mosby.

Labrague, L. J. (2024). Reality shock in newly graduated critical care nurses and its association with missed nursing care: The mediating role of caring ability. *Intensive and Critical Care Nursing*, *80*, 103554. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103554

Lavoie, P., Deschênes, M.-F., Richard, V., Pepin, J., Tanner, C. et Lasater, K. (2021). Traduction et adaptation d'un modèle du jugement clinique infirmier pour la recherche et la formation infirmière en contexte francophone. *Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière*, *7*(2), Article 4. https://doi.org/10.17483/2368-6669.1272

Lewis-Pierre, L. (2013). *Workplace readiness of new ICU nurses: Perceptions of managers, educators, preceptors, and new RN graduates* [Thèse de doctorat, University of Phoenix]. ProQuest Dissertations & Theses.

Lyu, X.-C., Huang, S.-S., Ye, X.-M., Zhang, L.-Y., Zhang, P. et Wang, Y.-J. (2024). What influences newly graduated registered nurses' intention to leave the nursing profession? An integrative review. *BMC Nursing*, *23*, Article 57. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01685-z

Marleau, D. (2020). *Portrait de la relève infirmière 2019-2020*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. https://www.oiiq.org/documents/20147/9565847/Portrait-releve-2019-2020.pdf/e49a3fda-152c-7f5f-2e8c-b19908f2ae88

Masso, M., Sim, J., Halcomb, E. et Thompson, C. (2022). Practice readiness of new graduate nurses and factors influencing practice readiness: A scoping review of reviews. *International Journal of Nursing Studies*, *129*, 104208. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104208

McIntyre, N., Crilly, J. et Elder, E. (2024). Factors that contribute to turnover and retention amongst emergency department nurses: A scoping review. *International Emergency Nursing*, *74*, 101437. https://doi.org/10.1016/j.ienj.2024.101437

Mohamed, L. K. (2019). First-career and second-career nurses' experiences of stress, presenteeism and burn-out during transition to practice. *Evidence-Based Nursing*, *22*(3), 85. https://doi.org/10.1136/ebnurs-2019-103069

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2025). *Statistiques des diplômés au Québec* [Document inédit].

Papadakis, N. M., Aletta, F., Kang, J., Oberman, T., Mitchell, A. et Stavroulakis, G. E. (2022). Translation and cross-cultural adaptation methodology for soundscape attributes – a study with independent translation groups from English to Greek. *Applied Acoustics*, *200*, 109031. https://doi.org/10.1016/j.apacoust.2022.109031

Polat, S. et Terzi, B. (2018). Identification of the burnout and job satisfaction levels of the beginner nurses who were in the process of orientation. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, *7*(12), 156–163.

Rainbow, J. G. et Steege, L. M. (2019). Transition to practice experiences of first- and second-career nurses: A mixed-methods study. *Journal of Clinical Nursing*, *28*(7–8), 1193–1204. https://doi.org/10.1111/jocn.14726

Reebals, C., Wood, T. et Markaki, A. (2021). Transition to practice for new nurse graduates: Barriers and mitigating strategies. *Western Journal of Nursing Research*, *44*(4), 416–429. https://doi.org/10.1177/0193945921997925

Schumacher, K. L. et Meleis, A. L. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, *26*(2), 119–127. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x

Sechrest, L., Fay, T. L. et Zaidi, S. M. H. (1972). Problems of translation in cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, *3*(1), 41–56. https://doi.org/10.1177/002202217200300103

Serafin, L., Pawlak, N., Strząska-Kliś, Z., Bobrowska, A. et Czarkowska-Pączek, B. (2022). Novice nurses' readiness to practice in an ICU: A qualitative study. *Nursing in Critical Care*, *27*(1), 10–18. https://doi.org/10.1111/nicc.12603

Sousa, V. D. et Rojjanasrirat, W. (2011). Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: A clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, *17*(2), 268–274. https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x

Stewart, C. (2021). Understanding new nurses' learning experiences in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, *67*, 103094. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103094

Wakefield, E., Innes, K., Dix, S. et Brand, G. (2023). Belonging in high acuity settings: What is needed for newly graduated registered nurses to successfully transition? A qualitative systematic review. *Nurse Education Today*, *121*, 105686. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105686

Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A. et Erikson, P. (2005). Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: Report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. *Value in Health*, *8*(2), 94–104. https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x