

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR
SARA KNOWLTON-LEBLOND

LE COACHING DES INFIRMIÈRES AU SUJET DE LA COMMUNICATION
UTILISÉE LORS DE COLLABORATION INTERPROFESIONNELLE

JUIN 2010

Table des matières

Sommaire	ii
Liste des tableaux.....	vi
Liste des figures	vii
Remerciements.....	viii
Introduction	1
Chapitre 1 : La problématique	4
1.1 Le contexte actuel	6
1.2 La préoccupation personnelle	10
1.2 La situation idéale.....	13
Chapitre 2 : Le cadre de référence	14
2.1 La théorie des « 4C »	15
2.2 Le modèle de Hackman	17
2.3 Le modèle de Grant.....	26
2.4 La solution proposée.....	28
2.5 Le but de l'intervention.....	29
Chapitre 3: La recensions des écrits.....	31
3.1 Équipe interprofessionnelle	32
3.2 Collaboration.....	31
3.3 Coaching	46
Chapitre 4 : La méthodologie	59
4.1 But de l'intervention	60
4.2 Stratégie utilisée.....	61
4.3 Sélection et recrutement des cas	62
4.4 Outils et méthodes de collecte des données.....	63
4.5 Description et déroulement de l'intervention	69
4.6 Le plan d'analyse des données.....	72
4.7 Considérations éthiques	72
4.8 Biais du projet.....	74
4.9 Avantages anticipés	74
Chapitre 5 : Les résultats et l'évaluation de l'intervention.....	76
5.1 Objectif personnel d'apprentissage.....	87
Chapitre 6 : La discussion et les recommandations	89
6.1 Liens entre les résultats et la littérature.....	90
6.2 Retombées pour la pratique infirmière	95
6.3 Limites du projet	97
6.4 Forces du projet.....	98

6.5 Recommandations pour l'établissement de santé	99
Conclusion	102
Références	105
Appendice A : Lettre de recrutement.....	112
Appendice B : Le NTCI modifié pour l'intervention	115
Appendice C : Lettre de permission de Wendy Ford.....	119
Appendice D : Les questions pour le journal de bord.....	121
Appendice E : Le profil des participantes.....	132
Appendice F : Les certificats éthiques.....	134
Appendice G : Le consentement.....	136
Appendice H : Le scénario du jeu de rôle.....	139

Sommaire

Nul ne peut douter que la tendance vers une pratique dite interprofessionnelle marque actuellement l'offre de soins et de services de santé. Dans un établissement de soins de longue durée où la pratique interprofessionnelle est très importante on observe que le personnel infirmier ne communique pas de façon optimale la perspective infirmière aux membres de l'équipe interprofessionnelle. Une approche de coaching structurée est donc mise en place afin d'assurer la contribution significative du personnel infirmier lors des réunions d'équipe interprofessionnelles. Cette approche a comme cadre de référence la théorie des 4 C d'Apker, Propp, Ford et Hofmeister (2006), le modèle de Hackman (*Hackman's Model for Enhancing Team Effectiveness*, 2002) et le modèle de Grant (*Generic Model of Goal-directed Self-regulation*, 2006). Des autoévaluations, des journaux de bord et des observations directes lors des réunions d'équipes ont permis d'évaluer le projet. Ces données reflètent que les participantes ont progressé en regard de certaines habiletés de communication utiles lors des réunions d'équipes interprofessionnelles. Il est donc recommandé que le coaching soit un moyen utile pour soutenir et encourager les infirmières à communiquer efficacement et professionnellement lors de réunions d'équipe interprofessionnelle.

Mots clés :

Coaching, communication, collaboration, travail d'équipe, interprofessionnelle.

Anglais : Coaching, communication, collaboration, teamwork, interprofessional

avoir réalisées leurs plans d'action. Finalement, l'auteure recommande que le coaching soit un moyen utile pour encourager les infirmières à collaborer efficacement au sein d'une équipe interprofessionnelle. Cette approche peut aussi être employée avec tous les membres de l'équipe interprofessionnelle dans le but d'améliorer son fonctionnement global.

Mots clés :

Coaching, communication, collaboration, travail d'équipe, interprofessionnelle.

Anglais : Coaching, communication, collaboration, teamwork, interprofessional.

Liste des tableaux

Tableaux

1	Résumé des statistiques descriptives et psychométriques du TDS.....	23
3	Les éléments du travail d'équipe selon les professionnels de la santé	41
4	Les degrés de coaching selon les besoins du client	49
5	Déroulement et activités de l'intervention.....	71
6	Résultats du NTCI de IA : Autoévaluation et observation	77
7	Résultats des journaux de bord de IA	78
8	Résultats du NTCI de IAA : Autoévaluation et observation	82
9	Résultats des journaux de bord de IAA	83

Liste des figures

Liste des figures

Figures

1	Modèle de prestation de soins infirmiers : Soins-Autonomes-Collaboratifs	6
2	Ancien mode de la répartition de la charge de travail de l'équipe soignante	8
3	Nouveau mode de la répartition de la charge de travail de l'équipe soignante.	9
4	<i>Hackman's Model for Enhancing Team Effectiveness</i>	19
5	<i>Generic Model of Goal-directed Self-regulation</i>	26
6	Les divers degrés de la collaboration.....	35
7	L'étude de cas comme méthode de recherche	62

Remerciements

Je remercie ma Directrice d'essai madame Chantal Saint-Pierre et mon co-directeur d'essai monsieur Mario Lepage de l'Université du Québec en Outaouais pour leur soutien. Je remercie également la Directrice de la pratique des soins infirmiers ainsi que la Chef des soins infirmiers de l'hôpital où s'est déroulée l'intervention. Le projet a été développé dans cette institution grâce à elles. Je tiens aussi à reconnaître ma collègue madame Draper pour son implication dans ce projet. Je remercie madame Mayrand-Leclerc pour ses commentaires et corrections qui m'ont été utiles. Je remercie surtout mes parents pour leur patience, support et encouragement qu'ils ont démontrés au cours du processus d'obtention de la maîtrise en sciences infirmières.

Introduction

Dans certains milieux de santé de l'Ontario, un des rôles de l'infirmière de pratique avancée (IPA) est d'améliorer la pratique des soins infirmiers à l'échelle de l'organisation, afin de répondre aux besoins de nature complexe de la clientèle. L'IPA exerce ses fonctions dans divers champs d'action tels que la pratique clinique, le leadership, l'éducation et la recherche. Elle travaille en collaboration avec les membres du personnel infirmier dans le but de favoriser la dissémination des données probantes et l'utilisation des pratiques exemplaires en matière de soins.

Au centre hospitalier où l'auteure est elle même IPA, il existe en plus des infirmières, divers autres professionnels de la santé pour offrir des services à la clientèle. Les infirmières collaborent quotidiennement avec ces membres de différentes disciplines et elles sont aussi appelées à faire partie de l'équipe interprofessionnelle. Selon l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), tous les professionnels doivent collaborer de manière efficace, soit de façon interprofessionnelle, soit de façon intraprofessionnelle, afin de prodiguer des soins sécuritaires centrés sur le patient (Frank & Brien, 2008).

Dans l'exercice de ses fonctions, l'auteure a remarqué que la participation active et optimale du personnel infirmier aux réunions interprofessionnelles ne semble pas idéale, ce qui affecte dans une certaine mesure la collaboration et le travail d'équipe.

Au cours de cet essai, la description et l'analyse d'une intervention visant à remédier à cette situation seront exposées. L'étape initiale de ce projet d'intervention est la formulation de la problématique, qui sera d'abord présentée. Cette partie de l'essai comprend la préoccupation personnelle, le contexte actuel et la situation idéale. Par la suite, le cadre de référence, la solution proposée et les objectifs de l'intervention seront détaillés. Suivront par la suite la recension des écrits, la méthodologie de l'intervention, les résultats et l'évaluation du projet, finalement, la discussion et les recommandations.

La problématique

Les équipes interprofessionnelles efficaces tendent vers un but similaire, soit l'amélioration de la santé des patients dont ils s'occupent (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé FCRSS, 2006).

Dans le système de santé canadien actuel, il existe une pénurie d'infirmières autorisées. Les organisations de soins désirent recruter et retenir cette main-d'œuvre spécialisée. Pour attirer ces professionnelles et faire en sorte qu'elles soient satisfaites au travail, leur contribution spécifique doit être mise de l'avant et reconnue par l'équipe interprofessionnelle (Long, Kneafsey & Ryan, 2003).

Dans le centre hospitalier ciblé pour l'intervention, il existe quatre (4) services distincts comprenant 758 lits répartis dans plusieurs édifices. La mission du centre consiste à offrir des soins continus complexes, de la réadaptation, des soins palliatifs, des soins de longue durée et des soins ambulatoires. Dans ces services distincts, plusieurs professionnels de la santé issus de disciplines diverses travaillent ensemble pour offrir des soins et des services à la clientèle. Ce groupe se nomme l'équipe interprofessionnelle. Au sein de celle-ci se trouvent des médecins, des diététistes, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des pharmaciens, des psychologues, des travailleurs sociaux et des infirmières. L'équipe de soins infirmiers comprend les infirmières autorisées (IA), les infirmières auxiliaires autorisées (IAA) et les préposées aux bénéficiaires (PAB).

Le contexte actuel

Un élément important à mentionner est la modification depuis 2006 du mode de prestation des soins infirmiers. Le modèle guidant la pratique des soins infirmiers est passé du type modulaire à un nouveau modèle de soins créé par l'équipe de ressources des soins infirmiers et la chef des soins infirmiers (Leclerc, Doyon, Gravelle, Hall & Roussel, 2008) (Figure 1).

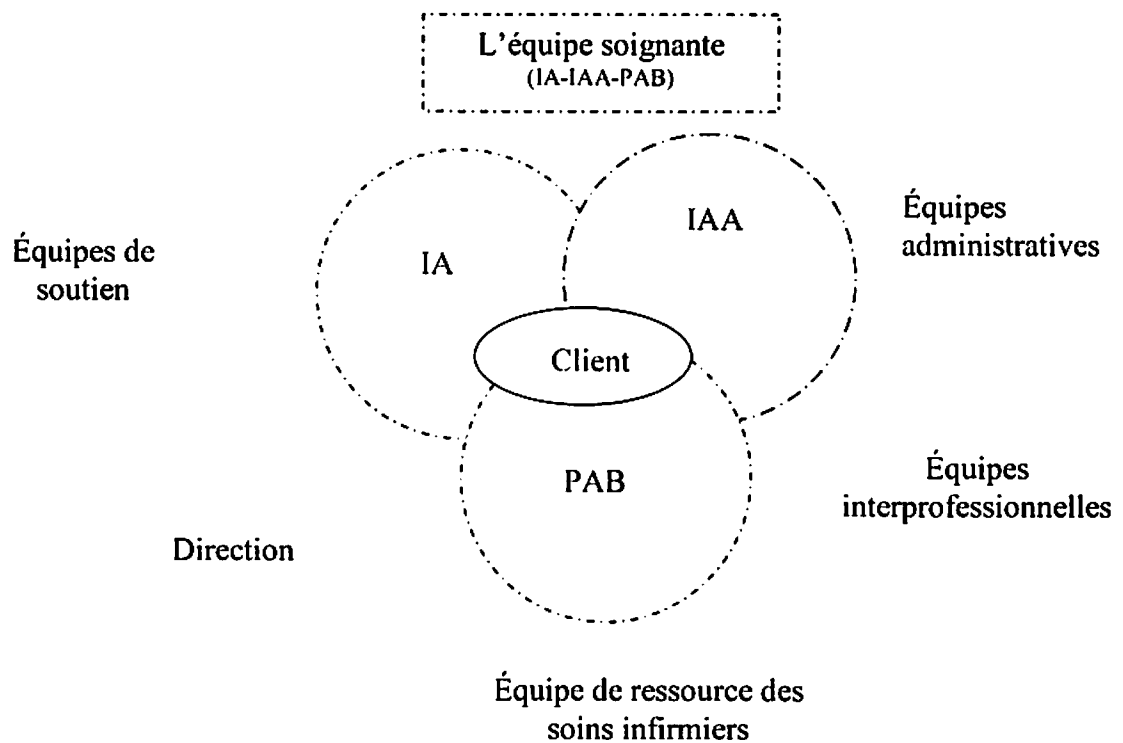


Figure 1. Modèle de prestation de soins infirmiers : Soins-Autonomes-Collaboratifs (Leclerc et al. 2008).

Trois postulats de base régissent ce mode de prestation; l'autonomie, la collaboration et le soin. Premièrement, un des postulats de base de ce modèle est l'autonomie; ce concept renvoie à la capacité des membres du personnel soignant, c'est-à-dire les IA, les IAA et les PAB, de travailler pleinement à l'intérieur de leurs champs d'exercices. Les infirmières autorisées et les infirmières auxiliaires autorisées (IA et IAA) ont la possibilité d'exercer leur jugement clinique en prenant des décisions, toujours dans l'intérêt fondamental du client, tout en étant responsables de celui-ci.

Afin de mieux comprendre le contexte dans lequel ces professionnelles œuvrent, quelques clarifications s'imposent quant à la profession infirmière en Ontario. D'abord l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO) est l'organisme qui régit les 145 000 infirmières et infirmiers autorisés (IA) et infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (IAA) en Ontario. En Ontario, la profession infirmière compte deux groupes : les IA et les IAA. Les IA et les IAA étudient la même science. Les premières suivent un programme d'études plus long et acquièrent des connaissances plus poussées. En 1998, l'OIIO a recommandé qu'à compter de 2005 toutes les nouvelles IA possèdent un baccalauréat en sciences infirmières (OIIO, 2004). En 2000, le gouvernement provincial a approuvé cette recommandation. Par ailleurs, depuis l'an 2000, les IAA ontariennes sont issues de programmes d'études de niveau collégial d'une durée de deux ans. Ces études les préparent à devenir des intervenantes autonomes pour soigner des patients dont l'état est jugé stable et à pallier aux réactions cliniques prévisibles. Elles travaillent donc étroitement en collaboration avec les IA.

Le deuxième postulat du modèle Soins-Autonomes-Collaboratifs est la collaboration. Avec ce modèle les membres du personnel infirmier doivent collaborer afin de prodiguer des soins sécuritaires. Les infirmières doivent partager avec le personnel infirmier et avec certains professionnels, dépendamment de leur champ de pratique, certains éléments de la prise de décisions, de la planification des soins, de la détermination des objectifs et de la résolution de problèmes. Troisièmement, le concept du soin est aussi un des postulats du modèle. Les soins prodigués doivent être centrés sur le patient et en relation avec ses besoins. Le soin doit toujours être sécuritaire, exemplaire et efficace (Leclerc et al. 2008).

L'adoption de ce modèle a obligé la réorganisation de la charge de travail entre les catégories de personnel infirmier. Cette réorganisation a aussi déstabilisé l'équipe interprofessionnelle. Auparavant, avec l'ancien modèle de soins, il existait une IA, superviseure (*Team Leader*), responsable d'un groupe de patients durant le quart de travail de jour (Figure 2).

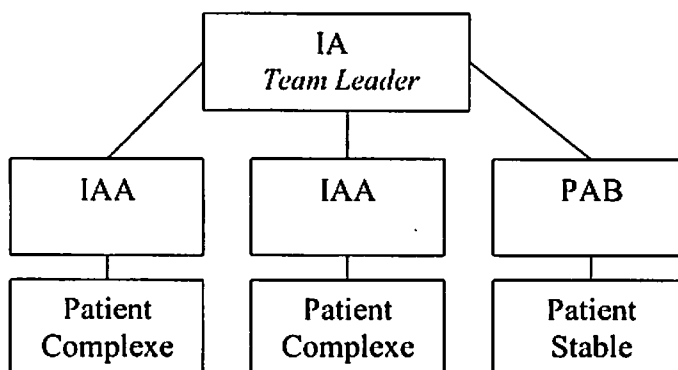


Figure 2. Ancien mode de la répartition de la charge de travail de l'équipe soignante (Leclerc et al. 2008).

L'infirmière *Team Leader* possédait une connaissance de ces patients selon la perspective infirmière et rapportait l'information lors des réunions d'équipe interprofessionnelle. Les PAB et les IAA se rapportaient à celle-ci puisque ces membres du personnel infirmier étaient au chevet des patients. L'IA ne s'occupait donc pas directement des patients : elle coordonnait la communication entre le personnel infirmier, les médecins et les autres professionnels de la santé. Mais depuis l'introduction du nouveau modèle, les IAA et les IA sont toutes les deux responsables, de façon exclusive, d'un certain nombre de patients en leur offrant des soins directs. En vue de la réorganisation de la charge de travail, elles travaillent maintenant sur divers quarts de travail et n'interviennent pas toujours auprès des mêmes patients. Les IA et IAA deviennent donc individuellement responsables de discuter de leurs patients aux réunions interprofessionnelles, et ce, selon une perspective infirmière.

Ce rôle est nouveau pour les IAA et même après quatre années d'implantation, certaines ne parviennent toujours pas à l'appriivoiser. De plus, certaines IA arrivent difficilement à se détacher de leur ancien rôle de superviseure et trouvent regrettable de ne pas travailler avec le même groupe de patients tous les jours (Figure 3).

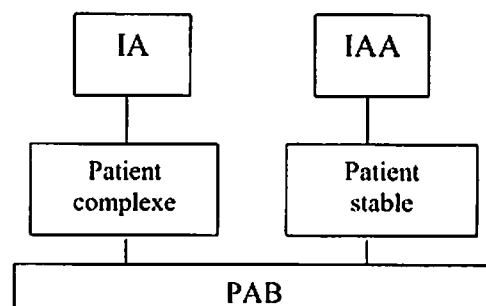


Figure 3. Nouveau mode de la répartition de la charge de travail de l'équipe soignante (Leclerc et al. 2008).

Cette réalité va dans le même ordre d'idée que Hibbert, St-Arnaud & Dharampi (1994), qui soutiennent que le mode de prestation de soins infirmiers mis en place dans une institution influence grandement le fonctionnement de l'équipe interprofessionnelle.

Préoccupation personnelle

Dans un des services particuliers de cet établissement, il a été observé que plusieurs membres des équipes interprofessionnelles se préoccupent de la façon dont leur équipe interprofessionnelle fonctionne. Le forum où le travail d'équipe s'avère le plus visible est la réunion interprofessionnelle, communément appelée la « tournée ». Cette activité est organisée autour de l'ensemble des cas d'un médecin traitant (un groupe de 12 patients environ). Tous les professionnels impliqués dans les soins de ces patients spécifiques se réunissent une fois par semaine afin de discuter de ces cas. Ceci implique que plusieurs équipes différentes se rencontrent à divers moments au cours de la semaine. Dans la majorité des cas, la réunion d'équipe dure une heure. La plupart des professionnels restent pour toute la durée de la réunion d'équipe, mais les membres du personnel infirmier interviennent uniquement pour discuter de leurs patients (un groupe de 4 patients environ). Donc, il y a un « va-et-vient » pendant la réunion. Selon le patient faisant l'objet de la discussion, les sujets varient, passant de la préparation du congé du patient aux buts des soins et aux besoins de la famille.

Les plaintes formulées relativement aux réunions par plusieurs des membres des équipes interprofessionnelles sont multiples. Parmi celles-ci, on note une rupture dans la transmission d'informations entre les professionnels, un manque de renseignements pertinents au sujet des patients ou une préparation non appropriée des professionnels pour ces réunions. Les observations ont donné l'impression que quelques-unes des infirmières ne communiquent pas efficacement lors des réunions. De plus, quelques infirmières avouent ne pas considérer que leur expertise unique est reconnue par leurs collègues. Aussi plusieurs infirmières expriment leur insatisfaction face au mode de fonctionnement de l'équipe. De plus, que les infirmières ne communiquent pas habilement avec l'équipe, qu'elles sortent et entrent de la salle lors des réunions, qu'elles arrivent parfois quelques minutes en retard et que les autres professionnels ne les attendent pas pour discuter des patients auxquels elles dispensent des soins font en sorte, qu'aux dires mêmes des participantes, l'atmosphère est tendue.

À la suite de maintes observations par l'auteure et par l'infirmière de soutien à la pratique (ISP)¹, on remarque que certaines des infirmières semblent peu préparées aux réunions d'équipe. L'auteure de l'essai s'intéresse surtout au fait que les membres du personnel infirmier n'offrent pas une contribution optimale lors des réunions interprofessionnelles, affectant le travail d'équipe et, ultimo, la qualité des soins dispensés. Ceci est important car un travail d'équipe efficace peut avoir plusieurs effets

¹ L'infirmière de soutien à la pratique (ISP) est une IA qui a un rôle de leadership et d'éducation auprès du personnel infirmier en exercice. Son mandat dure un an et elle est affiliée à un service particulier au sein de l'organisation. L'ISP ne s'occupe pas directement des patients. La plus grande partie de son rôle est d'offrir de l'éducation à l'improviste (*Just-in-time*) au personnel infirmier.

positifs sur les patients tels que l'amélioration de la santé ; l'augmentation du niveau de satisfaction ou bien l'adoption de modes de vie plus sains (FCRSS, 2006, 2007; Falise, 2007). Ces réunions d'équipe devraient avoir comme but unique l'articulation cohérente des interventions des professionnels dans un plan de suivi individualisé.

Afin de mieux situer le contexte ontarien, il est important de noter que la majorité des IA de cette province, diplômées depuis 2005, ont reçu un peu d'information au sujet de la collaboration interprofessionnelle dans leur formation universitaire. Certains programmes académiques récents sont organisés dans l'optique de cette finalité : par exemple, à l'Université d'Ottawa, il existe un groupe de travail sur l'interdisciplinarité qui a comme mission de favoriser la recherche et l'enseignement interdisciplinaire dans certains domaines d'études tels que la médecine, les sciences infirmières et la physiothérapie. Cependant, la plupart des professionnels, telles les IA diplômées avant 2005 et les IAA qui pratiquent actuellement au centre hospitalier où œuvre l'auteure n'ont pas eu ce type de formation académique. Il y a donc chez ces professionnels de la santé une méconnaissance à la fois théorique et pratique relativement à la collaboration interprofessionnelle, ce qui peut affecter le travail des équipes interprofessionnelles (Reese & Sontag, 2001).

Par ailleurs, les habiletés de communication apprises à l'université ciblent davantage les interactions entre pairs du même groupe professionnel et celles avec le patient (Hall, 2005), et non la communication d'une contribution spécifique de

l'infirmière dans une équipe interprofessionnelle. On suppose que le personnel infirmier actuel a reçu peu de formation quant aux habiletés de communication à utiliser lors de collaboration entre professionnels. Ceci est important, car on sait qu'une communication efficace est un moyen d'améliorer la qualité des soins offerts par l'équipe interprofessionnelle (Silen-Lipponen, Tossavainen, Turunen & Smith, 2004). Passons maintenant à la description de la situation idéale qu'envisage l'auteure de l'essai.

La situation idéale

Idéalement, les infirmières membres de l'équipe interprofessionnelle (IA et IAA) sont préparées afin d'intervenir adéquatement lors des réunions d'équipe. Elles participent à part entière. Elles communiquent convenablement leurs savoirs infirmiers à l'équipe, relativement aux clients dont elles assument la responsabilité des soins. De cette façon, leur perspective unique, leur expertise spécifique et leur approche professionnelle propre seront partagées et reconnues, augmentant leur crédibilité. Ainsi, les infirmières seraient satisfaites du temps passé à participer aux réunions interprofessionnelles puisqu'elles y auraient pleinement contribué et que cet apport aurait été reconnu par leurs collègues des autres professions. La participation pleine et entière des IA et IAA au travail d'équipe interprofessionnelle permettrait une plus grande efficacité dans les soins dispensés aux patients, car on sait que pour arriver à un travail d'équipe réellement efficace tous les membres doivent fournir de l'effort, des stratégies et du talent (Hackman, 2002). Passons à la description du cadre de référence qui guide l'auteure de l'essai.

Le cadre de référence

Les problèmes indiquent que certaines infirmières n'offrent pas une contribution exemplaire aux réunions d'équipe, affectant dans une certaine mesure le travail d'équipe. Il a été observé qu'elles ne communiquent pas toujours habilement leurs savoirs infirmiers à l'équipe interprofessionnelle. Trois théories en lien avec cette problématique seront présentées dans ce chapitre : 1) les « 4 C » d'Apker, Propp, Ford, et Hofmeister (2006), 2) le *Hackman's Model for Enhancing Team Effectiveness* (Hackman, 2002) et 3) le *Generic Model of Goal-directed Self-regulation* (Grant, 2006). Passons d'abord à la théorie d'Apker et al. (2006). Leur étude qualitative propose des techniques et comportements que l'infirmière peut utiliser pour communiquer habilement et professionnellement avec les équipes dont elle est membre.

La théorie des « 4 C »

Apker et al. (2006) ont voulu explorer, dans une étude qualitative, les habiletés spécifiques que les infirmières emploient pour communiquer efficacement avec les membres des équipes interprofessionnelles et intraprofessionnelles auprès de 50 participants de différents milieux (soins intensifs, médecine et chirurgie). L'étude se déroule dans un centre hospitalier américain de 348 lits. Les chercheurs ont conduit des entretiens guidés, des discussions de groupe et des observations avec les participants de diverses professions. Ils ont analysé les données en se basant sur les méthodes de

recherches de la théorie ancrée (*Grounded Theory Research*) et de l'analyse comparative (*Constant Comparative Analysis*). Les chercheurs ont révélé des habiletés que les infirmières professionnelles et expertes utilisent lors de collaboration. Ces quatre habiletés (*Skill-sets*) sont associées à des comportements et techniques de communication spécifiques. Il s'agit de la collaboration, la crédibilité, la compassion et la coordination. Aux dires mêmes des participantes de l'étude, l'infirmière qui utilise ces quatre habiletés est celle qui va au-delà des exigences de base de son emploi afin de maximiser l'efficacité des équipes dont elle est membre. Regardons de plus près en quoi consistent les « 4C ».

Le premier « C » est la collaboration qui est une habileté qui implique divers comportements et techniques de communication manifestés par les infirmières. Par exemple, les infirmières qui collaborent doivent solliciter des renseignements pertinents au sujet des patients, analyser, organiser, filtrer et partager cette information avec leurs collègues, et participer à la prise de décision avec les autres professionnelles pour trouver des solutions aux problèmes courants. Le deuxième « C » est la crédibilité, cette habileté inclut plusieurs autres comportements tels que l'utilisation d'un langage scientifique et spécialisé pour transmettre ses idées, l'ajustement du niveau de langage selon la personne à qui on s'adresse, et la capacité à dialoguer avec assurance et à confronter les membres d'équipe de manière respectueuse. Le troisième « C » est la compassion qui s'exemplifie par les comportements suivants : démontrer du respect et de l'empathie pour les membres des équipes, défendre les membres d'équipe lorsque cela devient nécessaire, et manifester

son affiliation à la profession infirmière. Enfin le quatrième « C » est la coordination qui se démontre en fonction des comportements suivants : déléguer ses responsabilités au bon membre de l'équipe inter ou intraprofessionnelle, et devenir un mentor pour les résidents en médecine et les infirmières novices.

Selon les auteurs, les « 4C » peuvent être le sujet de formations internes destinées aux infirmières pour favoriser le travail d'équipe (Apker et al. 2006). Par contre, les auteurs ne spécifient pas le meilleur moyen d'éduquer les infirmières au sujet de ces habiletés de communication.

Passons maintenant à une deuxième théorie, faisant partie du cadre, qui guide l'auteure de l'essai. Il s'agit du *Hackman's Model for Enhancing Team Effectiveness* (Hackman, 2002).

Le modèle de Hackman

Le *Hackman's Model for Enhancing Team Effectiveness* (Hackman, 2002) guide aussi l'intervention, bien qu'il ne soit pas issu des sciences infirmières, mais plutôt de la psychologie sociale et organisationnelle. Plusieurs recherches basées sur ce modèle ont trait à la performance des équipes, aux influences sociales sur les comportements individuels ainsi qu'au leadership dans les équipes et les organisations à but lucratif. Le modèle de Hackman a guidé plusieurs recherches auprès d'équipes différentes telles

qu'une équipe de pilotage, un orchestre et une équipe soignante dans un centre hospitalier (Hackman, 2003). Hackman (2002) croit que les équipes de travail sont malhabiles lorsqu'elles sont peu soutenues par les dirigeants et par les leaders de l'organisation. Selon lui, la tâche première du bon chef est de diriger les membres de l'équipe vers le succès en mettant en place des conditions qui augmentent la probabilité d'un travail d'équipe efficace. Par la suite, une fois que l'équipe est établie, le leader met en place des changements minimes, toujours dans le but de favoriser le succès et l'efficacité de l'équipe (Hackman, 2002). Hackman ne pense pas qu'il y a de causes directes, ni qu'il existe une seule stratégie pour améliorer l'efficacité des équipes; ce sont vraiment les membres qui créent leurs propres réalités mais, ils ont souvent besoin de soutien à différents niveaux. Cette idée rejoint D'Amour, Ferrada-Videla, San Martin-Rodriguez et Beaulieu (2005), qui croient que l'on doit agir à différents degrés du système de santé en utilisant des stratégies variées afin de rendre le travail d'équipe des professionnelles réellement efficace.

Le Hackman's Model for Enhancing Team Effectiveness (Hackman, 2002), définit l'efficacité de l'équipe selon trois critères : 1) l'aptitude à créer un produit ou un service de haute qualité, 2) la stabilité et la pérennité de l'équipe, et 3) la contribution de l'équipe au bien-être et à la croissance professionnelle de ses membres (Hackman, 2002). D'après les écrits, il est évident que le simple fait de mettre des professionnelles de la santé ensemble n'occasionnera pas un travail d'équipe efficace et collaboratif (D'Amour et al. 2005). Selon le modèle de Hackman, cinq conditions habilitantes favorisent un travail

d'équipe efficace. Ceux-ci sont : 1) être une vraie équipe (*Real Team*) 2) avoir un but clair (*Compelling Direction*), 3) posséder une structure d'équipe qui permet l'efficacité (*Enabling Structure*) 4) avoir un contexte organisationnel qui soutient l'équipe (*Supportive Organizational Contexte*) et 5) avoir accès à un coach (*Available Coaching*). Bref, le but ultime du *Hackman's Model for Enhancing Team Effectiveness* (Hackman, 2002) est de mettre en place ces éléments permettant aux équipes de devenir de plus en plus efficaces dans le temps, afin de répondre aux trois critères d'efficacité (Figure 4). Regardons de plus près les 5 conditions.

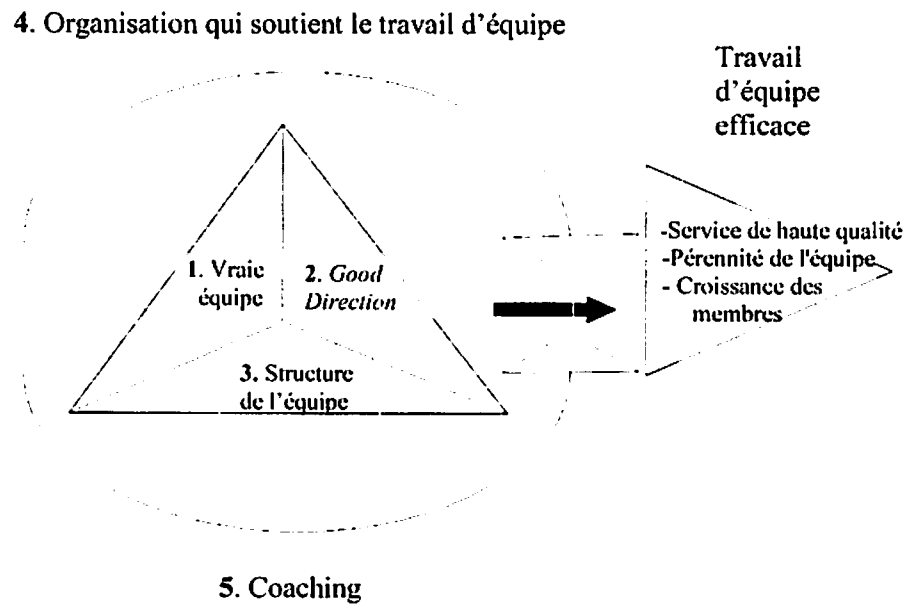


Figure 4. Traduction libre du *Hackman's Model for Enhancing Team Effectiveness* (Hackman, 2002).

Condition 1 : Être une vraie équipe. Selon Hackman (2002), pour être une « vraie » équipe, les quatre caractéristiques suivantes doivent coexister : les professionnels de l'équipe doivent partager des tâches communes; les membres doivent bien se connaître et apprécier leurs forces, leurs limites et leurs rôles; chacun dans l'équipe doit être au courant de son degré d'autorité concernant la prise de décision; et l'adhésion des membres au groupe doit être relativement stable à travers le temps.

Condition 2 : Avoir un but clair. Le travail des membres de l'équipe doit aller dans la même direction que la mission de l'organisation pour augmenter les chances que l'équipe soit efficace. Les membres de l'équipe doivent aussi avoir une conception claire du travail à entreprendre. Si les objectifs de l'équipe sont clairs, complexes et importants, le travail d'équipe sera plus efficace.

Condition 3 : Structure de l'équipe qui permet l'efficacité. Selon Hackman (2002), la taille, la combinaison des membres, leurs aptitudes à la communication et l'existence de normes de conduite doivent faciliter le travail des membres. L'équipe doit être de taille appropriée ainsi qu'avoir un mélange diversifié de membres qui reflète les besoins des clients. Cette structure permet aux membres de travailler efficacement.

The optimum team size is one that maximizes the human resources the team has for use in its work without running the risk of the team getting bogged down trying to coordinate and maintain the engagement of a large number of people (Hackman, 2002, p. 118).

L'équipe ne doit pas seulement se constituer d'un amalgame de personnes réunies dans un espace commun. Dans un groupe équilibré, les membres ont des talents et des perspectives variés, mais ils sont tout de même assez similaires pour pouvoir communiquer efficacement. La sociabilité des membres du groupe est aussi un élément nécessaire pour arriver à un travail d'équipe efficace. Selon Hackman (2002), les membres qui ne sont pas habiles pour communiquer devraient recevoir du coaching au sujet de ces habiletés, soit par le leader de l'équipe ou dans le cadre d'une formation. La présence d'une communication efficace est un déterminant de la collaboration et ressort fortement dans la littérature empirique (Apker et al. 2006; D'Amour et al. 2005; Burd, Chueng, Ho, Wong, Ying & Cheng, 2002; Henneman, Lee & Cohen, 1995).

Condition 4 : Contexte organisationnel soutenant l'équipe. Trois systèmes organisationnels doivent être en place pour favoriser un travail d'équipe efficace. D'abord, l'équipe devrait recevoir régulièrement des rétroactions et de l'information au sujet de ses méthodes de travail, ainsi qu'au sujet de sa performance. Deuxièmement, il doit y avoir des stratégies en place dans l'organisation pour reconnaître et récompenser les équipes qui accomplissent efficacement leur travail : une approche de gestion appréciative encourage les membres à penser en terme de « nous » au lieu de « moi ». De plus, les membres des équipes devraient avoir accès à de l'éducation afin de pouvoir être formés, au besoin, sur les compétences liées à leurs rôles disciplinaires. Finalement, l'équipe doit posséder les ressources matérielles, l'espace physique et le temps nécessaire pour pouvoir travailler ensemble.

Condition 5 : Présence d'un coach. Les membres de l'équipe doivent avoir accès à un coach expert en travail d'équipe. Le coach aide l'équipe ou certains membres individuels à accentuer les contributions personnelles au travail d'équipe (Hackman & Wageman, 2005). Un travail d'équipe efficace est basé sur trois normes de performance individuelle : le niveau d'effort que les individus dans l'équipe dispensent en exécutant leurs fonctions communes; les habiletés et les stratégies que ces personnes utilisent lorsqu'elles travaillent en groupe; les connaissances et compétences que l'individu partage lors du travail d'équipe, donc son talent. Subséquemment, les membres fournissant peu d'efforts, de stratégies et ou de talent lors du travail d'équipe, rendent le travail peu productif. Afin de redresser ces faiblesses, le coach peut utiliser diverses méthodes. Il motive les membres, il conseille pour corriger des lacunes liées aux stratégies et il renseigne sur certaines pratiques professionnelles souhaitables.

On peut penser que les plaintes émises par certaines des membres des équipes où œuvre l'auteur de l'essai découlent du fait que les cinq conditions décrites dans le modèle (Hackman, 2002) ne sont pas toutes présentes et/ou disponibles aux équipes interprofessionnelles. Le questionnaire *Team Diagnostic Survey* (TDS) (Wageman, Hackman & Lehman, 2005) a été conçu pour évaluer formellement la présence ou l'absence de ces conditions auprès des équipes. Les auteurs ont fait valider leur questionnaire en trois étapes et, lors de la dernière phase, ils ont fait remplir le TDS à 140 équipes (1202 participants).

Le Tableau 1 présente le résumé des propriétés psychométriques de cet outil.

Tableau 1

Résumé des statistiques descriptives et psychométriques du TDS.
(Wageman et al. 2005)

Les 5 Conditions	Moyenne	Écart-type	<i>r</i> (intra-groupe)	<i>r</i> (inter-groupe)	Alpha
Vraie équipe	3.94	.66			
<i>Bounded</i>	4.41	.85	.40	.15	.84
<i>Interdependent</i>	3.90	.91	.39	.11	.84
<i>Stable</i>	3.52	1.18	.68	.12	.94
Orientation de l'équipe	3.86	.61			
<i>Clarity</i>	3.64	1.09	.46	.05	.87
<i>Challenge</i>	3.57	.98	.21	.07	.68
<i>Consequentiality</i>	4.38	.84	.51	.15	.89
Structure de l'équipe	3.64	.59			
<i>Size</i>	3.51	1.18	.22	.10	.69
<i>Diversity</i>	3.88	.79	.18	.18	.64
<i>Skills</i>	3.74	.87	.36	.20	.87
<i>Group normes</i>	3.41	1.01	.55	.21	.94
Contexte organisationnel	3.33	.73			
<i>Recognition</i>	3.56	.97	.58	.31	.94
<i>Information</i>	3.32	.90	.48	.36	.92
<i>Education</i>	3.45	.88	.48	.35	.92
<i>Resources</i>	2.98	.98	.48	.33	.88
Coaching	3.29	.69			
<i>Coaching availability</i>	3.03	.94	.50	.31	.92

D'après ces données cet outil possède des propriétés psychométriques adéquates; il s'agit d'un outil fidèle. Cependant, les auteurs se questionnent sur sa validité et sont présentement en processus d'évaluation et de modification de l'outil tel qu'il existe (Wageman et al. 2005).

Afin d'évaluer formellement s'il y a présence ou absence des cinq conditions dans les équipes du centre hospitalier, le TDS peut être administré à la grandeur de l'organisation. Par contre, cette tâche d'envergure dépasse le mandat de l'auteure de l'essai. Cependant, il est primordial de mentionner qu'il existe présentement dans cet hôpital un projet qui vise l'implantation et l'évaluation de normes, de protocoles et d'outils facilitant et incitant le travail d'équipe interprofessionnelle. Ce projet va dans le même sens que le groupe de travail de Profession santé Ontario (2007) sur la collaboration interprofessionnelle en soins de santé. Ce groupe estime que la présence d'un modèle qui guide l'équipe interprofessionnel augmente l'accessibilité aux services pour les clients et une meilleure utilisation des ressources cliniques de la part des employés. Il est fort possible que l'opérationnalisation de ce projet, à la grandeur de l'hôpital, favorise la mise en place de plusieurs conditions du modèle de Hackman (Hackman, 2002). Ce projet devrait être terminé dans quelques années.

En bref, le coaching, étant la 5^{ième} condition de Hackman (2002); a la possibilité de favoriser un travail d'équipe optimale. Dans ce modèle le coach a la responsabilité d'encourager les normes de performance individuelle des membres de l'équipe. Ces

normes sont le niveau d'effort que les individus dans l'équipe donnent, les habiletés et les stratégies que ces personnes se servent lorsqu'elles travaillent en groupe; et les connaissances et les compétences que l'individu partage lors du travail d'équipe. D'après le *Hackman's Model for Enhancing Team Effectiveness* (Hackman, 2002), le coaching semble être une approche intéressante pour former les IA et IAA au sujet de certaines normes de performance telles que la façon de communiquer son expertise aux membres de l'équipe. Ce modèle ne dicte cependant pas de techniques, d'approches ou de modèles spécifiques de coaching, ni de style de leadership pour le coach, tout comme il ne règle pas le choix du membre le plus apte à exercer le rôle de coach. Ce modèle avance seulement certains indices sur le meilleur moment dans la vie de l'équipe pour entreprendre le coaching, ainsi que la cible du coaching. On doit donc s'inspirer ailleurs pour orienter le coaching.

Selon l'*International Coaching Federation* (2006) le coaching : est la création d'un partenariat avec les coachés dans le cadre d'un processus d'exercice réfléchi et d'innovation, dans le but de les inciter à améliorer leur potentiel personnel et professionnel. D'autre part, les écrits au sujet du coaching dans le domaine des soins infirmiers mettent en évidence qu'il est nécessaire pour le coach qui veut être efficace, d'avoir une stratégie claire et concrète (Spross, 2005), mais aussi adaptable et flexible (Stober & Grant, 2006). Un ensemble cohérent de moyens orientés vers un but permet au coach d'assister le coaché dans son processus d'épanouissement professionnel. Le modèle de coaching et ses outils différencient le coaching d'un simple conseil, d'un

enseignement ou d'une discussion entre collègues (Angel, Amar, Devienne & Tencé, 2007). Les écrits démontrent l'importance de viser des buts et des objectifs lors de coaching (Driscoll & Copper, 2005; Grant, 2006, Lachman, 2000). Regardons maintenant de plus près un modèle de coaching spécifique.

Le modèle de Grant

Un processus de coaching fort intéressant, basé sur des données probantes est celui de Grant (2006), qui se nomme le *Generic Model of Goal-directed Self-regulation* (Figure 5).

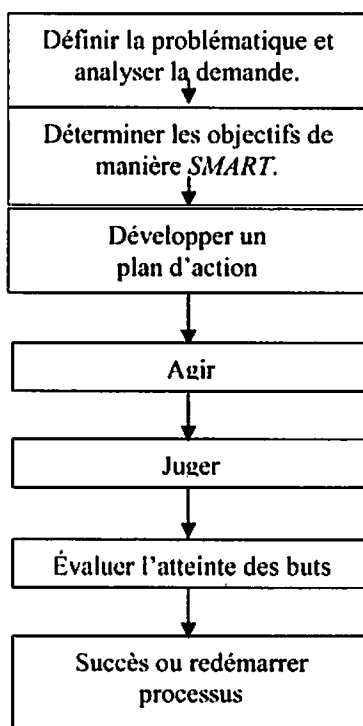


Figure 5. Traduction libre du *Generic Model of Goal-directed Self-regulation* (Grant, 2006).

Le modèle de Grant (2006) se base sur des données probantes venant de recherches au sujet de la détermination d'objectifs (*Goal-setting*) et de l'autodétermination (*Self-determination*). L'approche de Grant (2006) est orientée vers des buts; elle est un processus systémique; elle utilise l'autorégulation et l'exercice réfléchi comme stratégies d'apprentissage andragogique. En raison de la nature directive du modèle de Grant, ce dernier s'avère très approprié pour le coaching de compétences et pour le coaching par les pairs, lesquels sont des types de coaching fréquents en pratique infirmière (Driscoll & Cooper, 2005).

Les buts doivent être déterminés, en collaboration avec le coaché, par l'utilisation de l'acronyme *SMART*, qui signifie : spécifique, mesurable, accepté conjointement, réaliste et inscrit dans un temps précis [traduction libre] (Grant, 2006). De plus, la fonction d'autorégulation, présente tout au long du processus de coaching, permet au coaché d'ajuster ses apprentissages et ses actions en conséquence des rétroactions qu'il reçoit et en fonction de ses propres observations. L'exercice réfléchi est un autre concept important à l'intérieur du modèle de Grant (2006). L'exercice réfléchi est un mécanisme structuré qui aide le coaché à demeurer compétent dans un milieu de travail évolutif et est donc un outil excellent pour le développement professionnel (Cox, 2006). Avec le plan d'action, activité liée à la partie « action » du modèle, le coaché met en évidence ses actions efficaces et les aspects qu'il doit changer. Ceci lui permet aussi de maintenir ou d'améliorer certaines compétences (Grant, 2006).

La solution proposée

L'intervention est entreprise en agissant sur des normes de performance individuelle (Hackman, 2002) auprès d'infirmières, membres de l'équipe interprofessionnelle. Des séances de coaching seront réalisées avec une IA et une IAA, et le contenu des séances sera basé sur la promotion de certaines habiletés de communication qui favorisent le travail d'équipe interprofessionnelle (Apker et al. 2006). Ce type d'approche éducative, le coaching, découle du *Hackman's Model for Enhancing Team Effectiveness* (Hackman, 2002). Le processus de coaching spécifique qui sera employé est le *Generic Model of Goal-directed Self-regulation* (Grant , 2006).

L'intervention retenue est l'utilisation d'une approche de coaching structurée dirigée envers des infirmières d'un hôpital à Ottawa. Les séances de coaching visent, entre autres, l'amélioration des habiletés de communication employées lors de collaboration avec les membres de l'équipe interprofessionnelle. Un des forums où la collaboration interprofessionnelle s'exprime le plus et se fait particulièrement essentielle est la réunion d'équipe interprofessionnelle.

Le but de l'intervention

Le but général de cette intervention est l'utilisation d'une approche de coaching structurée, auprès d'une IA et d'une IAA d'un hôpital d'Ottawa, visant à améliorer leurs habiletés de communication lors de collaboration interprofessionnelle au cours des réunions d'équipe.

Donc, les objectifs spécifiques de cette intervention sont :

- Observer et documenter chez une IA et une IAA l'utilisation des pratiques de communication du *Nurse-team Communication Inventory* (NTCI) (Ford, Propp, Apker, Recker, & Hofmeister, 2009) lorsqu'elles communiquent leurs savoirs et leurs expertises aux membres de l'équipe interprofessionnelle.
- Coacher une IA et une IAA pour qu'elles soient davantage outillées pour participer aux réunions d'équipe interprofessionnelle.
- Coacher une IA et une IAA pour améliorer leurs habiletés de communication lors de réunions interprofessionnelles.
- Favoriser la réflexion d'une IA et d'une IAA au sujet des « 4C » d'Apker et al. (2006) et la documenter.

L'objectif d'apprentissage personnel est :

- Acquérir des compétences en lien avec le coaching des infirmières dans une démarche de croissance professionnelle.

Regardons maintenant l'ensemble des écrits se rapportant à ce projet. L'information découverte lors de la revue des écrits au sujet de la collaboration interprofessionnelle sera utilisée en partie comme contenu lors des séances de coaching, afin d'améliorer les pratiques de soins des infirmières. L'auteure va ensuite parcourir les écrits au sujet du coaching pour démontrer que cette approche est un choix judicieux à employer auprès des infirmières.

Recension des écrits

Plusieurs s'interrogent sur l'importance du travail d'équipe dans le domaine de la santé et plus spécialement pour la profession infirmière. La FCRSS (2006) rapporte que le travail d'équipe est une façon efficace d'améliorer la qualité des soins, la sécurité des patients ainsi que la qualité de vie au travail des professionnels, influençant ainsi la rétention des employés, la satisfaction des patients et les taux de morbidité. On sait qu'un « bon » travail d'équipe est bénéfique et Hackman (2002) nous présente certaines conditions, comme avoir accès à un coach, pour favoriser ce travail d'équipe. Ce chapitre présente les écrits recensés pertinents et guide le projet d'intervention. Les sujets suivants seront traités dans cet ordre : équipe interprofessionnelle, collaboration, et coaching.

Équipe interprofessionnelle

La littérature révèle qu'il n'existe pas, en sciences de la santé de consensus sur la définition du terme « équipe » (FCRSS, 2006; Hackman, 2002; Mickan & Rodgers, 2005). Ceci est attribuable au fait qu'il existe plusieurs types d'équipe dans le milieu de la santé et les définitions dans les écrits tiennent compte des relations multiples liées aux contextes dans lesquels les équipes œuvrent (FCRSS, 2006, 2007; San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour & Ferrada-Videla, 2005). Selon D'Amour (2002), les équipes interprofessionnelles les plus communes sont les équipes spécialisées (par exemple, équipe de contrôle des infections), les équipes administratives et les équipes

cliniques. Parmi les équipes cliniques, il existe des équipes offrant des services particuliers telles que les équipes de soins de plaies ou les équipes pédiatriques. Ces équipes spécialisées s'orientent autour d'une catégorie de patients ou de type de maladie dont ces derniers sont atteints. L'équipe clinique constitue celle qui intéresse l'auteur de l'essai. La définition retenue d'équipe est celle du *Hackman's Model for Enhancing Team Effectiveness* :

Teams are real groups, intact social systems, complete with boundaries, interdependence among team members and differentiated roles. They have one or more group tasks to perform, producing outcomes for which members bear collective responsibility and whose acceptability potentially can be assessed. Such teams operate in an organizational context, so the group as a collective manages its relations with the individuals or groups in the larger system in which it operates (Hackman, 2002)

Cette définition a été sélectionnée par l'auteure de l'essai car elle englobe la réalité d'une équipe interprofessionnelle efficace qui œuvre actuellement dans un système de santé complexe et dynamique.

D'autre part, dans le système de santé il n'existe aucun professionnel capable de prodiguer, à lui seul, tous les traitements nécessaires envers les patients. On doit donc recourir à diverses catégories de professionnels pour servir la clientèle. Dans notre système de santé actuel on regroupe ces professionnels en équipe afin d'améliorer les soins offerts à la clientèle (FCRSS, 2006). Les regroupements des professionnels ont changés à travers le temps pour refléter les besoins des clients. Regardons comment les termes en liens avec ces équipes se sont transformés à travers les âges.

Selon D'Amour et Oandasan (2005), le concept d'interdisciplinarité est apparu dans les années 1970 comme solution à l'intégration des savoirs morcelés de diverses disciplines. Ainsi, les termes « multidisciplinaires » et « interdisciplinaires » renvoient-ils à un partage de connaissances dans une perspective de développement scientifique. Par ailleurs, plusieurs professions ont émergé dans les 30 dernières années et chacune d'elles se définit par des compétences et des connaissances spécifiques à sa discipline. Le mot « professionnel » supplante donc peu à peu, dans les écrits, le terme « disciplinaire » lorsqu'il a trait au travail d'équipe dans le système de santé. Donc, l'expression « équipe interprofessionnelle » remplace dès lors « équipe interdisciplinaire », car elle définit mieux la réalité de la pratique professionnelle (D'Amour et al. 2005). Les membres de l'équipe interprofessionnelle partagent un but commun et un processus décisionnel collectif. Ce type d'équipe intègre le savoir et l'expertise de chaque membre afin de résoudre des problèmes complexes (D'Amour et al., 2005; Paul & Peterson, 2001); le préfixe « inter » évoque un plus haut degré de collaboration entre les divers membres (D'Amour, 2002).

On exprime souvent le concept de « collaboration » lorsqu'on parle de « travail d'équipe », ces deux termes étant parfois utilisés, erronément, comme synonymes. C'est qu'ils sont bel et bien distincts, mais aussi interreliés. En regardant de plus près la définition du mot « équipe », comme celle de Hackman et al. (2005), il est clair que les membres d'une équipe doivent nécessairement collaborer afin d'accomplir leurs tâches conjointes de façon efficace. Sondons davantage le mot « collaboration », un concept-clé.

Collaboration

Il existe certains mots et expressions clés qui sont présents dans la plupart des définitions de « collaboration », tels que partage (D'Amour et al., 2005; Hall, 2005), coopération (Henneman et al., 1995), volonté des acteurs (D'Amour, 2001), existence d'un projet commun (Henneman et al. 1995), interdépendance (Liedka, Whitten & Sorells-Jones, 1998), processus (D'Amour, 2001), relation de pouvoir (Hall, 2005). Ces termes qui se retrouvent dans les définitions représentent soit des éléments centraux de la collaboration, soit des déterminants.

Selon D'Amour (2002), la collaboration est un processus non statique qui s'accomplit selon un continuum (Figure 6).

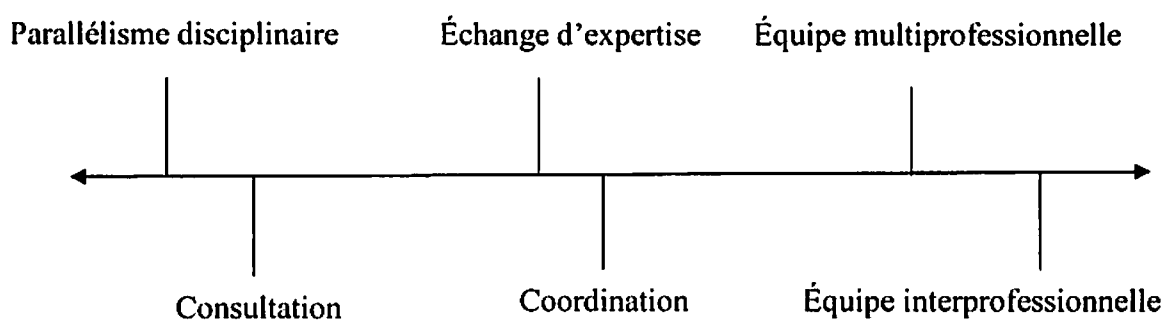


Figure 6. Les divers degrés de la collaboration (D'Amour, 2002).

Il existe donc des variations quant aux degrés de collaboration possibles (D'Amour et al. 2005). Ce continuum suggère que le travail d'équipe soit possiblement une forme de collaboration, mais que toutes les formes de collaboration ne s'effectuent pas nécessairement en équipe. Cependant, les professionnels peuvent pratiquer la collaboration de façon indépendante, mais parallèle, avec d'autres, ou ils peuvent simplement s'échanger des renseignements entre eux au sujet de patients communs, ou encore ils peuvent offrir des soins et services interdépendants en partageant les décisions (D'Amour, 2002). La forme de collaboration qui nous intéresse dans ce projet d'intervention est celle qui se déroule en équipe.

Tel que mentionné dans la problématique, le forum où le travail d'équipe et la collaboration interprofessionnelle sont les plus perceptibles est la réunion d'équipe interprofessionnelle. Selon King, Lee & Henneman (1993), le fonctionnement des réunions est un excellent moyen d'évaluer le degré de collaboration. De plus, l'existence de réunions interprofessionnelles dans des centres hospitaliers accroît le degré de communication et de collaboration parmi les membres des équipes (Falise, 2007).

Il existe plusieurs bienfaits à la collaboration interprofessionnelle. Des études diverses démontrent qu'un milieu axé sur la collaboration interprofessionnelle en soins de santé favorise l'accès aux services de soins, améliore les soins prodigués aux patients atteints de maladies chroniques, diminue les conflits entre les membres des équipes interprofessionnelles, soutient une meilleure utilisation des ressources cliniques, et

favorise le recrutement et la rétention des professionnels de la santé (FCRSS, 2006, 2007). Mais quels sont les facteurs essentiels qui prédisposent à la collaboration ?

Facteurs prédisposants de la collaboration. Une revue de la littérature scientifique au sujet de la collaboration effectuée par San Martin-Rodriguez, Beaulieu, D'Amour et Ferrada-Videla (2005) a ressorti les concepts qui sont liés à la collaboration. Ils rapportent qu'il existe plusieurs facteurs qui prédisposent la collaboration. Ces auteurs regroupent les déterminants parmi trois catégories distinctes : les facteurs interactionnels, les facteurs systémiques et les facteurs organisationnels.

Les facteurs interactionnels sont les composantes de la relation interpersonnelle. Parmi ceux-ci, il y a le désir des professionnels de collaborer, la confiance ressentie par les membres entre eux et, individuellement, le niveau de confiance en soi, la capacité à communiquer efficacement et le respect mutuel.

Les facteurs systémiques sont les déterminants qui se situent à l'extérieur de l'organisation elle-même : par exemple, le système social des professionnels qui influence le pouvoir que chaque professionnel détient, la culture des professionnels, le processus de professionnalisation de chaque discipline et le système éducatif.

Les facteurs organisationnels sont ceux qui définissent l'environnement de travail des membres de l'équipe interprofessionnelle, comme la structure organisationnelle, la

philosophie de l'établissement, le partage par tous d'une vision interprofessionnelle, la disponibilité des ressources de l'équipe et, finalement, les dispositifs et les outils formels facilitant la coordination et la communication entre les membres. Selon ces auteurs, il existe peu de données empiriques au sujet des relations entre ces trois catégories de déterminants (systémiques, interpersonnels et organisationnels). Le sujet qui a été le plus étudié est l'influence des facteurs interpersonnels, comme la communication, sur la capacité de collaborer.

Les facteurs interpersonnels qui favorisent la collaboration. Henneman et al. (1995) procèdent à l'analyse qualitative du concept de collaboration (*Philosophical Research*) afin de mieux comprendre ce terme. D'après cette recherche qualitative, les facteurs interpersonnels qui favorisent la collaboration sont : (1) comprendre le rôle de chacun dans l'équipe, (2) avoir confiance dans son propre rôle, (3) faire confiance et respecter les membres de l'équipe, (4) partager la prise de décision, (5) ne pas avoir de rôles hiérarchiques au sein de l'équipe, (6) employer d'excellentes habiletés de communication.

L'expérience de la collaboration. Lockhart-Wood (2001) tend à mieux comprendre l'expérience des infirmières et des médecins qui collaborent lorsqu'ils travaillent en soins palliatifs. L'approche phénoménologique de Heidegger et le cercle herméneutique y sont utilisés. Six entrevues non structurées sont réalisées avec trois infirmières et trois médecins. Lors de l'analyse des données, huit thèmes ressortent : (1)

la philosophie des soins palliatifs, (2) l'engagement émotionnel dans les soins, (3) un travail d'équipe efficace, (4) des rôles professionnels clairs, (5) des relations interpersonnelles, (6) une organisation du travail qui favorise la collaboration, (7) bien connaître le patient, (8) le savoir des professionnels. Selon Lockhart-Wood (2001), un bon travail d'équipe est l'essence d'une pratique collaborative en soins palliatifs, et une communication appropriée est un de ses facteurs prédisposant. Par contre, les participantes de cette étude rapportent que les infirmières considèrent que leur voix à l'intérieur de l'équipe professionnelle n'est pas toujours entendue et ceci est une barrière importante à une collaboration idéale. Une des limites de cette étude est que les résultats de cette recherche ne peuvent être généralisés à toute la population. Cependant, les cliniciens peuvent profiter des résultats de l'étude et en tenir compte dans leur pratique clinique spécifique.

Barrières à la collaboration. Le système éducatif des professionnels, et sa relation avec la collaboration, constitue un des domaines d'expertises de Hall (2005). Le système éducatif et le processus de socialisation des professionnels renforcent les valeurs communes, les méthodes de résolution de problèmes, les approches et le jargon propre à leurs disciplines. Hall (2005) soutient que la culture professionnelle, propre à chaque discipline, ce qui inclut ses valeurs, ses croyances, ses attitudes, ses comportements et ses savoirs, peut représenter des barrières à l'efficacité d'un travail d'équipe interprofessionnel. Selon le chercheur, on doit étudier davantage les facteurs éducationnels et personnels qui contribuent à la culture des professionnels et à leur

capacité de collaborer. Hall (2005) croit qu'on doit transformer complètement le système éducatif des professionnels de la santé pour favoriser le développement d'un travail d'équipe efficace.

Pour faciliter la collaboration interprofessionnelle, plusieurs modèles guidant la pratique des cliniciens ont été créés et mis à l'épreuve dans le système de santé par divers chercheurs. Ce type de stratégie, la conception d'un modèle, est un facteur prédisposant la collaboration qui agit au niveau organisationnel (San Martin-Rodriguez et al. 2005), tout comme le fait le modèle de Hackman (2002).

Modèle théorique. Mickan & Rodger (2005) ont d'abord voulu mieux comprendre les éléments d'un travail d'équipe efficace selon la perspective des professionnels de la santé, pour ensuite créer un modèle théorique utile aux établissements de santé. Ces chercheurs ont dirigé leur étude avec une triangulation des méthodes en deux parties distinctes, utilisant comme processus le *Personal Construct Theory* et le *Inductive Theory Building*. Ils ont d'abord passé 39 participants en entrevue structurée. Les chercheurs voulaient identifier chez les participants sept expériences de travail d'équipe, autant des positives que des négatives. Mickan & Rodger (2005) tentaient par là de découvrir des nouveaux construits quant au travail d'équipe. Plus tard dans l'année, les 39 participants ont ensuite répondu à un questionnaire. Le questionnaire a été conçu par les chercheurs, qui se sont basés sur les réponses d'entrevues, et avait comme but la clarification des thèmes émergents. En deuxième partie de l'étude, 202 autres professionnels du même

groupe hospitalier ont été recrutés. Ces cliniciens d'expériences ont complété le *Teamwork in Healthcare Inventory* (Mickan, 2002) afin de valider et classer l'importance des thèmes émergents. Lors de l'analyse des données, le contenu des 39 entrevues a été codifié et catégorisé à l'aide du logiciel NUDIST. Les catégories qui en ressortent sont les éléments du travail d'équipe (voir Tableau 3).

Tableau 3

Les éléments du travail d'équipe selon les professionnels de la santé
(Mickan & Rodger, 2005)

Environnement de l'équipe	Structure de l'équipe	Processus de l'équipe	Contribution des membres
Contexte organisationnel; Identité de l'équipe; Mission; Hiérarchie; Ressources; Professionalisme.	Travail motivant; Adhésion des membres; Objectifs communs; Leadership; Accomplissement; Rôles; Réunions; Échéanciers;	Cohésion; Communication; Processus décisionnel; Rétroactions; Participation; Support pour le changement; Résolution de problème; Membres de l'équipe.	Respect; Engagement; Flexibilité; Reconnaissance; Maturité; Avantages personnels.

Mickan & Rodger (2005) catégorisent en ordre d'importance les éléments ci-dessus. Pour procéder à cette hiérarchisation, ils ont utilisé les données du *Teamwork in Healthcare Inventory* (Mickan, 2005) qui avaient été complétées par les 202 participants. Les sept éléments les plus importants sont le leadership, le professionalisme, les objectifs communs, la cohésion des membres, un travail à entreprendre qui est motivant,

la résolution de problème et la communication. Finalement, un modèle dynamique et fonctionnel, intitulé le *Healthy Team Model*, en a émergé.

Il est important de noter qu'il y a des ressemblances entre le *Healthy Team Model* de Mician & Rodger (2005) et le *Hackman's Model for Enhancing Team Effectiveness* (Hackman, 2002). Ces deux modèles partagent certains éléments-clés tels que le contexte organisationnel, l'identité de l'équipe, la mission, les ressources, un travail motivant, des objectifs communs, le leadership, les rétroactions, les membres de l'équipe et la communication. L'adoption d'un modèle théorique peut favoriser la collaboration au sein de l'équipe. Regardons maintenant certaines stratégies éducatives qui tendent à y parvenir.

Intervenir au niveau de la collaboration. Cashman, Reidy, Cody & Lemay (2004) ont entrepris une étude de cas qualitative pour observer les effets d'une intervention éducative apte à améliorer la collaboration dans une équipe interprofessionnelle. Ils ont étudié une équipe spécifique qui dessert approximativement 5 500 patients. Cette équipe œuvre dans un centre de santé américain qui est subventionné par le gouvernement fédéral. L'équipe étudiée avait comme membres un médecin, une infirmière praticienne, un assistant médical, une IA et un PAB. L'intervention éducative comprenait 5 séances éducatives d'une durée de 2 heures au sujet du travail d'équipe et de la collaboration interprofessionnelle au cours d'une période de 24 mois. Les sujets traités sont les relations interpersonnelles, la communication, les processus de prises de décisions et le

leadership. Cashman et al. (2004) ont utilisé comme outil le SYMLOG (*System for the Multiple Level of Observation of Groups*) pour observer les changements dans l'équipe survenus au court de l'étude. À court terme, 14 mois après la fin de l'intervention éducative, ils ont noté que les cinq séances éducatives avaient amélioré les relations entre les membres. En conséquence, ces derniers sont devenus plus amicaux, plus respectueux et plus confiants. Ils ont aussi développé des connaissances au sujet de leurs rôles et responsabilités respectifs, et ils apprécient maintenant les forces de leurs collègues. Les membres de l'équipe interprofessionnelle ont également adopté des buts communs et se sentent plus engagés et mieux intégrés au sein de l'équipe. De plus, les membres s'impliquent maintenant de façon proactive. Par contre, à long terme, 26 mois après la fin de l'intervention éducative, les résultats, même si meilleurs qu'au départ, restent moins impressionnants. Les professionnels ont constaté que l'équipe était devenue moins collégiale en adoptant une perspective disciplinaire plutôt qu'une perspective collaborative et intégrée. Par ailleurs, certains participants de l'étude considéraient comme difficile le fait d'être l'équipe étudiée : ils avaient l'impression de faire plus de travail que leurs collègues. Les auteurs pensent que cela a possiblement causé des effets négatifs et pourrait être une des raisons à la courte durée des bienfaits du projet (Cashman et al. 2004). Passons maintenant à une étude récente qui démontre certains bienfaits cliniques de la collaboration interprofessionnelle.

Bienfaits de la collaboration. Hall, Weaver, Gravelle et Thibault (2007) ont entrepris un projet pilote sur une unité de soins palliatifs dans un centre de santé de la

région d'Ottawa. La méthode utilisée s'apparente à l'étude de cas. En tout, il y a eu 17 participants (2 médecins et 15 infirmières, IA et IAA). Lors d'une réorganisation administrative, l'équipe de recherche a décidé que le moment était opportun pour piloter une approche novatrice. Cette réorganisation a eu comme effet la diminution du nombre de médecins disponibles au service palliatif. Le médecin du projet allait donc travailler 3.8 heures par semaine plutôt que 8.0. L'approche novatrice qui a été pilotée se base sur les principes du soin centrés sur le patient, sur le guide des soins palliatifs canadiens et sur la collaboration interprofessionnelle. Ce projet visait davantage la collaboration médecin/infirmière. Les changements majeurs visaient l'implantation de nouvelles pratiques collaboratives, telles une évaluation coordonnée et simultanée du patient, un partage judicieux de l'information clinique, une prise de décisions conjointe et un partage de la planification des soins. Le projet a duré douze (12) semaines et ciblait une aile de l'hôpital où il y avait douze patients dans un service de 36 lits. Lors de l'évaluation de projet, Hall et al. (2007) ont voulu répondre aux questions suivantes : « Quels processus fonctionnent bien ? » et « Qu'est-ce qui peut être amélioré ? » Ils ont utilisé diverses méthodes de collectes de données qualitatives et quantitatives : des entrevues avec les participants au sujet de leurs tâches quotidiennes, le *Interdisciplinary Team Process and Performance Scale* (ITPPS) (Temkin-Greener, Gross, Kunitz & Mukamel, 2004) le *Nurse-physician Collaboration Scale* (Way, Jones, Baskerville & Busing, 2001) et des groupes de discussion avec les infirmières. Ils ont analysé les données quantitatives à l'aide du logiciel SPSS. Les données des groupes de discussion et des entrevues ont été insérées dans MS Word afin d'analyser le contenu. Les résultats démontrent que l'aile où

l'étude pilote s'est déroulée est comparable au reste du service palliatif quant à la qualité et à la quantité des tâches accomplies, cela même avec une présence médicale diminuée. Les infirmières du projet disaient être plus satisfaites, car elles travaillaient pleinement à l'intérieur de leur champ de pratique. De plus, l'équipe participante a perçu une amélioration dans la communication, dans la continuité des soins ainsi que dans le niveau de collaboration interprofessionnelle. Ce projet comporte cependant des limites : les deux outils quantitatifs utilisés n'ont pas été validés, l'échantillon était petit pour une analyse quantitative et les auteurs ont seulement évalué la phase initiale du projet. Cette étude de cas avance tout de même certaines idées intéressantes au sujet de la collaboration interprofessionnelle en soins palliatifs.

Ces écrits démontrent que la collaboration interprofessionnelle est perçue comme une caractéristique d'un mode organisationnel efficace en vue des résultats qui s'ensuivent. La clientèle, les administrateurs et les professionnels trouvent plusieurs avantages à la collaboration de haut niveau. De plus, on peut supposer que l'absence, l'insuffisance et le déséquilibre des déterminants de la collaboration influencent négativement la manière dont les membres de l'équipe travaillent.

Un des déterminants de la collaboration, donc du travail d'équipe, qui ressort fortement dans les écrits recensés, est l'importance d'une communication habile de la part des professionnelles (Hall et al. 2007; Henneman et al. 1995, Lockhart-Wood, 2001; Mickan & Rodger, 2005; San Martin-Rodriguez et al., 2005). Cela va dans le même ordre

d'idées qu'Apker et al. (2006) qui affirment qu'une façon de partager l'expertise et le professionnalisme des infirmières avec les équipes est avec une communication efficace.

Il est de plus en plus clair que la collaboration est un phénomène complexe, important et dynamique. Il existe plusieurs approches pour l'intégrer et donc transformer les façons dont les équipes professionnelles travaillent. Ces changements peuvent être entrepris à différents niveaux : au niveau individuel, en encourageant et en organisant des formations basées sur la collaboration avec certains membres de l'équipe (Hackman, 2002), au niveau de l'équipe, par l'intervention directe d'un leader qui coordonne et guide le groupe (Cashman et al. 2004); au niveau organisationnel, en créant un contexte favorisant l'excellence du travail d'équipe (Mickan & Rodger, 2005).

Passons maintenant aux écrits sur le coaching afin de vérifier si cette approche, suggérée par Hackman (2002) peut être utile auprès des infirmières.

Coaching

L'option choisie pour intervenir dans le centre hospitalier choisi est au niveau individuel, c'est-à-dire avec une intervention pour améliorer la communication des infirmières lors de collaboration interprofessionnelle. Le moyen pour former les infirmières au sujet de la communication lors des réunions d'équipes sera le coaching. Cette méthode découle du *Hackman's Model for Enhancing Team Effectiveness* (Hackman, 2002).

Plusieurs définitions sont employées pour déterminer cette approche éducative. Cependant, certaines notions-clés se retrouvent dans la plupart des définitions présentes dans la littérature, comme la transition (Haidar, 2007; Spross, 2005), le soutien (Donner & Wheeler, 2007), la rétroaction (Spross, 2005), l'atteinte de buts (Driscoll & Cooper, 2005; Lachman, 2000).

Hayes et Kalmakis (2007) ont récemment entrepris une recension des écrits au sujet du coaching. Ils ont rapporté qu'il existe plusieurs types différents de coaching et que ce concept est très prévalent dans les écrits administratifs (Angel et al., 2007; Driscoll & Cooper, 2005; Goleman, 2000). Cependant, dans le domaine des sciences infirmières, cette approche a été plutôt étudiée avec les patients. Hayes et Kalmakis (2007) ont également remarqué de grandes différences entre le coaching et d'autres concepts apparentés tels que le mentorat et la thérapie. Par contre, les auteurs sont tous d'accord sur le fait que le coach expert doit détenir certaines compétences clés.

Les qualités du coach doué. Selon Spross (2005), l'art de coacher est une compétence de base considérée comme essentielle à l'exercice du rôle d'infirmière de pratique avancée et peut s'employer auprès de la clientèle, des infirmières et des étudiantes en sciences infirmières. Le coaching est fondé sur des perspectives holistiques et humanistes, tout comme la pratique infirmière. Donc, l'utilisation de cette méthode par les infirmières est congruente. Il existe certaines compétences et attitudes que doit posséder un coach efficace. Dans les écrits, celles-ci sont aussi bien nommées attitudes,

habiletés, aptitudes que qualités. D'après divers auteurs, elles sont le respect (Driscoll & Cooper, 2005), l'honnêteté (Haidar, 2007; Edelson, 2006), la confiance (Donner & Wheeler, 2007; Edelson, 2006; Haidar, 2007), une communication efficace (Donner & Wheeler, 2007; Driscoll & Cooper, 2005; Haidar, 2007; Spross, 2005), l'écoute active (Lachman, 2000; Spross, 2002; Stober & Grant 2006), l'utilisation d'une approche systémique (Haidar, 2007; Stober & Grant, 2006), l'authenticité (Edelson, 2006; Stober & Grant, 2006), l'empathie (Edelson, 2006; Stober, 2006; Spross, 2005) et la gestion de conflit (Donner & Wheeler, 2007).

Les catégories de coaching. Certains types de coaching tels; le *Skills Coaching*, le *Performance Coaching* et le *Development Coaching* sont habituellement entrepris par un consultant expert en coaching et peuvent être pratiqués selon un continuum, passant du style directif au style non directif (Driscoll & Cooper, 2005). C'est-à-dire qu'au début du continuum on retrouve le coaching des compétences (*Skills Coaching*) qui vise des objectifs concrets et pratiques; ce type de coaching doit s'effectuer individuellement avec le coaché et vise les besoins d'apprentissages. À sa suite on retrouve le coaching qui poursuit l'amélioration des performances (*Performance Coaching*); ce type de coaching s'utilise surtout auprès de l'infirmière gestionnaire et ses buts suivent habituellement les objectifs stratégiques de l'établissement. Le type de coaching qui se trouve à la fin du continuum est le coaching de développement (*Development Coaching*), qui a, quant à lui, des buts complexes; ce type de coaching permet au coaché de se retrouver dans un espace

permettant une réflexion profonde et vise à long terme des changements de croyances (voir Tableau 4).

Tableau 4
Les degrés de coaching basés sur les besoins du client
(Driscoll & Cooper, 2005).

Type de Coaching	Coaching des compétences	Coaching de performance	Coaching de développement
Objectifs	Concrets et délimités	Stratégiques	Complexes et Émergents
Style de coaching	Méthode directive	Méthode directive et non directive	Méthode non directive
Durée	Court terme	Moyen terme	Long terme
<p style="text-align: center;"><u>Formation</u> ← → <u>Développement</u></p>			

Ce qui nous intéresse dans le cadre de ce projet est le coaching offert aux infirmières soignantes désireuses d'améliorer leurs compétences cliniques et pratiques, comme l'intervention exemplaire lors de collaboration au niveau de la réunion d'équipe ou la communication efficace de son savoir infirmier aux membres de l'équipe interprofessionnelle. Ceci peut être accompli également par le moyen du coaching de compétence (Driscoll & Cooper, 2005) ou du coaching par les pairs (*Peer Coaching*), (Waddell & Dunn, 2005).

Le coaching par les pairs a été développé par les sciences éducatives dans le but de faciliter le transfert des connaissances apprises en classe au monde du travail (Wadell & Dunn, 2005). Ce type de coaching est utilisé surtout auprès des étudiantes en sciences

infirmières (Aviram, Ophir, Raviv & Shiloah, 1998; Kushnir, Ehrenfeld & Shalish, 2008). Par contre, il a été peu étudié chez les infirmières en exercice.

Les études récentes. La seule recherche récente au sujet du coaching par les pairs chez les infirmières en exercice est celle de Johnston, Gagnon, Rennick, Rosmus, Patenaude, Ellis et al. (2007). Cet essai clinique, avec répartition aléatoire, a été entrepris dans six hôpitaux pédiatriques canadiens auprès de 90 infirmières en exercice et de 12 coachs. Les auteurs ont voulu démontrer que le coaching par les pairs ferait progresser le savoir des infirmières au sujet de l'évaluation et du traitement de la douleur chez les enfants. Les participants ont reçu 10 séances de coaching durant 18 mois. Les séances de coaching étaient basées sur deux théories : le *Socrates-based Clinical Reasoning* et le *Think-aloud Process*. Les auteurs ont utilisé divers outils de collecte de données en pré-test et en post-test : analyses de dossiers et questionnaire le *Pediatric Nurses Knowledge and Attitudes Survey* (PNKA), un outil valide et fidèle (Johnston et al. 2007). Par la suite, le codage et l'analyse des dossiers recensés ont été guidés par le *PARIHS Model of Research Utilization* et les données quantitatives recueillies par le PNKA ont été analysées statistiquement. Les résultats indiquent que l'approche de coaching par les pairs a amélioré le savoir des participants et a augmenté le nombre d'évaluations de la douleur qu'ils font. Par contre, la quantité d'analgésiques administrés et l'utilisation de méthodes non-pharmacologiques sont restées pratiquement inchangées après le coaching. Ceci peut être expliqué par le fait que les coachs ont passé plus de temps avec les coachés sur la composante « évaluation » de la formation que sur l'aspect « intervention ». De

plus, les limites de l'étude ont possiblement modifié les résultats. En effet, l'échantillon final était petit : 141 coachés ont été recrutés, mais seulement 90 ont terminé l'étude. Le désistement des participantes peut être expliqué par la durée de l'étude (18 mois). De plus, les chercheurs ont eu des problèmes à planifier les séances avec les coachés car les infirmières étaient très occupées. D'après Johnston et al. (2007), le coaching formel est une approche qui demande beaucoup de temps et d'énergie de la part des coachs et des coachés.

Cette recherche récente est le seul essai clinique retrouvé qui démontre clairement les bienfaits du coaching comme approche à mettre de l'avant avec les infirmières soignantes dans un but de développement professionnel. Regardons maintenant un projet pilote qui comprenait comme participants des étudiants en sciences infirmières.

Aviram et al. (1998) ont d'abord voulu développer chez des étudiants-coachs des compétences de leadership, tout en améliorant l'expérience des étudiants lors de leurs premiers stages cliniques. Ce projet pilote s'est déroulé dans un centre hospitalier israélien de 600 lits. Les huit coachs retenus pour le projet étaient des étudiants inscrits en 4^e année de baccalauréat en sciences infirmières et avaient des dossiers académiques excellents. Chaque coach était responsable de deux étudiants novices, des étudiants de 1^{re} ou 2^e année du baccalauréat en sciences infirmières. Les coachs ont reçu une formation en coaching de deux jours et le projet a duré 12 semaines. Pendant ce temps, les coachs ont rencontré à chaque deux semaines un professeur de sciences infirmières qui agissait à

titre de mentor. La *Social Learning Theory* a guidé les séances de coaching. Les auteurs ont procédé à une évaluation qualitative du projet, c'est-à-dire qu'ils ont organisé une réunion avec les coachs, les coachés et les professeurs à la fin du projet afin de recueillir les commentaires des participants. Ils n'ont malheureusement pas spécifié les méthodes de collecte et d'analyse des données. Ils ont jugé que le projet avait été un succès et une expérience enrichissante pour les participants. Deux extraits de verbatim ont été publiés afin d'appuyer leur conclusion. Cet article a été cité plusieurs fois dans les écrits au sujet du coaching en soins infirmiers et cela même s'il est difficile d'en tirer des enseignements précis. Dans cet article, il manque plusieurs informations pertinentes au sujet des processus de coaching, de la méthodologie utilisée ainsi que des résultats.

D'autre part, Kushnir et al. (2008) ont pratiqué une étude pendant 10 mois avec des étudiants en sciences infirmières de l'université de Tel-Aviv. Ces auteurs ont voulu démontrer comment participer à un projet de coaching pouvait influencer et améliorer la motivation, l'acquisition de compétences, la connaissance de ses propres capacités (*Self-efficacy*), les attitudes professionnelles et la performance professionnelle. Deux théories ont guidé la recherche : *Theory of Training and Motivation* et *Social Learning Theory*. (Colquitt, Lepine & Noe, 2000). Cette étude était de type expérimental avec répartition aléatoire des participants (n = 52). Le groupe témoin regroupait 22 étudiants seniors et le groupe expérimental en regroupait 30. Les étudiants du groupe expérimental ont reçu une formation de coaching. Ils ont aussi eu droit à 5 rencontres avec des professeurs de sciences infirmières pour les soutenir dans leur rôle. Les coachs ont dirigé 10 séances.

Chaque coach soutenait 4 coachés, des étudiants novices. Chaque séance durait 90 minutes. Les auteurs ont employé les *Job Performance Questionnaire*, *Scale for Assessing Professional Knowledge, Behaviours and Attitudes*, *Training Motivation Scale* et *Self-efficacy Test*. Ces outils valides et fidèles ont été utilisés pour collecter les données quantitatives en pré-test et en post-test. L'analyse des résultats a été faite à l'aide de statistiques (test t de Student). À la fin du projet de coaching, il y avait des différences statistiquement significatives entre le groupe témoin et le groupe expérimental. Le groupe des coachs a amélioré sa motivation, la connaissance de sa propre capacité (*Self-efficacy*) et son attitude professionnelle. Il n'y a pas eu de détérioration dans la pratique de certaines de leurs compétences cliniques comme cela a été le cas chez le groupe témoin. De plus, le groupe expérimental a démontré des performances professionnelles supérieures au groupe témoin. Ces résultats positifs peuvent être reliés au fait que les participants ont eu l'occasion de pratiquer le coaching, ou simplement parce qu'ils avaient accès à des professeurs expérimentés qui les soutenaient et les supervisaient individuellement. Les « coachs » de cette étude étaient en fait des « coachés ». Ceci correspond à un des biais de l'étude. Regardons cette fois une recherche qui a été accomplie auprès d'infirmières de santé publique ayant des responsabilités administratives.

L'objet de la recherche d'Alleyne et Jumaa (2007), du Royaume-Uni, était d'établir, d'encourager et d'évaluer les processus judiciaires que les infirmières gestionnaires de santé publique utilisent pour prendre des décisions cliniques et

administratives importantes au cours de deux années. Ces chercheurs ont adoptés la méthode qualitative de recherche-action dans le cadre d'une étude de cas et ont recrutés 8 participants. Les quatre concepts guidant l'étude sont la création de compétence, le leadership infirmier, la supervision clinique et le coaching. Ces concepts découlent de leur cadre de référence : *Clinical Nursing Leadership Learning and Action Process* (CLINLAP). Les auteurs disent avoir utilisé divers outils quantitatifs et qualitatifs pour recueillir les données, tels que des questionnaires, des entrevues semi-dirigées et de l'observation. Les outils n'ont pas été nommés explicitement et, malheureusement, les détails de l'intervention ainsi que les méthodes d'analyse de données n'ont pas été énoncés. Malgré ceci, Alleyne et Jumaa (2007) ont exprimés que le coaching et l'exercice réfléchi avaient clarifié et renforcé les compétences que les participants utilisent pour prendre des décisions cruciales. Après l'étude, les participants disent toujours utiliser certaines stratégies de prises de décisions apprises lors du coaching. Malgré le manque de détails importants dans l'article d'Alleyne et Jumaa (2007), les résultats de leur recherche annoncent que le coaching peut offrir aux infirmières l'opportunité de réfléchir de manière constructive au sujet de leurs problèmes pratiques et cliniques dans un climat structuré et sécuritaire. Cependant, pour obtenir cet effet positif, le coach doit être un facilitateur habile et expérimenté. De plus, les auteurs croient que l'utilisation d'une approche structurée comme le modèle CLINLAP facilite le processus de changement.

En bref, il y a très peu d'écrits empiriques récents au sujet du coaching auprès des infirmières soignantes. Afin de s'assurer que cette approche fonctionne réellement il est important de présenter quelques études récentes venant de domaines autres que la santé.

L'étude de cas qualitatif de Zwart, Wubbels, Bergen et Bolhuis (2007) est issue du domaine de l'éducation. Ces chercheurs d'Hollande ont voulu répondre à la question « Quels modèles de changements (*Patterns of Change*) se produisent chez des professeurs avec plusieurs années d'expérience lorsqu'ils participent à un programme de coaching par les pairs ? » Ils espèrent que ces modèles les aideront à comprendre de quelle façon les professeurs apprennent. Ces auteurs ont utilisé le *Interconnected Model of Teacher Professional Growth* (Clarke & Hollingsworth, 2002) comme cadre de référence pour guider la collecte et l'analyse des données. Ce modèle se base sur l'assise que les changements, lors d'apprentissages, surviennent à quatre niveaux : au niveau personnel (savoir, attitude, valeurs), au niveau pratique (expérience au travail), au niveau de la conséquence (développement des étudiants) et au niveau externe (publication, formation continue). Les participants étaient quatre professeurs de deux écoles secondaires et le programme de coaching a duré une année. Au début du projet, les participants ont assisté à une séance d'éducation de deux jours au sujet du coaching. Ils ont aussi participé à trois séances au courant de l'année pour discuter du coaching. Entre-temps, ils ont pratiqué le coaching en dyade afin d'améliorer leurs pratiques éducatives auprès de leurs étudiants. Les sources de données étaient multiples : bandes sonores des séances éducatives et d'entrevues semi-structurées ainsi que des journaux de bord au sujet des apprentissages

des professeurs. Les verbatims ont été transcrits et interprétés à la lumière de leur cadre de référence. Afin de renforcer la validité interne, l'analyse de contenu et la catégorisation ont été entreprises par deux chercheurs. À la fin de leur étude, Zwart et al. (2007) ont créé 34 diagrammes qui représentent des modèles de changements (*Patterns of Change*) chez les participants. Après avoir participé au coaching, les participants de cette étude ont démontrés majoritairement des changements au niveau personnel. Les deux autres niveaux qui ont été affectés le plus sont ceux de la pratique et la conséquence. Cette étude avance donc que le coaching a un effet sur la façon dont les professionnels intègrent l'information lors de séances d'apprentissage.

Par ailleurs, Moen et Skaalvik (2009) ont entrepris une étude quantitative avec 123 directeurs d'une compagnie norvégienne pendant une année. Le devis est de type quasi expérimental pré-test et post-test, avec groupe de contrôle. Les cadres ont été répartis de façon non aléatoire, soit dans le groupe témoin (n = 63) ou expérimental (n = 60), dépendant dans quels secteurs ils travail. Les chercheurs voulaient établir si un programme formel de coaching affecterait la performance des cadres. Les auteurs ont utilisé quatre outils différents pour colliger des données en pré-test, mais il ne s'agit pas d'outils valides et fidèles. Les questionnaires ont été adaptés et traduits en Norvégien pour l'étude mais sont basés sur des outils validés dans des études précédentes (Anderson, Jennings & Arnoult, 1988; Baard, Deci & Ryan, 2004; Bandura, 2006; Locke & Latham, 2002). Ceci correspond à une limite de l'étude. Les questionnaires utilisées dans cette étude sont basés sur les suivants : *Self-efficacy Test* (Bandura, 2006), *Goal*

Setting Questionnaire (Locke & Latham, 2002) *Attributional Style Assessment Test* (Anderson et al. 1988) et *Basic Psychological Need Satisfaction at Work Scale* (Baard et al. 2004). Après avoir répondu aux questionnaires en pré-test, ils ont participé au programme de coaching. Ils ont reçu le coaching de leurs directeurs, ceux-ci ayant été certifiés par la Fédération internationale de coaching (Moen et Skaalvik, 2009). Les coachés ont reçu entre 3 et 5 séances de coaching au cours de l'année. Les coachés ont ensuite répondu aux questionnaires en post-test. Les données ont été comparées et analysées avec le logiciel SPSS, entre le groupe témoin et expérimental, avant et après le coaching. Moen et Skaalvik (2009) ont découvert, d'après des changements significatifs aux tests statistiques chez le groupe expérimental, que le coaching avait affecté positivement la connaissance des ses propres capacités (*Self-efficacy*), la détermination de ses objectifs (*Goal-setting*), l'attribution de ses succès à des facteurs internes et contrôlables et la satisfaction au travail. Ces auteurs avancent que le coaching dans le domaine des affaires peut améliorer la performance au travail des coachés.

En recensant les écrits en sciences infirmières, on remarque que la plupart des références que les auteurs citent sont des éditoriaux. Dans les études recensées, soit les cadres de coaching, la durée des séances et les méthodes de collecte de données étaient dissemblables, soit leurs descriptions manquaient. Il est donc difficile de comparer les résultats. Cependant, le petit échantillon d'études présentées ci-dessus nous suggère que le coaching est une approche qui peut être efficace à utiliser dans un but de développement professionnel des infirmières cliniciennes, des étudiants et des

gestionnaires. Le coaching s'adapte très bien au monde des infirmières, car l'approche prône des valeurs holistes, tout comme les sciences de la santé. Le coaching a aussi été éprouvé, avec des résultats favorables, auprès de professeurs dans le domaine de l'éducation et de cadres dans le monde des affaires. De plus, il existe divers types de coaching et, selon les écrits, le coaching peut être adapté à plusieurs types de situation lorsque le coaché s'engage dans les activités de réflexion reliées au coaching. Le coach quant à lui doit posséder diverses compétences et aptitudes afin de bien soutenir le coaché. On voit que le coaching n'est pas toujours une activité facilement accomplie dans le domaine de la santé, car il demande beaucoup de temps et d'énergie pour être réalisé de manière appropriée.

Cependant, l'auteure de l'essai croit qu'une approche de coaching, pour augmenter la contribution significative du personnel infirmier lors de collaboration interprofessionnelle, est une approche valide d'après la littérature empirique. Passons maintenant à la méthodologie de l'intervention.

Methodologie

Dans ce chapitre la méthode de l'intervention est vue en détail. En premier lieu le but et les objectifs de l'intervention sont abordés, suivit par la stratégie utilisée, la sélection et le recrutement des participantes, les instruments et la collecte des données, la description détaillée du déroulement de l'intervention, l'analyse des données, les considérations éthiques, le biais du projet et finalement, les avantages anticipés de l'intervention.

But de l'intervention

Rappelons d'abord que l'intervention retenue est l'utilisation d'une approche de coaching structurée, auprès d'une IA et d'une IAA d'un hôpital d'Ottawa, visant à améliorer leurs habiletés de communication lors de collaboration interprofessionnelle au cours des réunions d'équipe.

Donc, les objectifs spécifiques de cette intervention sont :

- Observer et documenter chez une IA et une IAA l'utilisation des pratiques de communication du *Nurse-team Communication Inventory* (NTCI) (Ford, Propp, Apker, Recker, & Hofmeister, 2009) lorsqu'elles communiquent leurs savoirs et leurs expertises aux membres de l'équipe interprofessionnelle.

- Coacher une IA et une IAA pour qu'elles soient davantage outillées pour participer aux réunions d'équipe interprofessionnelle.
- Coacher une IA et une IAA pour améliorer leurs habiletés de communication lors de réunions interprofessionnelles.
- Favoriser la réflexion d'une IA et d'une IAA au sujet des « 4C » d'Apker et al. (2006) et la documenter.

L'objectif d'apprentissage personnel est :

- Acquérir des compétences en lien avec le coaching des infirmières dans une démarche de croissance professionnelle.

Stratégie utilisée

Au préalable, il est important de mentionner que toutes les discussions lors des séances de coaching et tous les outils utilisés étaient en anglais car les deux participantes ne sont pas francophones.

De plus, au cours du projet, l'approche retenue pour guider le déroulement s'apparente à l'étude de cas (Yin, 1994). Cette méthode de recherche qualitative s'utilise lorsqu'on veut décrire et explorer des processus inhérents à divers phénomènes

complexes. Avec cette méthode, l'individu est un « cas » qui sera étudié. L'information pertinente au sujet du « cas » est colligée et plusieurs cas peuvent être inclus dans une recherche (Yin, 1994) (Figure 7).

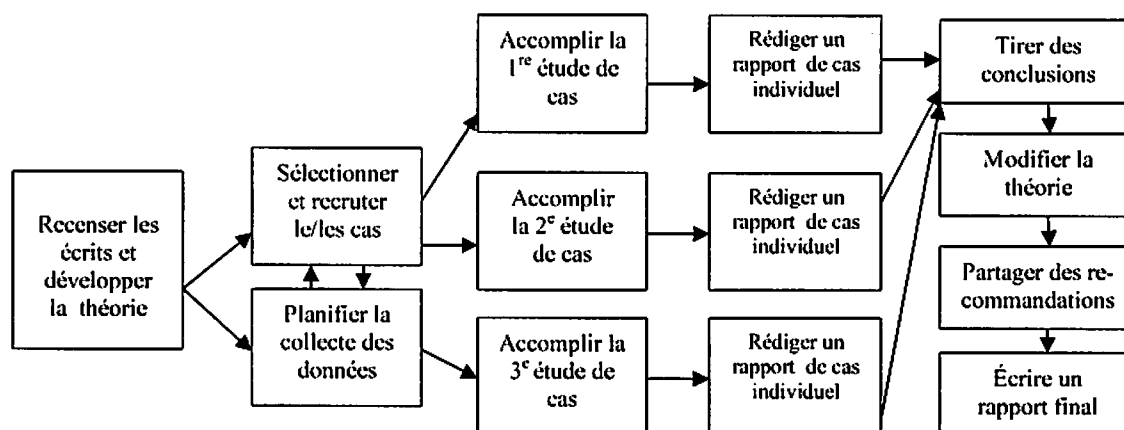


Figure 7. L'étude de cas comme méthode de recherche (Yin, 1994).

Sélection et recrutement des cas

La population visée par ce projet est l'ensemble des 50 IA et IAA occupant un poste de jour car les réunions d'équipe interprofessionnelle se tiennent exclusivement de jour. Les participantes (2 cas) une IA (1^{er} cas) et une IAA (2^{ième} cas), ont été recrutées au moyen d'une lettre. Cette lettre a été envoyée à l'adresse électronique corporative à l'ensemble des infirmières travaillant de jour (voir Appendice A), à la mi-janvier 2009. Ensuite, les infirmières furent rencontrées lors du rapport du matin pour expliquer le projet et leur demander si elles avaient des questions. Dans la semaine suivante, une IA et

une IAA ont contacté l'auteure par courrier électronique pour lui dire qu'elles étaient intéressées à participer.

Divers outils ont été utilisés afin de recueillir des données sur les cas et évaluer l'intervention de coaching mis en place. Ceux-ci sont; Nurse-Team Communication Inventory (NTCI) (Ford et al. 2009), le journal de bord, le profil des cas, et le journal du coach. Regardons d'abord le NTCI de Ford et al. (2009).

Outils et méthodes de collecte des données

Le Nurse-Team Communication Inventory. Un des instruments de mesure choisis pour évaluer le projet est le NTCI (Ford et al. 2009). Les chercheurs ont créé cet outil pour apprécier la façon dont les infirmières communiquent professionnellement avec divers membres d'équipes interprofessionnelles et intraprofessionnelles. Le développement de l'outil s'est réalisé en deux parties dans un centre hospitalier américain de 348 lits. Au cours de la première partie de l'étude, le groupe de chercheurs et une infirmière consultante ont développé 15 pratiques de communication (*Nurse-Team Communication Practices*) identifiées lors d'une étude qualitative ultérieure (Ford et al. 2009). Chaque pratique est représentée par un groupe de 7 à 14 items. Les items sont des techniques de communication spécifiques. Ford et al. (2009) ont ensuite créé un questionnaire avec une échelle de Likert de 10 niveaux pour évaluer l'importance de ces pratiques infirmières pour les professionnels de la santé. Après recrutement des

participants, les auteurs ont reçu un total de 517 questionnaires complétés. Les répondants étaient en majorité des infirmières (IA et IAA), des PAB et des médecins. L'analyse factorielle confirmatoire a été utilisée pour établir la validation de construits ainsi que la fiabilité des 15 pratiques. Les chercheurs ont aussi utilisé des statistiques descriptives pour mesurer la validité de contenu. Les critères de rétention des pratiques sont les suivants : une valeur significative au test *t* de Student, une saturation factorielle de 0.50, une valeur de r^2 d'au moins 0.30 et une cohérence interne démontrée par un α de Cronbach d'au moins 0.60 et plus. De plus, les résultats des analyses démontrant l'adéquation au modèle (*Model Fit*) étaient appropriés (*Normed Fit Index* et *Comparative Fit Index* ≥ 0.90). Les chercheurs ont ensuite entrepris une validation croisée afin de démontrer l'importance de ces pratiques pour les infirmières, les PAB et les médecins. À la fin de la première partie de l'étude de Ford et al. (2009), 12 des 15 catégories de pratiques infirmières ont été jugées importantes par les professionnels et 66 items ont été retenus. Trois pratiques ont été abandonnées, car ils ne répondaient pas aux critères statistiques. Les auteurs ont ensuite utilisé les 12 pratiques de communication retenues pour créer le NTCl. Ils ont jumelé ces pratiques et leurs 66 items à une échelle de Likert dans le but d'évaluer auprès des professionnels le concept : les perceptions de la performance des infirmières lorsqu'elles communiquent (*Perceptions of Nurses Performance of the Communication Practices*). Cette fois-ci, les auteurs ont reçu un total de 369 questionnaires complétés. Les chercheurs ont utilisé les mêmes méthodes que dans la première partie de l'étude pour établir la validité et la fidélité des pratiques du NTCl.

Les 12 pratiques finales retenues sont : (1) encourager un climat de travail agréable (*Fostering a Positive Climate*); (2) bien gérer le stress du travail (*Managing Workplace Stress*) ; (3) écouter activement les collègues (*Listening Actively to Team Members*); (4) aider les collègues infirmiers (*Pinch Hitting for Team Members*); (5) mentorer les pairs (*Mentoring Peers*); (6) habiliter les subalternes (*Empowering Lower-Level Team Members*); (7) coordonner l'équipe (*Coordinating the Team*); (8) prendre la défense des patients (*Advocating on Patient's Behalf*); (9) informer l'équipe (*Processing Information*); (10) participer activement aux processus décisionnels (*Collaborating in Decision Making*); (11) communiquer de manière crédible (*Speaking Assertively*); (12) changer sa façon de communiquer en fonction du médecin à qui l'on s'adresse (*Individualizing Communication with Doctors*) (Ford et al. 2009). [Traduction libre]. Les 66 énoncés affiliés à ces 12 pratiques de communication sont des techniques de communication observables.

Cependant, pour ce projet d'intervention, seulement 9 des 12 pratiques du NTCI ont été utilisées pour guider l'observation des participantes (voir Appendice B), pour un total de 39 énoncés. Les pratiques et techniques retenues sont seulement celles qui sont observables lors des réunions interprofessionnelles. Ceci a été une recommandation du comité d'éthique de la recherche de l'hôpital, car il est nécessaire de recueillir strictement l'information relative au projet d'intervention, c'est-à-dire les techniques de communication utilisées lors de collaboration interprofessionnelle visible pendant les réunions d'équipes. Les trois autres pratiques du NTCI mesurent la communication lors

de collaboration intraprofessionnelle, soit celles utilisées entre les membres du personnel infirmier et aussi la communication utilisée hors les réunions d'équipe. Ceux-ci sont; (1) aider les collègues infirmiers (*Pinch Hitting for Team Members*); (2) habiliter les subalternes (*Empowering Lower-Level Team Members*) et (3) changer sa façon de communiquer en fonction du médecin à qui l'on s'adresse (*Individualizing Communication with Doctors*).

Ford et al. (2009) suggèrent que le NTCI soit utilisé pour évaluer de quelle façon les infirmières communiquent avec les membres de leur équipe. Ceci peut être fait à l'aide d'une échelle de Likert annexé à chaque item pour évaluer à quelle fréquence les infirmières utilisent les diverses techniques. Dans ce projet, le NTCI (Ford et al. 2009) est utilisé comme cadre pour guider l'observation des participants lors de deux réunions interprofessionnelles. Cet outil est aussi utilisé pour autoévaluer les participantes. Dr. Wendy Ford a donné la permission à l'auteure de l'essai d'utiliser le NTCI dans le cadre de ce projet (Appendice C).

Le journal de bord. La deuxième source de données pour évaluer l'intervention est le journal de bord (voir Appendice D). Dans ce projet les participantes rédigent un journal de bord à trois moments différents en répondant à des questions préformulées. Ces questions ont été créées par l'auteure de l'essai et avaient pour but de faire exprimer les participantes au sujet de leurs habiletés utilisées lors de collaboration interprofessionnelle, pendant la réunion d'équipe. Les questions sont aussi basées sur

l'approche de coaching de Grant (2006). Ces questions tentent de faire ressortir les aptitudes et techniques de communication utilisées par les cas (IA et IAA) lors des réunions d'équipe en posant des questions qui favorisent la réflexion au sujet de la collaboration interprofessionnelle. Ces questions sont aussi posées au deux cas lors des séances de coaching.

Les journaux de bord sont complétés une première fois (avant la première séance de coaching), après deux séances de coaching et une dernière fois (à la suite de la quatrième séance de coaching). Les questions des journaux de bord encouragent la réflexion au sujet de la participation aux réunions interprofessionnelles et l'utilisation des habiletés et techniques de communication. Cox (2006) croit que le journal de bord demande beaucoup de temps et d'efforts de la part du coaché mais qu'il est utile pour susciter la réflexion. Les verbatims venant des journaux sont analysés afin d'y retrouver les « 4C » d'Apker et al. (2006). Cette théorie constitue en fait la plus grande partie du contenu des séances de coaching. L'auteure de l'essai documente le taux des « 4C » dans les journaux afin de procéder à l'analyse.

Ceux-ci sont; la collaboration (solliciter des renseignements pertinents au sujet des patients, analyser, organiser, filtrer et partager cette information avec leurs collègues, et participer à la prise de décision avec les autres professionnelles pour trouver des solutions aux problèmes courants), la crédibilité (l'utilisation d'un langage scientifique et spécialisé pour transmettre ses idées, l'ajustement du niveau de langage selon la personne

à qui on s'adresse, et la capacité à dialoguer avec assurance et à confronter les membres d'équipe de manière respectueuse), la compassion (démontrer du respect et de l'empathie pour les membres des équipes, défendre les membres d'équipe lorsque cela devient nécessaire, et manifester son affiliation à la profession infirmière), et finalement la coordination (déléguer ses responsabilités au bon membre de l'équipe inter ou intraprofessionnelle, devenir un mentor pour les résidents en médecine et les infirmières novices).

Profil des cas. De plus, les participantes ont aussi répondu à un profil démographique (voir Appendice E). Cette information est utilisée pour présenter la scolarité et les années d'expérience des participantes.

Journal du coach et réponses aux questionnaires. Afin de répondre à son objectif d'apprentissage personnel et de se souvenir de ses impressions lors du coaching, l'auteure de l'essai note ses réflexions après les rencontres. Elle répond également à un questionnaire avant et après le coaching dans le but d'évaluer ses compétences en tant que coach (Harvard Business School Press, 2006). Passons maintenant au déroulement de l'intervention.

Description et déroulement de l'intervention

Ce projet se déroule de janvier 2009 jusqu'à août 2009, après obtention des approbations du milieu et des certificats éthiques. Après la rencontre individuelle initiale, qui a comme buts l'explication détaillée du projet et l'obtention du consentement écrit de chacune des cas, celles-ci participait à quatre séances de coaching individuel.

Afin de bien saisir leur évolution, les participantes sont observées lors de la réunion interprofessionnelle, avant la première séance de coaching et après la dernière, par une IPA. Ces observations sont effectuées non par l'auteure de l'essai, afin de tenter de diminuer des biais possibles lors de la collecte des données. Le NTCI (Ford et al. 2009) est utilisé pour guider l'observation des participants lors de deux réunions interprofessionnelles. L'observation directe est une des méthodes de collecte de données utile dans l'étude de cas (Yin, 1994). Une échelle de Likert de 10 est jumelée à l'outil et indique à quelle fréquence les participantes utilisent certaines habiletés de communication observables. Ces habiletés sont étroitement liées aux « 4C » d'Apker et al. (2006). Cependant, on comprend que l'outil n'est pas utilisé à des fins statistiques. L'information colligée à l'aide du NTCI est utile pour documenter les changements observables chez les cas avant et après les séances de coaching. De plus, le NTCI est aussi utilisé par les participantes dans un but d'autoévaluation. L'autoévaluation ne cible pas les habiletés utilisées pendant une réunion déterminée, comme cela est le cas avec les observations, mais mesure à quelle fréquence la participante croit utiliser les

comportements du NTCI à tous les jours lors de sa pratique clinique. L'autoévaluation permet la réflexion et s'insère donc bien dans le processus de coaching (Grant, 2006). Les participantes prennent le temps de réfléchir sur la façon dont ils communiquent avec les membres de l'équipe interprofessionnelle.

L'intervention de coaching et ces activités s'étendent sur six mois (voir Tableau 5). Trois semaines s'écoulent en moyenne entre chaque séance. Elles ont lieu sur des quarts de travail de jour et de soir. Chaque séance dure environ une heure et demie et sont aux heures de pauses des infirmières. Les séances se déroulent sur l'unité de soins, dans une salle privée, au cas où les infirmières doivent subitement retourner au chevet des patients. Les participantes ont du travail à faire entre les séances de coaching par exemple répondre au journal de bord. Le coach note ses réflexions et évalue son coaching immédiatement après chaque séance. Le coach observe la méthode de coaching de Grant (2006) lors de ces séances et respecte les valeurs du coaching au long du processus.

Tableau 5

Déroulement et activités de l'intervention

Ordre des activités:	Coaché	Coach	Activités	Durée
1 ^{er} séance de coaching	La coachée remet le 1 ^{er} journal de bord; La coachée remplit le NTCI pour son auto-évaluation.	Expliquer le déroulement des séances Présenter les valeurs du coaching Discussion au sujet des habiletés de communication Réviser les outils utilisés lors des réunions d'équipe Réviser un dossier pour faire ressortir les éléments à discuter lors de la réunion Noter les réflexions post-rencontre; Remplir le <i>Coaching Session Evaluation Form</i> et le <i>Coach's Self-evaluation Checklist</i> (Harvard Business School Press, 2006).		1.5
1 ^{re} observation	Participer à la réunion		L'IPA observe	1h
2 ^{de} séance de coaching	Établir un plan d'action.	Retour sur le 1 ^{er} journal de bord; Création d'un plan d'action basé sur les « 4C » et sur le NTCI; Noter les réflexions post-rencontre. Remplir le <i>Coach's Self-evaluation Checklist</i> (Harvard Business School Press, 2006).		1.5h
3 ^{de} séance de coaching	Participer à la mise en situation; Remplir le 2 ^e journal de bord avant la prochaine séance.	Participer à la mise en situation; Retour sur le plan d'action et la mise en situation Noter les réflexions post-rencontre; Remplir le <i>Coach's Self-evaluation Checklist</i> (Harvard Business School Press, 2006).		1.5h
4 ^{de} séance de coaching	Remettre le dernier journal de bord; Évaluer le plan d'action; Retour sur la dernière réunion.	Donner des feedback sur le journal de bord; Évaluation du plan d'action; Remplir le <i>Coaching Session Evaluation Form</i> et le <i>Coach's Self-evaluation Checklist</i> (Harvard Business School Press, 2006).		1h
2 ^e observation	Participer à la réunion	Évaluation du coaching.	L'IPA observe	1.5h

Le plan d'analyse des données

Observations des participantes. L'information recueillie à l'aide du NTCI lors des observations est utile pour déterminer s'il y a eu ou non des changements observables dans l'utilisation des techniques de communication chez les participantes avant et après les séances de coaching. Les observations des participantes sont quantifiées pour aider à mieux saisir l'évolution des participantes au cours du projet. Ces grilles d'observation sont comparées avec les grilles du NTCI remplies par les participantes à titre d'autoévaluation afin de documenter les différences.

Analyse des journaux de bord. Une analyse de contenu des verbatims des journaux de bord des participantes est effectuée par l'auteure, sans l'aide d'un logiciel, en utilisant comme guide la théorie des « 4C » d'Apker et al. (2006). Le codage est analysée afin de déterminer s'il y a eu ou non changements dans la quantité des réflexions des participantes au sujet de l'utilisation des « 4C » d'Apker et al. (2006) lors du travail d'équipe interprofessionnelle. Regardons maintenant comment l'autodétermination, la confidentialité et l'anonymat des participantes est assuré.

Considérations éthiques

Tout clinicien, que ce soit dans un contexte de recherche ou d'intervention, tel que présentement proposé, est tenu de respecter des considérations éthiques quand il

intervient auprès d'êtres humains. Le comité d'éthique de la recherche (CER) de l'hôpital ainsi que le CER de l'Université du Québec en Outaouais (UQO) ont émis les certificats éthiques pour ce projet (voir Appendice F).

Autodétermination. De plus, afin d'assurer que le consentement des participantes est éclairé, elles signent un consentement écrit lors de la première rencontre avec l'auteure (voir Appendice G). Lors de cette rencontre initiale, les participantes affirment qu'elles connaissent l'étendue des engagements qu'elles prennent et les bénéfices associés au projet. Les participantes sont informées du fait qu'il n'y a aucun risque connu à participer à ce projet. Elles sont également mises au courant que l'information recueillie ne servira qu'au projet d'intervention et ne sera pas utilisée à d'autres fins (par exemple à l'évaluation de leur rendement). Il est important de noter que la participation à ce projet est entièrement sur une base volontaire, étant donné que les participantes ont la possibilité de se retirer de l'intervention en tout temps et sans pénalité, si elles le souhaitent.

Confidentialité et anonymat. Lors d'éventuelles publications, l'identité du milieu d'intervention et celles des participantes ne seront à aucun moment divulguées. Plus particulièrement, les données seront présentées de manière à éviter toute identification possible des participantes. De plus, toutes les données sont gardées sous clé pendant la durée du projet et seront mises aux archives de l'hôpital pendant cinq ans après le dépôt final de l'essai. Les diverses sources de données sont codifiées et seule l'auteure de l'essai a accès à la liste des codes. De plus, afin de tenter de diminuer certains biais lors

de la collecte, une IPA observe l'évolution des habiletés des participantes lors des réunions interprofessionnelles. Cette IPA a signé un avis de confidentialité et ne partagera pas ses observations avec d'autres personnes que l'auteure de l'essai.

Biais du projet

Un biais réside dans le fait que l'analyse des données est de nature qualitative et a été uniquement analysée par l'auteure de l'essai. L'auteure a tenté de demeurer objective tout au long du processus d'analyse des données. De plus, la participation au projet était sur une base volontaire causant potentiellement un biais de sélection. Les deux participantes ont en effet investie beaucoup de temps et d'énergie dans le processus de coaching afin d'améliorer leurs pratiques de communication lors de collaboration. On peut supposer que leur intérêt a facilité le déroulement de l'intervention en permettant d'éviter des résistances de leur part quant à l'affirmation et au développement professionnel qui sont sous-jacents au coaching (Grant, 2006). Passons maintenant aux avantages anticipés de cette intervention.

Avantages anticipés

Ce projet spécifique a la possibilité d'être reproduit dans tout établissement de santé où les membres du personnel infirmier sont appelés à participer aux réunions interprofessionnelles ou à communiquer avec divers professionnels de la santé. De plus,

les effets souhaités de ce projet sont en tout premier lieu que les participantes arrivent mieux préparées aux réunions d'équipe et qu'elles y communiquent habilement leurs savoirs en partageant leur expertise avec les membres de l'équipe interprofessionnelle. Avec une participation soutenue du personnel infirmier, l'équipe verra son rendement croître et, par conséquent, le personnel infirmier sera satisfait de sa contribution collective à ces réunions d'équipe (FCRSS, 2006, 2007; Hibbert et al. 1994; San Martin-Rodriguez et al. 2005). Ceci peut affecter dans une certaine mesure la satisfaction au travail (Hibbert et al. 1994). D'autre part, l'auteure deviendra un coach plus habile et pourra par la suite partager ses nouveaux savoirs avec les professionnels de son établissement. Regardons maintenant les résultats de ce projet.

Les résultats et l'évaluation de l'intervention

Deux infirmières ont participé au projet. Une de celles-ci est une IA novice diplômée de l'université en 2008 qui travaille au service depuis. Afin de préserver son anonymat, cette participante sera surnommée IA. L'autre participante est une IAA expérimentée, diplômée d'un programme post secondaire qui travaille au service depuis 20 ans; elle sera surnommée IAA. Les résultats de IA seront d'abord présentés, suivis de ceux de IAA. L'ordre de la présentation des résultats respecte l'approche de Yin (1994). Les données colligées par le NTCI seront décrites en premier (voir Tableau 6).

Tableau 6

Résultats du NTCI de IA : Autoévaluation et observation

Cas	Auto-évaluation au début du coaching	1 ^{re} observation	2 ^e observation	Techniques sous le seuil de 5 lors de l'autoévaluation	Les pratiques améliorées lors de la 2 ^e observation	Techniques sous le seuil de 5 lors de la 2 ^e observation
IA	282/390 = 72%	193/310 = 62%	227/300 = 75%	<i>Ask team members to do tasks;</i> <i>Maintain eye contact;</i> <i>Assign responsibilities to team members;</i> <i>Confront doctors directly;</i> <i>Speak with confidence when giving opinions;</i> <i>Be assertive with doctors;</i> <i>Confront doctors.</i>	Bien gérer le stress au travail Écouter activement les collègues Coordonner l'équipe Participer activement au processus décisionnel Communiquer de manière crédible	Confront doctors

Dans le tableau ci-dessus le dénominateur n'est pas constant. Le dénominateur de 390 dénote un score maximal au NTCI. Les items (techniques de communication) ne sont pas toujours observables lors des réunions d'équipes (par exemple, si le médecin n'est pas présent). Ceci explique pourquoi le dénominateur fluctue toutefois sans influencer le pourcentage des techniques observées.

Par ailleurs, lors de l'analyse des journaux de bords on retrouve dans les textes des participantes des réflexions et des commentaires qui sont associés à l'une des « 4 C » d'Apker et al. (2006). Regardons de plus près ces informations (Tableau 7).

Tableau 7
Résultats des journaux de bord de IA

IA	1 ^{er} journal : Pourcentage (%) des verbatims par rapport aux habiletés	Habiletés visées par le plan d'action	2 ^e journal : Pourcentage (%) des verbatims par rapport à chaque habileté	3 ^e journal : Pourcentage (%) des verbatim par rapport à chaque habileté	Exemples des verbatim pour chaque habileté au 3 ^e journal
	Collaboration: 59 Compassion: 0 Coordination: 14 Crédibilité : 27	Crédibilité	Collaboration : 27 Compassion : 7 Coordination : 0 Crédibilité : 66	Collaboration : 37 Compassion : 10 Coordination : 21 Crédibilité : 32	<u>Collaboration:</u> <i>"Some of the skills I have developed is receiving patient information by asking open questions."</i> <u>Compassion:</u> <i>"When I talk during rounds I try to keep eye contact and make sure the other person knows I am really listening to them."</i> <u>Coordination:</u> <i>"My role is to bring back information from the evening and night shift to the rest of team because nursing is present 24/7."</i> <u>Crédibilité:</u> <i>"I am now making an effort to use the right terms when I talk about my patients."</i>

Analyse des résultats de IA. Regardons maintenant de plus près les résultats recueillis à l'aide du NTCI pour IA. Lors de l'autoévaluation, IA considère qu'elle possède sept comportements qu'elle n'utilise pas assez fréquemment lorsqu'elle communique avec l'équipe interprofessionnelle. C'est-à-dire que IA s'est donné une note sous le seuil de cinq pour les dits sept comportements. Ces comportements spécifiques, se retrouvant dans le tableau ci-haut, ont ensuite servi d'assise au plan d'action mis en place conjointement par le coach et le coaché.

En se basant toujours sur les données recueillies à l'aide du NTCI, on aperçoit une légère augmentation de la fréquence d'utilisation des techniques de communication au cours de la 2^e observation, à la fin du coaching. On voit aussi qu'il y a une amélioration globale dans cinq pratiques de communication à la 2^e observation. De plus, au cours de la 2^e observation, il n'y a plus qu'un seul comportement qui se retrouve sous le seuil de cinq, comparativement à sept lors de l'autoévaluation remplie au début du coaching. On note donc une progression dans l'utilisation des techniques de communication lors de la réunion d'équipe interprofessionnelle.

On note aussi que IA n'a pas changé sa faible fréquence d'utilisation de la confrontation des médecins lors de la 2^e observation. Pendant le coaching, IA a avoué que, confronter, même de façon très respectueuse, est une habileté épineuse à maîtriser pour elle car, dans sa culture, il est jugé impoli de communiquer son désaccord envers un

médecin. Ce sujet à été traité lors des séances de coaching; le coach a posé des questions pour faciliter la réflexion sur ce sujet.

Dans le 1^{er} journal de bord de IA, qui est rédigé avant la 1^{re} séance de coaching, on observe que la majorité des réflexions écrites sont en lien avec la compétence de collaboration. Lors du 2^e journal de bord, rédigé à la moitié de l'intervention, quelques changements sont aussi remarqués : on voit à ce moment que les écrits au sujet de la compétence de la crédibilité ressortent plus que les trois autres. Il est important de remarquer que le plan d'action mis en place vise davantage cette compétence.

De plus, le 3^e journal de bord, rédigé à la fin du coaching, a aussi démontré une évolution. On voit maintenant que les réflexions et les commentaires relevant des quatre habiletés d'Apker et al. (2006) ressortent de manière plus égale et uniforme. Il est important de noter que les discussions lors des séances de coaching traite de la façon dont les participantes peuvent incorporer les « 4C » dans leur pratique au sein de l'équipe interprofessionnelle et lors des réunions d'équipe.

Il est aussi important de noter que IA veut surmonter sa peur de parler en public en 5 séances de coaching, et qu'elle veut aussi augmenter sa confiance. La confiance est un élément de la compétence de crédibilité (Apker et al. 2006). Tout au long des séances, le coach a posé des questions réflexives et a donné des rétroactions positives, comme le prône le coaching selon Kauffman, (2006). Avec cette IA novice, les petits succès sont

applaudis tout au long du processus. Selon ses dires, l'activité du jeu de rôle (Appendice H) semble avoir été très pertinente pour cette participante.

Le jeu de rôle a été écrit par l'auteure de l'essai et se base sur la réalité de la pratique du milieu d'intervention. Lors de cette activité l'auteure de l'essai et l'IPA du milieu jouait des membres de l'équipe interprofessionnelle et le cas (IA ou IAA) jouait le rôle de l'infirmière. Le cas a eu la chance de lire le scénario quelques minutes avant le jeu. La pratique de cette activité visait à faire ressortir les habiletés et pratiques de communications visées par le plan d'action.

Bref, à la fin du coaching IA a partagé que l'expérience de coaching a été pour elle très avantageuse et a influencé sa pratique. Elle a eu l'impression que son niveau de confiance a augmenté et qu'elle est devenue plus crédible aux yeux de ses collègues de l'équipe interprofessionnelle.

Passons aux résultats de IAA. Regardons d'abord les résultats recueillis à l'aide du NTCI (Tableau 8).

Tableau 8

Résultats du NTCI de IAA : Autoévaluation et observation

Cas	Auto-évaluation au début du coaching	1 ^{re} observation	2 ^e observation	Techniques sous le seuil de 5 lors de l'autoévaluation	Les pratiques améliorées lors de la 2 ^e observation	Techniques sous le seuil de 5 lors de la 2 ^e observation
IAA	268/390 = 68%	283/390 = 72%	323/390 = 82%	Foster an upbeat environment for the healthcare team; Show respect when disagreeing with others; Display positive attitude when communicating with others of the healthcare team; Ask team members to do task rather than tell them; Remain calm under pressure; Face team members directly when communicating with them.	Encourager un climat de travail agréable; Bien gérer le stress au travail; Écouter activement ; Coordonne l'équipe; Informer l'équipe; Participe activement aux processus décisionnels; Communiqué de manière crédible.	Aucun

Journaux de bord de IAA. Regardons maintenant, les informations qui ressortent des journaux de bord de IAA (Tableau 9).

Tableau 9

Résultats des journaux de bord de IAA.

Cas	1 ^{er} journal : Pourcentage (%) des verbatims par rapport aux habiletés	Habilités visées par le plan d'action	2 ^e journal : Pourcentage (%) des verbatims par rapport à chaque habileté	3 ^e journal : Pourcentage (%) des verbatim par rapport à chaque habileté	Exemples des verbatim pour chaque habileté au 3 ^e journal
IAA	Collaboration : 46 Compassion : 3 Coordination : 27 Crédibilité : 24	Crédibilité & Compassion	Collaboration : 15 Compassion : 15 Coordination : 23 Crédibilité : 47	Collaboration: 17 Compassion : 26 Coordination : 17 Crédibilité : 40	<p><u>Collaboration:</u> <i>“I really plan and organize myself before rounds now. I want to incorporate the patients concerns and bring those back to the team. I want to make sure our goals are his goals.”</i></p> <p><u>Compassion:</u> <i>“I respect the other members. I try to show that to them, when we are discussing. I hope they can feel this by the way I talk to them. When I am nervous I sometimes feel I am too confrontational so I try and stay calm.”</i></p> <p><u>Coordination:</u> <i>“While I do my patient care now I think about what could interest the other professionals and remember this information when I speak in rounds. I think beyond nursing now.”</i></p> <p><u>Crédibilité:</u> <i>“To help me stay calm I speak in a clear, slow and confident voice. This helps me get my point across.”</i></p>

Analyse des résultats de IAA. Cette participante considère qu'il y a six comportements qu'elle n'utilise pas assez fréquemment lorsqu'elle communique avec l'équipe interprofessionnelle; elle se donne un score sous le seuil de cinq pour certains comportements. Ces comportements spécifiques, indiqué dans le tableau ci-haut, servent ensuite de fondement au plan d'action mis en place lors du coaching. En se basant toujours sur les résultats du NTCI, on aperçoit une augmentation notable dans la fréquence d'utilisation des habiletés de communication au cours de la 2^e observation, à la fin du coaching. On voit qu'il y a une amélioration globale dans sept pratiques de communication. De plus, au cours de la 2^e observation, aucun comportement ne se retrouve sous le seuil de cinq, comparativement à six lors de l'autoévaluation remplie au début du coaching. On note donc une progression chez IAA dans l'utilisation des techniques de communication lors de la réunion d'équipe interprofessionnelle. Il est aussi important de noter que l'IPA qui accomplit les observations dit avoir remarqué une très grande différence dans la performance de IAA lors de la 2^e observation. Elle perçoit que cette participante est beaucoup plus à l'aise lors des discussions avec l'équipe et qu'elle était très bien préparée pour participer à la rencontre. IAA dit qu'elle n'a jamais reçu de soutien par rapport à sa participation aux réunions d'équipes.

D'autre part, dans le 1^{er} journal de bord de IAA, on aperçoit que la majorité de ses réflexions sont associées aux habiletés de collaboration et de crédibilité. Dans le 2^e journal de bord, on note qu'il y a une plus grande mention de la crédibilité ainsi que de la compassion. Il est important de remarquer que le plan d'action mis en place vise

davantage ces dernières habiletés. Dans le 3^e journal de bord de IAA, on remarque qu'il semble y avoir une réflexion plus poussée par rapport à la crédibilité et à la compassion, et que les « 4C » ressortent de façon plus uniforme dans les écrits.

IAA dit apprécié grandement le processus de coaching et croit à la fin qu'elle est plus confiante lorsqu'elle communique avec les membres de l'équipe interprofessionnelle. IAA dit qu'elle a maintenant hâte à la réunion d'équipe interprofessionnelle et que ce travail d'équipe la rend plus satisfaite au travail. Le fait d'être mieux préparée aux réunions rend IAA plus calme et elle considère qu'elle communique mieux la perspective infirmière à ses collègues. Passons maintenant aux ressemblances entre ces deux participantes, comme le suggère la méthode de l'étude des cas (Yin, 1994).

Ressemblance entre IA et IAA. Regardons maintenant de plus près le cheminement de IA et IAA au cours du coaching afin de ressortir des similitudes qui peuvent guider les recommandations. D'après le 1^{er} journal, on note que les deux participantes connaissent et disent utiliser déjà la compétence de collaboration comme décrite par Apker et al. (2006). Par contre, la compétence de la compassion était absente (ou peu présente) des journaux de IA et IAA au début du coaching. De plus, en analysant les journaux à la fin du coaching on voit que les quatre types de compétence sont apparus, au fil du temps, de façon plus uniforme dans les écrits des deux cas.

On voit aussi que les deux participantes obtiennent des scores très semblables à leurs autoévaluations ainsi qu'à ceux obtenus lors de la 1^{ière} observation, lors de la réunion d'équipe interprofessionnelle. On peut supposer que la performance des participantes lors des observations se situe donc plus près de la façon dont elles se perçoivent lorsqu'elles communiquent avec les membres de l'équipe interprofessionnelle. Toujours d'après les résultats du NTCI, il y a de l'amélioration dans les fréquences d'utilisation des pratiques de communication chez IA et IAA après avoir mis en pratique leurs plans d'action.

Après quatre séances de coaching, les deux participantes affirment avoir changé leur vision au sujet des réunions interprofessionnelles. Il ressort, lors des discussions durant le coaching, qu'elles croyaient que le rôle primaire de l'infirmière était de recueillir de l'information des membres de l'équipe lors des réunions afin de mieux connaître le patient et sa famille; elles pouvaient ainsi retourner au chevet des patients et intervenir convenablement auprès de ceux-ci. Cependant, à la fin du coaching, les deux participantes disent savoir qu'elles ont un rôle beaucoup plus élargi et interactif à jouer avec les membres de l'équipe interprofessionnelle. Il est notamment évident, d'après les discussions et les journaux de bord, que les deux participantes se sentaient très peu préparées lorsqu'elles ont commencé à participer aux réunions interprofessionnelles, il y a de cela cinq ans pour IAA, et un an pour IA. Passons maintenant aux objectifs d'apprentissage personnels de l'auteure de l'essai.

Objectif personnel d'apprentissage

L'objectif personnel poursuivi consistait à acquérir des compétences en lien avec le coaching des infirmières dans une démarche de croissance professionnelle. Ce projet s'est avéré très bénéfique pour approfondir les connaissances sur les approches de coaching utilisables auprès des infirmières. Tout au long du processus, l'auteure a tenté de parfaire certaines habiletés, compétences et aptitudes qui sont nécessaires pour un coaching efficace. Certains de celles-ci sont; le respect (Driscoll & Cooper, 2005), l'honnêteté (Haidar, 2007; Edelson, 2006), une communication efficace (Donner & Wheeler, 2007; Driscoll & Cooper, 2005; Haidar, 2007; Spross, 2005), l'écoute active (Lachman, 2000; Spross, 2002; Stober & Grant 2006), l'utilisation d'une approche systémique (Haidar, 2007; Stober & Grant, 2006), l'empathie (Edelson, 2006; Stober, 2006; Spross, 2005) et la gestion de conflit (Donner & Wheeler, 2007).

En janvier 2009, l'auteure a répondu à deux questionnaires afin de cerner certaines lacunes par rapport à ses habiletés de coach. Le premier est celui de l'*Active Listening Self-Assesement* (Harvard Business School Press, 2006) : le résultat alors obtenu était de 32 sur un maximum possible de 60, ainsi elle pratique déjà l'écoute active, mais il reste de la place à l'amélioration. À la fin du coaching, le score avait augmenté à 43/60. Les compétences de l'écoute active se sont développées mais doivent continuer à se perfectionner. Au long du coaching, l'auteure a réellement tenté d'écouter les coachées sans penser à autre chose, sans les interrompre et sans juger leurs propos. Le

Coach's Self-evaluation Checklist (Harvard Business School Press, 2006) a été utilisé pour guider les apprentissages au sujet du coaching. Les connaissances ont été approfondies tout au long du processus de coaching par la lecture et lors des séances de coaching. Cet outil servait de référence après chaque séance. Ce projet a aussi permis de découvrir et d'utiliser trois théories comme cadre de référence : celle de Hackman (2002), celle d'Apker et al. (2006) et celle de Grant (2006). Il s'agit de théories très intéressantes et pertinentes qui maintenant peuvent être utilisées dans le future. Passons maintenant à la discussion.

La discussion et les recommandations

Le but général de cette intervention était l'utilisation d'une approche de coaching structurée, auprès d'une IA et d'une IAA. Ce but a été atteint, car le projet de coaching a été créé, mis à l'épreuve avec deux cas et documenté. Regardons les liens entre les résultats et les écrits, les retombées de ce projet pour la discipline infirmière, les limites et forces de l'intervention. Pour clore ce chapitre, des recommandations concernant l'éducation, la gestion, la pratique et la recherche dans le domaine de la santé sont présentées.

Liens entre les résultats et la littérature

D'après les résultats obtenus, les deux participantes possédaient préalablement, donc avant le coaching, l'habileté de collaboration. Cette habileté décrite par Apker et al. (2006) regroupe diverses techniques de communication. Par exemple, écouter activement les collègues afin de résumer ce qui a été dit, solliciter des renseignements pertinents au sujet des patients, analyser, organiser, filtrer et partager cette information avec ses collègues, et participer à la prise de décisions avec les membres de l'équipe interprofessionnelle pour trouver des solutions aux problèmes courants. On discerne des ressemblances entre ces techniques de communication et la définition de la collaboration utilisée dans le modèle de Soins-Autonomes-Collaboratifs de l'établissement (Leclerc et al. 2008). On peut supposer que la forte présence de cette compétence dans les journaux

de bord, même avant le début du coaching, est possiblement reliée au fait que les infirmières utilisent ce terme et mettent certaines techniques reliées à l'habileté en pratique, à tous les jours, avec les membres de leur équipe infirmière soit l'équipe intraprofessionnelle. Cette réalité va dans le même ordre d'idées que Hibbert et al. (1994), qui soutiennent que le type de mode de prestation de soins infirmiers en place dans une institution influence la manière dont l'équipe interprofessionnelle fonctionne. De même, la collaboration représente une des valeurs de l'hôpital et plusieurs activités sont réalisées pour la promouvoir à tous les niveaux organisationnels. On peut donc supposer qu'il s'agit là d'une autre raison pour laquelle les verbatims reliés à cette habileté se retrouvent en grand nombre dans les journaux de bords des participants. De plus, d'après les discussions au cours des séances et d'après les journaux de bord, les participantes croient qu'elles ont maintenant la responsabilité de participer activement aux processus décisionnels de l'équipe interprofessionnelle et d'apporter de l'information, une perspective des soins infirmiers, afin de favoriser une communication efficace. Même si elles pratiquent fréquemment la collaboration avant le coaching, elles disent vouloir la pratiquer à un plus haut niveau après l'intervention. Cette pensée est congruente avec le modèle des divers degrés de collaboration de D'Amour (2002). On pourrait même affirmer que ce nouveau moyen de travailler qu'envisagent les participantes ressemble au travail interprofessionnel plutôt que multiprofessionnelle (D'Amour, 2002; FCRSS, 2006), car le travail d'équipe interprofessionnel s'illustre par un plus haut degré de collaboration (D'Amour, 2002).

Par ailleurs, l'habileté de la compassion s'exemplifie par les techniques suivantes : démontrer du respect et de l'empathie pour les membres des équipes intraprofessionnelles et interprofessionnelles, défendre les membres de son équipe intraprofessionnelle lorsque nécessaire et manifester son affiliation à ses équipes (intraprofessionnelle et interprofessionnelle) de façon verbale et non verbale (Apker et al. 2006). D'après les discussions avec les deux participantes, ces dernières croyaient de prime abord que leur compassion devait uniquement être dirigée envers les patients et leurs familles. Ils ne croyaient pas que l'utilisation de l'empathie améliorerait leur participation au travail d'équipe. En outre, la compassion est aussi une des valeurs de l'organisation, mais semble être plutôt dirigée envers les patients. Ce centre hospitalier privilégie une approche compatissante et empathique qui s'adapte aux besoins et aux attentes des patients et de leurs familles. Ce fait est peut-être explicable, car les habiletés de communication apprises dans le cadre de la formation des professionnels et des infirmières participantes ciblent davantage les interactions avec le patient que celles avec l'équipe interprofessionnelle (Hall, 2005).

On remarque aussi, en analysant les résultats, que les verbatims appartenant à chaque catégorie des 4C d'Apker et al. (2006) sont apparus de façon plus équilibrée dans les écrits des deux participantes au fil du temps. Les participantes n'ont pas abandonnées certaines de leurs pratiques de communication pour en utiliser d'autre. Le cadre de références suggère de renforcer ce qui est déjà bien fait chez le coaché tout en encourageant de nouvelles pratiques et des façons de travailler qui sont efficaces (Grant,

2006 ; Hackman, 2002), et c'est ce qui a été tenté d'accomplir avec les coachés tout au long de l'intervention.

D'après les journaux de bord et aussi les discussions entre le coach et les coachés, il ressort que la confiance est un élément central pour une pleine participation aux réunions interprofessionnelles. Selon les participantes, lorsqu'elles ont commencé à participer aux réunions d'équipe, elles n'avaient pas confiance en leurs propres habiletés et n'avaient pas encore développé des liens de confiance avec les collègues interprofessionnels. Elles disaient aussi se sentir gênées. Il était donc difficile pour elles de contribuer pleinement aux réunions d'équipe. De plus, elles ont partagées qu'elles se sentaient très peu préparées à participer aux réunions d'équipes. Elles connaissaient peu le rôle de l'infirmière dans l'équipe interprofessionnelle et avaient peu d'outils pour les aider à participer de façon entière. Selon ces dernières, ce coaching leurs a permis de clarifier leur rôle et de pratiquer certaines habiletés de communication récemment apprivoiser. Ceci est dans le même ordre d'idées que San Martin-Rodriguez et al. (2005), qui avancent que le développement et le perfectionnement des compétences disciplinaires améliorent la confiance et la crédibilité des professionnels lorsqu'ils travaillent en équipe. Dans les termes de Hackman (2002), il est donc nécessaire d'améliorer certaines normes de performances individuelles : comme les habiletés nécessaires au travail d'équipe ainsi que les connaissances et compétences qu'elles utilisent auprès des patients. Ceci est important car on sait que les membres fournissant peu d'efforts, de stratégie et ou de talent lors du travail d'équipe rendent le travail peu productif. Au long du coaching

certaines habiletés ont été plus spécifiquement visées, comme les compétences de communication suivantes; la collaboration, la compassion, la crédibilité et la coordination découlant du cadre de référence (Apker et al. 2006), pour améliorer la confiance des participantes.

D'autre part, pour ces deux participantes, l'utilisation du jeu de rôle a été jugée favorable lors des séances de coaching et leur a permis de mettre en pratique des habiletés de communication nouvellement apprivoisées, afin de recevoir de la rétroaction du coach. Cette simulation leur a permis de mettre à l'épreuve des habiletés et des techniques de communication dans un endroit sécuritaire et sans risques (Lowenstein, 2007). Elles disent que les rétroactions positives reçues après le jeu de rôle les encourageaient à continuer à utiliser leurs techniques de communication. Ce commentaire va dans le même ordre de pensées que Kauffman (2006) et Grant (2006) soit que le feedback du coach guide la pratique du coaché.

Un des outils utilisés lors du coaching est le *Nurse-team Communication Inventory* (Ford et al. 2009); cet outil est un instrument américain validé avec des professionnelles de ce pays, et les cadres de référence guidant le projet sont aussi américains. Il est crucial pour le coach de toujours tenir compte des croyances culturelles et de valider ce qu'on observe avec le coaché (Rosinski & Abbott, 2006). Le coach ne doit pas se baser uniquement sur les résultats des outils et sur le cadre de référence, mais

doit également demeurer flexible et adapter son coaching au coaché (Grant, 2006).
Passons maintenant à quelques conséquences possibles de ce projet.

Retombées pour la pratique infirmière

Domaine clinique. Il existe plusieurs conséquences à ce projet d'intervention. Ce projet suscite des discussions et des réflexions de la part des participantes, avec leurs collègues intraprofessionnelles et interprofessionnelles. Les participantes disent être maintenant plus attentives à l'utilisation de leurs habiletés de communication lorsqu'elles travaillent avec l'équipe interprofessionnelle. Elles voient actuellement de quelle façon certaines de leurs collègues ne participent pas de façon exemplaire aux réunions d'équipe et espèrent qu'elles seront maintenant des modèles pour celles-ci : « on espère créer un effet boule de neige » On suppose aussi, d'après les écrits de Hackman (2002), que les équipes avec qui ces participantes travaillent seront de plus en plus efficaces, la participation active de tous les membres étant un des éléments-clés pour une équipe interprofessionnelle réellement fonctionnel. Ce travail d'équipe améliorée affectera possiblement de manière positive les soins aux patients (FCRSS, 2006; 2007).

Domaine de l'éducation. Dans le futur, ces deux participantes seront appelées à orienter des IA et des IAA novices. Elles disent vouloir partager leurs savoirs avec ces dernières au sujet du processus préparatoire aux réunions d'équipe et de la

communication utilisée avec les membres de l'équipe interprofessionnelle lors des réunions. De plus, l'approche de coaching est une méthode éducative. L'information qui ressort de l'évaluation de ce projet apporte des nouvelles informations au sujet du coaching, à utiliser auprès des infirmières de chevet. On sait maintenant qu'il est possible d'élaborer une approche systématique de coaching pour influencer la pratique infirmière lors de collaboration interprofessionnelle. Cependant, on doit tenir compte de la réalité du milieu infirmier lors de la planification d'une approche comme celle-ci à grande échelle. D'après Johnston et al. (2007), le coaching formel est une approche qui demande beaucoup de temps et d'énergie de la part des coachs et des coachés. Dans leur essai clinique, l'échantillon final était petit, car plusieurs des participants se sont retirés du projet. Ces chercheurs ont aussi eu des problèmes à planifier les séances avec les coachés, car ils étaient tous trop occupés au travail.

Domaine de la recherche. Ce projet sert à l'avancement des savoirs en sciences infirmières et particulièrement aux connaissances sur l'utilisation du coaching comme approche pour influencer la façon dont les infirmières communiquent leur expertise à l'équipe interprofessionnelle. La documentation détaillés de ce processus de coaching facilite sa reproduction, c'est-à-dire que cette approche spécifique peut être répétée et étudiée soit qualitativement, pour cerner son effet sur les coachés, soit quantitativement, pour mesurer ses bénéfices à plus grande échelle.

Domaine de la gestion. Selon le *Hackman's Model for Enhancing Team Effectiveness* (Hackman, 2002), ce type de coaching avait comme but d'augmenter les contributions individuelles des coachés tout en encourageant le développement de leurs compétences. Les deux participantes vont continuer à contribuer au travail d'équipe en utilisant les quatre types de compétences de communication (Apker et al. 2006). Cette contribution exemplaire du personnel infirmier va sans doute aider à rendre la réunion et le travail d'équipe interprofessionnelle plus efficace, car une communication adéquate favorise le travail réellement collaboratif (Burd et al. 2002; Henneman et al. 1995). Cette collaboration enrichie facilite une meilleure utilisation des ressources cliniques, améliore la satisfaction au travail des cliniciens et améliore la santé des patients (FCRSS, 2006, 2007).

Limites du projet

La participation sur une base volontaire est parfois une limite lors de recherches. Cependant, le fait que ce projet en soit un pour lequel les infirmières participent sur une base volontaire permet d'éviter des résistances quant à l'affirmation et au développement professionnel qui sont sous-jacents au coaching (Stober & Grant, 2006). D'après les dires des participantes, celles-ci se sont impliquées dans ce projet pour améliorer leur pratique clinique et elles ont l'impression que c'est la responsabilité de l'infirmière de continuer à développer ses compétences tout au long de sa carrière. Cependant, si la participation au projet avait été obligatoire, le processus systématique de coaching retenu n'aurait peut-

être pas fonctionné avec des participantes ne désirant pas s'engager dans un processus de réflexion (Grant, 2006).

Une limite au projet est le fait que l'analyse des journaux de bord a été uniquement analysée par une seule personne. Afin de diminuer ce biais, on a fait preuve de rigueur en demeurant objective pendant l'analyse de contenu des journaux (Yin, 1994). Regardons maintenant les forces de l'intervention.

Forces du projet

L'intervention visait inclusivement les habiletés de communication des IA et des IAA avec l'équipe interprofessionnelle. Les IA, mais non pas les IAA, devraient avoir des connaissances théoriques au sujet de la collaboration interprofessionnelle grâce au curriculum de leur formation de niveau universitaire. On estimait que les IAA présenteraient possiblement une courbe d'apprentissage plus lente et, de ce fait, nécessiteraient plus de coaching afin d'arriver à des résultats similaires à ceux des IA. Par contre, ceci n'a pas été le cas. L'explication réside peut être dans le fait que l'IA était novice et l'IAA avait plus de 20 ans d'expérience. L'IAA connaissait très bien les membres de l'équipe interprofessionnelle et se sentait en confiance. Elle connaissait également très bien son rôle et ses responsabilités d'IAA. Le fait de pouvoir tailler sur mesure le coaching (Grant, 2006) avec des membres du personnel infirmier ayant des

niveaux d'éducation différents et de l'expérience distincte est une force de cette intervention.

De plus, ce projet est bien synchronisé, car l'hôpital planifie présentement la mise en place de divers outils et pratiques favorisant l'interprofessionnalisme à divers niveaux et dans divers programmes. Le plan stratégique de l'organisation va aussi dans cette direction. Il y aura donc possiblement d'autres initiatives par rapport aux réunions interprofessionnelles, ce qui va favoriser la durabilité de ce projet d'intervention et possiblement encourager les participantes à continuer d'utiliser les quatre compétences d'Apker et al. (2006). Passons maintenant aux recommandations pour l'établissement de santé où l'auteure de l'essai travaille selon les domaines de l'éducation, la gestion, la clinique et la recherche.

Recommandations pour l'établissement de santé

Domaine de l'éducation. Il n'y a présentement aucun programme en place pour préparer le personnel infirmier récemment embauché à participer de façon exemplaire aux réunions d'équipe interprofessionnelle. Il serait propice d'avoir une séance d'éducation lors de l'intégration corporative des nouveaux employés afin de leur parler du rôle de l'infirmière (IA et IAA) dans l'équipe interprofessionnelle et de la manière dont elles sont appelées à communiquer lors des réunions. Il serait aussi propice, afin de favoriser l'interprofessionnalisme, de présenter divers autres professionnels ainsi que

leurs rôles et responsabilités, lors de l'orientation (D'Amour et al. 2005; FCRSS, 2006, 2007; San Martin-Rodriguez et al. 2005). Le nouvel employé aurait ainsi la chance de réfléchir sur la façon dont il va s'intégrer à l'équipe interprofessionnelle.

De plus, le jeu de rôle est une activité pratique, à utiliser lors de l'orientation corporative des IA et IAA, car c'est un moyen efficace pour développer la pensée critique et la résolution de problèmes (Lowenstein, 2007). On sait maintenant que cette activité s'apprête bien à la mise en situation d'une réunion interprofessionnelle. De plus, le participant au jeu de rôle peut recevoir immédiatement de la rétroaction positive afin d'être encouragé à continuer sur le bon chemin (Kauffman, 2006), surtout en ce qui concerne la communication lors de collaboration interprofessionnelle.

Par la suite, lors de l'orientation des nouveaux employés au service particulier où ils vont travailler, il est primordial d'y inclure un standard de pratique au sujet de leur éventuelle participation à la réunion d'équipe interprofessionnelle. Ce standard pourrait être accompagné par des outils, tels le NTCI et l'article d'Apker et al. (2006), pour mieux guider et assister ces employés. L'orientation au nouveau service devrait être donnée en partie par l'infirmière de soutien à la pratique (ISP).

Domaine de la gestion. Il est aussi important de continuer à soutenir les IA et les IAA qui œuvrent déjà dans ce centre hospitalier. Si l'on remarque que certaines infirmières n'offrent pas une contribution optimale lors des réunions, affectant donc le

travail d'équipe (Hackman, 2002), il s'avère aussi essentiel que leurs gestionnaires les réfèrent à l'IPA du service particulier. L'IPA peut donc participer aux réunions interprofessionnelles afin d'observer, évaluer et donner du feedback à l'infirmière et ensuite au gestionnaire. Donc, d'après les deux participantes et d'après les écrits, une participation fructueuse aux réunions d'équipe facilite la collaboration interprofessionnelle et ajoute à la satisfaction au travail (FCRSS, 2006; Hibbert et al. 1994). Encourager la collaboration interprofessionnelle est un des moyens pour tenter de retenir les infirmières, une main-d'œuvre spécialisée. Soutenir la performance des infirmières lors des réunions d'équipe interprofessionnelle, c'est encourager ces professionnelles à travailler pleinement à l'intérieure de leur champ de pratique. Ceci est un autre moyen de les rendre satisfaites au travail (Hall et al. 2007).

Domaine clinique. De plus, le coaching en général semble être une approche à utiliser auprès du personnel infirmier afin d'améliorer leur pratique clinique. La revue de la littérature empirique nous suggère que le coaching est une approche efficace à utiliser dans un but de développement professionnel des infirmières cliniciennes, des étudiants en soins infirmiers et des infirmières gestionnaires (Alleyne & Jumaa, 2007; Johnston et al. 2007; Kushnir et al. 2008). Les écrits nous montrent que le coaching formel, même si bénéfique, est difficile à utiliser auprès des infirmières, car cette approche requiert beaucoup de temps et d'énergie de la part des coachés (Johnston et al. 2007). Cependant, ceci n'a pas été l'expérience des participantes à ce projet. L'auteure de l'essai croit que

les séances de coaching peuvent être données en une demi-heure, mais de façon plus fréquente, afin de cibler les infirmières qui sont occupées au travail.

Les ISP devraient recevoir une formation sur le coaching afin d'employer cette approche auprès des infirmières en exercice. Pratiquer le coaching peut les aider à développer certaines habiletés essentielles que le coach doit posséder, comme l'écoute active (Lachman, 2000; Spross, 2002; Grant 2006). Ceci a été le cas pour l'auteure de l'essai et ressort aussi dans l'étude de Kushnir et al. (2008). Les ISP sont les pairs des infirmières et retournent après leur mandat au chevet des patients. Les habiletés de coaching apprises leur serviront aussi dans leur rôle clinique auprès des patients (Spross, 2005).

Domaine de la recherche. L'intervention visait seulement les membres du personnel infirmier alors, qu'idéalement, tous les membres de l'équipe interprofessionnelle recevraient du coaching en vue d'améliorer le fonctionnement global de l'équipe. L'équipe n'en serait qu'optimisée et c'est ce que le modèle de Hackman prône (Hackman, 2002). L'approche de coaching décrite dans cet essai peut être facilement adaptée pour être utile auprès des différents professionnels qui travaillent dans ce centre hospitalier. Il serait intéressant d'entreprendre une étude pour évaluer comment le coaching affecte le travail d'équipe. Le modèle de Hackman (Hackman, 2002) pourrait guider une étude de ce genre.

Conclusion

La collaboration interprofessionnelle est une approche de soins qui comporte, entre autres, le partenariat, la coopération et une pratique interprofessionnelle visant à améliorer la qualité des soins et services (FCRSS, 2006, 2007). Les leaders, les gestionnaires et les praticiens du système de santé s'intéressent à la manière dont le travail d'équipe affecte les soins et les services. Cependant, pour réellement atteindre une culture axée sur l'équipe et non sur l'individu, les organismes doivent procéder à des changements importants.

D'après les écrits, il est clair qu'on doit viser plusieurs stratégies différentes pour arriver à un fonctionnement de l'équipe interprofessionnelle qui soit efficace, étant donnée la nature complexe et multifactorielle de la collaboration (D'Amour et al. 2005; FCRSS, 2006, 2007; Hackman, 2002; San Martin-Rodriguez et al. 2005). Un des déterminants de la collaboration est la communication et cela ressort fortement dans la littérature (FCRSS, 2006, Henneman et al. 1994; Lockhart-Wood, 2001; Mikan et Rodger, 2005; San Martin-Rodriguez et al. 2005).

On sait qu'à l'hôpital où l'auteure de l'essai travaille, il y a des lacunes quant à la performance des infirmières aux réunions d'équipe interprofessionnelles, entraînant ainsi une collaboration mitigée. L'auteure a entrepris une intervention en janvier 2009. Le but de cette intervention était d'augmenter la contribution significative du personnel infirmier

lors des réunions d'équipe interprofessionnelle, en utilisant le coaching auprès d'une IA et d'une IAA. Le coaching visait spécifiquement l'acquisition d'habiletés de communication utilisées par les infirmières lors du travail d'équipe (Apker et al. 2006). Cette approche éducative est basée sur le *Hackman's Model for Enhancing Team Effectiveness* (Hackman, 2002). L'approche spécifique utilisée est le *Generic Model of Goal-directed Self-regulation* de Grant (2006).

Ce projet a permis à l'auteure d'expérimenter et de documenter une approche de coaching structurée auprès d'infirmières. Elle a également approfondi ses connaissances pratiques et théoriques au sujet du coaching. Son projet lui a permis d'effectuer certaines recommandations à l'établissement de santé où le projet s'est déroulé : l'emploi du coaching pour éduquer et former les infirmières au sujet des réunions d'équipe, et la communication lors de collaboration interprofessionnelle. Il serait intéressant, dans le futur, d'évaluer empiriquement si le coaching améliore la communication des professionnels lors de collaboration affectant donc le travail d'équipe. Ceci est important, car les équipes efficaces accordent une grande importance à la contribution personnelle et professionnelle de tous ses membres (Hackman, 2002).

Références

- Alleyne, J., & Jumaa, M. O. (2007). Building the capacity for evidence-based clinical nursing leadership: The role of executive co-coaching and group clinical supervision for quality patient services. *Journal of Nursing Management, 15*, 230-243.
- Anderson, C. A., Jennings, D. L., & Arnoult, L. H. (1988). Validity and utility of the attributional style construct at a moderate level of specificity. *Journal of Personality and Social Psychology, 55*, 979-990.
- Angel, P., Amar, P., Devienne, É., & Tencé, J. (2007). *Dictionnaires des coachings*. Paris: Dunod.
- Apker, J., Propp, K. M., Ford, Z. W. S., & Hofmeister, N. (2006). Collaboration, credibility, compassion, and coordination: Professional nurse communication skill sets in health care team interactions. *Journal of Professional Nursing, 22*, 180-189.
- Aviram, M., Ophir, R., Raviv, D., & Shiloah, M. (1998). Experiential learning of clinical skills by beginning nursing students: Coaching project by fourth-year student interns. *Journal of Nursing Education, 37*, 228-231.
- Baard, P. P., Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2004). Intrinsic need satisfaction: A motivational basis of performance and well-being in two work settings. *Journal of Applied Social Psychology, 34*, 2045-2068.
- Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. Dans F. Pajeras., & T. Urdan (Éds.). *Self-Efficacy Beliefs of Adolescents* (pp.307-337). Connecticut: Greenwich
- Burd, A., Chueng, K. W., Ho, W. S., Wong, T. W., Ying, S. Y., & Cheng, P. H. (2002). Before the paradigm shift: Concepts and communication between doctors and nurses in a burn team. *Burns, 28*, 691-695.
- Cashman, S. B., Reidy, P., Cody, K., & Lemay, C. A. (2004). Developing and measuring progress toward collaborative, integrated, interdisciplinary health care teams. *Journal of Interprofessional Care, 18*, 183-196.
- Clarke, D. J. & Hollingsworth, H. (2002). Elaborating a model of teacher professional growth. *Teacher and Teacher Education, 18*, 947-967.

- Colquitt, J.A., Lepine, J. A., & Noe, R.A. (2000). Toward an integrative theory of training motivation: a meta analytic path analysis of 20 years of research. *Journal of Applied Psychology, 85*, 678-707.
- Cox, E. (2006). An adult learning approach to coaching. Dans D. R. Stober, & A. M. Grant (Éds), *Evidence Based Coaching Handbook* (pp.193-217) Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- D'Amour, D. (2001). Collaboration entre les infirmières et les médecins de famille : Pourquoi et dans quelles conditions ? *Ruptures, 8*, 116-145.
- D'Amour, D. (2002). La collaboration professionnelle: un choix obligé. Dans Goulet, O., & Dallaire, C. (Éds), *Les soins infirmiers vers de nouvelles perspectives* (pp. 339-363). Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin-Rodriguez, L., & Beaulieu, M., D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care, 19*, 116-131.
- D'Amour, D., & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care, 19*, 8-20.
- Detmer, S. S. (2002). Coaching your unit team for results. *Seminars for Nurse Managers, 10*, 189-195.
- Donner, G. J., & Wheeler, M. M. (2007). *A Guide to Coaching and Mentoring in Nursing*. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.
- Driscoll, J., & Cooper, R. (2005). Coaching for clinicians. *Nursing Management, 12*, 18-23.
- Edelson, M. (2006). *The Current Evolution and Revolution of Coaching*. Danvers, MA: Commonwealth Educational Seminars.
- Falise, J. P. (2007). True collaboration: Interdisciplinary rounds in non teaching hospitals, it can be done! *Advanced Critical Care, 18*, 346-347.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS). (2006). *Le travail en équipe dans les services de santé : Promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada : Recommandations et synthèse des politiques*. Ottawa, ON : FCRSS. Récupéré le 1 décembre 2009. http://www.chsrf.ca/research_themes/pdf/teamwork-synthesis-report_f.pdf

- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS). (2007). *Synthèse de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : Collaboration interprofessionnelle et services de santé de première ligne de qualité*. Ottawa, ON : FCRSS. Récupéré le 2 décembre 2009. http://www.chsrf.ca/research_themes/documents/SynthesisReport_Fr_FINAL
- Ford, W., Propp, K., Apker, J., Recker, L., & Hofmeister, N. (2009). *Nurse-team communication inventory: Development, validation and application in a hospital setting*. Manuscrit soumis pour publication.
- Frank, J., R, & Brien, S. (2008). *The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety Across the Health Professions*. Ottawa, ON: Institut canadien pour la sécurité des patients.
- Goleman, D. (2000). Leadership that gets results. *Harvard Business Review*, 72, 78-90.
- Grant, A. M. (2006). An integrative goal-focused approach to executive coaching. Dans D. R. Stober, & A. M. Grant (Éds), *Evidence Based Coaching Handbook* (pp.153-192) Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Hackman, J. R. (2002). *Leading teams: setting the stage for great performances*. Harvard Business School Press: Boston.
- Hackman, J. R. (2003). Learning more by crossing levels: evidence from airplanes, hospitals, and orchestras. *Journal of Organizational Behavior*, 24, 905-922.
- Hackman, J. R. & Wageman, R. (2005). A theory of team coaching. *Academy of management review*, 30, 269-287.
- Haidar, E. (2007). Coaching and mentoring nursing students. *Nursing Management*, 14, 32-35.
- Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 1, 188-196.
- Hall, P., Weaver, L., Gravelle, D., & Thibault, H. (2007). Developing collaborative person-centred practice: A pilot project on a palliative care unit. *Journal of Interprofessional Care*, 21, 69-81.
- Harvard Business School Press. (2006). *Coaching People*. USA: Harvard Business School Publishing Corporation.

- Hayes, E., & Kalmakis, A. K. (2007). From the sidelines: Coaching as a nurse practitioner strategy for improving health outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 19*, 555-562.
- Henneman, E. A., Lee, J. L., & Cohen, J. I. (1995). Collaboration: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 21*, 103-109.
- Hibbert, E., St-Arnaud, S., & Dharampi, S. (1994). Nurses satisfaction with the patient care team. *Canadian Journal of Rehabilitation, 8*, 87-95.
- International Coaching Federation (2006). Retrieved August 1, 2006, from <http://www.coachfederation.org/ICF/For+Coaching+Clients/What+is+a+Coach/>
- Johnston, C. C., Gagnon, A., Rennick, J., Rosmus, C., Patenaude, H., Ellis, J., Shapiro, C., Fillion, F., Ritchie, J., & Byron, J. (2007). One-on-one coaching to improve pain assessment and management practices of pediatric nurses. *Journal of Pediatric Nursing, 22*, 467-478.
- Kauffman, C. (2006). Positive psychology: the science at the heart of coaching. Dans D. R. Stober, & A. M. Grant (Éds), *Evidence Based Coaching Handbook* (pp.153-192) Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- King, L., Lee, J.L., & Henneman, E. (1993). A collaborative practice model for critical care. *American Journal of Critical Care, 2*, 444-449.
- Kushnir, T., Ehrenfeld, M., & Shalish, Y. (2008). The effects of a coaching project in nursing on the coach's training motivation, training outcomes, and job performance: An experimental study. *International Journal of Nursing Studies, 45*, 837-845.
- Lachman, V. D. (2000). Coaching techniques. *Nursing Management, 31*, 14-16.
- Leclerc, C. M., Doyon, J., Gravelle, D., Hall, B., & Roussel, J. (2008). The autonomous collaborative care model: Meeting the future head on. *Canadian Journal of Nursing Leadership, 21*, 63-75.
- Liedtka, J. M., Whitten, E., & Sorells-Jones, J. (1998). Enhancing care delivery through cross-disciplinary collaboration: A case study. *Journal of Health Care Management, 43*, 185-203.
- Locke, E. A., & Latham, G. P. (2002). Building a practical useful theory of goal setting and task motivation: A 35-year odyssey. *American Psychologist, 57* (9), 705-717.

- Lockhart-Wood, K. (2001). Nurse-doctor collaboration in cancer pain management. *International Journal of Palliative Nursing*, 7, 6-16.
- Long, F.A., Kneafsey, R., & Ryan, J. (2003). Rehabilitation practice: challenges to effective team working. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 663-673.
- Lowenstein, J., A. (2007). Role Play. Dans M. J. Bradshaw, & A. J. Lowenstein (Éds), *Innovative Teaching Strategies in Nursing* (pp. 173-182) Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Mickan, M., S. (2005). Evaluating the effectiveness of health care teams. *Australian Health Review*, 29, (2), 211-217.
- Mickan, M., S., & Rodger, A., S. (2005). Effective health care teams: A model of six characteristics developed from shared perceptions. *Journal of Interprofessional Care*, 19, 358-370.
- Moen, F., & Skaalik, E. (2009). The effect from executive coaching on performance psychology. *International Journal of Evidence Based Coaching and Mentoring*, 7, 31-49.
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). (2004). Le baccalauréat en sciences infirmières : La formation de base des IA en Ontario. *Fiche d'information de l'OIIO*. Récupéré le 8 juin 2009 de http://www.cno.org/docs/reg/43066_fsChangesRnEdu.pdf
- Paul, S., & Peterson, Q. C. (2001). Interprofessional collaboration: Issues for practice and research. *Occupational Therapy in Health Care*, 15, 1-12.
- Professions santé Ontario (2007). Collaboration interprofessionnelle en soins de santé : Un plan directeur provinciale. Retrouvé en ligne le 3 décembre 2009 au <http://www.professionssanteontario.ca/upload/fr/whatishfo/ipcproject/blueprint%20summary-fr.pdf>
- Reese, D. J., & Sontag, M. A. (2001). Successful interprofessional collaboration on the hospice team. *Health and Social Work*, 26, 169-175.
- Rosinski, P., & Abbott, N. G. (2006). Coaching from a cultural perspective. Dans D. R. Stober & A. M. Grant (Éds), *Evidence Based Coaching Handbook* (pp.153-192), Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M. D., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 1, 132-147.

- Silen-Lipponen, M., Tossavainen, K., Turunen, H., & Smith, A. (2004). Potential errors and their prevention in operating room teamwork as experienced by Finnish, British and American nurses. *International Journal of Nursing Practice, 11*, 21–32.
- Spross, J. A. (2005). Expert coaching and guidance. Dans A. B. Hamric, J. A. Spross, & C. M. Hanson (Éds), *Advanced Practice Nursing*, (3e éd.) (pp. 187-223). St-Louis, MI: Elsevier Saunders.
- Stober, D. R., & Grant, A. M. (2006). *Evidence Based Coaching Handbook*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Temkin-Greener, H., Gross, D., Kunitz, S. J., & Mukamel, D. (2004). Measuring interdisciplinary team performance in a long-term care setting. *Medical Care, 42*, 472 – 481.
- Waddell, D. L., & Dunn, N. (2005). Peer coaching: The next step in staff development. *The Journal of Continuing Education in Nursing, 36*, 84-89.
- Wageman, R., Hackman, J. R. & Lehman, E. (2005). Team diagnostic survey: development of an instrument. *The Journal of Applied Behavioral Science, 41*, 373-398.
- Way, D., Jones, L., Baskerville, B., & Busing, N. (2001). Primary health care services provided by nurse practitioners and family physicians in shared practice. *Canadian Medical Association Journal, 165*, 1210 – 1214.
- Yin, R. K. (1994). *Case Study Research*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Zwart, R. C., Wubbels, T., Bergen, M. C., & Bolhuis, S. (2007). Experienced teacher learning within the context of reciprocal peer coaching. *Teachers and Teaching: theory and practice, 13*, 165–187.

Appendice A

Lettre de recrutement

Letter of explanation to potential participant

You are being invited to participate in a clinical project entitled: Implementation and documentation of a coaching approach to educate nurses about competencies that facilitate interprofessional collaboration during team meetings.

This project is being led by Sara Knowlton-Leblond, master's student at the University of Québec in Outaouais (UQO) and who is also an advanced practice nurse (APN) at [REDACTED]. Her project is being co-directed by professors Chantal Saint-Pierre, RN, PhD and Mario Lepage, RN, PhD (cand.).

Before making any decision, it is important for you to understand why this project is being done, how your personal information will be used and what your participation entails. You also need to understand the benefits and inconveniences related to your potential participation in this project. Please take your time to carefully read the following information. Once all your questions have been answered we will ask you to sign the consent form, if you agree to participate.

The purpose of this intervention is to document the utilization of a coaching approach in educating rehabilitation nurses about competencies that facilitate collaboration used during interprofessional team meetings. It is anticipated that the insights gained from this project will contribute to the future implementation of coaching as an educational approach to assist nurses in improving their interprofessional team work skills.

Participation is completely voluntary. If you agree to participate in this study, you will be asked to partake in four (4), 1.0 to 1.5 hour long coaching sessions at the rehabilitation department, from January to June 2009, during working hours. You will also be asked to keep a journal to help describe your use of collaboration skills. There are no right or wrong entries in the journal. These journals will be kept for 5 years after the completion of the project. They will be kept in a locked file in Sara Knowlton-Leblond's office and only she will have access to them. The journal will only be shown to her essay director from the Université du Québec en Outaouais.

Also as part of the project's evaluation you will also be observed by another APN ([REDACTED]) twice (2) during interprofessional team meetings between January and June 2009. Susan Draper will sign a confidentiality form and will only share her observations with Sara Knowlton-Leblond.

You can ask to be withdrawn from the project at any time. If you agree to participate in the project, your name will not appear in any written or oral report. Some of your words or ideas may be used in the report of the project and you may be able to recognize them but no one else will. Any future scientific publication of the results will also respect your anonymity.

The project will take up some of your work time. We will try and schedule together the sessions during hours when the unit is typically not as busy. However, participating in this study could help you directly by possibly improving your collaboration skills. Also part of your reflective practice, which is an annual requirement of the College of Nurses of Ontario (CNO) for

all practicing nurses, would be completed for the year 2009. Thank you very much for your interest in this project.

If you have any questions, concerns, or if you would like to participate please contact me: Sara Knowlton-Leblond at [REDACTED] or via email at [REDACTED]. We will then proceed to schedule our first meeting to discuss the project, answer any of your questions and to sign the consent form.

Sincerely,
Sara Knowlton-Leblond

Appendice B

Le *Nurse Team Communication Inventory* modifié pour l'intervention

Participant Code: _____

First or second observation: _____

Nurse-Team communication Inventory (adapted from Ford et al. 2009)

Each item to be used with a Likert Scale (1-10) to observe nurses during interprofessional team meetings.

The numeric scale will indicate how much the nurse engages in each communication team work behavior during team meetings:

1 never, 10 always and 5-6 sometimes.

Indicate which number (1-10) is most appropriate

Fostering a Positive Climate

- Foster an upbeat environment for the healthcare team
- Take time to thank other members of the healthcare team
- Show respect when disagreeing with others
- Display a positive attitude when communicating with other members of the healthcare team
- Ask team members to do tasks, rather than tell them
- Make the workplace more pleasant by being cheerful

Managing Workplace Stress

- Remain focused even when overwhelmed by work
- Convey the attitude, “we can get through this,” when faced with difficult times
- Remain calm under pressure

Listening Actively to Team Members

- Face team members directly when communicating with them
- Listen to the point of view of other members
- Be open to negative feedback from team members
- Maintain eye contact when they communicate with team members
- Be approachable to other team members
- Actively listen to coworkers

Mentoring Peers

- Take new nurses under their wing to help them adjust to their role
- Encourage new nurses to be more confident in their interactions with doctors

Coordinating the Team

- Assign responsibilities to team members to coordinate patient care
- Provide updated information to team members
- Coordinate team members' roles in providing patient care
- Communicate patient changes to appropriate team members

Advocating on Patients' Behalf

- Advocate for the needs of patients' and families
- Communicate patients' needs and concerns to team members
- Mediate between patients and team members
- Question patient-care information that may be flawed

- Speak up when important patient-care information is omitted

Processing Information

- Gather information before talking to team members
- Prioritize urgent information when sharing it
- Organize information before speaking to team
- Provide updated information to team

Collaborating in Decision Making

- Share ideas and opinions with team
- Engage in team problem solving
- Actively listen to doctors and allied health professionals.
- Seek clarification of patient-care decisions from team
- Ask team members questions.

Speaking Assertively

- Confront doctors directly about points of disagreement
- Speak with confidence when giving their opinions to doctors
- Be assertive with doctors when the nurses believe the doctors are wrong
- Confront doctors when their orders are inconsistent with the patient's plan of care

Appendice C

Lettre de permission de Wendy Ford

De: Wendy Ford <wendyford@email.wcu.edu>

Objet: FW: nurse-team communication inventory

À: "leblond_sara@yahoo.ca" <leblond_sara@yahoo.ca>

Cc: "Julie Apker" <julie.apker@wmich.edu>, "kathy propp" <kathy.propp@wmich.edu>

Date: lundi 12 Mai 2008, 15 h 46

Sara LeBlond,

At the present time, we are near completion of a manuscript which presents the research program toward development of the Nurse-Team Communication Inventory (NTCI), along with statistical analyses supporting validity, reliability, and other psychometric properties of the instrument. I will happily provide you with a copy of the manuscript upon submission to a journal for publication consideration. In the meantime, I am attaching the drafted appendix which presents the 65 behavior items comprising the NTCI. (This instrument was also presented at the 2006 conference of the National Communication Association.)

In using the NTCI, participants were asked to rate the extent to which nurses with whom they worked engaged in each communication behavior (e.g., "Nurses with whom I work communicate patient changes to appropriate team members."). They responded by circling a number on a scale ranging from 1 (never) to 10 (always), with a midpoint over 5 and 6 (sometimes).

I hope that this tool will be helpful in your master's thesis work. Please let us know if you have questions.

Warmly,
Wendy Ford

Appendice D

Les questions pour le journal de bord

First Journal Entry

Participant Code #: _____

1. How do interprofessional team rounds make you feel?

2. What is going through your head before, during and after rounds?

5. Why do you say this was your best performance? What particular skills did you use?

6. Describe your worst team rounds experience? Why was this experience so bad for you?

7. I assume there is a member of the interprofessional team that you admire? What does this colleague do or say during rounds that make you admire them?

8. What can be improved about your participation during team rounds and most importantly what are your strengths?

11. What are you expecting from me as a coach?

12. Why are you participating in this project?

Post Role Play Journal Entry

Participant Code #:

1. What we you thinking about while we were role playing?

2. Give me examples of the skills you used during this role play?

3. What was this role play experience like for you?

4. What are the major differences between this role playing and interprofessional team rounds?

5. How are you going to apply today's experience to your next team rounds?

6. What strengths are you developing that will facilitate the next team rounds?

1. What strengths and skills have you developed throughout the coaching sessions?

2. Interprofessional team rounds are now running smoothly and are perfect, what has changed from before? What are you doing differently?

3. Why is it so important for you as a nurse to be an active participant in team rounds?

Appendice E

Le profil des participantes

Participant Profile Questionnaire

Participant Code: _____

1. Are you a RN or RPN?

2. Education level?

3. How many years experience in nursing do you have?

4. How long have you worked in [REDACTED] at [REDACTED]?

Appendice F

Les certificats éthiques

December 4, 2008

Ms. Sara Knowlton Leblanc
Advanced Practice Nurse

RE: "Implementation and documentation of a coaching approach to educate nurses about competencies that facilitate interprofessional collaboration during team meetings."

Dear Ms. Knowlton-Leblanc,

We have received and processed the revisions to your REB application. The revisions were received December 2, 2008.

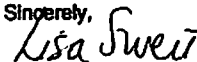
We first note that the title was changed from "Quality evaluation of the implementation, amongst nurses, of a coaching approach to improve competencies that facilitate collaboration used during interprofessional team meetings" to "Implementation and documentation of a coaching approach to educate nurses about competencies that facilitate interprofessional collaboration during team meetings." As we understand it this is the same project and the REB decision relates to this one project.

Your revisions have satisfied the conditions set out initially. The Research Ethics Board (REB) is pleased to give ethical approval for one year to proceed with the above titled study.

Please note that any future changes to the protocol must be submitted to the REB for approval. You are also expected to provide notification of the termination of the study.

We wish you the best of luck with this study.

Sincerely,



Dr. Lisa Sweet, C. Psych.
Chair of the Research Ethics Board

Appendice G

Le consentement

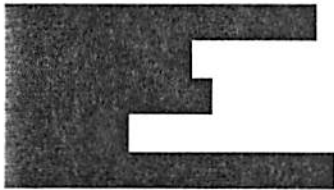
Consent for project participants

I, _____, agree to take part in the project entitled: Implementation and documentation of a coaching approach to educate nurses about competencies that facilitate interprofessional collaboration during team meetings, which is being conducted by Sara Knowlton-Leblond.

- I have read and understood the letter of explanation that has been given to me.
- I understand that by agreeing to participate in this voluntary project I will participate in four (4) 1.0-1.5 hour coaching sessions directed by Sara Knowlton-Leblond, from January to June 2009.
- I understand that I will keep a journal, that the journal will be kept in and that it will be destroyed 5 years after the project is complete. Sara Knowlton-Leblond will have access to the journals during this time. It will only be shown to her essay director from the *Université du Québec en Outaouais* (UQO).
- I understand that my name will not appear in any written or oral reports of this project.
- I know that the information obtained during this project will only be used for the project and will not be used for any other internal purpose (example: performance evaluation).
- You will be observed by another APN during two interprofessional team meetings. This person will only share her observations with Sara Knowlton-Leblond and will sign a confidentiality form.
- I understand that I can withdraw at any time during the project without any repercussion.

- I understand that if I have any questions regarding this project, I can contact Sara Knowlton-Leblond at [REDACTED].
- I understand that if I feel my rights have been violated in any way, I can get in touch with the REB contact person at [REDACTED] or at the president of the ethics committee at the UQO:

Lisa Sweet
Chair Ethics Board



lsweet@bruyere.org

Durivage, André
Pavillon Lucien-Brault
101, rue Saint-Jean-Bosco, pièce A-2102
C.P. 1250, Succursale Hull
Gatineau, (Québec) Canada J8X 3X7
Téléphone: 819 595-3900, poste 1781
andre.durivage@uqo.ca

- I have been given a copy of this signed consent form and the letter of explanation.

Date _____ Signature of participant _____

I have explained the nature of the project to the participant and I believe that he-she has understood it. I have also answered any questions the participant had.

Date _____ Sara Knowlton-Leblond _____

Appendice H

Le scénario du jeu de rôle

Role-play scenario

Mrs X is 90 and was admitted after a fall in her home. Her hip was fractured and had an open reduction and internal fixation (ORIF). She has mild dementia and the events around her fall are unclear as she was alone at the time of the fall. She has recovered remarkably well and should be discharged home this week. She is ambulating with a walker now as her gait remains unsteady.

You have just finished assessing Mrs X. She is your patient and she will be discussed in today's team rounds. Mrs X was complaining of dizziness when she stood up and became quite unsteady. You needed to help her sit down again. You checked her postural blood pressure and you found it to be 110/70 lying and 90/45 standing. Mrs X has no other complaints when sitting and looks well. This postural hypotension seems to be a new problem as nothing is documented in the chart. You head off to rounds and ask your colleague to keep an eye on Mrs X until you return.

Rounds have started earlier and as you walk in the other professionals are already discussing Mrs X. The PT is speaking and is saying that Mrs X could possibly be discharged earlier than thought, at her husband's request. The PT is talking about how her mobility is terrific and how there are no other issues. The team then agrees it is time to talk about a different patient. You sit down at that moment to join the meeting.