



La compétence collective mise en œuvre par les infirmières à l'urgence : une étude de cas

Mémoire

Catherine Balg

Maîtrise avec mémoire en Sciences infirmières
Maître ès science (M. Sc.)

Québec, Canada

© Catherine Balg, 2013

Résumé

Problématique : La compétence collective (CC), soit la combinaison dynamique des compétences individuelles, amènent des résultats supérieurs. Cette notion, peu étudiée en contexte infirmier, s'avère novatrice afin d'appréhender la performance des équipes soignantes. **Objectif :** Décrire la mise en œuvre de la CC par les infirmières en contexte d'observation à l'urgence d'un centre hospitalier québécois. **Méthode :** Étude de cas unique alliant sources documentaires (n = 32), observations (n = 3) et entrevues (n=3) selon la technique par incident critique. **Résultats :** Un déséquilibre (ex. instabilité, compétences) entraîne la combinaison des compétences individuelles centrée sur sa résolution visant une qualité des soins supérieure. Elle entraîne des résultats secondaires (développement des compétences, collaboration accrue). Différents facteurs individuels (compétence), collectifs (collaboration, relations), organisationnels (gestion, formation) et techniques (matériel, environnement) l'influencent. **Conclusion :** Les résultats soulignent l'apport significatif de la CC et les pistes d'action permettant d'améliorer la performance des équipes soignantes.

Abstract

Background: Collective competence (CC) is a dynamic combination of individual competence that bring superior results. This notion, little studied in nursing context, proves innovative in order to understand the performance of health care teams. **Aim:** To describe the implementation of the CC by nurses in a context of observation in a Quebec hospital emergency department. **Method:** Single study case combining documentary sources (n = 32), observations (n = 3) and interviews (n = 3) according to the critical incident technique. **Results:** An imbalance (eg instability, competence) leads to the combination of individual competence centered on the resolution to a higher quality of care. It causes secondary outcomes (competence development, increased collaboration). Various individual (competence), collective (collaboration, relationships), organizational (management, training) and technical (equipment, environment) factors influence it. **Conclusion:** The results highlight the significant contribution of the CC and the courses of action to improve the performance of health care teams.

Remerciements

En 2007, ayant soif d'un nouveau défi académique, je me suis inscrite naïvement à la maîtrise sans avoir de plan précis, loin de me douter à quel point cette aventure serait marquante dans ma vie. Ce fut un défi de taille, une succession d'efforts qui ont été profitables tant au point de vue personnel que professionnel. Par ces mots, je souhaite remercier toutes les personnes significatives qui ont contribué à ma réussite.

Ce mémoire, je le dédie à ma mère. Aucun mot ne saurait exprimer à quel point tu es marquante dans ma vie. Tu m'inspires profondément dans toutes les sphères de ma vie, en tant que mère, en tant que femme, en tant que professionnelle, en tant que personne. Merci pour ton soutien inconditionnel, mais aussi pour l'exemple que tu m'as donné depuis ma tendre enfance : un modèle de courage, de persévérance et d'indépendance. Tu as été présente pour moi dans mes périodes de découragement et tu as célébré avec moi toutes mes réussites. En réussissant à accomplir ces études à travers deux grossesses et mon intégration dans de nouvelles fonctions professionnelles, je me rends compte que tu m'as transmis ta force d'esprit et ta persévérance. Merci mille fois.

J'ai bénéficié du soutien d'une équipe idéale de direction pour ma maîtrise. J'ai eu la chance de profiter de la grande sagesse et de l'expérience solide de Clémence Dallaire, ma codirectrice. Je te remercie pour les conseils toujours justes et pertinents qui ont su me faire avancer comme étudiante, mais aussi comme professionnelle. Je désire également remercier Geneviève Roch, ma directrice, qui a facilité mon parcours par son soutien constant, sa patience dans les périodes creuses et ses judicieux conseils. Au-delà de l'obtention de mon diplôme, tu as grandement contribué à ma vie professionnelle et personnelle en m'encourageant à me dépasser constamment et en me sortant de ma zone de confort. Merci de m'avoir aidée à déployer mes ailes et à oser prendre des risques, ce qui m'a ouvert la porte sur une nouvelle carrière stimulante et à mon image.

Je remercie également le centre FERASI pour son soutien financier, non seulement pour la réalisation de mon mémoire, mais également pour des occasions de diffusion de mes travaux. Je suis également reconnaissante envers ma supérieure Nathalie Thibault pour son soutien et sa grande compréhension dans le défi que présente la conciliation travail-étude-famille.

Finalement, merci à mes enfants et mon conjoint qui ont su me partager avec ce projet ainsi que tous mes proches, amis et collègues qui m'ont encouragée tout au long de ma maîtrise.

« Les seules limites de nos réalisations de demain, ce sont nos doutes et nos hésitations d'aujourd'hui. »
- Roosevelt

Table des matières

Résumé.....	iii
Abstract.....	v
Remerciements.....	vii
Table des matières.....	ix
Liste des illustrations.....	xi
Introduction.....	1
1. Problématique.....	3
1.1 Situation actuelle.....	3
1.1.1 Pour une compétence collective professionnelle.....	3
1.1.2 Compétences collectives à l'urgence : un contexte des plus complexes!.....	4
1.2 Regard sur les fondements théoriques.....	4
1.3 Regards sur le contexte empirique.....	5
1.4 Pour une compréhension de la mise en œuvre de la compétence collective des infirmières en contexte de soins d'urgence.....	6
1.5 But et objectifs de l'étude.....	6
2. Recension des écrits.....	9
2.1 La compétence infirmière.....	9
2.1.1 Cadre législatif et professionnel de la compétence de l'infirmière.....	9
2.1.2 Fondements conceptuels de la compétence individuelle des infirmières.....	10
2.2 Assises conceptuelles et théoriques.....	12
2.4 Recherches portant sur la mise en œuvre de la compétence collective.....	19
2.4.1 Recherche sur la compétence collective : domaine infirmier.....	19
2.4.2 Recherches sur la compétence collective : autres domaines.....	21
2.4.3 Résumé en lien avec les objectifs de recherche.....	24
2.5 Cadre de référence.....	26
2.5.1 Éléments clés du cadre de référence.....	26
3. Méthode.....	31
3.1 Devis de recherche.....	31
3.2 Contexte de l'étude.....	33
3.3 Échantillon.....	33
3.3.1 Critères de sélection pour les participants aux activités d'analyse d'incidents critiques observés et rapportés.....	34
3.3.2 Modalités de recrutement pour les participants aux activités d'analyse d'incidents critiques observés et rapportés.....	35
3.3.3 Sélection des participants.....	35
3.3.4 Critères pour les sources documentaires.....	36
3.4 Collecte de données.....	37
3.4.1 Observations non participantes suivies de l'analyse des incidents critiques observés.....	37
3.4.2 Entrevues individuelles portant sur un incident critique rapporté.....	39
3.4.3 Sources documentaires.....	39
3.5 Analyse des données.....	40
3.5.1 Analyse des données sur les incidents critiques observés et rapportés.....	40

3.5.2 Analyse des sources documentaires	41
3.6 Qualité scientifique.....	41
3.7 Considérations éthiques	44
4. Présentation des résultats	45
4.1 Contexte	45
4.1.1 Description de l'urgence	45
4.1.2 Description de l'équipe soignante.....	46
4.2 Description du cas : la mise en œuvre de la compétence collective par les infirmières à l'urgence	47
4.2.1 Incident type 1 : Déséquilibre informationnel lié à la continuité des soins	48
4.2.2 Incident type 2 : Déséquilibre par rapport à la répartition des tâches.....	55
4.2.3 Incident type 3 : Déséquilibre lié à la condition clinique du patient (instabilité clinique)	62
4.2.4 Incident type 4 : Déséquilibre lié aux compétences individuelles	72
4.2.5 La compétence collective mise en œuvre par les infirmières en salle d'observation à l'urgence : un portrait global	75
5. Discussion	81
5.1 Discussion par rapport aux objectifs de recherche	81
5.1.1 Stimuli.....	81
5.1.2 Résultats	82
5.1.3 Facteurs impliqués	84
5.2 Discussion par rapport aux connaissances actuelles portant sur la compétence collective et au cadre de référence	88
5.2.1 Les stimuli	88
5.2.2 Les résultats	89
5.2.3 Les facteurs impliqués.....	90
5.2.4 Adaptation du cadre de référence	92
5.3 Limites de l'étude.....	93
5.4 Apports de l'étude et pistes futures.....	95
5.4.1 Pratique infirmière	95
5.4.2 Formation	95
5.4.3 Gestion	95
5.4.4 Recherche	96
Conclusion.....	99
Références	101
Annexe 1	109
Annexe 2	111
Annexe 3 : Grille d'observation.....	113
Annexe 4a : Grille d'entrevue (incidents observés)	115
Annexe 4b : Grille d'entrevue (incidents rapportés).....	117
Annexe 5 : Matrice.....	121
Annexe 6 : Formulaire d'information et de consentement	123

Liste des illustrations

Liste des figures :

Figure 1: Modèle théorique de Rabasse (2000).....	15
Figure 2 : Modèle théorique de Wittorski (1997)	17
Figure 3 : Schématisation des différentes définitions de la compétence collective	18
Figure 4 : Cadre de référence	28
Figure 5 : Représentation schématique de l'étude de cas.....	32
Figure 6 : Incident type 1 – Déséquilibre informationnel lié à la continuité des soins.....	55
Figure 7 : Incident type 2 - Déséquilibre par rapport à la répartition des tâches	62
Figure 8 : Incident type 3 - Déséquilibre lié à la condition clinique du patient (instabilité clinique).....	72
Figure 9 : Incident type 4 - Déséquilibre lié aux compétences individuelles.....	75
Figure 10 : La compétence collective mise en œuvre par les infirmières dans les équipes soignantes en contexte d'observation à l'urgence	78
Figure 11 : Cadre de référence modifié.....	93

Liste des tableaux :

Tableau 1 : Processus collectifs de mise en œuvre de la compétence collective selon Kouabenan & Dubois (2000).....	13
Tableau 2 : Synthèse des différentes définitions de la compétence collective.....	19
Tableau 3: Synthèse des éléments provenant des écrits en lien avec les objectifs de recherche	25
Tableau 4 : Présentation de l'échantillon selon les sources de données	34
Tableau 5 : Sommaire des sources documentaires retenues	37
Tableau 6 : Questions classiques en analyse d'incidents critiques	38
Tableau 7 : Stratégies employées pour assurer la rigueur scientifique.....	43
Tableau 8 : Plan d'effectif prévu par quart de travail	46

Liste des vignettes :

Vignette 1 : Transmission d'informations sur les selles d'un patient (SO2-7).....	49
Vignette 2 : Rapport entre deux quarts de travail – patient avec ponction pleurale (SO1-1).....	50
Vignette 3 : Admission d'une patiente en provenance du triage (SO2-3).....	56
Vignette 4 : Instabilité clinique - santé mentale (ENT INF).....	63
Vignette 5 : Atteinte des limites de la compétence individuelle (SO3-4)	73

Introduction

Bien que la compétence individuelle soit au cœur de la pratique infirmière (Nelson & Purkis, 2004; OIIQ, 2009), il est reconnu que les différents membres de l'équipe soignante doivent unir leurs compétences dans les activités de consultation et de concertation qui peuvent s'exercer entre pairs (Kérouac, Pépin, Ducharme & Major, 2003; OIIQ, 2009). La compétence collective se définit comme étant une combinaison dynamique des compétences individuelles dans l'action collective lors de situations complexes influencée par un ensemble de facteurs exogènes qui ont une influence directe sur la performance de l'équipe (Amherdt, Dupuich-Rabasse, Emery, & Giaucque, 2000a; Michaux, 2003, 2005; Tremblay, 2004). Cette définition appliquée en contexte infirmier permet de démontrer l'aspect multidimensionnel et collaboratif de la pratique infirmière, notamment dans les milieux de soins critiques comme les salles d'urgence. Son étude en contexte infirmier permet ainsi d'élargir la vision actuelle de la compétence individuelle en le replaçant en contexte dans l'équipe soignante, les modes de prestation de soins en vigueur misant sur la collaboration intradisciplinaire, ainsi que dans le contexte socio-organisationnel élargi dans lequel il est attendu qu'elle soit mise en œuvre lorsque survient un problème complexe qui dépasse les limites de la compétence individuelle de la personne impliquée. Dans ce contexte bien précis, la mobilisation de la compétence collective permet d'assurer la qualité des soins bien au-delà des limites de la compétence individuelle de l'infirmière. La présente étude vise à décrire le concept de compétence collective dans un contexte où elle n'a jamais été étudiée jusqu'à présent, c'est-à-dire sa mise en œuvre par les infirmières au sein des équipes soignantes dans les salles d'observation de l'urgence d'un centre hospitalier affilié universitaire.

Le premier chapitre vise à décrire la problématique en lien avec la situation actuelle des effectifs infirmiers et à présenter les différents fondements justifiant la pertinence de l'étude de la compétence collective par les infirmières dans les salles d'observations à l'urgence. Le deuxième chapitre présente l'étendue des écrits portant sur la compétence collective au niveau conceptuel, théorique et empirique, mais permettra également de situer la compétence individuelle de l'infirmière et de démontrer la démarche ayant mené à l'élaboration d'un cadre de référence adapté au contexte infirmier. Le troisième chapitre détaille la méthode qui a été privilégiée qui consiste en une étude de cas visant l'analyse d'incidents critiques observés et rapportés ainsi que de l'analyse documentaire. Le quatrième chapitre consiste en la présentation du cas, soit le contexte, les différents incidents types rencontrés et une représentation globale de la mise en œuvre de la compétence collective. Finalement, le cinquième et dernier chapitre présente la discussion des résultats en remettant ceux-ci en perspective par rapport aux écrits existants, aux objectifs de recherche, aux limites ainsi qu'à l'apport des résultats obtenus au niveau de la recherche et de la pratique.

1. Problématique

1.1 Situation actuelle

La notion de compétence s'impose autant dans les curriculums de formation qu'en regard des exigences professionnelles liées à l'exercice infirmier (Nelson & Purkis, 2004; OIIQ, 2009). La complexité des situations de santé et l'organisation des soins et services infirmiers requièrent une mobilisation dynamique et coopérative de la compétence de chacun des membres des équipes soignantes (Kouabenan, 2000; McMullan et al., 2003). Dans les unités d'urgence, cette compétence dite collective est une ressource inestimable pour l'évaluation et la surveillance de conditions de santé souvent instables chez les personnes admises aux salles d'observation. Toutefois, très peu de recherches ont porté sur la compétence collective des infirmières et aucune de celles répertoriées ne s'est spécifiquement intéressée à sa mise en œuvre dans le contexte des salles d'urgence. L'étude proposée vise donc à décrire la mise en œuvre de la compétence collective des infirmières au sein des équipes soignantes qui œuvrent dans les salles d'observation de l'unité d'urgence d'un centre hospitalier québécois.

1.1.1 Pour une compétence collective professionnelle

La profession infirmière est encadrée par la loi qui décrit notamment le champ d'exercice et les activités qui leur sont réservées en établissant la compétence et les connaissances essentielles à leur exercice (OIIQ, 2012). La formation initiale vise donc l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice de la profession infirmière. Ces compétences doivent être mobilisées afin de se consolider dans la pratique et cette mobilisation s'exerce de concert avec toute l'équipe soignante, y compris les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires (PAB) qui sont des alliés précieux dans la dispensation des soins aux patients sous la direction de l'infirmière (Kérouac et al., 2003; OIIQ, 2009).

Il est indéniable que chaque infirmière doit faire preuve d'un niveau de compétence individuelle minimal pour assurer la sécurité des patients. Toutefois la complexité des situations cliniques qui surviennent dans les salles d'observation à l'urgence et la continuité de services qui dépend de son bon fonctionnement suggèrent qu'il faut aussi s'intéresser au processus de mise en commun des compétences à travers la collaboration intradisciplinaire, et ce, en tenant compte de l'environnement organisationnel dans lequel l'équipe soignante exerce. Cette collaboration se caractérise notamment par les activités de consultation, de concertation et de soutien entre pairs, mais également par l'échange continu de connaissances entre collègues d'une même discipline professionnelle (Kérouac et al., 2003; OIIQ, 2009). L'une des bases de cette collaboration réside dans la communication où s'allient et se combinent les connaissances et l'expertise de professionnels et de soignants non professionnels dans l'objectif d'offrir des soins adaptés aux besoins des patients (Chitty & Black, 2007; Sliwka, Delmas, & coll., 2009).

1.1.2 Compétences collectives à l'urgence : un contexte des plus complexes!

Les unités d'urgence ont été ciblées dans la présente étude en raison de l'instabilité des problématiques de santé rencontrées, mais également du fait qu'elles figurent comme étant l'une des cibles prioritaires en matière de planification des effectifs (OIIQ, 2007b). En effet, la situation qui y prévaut est jugée alarmante en raison du rajeunissement accéléré des effectifs, de l'instabilité des équipes et des besoins de formation non comblés (Dallaire & Lapointe, 2005; OIIQ, 2007b). De plus, la problématique de pénurie d'infirmières vécue dans ces milieux ne serait pas expliquée uniquement par le manque d'effectifs, mais également par des mécanismes organisationnels déficients qui freinent la productivité infirmière (O'Brien-Pallas et al., 2006). De ce fait, la compréhension de la mise en œuvre de la compétence collective par les infirmières au sein des équipes de soins infirmiers apporterait une vision plus globale de ce phénomène et permettrait, à long terme, d'améliorer leur productivité et, la qualité des soins offerts dans ces milieux.

Dans les unités d'urgence, les aptitudes de collaboration et de supervision des infirmières se doivent d'être mobilisées au même titre que leur capacité à mettre en commun leurs connaissances et leurs habiletés individuelles. Dans le contexte actuel, l'évaluation et le suivi de la condition de santé des personnes dont elles prennent soin ne sauraient se réaliser autrement que par la synergie qui se dégage de cette mise en commun. Il en ressort que la concertation entre les infirmières devient essentielle à la prestation de soins sécuritaires et de qualité (Dougherty, 2009). Les modes d'organisation des soins qui prévalent actuellement en salle d'observation à l'urgence misent davantage sur le partage des activités et des responsabilités entre les différents membres de l'équipe soignante. Ce faisant, il importe de passer d'une approche individuelle de la compétence infirmière à une appréhension collective de sa mise en œuvre au sein de ces équipes. Pour ce faire, il est proposé de comprendre comment et à quel moment la compétence collective est mise en œuvre par les infirmières qui exercent en salles d'observation des unités d'urgence en centre hospitalier et de décrire les facteurs qui l'influencent.

1.2 Regard sur les fondements théoriques

La compétence collective se définit comme étant la combinaison dynamique des compétences individuelles dans l'action collective lors de situations complexes et elle est influencée par un ensemble de facteurs exogènes qui ont un effet direct sur la performance de l'équipe (Amherdt et al., 2000a; Michaux, 2003, 2005; Tremblay, 2004). La compétence individuelle se définit quant à elle comme étant l'articulation complexe entre les connaissances, les habiletés et le jugement clinique dans un contexte de soins particulier (Cowan, Norman, & Coopamah, 2007; Dunn et al., 2000; Gonczi, 1994; Meretoja, Leino-Kilpi, & Kaira, 2004). Dans cette optique, la compétence individuelle peut être considérée comme étant au cœur de la mise en œuvre de la compétence collective en contexte infirmier.

Il existe plusieurs théories portant sur la compétence collective. Toutefois, elles se concentrent sur les conditions d'émergence de celle-ci sans en préciser les résultats ou expliquer les caractéristiques des situations initiales qui nécessitent qu'elle soit mise en œuvre (Rabasse (2000) tiré de Amherdt et al., 2000a; Boreham, 2004). D'autres théories ont été élaborées dans des contextes de gestion du changement au sein d'une industrie (Wittorski, 1997) ou de résolution de problème dans des secteurs de service à la clientèle (Michaux, 2003, 2005). Celles-ci demeurent complexes et difficilement applicables au contexte infirmier, bien que certains éléments puissent être importés, ce qui a motivé l'élaboration d'un cadre de référence adapté à ce contexte et aux objectifs poursuivis.

1.3 Regards sur le contexte empirique

Bien que la compétence collective ait rarement été étudiée dans le domaine des soins de santé, il a déjà été déterminé que les collègues de travail sont la première source d'information utilisée par les infirmières, ce qui démontre bien la mobilisation synergique des savoirs au sein des équipes de soins infirmiers (Estabrooks et al., 2005). La pratique infirmière en soins d'urgence présente un défi de taille tant intellectuellement qu'émotionnellement. En effet, elle nécessite des prises de décisions rapides où il y a très peu de marge de manœuvre et où toute erreur peut être lourde de conséquences (Benner, 1999).

Différentes études dans des contextes autres qu'infirmiers nous apprennent aussi que la mise en œuvre de la compétence collective découle d'un ensemble de facteurs qui l'influencent autant positivement que négativement. Elle dépend de facteurs individuels (p. ex. compétence individuelle), de facteurs interindividuels humains (p. ex. pratiques communes, savoirs et savoir-faire tacites, coopération) et de facteurs non humains (p. ex. règles de l'organisation, éléments matériels) que Michaux (2003, 2005) divise en facteurs individuels, collectifs, organisationnels et techniques. La compétence collective regroupe l'ensemble des processus informels et tacites qui guident l'action collective (Kouabenan & Dubois, 2000; Le Boterf, 2007; Leplat, 2000; Michaux, 2003, 2005). Un mécanisme particulièrement révélateur de la compétence collective est la communication exercée entre les membres d'un groupe (Ben Abdallah & Ben Ammar Mamlouk, 2007; Grosjean, 2000; Grosjean & Lacoste, 1999). La compétence collective est également mise en œuvre afin d'atteindre un but commun partagé par le groupe et elle est souvent précipitée lorsqu'une situation jugée plus complexe se présente (Kouabenan, 2000; Le Boterf, 2007; Michaux, 2003, 2005). Il a été démontré qu'elle est compromise par des objectifs communs flous, l'instabilité de l'équipe et l'homogénéité des compétences des membres qui la composent (Amherdt et al., 2000a).

Certaines études dans des entreprises ouvrières et de technologie de l'information ont démontré que la mise en œuvre de la compétence collective est non seulement perçue comme bénéfique, mais qu'elle est également incontournable, car elle permet d'atteindre des résultats supérieurs en termes de performance et

de qualité que l'individu ne serait pas en mesure d'obtenir seul (Tremblay & Ahmerdt, 2000; Leplat, 2000). Cette notion est particulièrement intéressante en gestion, car elle transcende la notion de compétence propre à l'individu et englobe toute l'organisation. En effet, l'organisation aurait une influence bien concrète sur la compétence des équipes et de leurs performances. L'étude de la compétence collective permet de se défaire de la vision réductionniste de la compétence individuelle pour s'ouvrir aux processus d'action collective au sein d'une organisation (Michaux, 2003; Leplat, 2000). Sur la base de tels résultats, il est attendu que l'identification des facteurs et résultats de la compétence collective en salle d'observation à l'urgence permette d'optimiser la pratique infirmière et l'environnement socio-organisationnel afin d'améliorer la performance et la qualité des soins offerts dans les centres hospitaliers.

1.4 Pour une compréhension de la mise en œuvre de la compétence collective des infirmières en contexte de soins d'urgence

La situation des effectifs infirmiers telle que présentée précédemment, tout particulièrement dans le contexte des soins à l'urgence, soulève un questionnement quant à la mise en commun des compétences dans la prestation des soins. L'étude de la mise en œuvre de la compétence collective vise ainsi d'une part à décrire cette mise en commun dans un contexte organisationnel donné et de l'autre à soulever des pistes de solutions afin de la soutenir dans le futur.

Comme cela été démontré par Leplat (2000), dans les entreprises ouvrières, la reconnaissance de la compétence collective mise en œuvre par les infirmières pourrait également permettre de soutenir les individus qui composent l'équipe soignante dans leur développement personnel et professionnel. Le déploiement d'un environnement organisationnel favorisant la compétence collective permettrait d'aider à l'acquisition de compétences individuelles et au partage d'expertise (Leplat, 2000), ce qui est plus que souhaitable dans le présent contexte de renouvellement rapide des effectifs infirmiers.

1.5 But et objectifs de l'étude

Le but général de la présente recherche est de décrire la mise en œuvre de la compétence collective par les infirmières dans les équipes soignantes¹ des salles d'observation d'une urgence d'un centre hospitalier québécois. Pour ce faire, les objectifs de recherche suivants seront poursuivis :

1. Décrire les stimuli qui induisent la mise en œuvre de la compétence collective par les infirmières dans les équipes soignantes des salles d'observations d'une urgence d'un centre hospitalier québécois.

¹ L'équipe soignante regroupe les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires.

2. Décrire les résultats de la mise en œuvre de la compétence collective par les infirmières dans les équipes soignantes des salles d'observation d'une urgence d'un centre hospitalier québécois.

3. Décrire les facteurs (individuels, organisationnels, collectifs et techniques) qui influencent la mise en œuvre de la compétence collective par les infirmières des salles d'une urgence d'un centre hospitalier québécois.

2. Recension des écrits

Le présent chapitre a pour but de présenter l'étendue des écrits sur lesquels se base le questionnement soulevé par cette recherche. Dans un premier temps, la présentation de notions permettant de situer la compétence individuelle en contexte infirmier permettra de mieux comprendre les assises théoriques et les fondements conceptuels de la compétence collective qui seront présentés. Par la suite, les connaissances émergeant des études sur la compétence collective mise en œuvre dans différents contextes de travail seront utilisées de manière à alimenter la compréhension de cette notion en contexte infirmier. En effet, bien que la compétence collective ait rarement été étudiée en contexte infirmier, les recherches effectuées dans différents milieux comme les industries manufacturières, les centres de services et le secteur des technologies de l'information mettent en reliefs certains éléments s'appliquant au contexte des soins de santé. La présentation de ces éléments en lien avec les conceptions retenues de la compétence infirmière et collective permettra d'établir les assises de cette étude. Finalement, le cadre de référence élaboré à la lumière des différents écrits portant sur la compétence collective et adapté au contexte infirmier sera présenté.

2.1 La compétence infirmière

Au Québec, la compétence de l'infirmière est régie par un cadre législatif et professionnel, mais ses fondements conceptuels ont également été décrits par plusieurs auteurs s'étant intéressés à son développement en cours d'emploi. La présente section fera un survol de l'appréhension pratique et conceptuelle de la compétence individuelle de l'infirmière dans les organisations de santé.

2.1.1 Cadre législatif et professionnel de la compétence de l'infirmière

Au point de vue législatif, la notion de compétence n'est pas explicitement détaillée, mais elle réside dans la capacité d'exécuter les quatorze activités réservées de l'infirmière selon la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* (2002), plus précisément la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* (LII). Selon cette loi, l'exercice de la profession infirmière consiste à « évaluer l'état de santé d'une personne, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs » (LII, art. 36).

Le *Code de déontologie des infirmiers et infirmières québécois*, sans préciser de façon claire ce qu'est la compétence, y consacre une section complète. En effet, trois articles concernent la compétence et stipulent que : 1) l'infirmière a l'obligation professionnelle de s'assurer d'avoir les compétences nécessaires afin d'accomplir ses obligations professionnelles, 2) qu'elle doit maintenir un niveau adéquat de compétence et

3) qu'elle doit se référer à ses collègues ou à toute autre personne compétente lorsque nécessaire (*Code de déontologie des infirmiers et infirmières*, art. 17-19). Il est également mentionné que l'infirmière se doit de faire preuve d'autocritique en faisant appel à ses collègues lorsque nécessaire, c'est-à-dire lorsque les connaissances et habiletés qu'elle possède ne sont pas suffisantes pour prodiguer les soins au patient (*Code de déontologie des infirmiers et infirmières*, art. 17). Cela démontre bien l'obligation professionnelle d'agir avec compétence et ouvre sur la notion de compétence collective par la concertation et la collaboration lors de l'atteinte de limites, que ce soit en matière de connaissances ou d'habiletés.

L'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ) définit l'exercice de la profession infirmière comme étant le maintien de l'autonomie et du bien-être de la personne selon les ressources disponibles dans son environnement dans la prise en charge de sa santé dans tout le continuum de sa vie (OIIQ, 2007a). Par sa mission, l'OIIQ assure la protection du public en veillant à situer le niveau de compétence requis pour les infirmières diplômées et en assure le suivi de différentes manières tout au long de leur vie professionnelle. En ce sens, l'OIIQ a élaboré un modèle représentatif des compétences cliniques de l'infirmière qui expose une approche globale d'appréhension de la compétence selon trois axes précis : fonctionnel, professionnel et contextuel (OIIQ, 2009). La composante fonctionnelle fait référence à l'ensemble des savoirs nécessaires à l'exercice de la profession selon différents champs (scientifique, relationnel, éthique/déontologique, juridique, organisationnel et opérationnel) acquis notamment lors de la formation initiale (OIIQ, 2009). La composante professionnelle fait référence à l'exercice de la profession défini dans la loi et qui a trait à l'évaluation, aux interventions et à la continuité des soins (OIIQ, 2009). Enfin, la composante contextuelle réfère à la particularité de chaque patient et de chaque situation de santé, c'est-à-dire que l'infirmière doit adapter les soins prodigués en fonction du caractère unique de l'épisode de soin et tenir compte de la globalité du patient et de la famille en interaction dans son environnement.

2.1.2 Fondements conceptuels de la compétence individuelle des infirmières

Les fondements conceptuels de la notion de compétence infirmière ne font pas consensus dans les écrits (Cowan et al., 2007; Meretoja et al., 2004). À cet effet, Cowan et collaborateurs (2007) ont soulevé la dichotomie des définitions et ont suggéré d'aborder la compétence individuelle de l'infirmière de manière holistique plutôt que par un ensemble d'attributs spécifiques. Pour ajouter à la complexité entourant cette notion, certains vont même jusqu'à affirmer qu'elle s'exprime d'autant de façons qu'il y a d'infirmières (Rischel, Larsen, & Jackson, 2008). Toutefois, des assises communes seront ici soulevées afin de se positionner sur la définition à retenir pour l'étude de la compétence collective en contexte infirmier.

Certains auteurs décrivent la compétence infirmière comme étant un ensemble d'attributs ou de caractéristiques inhérentes à la personne (DeBack & Mentkovski, 1986 dans Meretoja et al., 2004), soit la

possession de connaissances et d'habiletés nécessaires à l'exercice de la profession (Giro, 1993 dans Bartlett, Simonite, Westcott, & Taylor, 2000; Hager, Gonczi, & Athanasou, 1994; McIntyre & McDonald, 2010). Cette vision statique et indépendante du contexte a été largement critiquée pour son manque de globalité. En effet, ce modèle fait fi du caractère complexe de la performance dans la pratique réelle qui nécessite l'analyse constante de la situation dans le but de poser un jugement clinique et d'intervenir de manière appropriée (Gonczi, 1994). À cet effet, l'OIIQ assure par l'examen professionnel qu'un niveau minimal de compétence est atteint en termes de « connaissances, d'habiletés et de jugement nécessaire pour résoudre des situations cliniques semblables à celles qui se présentent dans la pratique infirmière. » (OIIQ, s.d.)

D'autres auteurs définissent la compétence infirmière en termes de performance. Elle se retrouve au milieu d'un continuum allant de novice à expert (Benner, 1984). Au fil de l'acquisition d'expertise, les résultats souhaités évolueront et se complexifieront selon ce qui est attendu d'une infirmière plus expérimentée (Eraut & du Boulay, 1999). L'infirmière compétente assure une fonction de planification, mais présente certaines lacunes en termes de vitesse et de flexibilité (Benner, 1984). Selon cette perspective, il s'agit d'un processus dynamique d'acquisition d'expertise (Benner, 1984, 1999) qui se définit comme étant la capacité à accomplir ses tâches et son rôle pour atteindre un résultat souhaité d'où la notion de performance (Benner, 1984; Eraut & du Boulay, 1999). Cette définition concorde bien avec la notion de compétence collective telle que présentée dans la section suivante et permet l'établissement d'un cadre de pratique. Par contre, elle demeure incomplète car elle exclut la portion contextuelle et interpersonnelle des soins.

Il existe un écart entre la compétence d'un professionnel en termes de « standards » et la performance réelle du professionnel dans la pratique. Cet écart s'explique notamment par un ensemble de composantes individuelles (p. ex. personnalité, attitude), environnementales (p. ex. climat de travail, charge de travail) et situationnelles (p. ex. absence de soutien) (Eraut & du Boulay, 1999; Roch, 2008). Tel que le mentionne Cowan : « la pratique infirmière nécessite l'application de combinaisons complexes de savoirs, de performances, d'habiletés, de valeurs et d'attitudes » (traduction libre de Cowan et al., 2007, p. 26). La notion de compétence doit nécessairement tenir compte de l'intégration des valeurs et de l'éthique de la profession en l'ancrant à son contexte particulier et unique de pratique en plus de la combinaison des différents éléments cités précédemment (Cowan et al., 2007; Gonczi, 1994). La compétence se définit comme le chevauchement entre les savoirs, la performance et la résolution de problèmes où l'infirmière combine ses habiletés cognitives, psychomotrices et affectives dans la prestation de soins aux patients (Dunn et al., 2000; Meretoja et al., 2004) et doit tenir compte de la dynamique complexe qui s'établit dans la triade infirmière-patient-contexte (Dunn et al., 2000). La composante interpersonnelle des soins est une caractéristique majeure et incontournable de la compétence infirmière (Del Bruno, Griffin, Burke & Foley, 1990; Zhang, Luk & Wong, 2001). Cette définition préconisant une perspective holistique permet de bien situer la compétence

individuelle de l'infirmière et d'ouvrir à la notion de la compétence collective. Pour ces raisons, cette définition sera celle retenue dans le cadre de cette étude. Les éléments de cette définition centrés non-seulement sur les habiletés, la performance mais également à l'aspect relationnel des soins orientent naturellement vers le choix de la théorie de Watson comme fondement théorique en lien avec l'exercice infirmier à travers la mise en œuvre de la compétence collective.

2.2 Assises conceptuelles et théoriques

Plusieurs définitions de la compétence collective sont rencontrées dans les écrits, toutes liées par un vecteur commun qui est la compétence individuelle des membres de l'équipe concernée dont elle découle. La compétence collective est donc complémentaire à la notion de compétence individuelle et ne l'éclipse pas, car elle en est l'élément central, d'où l'importance de l'avoir définie préalablement en contexte infirmier. La présente section vise donc à présenter les différentes définitions et théories retrouvées dans les écrits et à commenter leur applicabilité en contexte infirmier.

Tel que mentionné précédemment, la compétence individuelle est au cœur de la mise en œuvre de la compétence collective. En effet, la compétence collective se définit comme la **combinaison synergique des compétences individuelles** (Dejoux, 2001; Dubéchet, 1999; Zarifian, 1999). La définition présentée par Dubéchet s'avère assez minimaliste, mais illustre bien cette prémisse. Selon cet auteur, la compétence collective serait la « combinaison – et non l'addition – des savoirs et des compétences individuels » (Dubéchet, 1999, p. 11). Il s'agit de la dynamique s'exerçant entre les compétences individuelles qui se combinent, d'un « effet de groupe » (Dejoux, 2001). Zarifian (1999) parle davantage de synergie, c'est-à-dire de la coordination entre les différents éléments (Robert, 2008) qui s'exerce entre les compétences individuelles et ajoute que « plus la compétence collective est forte, plus les compétences individuelles deviennent difficilement substituables » (Zarifian, 1999, p. 131), ce qui souligne notamment l'importance de la stabilité au sein d'une équipe. Selon cette prémisse, il est ainsi attendu que la compétence individuelle des infirmières soit au cœur de la mise en œuvre de la compétence collective en contexte infirmier.

La compétence collective ne résulte pas uniquement de la cohabitation de compétences individuelles dans un milieu de travail défini, mais également de la notion **d'action collective**. La compétence collective peut se définir comme étant l'articulation synergique des compétences individuelles à travers les processus de collaboration et s'observe à partir d'indicateurs de coopération (Le Boterf, 2007). Leplat (2000) résume la compétence collective comme étant l'intégralité des processus qui guident l'action collective. Certains auteurs parlent également du stimulus qui nécessite la mobilisation synergique des compétences individuelles. La compétence collective se définit comment étant « l'interaction des compétences individuelles dans l'accomplissement d'une tâche qui ne peut être assumée seul » (traduction libre de Sandberg & Targama,

2007, p. 89) ce qui signifie que la complexité de la tâche est un stimulus de cette interaction. La complexité des situations de santé requiert quotidiennement la mobilisation dynamique des compétences et la collaboration au sein des équipes soignantes (Kouabenan, 2000; McMullan et al., 2003). Cette complexité rend donc essentielle la mise en œuvre de la compétence collective à travers les soins aux patients par différents processus de collaboration intradisciplinaires, que ce soit la consultation, la concertation ou le soutien entre pairs, ou alors que le partage continu de connaissances entre collègues d'une même discipline professionnelle (Kérouac et al., 2003; OIIQ, 2009).

Dans la même optique que Le Boterf (2007), Kouabenan et Dubois (2000) précisent que la compétence collective s'opère à travers les processus collectifs, concept qu'ils détaillent davantage comme étant des processus de coopération, de médiatisation, de collaboration, de coordination et de concertation. Ces derniers sont définis dans le tableau 1. Selon ces auteurs, la compétence collective se définit comme étant la réalisation d'un commun par ces processus collectifs lors de l'atteinte de la limite de la compétence individuelle de la personne qui doit s'acquitter de la tâche (Kouabenan & Dubois, 2000), ce qui s'accorde avec la notion de complexité mentionnée précédemment.

Tableau 1 : Processus collectifs de mise en œuvre de la compétence collective selon Kouabenan & Dubois (2000)

Élément	Définition
Coopération	« Réalisation conjointe d'une activité ou d'un ensemble d'opérations ayant la même finalité ».
Médiatisation	Représente une coopération, mais sous l'angle hiérarchique d'un responsable déléguant des « sous-tâches » pour accomplir une tâche cible.
Collaboration	« Représente une coopération à un niveau plus étendu en termes d'unités de travail et d'espaces géographiques différents. »
Coordination	Ensemble des activités de planification et d'organisation des actions en fonction de la disponibilité des ressources humaines et matérielles.
Concertation	Négociation, confrontation des points de vue afin de faire un choix sur la base des compétences individuelles des uns et des autres.

(Kouabenan & Dubois, 2000, p. 21)

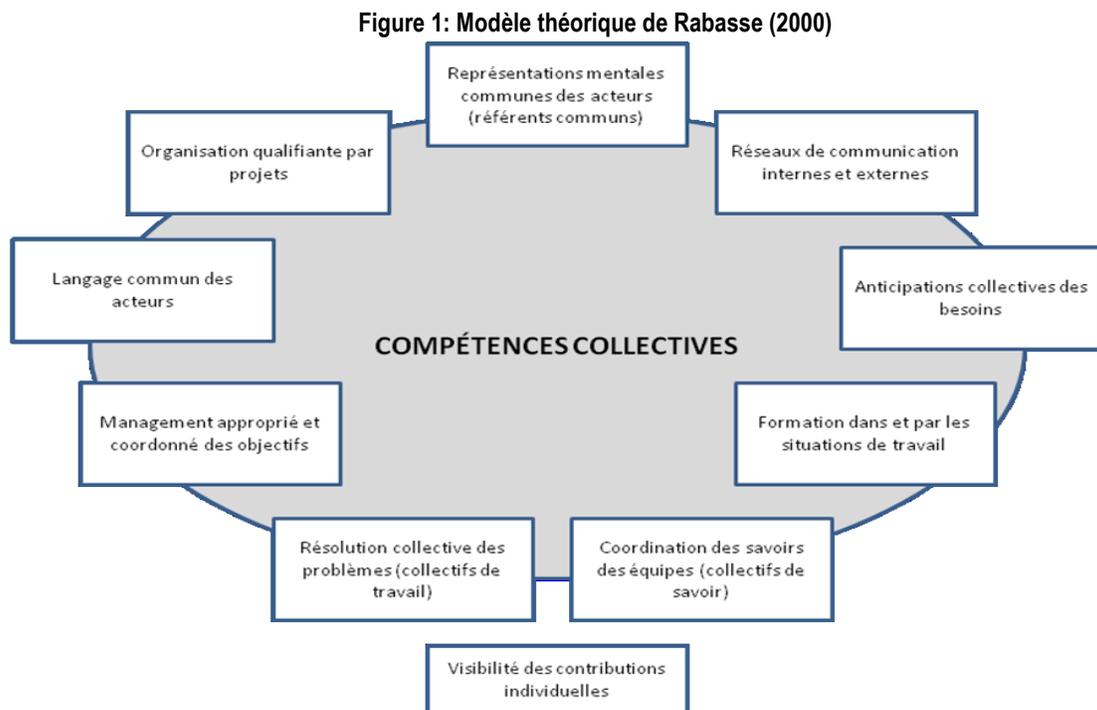
D'autres auteurs élargissent leur vision en considérant, **en plus des facteurs humains, l'influence d'éléments contextuels, culturels, voire même matériels**. Ils s'entendent sur le fait que la notion de compétence collective repose non seulement sur la combinaison dynamique des compétences individuelles dans l'action collective lors de situations complexes, mais aussi sur un ensemble de facteurs exogènes qui ont une influence directe sur la performance de l'équipe (Amherdt et al., 2000a; Michaux, 2003, 2005; Tremblay, 2004). Parmi les facteurs exogènes mentionnés dans les écrits, l'environnement organisationnel figure comme un catalyseur de la mise en œuvre de la compétence collective (Amherdt et al., 2000a; Le Boterf, 2007; Tremblay, 2004). En ce sens, Michaux (2003) affirme que l'organisation pourrait, au-delà des individus qui la composent, améliorer sa propre compétence collective. Ces auteurs présentent une distinction

intéressante entre la notion de coopération et de collaboration. La notion de coopération fait référence à la réalisation conjointe et la concertation centrée sur une même activité ou à une finalité similaire (Kouabenan & Dubois, 2000). La collaboration englobe la coopération dans une optique plus large qui déborde de l'unité de travail et/ou de l'espace géographique dans une optique d'équipe initialement plus hermétique (Kouabenan & Dubois, 2000). D'autres auteurs font référence à la coopération dans le cadre également d'un travail collectif orienté sur un même but (Chedotel, 2004; Michaux, 2005). De plus, il est mentionné que cette coopération puisse avoir un aspect « culturel » faisant référence à des modalités de coopération profondément ancrées au sein du groupe et fortement liées à l'identification d'un individu à un groupe (Chedotel, 2004). Cela se répercute au sein des équipes à travers une tendance naturelle et réciproque à coopérer (Chedotel, 2004). En contexte infirmier, le terme utilisé pour décrire ces activités coopératives est plutôt la collaboration au sein d'une même discipline (intradisciplinaire) qui combine leurs connaissances et expertise dans l'objectif d'offrir des soins adaptés aux besoins des patients (Chitty & Black, 2007; Kérouac et al., 2003; OIIQ, 2009; Sliwka, Delmas, & coll., 2009). Pour ces raisons, le terme collaboration sera utilisé en contexte infirmier afin de nommer toutes les activités collectives centrées sur le but commun de soins infirmiers. Ce choix demeure cohérent avec la définition de Kouabenan et Dubois (2000) qui mentionne que la collaboration englobe la coopération mais dans un sens plus large.

Michaux (2003, 2005) définit la compétence collective comme étant l'ensemble des « mécanismes informels et tacites de coordination sous-jacents à l'action collective » (Michaux, 2003, p.498), mais aussi comme « une compétence distribuée entre des facteurs humains, matériels et techniques » (Michaux, 2003, p.498) liée à la performance du collectif qui se traduit par la compétence de l'agencement socio-organisationnel. Selon cette auteure, la compétence collective regroupe l'ensemble des processus d'action collective et ceux-ci sont influencés par des facteurs individuels, collectifs, organisationnels et techniques. Michaux (2003) a expérimenté la démarche de théorisation ancrée dans le cadre de ses travaux sur la compétence collective afin d'élaborer une grille d'analyse des processus de coordination et de coopération. Ce modèle explicatif vise à démontrer le mode de distribution des facteurs (individuels, collectifs, organisationnels et techniques) selon la nature de l'activité. Cette distribution est dépendante de deux critères principaux : 1) la complexité de la tâche et 2) la prévisibilité des situations rencontrées (Michaux, 2003). Plus la tâche est complexe, moins il sera possible d'établir une routine formelle et plus la situation est imprévisible, moins il est possible de référer à des règles formelles ou informelles (Michaux, 2003). Cette théorie est intéressante du point de vue infirmier, car elle sous-tend que la compétence collective sera d'autant plus nécessaire lors de situations complexes et imprévisibles comme l'évolution de l'état de santé d'un patient. Plus une situation est prévisible et peu complexe, plus il y aura une standardisation des procédures qui seront connues par l'ensemble des membres de l'équipe (Michaux, 2003). Au contraire, dans une situation imprévisible et

complexe, un processus informel de consultation entre pairs, d'échange et de négociation s'opèrera afin de résoudre la situation et il sera plus difficile d'automatiser ce type de résolution de problème (Michaux, 2003).

La compétence collective peut également se définir comme étant l'ensemble des habiletés et des compétences émergeant au sein d'un groupe de travail qui combine les ressources endogènes et exogènes de leurs membres et qui, à partir de la combinaison synergique des ressources, crée des compétences nouvelles (Amherdt et al., 2000a; Tremblay, 2004). Le modèle théorique de Rabasse (2000, tiré de Amherdt et al., 2000a) vise à décrire les conditions d'émergence de la compétence collective. Celui-ci regroupe neuf conditions d'émergences de la compétence : 1) des représentations mentales communes, 2) des réseaux de communication internes et externes, 3) l'anticipation collective des besoins, 4) la formation dans et par les situations de travail, 5) la coordination des savoirs dans l'équipe, 6) la résolution collective des problèmes, 7) le management approprié et coordonné des objectifs, 8) le langage commun des acteurs et 9) l'organisation qualifiante par projet (Amherdt et al., 2000a, p. 40). La figure suivante est une représentation graphique de ce modèle.



(Rabasse, 2000, tiré de Amherdt et al ., 2000a, p. 40)

Selon cette théorie, l'émergence de la compétence collective se fait à travers les processus collaboratifs au sein d'une équipe qui ont lieu dans des situations courantes par le biais du partage de savoir et de l'initiative, ce qui réfère à la coordination des savoirs du présent modèle et se retrouve particulièrement mis en évidence dans des situations complexes ou incertaines (Amherdt et al., 2000a). Les représentations mentales

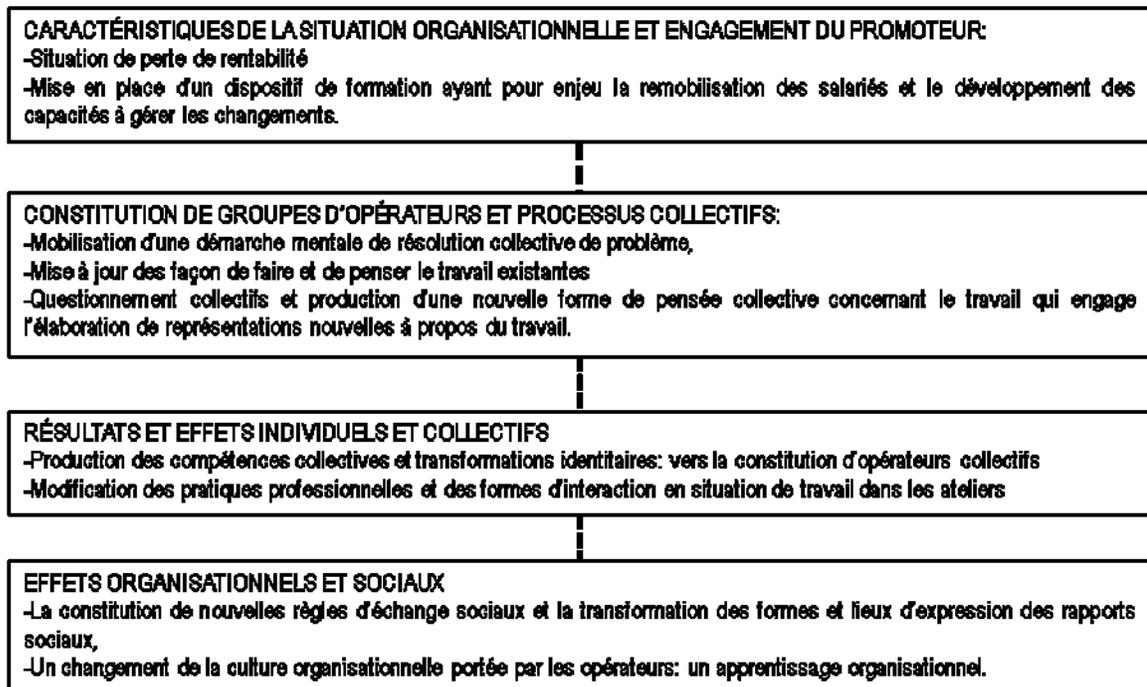
communes font référence au savoir tacite partagé par les membres de l'équipe et en continuelle mouvance au fil des situations de travail (Amherdt et al., 2000a). La formation dans et par les situations de travail est en fait le rapprochement entre la formation et les situations réelles de travail, ce qui permet une meilleure intégration et une meilleure rétention compte tenu du fait que les compétences collectives se construisent dans l'action (Amherdt et al., 2000a). Le levier central de l'émergence des compétences collectives réside dans les interactions entre les individus, celles-ci étant facilitées notamment par les réseaux de communication internes et externes (Amherdt et al., 2000a). L'utilisation d'un langage commun démontre le partage d'un référentiel commun au sein de l'équipe (Amherdt et al., 2000a). L'émergence des compétences collectives est également tributaire de la cohésion des membres et de leur coopération dans l'exercice de leur fonction, notamment lors de la résolution collective des problèmes par l'équipe de travail et par le biais de l'anticipation collective des besoins (Amherdt et al., 2000a). Un mode d'organisation favorisant l'émergence des compétences collectives est l'organisation qualifiante par projet qui réunit comme conditions favorables la nécessité d'un changement, la mise en commun des compétences et la recherche de cohérence dans une volonté commune orientée vers un but précis et partagé (Amherdt et al., 2000a). Le dernier élément lié à l'émergence des compétences collectives est le management approprié et coordonné des objectifs, ce qui passe par une structure hiérarchique souple et horizontale qui s'apparente au coaching et qui vise à mettre en synergie les compétences individuelles avec une organisation du travail appropriée. Finalement, la visibilité des compétences individuelles, bien qu'elle ne soit pas un élément d'émergence des compétences collective, n'en est pas moins importante, car elle ne s'effectue pas au détriment de celles-ci, mais bien en complémentarité puisque chaque personne fournit un apport significatif au sein de l'équipe pour l'atteinte d'un objectif commun (Amherdt et al., 2000a). Selon ce modèle, il est donc attendu que la compétence collective se forge à travers les situations complexes par la collaboration entre collègues, ce qui se transpose facilement aux situations d'instabilité rencontrées tout particulièrement dans le quotidien du travail des infirmières œuvrant dans les milieux de soins critiques, notamment les urgences. Les représentations mentales communes peuvent faire référence tant aux routines de soins pouvant être partagées au sein d'une unité ou d'une organisation qu'à la vision commune des soins infirmiers.

Boreham (2004) propose une théorie de la compétence collective élaborée à partir de théories et de recherches sur l'activité. Selon cet auteur, la compétence collective se définit comme étant « la capacité d'un système à se conformer à trois principes normatifs à travers lesquels la compétence émerge » (traduction libre de Boreham, 2004, p. 51). Cette théorie allègue ainsi que l'activité collective s'articule à partir des trois principes normatifs et interreliés que sont : 1) le sens collectif, 2) le savoir collectif et 3) l'interdépendance (Boreham, 2004). Le sens collectif fait référence à la cohésion au sein de l'équipe qui se concerte dans l'orientation de ses actions (Boreham, 2004). Transposé en contexte infirmier, il pourrait bien référer à la poursuite d'un but commun dans l'exercice des soins infirmiers. Le savoir collectif, quant à lui, inclut le

développement d'un savoir commun et son utilisation; il s'agit du savoir identitaire de l'entreprise ou de l'organisation et des mécanismes de transmission de ces connaissances (Boreham, 2004). Finalement, le dernier concept, l'interdépendance, touche plutôt l'aspect relationnel entre les membres du groupe : comment ils interagissent entre eux et prennent des décisions (Boreham, 2004). Ces principes normatifs se transposent bien dans le contexte infirmier compte tenu de l'interdépendance des équipes soignantes dans les soins directs aux patients, de la cohésion des membres de cette équipe et de l'appartenance à une unité de soins.

Wittorski (1997), suite à une théorisation ancrée dans le contexte d'une réorganisation au sein d'une entreprise textile, en est venu à un modèle permettant d'expliquer les processus d'apprentissage individuel, collectif et organisationnel pour accompagner et gérer un changement. Ce modèle explicatif stipule que les caractéristiques de la situation organisationnelle et l'engagement du promoteur influencent la constitution de l'équipe ainsi que les processus collectifs (Wittorski, 1997). Ces derniers éléments entraînent des résultats et des effets tant au niveau individuel que collectif qui ont un impact au point de vue organisationnel et social (Wittorski, 1997). La figure ci-dessous représente le modèle suggéré :

Figure 2 : Modèle théorique de Wittorski (1997)



(Wittorski, 1997, p. 170)

L'un des principaux constats de Wittorski (1997) est que toutes ces transformations s'opèrent simultanément et qu'elles sont interreliées sans hiérarchie apparente. Ce modèle a été construit sous l'influence d'une approche constructiviste et d'apprentissage par l'action qui allègue qu'une personne ou un groupe de personnes se modèle au fil de ses actions et acquière de nouvelles compétences et connaissances (Wittorski, 1997). Cet apprentissage se manifeste par des ajustements continuels de la pratique (Wittorski, 1997). En contexte de soins de santé, la transposition de ce modèle élaboré en contexte privé visant la fabrication de produits et de biens axée sur une performance mesurée notamment par les profits financiers est difficile. Dans les établissements de santé, il s'agit plutôt d'un service qui est offert à la population et qui vise plutôt des objectifs d'efficience par rapport au budget alloué. Il n'en demeure pas moins que des enjeux de rentabilité et de performance y sont rencontrés et entrent en ligne de compte dans la gestion d'une telle organisation. Par ces enjeux, le modèle pourrait être applicable dans les sphères de gestion, mais difficilement en situation de soins directs aux patients.

La figure suivante schématise les différentes définitions de la compétence collective selon la complexité de leur définition et le tableau 2 présente un résumé des différentes définitions de la compétence collectives selon les auteurs :

Figure 3 : Schématisation des différentes définitions de la compétence collective

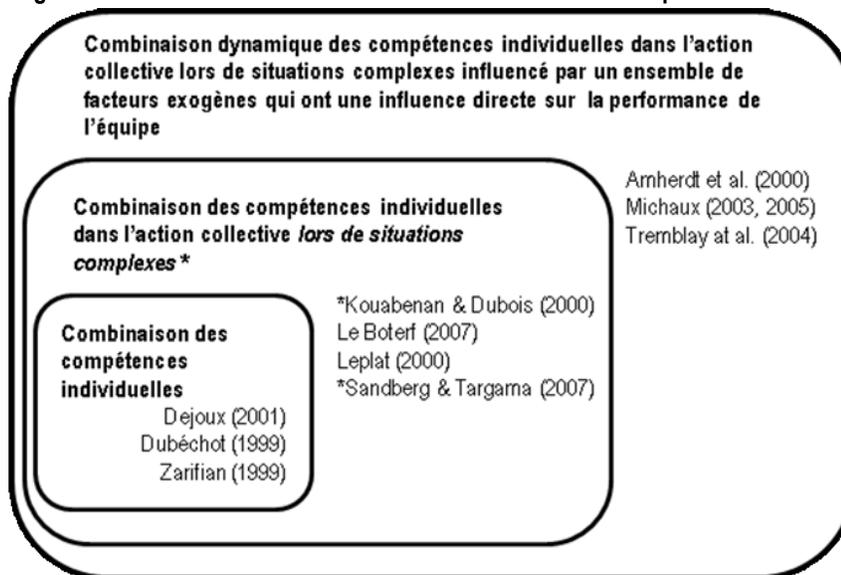


Tableau 2 : Synthèse des différentes définitions de la compétence collective

Auteur	Définition
Ahmerdt, Dupuich-Rabasse & Emery (2000)	« l'ensemble des savoir-agir (hard/soft skills and compétences) qui émergent d'une équipe de travail, combinant des ressources endogènes de chacun des membres, des ressources exogènes de chacun des membres, et créant des compétences nouvelles issues de combinaisons synergiques de ressources » (Ahmerdt, Dupuich-Rabasse & Emery, 2000, p. 31).
Dejoux (2001)	« agrégat entre les compétences que possèdent les individus, augmenté d'un « effet groupe » provenant de la dynamique des acteurs » (p. 267).
Dubéchet (1999)	« combinaison – et non l'addition – des savoirs et des compétences individuelles » (p. 11) indissociable du contexte organisationnel.
Kouabénan & Dubois (2000)	Atteinte d'un but commun par la coopération, la médiatisation, la collaboration, la coordination et la concertation lors de l'atteinte des limites de la compétence individuelle d'un membre du groupe.
Le Boterf (2000)	Articulation synergique des compétences individuelles à travers les processus de coopération.
Leplat (2000)	Intégralité des processus guidant l'activité collective.
Michaux (2003, 2005)	1. « une compétence distribuée entre des facteurs humains, matériels et techniques » (Michaux, 2003, p. 498) liée à la performance du collectif qui se traduit par la compétence de l'agencement socio-organisationnel. 2. L'ensemble des « mécanismes informels et tacites de coordination sous-jacents à l'action collective » (Michaux, 2003, p. 498).
Sandberg & Targama (2007)	Interaction des compétences individuelles lors de la réalisation d'une tâche qui ne peut être assumée seul (traduction libre de Sandberg & Targama, 2007, p. 89).
Zarifian (1999)	Interaction, synergie entre les compétences individuelles.

Suite à cette présentation visant à détailler les assises conceptuelles et théoriques de la mise en œuvre de la compétence collective, il importe maintenant porter un regard sur l'étendue des données empiriques sur ce sujet.

2.4 Recherches portant sur la mise en œuvre de la compétence collective

Jusqu'à présent, très peu d'études se sont intéressées à la compétence collective en contexte infirmier. Les résultats de celles-ci seront donc présentés en premier lieu afin d'avoir un aperçu des connaissances actuelles sur le sujet et de discuter des implications de ceux-ci dans le contexte des salles d'observation à l'urgence. Finalement, une discussion sur l'applicabilité en contexte infirmier de certains résultats d'études concernant la compétence collective faites dans d'autres domaines permettra de dresser un portrait de l'état des connaissances sur la notion de compétence collective.

2.4.1 Recherche sur la compétence collective : domaine infirmier

Uniquement deux études répertoriées portent sur la compétence collective en contexte infirmier et seront présentées brièvement dans cette section.

Une première étude à caractère ethnographique a été menée auprès d'infirmières de trois services dans trois hôpitaux universitaires français afin d'appréhender la compétence collective à travers la communication collective (Grosjean, 2000). L'observation et l'analyse des communications lors des relèves (changement de quart) et en cours d'activité auprès de l'ensemble du personnel hospitalier ont permis d'identifier trois niveaux d'articulation dans le fonctionnement du collectif hospitalier, soit l'articulation structurante, de trajectoire et opérationnelle (Grosjean, 2000). L'articulation structurante fait référence à l'ensemble des organisations spécifiques et organisées provenant des instances supérieures à l'équipe tels les protocoles, procédures et règles organisationnelles (Grosjean, 2000) qui s'apparentent aux facteurs organisationnels de Michaux (2003, 2005) et s'observent notamment lors de réunions de service. L'articulation de trajectoire, quant à elle, est centrée sur « le devenir de chacun des patients » (Grosjean, 2000, p. 118) et l'infirmière se retrouve souvent exclue de celle-ci puisqu'elle s'effectue principalement lors de tournée strictement médicale. Finalement, l'articulation opérationnelle englobe la planification des soins de l'ensemble des patients, c'est-à-dire la réorganisation continue des soins de chacun des patients en lien avec sa condition, celle des autres patients, l'activité des différents intervenants et les communications avec les membres de l'équipe. Ce dernier type d'articulation est prédominant et s'observe lors de communication formelle (relève, communications écrites, etc.) et moins formelle (pauses, communication en cours d'activité). L'étude seule de la communication demeure toutefois insuffisante pour décrire la complexité de la mise en œuvre de la compétence collective à laquelle les infirmières prennent part, mais demeure un élément important à considérer (Grosjean, 2000). Cette étude informe notamment sur les moments potentiels de mise en œuvre de la compétence collective par les infirmières en salle d'observation à l'urgence. Ceux-ci seraient principalement les moments d'articulation opérationnelle induite par la complexité de la situation clinique ou contextuelle. Ces moments de communication seraient nécessairement un indicateur de la mise en œuvre de la compétence collective, car la communication est un élément central de la collaboration intradisciplinaire (Chitty & Black, 2007; Sliwka et al., 2009). En effet, comme elle constitue l'une des compétences essentielles à la base de la collaboration (Finkelman, 2012), il est attendu que cet élément soit un indicateur de la mise en œuvre de la compétence collective dans la mesure où il s'en suit une action collective.

Une seconde recherche sous la forme d'une étude de cas s'est penchée sur l'émergence de la compétence collective dans un groupe de travail du domaine hospitalier composé d'infirmières-chefs et d'un coordonnateur d'activité (Amherdt, Dupuich-Rabasse, Emery, & Giauque, 2000b). Cette étude de cas présentait trois niveaux de variables visant l'étude de la compétence collective : individuel, collectif et organisationnel (Amherdt et al., 2000b). Le groupe-projet étudié avait comme but de coordonner les activités de soins infirmiers et de réfléchir au visage de ce secteur dans le cadre d'une réforme. Il était attendu que cette situation complexe induise la mise en œuvre d'une compétence collective par les membres de l'équipe. Au point de vue individuel et collectif, malgré une perception positive de la compétence collective, il a été

démontré qu'un sentiment négatif était partagé par l'ensemble des membres à l'égard de leur fonction dans ce groupe précis. Bien que des tests aient démontré que les membres de l'équipe possédaient les compétences nécessaires, il a été observé dans le groupe qu'il y avait une faiblesse quant à leurs accomplissements réels. Cette étude suggère ainsi que la compétence collective n'est pas exclusivement tributaire des caractéristiques individuelles retenues. Au point de vue organisationnel, plusieurs facteurs neutralisant la compétence collective ont été identifiés, notamment l'absence de reconnaissance de la compétence collective au point de vue organisationnel, l'ambiguïté des objectifs communs, un cadre déficient de gestion participative, le fonctionnement par silos, l'absence d'évaluation des résultats et la mauvaise gestion des conflits. Les chercheurs ont conclu que, dans cette équipe, il y avait absence de compétence collective puisqu'aucune action collective n'a émergé au sein de cette équipe. L'absence de compétence collective a notamment été expliquée par différents facteurs, comme le caractère immatériel de leur prestation, l'intégration floue de leurs objectifs collectifs, la rotation élevée du personnel, l'homogénéité de la compétence individuelle des membres et l'importance accordée aux fonctions d'infirmière-chef plutôt que de membre de cette équipe. Cette étude donne plusieurs pistes de réflexion intéressantes, mais il n'en demeure pas moins que nous n'en apprenons guère sur la compétence collective des infirmières au sein des équipes soignantes. En effet, les auteurs s'entendent sur la contradiction entre les résultats des différents tests et ce qui a été observé ainsi que sur l'inconsistance des résultats, ce qui empêche de valider ces hypothèses (Amherdt et al., 2000b). Toutefois, les résultats sont cohérents avec les écrits qui mentionnent que la compétence collective n'est pas que l'addition de compétences individuelle, mais bien leur synergie dans l'action collective et qu'elle est influencée par un ensemble de facteurs exogènes. Ces résultats mettent en lumière des facteurs venant entraver la mise en œuvre de la compétence collective qui pourrait s'appliquer également en salle d'observation à l'urgence comme la rotation élevée du personnel, la poursuite d'objectifs différents ou flous et l'homogénéité des compétences individuelles.

2.4.2 Recherches sur la compétence collective : autres domaines

Michaux (2003, 2005) a tenté d'identifier les facteurs individuels et collectifs mobilisés lors de résolutions collectives de problèmes selon une approche qualitative auprès du service à la clientèle de différents secteurs (gestion des courriels client dans une banque, service d'assistance téléphonique d'une compagnie d'assurances). Cette étude a permis d'identifier que non seulement des facteurs individuels (p. ex. compétence et vigilance individuelle) et collectifs (p. ex. règles et savoirs tacites) sont mobilisés lors de la résolution collective de problème, mais que des facteurs non humains entrent également en jeu. En effet, des facteurs organisationnels (p. ex. procédures standardisées) et techniques (p. ex. système informatique) auraient une influence directe sur les actions collectives (Michaux, 2003, 2005). Les résultats de cette étude démontrent également que la compétence collective découle d'une part d'éléments normatifs tacites partagés par l'ensemble de l'équipe qui uniformise les pratiques et d'autre part par la collaboration dans l'action selon

un schème d'interactions prédéfini (Michaux, 2003, 2005). De plus, certaines situations jugées trop complexes pour établir une routine formelle ne peuvent être résolues que par l'équipe à travers la mise en œuvre de la compétence collective (Michaux, 2003, 2005). Si l'on transpose ces conclusions en contexte infirmier, on constate que la pratique infirmière n'est pas à une succession de tâches prédéfinies, comme peut l'être le service à la clientèle. En effet, dans le contexte hospitalier, le service offert par une infirmière est en partie dépendant du travail de ses collègues et doit être personnalisé selon la condition et les besoins du patient (Grosjean & Lacoste, 1999). En effet, cette adaptation constante demeure toutefois beaucoup plus complexe en contexte infirmier, notamment en raison des enjeux liés aux résultats qui vont au-delà de la satisfaction de la clientèle et dont les conséquences peuvent être critiques pour les patients. Par cette complexité, il est donc nécessaire que se mette en œuvre la compétence collective afin d'atteindre des résultats acceptables en matière de qualité des soins. Selon les résultats de Michaux (2003, 2005), il est attendu que suite à des résolutions répétitives de situations complexes de soins, certaines routines tacites peuvent s'installer au sein de l'équipe soignante dans la mesure où il y a une stabilité relative du personnel (Michaux, 2003, 2005).

Une étude qualitative auprès de travailleurs en multimédia et de responsables d'entreprise de technologie de l'information avait pour but de déterminer si le travail de collaboration existe et d'étudier le développement de la compétence collective dans le domaine des technologies de l'information. Les résultats démontrent que le développement de la compétence collective est considéré positivement et recherché par les membres des équipes (Tremblay, 2004). Suite aux analyses du contenu des entrevues effectuées, il a été démontré que le développement de la compétence collective est favorisé par des facteurs telles l'ergonomie des lieux, une structure solide de collaboration, de bonnes relations interpersonnelles au sein du groupe, une compétence individuelle adéquate, la diversité des compétences et la disposition à partager les compétences (Tremblay, 2004). Cette mise en œuvre serait bénéfique à l'entreprise en plus de permettre de soutenir le développement personnel et professionnel des membres de l'équipe tout en accroissant leur efficacité, c'est-à-dire que la collaboration entre pairs amènerait des résultats supérieurs (Tremblay, 2004). Les différents facteurs et résultats mis en lumière dans cette étude sont facilement transposables à la collaboration au sein du personnel infirmier en contexte de soins au patient et ne semblent pas spécifiquement liés au contexte des technologies de l'information. Ainsi, l'environnement de travail, autant l'ergonomie du poste des infirmières que celles des différentes aires de travail, risque fortement de venir faciliter ou entraver la collaboration entre les membres de l'équipe soignante. Comme il a été mentionné précédemment, la compétence individuelle étant au cœur de la mise en œuvre de la compétence collective, il n'est pas surprenant qu'elle ressorte également dans le cadre de cette étude et qu'elle constitue le cœur de sa mise en œuvre en contexte infirmier. Finalement, les relations entre les membres peuvent être compromises par des conflits interpersonnels, ce qui peut entraver la collaboration (Finkelman, 2012). Ces conflits peuvent notamment être liés aux attitudes individuelles qui agissent comme barrière à la communication et à la collaboration comme un manque

d'écoute, l'intimidation ou les comportements irrespectueux ou destructeurs (Finkelman, 2012). Finalement, tout comme dans l'étude de Tremblay (2004), il est attendu que la compétence collective soit perçue positivement par les infirmières et amène des résultats supérieurs en termes d'efficacité et de qualité de prestation des soins infirmiers.

Wittorski (2000) a étudié, sous l'angle du socioconstructivisme dans le cadre d'une recherche-action, un groupe de travail d'une entreprise de textile québécoise. Son objectif de recherche consiste à analyser les situations de travail afin d'identifier les processus collectifs mobilisés ainsi que leur impact au point de vue individuel, collectif et organisationnel dans le cadre d'un mandat bien défini, soit l'élaboration d'un programme de formation. Dans un premier temps, la verbalisation de leur travail (représentation individuelle) a permis d'explicitier leur pratique à partir de situations passées. Les échanges découlant des écarts entre les représentations individuelles de chacun ont permis d'amorcer un travail réflexif et de remise en question des pratiques qui a entraîné le développement d'un langage commun et d'une concertation dans l'action vers un objectif commun au sein de ce groupe, bref, d'une culture partagée (Wittorski, 2000). De plus, la démarche collective a permis le rehaussement des compétences de chacun des individus et de la compétence collective (Wittorski, 2000). Bien qu'une démarche d'amélioration de cette envergure se transpose difficilement dans le travail quotidien des infirmières, on peut considérer à petite échelle le travail de l'infirmière comme une démarche continue d'amélioration centrée sur le bien-être du patient où les éléments comme une culture partagée, le partage d'objectifs communs et une concertation dans l'action peuvent facilement s'appliquer. Cette étude nous démontre qu'un rehaussement des compétences individuelles et qu'un renforcement de la collaboration s'opère à travers cette démarche collaborative visant l'amélioration des pratiques qui peuvent être attendues en contexte infirmier en lien avec la condition de santé des patients.

Chedotel (2004) a effectué une recherche exploratoire longitudinale visant à comprendre la relation entre l'identification et la coopération (action collective) auprès d'équipes opérationnelles sur des chaînes de montage dans une entreprise du secteur de l'électronique. Sous la forme d'une étude de cas alliant des observations et des entrevues, cette recherche a révélé qu'il existait deux types d'identification : par logique de métier, c'est-à-dire par niveau et par ancienneté, et par équipe formelle de travail (Chedotel, 2004). Les résultats de cette recherche sont ambigus quant à l'impact de l'identification sur la coopération, car une identification forte ne s'est pas systématiquement répercutée par une augmentation de la coopération au sein de l'équipe (Chedotel, 2004). Par contre, certains facteurs intéressants s'en dégagent. En effet, il a été démontré qu'une mésentente entre les membres d'une équipe ayant des objectifs divergents est défavorable à la coopération (Chedotel, 2004). De plus, au fur et à mesure que l'identification se forge au sein d'une équipe, la coopération serait facilitée, mais ce potentiel de coopération n'est pas nécessairement utilisé lorsqu'un manque de confiance ou des conflits (relationnels, cognitifs ou de processus) sont rencontrés (Chedotel,

2004). Finalement, au fil de temps, la coopération au sein d'une équipe émergente viendrait à diminuer suite à l'établissement de routines de travail (Chedotel, 2004). Le contexte de chaîne de montage rend difficile le parallèle avec le contexte infirmier compte tenu du caractère imprévisible et diversifié des situations de soins de santé rencontrées dans la pratique qui s'oppose au caractère relativement prévisible de l'assemblage de pièces électroniques en chaîne. Il est toutefois intéressant de constater que la coopération évolue au fil du temps dans ce contexte et qu'elle pourrait donc faire de même dans des équipes de soins infirmiers. Par contre, l'établissement de routines étant plus difficile en raison de la complexité des soins de santé, tout particulièrement dans les milieux de soins critiques, il est possible que l'évolution de la coopération au sein d'une équipe stable soit perpétuelle.

Finalement, deux chercheurs tunisiens se sont intéressés en partie à la compétence collective dans le cadre d'une étude portant sur l'influence des changements organisationnels sur l'évolution des compétences auprès de 42 entreprises industrielles suite à une restructuration. Seuls les résultats de l'analyse factorielle portant sur la compétence collective seront présentés ici. Une de leurs hypothèses initiales stipulait que l'apprentissage organisationnel produit le développement des compétences collectives par l'échange d'information, l'autonomie, la coopération, la coordination et la communication (Ben Abdallah & Ben Ammar Mamlouk, 2007). Leurs résultats démontrent qu'il n'y avait toutefois pas d'échange d'information et de coordination au sein des entreprises interrogées, par contre les autres déterminants de la compétence collective se sont avérés reliés à son développement. Selon ces chercheurs, le développement des compétences collectives serait principalement dû au développement des communications et à l'apprentissage organisationnel défini comme l'ensemble des apprentissages acquis au sein de l'entreprise à travers les routines organisationnelles et qui se mettent en place lors de changements (Ben Abdallah & Ben Ammar Mamlouk, 2007). Bien que l'étude ne vise pas à démontrer ce fait, les chercheurs précisent que les résultats suggèrent un lien positif entre le changement organisationnel et le développement des compétences collectives. Par contre, le contexte industriel est plutôt centré sur la performance liée à une productivité matérielle et au rendement financier alors qu'en soins de santé, l'enjeu se situe au niveau de la qualité des soins et de la sécurité des patients, ce qui est considérablement différent. Par contre, les différents déterminants identifiés lors de l'hypothèse initiale, soit l'échange d'information, l'autonomie, la coopération, la coordination et la communication, sont des éléments centraux des pratiques collaboratives qui s'appliquent en contexte infirmier.

2.4.3 Résumé en lien avec les objectifs de recherche

En extrayant les éléments liés aux objectifs ressortant des différentes études portant sur la mise en œuvre de la compétence collective, il est possible de remarquer qu'ils sont généralement congruents avec ceux ressortant des écrits et que de nouveaux en émergent. Sans mentionner directement la notion de

complexité, une situation nécessitant une résolution de problème (Michaux, 2003, 2005), un changement organisationnel (Ben Abdallah & Ben Ammar Mamlouk, 2007; Wittorski, 2000) ou une réorganisation du travail (Grosjean, 2000; Wittorski, 2000) agit comme stimulus pour la mise en œuvre de la compétence collective. Comme il a été mentionné précédemment, la compétence individuelle est un facteur-clé de la mise en œuvre de la compétence collective et fait référence autant à la compétence de base attendue dans le cadre de l'exercice d'une fonction qu'aux compétences spécialisées reconnues à l'individu (Amherdt et al., 2000b; Tremblay, 2004). La collaboration (Ben Abdallah & Ben Ammar Mamlouk, 2007; Chedotel, 2004; Tremblay, 2004), la communication (Ben Abdallah & Ben Ammar Mamlouk, 2007) et les relations interpersonnelles (Chedotel, 2004; Tremblay, 2004) ressortent également comme étant des facteurs influant sur la mise en œuvre de la compétence collective. Les règles, routines et procédures organisationnelles sont parmi les facteurs organisationnels rencontrés dans les études (Ben Abdallah & Ben Ammar Mamlouk, 2007; Grosjean, 2000). Au niveau des facteurs techniques, ce n'est pas la disponibilité des ressources matérielles, mais plutôt l'ergonomie des lieux et la présence de technologie de l'information qui vient influencer la mise en œuvre de la compétence collective (Tremblay, 2004). Finalement, en ce qui a trait aux résultats, l'amélioration des compétences individuelles (Tremblay, 2004; Wittorski, 2000) et collectives (Ben Abdallah & Ben Ammar Mamlouk, 2007; Wittorski, 2000) est rencontrée, mais il est aussi mentionné qu'il y a un renforcement de la collaboration (Chedotel, 2004; Wittorski, 2000) et une augmentation de l'efficacité du travail (Chedotel, 2004; Tremblay, 2004) ce qui suggère donc que des résultats supérieurs à ceux pouvant être atteints par un seul individu émergent de la mise en œuvre de la compétence collective. Le tableau 3 présente une synthèse de tous les éléments ressortant des écrits en lien avec les objectifs de recherche.

Tableau 3: Synthèse des éléments provenant des écrits en lien avec les objectifs de recherche

Stimuli	
<ul style="list-style-type: none"> - Complexité (Michaux, 2003, 2005) - Situation nécessitant une résolution de problème (Wittorski, 1997; Michaux, 2003, 2005) - Changements organisationnels (Wittorski, 1997; Ben Abdallah & Ben Ammar Mamlouk, 2007; Wittorski, 2000) - Réorganisation du travail (Grosjean, 2000; Wittorski, 2000) 	
Résultats	
<ul style="list-style-type: none"> -Développement des compétences individuelles et collectives (Ben Abdallah & Ben Ammar Mamlouk, 2007; Tremblay, 2004; Wittorski, 1997, 2000) -Renforcement de la collaboration (Chedotel, 2004; Wittorski, 2000) -Augmentation de l'efficacité du travail (Wittorski, 1997, Chedotel, 2004; Tremblay, 2004) 	
Facteurs	
Individuels	<ul style="list-style-type: none"> - Compétence individuelle (base et spécialisée) (Ahmerdt et al, 2000; Dejoux, 2001; Dubéchet, 1999; Kouabenan & Dubois, 2000; Le Boterf, 2007; Leplat, 2000; Michaux, 2003, 2005; Sandberg & Targama, 2007; Tremblay, 2004, Zarifian, 1999)
Collectifs	<ul style="list-style-type: none"> -Collaboration (Ben Abdallah & Ben Ammar Mamlouk, 2007; Chedotel, 2004; Tremblay, 2004) -Communication (Ben Abdallah & Ben Ammar Mamlouk, 2007; Rabasse 2000) -Cohésion au sein de l'équipe, relations interpersonnelles (Boreham, 2004; Chedotel, 2004; Tremblay, 2004) -Ouverture au travail d'équipe (Tremblay, 2004)

Collectifs (suite)	-Représentation mentales communes (Rabasse, 2000) -Anticipation collective des besoins (Rabasse, 2000) -Langage commun (Rabasse, 2000)
Organisationnels	-Règles, routines et procédures organisationnelles (Ben Abdallah & Ben Ammar Mamlouk, 2007; Grosjean, 2000) -Mécanisme organisationnels de transmission des connaissances (Boreham, 2004) -Formation dans et par les situations de travail (Rabasse, 2000) -Management approprié et coordonné des objectifs (Rabasse, 2000) -Organisation qualifiante par projet (Rabasse, 2000)
Techniques	-Ergonomie des lieux (Tremblay, 2004) -Technologie de l'information (Tremblay, 2004)

2.5 Cadre de référence

Un cadre de référence permettant d'aborder le phénomène étudié a été construit sur la base des éléments constitutifs de la définition de la compétence collective, de l'adaptation de modèles théoriques existants et des différents résultats de recherche portant sur ce concept. Cette démarche s'est avérée nécessaire pour bien tenir compte des particularités du contexte et du travail infirmier. En effet, certains modèles de compétence collective se concentrent sur ses conditions d'émergence (Amherdt et al., 2000a; Boreham, 2004), alors que d'autres, élaborés en contexte industriel ou entrepreneurial (Michaux, 2003; Wittorski, 1997), sont difficilement transposables dans le contexte infirmier. Dans le cadre de notre étude, rappelons que la compétence collective se définit comme étant la combinaison dynamique des compétences individuelles dans l'action collective lors de situations complexes influencées par un ensemble de facteurs exogènes qui ont une influence directe sur la performance de l'équipe (Amherdt et al., 2000a; Michaux, 2003; Tremblay, 2004). L'intégration de la théorie du *caring* de Watson (1985) a été choisie afin d'intégrer les éléments liés au but commun poursuivi par l'équipe de soins infirmiers puisqu'elle s'accorde à la définition retenue de la compétence individuelle de l'infirmière. Nous tenons ainsi pour acquis que la performance de l'équipe soignante est centrée sur le but des soins infirmiers qui est d'aider le patient à atteindre un degré supérieur de santé (corps-âme-esprit) (Watson, 1985). Le présent chapitre a donc pour but de détailler les éléments constitutifs du cadre de référence qui a été élaboré pour aider à l'approche et à l'analyse du phénomène à l'étude.

2.5.1 Éléments clés du cadre de référence

Afin de pouvoir étudier l'ensemble de la mise en œuvre de la compétence collective en contexte infirmier, il est proposé de séparer les éléments-clés de sa définition et de les mettre en relation dans un schéma dynamique. Un premier élément significatif partagé par tous les auteurs est la **combinaison des compétences individuelles** (Amherdt et al., 2000a; Dejoux, 2001; Dubéchet, 1999; Kouabenan & Dubois, 2000; Le Boterf, 2007; Leplat, 2000; Michaux, 2003, 2005; Sandberg & Targama, 2007; Tremblay, 2004;

Wittorski, 1997, 2000; Zarifian, 1999) **dans l'action collective** (Amherdt et al., 2000a; Kouabenan & Dubois, 2000; Le Boterf, 2007; Leplat, 2000; Michaux, 2003; Sandberg & Targama, 2007; Tremblay, 2004) qui constitue le cœur de la mise en œuvre de la compétence collective, c'est-à-dire le processus actif par lequel elle s'exprime au sein des équipes.

À travers cette action collective, l'équipe soignante s'engage à travers les soins dans une relation authentique et mutuelle avec le patient constituant le cœur de la compétence individuelle et visant l'accompagnement vers l'atteinte d'un degré supérieur d'harmonie et de santé à travers différents facteurs caratifs (Watson, 1985). C'est donc par une philosophie correspondant aux trois premiers facteurs caratifs soit : 1) l'humanisme-altruisme, 2) la croyance-espoir et 3) la sensibilité à l'autre (Watson, 1988) que se combinent les compétences individuelles dans le cadre d'une action collective. Cette action collective qu'est la pratique des soins infirmiers s'articule selon les sept autres facteurs caratifs qui sont : 4) établir une relation de confiance, 5) favoriser l'expression des sentiments positifs et négatifs, 6) utiliser une approche créative de résolution de problème, 7) promouvoir l'apprentissage et l'enseignement entre les personnes, 8) établir un environnement mental, physique, sociétaire et spirituel visant la protection, le soutien et la correction, 9) assister la satisfaction des besoins humains, 10) utiliser les forces existentielles-phénoménologiques-spirituelles (traduction libre de Watson, 1988, p. 75). Des travaux plus récents de Watson (2005) ont amenés une transition des facteurs caratifs vers les caritas cliniques qui mettent l'accent davantage sur la spiritualité et ainsi s'applique moins naturellement au contexte de soins d'urgence d'où le choix de préconiser la version antérieure de sa théorie.

Un deuxième élément significatif extrait dans la définition de la compétence collective est le stimulus préalable de cette combinaison synergique, soit la **rencontre de situation complexe** où la compétence individuelle ne suffit plus pour résoudre le problème ou pour entrer efficacement en action (Amherdt et al., 2000a; Kouabenan & Dubois, 2000; Michaux, 2003; Sandberg & Targama, 2007; Tremblay, 2004). Cette complexité est rencontrée lors de l'atteinte des limites de la compétence individuelle, que ce soit en matière de connaissances ou de capacité (Le Boterf, 2007; Leplat, 2000), mais également lors de situations imprévisibles où il est pratiquement impossible d'établir une routine visant leur résolution (Michaux, 2003). Ces stimuli peuvent être d'ordre contextuel (mécanisme de relève lors des pauses ou changement de quart de travail) ou cliniques, c'est-à-dire en réponse à la complexité de la situation de santé rencontrée (Grosjean, 2000; Grosjean & Lacoste, 1999).

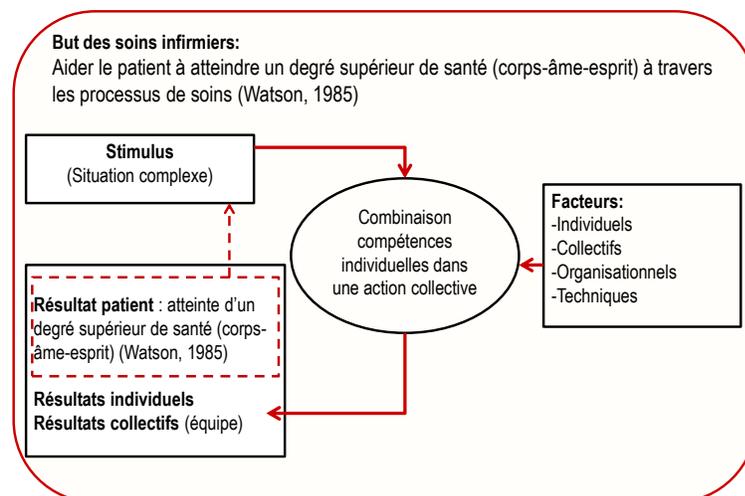
Un troisième élément significatif de la définition de la compétence collective est qu'elle n'est pas seule garante de la performance de l'équipe, mais qu'elle est également **dépendante d'un ensemble de facteurs** qui l'influencent positivement ou négativement (Amherdt et al., 2000a; Michaux, 2003, 2005;

Tremblay, 2004). L'ensemble de ces facteurs peut être divisé en éléments individuels, collectifs, organisationnels et techniques (Michaux, 2003, 2005). Les différents facteurs pouvant être impliqués ont été présentés dans les sections précédentes et ceux applicables en contexte infirmier seront déterminés dans le cadre de cette étude dans le contexte étudié.

Finalement, les derniers éléments qui seront intégrés au modèle sont le **résultat** et le **but commun** qui sont intimement liés. En effet, la finalité de toute cette mobilisation des compétences individuelles est motivée par la poursuite d'un **but commun**, soit le but des soins infirmiers dont les résultats rapportent directement au patient en l'aidant à atteindre un degré supérieur de santé (corps-âme-esprit) à travers les processus de soins (Watson, 1985). L'atteinte de ce but constitue le résultat attendu pour le patient. La mise en œuvre de la compétence collective amène non seulement des résultats bénéfiques pour le patient, mais également au point de vue individuel et collectif chez l'équipe soignante. En effet, plusieurs auteurs suggèrent que la compétence collective mise en œuvre au sein d'une équipe soutient le développement personnel et collectif des membres de cette équipe (Leplat, 2000; Tremblay, 2004; Wittorski, 1997, 2000) et s'inscrivent dans les valeurs humanistes-altruistes préconisées par le *caring* à travers un apprentissage interpersonnel (Watson, 1985). De fait, les résultats sur l'infirmière et sur l'équipe de soins infirmiers ont été inclus dans le modèle. Dans tous les cas, les résultats relèvent de la résolution conjointe d'un problème complexe ou de la co-construction d'une solution (Michaux, 2003, 2005). À la lumière de ces éléments, il est attendu que les résultats s'observent par la résolution de la situation complexe et par la perception de ses résultats auprès du patient et des membres de l'équipe.

Les éléments du modèle proposé sont schématisés dans la figure suivante :

Figure 4 : Cadre de référence



Ce cadre de référence a été privilégié afin de structurer les objectifs de recherche, ainsi que les résultats qui seront présentés pour mieux décrire la mise en œuvre de la compétence collective dans un contexte de soins infirmiers en services d'urgence.

3. Méthode

Ce chapitre vise à exposer les choix méthodologiques ayant été faits afin de répondre aux objectifs de recherche de manière juste et fiable. Il décrit successivement le devis de recherche, le contexte, l'échantillon (incluant les critères d'inclusion et d'exclusion) et le déroulement de l'étude selon les différentes méthodes de collecte de données privilégiées. Finalement, l'analyse des données, les mesures permettant d'assurer la rigueur scientifique ainsi que les considérations éthiques seront présentées.

3.1 Devis de recherche

La compétence collective est un phénomène complexe qui ne peut, à la lumière des connaissances actuelles, être étudié hors du milieu dans lequel il émerge. Une approche qualitative d'étude de cas unique a donc été privilégiée afin de saisir les relations et les phénomènes abstraits à travers des situations réelles (Miles & Huberman, 2003). L'appréhension de la compétence collective selon une étude de cas permet donc de cerner un sujet alors que la frontière entre le contexte et la notion en elle-même est floue (Yin, 2009).

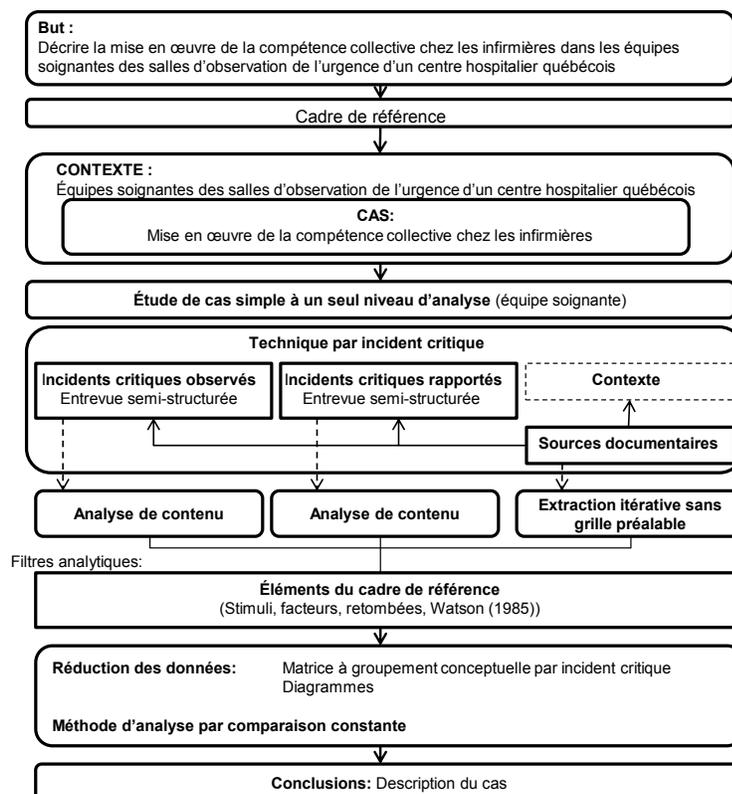
La technique des incidents critiques s'avère particulièrement pertinente afin d'appréhender la mise en œuvre de la compétence collective dans le cadre d'une étude de cas. Cette méthode permet, à l'aide d'observations et d'entrevues, d'approfondir une situation réelle de travail afin d'en faire l'analyse, alors que l'utilisation de sources documentaires permet d'appuyer les faits rapportés par les participants (Chell, 2004). L'incident se définit comme étant un événement observable qui, au sens large, vise l'atteinte d'un but et qui comporte des éléments qui sont favorables ou défavorables à l'atteinte de cet objectif (Bisseret, Sebillotte, & Falzon, 1999; Chell, 2004), ce qui cadre parfaitement avec les objectifs de la présente étude et le cadre théorique proposé. La technique par incident critique doit être adaptée par le chercheur à la situation spécifique qui est à l'étude. Il s'agit d'une méthode flexible qui permet de mettre en lumière les éléments significatifs en lien avec une action posée dans un contexte précis (Flanagan, 1954). Initialement, cette méthode visait à améliorer la performance lors d'incidents d'ordre critique (Bisseret et al., 1999; Chell, 2004; Flanagan, 1954). Par contre, dans le cas présent, elle servira plutôt le but de l'étude qui est de décrire les situations de mise en œuvre de la compétence collective selon le cadre de référence théorique proposé.

La présente étude est donc une étude de cas simple dont l'analyse s'appuie sur un événement initial qui joue le rôle de stimulus. Elle vise à dégager l'ensemble des éléments découlant des objectifs de recherche afin de décrire de façon détaillée les processus et facteurs impliqués dans la gestion de cet événement dans un cadre organisationnel précis (Jeffroy, Theureau, & Haradji, 2006). Dans le cas présent, nous étudions une situation considérée par les participants comme témoignant de la mise en œuvre de la compétence collective par les infirmières. Dans le contexte étudié, cette situation sera considérée comme un « incident critique » à

la lumière de la définition de la compétence collective présentée. En cohérence avec l'approche privilégiée (étude de cas), la collecte de données s'effectue selon trois sources de données (Yin, 2009), soit : 1) des observations (non participantes) suivies d'entrevues portant sur les incidents critiques observés, 2) des entrevues individuelles portant sur un incident critique rapporté par le participant et 3) des documents pertinents au contexte et au sujet à l'étude. Ces trois sources de données permettent la description détaillée des différentes dimensions abordées dans la présente étude. Celles-ci découlent des objectifs de recherche et du cadre de référence, c'est-à-dire qu'elles permettent de décrire la notion de compétence collective et d'identifier les aspects complexes de sa mise en œuvre en lien avec les différents facteurs individuels, collectifs, organisationnels et techniques. Elle permet également de mettre en lumière les résultats de son expression pour la clientèle, pour les infirmières et pour l'équipe soignante.

Le schéma ci-dessous résume la méthode privilégiée dans le cadre de la présente étude (voir Figure 5). Il s'agit d'une étude de cas simple à un seul niveau d'analyse utilisant la technique par incident critique d'incidents observés (observation suivie d'une entrevue) et rapportés (entrevue). L'analyse des données sera approfondie dans une section ultérieure :

Figure 5 : Représentation schématique de l'étude de cas



Selon la présentation suggérée par Rosenberg & Yates (2007)

3.2 Contexte de l'étude

Le secteur servant à effectuer l'observation des patients admis à l'urgence d'un centre hospitalier affilié universitaire québécois est le lieu qui a été ciblé dans le cadre de cette étude. La mission de cette urgence est de dispenser des soins généraux et aigus à une clientèle principalement adulte et gériatrique (75 ans et plus). L'équipe de base œuvrant dans cette urgence est composée d'infirmières, d'infirmières auxiliaires et de préposés aux bénéficiaires. Le contexte détaillé sera exposé au chapitre suivant.

3.3 Échantillon

L'échantillon choisi se veut représentatif de l'ensemble de la population à l'étude dans le contexte, soit l'équipe soignante (tous quarts de travail confondus) assignée à l'observation de patients séjournant à l'urgence de ce centre hospitalier. Celle-ci inclut donc tous les membres de l'équipe soignante qui se compose des infirmières, des infirmières auxiliaires et des préposés aux bénéficiaires qui exercent dans ce secteur de l'urgence représentant autour de 80 participants potentiels. Il a été décidé d'exclure les commis, bien qu'il soit reconnu qu'ils jouent un rôle important dans le travail d'équipe à l'urgence. Comme la présente étude vise à décrire la mise en œuvre de la compétence collective par les infirmières en situation de soins, la contribution des commis et autres membres du personnel de soutien administratif² sera donc plutôt considérée comme des facteurs organisationnels qui influencent la mise en œuvre de la compétence collective. De plus, les différents documents visant à décrire le contexte et à appuyer les éléments rapportés par les membres de l'équipe soignante font également partie de l'échantillon.

Il s'agit ainsi d'un échantillon stratifié par choix raisonné (Sandelowski, 1995). Ce type d'échantillonnage non probabiliste permet ainsi d'assurer la représentativité de sous-catégories de la population à partir du bassin initial de personnes s'étant portées volontaires pour participer à cette étude (Sandelowski, 1995). Dans le cas présent, il était souhaité d'assurer la représentativité de tous les titres d'emploi et de tous les quarts de travail. Les stratégies utilisées pour assurer cette représentativité seront expliquées dans la section décrivant la sélection des participants. Le tableau 4 présente un sommaire de l'échantillon selon les sources de données qui seront triangulées dans le cadre de cette étude de cas.

² Exemples de contribution des commis : impression de requêtes, gestion des appels, demande d'examen, etc.

Tableau 4 : Présentation de l'échantillon selon les sources de données

Sources de données	Échantillon
Observation non participante avec entrevue portant sur les incidents critiques observés	3 infirmières (total de 24h d'observation) : <ul style="list-style-type: none"> • 1 infirmière de jour (8h d'observation) • 1 infirmière de soir (8h d'observation) • 1 infirmière de nuit (8h d'observation)
Entrevue individuelle portant sur un incident critique rapporté par le participant	1 infirmière ¹ 1 infirmière auxiliaire 1 préposé aux bénéficiaires
Sources documentaires	32

¹ n'ayant pas participé aux observations

3.3.1 Critères de sélection pour les participants aux activités d'analyse d'incidents critiques observés et rapportés

L'échantillon de participants aux différentes activités visant à sélectionner et à analyser des incidents critiques observés et rapportés est composé d'infirmières (n = 4), d'infirmières auxiliaires (n = 1) et de préposés aux bénéficiaires (n = 1). Les participants visés devaient répondre aux critères de sélection suivants :

- Les participants doivent exercer dans les salles d'observation de l'urgence du centre hospitalier sélectionné pour l'étude.
- Les participants doivent être titulaires d'un poste à temps complet ou à temps partiel (minimalement 4/14) à l'urgence.
- Les participants doivent avoir exercé à l'urgence dans les 6 derniers mois.
- Les participants ne doivent pas avoir été absents de manière prolongée durant les 6 derniers mois (maladie de plus de 4 semaines, maternité, congé sans solde, etc.).

Les participants ont par ailleurs été choisis selon des critères de diversification permettant de présenter un large éventail de perspectives (Pires, 1997), de manière à renforcer la validité des résultats (Miles & Huberman, 2003). Ce faisant, des critères additionnels ont été inclus selon les sources de données, c'est-à-dire que pour les observations non participantes suivies de l'analyse des incidents critiques observés, une infirmière exerçant sur chacun des quarts de travail (jour, soir, nuit) a été recrutée afin d'assurer la représentation de tous les quarts de travail dans l'étude. Pour les entrevues individuelles portant sur un incident critique rapporté, la représentation de l'ensemble des membres de l'équipe soignante était visée, ce qui a conduit au recrutement d'une infirmière n'ayant pas fait l'objet d'observation, d'une infirmière auxiliaire et d'un préposé aux bénéficiaires. Afin de s'assurer de pouvoir répondre aux objectifs de l'étude, le critère de sélection suivant a été ajouté à cette dernière activité et était validé au moment du recrutement :

- Les participants doivent considérer avoir été impliqués dans un ou plusieurs incidents critiques illustrant la mise en œuvre de la compétence collective par une infirmière de leur équipe (ou par elle-même, si le participant est une infirmière) dans les salles d'observation à l'urgence.

3.3.2 Modalités de recrutement pour les participants aux activités d'analyse d'incidents critiques observés et rapportés

Au préalable, les différents acteurs clinico-administratifs tel que l'adjointe au directeur des soins infirmiers, le chef d'unité de l'urgence ciblée, l'infirmière cadre-conseil et la conseillère du secteur ont été rencontrés et avisés du déroulement de l'étude. Par la suite, une rencontre d'information a été organisée auprès de l'ensemble du personnel soignant de l'unité d'urgence afin d'expliquer le but et le déroulement de l'étude un mois avant le début de la collecte de données. La tenue de ces rencontres a été diffusée par l'intermédiaire de l'assistante-infirmière-chef dans le cadre des messages quotidiens transmis à l'ensemble du personnel de cette urgence et par des affiches (annexe 1). Lors de ces rencontres, chaque employé présent a reçu un formulaire (annexe 2) visant à permettre aux candidats intéressés de valider s'ils correspondent aux critères de sélection et de manifester leur intérêt à participer au projet de recherche en laissant leurs coordonnées et en indiquant à quelle(s) activité(s) de collecte de données ils souhaitaient participer. De plus, les mêmes affiches (annexe 1) posées à des endroits stratégiques dans l'unité pendant une période de 14 jours ont permis de renseigner ceux qui étaient absents lors des rencontres d'information.

3.3.3 Sélection des participants

Une fois la période de recrutement terminée, c'est-à-dire après les 14 jours d'affichage du 23 juillet au 6 août 2010, les formulaires des 10 candidats potentiels ont été stratifiés par titre d'emploi et par quart de travail. Tel que mentionné précédemment, les participants ont été stratifiés par titre d'emploi et un tirage au hasard a permis de sélectionner les participants par catégorie d'emploi, soit un préposé aux bénéficiaires, une infirmière-auxiliaire et 8 infirmières.

Les participants ont été contactés par l'étudiante-chercheuse afin de valider leur intérêt à participer et de déterminer un moment correspondant à leurs disponibilités où l'entrevue ou l'observation pourrait avoir lieu. Lors de ce contact, l'étudiante-chercheuse procédait à une vérification de la conformité aux critères de sélection mentionnés précédemment. Deux des candidats contactés n'ont pas été sélectionnés compte tenu du fait qu'ils ne satisfaisaient pas les critères de sélection de la présente étude (retour récent d'une absence prolongée, affectation régulière comme AIC remplaçant compromettant l'observation à titre d'infirmière). Il n'y a eu aucun refus de la part des participants potentiels. Une relance lors des messages quotidiens au personnel a également été nécessaire afin de combler l'un des titres d'emploi pour les entrevues individuelles portant sur un incident rapporté.

S'ils répondaient aux critères de sélection et qu'ils démontraient toujours un intérêt à participer à l'étude, l'étudiante-chercheuse expliquait alors aux participants le déroulement détaillé de l'étude et mentionnait que le consentement serait signé avant la période de collecte de données. Selon leur convenance, les entrevues individuelles portant sur un incident critique rapporté pouvaient s'effectuer dans un local à proximité de leur lieu de travail ou dans un endroit à l'externe où ils se sentaient à l'aise de s'exprimer. L'observation non participante se déroulait au moment qui convenait au participant sur les lieux de travail et l'entrevue visant l'analyse des incidents critiques observés avait lieu dans un local à proximité, immédiatement après le quart de travail ayant fait l'objet de l'observation.

3.3.4 Critères pour les sources documentaires

Pour ce qui est de l'analyse documentaire, l'échantillon de sources documentaires n'a pas été préalablement restreint à un nombre déterminé et a été constitué des documents correspondant aux critères de sélections suivants :

- Le contenu doit informer (directement ou indirectement) sur le contexte ou l'exercice de la fonction de l'un ou l'autre des membres de l'équipe soignante (infirmière, infirmière auxiliaire et/ou préposé aux bénéficiaires).
- Le document doit être applicable au contexte choisi, c'est-à-dire pour l'observation de clientèle à l'urgence de l'établissement.

Ils ont été recueillis tout au long de la collecte et de l'analyse des données. La sélection des documents a été effectuée à partir des documents disponibles sur le site internet et l'intranet de l'établissement à l'étude. Elle a aussi été effectuée à l'aide des participants, des gestionnaires cliniques et administratifs du secteur en question ou d'autres acteurs concernés disposés à rendre d'autres documents disponibles au cours de la période de collecte de données. Au total, 32 sources documentaires ont été incluses dans l'échantillon. Le tableau 5 présenté à la page suivante détaille sommairement les types de sources documentaires retenues dans le cadre de la présente étude.

Tableau 5 : Sommaire des sources documentaires retenues

Sources documentaires retenues	Nombre
Documents cliniques et professionnels Exemples : outils de documentation, documents liés aux rôles et compétences du personnel soignant, programme d'orientation, etc.	28
Documents administratifs Exemples : politiques et procédures statistiques administratives etc.	4
Total	32

3.4 Collecte de données

3.4.1 Observations non participantes suivies de l'analyse des incidents critiques observés

L'observation a l'avantage de faire ressortir les éléments tels qu'ils se présentent dans la réalité (Yin, 2009). L'observation non participante permet au chercheur d'observer d'un point de vue extérieur une situation de façon structurée ou non (Brewerton & Millward, 2001) et, dans le cas présent, a visé plus précisément à créer une banque d'incidents critiques potentiels pouvant être analysée par la suite à l'aide du participant dans le cadre d'une entrevue. Conformément à la technique par incident critique, il est nécessaire que les participants soient avisés du déroulement de l'étude et du thème qui sera abordé dans le cadre de l'analyse de façon à faciliter l'entrevue par la suite puisque les participants se souviennent plus facilement des situations et du contexte (Chell, 2004; Flanagan, 1954). Une définition sommaire de la compétence collective leur était donc présentée préalablement à l'observation afin de s'assurer de la compréhension du cas à l'étude. Il s'agissait de la définition suivante : « combinaison des compétences individuelles dans le cadre d'une action collective lors d'une situation particulière et complexe ». L'explication détaillée du déroulement de l'activité leur était fournie lors du recrutement et rappelée avant la signature du formulaire d'information et de consentement. Comme la communication constitue la base de la mise en œuvre de la compétence collective (Ben Abdallah & Ben Ammar Mamlouk, 2007; Grosjean, 2000; Grosjean & Lacoste, 1999; Le Boterf, 2007; Wittorski, 1997, 2000), l'observation a été effectuée à partir de cet élément structurant. Une banque d'incidents critiques potentiels a donc été créée à partir de l'observation de toutes les interactions entre l'infirmière observée et les autres membres de l'équipe soignante. Par la suite, une entrevue semi-structurée d'une durée de 45 à 60 minutes visant l'analyse des incidents observés avait lieu immédiatement après la période d'observation. Lors de cette entrevue, chacune des interactions observées (incidents critiques

potentiels) a été reprise afin de sélectionner celles qui constituaient un incident critique, c'est-à-dire une situation perçue par le participant comme témoignant de la mise en œuvre de la compétence collective à la lumière de la définition présentée précédemment, pour être ensuite analysée en profondeur à partir de la grille d'entretien. Un enregistrement audionumérique de chacune des entretiens a été effectué.

3.4.1.1 Outil de collecte de données : grille d'observation

Comme il a été mentionné précédemment, la communication constitue la base de la mise en œuvre de la compétence collective (Ben Abdallah & Ben Ammar Mamlouk, 2007; Grosjean, 2000; Grosjean & Lacoste, 1999; Le Boterf, 2007; Wittorski, 1997, 2000) et c'est à partir de cet élément qu'a été développée la grille d'observation visant à noter de façon succincte toutes les interactions verbales entre l'infirmière observée et les autres membres de l'équipe soignante (annexe 3). Cette grille d'observation a ainsi permis de décrire sommairement le moment et le sujet de toutes les interactions avec un autre membre de l'équipe soignante (infirmière, infirmière auxiliaire et préposé aux bénéficiaires) lors de situations cliniques excluant les interactions personnelles au cours d'un quart de travail complet de 8 heures³ afin de pouvoir, par la suite, analyser les incidents critiques observés lors de l'entretien. Au total 24 heures de travail ont été observées.

3.4.1.2 Outil de collecte de donnée : grille d'entretien pour l'analyse d'incidents critiques

L'analyse d'incident critique comprend un ensemble de questions classiques en lien avec l'incident qui sont présentées dans le tableau suivant :

Tableau 6 : Questions classiques en analyse d'incidents critiques

Questions classiques utilisées en analyse d'incidents critiques
<ul style="list-style-type: none"> • Que s'est-il passé? • Pourquoi est-ce arrivé? • Comment cela s'est-il produit? Avec qui? • Qu'ont ressenti les différentes personnes concernées? • Quelles ont été les conséquences immédiates et à long termes? • Quelles stratégies ont été utilisées?

Traduction libre (Chell, 2004, p. 49)

Cette méthode étant flexible et se devant d'être adaptée à l'objet d'étude (Chell, 2004), ces questions classiques ont été adaptées selon le cadre de référence et les objectifs de recherche afin d'analyser les incidents critiques de mise en œuvre de la compétence collective pour en dégager le stimulus initial, les facteurs impliqués et les résultats de sa mise en œuvre. Cette grille d'entretien (annexe 4a) inclut également des questions visant la recherche d'informations additionnelles sur ces éléments dans le contexte général afin d'enrichir les données recueillies dans le cadre d'une analyse d'incidents critiques. Cette grille a été pré-testée

³ Excluant les périodes de pauses (repas et pause-café)

auprès d'une infirmière afin de s'assurer que les questions soient formulées adéquatement. Cette même grille a servi autant à l'analyse d'incidents critiques observés que d'incidents critiques rapportés (section 3.4.2).

3.4.2 Entrevues individuelles portant sur un incident critique rapporté

Une autre stratégie possible dans le cadre de la technique par incident critique est de demander au participant de nous rapporter un incident critique qu'il a vécu (Chell, 2004). Trois des participants ont donc été invités à faire le récit d'un événement qu'ils ont vécu dans le cadre de leur travail en salle d'observation à l'urgence illustrant, selon eux, la mise en œuvre de la compétence collective par une infirmière. Des entrevues individuelles portant sur ces incidents critiques rapportés ont été effectuées en utilisant les mêmes questions que celles utilisées pour l'analyse des incidents critiques observés (annexe 4b). En prévision de chacune des entrevues individuelles, tout comme lors des observations non participantes, la compétence collective était préalablement définie lors du contact téléphonique initial avec l'étudiante-chercheuse afin d'assurer une compréhension uniforme de la notion de compétence collective. De plus, une précision était faite concernant la composition de l'équipe soignante considérée dans le cadre de cette étude. Aucune autre directive n'était donnée aux participants, outre cette définition, afin de leur permettre de choisir ce qu'ils considèrent spontanément comme un incident critique de mise en œuvre de la compétence collective. Un délai minimal de 24 heures entre cette étape et l'entrevue a été respecté afin que le participant puisse effectuer une certaine introspection lui permettant de se remémorer une situation pouvant faire l'objet de l'entrevue. Ces entrevues individuelles semi-structurées ont été d'une durée de 45 à 60 minutes. Un enregistrement audionumérique de chacune des entrevues a été effectué.

3.4.2.1 *Outil de collecte de données : grille d'entrevue*

La grille d'entrevue utilisée comporte sensiblement les mêmes questions que celles utilisées pour l'analyse des incidents critiques observés. Les différences sont dans l'amorce qui a été adaptée au récit de l'incident choisi par le participant plutôt qu'au retour sur des situations observées par une tierce personne comme dans le cas précédent (annexe 4b)

3.4.3 Sources documentaires

Tous les documents « vierges » ayant été utilisés par les participants lors des périodes d'observation de l'activité ont été examinés (p. ex. : feuille d'observation, requête, etc.) afin de déterminer s'ils correspondaient aux critères de sélection de même que ceux mentionnés par les différents participants, soit lors des entretiens d'explicitation ou lors des entrevues individuelles. Les principaux acteurs clinico-administratifs ont également été sollicités afin de fournir des documents qu'ils jugeaient pertinents à la situation du contexte à l'étude. Finalement, une recherche à partir de l'Internet et de l'intranet du centre hospitalier à l'étude a permis de

compléter la collecte de sources documentaires. De plus, en cours d'analyse, d'autres sources ont été recherchées afin d'appuyer et d'enrichir les conclusions. Pour un total de 32 sources documentaires retenues.

3.5 Analyse des données

3.5.1 Analyse des données sur les incidents critiques observés et rapportés

L'analyse de contenu catégorielle ou thématique permet le traitement de données qualitatives grâce aux codes pouvant être préétablis à partir des écrits ou déterminés de façon inductive à partir du matériel brut (Bardin, 2007; Boyatzis, 1998). Il a donc été possible de classifier à partir des verbatims quels éléments issus du cadre de référence sont présents dans le cas, à partir d'une liste de codes pré-établie, et également si de nouveaux éléments induits permettent de décrire la mise en œuvre de la compétence collective dans le contexte précis de cette étude. Par la suite, l'analyse selon une approche comparative, dans le cas présent, a servi à décrire la mise en œuvre de la compétence collective par les infirmières à partir de la comparaison des différents incidents dans le contexte choisi selon le cadre de référence développé à partir des écrits jusqu'à saturation (Boeije, 2002). Le traitement et l'analyse des données ont été effectués selon la méthode suivante :

1^{re} étape – Préparation des données : une transcription intégrale de toutes les entrevues portant sur des situations rapportées a été effectuée par l'étudiante-chercheuse. Pour les entrevues réalisées suite à l'observation, la transcription s'est faite partiellement pour inclure uniquement les incidents critiques, c'est-à-dire les interactions identifiées par le participant comme étant représentatives du cas, soit la mise en œuvre de la compétence collective par une infirmière dans l'équipe soignante.

2^e étape – Codification des données : les données ont été codifiées à partir du logiciel NVivo à l'aide d'une liste de codes descriptifs préétablie. Cette liste de codes a été élaborée à partir des composantes issues du cadre théorique proposé et des éléments ressortant des écrits portant sur la compétence collective tout en permettant l'émergence de nouveaux codes (Boyatzis, 1998; Miles & Huberman, 2003; Yin, 2009). Une codification préliminaire a permis d'établir la liste finale de codes avant de procéder à la codification finale des données qui s'est complétée en cours d'analyse.

3^e étape – Organisation et réduction des données : une approche comparative privilégie l'utilisation de plusieurs stratégies d'organisation des données telles que les matrices et les diagrammes (Boeije, 2002). Il a donc été décidé, d'une part, afin de faciliter l'analyse, de les organiser selon une matrice à groupement conceptuel (annexe 5) afin de visualiser ligne par ligne les différents incidents critiques et colonne par colonne les groupements issus du cadre théorique, ce qui facilite les comparaisons entre les différents éléments (Miles & Huberman, 2003). Ce type de matrice permet ainsi une organisation des données selon les différents éléments descriptifs du cadre théorique (stimuli, facteurs et résultats) et permet de répondre aux différentes

questions de recherche en regroupant les éléments conceptuels semblables (Miles & Huberman, 2003). D'autre part, une autre méthode complémentaire de réduction des données a été utilisée dans le cadre de cette étude, soit l'utilisation de diagrammes semblables au cadre de référence afin de représenter chacun des incidents critiques sous une forme plus synthétique et visuelle que la matrice.

4^e étape – Analyse des données et élaboration des conclusions : l'analyse des données visait à dégager les similitudes et différences entre les éléments issus des incidents critiques afin de bâtir une description détaillée du cas, c'est-à-dire de décrire la mise en œuvre de la compétence collective dans le contexte à l'étude. Une approche comparative privilégie une analyse en plusieurs étapes où l'on compare progressivement les éléments dans un processus évolutif de raffinement des codes et d'élaboration des conclusions (Boeije, 2002). Dans le cas présent, une première comparaison des différents incidents et des éléments généraux a été faite par participant pour chacune des entrevues. Par la suite, une comparaison a été effectuée entre les différents participants par incidents critiques semblables afin de dégager une description claire de la mise en œuvre de la compétence collective par les infirmières dans ces situations précises. L'analyse de ces situations semblables permet de décrire sous forme d'un incident type la mise en œuvre de la compétence collective. Finalement, une comparaison globale de l'ensemble des situations combinées avec les éléments généraux a permis d'en arriver à une description générale de la mise en œuvre de la compétence collective par les infirmières.

3.5.2 Analyse des sources documentaires

L'analyse des sources documentaires s'est effectuée de façon concomitante à l'analyse des données issues des entrevues, une extraction itérative sans grille préalable a permis d'extraire des informations complémentaires visant à objectiver le contexte de l'étude et enrichir les résultats provenant des autres sources de données.

3.6 Qualité scientifique

Selon Yin (2009), il existe quatre critères spécifiques pour assurer la rigueur scientifique d'une étude de cas qui sont : 1) la validité de construit, 2) la validité interne, 3) la validité externe et 4) la fiabilité. Miles et Huberman (2003) décrivent plutôt ces aspects comme : 1) l'objectivité et la confirmabilité, 2) la fiabilité, 3) la validité interne et la crédibilité et 4) la validité externe et la transférabilité. C'est donc du point de vue de ces auteurs que seront abordées les notions et les mesures de rigueur scientifique appliquées dans le cadre de la présente étude.

La validité de construit présentée par Yin (2009) se rattache à la capacité de la méthode à bien cerner le concept à l'étude (Yin, 2009). L'utilisation de plusieurs sources de données est l'une des stratégies

employées afin de saisir sous plusieurs angles le concept étudié par triangulation (Yin, 2009) comme dans le cas présent. Nous appréhendons la mise en œuvre de la compétence collective à partir de situations rapportées et de situations observées en plus d'aller recueillir de l'information auprès d'infirmières issues de différents quarts de travail et d'assurer la représentativité de tous les membres de l'équipe soignante (infirmière, infirmière auxiliaire et préposé aux bénéficiaires). La combinaison de l'analyse d'incidents critiques rapportés par les participants et d'incidents critiques observés permet également d'assurer la représentativité des incidents critiques témoignant de la mise en œuvre de la compétence collective dans le contexte à l'étude. Cela permet notamment de confirmer les résultats à partir de mesures indépendantes (Miles & Huberman, 2003). Une dernière stratégie utilisée est la validation des conclusions auprès d'un informateur-clé issu du milieu qui a permis de confirmer la validité et de la représentativité de celles-ci (Miles & Huberman, 2003; Yin, 2009).

Le concept de validité interne tel que présenté par Yin (2009) se rattache généralement à l'établissement de relations causales et s'applique difficilement dans la présente étude de cas qui se veut descriptive plutôt qu'explicative (Yin, 2009). Cette définition restrictive et superficielle et généralement appliquée de manière quantitative n'a pas été retenue pour cette raison et a plutôt été remplacée par des mesures visant à assurer la crédibilité des résultats. Cette crédibilité est notamment assurée par la triangulation des sources de données et l'utilisation d'un cadre de référence issu des écrits (Miles & Huberman, 2003).

Les stratégies mises en place afin de diminuer les erreurs et les biais de l'étude visent à établir la fiabilité (Yin, 2009) et à démontrer la stabilité des données entre les chercheurs et entre les méthodes (Miles & Huberman, 2003). L'une des stratégies utilisées est l'intercodage, c'est-à-dire la démonstration de la constance dans la codification d'un chercheur à l'autre (Boyatzis, 1998; Miles & Huberman, 2003). L'intracodage, quant à lui, permet de déterminer la stabilité dans la codification d'un même chercheur, mais à des temps différents, soit quelques jours d'intervalle (Boyatzis, 1998; Miles & Huberman, 2003). Ces deux stratégies doivent démontrer un accord supérieur à 90 % afin de démontrer la qualité de la codification des données (Miles & Huberman, 2003). Dans le cas présent, une double codification faite par un pair et effectuée sur 10 % des verbatim a démontré un accord interjuge supérieur à 90 %, tout comme la recodification par le chercheur effectuée à trois jours d'intervalle. L'analyse du matériel résiduel a également contribué à la vérification de la qualité (Boyatzis, 1998). Finalement, l'utilisation de plusieurs méthodes confirme également la fiabilité des résultats obtenus (Miles & Huberman, 2003).

La validité externe, généralement évaluée pour des méthodes quantitatives, demeure généralement limitée lors d'une étude de cas unique et lorsqu'on utilise un échantillon restreint (Chell, 2004; Yin, 2009).

Dans les études qualitatives, il est plus approprié d'aborder l'angle de la transférabilité, c'est-à-dire de pouvoir transposer les résultats à d'autres contextes (Miles & Huberman, 2003). Dans le cas présent, elle a été atteinte en assurant la représentativité de l'échantillon de participants (quarts de travail et titres d'emploi). De plus, la combinaison entre les incidents critiques observés et rapportés permet également d'assurer une représentativité relative de l'ensemble des situations (incidents critiques) de mise en œuvre de la compétence collective par les infirmières vécues quotidiennement au sein des équipes dans le contexte étudié. De plus, une description détaillée du contexte permet également d'assurer la transférabilité des résultats (Miles & Huberman, 2003).

Un dernier critère de rigueur scientifique qui n'est pas abordé par Yin (2009) consiste en l'objectivité ou le confirmabilité qui est liée à la neutralité du chercheur et des biais induits par ce dernier (Miles & Huberman, 2003). En lien avec de respecter ce critère, l'utilisation de mémos lors de la codification et de l'analyse des données a permis d'explicitier le processus analytique effectué par la chercheuse (Birks, Chapman, & Francis, 2008). Lors des observations, les mémos n'ont pas été utilisés systématiquement afin que l'étudiante-chercheuse puisse se concentrer principalement sur la prise des notes visant à décrire les interactions. De plus, l'explication détaillée de la méthode et des procédures analytiques vient également en appui à ce critère (Miles & Huberman, 2003).

Un résumé des stratégies visant la rigueur scientifique employées dans la présente étude est présenté dans le tableau suivant :

Tableau 7 : Stratégies employées pour assurer la rigueur scientifique

Critère de qualité	Stratégie utilisée
Validité de construit	Plusieurs sources de données Validation des conclusions auprès d'un informateur-clé
Validité interne/crédibilité	Triangulation des sources de données Cadre de référence
Validité externe/transférabilité	Représentativité de l'échantillon Description détaillée du contexte
Fiabilité	Intercodage Intracodage Analyse du matériel résiduel Triangulation des méthodes
Objectivité/confirabilité	Utilisation de mémos (codage et analyse) Méthode et procédures analytiques détaillées

3.7 Considérations éthiques

Du point de vue des considérations éthiques, notons que des dispositions visant à préserver la confidentialité des données ont été prises et que l'information partagée avec les participants a permis de bien décrire la nature de la recherche. Conformément à l'entente survenue entre l'Université Laval et ses centres hospitaliers universitaires et affiliés universitaires, le projet a été soumis et approuvé par le comité d'éthique et de la recherche du centre hospitalier où s'est effectuée la collecte de données. Tous les participants ont préalablement signé un formulaire d'information et de consentement avant la tenue de l'activité de collecte de données (entrevue ou observation avec entretien d'explicitation) (annexe 6). Lors de la transcription des verbatim, les données ont été anonymisées par le retrait de tous les renseignements permettant d'identifier les participants ou leurs collègues. Les participants sont identifiés par un numéro d'incident-critique ou un titre d'emploi, soit : participante observation 1 (SO1-1, SO1-2, etc.), participante observation 2 (SO2-1, SO2-2, etc.), participante observation 3 (SO3-1, SO3-2, etc.), entrevue infirmière (ENT INF), entrevue infirmière auxiliaire (ENT INF-AUX) et entrevue PAB (ENT PAB). Toutes les données sont conservées dans un dossier informatique protégé dont seule l'étudiante-chercheuse possède le code d'accès. Tous les documents et le matériel recueillis dans le cadre de cette étude (banque de candidats potentiels, formulaires d'information et de consentement, enregistrements, etc.) seront détruits selon les délais prescrits par les normes d'éthique, soit 1 an suivant la fin de projet.

4. Présentation des résultats

Le présent chapitre vise à exposer les résultats de l'étude. Dans un premier temps, la présentation générale du contexte dans lequel l'équipe soignante évolue permettra de situer la toile de fond dans laquelle le cas s'inscrit. Ensuite, une description détaillée de quatre incidents types illustrant la mise en œuvre de la compétence collective par les infirmières dans le milieu à l'étude permettra de répondre aux objectifs de recherche sous l'angle du cadre de référence. La description de chacun des incidents types sera effectuée selon la structure suivante, soit une présentation globale de l'incident, la précision du stimulus à l'origine de la mise en œuvre de la compétence collective, la présentation des résultats qu'elle entraîne et l'identification des facteurs (individuels, collectifs, organisationnels, techniques et contextuels) venant l'influencer. Finalement, une description globale de la mise en œuvre de la compétence collective sera présentée.

4.1 Contexte

Avant de répondre plus spécifiquement aux objectifs de l'étude, il importe à de bien situer le contexte dans lequel s'inscrit le cas, c'est-à-dire de bien décrire l'équipe soignante et le milieu dans lequel elle gravite. Une description de l'urgence et plus particulièrement du secteur spécifique d'observation de clientèle admise à l'urgence, ainsi que de la composition de l'équipe soignante et du rôle attendu de ces différents acteurs à travers l'organisation des soins qui prévaut dans l'organisation sera faite.

4.1.1 Description de l'urgence

L'étude a été menée dans une urgence secondaire dont les services médicaux sont assurés par une équipe d'omnipraticiens soutenue par une équipe de consultants spécialistes. Cette urgence est située à même un centre hospitalier offrant des soins spécialisés en ophtalmologie et en cancérologie, ainsi que des soins généraux à une clientèle diversifiée principalement adulte et gériatrique⁴. Les clients devant être admis afin d'être observés au sein de cette urgence doivent présenter de l'instabilité clinique, un risque de morbidité ou de mortalité accrue ou toute autre condition nécessitant une surveillance étroite (AQESSS, 2006). Lors de la collecte de données, la plupart des clients admis semblaient bien répondre à ces critères. La philosophie de cette urgence s'inscrit dans les valeurs organisationnelles de l'établissement et en cohérence avec celles véhiculées provincialement, soit : la primauté du patient, la satisfaction des besoins du patient, le constant souci de la qualité des soins et une approche rigoureuse en ce qui a trait à la gestion (AQESSS, 2006, p. 17).

À partir de données administratives issues de tableaux de bord, il est possible d'extraire quelques informations liées à l'achalandage et à la performance de l'urgence comparativement aux autres urgences de la région, soit un taux d'occupation moyen des civières de 31 % par rapport à 25 % régionalement et une

⁴ Selon un critère d'âge de 75 ans et plus

durée moyenne de séjour (DMS) globale de 24,6 h par rapport 23,3 h régionalement. Afin d'avoir un portrait du taux d'occupation des civières lors de la collecte de données, des données statistiques ont été extraites du logiciel SIURGE et montrent un taux variant entre 22,3 et 115 % spécifiquement durant les périodes d'observation allant du 16 au 28 septembre 2010.

Tel que mentionné dans le chapitre précédent, l'urgence étudiée comporte généralement 30 civières consacrées à l'observation de clientèle admise à l'urgence, soit 22 en santé physique et 8 en santé mentale. Au moment de l'étude, le secteur de l'urgence psychiatrique était fermé de façon temporaire depuis plusieurs mois. Ainsi, la gestion de la clientèle psychiatrique s'effectuait, durant cette période, à même les civières de santé physique. Parmi les civières de santé physique, 14 sont regroupées autour du poste des infirmières (notamment une salle d'isolement) et bénéficient d'une surveillance à l'aide d'un système de monitoring central alors que les 8 autres sont situées dans un corridor. Il y a également 2 salles de réanimation et une pharmacie près du poste des infirmières ainsi que les utilités (propre et souillée) et une cuisinette qui sont facilement accessibles.

4.1.2 Description de l'équipe soignante

L'équipe soignante œuvrant dans le secteur assurant l'observation des patients admis à l'urgence inclut des infirmières, des infirmières auxiliaires et des préposés aux bénéficiaires. Elle comporte, selon le plan d'effectif prévu dans le secteur d'observation, un bassin de personnel composé de 24 infirmières, de 3 infirmières auxiliaires et de 7 préposés aux bénéficiaires par 24 h répartis de la façon suivante :

Tableau 8 : Plan d'effectif prévu par quart de travail

	Nuit	Jour	Soir
Infirmières	6	9	9
Infirmières auxiliaires	1	1	1
Préposés aux bénéficiaires	2	3	2

Afin de respecter ce plan d'effectif en ce qui concerne les infirmières, on retrouve selon le quart de travail de 54 à 59 % de postes à temps complet (9 ou 10 jours/14) alors que le reste représente des postes variant de 4 à 8 jours par quinzaine. Bien qu'il n'y ait que 3 postes vacants dans cette unité, le taux d'absentéisme⁵ est relativement élevé au moment de l'étude, représentant globalement près de la moitié du personnel infirmier (48 %) et touchant de façon très importante le quart de soir (76 %), dont notamment 10 absences à long terme uniquement sur ce quart, ce qui témoigne de la précarité touchant ces équipes.

⁵ Le taux d'absentéisme inclut les éléments suivants : absences à long terme (p. ex. invalidité, maternité, études, etc.), vacances, fériés, maladies ponctuelles.

Le centre hospitalier à l'étude a implanté au cours de l'année précédant l'étude un nouveau mode d'organisation des soins dans la majorité des départements basée sur le travail collaboratif entre l'infirmière et l'infirmière auxiliaire jumelées en dyades pour la prise en charge conjointe d'une équipe de patients. Par contre, ce modèle a été modulé afin de répondre à la réalité spécifique de l'urgence. L'infirmière prend donc seule à sa charge une équipe de 5 patients (ou civières) en soins globaux alors que l'infirmière auxiliaire, tout comme le préposé aux bénéficiaires, intervient auprès de l'ensemble des patients en collaboration avec toutes les infirmières du secteur.

Le rôle attendu de chacun des membres de l'équipe soignante est encadré par l'organisation, par les activités professionnelles reconnues par la loi et par certaines exigences spécifiques à l'établissement. Tous les patients admis doivent être obligatoirement sous la supervision directe d'une infirmière qui assure l'évaluation et la surveillance requise selon leur condition clinique. L'infirmière auxiliaire agit en collaboration avec l'infirmière et vient la soutenir dans la réalisation de différentes tâches « techniques » telles que les prélèvements sanguins par ponction veineuse, l'installation de soluté sans additif ou la réalisation de cathétérisme urinaire. L'étude a été conduite après la modification réglementaire des activités de l'infirmière auxiliaire en 2008 qui a élargi leur champ de pratique, notamment par la contribution à la thérapie intraveineuse, ce qui a été perçu comme un élément facilitant pour leur intégration dans cette urgence dès son entrée en vigueur. Le préposé aux bénéficiaires joue, quant à lui, plusieurs rôles simultanément : assistance à l'infirmière dans les soins de base aux patients tels que la mobilisation, l'élimination et l'alimentation, gestion et entretien du matériel, mise en place des contentions selon les directives de l'infirmière, massage cardiaque, etc. En plus de ces responsabilités, le préposé aux bénéficiaires est appelé à quitter régulièrement le département afin d'assurer le transport des patients, le transport des prélèvements et de réaliser d'autres tâches hors du département. Finalement, son rôle a également été élargi spécifiquement à l'urgence suite à une formation qui lui permet désormais d'installer les électrodes cardiaques et de réaliser un électrocardiogramme. L'infirmière auxiliaire et le préposé aux bénéficiaires sont également appelés à contribuer à l'évaluation et à la surveillance infirmière en partageant les observations qu'ils ont faites auprès des patients.

4.2 Description du cas : la mise en œuvre de la compétence collective par les infirmières à l'urgence

L'analyse d'un total de 23 incidents critiques observés (n = 20) et rapportés (n = 3) a permis d'établir 4 catégories distinctes d'incidents critiques selon le stimulus initial qui constitueront des incidents types de mise en œuvre de la compétence collective par les infirmières à l'urgence dans le contexte actuel. À titre de

rappel, un incident critique, dans le cadre de la présente étude, correspond à une situation perçue par un participant comme étant une illustration de la mise en œuvre de la compétence collective par l'infirmière.

La complexité venant stimuler la combinaison des compétences individuelles dans le cadre d'une action collective provient de la perception d'un déséquilibre au sein de l'équipe soignante. Ce déséquilibre perçu peut se situer à plusieurs niveaux. Il peut s'agir d'un déséquilibre informationnel en lien avec la continuité des soins, d'un déséquilibre par rapport à la répartition de la charge de travail, de l'état clinique d'un patient ou des compétences individuelles perçues par rapport à une tâche à accomplir. Ce sera donc à partir de ces incidents types qu'une description détaillée de la mise en œuvre de la compétence collective suivant un stimulus précis sera effectuée et que seront exposés les facteurs impliqués et les résultats tels que perçus par les participants à l'étude. Un portrait global sera dressé par la suite afin de synthétiser l'ensemble de ces incidents types selon une appréhension générale de la mise en œuvre de la compétence collective dans le contexte étudié.

4.2.1 Incident type 1 : Déséquilibre informationnel lié à la continuité des soins

Le premier incident type, c'est-à-dire un premier regroupement de situations semblables perçues par les participants comme étant une illustration de la mise en œuvre de la compétence collective par les infirmières au sein des équipes soignantes, constitue **la résolution d'un déséquilibre informationnel en lien avec la continuité des soins**. Il est représenté par un total de 8 incidents critiques, tous observés.

Cet incident type, tel qu'il a été mentionné précédemment, se caractérise par son stimulus initial découlant d'un déséquilibre informationnel lié à la continuité des soins et par la nécessité de transmission d'information afin de rétablir ce déséquilibre. Parmi ces situations, on retrouve notamment des situations de rapports interservices et d'échange d'information lors des pauses, de rapports concernant des patients en provenance du triage et également un partage d'information concernant les patients en cours d'évolution entre les différents membres de l'équipe soignante. Les compétences individuelles des membres concernés se combinent dans le cadre d'une activité collective visant le partage et la mise en commun des informations afin de rétablir le déséquilibre initialement perçu. Les résultats attendus sont d'assurer la sécurité du patient concerné et d'initier plus rapidement ses investigations ou ses traitements, mais peuvent également se répercuter par un gain de temps individuel et/ou collectif. Selon les participants, la combinaison des compétences, dans le cadre de cet incident type, peut être influencée par les facteurs suivants : l'attitude générale de la personne, la compétence individuelle des membres concernés, l'organisation du travail, les différents outils cliniques visant le partage d'information, l'environnement physique et la disponibilité des membres de l'équipe. La vignette suivante présente un exemple d'une situation tirée des observations pour illustrer la manière dont la compétence collective est mise en œuvre concrètement dans cet incident type.

Vignette 1 : Transmission d'informations sur les selles d'un patient (SO2-7)

MISE EN CONTEXTE :

Un patient est admis pour une problématique gastro-intestinale nécessitant des interventions axées sur le soulagement d'une douleur abdominale aiguë et la surveillance de son élimination. Un préposé a répondu à la cloche d'un patient sous la responsabilité de l'infirmière observée et a assisté le patient dans son déplacement vers la salle de bain.

STIMULUS :

L'infirmière a conscience que le préposé aux bénéficiaires détient des informations cruciales visant le suivi du patient en lien avec son élimination, ce qui la motive à aller le questionner.

MISE EN ŒUVRE DE LA COMPÉTENCE COLLECTIVE :

Le préposé aux bénéficiaires partage les observations qu'il a faites des selles du patient (quantité et aspect) avec l'infirmière. Cette dernière utilise alors ces informations afin d'intervenir et d'adapter le suivi de ce patient.

RÉSULTATS :

Pour le patient : L'infirmière ayant noté une amélioration de la condition du patient a recommandé une réévaluation médicale qui s'est soldée par le congé du patient en question.

Individuel : L'infirmière mentionne avoir sauvé du temps en bénéficiant des observations du PAB plutôt que d'avoir à aller constater par elle-même ou à les recueillir directement auprès du patient.

FACTEURS IMPLIQUÉS :

Compétence individuelle : La compétence individuelle du préposé aux bénéficiaires a influencé la qualité de ses observations et de l'information transmise. La compétence individuelle de l'infirmière a influencé son souci d'aller rechercher l'information auprès du préposé afin d'assurer le suivi du patient.

Parmi tous les incidents critiques analysés, l'unique situation perçue comme étant l'illustration d'une mise en œuvre de la compétence collective s'étant avérée partiellement inefficace concerne un incident type lors d'un rapport entre deux quarts de travail. La vignette suivante présente de façon succincte cette situation observée :

Vignette 2 : Rapport entre deux quarts de travail – patient avec ponction pleurale (SO1-1)

MISE EN CONTEXTE :

Il s'agit du rapport effectué par une infirmière A qui termine son quart de travail à une infirmière B qui le débute. L'un des patients sous la responsabilité de l'infirmière A venait de subir une ponction pleurale dans une salle d'intervention hors département et était de retour depuis peu. Suite au départ de l'infirmière A, l'infirmière B constate que le dossier du patient n'est pas revenu avec le patient et s'en est suivi une recherche du dossier afin d'avoir accès aux informations nécessaires à son suivi concernant la procédure qu'il a subie.

STIMULUS :

L'infirmière B prenant l'équipe de patients en charge au début de son quart de travail désire connaître les informations prioritaires sur l'ensemble de l'équipe, notamment ce patient en particulier qui revient d'une procédure invasive. L'organisation est l'un des stimuli de cet échange puisqu'elle impose qu'un rapport écrit soit rédigé pour chacun des patients.

MISE EN ŒUVRE DE LA COMPÉTENCE COLLECTIVE:

L'infirmière A a partagé verbalement et par écrit les informations qu'elle jugeait prioritaires à l'infirmière B afin que cette dernière soit rapidement en mesure d'assurer la sécurité des patients qu'elle prenait à sa charge. Suite au départ de l'infirmière A, l'infirmière B, désirant obtenir plus d'information concernant la ponction pleurale, ne trouve plus le dossier. Lorsqu'elle retrouve enfin le dossier, elle prend connaissance des informations nécessaires au suivi du patient. *Les notes d'observation et le verbatim ne permettent pas de détailler davantage le contenu de cet échange.*

RÉSULTATS :

Pour le patient : L'infirmière B a perçu une brèche dans la sécurité du patient en n'ayant pas en main les informations cruciales lui permettant d'assurer son suivi. Il n'y a eu aucune conséquence directe pour le patient observé.

Individuels : L'infirmière B mentionne avoir perdu du temps à retrouver l'information.

Collectifs : Plusieurs membres de l'équipe et collaborateurs ont également perdu du temps à rechercher le dossier (PAB, infirmières, AIC, coordonnatrice).

FACTEURS IMPLIQUÉS :

Compétence individuelle : La compétence individuelle de l'infirmière A a influencé le choix et la qualité de l'information partagée concernant le patient qui, selon la perception de l'infirmière B, ont été inadéquats. Étant jugée comme déficiente dans le cas présent, la compétence de l'infirmière A à transmettre l'information prioritaire concernant ce patient a eu un impact négatif sur les résultats. Elle n'avait pas assuré un suivi adéquat au retour du patient et ne s'était pas aperçue de l'absence du dossier.

Attitude favorable à la collaboration : L'infirmière B se dit toujours d'humeur agréable, ce qu'elle perçoit comme un élément facilitant à l'échange d'informations.

Organisation du travail : L'établissement désigne automatiquement une personne pour donner les rapports au moment du changement de quart de travail sur la feuille de répartition du personnel. L'établissement impose également la rédaction obligatoire d'un rapport écrit sur chacun des patients admis.

Outils cliniques : Certains outils cliniques facilitent le partage d'informations. On peut penser au rapport écrit, au dossier du patient et au plan de soins et de traitement infirmier (PSTI) auxquels l'infirmière se réfère pour obtenir des informations sur les patients.

Environnement physique : Le poste des infirmières est bruyant lors des changements de quart de travail, ce qui entrave la communication.

Contextuel : L'infirmière possédant le plus de renseignements était occupée à une autre tâche au moment du rapport, ce qui entravait la communication.

Ce ne sont pas tous les rapports entre deux quarts de travail et lors des pauses qui ont été considérés par les participants comme témoignant de la mise en œuvre de la compétence collective, même s'il s'agit de moments de partage d'information. Comme les entrevues ne détaillaient pas les situations n'illustrant pas la mise en œuvre de la compétence collective, les données ne permettent pas de savoir en quoi ces moments sont différents des moments de mise en œuvre de la compétence collective.

4.2.1.1 Incident type 1 : Stimulus

À la lumière des résultats, il ressort qu'un déséquilibre informationnel lié à la continuité des soins agit à titre de stimulus initial pour que soit mise en œuvre la compétence collective par les infirmières. Selon les participants, ce déséquilibre perçu par rapport au fait de détenir les informations pertinentes et critiques sur un patient entraîne la combinaison des compétences individuelles dans une action commune visant le partage et

la mise en commun de cette information afin qu'elle soit transmise à l'infirmière responsable du patient comme en témoigne l'extrait suivant en lien avec le rapport d'un patient en provenance du triage :

« Elle [l'infirmière du triage] a recueilli pas mal de données sur le patient, c'est elle qui a eu la première image, la première photo du patient. C'est elle qui présentement a le plus de connaissances sur le patient. C'est important qu'on se parle et qu'il y ait un transfert de connaissances » (SO1-2)

Ce déséquilibre se présente à divers moments de transition tels que l'admission d'un patient en provenance du triage, les changements de quart et les pauses, mais également lors du partage d'information pendant le quart, ce dont témoigne cet extrait : « *le souci d'être au courant du suivi de mon patient, du suivi des selles de mon patient parce qu'il était là principalement pour ça* » (SO2-7). Cette participante mentionne que le déséquilibre vécu entre elle-même et le préposé aux bénéficiaires ayant assisté le patient en lien avec l'élimination intestinale a été le stimulus initial du partage et de la mise en commun des informations liées à cet aspect tel que présenté dans la vignette 1.

4.2.1.2 Incident type 1 : Résultats

Selon les participants, le partage et la mise en commun des informations s'effectuent afin de rétablir l'équilibre informationnel entre l'infirmière responsable du patient et un autre membre de l'équipe soignante possédant une information critique sur celui-ci. Pour le patient, ce retour à l'équilibre informationnel permet d'assurer sa sécurité, comme le mentionne ce participant : « *Le résultat attendu, c'est la prise en charge sécuritaire de mes patients.* » (SO1-7). Cette sécurité s'établit par un transfert d'information permet d'assurer immédiatement une surveillance spécifique à la raison d'admission du patient et à son état clinique actuel qui se pose en continuité avec la surveillance exercée précédemment par une autre infirmière ou qui se fait à la lumière des nouvelles informations détenues et partagées par un autre membre de l'équipe soignante, tel que l'illustre l'extrait suivant : « *Le fait que je savais qu'elle n'avait pas d'oxygène, j'ai pu m'assurer que sa saturation était correcte.* » (SO3-6). Au contraire, lorsque la mise en œuvre de la compétence collective est perçue comme étant inefficace, c'est-à-dire lorsque des informations cruciales n'ont pas été partagées, le résultat est une brèche potentielle dans la sécurité d'un patient tel qu'illustré dans la vignette 2.

Un autre résultat pour le patient lié à la résolution du déséquilibre informationnel est l'initiation plus rapide des investigations et des traitements requis par la condition du patient. Ainsi, le patient peut bénéficier d'un diagnostic et d'un traitement plus rapide selon sa condition comme il y a un partage de l'information critique à ce sujet ce qui limite les pertes de temps, comme l'exprime le participant suivant : « *C'est pour avoir une bonne idée, une idée générale de qu'est-ce que les patients ont, pourquoi ils sont là en général, qu'est-ce qu'il y a à faire immédiatement* » (SO2-2).

Individuellement et collectivement, la résolution de ce déséquilibre informationnel est associée à un gain de temps pour l'infirmière qui reçoit l'information, qui « économise » alors le temps qui aurait été pris pour rechercher cette information ou recueillir les données partagées tel qu'illustré dans la vignette 1.

4.2.1.3 Incident type 1 : Facteurs impliqués

Les participants ont identifié plusieurs facteurs pouvant être impliqués lors de la mise en œuvre de la compétence collective par les infirmières en lien avec la résolution d'un déséquilibre informationnel d'ordre individuel, organisationnel, technique ou contextuel.

Au niveau **individuel**, la compétence individuelle de la personne détenant les informations à partager avec les autres membres de l'équipe influence les résultats par la qualité et le choix des données qu'elle transmet comme en témoigne l'extrait suivant: « *il [le PAB] observe bien, donc il a pu bien me décrire les selles de mon patient* » (SO2-7). Un autre facteur mentionné par les participants consiste en une attitude favorable à la collaboration telle qu'une humeur agréable et une écoute attentive de l'autre qui influencerait positivement la mise en œuvre de la compétence collective, comme l'exprime cette participante :

« J'arrive toujours de bonne humeur, ça c'est *full* important pour moi. Parce que quand t'arrives et que ça te tente pas, on a toutes nos journées que ça nous tente pas, il faut que t'arrives de bonne humeur, ça c'est comme tellement essentiel. Juste ça là, je pense que ça part bien. » (SO1-1)

« C'est encore une question d'attitude, j'ai découvert ça (...) quand on me couche un patient peu importe la situation ça va être : « oui je t'écoute » parce que des fois on peut monter à 4-5 patients pis des fois on veut pas recevoir de patient parce qu'on déborde, c'est plein à craquer *faque* c'est pas de sa faute que la fille, si le patient a besoin d'être à l'urgence majeure c'est vraiment parce qu'il a besoin d'être à l'urgence majeure. Alors je dis oui je t'écoute, je ne dis pas un mot. » (SO1-2)

Au niveau **organisationnel**, l'organisation du travail imposée par l'établissement attribue automatiquement une personne désignée pour donner les rapports au moment du changement de quart de travail et lors des pauses sur la feuille de répartition du personnel. Ce facteur détermine donc automatiquement les acteurs qui seront impliqués dans la mise en œuvre de la compétence collective lors des différents rapports tel que le mentionne ce participant : « *C'est vraiment la structure organisationnelle, c'est vraiment mon boss et mon organisation de travail qui est faite comme ça. Je n'aurais pas pu choisir quelqu'un d'autre.* » (SO1-7). De plus, l'organisation impose la rédaction d'un rapport écrit lors du changement de quart de travail afin de favoriser la confidentialité des informations lors de rapport donné dans le poste car ce dernier est ouvert sur la zone de civière. Cette mesure permet également de minimiser le temps accordé à cette activité et de diminuer le niveau de bruit lors de ces moments charnières.

Au niveau **technique**, les participants mentionnent que l'environnement physique du poste des infirmières est peu propice à la mise en œuvre de la compétence collective par sa configuration, notamment lors du changement de quart de travail, et qu'il serait associé à une perte de temps dans la recherche d'un endroit où faire le rapport. L'utilisation d'outils cliniques tels que le plan de soins et de traitement infirmier (PSTI) qui présente sommairement les différents besoins en soins du patient faciliterait le partage des renseignements : « *Le cardex (PSTI), quand c'est bien fait et bien monté, c'est facile de donner les rapports.* » (SO1-7). De plus, la rédaction d'un rapport qui synthétise les informations critiques à partager sur le patient est imposée par l'établissement, tel que mentionné précédemment, ce qui influence également le partage d'information sans pour autant s'y substituer nécessairement. On peut l'observer dans l'extrait suivant :

« Dans le fond, le rapport, d'habitude, il est écrit, mais, on essaie tout le temps d'avoir un petit contact verbal. Dans le fond, même si mon rapport est écrit, je vais vraiment m'assurer que la personne elle va prendre en charge parce que je pourrais m'en aller *pis* finalement ça serait pas très sécuritaire de laisser le patient sans savoir qu'il y a une continuité. » (SO1-1)

Le dossier du patient qui témoigne de l'ensemble de l'épisode de soins de ce dernier serait également une source importante d'information dans le contexte de continuité des soins.

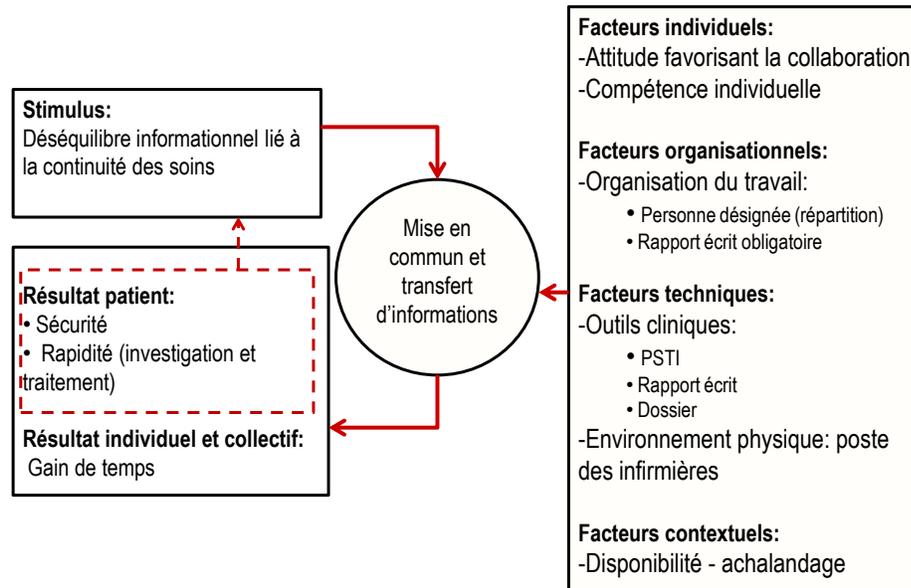
Finalement, des éléments **contextuels** liés à la disponibilité de la personne et à l'achalandage de ce secteur de l'urgence pourraient également influencer cette interaction en accaparant l'une ou l'autre des personnes impliquées, voire même en empêchant complètement la réalisation de ce partage d'informations. Ce facteur contextuel est bien illustré dans l'extrait suivant :

« Des fois ça dépend, s'il y a quelqu'un qui arrive pour t'installer un autre patient ou il y a une autre situation qui arrive ou il y a un patient qui tombe en code bleu ou quelque chose du genre et que la personne a vraiment de quoi à te dire. Comme tantôt, [infirmière] était occupée à faire une tâche et, moi, il fallait que je vienne chercher son attention : "Je peux-tu prendre tes patients, [infirmière]?" Il y a des fois que ça peut être un peu plus long » (SO1-1)

4.2.1.4 En résumé

La figure suivante présente de façon synthétique l'ensemble des résultats présentés pour cet incident type en respectant la forme du cadre de référence :

Figure 6 : Incident type 1 – Déséquilibre informationnel lié à la continuité des soins



4.2.2 Incident type 2 : Déséquilibre par rapport à la répartition des tâches

Le deuxième incident type présenté se caractérise par un déséquilibre se situant au niveau de la **répartition des tâches au sein de l'équipe**, ce qui agit à titre de stimulus initial. Il représente un total de 10 situations analysées, toutes issues des observations. La combinaison des compétences dans une action collective se centre alors sur la réalisation de l'ensemble de ces tâches. Le résultat attendu de cette collaboration est d'assurer une investigation rapide et d'initier les traitements requis par la condition du patient dans un bref délai. En plus de ce résultat lié au patient, l'équipe souhaite obtenir un gain de temps individuel et collectif. La situation a également pour résultat individuel et collectif de renforcer la collaboration au sein de l'équipe et d'entraîner un sentiment de satisfaction partagé par les membres. D'autres résultats, qui seront présentés ultérieurement, peuvent également en découler. Plusieurs facteurs peuvent influencer la mise en œuvre de la compétence collective dans le cadre de cet incident type et seront détaillés dans cette section.

La vignette suivante présente en exemple une situation tirée des observations afin de bien comprendre comment la compétence collective est mise en œuvre concrètement lors de cet incident type.

Vignette 3 : Admission d'une patiente en provenance du triage (SO2-3)

MISE EN CONTEXTE :

Une infirmière admet une nouvelle patiente en provenance du triage présentant des palpitations. Plusieurs membres de l'équipe soignante viennent alors lui proposer leur aide, notamment l'infirmière observée.

STIMULUS :

Les membres de l'équipe soignante perçoivent qu'une infirmière a plusieurs tâches à exécuter simultanément alors qu'ils n'ont rien à faire dans l'immédiat.

MISE EN ŒUVRE DE LA COMPÉTENCE COLLECTIVE :

Les différents membres de l'équipe assistent l'infirmière responsable de la patiente pour son installation sur la civière, le branchement au moniteur, la réalisation d'examens diagnostiques (prises de sang et ECG), la gestion du dossier et d'autres tâches cléricales (p. ex. impression d'étiquettes, identification de formulaires, etc.)

RÉSULTATS :

Pour le patient : L'infirmière observée mentionne que cette mobilisation a permis de réaliser les tests diagnostiques et d'avoir les résultats plus rapidement pour cette patiente et ainsi la traiter plus promptement. *Les notes d'observation et les verbatim ne permettent pas de détailler davantage les résultats obtenus pour ce patient.*

Individuels et collectifs : L'infirmière observée mentionne avoir éprouvé un sentiment de satisfaction en lien avec l'aide qu'elle a apportée à sa collègue. Elle rapporte également que cette situation positive de collaboration la motivera dans le futur à aider ses collègues, ce qui témoigne d'un renforcement de la collaboration.

FACTEURS IMPLIQUÉS :

Ouverture au travail d'équipe : L'infirmière observée me dit être naturellement portée à aider ses collègues.

Culture de collaboration : L'infirmière observée mentionne que l'équipe de travail de son quart de travail s'entraide de façon régulière et automatique.

Stabilité de l'équipe : L'infirmière observée mentionne que son équipe de travail est stable, que ses

membres sont habitués de travailler ensemble.

Technologie de monitoring : L'infirmière mentionne que l'accès aux technologies de monitoring de la condition du patient comme le moniteur cardiaque facilite le travail en donnant rapidement des données concernant la condition du patient orientant ainsi les investigations et les traitements requis.

Contextuel : La charge de travail étant peu élevée, les autres membres du personnel étaient disponibles pour soutenir leur collègue lors de cette admission.

4.2.2.1 Incident type 2 : Stimulus

Tel qu'il a été mentionné précédemment, le stimulus initial de cet incident type est un déséquilibre dans la répartition des tâches au sein de l'équipe lors de situations où les patients ne sont pas jugés instables cliniquement ou sont jugés peu instables. Ce type de situation est souvent rencontré lors de l'admission d'un patient en provenance du triage. Voici un extrait illustrant bien ce stimulus lors de l'admission d'un patient :

« C'était une patiente qui n'était pas nécessairement instable, mais c'était une nouvelle patiente, donc il y avait plein de choses à faire, pour une personne c'est beaucoup. On n'avait rien à faire, donc on est allés donner un coup de main, pour que ça aille plus rapidement, pour qu'on aille des résultats plus rapides. » (SO2-3)

Hors des situations d'admission, ce stimulus est également rencontré en cours d'évolution lorsque les infirmières constatent la nécessité d'exécuter une tâche visant à répondre à un besoin d'un patient, une tâche jugée à risque ou l'exécution d'une prescription, par exemple.

4.2.2.2 Incident type 2 : Résultats

Selon les participants, le résultat principal attendu et souhaité pour le patient dans le cadre de cet incident type est l'exécution rapide de la tâche axée sur une investigation ou l'initiation rapide d'un traitement dont le patient peut bénéficier pour améliorer sa condition de santé dans les meilleurs délais, comme l'illustrent les extraits suivants :

Extrait 1 : « Pour que ça aille plus rapidement, pour qu'on aille des résultats plus rapide. [...] c'est un peu comme tantôt, c'est un peu tout le monde qui fait son petit bout de chemin pour que ça aille plus rapidement pour qu'on ait accès à tout : le dossier, les résultats. » (SO2-3)

Extrait 2 : « Que la patiente soit pris en charge assez rapidement, qu'on s'assure de vérifier comme il faut sa température et commencer ces investigations en accord avec le médecin pour pouvoir donner les traitements le plus tôt possible. » (SO3-2)

En plus de cette rapidité axée sur l'investigation et le traitement des patients, cette collaboration entraîne comme résultat un gain du temps individuel, mais également collectif pour l'équipe soignante, soit une meilleure gestion collective du temps. Un participant a d'ailleurs souligné ce fait en ces termes :

« Dans mon organisation de travail, je suis arrivée à... ben j'y serais arrivée sûrement sans que [infirmière] m'apporte son aide, mais j'y suis arrivée plus rapidement à mon horaire d'organisation de travail, plus efficacement. [...] pour l'équipe, si moi je pars souper, l'autre va pouvoir y aller après pis tout le monde va être content d'être allé prendre son heure de souper ce qui est humainement bon. » (SO1-4)

Les participants soulignent, comme résultats additionnels de la mise en œuvre de la compétence collective dans le cadre de cet incident type, la satisfaction et le renforcement de la collaboration au sein de cette équipe. Les extraits suivants en témoignent : « *De la satisfaction et de l'encouragement à travailler en équipe. Vu que ça va bien, on a plus tendance à le faire par après que si ça va pas bien* » (SO2-3), « *J'offre souvent mon aide faque quand j'en ai besoin les autres... ça marche souvent comme ça, quand t'es disponible pour les autres, les autres sont disponibles pour toi, c'est à double sens* » (SO1-6). Cette participante souligne également le renforcement de la collaboration en tant que résultat :

« Bien moi je suis quelqu'un qui aime beaucoup le travail d'équipe donc c'est sûr que j'offre beaucoup mon aide quand je travaille habituellement, donc c'est sûr que je vais avoir le retour du balancier aussi. On va me l'offrir beaucoup. Moi je trouve ça important le travail d'équipe donc j'axe énormément là-dessus. Je vais aider beaucoup mes collègues puis c'est sûr qu'ils vont me le demander aussi où je suis. Ça fait partie de moi, je suis comme ça. C'est sûr que c'est quelque chose que j'applique beaucoup. » (ENT INF)

Certains participants mentionnent parfois l'optimisation du rôle de chacun des membres de l'équipe comme résultats lorsque les effectifs prévus sont comblés et que les membres de l'équipe sont disponibles. Selon ceux-ci, l'infirmière peut alors se concentrer sur l'exercice de ses activités réservées alors que les autres membres de l'équipe y contribuent par l'exécution des tâches complémentaires prévues par leur fonction : « *Ça a bien été, chaque personne faisait ce qu'elle était payée pour faire. Pas que je ne suis pas payée pour aller chercher des urinals, je veux pas être mal interprétée* » (SO1-5), « *Dans le fond, c'était pour optimiser le temps de travail. Pour que ça aille plus rondement, plus efficacement, en demandant à quelqu'un qui était disponible et compétent pour le faire. [...] pour optimiser l'utilisation infirmière.* » (SO1-6)

Finalement, un dernier résultat pouvant découler de l'exécution d'une tâche, selon les participants, est le développement des compétences individuelles liées à cette tâche. Un exemple rencontré est le développement des compétences d'une infirmière avec une collègue en lien avec la préparation d'une médication peu utilisée tel qu'illustré dans l'extrait suivant : « *des connaissances parce que maintenant je sais que le Toradol se donne IV direct. - Pour ta collègue? - Même chose que moi je pense, elle va connaître le Toradol* » (SO2-5).

4.2.2.3 Incident type 2 : Facteurs impliqués

Les participants ont identifié plusieurs facteurs d'ordre individuel, organisationnel, technique et contextuel impliqués dans de la mise en œuvre de la compétence collective par les infirmières en lien avec la continuité des soins.

Au niveau **individuel**, un facteur-clé identifié par les participants est l'ouverture au travail d'équipe qui s'exprime entre autres, selon eux, comme la motivation naturelle à vouloir aider les autres tel qu'illustré par l'extrait suivant : « *J'aime bien aider les autres quand ils sont occupés et que je le suis pas, donc c'est sûr que ça m'a portée à aller l'aider* » (SO2-3). L'ouverture au travail d'équipe signifie également avoir la capacité à accepter l'aide qui est offerte par des collègues ou solliciter leur l'aide : « *Déléguer, être capable justement, s'il y en a qui fait rien, viens on va le faire ensemble et on va aller plus loin. Ça va aller plus efficace.* » (SO1-4). Cette participante partage ici la perception positive qu'elle a du travail d'équipe qui la motive à solliciter l'aide de ses collègues, lorsqu'ils sont disponibles, afin d'exécuter ensemble une tâche pouvant être réalisée seule.

Ensuite, le fait d'avoir une attitude favorable à la collaboration, c'est-à-dire d'être agréable, ressort comme étant un facteur facilitant tel que présenté dans l'incident type de continuité des soins. Cette attitude renforce l'ouverture au travail d'équipe et la collaboration dans l'équipe alors qu'au contraire, une attitude contraignant la collaboration tel que le fait d'être désagréable ou distant serait un frein à la mise en œuvre de la compétence collective : « *Si l'équipe n'aurait pas été... s'ils ne l'avaient pas accueillie et qu'ils avaient été froids avec elle, peut-être qu'elle aurait été moins à l'aise d'aller au-devant des choses comme ça.* »(SO1-5)

Au niveau **collectif**, les participants mentionnent tous une culture de collaboration fortement ancrée dont certains parlent en termes de procédure tacite au sein de leur équipe, tel qu'en témoigne l'extrait suivant : « *En tant que tel, l'équipe c'est comme la procédure qu'on a qui fait qu'on s'est tous entraîné et qu'on était tout là pour s'entraider* » (SO3-1). Largement mentionnée par les participants, cette culture de collaboration se manifeste également dans les notes d'observation par 37 interactions d'offre et de demande d'aide déclinées.

Les participants mentionnent également être influencés par les relations interpersonnelles qu'ils entretiennent avec les autres membres de l'équipe, ainsi ils seraient plus naturellement portés à aider un collègue avec qui ils partagent une relation d'amitié tel que mentionné dans l'extrait suivant :

« C'est sur que, moi j'ai pas de problème à travailler avec n'importe qui. Tant mieux ceux qui peuvent nous aider. Ben c'est sur que [infirmière et amie] pis moi, on est tellement habituées de s'entraider que c'est automatique, ben c'est : "Ah tu es libre... ben viens-t'en". C'est sur que j'ai plus d'affinités avec elle, mais si tu prends cet après-midi, je l'ai pas vue et on s'est pas aidées. Peut-être que c'est le fait qu'on soit amies en dehors de l'hôpital qui influence un peu mes choix. » (SO3-2)

Au niveau **organisationnel**, l'organisation du travail et le rôle par titre d'emploi sont des facteurs mentionnés par les participants qui influencent la mise en œuvre de la compétence collective dans le cadre de cet incident type. L'organisation encadre le rôle attendu de chacun des membres de l'équipe, ce qui oriente la coordination des soins par l'infirmière qui délègue certaines tâches aux autres membres de l'équipe soignante, tel que le soulignent les participants. De plus, certains participants mentionnent la gestion des effectifs comme facteur additionnel, notamment par le non-remplacement régulier de l'infirmière auxiliaire qui soulage généralement l'infirmière de tâches dites techniques, lui permettant ainsi de se concentrer sur ses activités réservées. Voici quelques extraits illustrant bien ces deux facteurs organisationnels :

Extrait 1 : « Normalement à l'urgence les préposés sont là pour nous aider à installer les patients [...], mais ça arrive souvent que les préposés sont pas là parce qu'ils n'ont pas le temps, ils sont occupés, *faque* on les installe entre infirmière ou tout seul si les patients sont plus autonomes. » (SO3-2)

Extrait 2 : « On n'avait pas d'infirmière auxiliaire, ça va peut-être plus au niveau de l'organisation, mais ça c'est souvent des choses que l'infirmière auxiliaire va faire. Là, elle était pas là alors j'ai mobilisé une infirmière pour faire ce que d'habitude l'infirmière auxiliaire fait, *faque* quand on a des départs c'est souvent elle qui va s'occuper d'aller enlever le matériel plus médical comme les CIV et tout ça. » (SO1-6)

Extrait 3 : « Dans le fond, c'est des tâches [amener un patient à la salle de bain et le peser], le préposé était occupé à ce moment là, on était sur l'heure du souper je crois ou il était peut-être occupé ou allé porter des prélèvements ou quelque chose comme ça. Il n'y avait pas personne d'autre dans l'équipe de disponible à ce moment là, probablement que les deux personnes attitrées à faire ça étaient occupées *faque*, on pouvait d'autres choses en attendant. » (SO1-8)

Les participants mentionnent également l'existence de certaines politiques et procédures organisationnelles influençant de diverses façons la mise en œuvre de la compétence collective en matière de répartition des tâches, soit en imposant le nombre de personnes devant accomplir chaque tâche. On peut penser à la contre-vérification des narcotiques, tel que mentionné par le participant suivant : « *C'est tout un protocole qu'on a, qui est établi par l'établissement de vérifier, de contre-vérifier nos narcotiques* » (SO3-1). Ces exigences organisationnelles peuvent également s'appliquer à l'encadrement d'une activité, par exemple l'obligation de compléter un rapport d'accident-incident (AH-223) lors de l'interception d'une erreur d'identification d'un prélèvement tel que le reflète l'extrait suivant :

« Ben là, côté organisation, au niveau de l'hôpital, c'est l'affaire du rapport d'accident/incident à remplir, là si il y aurait eu interception des prélèvements avant d'être analysés, on aurait probablement pas eu à le faire ben là vu qu'il y a eu analyse de résultat, il a fallu sortir des rapports d'erreur, là il a fallu remplir un rapport d'accident/incident. C'est important de suivre le protocole pour ça. » (SO3-5).

Au niveau des facteurs **techniques**, les participants mentionnent encore une fois l'environnement physique comme étant un facteur important. Un espace restreint tel que celui de la pharmacie occasionne une perte de temps dans l'exécution d'une tâche dès que plusieurs membres de l'équipe sont simultanément dans cet espace :

« Il n'y a rien de moins ergonomique que l'organisation de la pharmacie, on est là pis on se bloque, c'est difficile... Ça aurait pu être plus efficace si on aurait été plus tranquilles dans notre petit coin et ça aurait été plus sécuritaire. Moi, je suis convaincue que si ça avait été mieux fait physiquement que le patient aurait eu sa perfusion plus rapidement. Le temps qu'on se passe les bras un par-dessus l'autre pis que l'autre la perfusion d'héparine... Si j'avais été toute seule dans mon petit coin avec ma collègue, ça aurait été plus efficace. » (SO1-4)

Cette perception de non-fonctionnalité de l'espace est également partagée pour l'ensemble de l'environnement de ce secteur :

« Justement tout le monde le sait que c'est pas ergonomique les milieux de l'urgence pis qu'on perd beaucoup de temps à se trouver une place, se trouver un petit coin pour travailler et c'est pas tout le temps très sécuritaire, très efficace, mais ils changeront pas ça d'ici plusieurs années, ils vont faire avec. » (SO1-4)

Un facteur technique additionnel rapporté par les participants concerne les technologies de monitoring présentes dans le département. En effet, la présence de moniteurs est perçue par les participants comme influençant positivement la mise en œuvre de la compétence collective par l'obtention rapide de paramètres vitaux du patient dans le cadre de l'exécution d'une tâche tel que mentionné dans cet extrait : « *La pression, le moniteur... C'est aidant beaucoup, ça nous donne une bonne idée sur l'état du patient.* » (SO2-3) La disponibilité d'un appareil permettant de réaliser un électrocardiogramme (ECG) sur place est également mentionnée par les participants. L'extrait suivant le montre : « *L'ECG on l'a eu rapidement, pour les palpitations c'était principalement ça qui urgeait. Installer le moniteur ça a été rapide aussi, ça a été bien je pense* » (SO2-3)

Un dernier facteur technique influençant la mise en œuvre de la compétence collective dans le cadre de cet incident type est la présence d'outils de référence qui peuvent faciliter l'exécution de la tâche en apportant rapidement les informations nécessaires à son exécution tel qu'un cahier de référence fourni par la pharmacie qui mentionne les informations liées à la dilution d'un médicament peu utilisé comme le mentionne cette participante : « *Pour le Toradol principalement, le cahier de dilution et d'administration. Ça nous a donné la bonne façon de l'administrer* » (SO2-5).

Au niveau **contextuel**, les participants mentionnent que la disponibilité des membres de l'équipe influence la mise en œuvre de la compétence collective dans le cadre de cet incident type. Dans l'incident

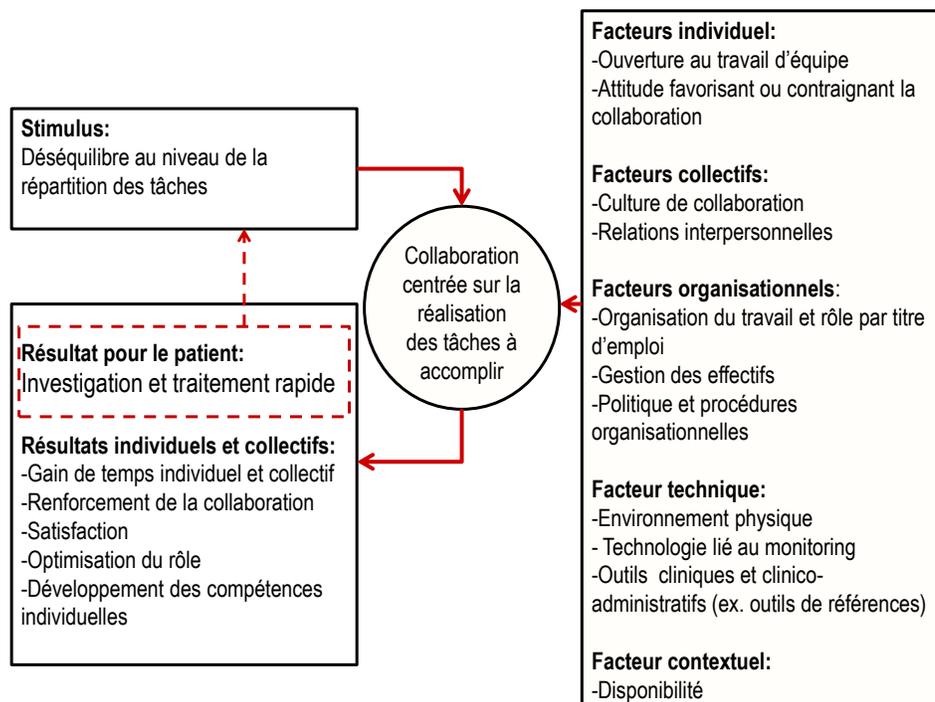
présenté dans la vignette 3, comme la charge de travail était peu élevée, les membres de l'équipe étaient disponibles afin de soutenir leur collègue. L'extrait suivant illustre également ce fait :

« Les autres, eux non plus n'étaient pas très occupés, tout le monde avait le goût de donner un coup de main étant donné qu'il n'y avait rien à faire. Un peu comme moi je pense. On a fait la même chose » (SO2-3)

4.2.2.4 Incident type 2 : En résumé

La figure suivante présente de façon synthétique l'ensemble des résultats présentés pour cet incident type en respectant la forme du cadre de référence :

Figure 7 : Incident type 2 - Déséquilibre par rapport à la répartition des tâches



4.2.3 Incident type 3 : Déséquilibre lié à la condition clinique du patient (instabilité clinique)

Cet incident type n'est pas l'événement le plus rencontré lors des observations (1 situation observée). Par contre, toutes les situations rapportées s'y rattachent (n=3). Ce troisième incident type de mise en œuvre de la compétence collective s'opère en réponse à **l'instabilité clinique d'un patient**, ce qui agit à titre de stimulus initial. Il s'en suit alors une mobilisation de l'ensemble des membres de l'équipe qui combinent leurs actions à travers différentes interventions visant à stabiliser la condition clinique du patient. Cette stabilisation est le résultat attendu pour le patient selon les participants. Plusieurs facteurs influencent la mise en œuvre de la compétence collective

La vignette suivante présente un exemple d'une situation rapportée par un participant qui illustre concrètement comment la compétence collective est mise en œuvre lors de cet incident type.

Vignette 4 : Instabilité clinique - santé mentale (ENT INF)

MISE EN CONTEXTE :

Un patient ayant cessé sa médication psychiatrique récemment est admis, car il présente des idées suicidaires et est en déni de sa condition, selon la perception de l'infirmière. Il collabore relativement bien (retrait des vêtements et remise des effets personnels) avec l'infirmière jusqu'à ce que le médecin prenne la décision de le mettre sous garde en établissement. À cette annonce, le patient devient hystérique et incontrôlable, ce qui a nécessité une intervention immédiate qualifiée de « pré-code blanc » par la participante, c'est-à-dire à la limite de nécessiter le déclenchement d'un code d'urgence visant le contrôle d'une personne agressive.

STIMULUS :

Le patient présente de l'instabilité clinique liée à la santé mentale qui entraîne un danger potentiel immédiat pour lui-même et pour les autres. L'infirmière A a anticipé cette décompensation et a planifié une intervention collective auprès de ce patient qui était sous sa responsabilité.

MISE EN ŒUVRE DE LA COMPÉTENCE COLLECTIVE :

L'infirmière A a interpellé l'infirmière B et deux PAB afin d'intervenir auprès du patient en crise. Ils ont préalablement mis un plan en place afin de contrôler le patient pour assurer sa sécurité tout en lui expliquant certaines restrictions liées à la garde en établissement. L'infirmière A a d'abord discuté avec le patient pendant que l'infirmière B préparait une médication prescrite pour le calmer. Les PAB, de leur côté, ont assuré la sécurité de l'infirmière A en se positionnant à des endroits stratégiques dans la pièce tout en se tenant à l'écart pour ne pas nuire à celle-ci. Lorsque l'infirmière B est revenue avec la médication, les PAB ont fait équipe pour contentionner le patient sur une civière avec une contention de type Pinel avec l'aide des deux infirmières. Finalement, l'infirmière A a pu administrer la médication au patient.

RÉSULTATS :

Pour le patient : Le patient a été rapidement contrôlé et son état de crise s'est rapidement stabilisé. Un autre résultat est le maintien d'un environnement de soins calme pour l'ensemble des autres patients séjournant dans ce secteur de l'urgence et la prévenir les inquiétudes chez ces derniers.

Individuel et collectif : L'infirmière note que la mise en œuvre de la compétence collective a eu pour résultat de soulager la pression due à la charge de travail qui reposait initialement sur ses épaules. L'infirmière mentionne que l'ensemble des membres impliqués ont pu apprendre de cette situation, ce qui constitue un apprentissage collectif. Suite à cet événement, ils se sont donné une rétroaction sur les interventions réalisées en équipe et utiliseront ces apprentissages dans le futur lors de situations similaires. L'infirmière souligne également avoir éprouvé un sentiment de satisfaction qu'elle croit également partagé par ses collègues. De plus, cet événement vient également renforcer la collaboration au sein de l'équipe, selon elle.

FACTEURS IMPLIQUÉS :

Compétence individuelle : L'infirmière A rapportant la situation mentionne que sa compétence individuelle, notamment ses aptitudes de négociation, ont influencé, dans ce cas-ci, la qualité des résultats. Elle mentionne également avoir choisi de faire appel à sa collègue (infirmière B) pour ses compétences particulières telles que sa fermeté et son aplomb dans ses interventions avec la clientèle psychiatrique. Finalement, elle a fait appel aux PAB pour leur force, leurs aptitudes dans la gestion d'un code blanc et leur connaissance du système de contention Pinel. Selon elle, la combinaison de ces compétences a contribué à la qualité des résultats obtenus.

Culture de collaboration : L'infirmière A mentionne une forte entraide entre les membres de l'équipe soignante de son quart de travail.

Gestion des effectifs : Le fait d'avoir deux préposés réguliers plutôt que des préposés d'agence sont un facteur ayant contribué aux résultats positifs obtenus selon la participante.

Stabilité de l'équipe : La participante mentionne que lors de cet événement, il y avait un « noyau de personnel » stable, ce qui entraîne, selon elle, de meilleurs résultats dans des situations semblables. Elle mentionne qu'une équipe plus jeune, moins habituée à travailler ensemble et moins exposée à de tels cas aurait pu entraîner une gestion plus « spectaculaire » la situation.

Formation : L'organisation a offert une formation OMEGA portant sur les interventions dans le cadre de codes blancs. Elle juge ce facteur comme étant facilitant dans le cas présent.

Matériel : Le fait d'avoir eu un système de contention Pinel en bon état et facilement accessible est un facteur ayant influencé positivement la performance de l'équipe selon la participante. Le système de contention était déjà installé sur la civière, ce qui limite les déplacements. Une vérification préalable a permis d'assurer son bon fonctionnement.

Contextuel : La participante mentionne que lors de cet incident, l'urgence n'était pas à pleine capacité, ce qui rendait la gestion de ce cas plus facile au point de vue de l'espace physique.

4.2.1.1 Incident type 3 : Stimulus

Le stimulus initial de cet incident type consiste en l'instabilité clinique d'un patient impliquant soit un danger imminent pour la vie (santé physique), soit un danger immédiat et important pour lui-même ou pour les autres (santé mentale). La mise en œuvre de la compétence collective vise donc à rétablir ce déséquilibre de l'état de santé du patient en vue de le stabiliser. Un participant a d'ailleurs souligné ce fait en ces termes :

« C'est un cas qui était instable. La patiente avait un Glasgow à 3, il y avait beaucoup de choses à faire en même temps : soluté, médicament, sonde, TNG, intubation. [...] Je pense que c'était nécessaire comme c'était un cas qui était instable qui avait besoin d'être pris en charge très rapidement comparé d'un autre patient qui était stable et qui aurait pu attendre. Étant donné qu'on ne connaissait pas la cause de l'état de conscience, de la diminution de l'état de conscience. C'était un cas qui était urgent. » (SO2-8)

L'instabilité clinique inclut également une notion d'imprévisibilité de l'évolution du patient tel qu'illustré dans l'extrait suivant :

« La complexité vient du potentiel d'agressivité du patient parce qu'on ne savait pas trop comment il allait, est-ce qu'il allait obéir, pas à nos ordres, à nos requêtes? Est-ce qu'il allait collaborer? C'est plus ça qui rend la psychiatrie complexe un peu. On ne sait jamais comme ça va virer » (ENT INF)

4.2.1.3 Incident type 3 : Résultats

Le résultat principal attendu dans cet incident type est la stabilisation de l'état du patient. Ce participant en fait mention dans l'extrait suivant en lien avec une situation d'instabilité clinique (santé mentale) et illustre également l'atteinte des résultats supérieurs en termes de qualité de soins suite à cette action collective :

« Le résultat c'est qu'ils n'ont pas eu le choix de devenir plus calmes. Mais on a réussi à le soigner parce que, justement, on a essayé de les calmer. Il y en a un qui est parti durant la nuit, le médecin l'a libéré durant la nuit. Ça a été correct. Les autres, bien, une fois qu'ils ont cuvé, ils sont partis. Il n'y a pas grand résultat à part qu'ils ont été attachés, oui, ils n'ont pas été blessés parce qu'on était beaucoup. Souvent quand tu es moins il faut que tu forces plus, il faut que tu le mobilises plus. Vu qu'on était beaucoup c'était vraiment juste soutenir. C'est ça. » (ENT PAB)

Un autre résultat attendu spécifiquement en lien avec les cas d'instabilité en santé mentale ne concerne pas le patient lui-même, mais l'ensemble de la clientèle admise dans ce secteur de l'urgence. Cette

prise en compte globale de la clientèle vise le maintien d'un environnement de soins calme et sécuritaire pour l'ensemble des patients tel que le mentionne ce participant :

« Ben comme là le but c'était aussi d'éviter d'inquiéter les autres patients. Parce que si tu as quelqu'un qui est complètement en délire « psy » et qui court autour du poste avec une tige à soluté, comme j'ai déjà vu, c'est sûr que la pauvre grand-maman qui est cardiaque... C'est sûr que ça énerve les patients beaucoup alors c'est ça le but aussi de tempérer parce que tu as d'autres patients malades autour. C'est sûr que ça vient jouer là-dedans. » (ENT INF)

En parallèle avec les résultats dont les aux patients bénéficient, les participants mentionnent des résultats individuels et collectifs. L'atteinte de bons résultats pour le patient est associée à un sentiment de satisfaction partagé par les membres de l'équipe impliqués dans la stabilisation de l'état du patient tel qu'en témoigne l'extrait suivant :

« Je pense que c'est une fierté. Ça a bien été. La patiente s'est maintenue. Quand on a une RÉA qui va bien et qu'on ne perd pas nos patients, on est fier et ça crée un lien d'équipe puisqu'on est content et que ça ait bien été. C'est vraiment un sentiment du devoir accompli. Ça, c'est le fun. » (ENT INF-AUX)

Cette mise en œuvre de la compétence collective a également comme résultat de soulager la pression exercée sur l'infirmière responsable du patient dans ce moment caractérisé par une intensité de la charge de travail et du stress, tel que le mentionne cette participante : « [...] *c'est sûr que ça diminue le stress parce que tu sais que tu es épaulée par une collègue, par un préposé et tout ça. Ça rend le travail moins lourd aussi, la charge de travail moins lourde aussi.* »

Dans ces événements d'instabilité, les participants mentionnent également qu'un développement des compétences individuelles et collectives s'opère. Ils permettent aux membres de l'équipe d'apprendre en action à partir d'une situation type telles que la gestion d'un code blanc ou une intubation par exemple. Les compétences collectives développées peuvent se comparer à l'apprentissage d'une chorégraphie où chacun des membres joue un rôle bien distinct, crucial à la qualité de la performance dans une situation donnée. Ce développement des compétences, tant individuel que collectif, est verbalisé par les participants comme étant « *apprendre sur le tas* » (ENT PAB) et permet d'obtenir de l'expérience par rapport à ce type de situation en action, comme le mentionne cette participante :

« Je pense que c'est d'accumuler de l'expérience aussi. On n'est pas tous des gens super expérimentés, donc à chaque patient qu'on a, après chaque complication, on apprend, on apprend. On devient de plus en plus apte à répondre à d'autres besoins éventuellement qui sont similaires. » (ENT INF-AUX)

« Ça nous donne de l'expérience, pour les prochaines situations si jamais ça nous réarrive une même situation ou semblable, *faque* on a des points de repère au moins. Là c'est sur que c'était toutes des personnes qui en avaient déjà vu, mais des fois quand il y a des nouvelles, eux autres ils sont sur la feuille et ça leur donne au moins une bonne idée de comment ça fonctionne par après, donc on est plus efficaces. » (SO2-8)

Ce développement des compétences peut également se faire à travers la rétroaction des membres impliqués suite à la résolution de la situation comme l'illustre l'extrait suivant : « *On se dit après : "Ben finalement, la prochaine fois, on fera ça peut-être plus comme ça ou comme ça." [...] Même chose après une grosse "réa" un gros code bleu.* » (ENT INF)

Finalement, cette mise en œuvre de la compétence collective au même titre que dans l'incident type précédent renforce la culture de collaboration grâce à la réciprocité qui se crée entre les membres qui travaillent ensemble et se soutiennent lors de situations particulièrement stressantes telle que la gestion du patient instable cliniquement. L'extrait suivant témoigne de ce renforcement de la culture de collaboration qui s'opère au sein de l'équipe :

« Ça vient aussi dire : "Ben regarde, on s'entraide. La prochaine fois que c'est moi qui est mal pris, je sais que quelqu'un va venir m'aider aussi." C'est sûr qu'on se dit ça. Prochaine fois que je suis mal pris, il va avoir quelqu'un qui va venir m'épauler.» (ENT INF)

4.2.1.3 Incident type 3 : Facteurs impliqués

Au niveau **individuel**, l'unique facteur mentionné par les participants est la compétence individuelle. D'une part, les participants estiment que la compétence individuelle peut influencer le choix de la personne. Comme l'illustre cet extrait, l'infirmière a fait appel à une collègue en particulier en fonction d'une compétence spécifique qu'elle lui attribue :

« Bien, ma collègue est plus à l'aise avec les cas de psy. Elle est vraiment... Elle a plus d'aplomb puis elle va être un peu plus directrice que moi. Moi je vais être peut-être plus négociation puis, elle, elle est plus directrice : "Alors elle t'a dit ça alors tu fais ça." Nous deux ensemble, ça a quand même donné des bons résultats. C'est allé rechercher ces deux forces-là. » (ENT INF)

D'autre part, selon les participants, la compétence individuelle de tous les membres impliqués influencera la performance globale de l'équipe, comme le mentionne cette infirmière auxiliaire en parlant de son apport dans la situation qu'elle rapporte : « *Bien je pense que c'est mes compétences. Ce que je suis capable de faire puis que je le fais rapidement et efficacement.* » (ENT INF-AUX). Selon les participants, la compétence individuelle réside non seulement dans les compétences inhérentes à chacun, mais également dans l'exposition à ce genre d'instabilité et dans la connaissance de la « routine » de la gestion de ces situations, comme le mentionne ce participant :

« C'est sûr qu'en étant une urgence, on a quand même pas mal de cas de psy. Ça a favorisé parce que, bon, on a quand même pas mal de codes blancs. Ce n'était pas le premier code blanc en 3 mois. On en a régulièrement. Pis je pense qu'il [le PAB] était capable à ce moment-là, cette équipe-là, tsé quand tous les préposés arrivent des étages et tout ça... Tout le monde sait quoi faire, tout le monde a eu la formation OMÉGA, enfin la plupart. Mais ça c'est facilitant aussi, comparativement... je ne sais pas moi, à ce qui se passe dans un hôpital où il n'y a pas beaucoup de psychiatrie, où s'ils ne sont pas trop habitués avec ça. Mais nous on en a quand même pas mal. » (ENT INF).

Au niveau **collectif**, la culture de collaboration est encore identifiée comme un facteur d'importance par les participants. Il s'agit encore une fois d'une entraide mutuelle entre pairs qui s'opère de façon automatique. L'extrait suivant témoigne bien de cet élément culturel :

« Mes collègues et moi on est vraiment une belle équipe. On a toujours eu cette réputation là de s'aider beaucoup. [...] On favorise beaucoup l'entraide et on ne laissera jamais quelqu'un tout seul avec son équipe vraiment dans la m****, si on veut. » (ENT INF)

Au niveau **organisationnel**, les participants ont mentionné que la stabilité de l'équipe, c'est-à-dire la présence d'un noyau critique de personnel habitué au milieu, est un facteur d'importance afin d'atteindre de bons résultats comme le mentionne ce participant :

« Tout le monde sait quoi faire et qu'on a même pas besoin de se parler même si l'équipe est quand même jeune il reste qu'il y a quand même un fond. On est quatre-cinq avec pas mal d'ancienneté alors ça roule. On est capable de savoir quoi faire au bon moment. » (ENT INF)

Selon les participants, la gestion des effectifs contribue au maintien de cette stabilité. Elle peut la compromettre en substituant aux membres de l'équipe habituelle d'autres acteurs provenant de secteurs autres ou d'agences, influençant potentiellement la performance de l'équipe comme le mentionne ce participant : « Ça, ça a fait vraiment la différence d'avoir ces deux préposés-là cette soirée-là. Mettons que ça aurait été deux préposés d'agence ou deux préposés pas habitués, ça n'aurait peut-être pas eu le même impact. » (ENT INF).

Un dernier élément lié à la gestion des effectifs mentionné par les participants est le fait d'avoir ou non une infirmière spécifiquement attirée en réanimation selon le quart de travail, tel que le démontre l'extrait suivant :

« Puis on s'implique beaucoup dans la réanimation parce qu'en quart de nuit, on n'a personne d'attitré pour la réanimation. C'est très différent de jour et de soir où ils ont des gens spécifiquement attirés, donc il y a toujours quelqu'un de spécifiquement disponible juste pour ça. Tandis que nous, sur notre quart de nuit, bien non, il faut prendre les gens qui sont disponibles. » (ENT INF-AUX)

Il y a donc un contrôle exercé par l'organisation par le choix de l'infirmière responsable admettant les patients en salle de réanimation qui est généralement fait parmi les infirmières les plus expérimentées, ce qui n'est pas le cas la nuit.

Un autre facteur organisationnel soulevé par les participants est l'organisation du travail et le rôle par titre d'emploi imposé par l'organisation. En effet, chacun des employés, selon son titre d'emploi, vient porter assistance et exerce son rôle tel que préconisé par l'organisation et cet apport de chacun est important et complémentaire afin de stabiliser l'état du patient en question. Les extraits suivants montrent les rôles joués par les membres de l'équipe soignante lors d'une situation d'instabilité clinique en santé physique :

Rôle de l'infirmière : « Moi je ne peux pas passer le médicament IV. C'est sûr que ça prend une infirmière qui peut faire ça. Donc c'est sûr que je ne pourrais pas diriger une "réa" toute seule. Ça prend une équipe ou quelqu'un qui a la compétence de faire les choses que le médecin demande, ce que moi je n'ai pas.» (ENT INF-AUX)

Rôle de l'infirmière auxiliaire : « Y'avait une infirmière auxiliaire, (...) elle a pu faire des choses comme les prises de sang, installer la sonde. Elle a pu faire les choses que l'infirmière auxiliaire peut faire dans le fond.» (SO2-8)

Rôle du PAB : « Elle est capable de faire les ECG, elle peut poser le moniteur facilement, elle sait où placer les électrodes, elle peut installer le brassard pour les pressions, installer la patiente comme il faut, enlever les vêtements. Bref la préparer un peu de base entre guillemets, les choses qui sont... qu'elle a le droit de faire et qu'elle a appris à faire à la longue avec son expérience. » (SO2-8)

Tel qu'observé et rapportés par les participants, les infirmières non responsables du patient allègent la charge de travail de l'infirmière notamment en accomplissant certaines tâches plus cléricales telles que l'impression d'étiquettes de prélèvements par exemple, et lui permettent de se concentrer sur des interventions infirmières et de limiter les pertes de temps tel que rapporté par cette participante :

« Les infirmières ont fait plein de choses [...] Elles savent qu'on est occupés dans une "réa" pis qu'on n'a pas le temps de faire la paperasse pis les petites niaiseries d'à côté si on peut dire. Faire faire les étiquettes pour les PV pour que ça parte vite, ils savent que ça presse pour qu'on ait le rapport pour les médecins pis nous autres on aime ça avoir les rapports rapidement » (SO2-8)

De plus, l'élargissement du rôle de chacun des membres de l'équipe est également perçu comme un élément positif pour la mise en œuvre de la compétence collective comme le mentionne ce participant :

« Bien, je pense que le fait que le CHA ait autorisé qu'il y ait des auxiliaires à l'urgence, ait autorisé que les préposés puissent prendre plus de charge. Nous autres aussi les auxiliaires on peut en prendre plus. Les médecins en délèguent un peu plus aux infirmières. Il y a plus d'ordonnances collectives. Tout ça, je pense que le fait que l'établissement ait contribué à

mettre plus de personnel formé pour d'autres choses. Je pense que c'est ça qui a le plus contribué. » (ENT INF-AUX)

La fermeture de l'urgence psychiatrique est également un facteur organisationnel mentionné par les participants qui influence négativement la mise en œuvre de la compétence collective en retirant une ressource inestimable constituée d'un noyau de personnel stable et habilité à la gestion de cas instables de santé mentale, mais également en retirant les lieux physiques adaptés à cette clientèle comme en témoignent les extraits suivants :

« C'est sûr qu'au niveau physique, à l'époque, on avait l'urgence "psy" donc c'est sûr que ça, ça facilitait parce qu'aussitôt que ton patient est libéré de l'urgence physique, il allait directement en salle d'isolement à l'urgence "psy" avec des gens formés "psy". Là on ne l'a plus. Il paraît que ça va rouvrir en novembre, je ne sais pas là, il paraît. Mais c'est sûr que ça, ça joue beaucoup, la présence d'intervenants qui sont capables, qui ont une formation psychiatrique. Ça, c'est sûr. Nous autres, on travaille avec des cas de "psy", mais on n'est pas des infirmières de "psy". Ça fait toute la différence. » (ENT INF)

« Qu'ils rouvrent l'urgence de "psy"! [rires] Ce n'est pas fait pour recevoir des patients comme ça. Tu as des lampes, tu as de tout donc si jamais tu manques ton... Tu échappes un bras ... Ce n'est pas long qu'il va pogner une lampe ou de quoi et il peut en assommer un. On a d'affaire à le tenir et à savoir chacun quoi faire dans le temps qu'il faut parce que ce n'est pas dit qu'on va tous ressortir de là! [...] Veux, veux, pas les lieux... Ils [l'organisation] ont fermé l'urgence de psychiatrie et c'est une chose qu'on aurait de besoin souvent. » (ENT PAB)

Finalement, la formation offerte par l'organisation soutient la compétence individuelle des membres et ainsi contribue à la mise en œuvre de la compétence collective. Un participant souligne ce fait en ces termes :

« Je pense que ce qui a joué beaucoup, c'était le fait que les gens étaient formés OMÉGA. Ils savaient où se positionner, ils savaient quoi faire. Vraiment, chacun avait sa fonction. Ça, déjà là, je pense que ça aide beaucoup. Moi je ne l'ai pas eue la formation OMÉGA et j'aimerais bien l'avoir. Juste le fait de négocier, tu apprends des choses nouvelles là-dedans. Déjà là, ça fait la différence. Quand toute l'équipe est formée OMÉGA ou a déjà une formation en "psy" ben ça aide, ça, c'est sûr. » (ENT INF)

Au niveau **technique**, les participants mentionnent le matériel et l'environnement venant influencer la mise en œuvre de la compétence collective. La zone de réanimation est mentionnée comme élément facilitant, tant par rapport à l'ergonomie des lieux qu'à l'accessibilité du matériel, comme le mentionne ce participant :

« La proximité du matériel. Dans la salle de "réa" tout est proche de nous alors on n'a pas à courir d'un bord pis de l'autre. L'organisation de tout le matériel qui est placé de façon à ce qu'on y aille accès facilement parce qu'on avait juste besoin de sortir pour le Fentanyl parce qu'il était sous clé parce que c'est un narco. » (SO2-8)

Un autre élément lié au matériel mentionné par les participants est l'accessibilité et l'état du système de contention Pinel visant la maîtrise d'un patient agressif, notamment lors d'un code blanc. Une mesure préventive mise en place au département consiste à avoir en permanence une civière avec la contention déjà en place, ce qui est perçu comme facilitant lorsqu'il est nécessaire de l'utiliser. Par contre, le non-respect de cette mesure préventive, la circulation de matériel défectueux ou la présence de personnel non habilité à son utilisation sont des facteurs qui mettent un frein à la mise en œuvre de la compétence collective et diminuer la performance de l'équipe comme l'illustrent les extraits suivants :

Extrait 1 : « La Pinel était déjà montée. Déjà là, parce que c'est déjà arrivé de recevoir un patient de "psy" hyper violent et que la Pinel n'est pas montée. "Pis, est où la Pinel? Ah, elle est à l'autre bout du corridor!" Et là, tu envoies le préposé la chercher, mais il ne sait pas c'est quoi une contention Pinel. Ça, c'est déjà arrivé avec un préposé qui n'était pas habitué. Mais, là dans le fond [en parlant de la situation actuelle], la salle d'isolement était libre, la contention était installée alors ça a été quand même assez facile au niveau de tout le matériel. [...] Aussi, quand tu dis au préposé "va me chercher les 'pines' pour la Pinel" et il ne te revient pas : "Je ne sais pas ils sont où", mais qu'il te revient avec le matériel, ça va mieux mettons. » (ENT INF)

Extrait 2 : « Il manquait une Pinel. Déjà là, ça a influencé beaucoup. Après ça, souvent nos Pinel ne sont pas neuves donc il faut des fois les défaire pour les refaire. Parce que celle que tu as mis, tu te rends comptes des fois en attachant que : "Oups... Ok on va en prendre une autre!" » (ENT PAB)

Un dernier aspect technique est la présence d'ordonnances collectives qui entrent dans la catégorie des outils cliniques et clinico-administratifs. En effet, ces documents permettent d'encadrer et d'élargir le rôle de l'infirmière dans l'établissement et plus spécifiquement à l'urgence en augmentant son autonomie, notamment par l'initiation de traitements, de mesures diagnostiques et par la réorientation des patients vers d'autres ressources. Bien qu'elle ait été mentionnée, aucune utilisation concrète n'en a été faite lors des périodes d'observation. Il n'en demeure pas moins que 19 ordonnances collectives sont applicables à l'urgence et qu'elles sont perçues positivement par les infirmières dans le cadre de la mise en œuvre de la compétence collective et plus spécifiquement en contexte d'instabilité clinique. Cette participante en fait d'ailleurs mention dans l'extrait suivant :

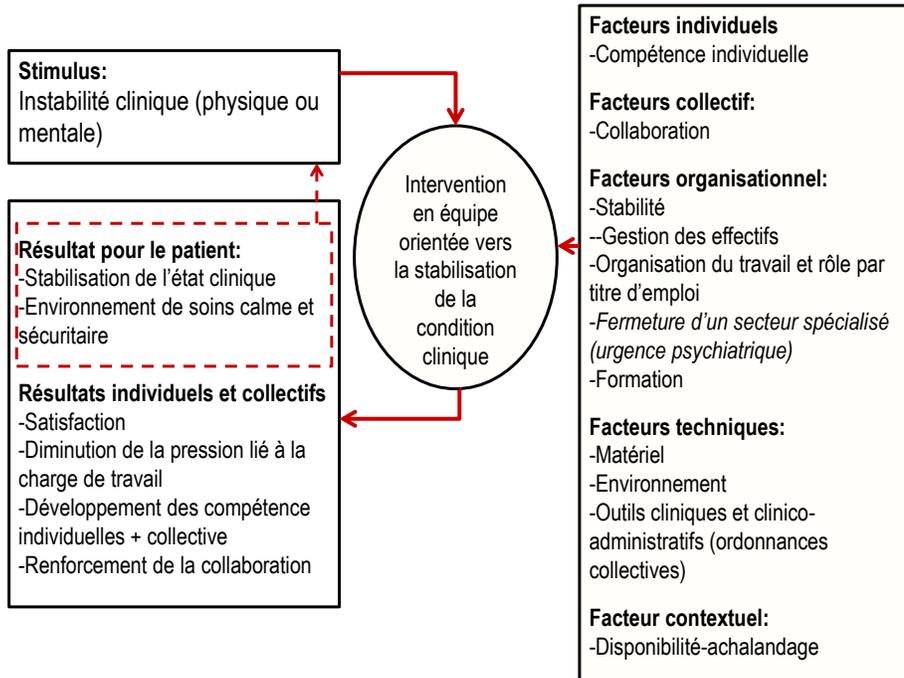
« Mettons l'ECG au niveau des ordonnances collectives qu'on aurait pu initier pis ça c'est permis par tout ce qui est, le CMDP ou quelque chose comme ça. On peut le faire, ça influence positivement, mais pas dans ce cas-là. » (SO2-8)

Finalement, l'aspect contextuel est encore une fois un facteur d'influence de la mise en œuvre de la compétence collective, car tous les membres de l'équipe disponibles viennent spontanément porter assistance à l'infirmière tel que le mentionne cette participante : « C'est sûr que pour une "réa", on se met tous les gens disponibles, tous ceux qui sont... tous ceux qui n'ont pas de travail à faire en ce moment. » (ENT INF-AUX)

4.2.1.4 Incident type 3 : En résumé

La figure suivante présente de façon synthétique l'ensemble des résultats présentés pour cet incident type en respectant la forme du cadre de référence :

Figure 8 : Incident type 3 - Déséquilibre lié à la condition clinique du patient (instabilité clinique)



4.2.4 Incident type 4 : Déséquilibre lié aux compétences individuelles

Le dernier incident type rencontré est un **déséquilibre lié aux compétences individuelles**, soit l'atteinte des limites de la compétence individuelle. Bien qu'il ne soit représenté que dans une seule situation observée, cet aspect a été largement mentionné par les participants en termes généraux, non-spécifiquement lié à un incident critique analysé. La mise en œuvre de la compétence collective est stimulée par un déséquilibre perçu par une infirmière en lien avec ses propres compétences dans l'accomplissement d'une action ou la prise d'une décision. Elle est influencée par la compétence individuelle attribuée aux collègues, mais également à leur disponibilité. Cette combinaison synergique des compétences vise à assurer des soins de qualité en permettant à l'infirmière de combler l'écart perçu pour lui permettre de s'acquitter de la tâche qu'elle doit réaliser. En parallèle à ces résultats pour les patients, cette mise en œuvre de la compétence collective est associée au développement des compétences individuelles de l'infirmière ayant sollicité l'aide d'une collègue. La vignette suivante décrit sommairement la situation observée:

Vignette 5 : Atteinte des limites de la compétence individuelle (SO3-4)

MISE EN CONTEXTE :

L'infirmière A, récemment de retour d'une absence prolongée, vient demander conseil à l'infirmière observée suite au refus d'un patient de subir une procédure diagnostique (prélèvements sanguins).

STIMULUS :

Selon la perception de l'infirmière observée, l'infirmière A était peu confiante en ses propres compétences et souhaitait valider la conduite qu'elle adopter tenir suite à ce refus.

MISE EN ŒUVRE DE LA COMPÉTENCE COLLECTIVE :

L'infirmière observée a partagé son opinion quant à la conduite à adopter auprès de ce patient afin d'obtenir sa collaboration. L'infirmière A a donc procédé conformément aux conseils qu'elle a reçus.

RÉSULTATS :

Pour le patient : Le patient a accepté de subir les prises de sang, ce qui a permis un accès plus rapide aux résultats et aux soins requis par sa condition.

Individuels et collectifs : L'infirmière observée mentionne que l'infirmière A était satisfaite de la réponse obtenue, cela a confirmé la décision qu'elle avait l'intention de prendre au départ, soutenant ainsi le développement de sa compétence individuelle.

FACTEURS IMPLIQUÉS :

Compétence individuelle : Selon l'infirmière observée, comme l'infirmière A revenait d'une absence prolongée, elle doutait de sa propre compétence. L'infirmière observée, quant à elle, se voit comme une référence pour ses collègues. Elle mentionne qu'elle est fréquemment interpellée par ses collègues pour partager sa compétence.

Contextuel : L'infirmière observée mentionne que sa collègue l'a interpellée, car elle était à proximité et disponible pour lui répondre.

4.2.1.1 Incident type 4 : Stimulus

Le stimulus initial de cet incident type réside dans la perception d'un déséquilibre entre la perception d'une infirmière de sa propre compétence et les exigences d'une tâche accomplir ou d'une décision à prendre. Cette limite de la compétence individuelle peut se situer tant au niveau des connaissances, du jugement

clinique que des habiletés spécifiques. L'infirmière fera donc appel à une collègue afin de bénéficier de ses connaissances, de valider un jugement clinique qu'elle doit porter ou pour obtenir de l'aide dans une action si elle croit ne pas posséder les habiletés nécessaires pour agir seule. La mise en œuvre de la compétence collective visera donc à combler cet écart afin d'atteindre les résultats souhaités. L'extrait suivant montre bien cette visée : « *L'infirmière voulait juste venir confirmer avec moi, qu'elle fait bien de faire ce qu'elle pensait faire au début, d'avoir une confirmation pour s'assurer qu'elle fait bien les choses. Oui, elle s'en allait faire ce qu'il fallait.* » (SO3-4)

4.2.1.2 Incident type 4 : Facteurs impliqués

Seulement deux facteurs seraient impliqués dans cet incident type particulier selon les participants. Un premier facteur se situe au niveau **individuel**, soit la compétence attribuée aux collègues qui vient influencer le choix de la personne qui sera interpellée par l'infirmière percevant avoir atteint la limite de sa compétence individuelle. Ainsi, elle fera appel à une collègue soit plus expérimentée ou possédant une compétence particulière qui lui sera utile (p. ex. expérience spécifique avec la clientèle psychiatrique). L'extrait suivant montre bien le choix exercé selon la compétence perçue par l'individu, mais aussi par l'ensemble de l'équipe : « *Je suis comme une personne de référence faque ils [mes collègues] viennent souvent me poser des questions.* » (SO3-4). Finalement, au-delà de la compétence individuelle, les éléments **contextuels** viennent influencer le choix de la personne interpellée par la disponibilité des autres membres de l'équipe, comme en témoigne ce participant : « *Pis quand tout le monde est occupé, la première que tu pognes qui est pas occupée ou qui peut répondre, elle te répond.* » (SO3-4)

4.2.1.3 Incident type 4 : Résultat

Le résultat principal attendu est de combler l'écart initial perçu au niveau des compétences afin d'accomplir l'action souhaitée. Cela vise de façon générale à permettre au patient d'avoir des soins de meilleure qualité. À titre d'exemple, dans l'incident observé, le résultat souhaité était d'assurer la collaboration du patient : « *On est contents aussi des fois quand les patients collaborent avec nos soins pour accélérer le processus et les soins. On est bien contents que le monde collabore bien pis que tout se fait.* » (SO3-4)

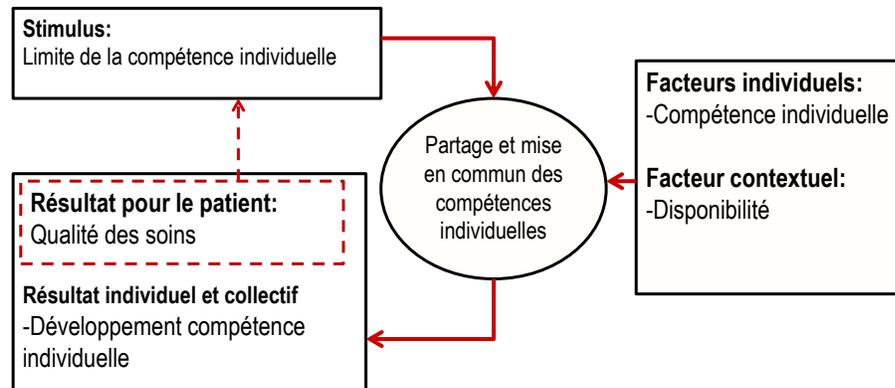
En parallèle avec le résultat obtenu auprès du patient, la situation a permis le développement de la compétence individuelle de la personne ayant atteint la limite de sa compétence qui aura appris de sa collègue comme le mentionne ce participant :

« *C'est d'être capable de tirer profit des compétences, des connaissances de mes collègues pour mon propre avantage. C'est qu'ils sont capables de m'en montrer. Les gens avec qui je travaille sont bons et compétents donc ils m'en ont montré beaucoup. Ça ne fait pas longtemps que je travaille avec eux à l'urgence, pour mes connaissances à moi.* » (SO1-gen)

4.2.1.4 Incident type 4 : En résumé

La figure suivante présente de façon synthétique l'ensemble des résultats présentés pour cet incident type en respectant la forme du cadre de référence :

Figure 9 : Incident type 4 - Déséquilibre lié aux compétences individuelles



4.2.5 La compétence collective mise en œuvre par les infirmières en salle d'observation à l'urgence : un portrait global

Cette dernière section vise à présenter un résumé des éléments dans les différents incidents types en lien avec les éléments du cadre de référence afin de dresser le portrait global de la mise en œuvre de la compétence collective dans le contexte précis de cette étude de cas.

4.2.5.1 Stimuli

Le stimulus initial de la mise en œuvre de la compétence collective ressortant de l'ensemble des incidents analysés consiste en la rencontre d'un déséquilibre compromettant l'atteinte de résultats de soins pour les patients. Quatre types de déséquilibre distincts ont été rencontrés :

1. Déséquilibre informationnel lié à la continuité des soins
2. Déséquilibre au niveau de la répartition des tâches
3. Déséquilibre lié à la condition clinique du patient (instabilité clinique)

4. Déséquilibre lié aux compétences individuelles

Il en résulte une mobilisation des compétences individuelles dans le cadre d'une action collective qui vise à rétablir ce déséquilibre. Cette mobilisation vise l'atteinte de résultats pour le patient qui seront présentés dans la section suivante.

4.2.5.3 Résultats

Le résultat attendu de la mise en œuvre de la compétence collective par les infirmières au sein des équipes soignantes est sans équivoque la résolution de la situation initiale ayant stimulé celle-ci et a pour objectif de donner des soins de qualité à la clientèle. Les résultats attendus pour le patient peuvent être :

1. Sécurité;
2. Amélioration rapide de leur condition de santé par le biais d'une investigation rapide et l'initiation prompt des traitements;
3. Stabilisation de leur condition clinique;
4. Maintien d'un environnement de soins calme et sécuritaire.

En plus des résultats bénéficiant aux patients, la mise en œuvre de la compétence collective entraîne également des résultats individuels et collectifs. Les résultats pouvant être rencontrés sont les suivants :

1. Gain de temps individuel et collectif;
2. Soulagement de la pression liée à la charge de travail;
3. Optimisation du rôle de chacun;
4. Renforcement de la collaboration au sein de l'équipe;
5. Développement des compétences individuelles et collectives;
6. Sentiment de satisfaction à l'égard des résultats obtenus.

4.2.5.3 Facteurs impliqués

Les participants ont mentionné plusieurs facteurs exerçant une influence à divers niveaux sur la mise en œuvre de la compétence collective par les infirmières dans le contexte étudié.

Au niveau **individuel**, les facteurs pouvant influencer la mise en œuvre de la compétence collective sont les suivants :

1. La compétence individuelle;
2. Les attitudes favorisant ou contraignant la collaboration (p. ex. la bonne humeur facilite, alors qu'une attitude dégradante contraint);
3. L'ouverture au travail d'équipe.

Au niveau **collectif**, les participants mentionnent deux facteurs influençant la mise en œuvre de la compétence collective, soit :

1. La culture de collaboration partagée par l'ensemble des membres de l'équipe;
2. Les relations interpersonnelles.

Plusieurs facteurs **organisationnels** ont été mentionnés par les participants, soit :

1. Les politiques et procédures organisationnelles, notamment celles encadrant certaines pratiques;
2. L'organisation du travail précise et le rôle attendu de chacun des membres de l'équipe;
3. La gestion des effectifs;
4. La stabilité de l'équipe;
5. La formation offerte par l'organisation.

Les facteurs **techniques** peuvent également influencer la mise en œuvre de la compétence collective. Les participants ont mentionné les facteurs suivants :

1. L'environnement physique (p. ex. le poste central des infirmières et la pharmacie sont considérés comme des environnements restreints et non fonctionnels, alors que la zone de réanimation est perçue comme ergonomique et bien conçue, ce qui est facilitant et permet à un grand nombre de personnes d'être présent simultanément sans problème);
2. La disponibilité du matériel et la facilité à l'obtenir rapidement;

3. La présence de différents outils cliniques et clinico-administratifs (p. ex. rapport écrit, cahier de référence des médicaments, ordonnances collectives);

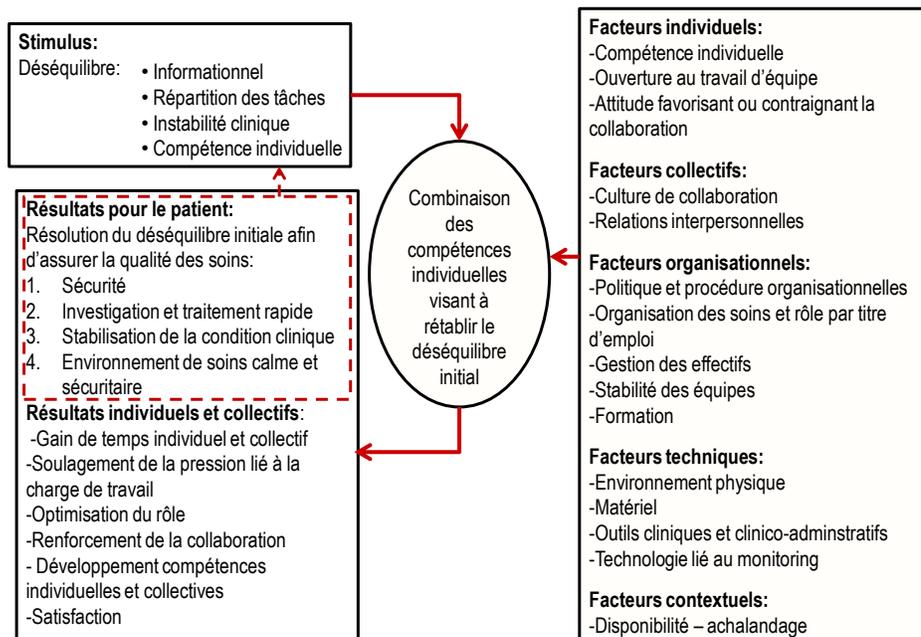
4. La technologie liée au monitoring.

Finalement, malgré tous les autres facteurs mentionnés précédemment, les participants attribuent une part importante au facteur **contextuel** qui est lié à la disponibilité des autres membres de l'équipe. La lourdeur des cas ainsi que l'imprévisibilité de leur évolution contribuent à cet aspect contextuel qui influence la mise en œuvre de la compétence collective puisqu'ils occupent les autres membres de l'équipe et les rendent indisponibles à collaborer avec les autres.

4.2.5.4 Portrait global : en résumé

La figure ci-dessous présente de façon synthétique l'ensemble des résultats soulevés dans cette étude en respectant la forme du cadre de référence :

Figure 10 : La compétence collective mise en œuvre par les infirmières dans les équipes soignantes en contexte d'observation à l'urgence



En guise de conclusion à ce chapitre, cet extrait résume bien l'essence de la mise en œuvre de la compétence collective par les infirmières en contexte d'observation à l'urgence telle que perçue par les membres de cette équipe soignante :

« Je pense que c'est important à l'urgence principalement la compétence collective parce que c'est souvent des situations qui sont instables ou plus urgentes. [...] Je pense que c'est important la compétence collective pour la participation de tout le monde, pour l'efficacité et pour les connaissances, l'accès à des informations, etc., qui peuvent nous aider.» (SO2-gen)

5. Discussion

Ce dernier chapitre vise à discuter des résultats présentés. Dans un premier temps, une présentation des principaux résultats permettra de démontrer en quoi ils répondent aux objectifs poursuivis par la présente recherche. Les résultats seront ensuite discutés à la lumière des connaissances actuelles portant sur la compétence collective. Finalement, les limites de la recherche seront présentées ainsi que sa contribution au domaine infirmier.

5.1 Discussion par rapport aux objectifs de recherche

Cette étude porte un regard novateur sur la compétence collective en la présentant dans un contexte encore jamais étudié soit sa mise en œuvre par les infirmières dans les équipes soignantes des salles d'observation d'une urgence d'un centre hospitalier québécois. Elle permet d'approfondir ses aspects distincts soit ce qui stimule sa mise en œuvre, les facteurs qui l'influencent ainsi que ses résultats. La réunion de ces trois aspects à l'aide du cadre de référence permet ainsi d'atteindre cet objectif à travers le cas précis qui est étudié et la perception des participants à l'étude.

5.1.1 Stimuli

Les résultats démontrent que la mise en œuvre de la compétence collective peut s'illustrer dans le cas à l'étude à travers quatre incidents types classifiés selon leur stimulus initial. Ces différents incidents types nous apprennent que la complexité à l'origine de la mise en œuvre de la compétence collective est rencontrée lors d'un déséquilibre venant entraver l'atteinte d'un but commun directement lié à l'exercice des soins infirmiers et perçu par les membres de l'équipe soignante. Ce déséquilibre peut être vécu au niveau informationnel, de la répartition des tâches, de la condition clinique du patient (instabilité clinique) ou de la compétence individuelle. Lors de ce déséquilibre vécu au sein de l'équipe, la combinaison des compétences individuelles des membres vise à rétablir l'équilibre à travers différentes actions telles que le partage et la mise en commun des informations, la réalisation de plusieurs tâches simultanément, les interventions coordonnées visant la stabilisation de l'état clinique d'un patient ou le partage d'expertise entre pairs. Elle s'oriente vers la réalisation d'un but commun qui est décrit par les participants comme étant l'atteinte de résultats supérieurs en matière de qualité des soins selon différents aspects tels que la rapidité d'investigation et de traitement, la stabilisation de l'état clinique du patient ainsi que le maintien de la sécurité des patients et de la continuité des soins. Cette amélioration du devenir du patient poursuivi par l'équipe soignante s'accorde bien avec l'harmonie corps-âme-esprit poursuivi comme but commun des soins infirmiers tel que le préconise Watson (1988). En plus de ces résultats centrés sur le patient, la mise en œuvre de la compétence collective entraîne également

des résultats bénéfiques au niveau individuel et collectif (Ben Abdallah & Ben Ammar Mamlouk, 2007; Tremblay, 2004; Wittorski, 1997, 2000).

Tous ces stimuli sont les précurseurs de la mise en œuvre de la compétence collective dans le contexte étudié. Le stimulus le plus significatif semble être l'instabilité clinique, puisqu'il est l'unique type d'incident rapporté spontanément par les participants. Il est donc l'incident critique le plus explicitement représentatif de la mise en œuvre de la compétence collective.

5.1.2 Résultats

Le résultat principal attendu de la mise en œuvre de la compétence collective est la résolution du déséquilibre initiale. La combinaison des compétences individuelles des membres de l'équipe vise le retour à l'équilibre et profite directement au patient en assurant des soins de qualité. Ce qui est cohérent car la compétence individuelle de l'infirmière est une composante qui soutient la qualité de l'exercice infirmier qui elle soutient l'atteint de résultats en matière de qualité des soins (OIIQ, 2001). Cette qualité des soins est décrite par les participants selon différents aspects : la sécurité du patient, la rapidité d'investigation et de traitements, la stabilisation de la condition clinique et le maintien d'un environnement de soins adéquat. Ces résultats attendus pour la clientèle découlant des interventions collectives au sein de l'équipe soignante peuvent se transposer au but commun poursuivi par celle-ci, soit d'aider le patient à atteindre un degré supérieur de santé (corps-âme-esprit) à travers les processus de soins (Watson, 1985).

D'autres résultats ressortent souvent de cette mise en œuvre de la compétence collective, bien qu'ils ne soient pas attendus au départ, c'est-à-dire qu'ils ne correspondent pas au but poursuivi par les membres impliqués. Ces résultats, pouvant être qualifiés de secondaires, profitent à l'individu et à l'équipe soignante. Ils sont décrits en termes de gain de temps individuels et collectifs, de soulagement de la pression liée à la charge de travail, d'optimisation du rôle de chacun des membres, de renforcement de la collaboration au sein de l'équipe, de développement des compétences individuelles et collectives et de satisfaction à l'égard des résultats obtenus. Ces résultats correspondent bien à ceux identifiés dans les écrits (Ben Abdallah & Ben Ammar Mamlouk, 2007; Chedotel, 2004; Tremblay, 2004; Wittorski, 1997, 2000)

La gestion collective de la charge de travail et du temps lié à l'exécution des tâches au sein de l'équipe soignante est en lien avec la philosophie de rapidité d'investigation et de traitement partagée par les membres de ce département d'urgence. Cet aspect est caractéristique du milieu d'urgence, non seulement en raison de la clientèle qui présente des problématiques de santé nécessitant une intervention rapide, mais également en raison de la gestion axée sur des indicateurs de performance liés à durée moyenne de séjour à l'urgence et à différents délais (p. ex. délai pour l'obtention d'une consultation, délai pour l'obtention d'un résultat de laboratoire, etc.). Cet aspect témoigne encore une fois de la sensibilité collective au bien-être de

l'ensemble des patients qui est partagée par l'équipe soignante et qui peut facilement être mise en parallèle avec la notion d'anticipation collective des besoins mentionnés par Rabasse (2000). Cette notion de rapidité est non seulement partagée par cette équipe soignante, mais semble également bien ancrée dans la mentalité provinciale de gestion des urgences qui vise une diminution de la durée de séjour dans les urgences par un congé précoce ou une orientation rapide vers les services appropriés (AQESS, 2006). De plus, à travers une attention collectivement portée sur le temps et la charge de travail, chaque membre de l'équipe cherche à rétablir l'équilibre afin de permettre à chacun de pouvoir prendre ses pauses et repas selon l'horaire prévu.

Le fait d'aider ses collègues viendrait renforcer cette gestion collective de la charge de travail et l'interdépendance au sein de l'équipe (Rabasse, 2000). À travers la mise en œuvre de la compétence collective, l'équipe vient également renforcer continuellement la culture de collaboration qui y prévaut. Cette réciprocité ancrée dans la culture de collaboration s'auto-entretient quotidiennement au sein de l'équipe et renforce l'entraide entre les membres dans les situations à venir ce qui correspond aux constats de Chedotel (2004) et Wittorski (1997). En effet, ces situations de mise en œuvre de la compétence collective, spécifiquement lors d'un déséquilibre au niveau de la répartition des tâches ou lors d'instabilité clinique, viennent renforcer la culture de collaboration par la réciprocité qui se crée entre les membres qui travaillent ensemble au quotidien et se soutiennent lors de situations particulièrement stressantes telles que la gestion du patient instable cliniquement ou l'admission d'un patient en provenance du triage. Lors de ces mêmes situations, la mise en œuvre de la compétence collective entraîne une optimisation du rôle de chacun des professionnels qui peut alors mettre à contribution toute l'étendue de ses compétences spécifiques. Cette optimisation du rôle est valorisée et souhaitée tant par les membres de l'équipe que par l'organisation qui a fait des efforts particuliers afin de décrire et départager la contribution particulière de chacun des titres d'emploi. Cet aspect est d'ailleurs souligné dans le rapport sur la vision contemporaine de l'exercice infirmier (OIIQ, 2008) qui mentionne que dans le contexte actuel, il importe de « miser sur une collaboration optimale entre les membres du personnels et utiliser le potentiel de chacun afin d'assurer l'accessibilité et la continuité des soins. » (p.59). Par contre, en réalité l'infirmière doit souvent pallier en assurant par moment le rôle des autres membres de l'équipe soignante alors qu'aucun d'entre eux ne peut assurer le sien.

Finalement, un dernier résultat particulièrement intéressant est le développement des compétences individuelles et collectives à travers le partage d'expertise entre collègues. Ce développement s'effectue également en cours d'action lors de la gestion d'un épisode d'instabilité clinique par les expériences positives vécues et les résultats bénéfiques pour les patients. Ce constat se transpose également à ceux rencontrés dans les écrits notamment par la formation dans et par les situations de travail mentionné par Rabasse (2000) et d'autres auteurs le rapportant (Ben Abdallah & Ben Ammar Mamlouk, 2007; Tremblay, 2004; Wittorski,

1997, 2000). La mise en œuvre de la compétence collective entraîne alors de la satisfaction partagée par les membres de l'équipe impliqués.

5.1.3 Facteurs impliqués

Les facteurs influençant la mise en œuvre de la compétence collective sont nombreux et se regroupent en facteurs individuels, collectifs, organisationnels et techniques, mais également contextuels. Cette dernière catégorie qui n'était pas initialement prévue a émergé en cours d'analyse et fait référence à l'imprévisibilité liée à l'achalandage et à la lourdeur des cas présents dans ce secteur de l'urgence. Ceci affecte la disponibilité des autres membres de l'équipe soignante à participer à la mise en œuvre de la compétence collective. Si les différents facteurs ont été traités individuellement dans la section de présentation des résultats, la présente section vise non seulement à les présenter, mais également à discuter des relations entre ces différents facteurs et de leur effet sur la mise en œuvre de la compétence collective.

Au point de vue individuel, les compétences individuelles ressortent comme étant un élément marquant venant influencer la mise en œuvre de la compétence collective, ce qui n'est pas surprenant puisqu'elles sont au cœur de sa mise en œuvre (Ahmerdt et al, 2000; Dejoux, 2001; Dubéchet, 1999; Kouabenan & Dubois, 2000; Le Boterf, 2007; Leplat, 2000; Michaux, 2003, 2005; Sandberg & Targama, 2007; Zarifian, 1999). Toutefois, aucun participant ne les mentionne pour l'incident type portant sur la répartition des tâches liées aux soins infirmiers, alors pourquoi ont-ils été considérés comme un exemple de mise en œuvre de la compétence collective? Bien qu'elle ne soit pas mentionnée explicitement par les participants, il est implicite qu'il faut posséder certaines compétences afin de réaliser les tâches à accomplir. Par contre, cet aspect est révélateur et nous suggère que les membres sont facilement substituables lors de telles situations compte tenu du fait qu'aucune compétence particulière, outre celle d'être en mesure d'accomplir la tâche en question, ne semble attendue de leur part (Michaux, 2003, 2005; Zarifian, 1999). L'ouverture au travail d'équipe, c'est-à-dire une propension individuelle à vouloir aider les autres et à accepter leur aide (Tremblay, 2004), soutient également la mise en œuvre de la compétence collective et semble étroitement liée au facteur collectif de culture de collaboration. Cette culture de collaboration partagée par l'ensemble des membres est décrite par Chedotel (2004) comme étant une tendance naturelle et réciproque à entreprendre des actions collectives au sein d'une équipe et est fortement lié à l'identification d'un individu au groupe en question. Cette ouverture au travail d'équipe est essentielle à l'émergence de cette culture de collaboration. D'autres éléments individuels liés à l'attitude générale de la personne influencent la mise en œuvre de la compétence collective, ceux-ci venant faciliter ou contraindre la collaboration entre les membres. Dans les écrits existant, ces éléments viennent interférer dans les relations interpersonnelles (Boreham, 2004; Chedotel, 2004; Tremblay, 2004). Parmi ces éléments, notons l'humeur et les comportements envers les autres membres de l'équipe. Les participants mentionnent être plus portés à collaborer avec une personne de bonne humeur et agréable,

contrairement à celle qui aurait une attitude fermée ou irrespectueuse. Il est intéressant de noter que l'aspect de l'attitude est uniquement abordé lors de situations non urgentes et aucunement mentionné en contexte d'instabilité clinique. Il en ressort que la compétence individuelle prime lors de situations urgentes et que l'importance accordée à l'attitude devient secondaire, voire inexistante.

Au niveau collectif, la culture de collaboration semble un facteur important de mise en œuvre de la compétence collective lors d'une instabilité clinique ou d'un déséquilibre au niveau de la répartition des tâches (Ben Abdallah & Ben Ammar Mamlouk, 2007; Chedotel, 2004; Tremblay, 2004). Cette entraide mutuelle et tacite entre les membres de l'équipe semble se manifester par un soutien entre collègues axé principalement sur la réalisation d'interventions et de tâches. Cette entraide mutuelle entre pairs s'opère de façon automatique et témoigne d'une gestion collective de la charge de travail et de la sensibilité à l'autre au sein de l'équipe. Cet aspect culturel n'est pas mentionné en contexte de déséquilibre informationnel, ce qui peut facilement s'expliquer d'une part par le caractère obligatoire et routinier des rapports (entre deux quarts de travail, interservice ou lors des pauses), mais également par le fait que cette interaction se fait uniquement entre deux membres de l'équipe soignante. De plus, elle ne ressort pas dans le cadre du déséquilibre lié aux compétences individuelles, ce qui est probablement explicable par le faible nombre d'incidents analysés ($n = 1$), car cet aspect de collaboration pourrait facilement s'appliquer au partage d'expertise. Les relations interpersonnelles sont mentionnées comme étant un facteur collectif influençant la mise en œuvre de la compétence collective. Ce facteur, au même titre que l'attitude, ne s'appliquerait qu'au niveau de la répartition des tâches, soit en situation peu urgente, mais il disparaît du tableau en contexte d'instabilité. Cela nous démontre que lors de la rencontre de situation urgence et instable, les relations interpersonnelles et les attitudes deviennent futiles et les membres se centrent sur l'objectif poursuivi de stabilisation de l'état de santé du patient. Par contre, en contexte non-urgent, ces aspects (attitudes et relations interpersonnelles) viennent influencer les membres de l'équipe.

Plusieurs facteurs organisationnels ont été mentionnés par les participants. Bien qu'ils aient été traités distinctement précédemment, il est indéniable que certains d'entre eux sont étroitement reliés et s'englobe dans le « management approprié » associé à des processus de gestion et d'organisation de travail venant favoriser la combinaison synergique des compétences individuelles (Rabasse, 2000). En effet, la gestion quotidienne des effectifs est en relation avec la stabilité de l'équipe. La stabilité de l'équipe se crée lorsqu'un noyau critique stable de personnel persiste dans le temps alors que la gestion des effectifs détermine de façon quotidienne et ponctuelle qui seront les membres présent. Ce noyau stable permet d'assurer la présence suffisante de membres de l'équipe possédant la compétence individuelle permettant l'atteinte de résultats adéquats pour les patients. Une trop grande proportion de personnel inexpérimenté est perçue par les participants comme étant un frein à la mise en œuvre de la compétence collective et est

associée à des résultats moindres en matière de qualité des soins, plus particulièrement lors de la gestion d'instabilité clinique. De plus, la présence de personnel de remplacement en provenance des agences est perçue comme étant un frein à la mise en œuvre de la compétence collective puisqu'on remplace un membre habituel par une personne généralement étrangère à l'équipe. Cette solution de remplacement utilisée dans la gestion quotidienne des effectifs place ainsi un joueur ne connaissant généralement pas l'organisation du travail au sein de cette unité et dont la compétence individuelle est préalablement inconnue de l'équipe. Dans le contexte où il y a un noyau critique de personnel stable, l'équipe s'adapterait plus facilement à la présence de personnel peu habitué. Au contraire, l'impact serait d'autant plus grand lorsqu'on intègre un membre peu habitué au sein d'une équipe instable qui ne saurait supporter ce nouveau membre dans l'équipe. À cet effet, plusieurs études ont démontrées l'impact majeur sur la qualité des soins du ratio infirmière patient, de la stabilité des équipes (rétention) et de sa composition (staff-mix) (Bostick, Rantz, Flesner & Riggs, 2006). Malheureusement, aucune information quant au nombre de personne ni leur caractéristique permettent de préciser davantage ce noyau critique au sens des répondants.

L'organisation du travail et les rôles attribués par l'organisation aux titres d'emploi sont également un facteur influençant la mise en œuvre de la compétence collective en venant encadrer les pratiques tel que mentionné dans les écrits (Ben Abdallah & Ben Ammar Mamlouk, 2007; Grosjean, 2000). Les tâches sont donc distribuées généralement selon ce cadre, mais également en fonction de la disponibilité d'un titre d'emploi. Ainsi l'infirmière, étant le seul membre de l'équipe imputable des soins aux patients qu'elle se voit attribuer, doit donc assumer toutes les tâches lorsque les autres membres de l'équipe ne sont pas disponibles. À titre d'exemple, l'attribution de tâches amenant fréquemment les préposés aux bénéficiaires hors du département influence directement leur disponibilité à exercer leurs fonctions auprès des patients et oblige l'infirmière auxiliaire ou l'infirmière à les assumer. La gestion des effectifs vient donc interférer avec ce facteur qui encadre la pratique de chacun des membres de l'équipe ce qui vient contraindre l'émergence de la compétence collective au sein de celle-ci (Rabasse, 2000). Un autre exemple est le non-remplacement fréquent des infirmières auxiliaires qui a souvent le même effet de transférer des tâches généralement exécutées par l'infirmière auxiliaire aux infirmières. Lorsque les conditions idéales sont présentes en matière de disponibilité des effectifs, l'un des résultats est l'optimisation du rôle de chacun des membres, notamment l'infirmière qui peut alors exécuter ses activités réservées efficacement.

Les exigences organisationnelles qui se transposent dans certaines politiques et procédures organisationnelles encadrent certaines pratiques, principalement en matière de gestion des risques. Elles contribuent même au stimulus initial par certaines obligations liées aux rapports entre deux quarts de travail en imposant la rédaction d'un rapport écrit. Cet encadrement des pratiques est également retrouvée dans les écrits tel que mentionné précédemment (Ben Abdallah & Ben Ammar Mamlouk, 2007; Grosjean, 2000).

Finalement, la formation offerte au personnel soignant par l'organisation influence la mise en œuvre de la compétence collective en renforçant la compétence individuelle des membres de l'équipe soignante.

Les facteurs techniques influencent principalement la mise en œuvre de la compétence collective par un gain ou une perte de temps qu'ils occasionnent à l'équipe. L'environnement physique dans lequel l'équipe gravite peut donc faciliter les interactions entre les membres de l'équipe ou les entraver en concordance avec les travaux de Tremblay (2004). À cet effet, il est mentionné par les participants que le poste central des infirmières et la pharmacie sont des environnements restreints et non fonctionnels qui freinent la mise en œuvre de la compétence collective, tout comme la zone de civière lorsqu'il y a un achalandage élevé (facteur contextuel). Par contre, la zone de réanimation est perçue comme ergonomiquement bien conçue, ce qui est facilitant et permet à un grand nombre de personnes d'être présentes simultanément sans problème. La disponibilité du matériel et sa facilité d'accès, notamment dans la zone de réanimation, sont également mentionnées comme étant un facteur facilitant. Par contre, lorsque le matériel est en mauvais état ou qu'il n'est pas rapidement accessible, comme dans l'exemple du système de contention Pinel mentionné dans l'incident type d'instabilité clinique, les participants l'associent à une perte de temps qui vient freiner la mise en œuvre de la compétence collective, voir même qui conduit à des résultats moindres au niveau du patient. La présence de différents outils cliniques et clinico-administratifs soutiennent la mise en œuvre de la compétence collective, entre autres en assurant le partage d'informations nécessaires à la continuité des soins (p. ex. PSTI, dossier, rapport écrit) ou en donnant rapidement des informations visant à exécuter une tâche telle que la préparation d'une médication (p. ex. cahier de référence des médicaments). Les participants ont mentionné d'autres outils clinico-administratifs, notamment les ordonnances collectives qui élargissent le rôle de l'infirmière en lui attribuant plus d'autonomie, entre autres pour l'initiation de mesures diagnostiques et de traitements ainsi que la réorientation de clientèle. Finalement, un dernier facteur technique est la présence de technologie liée au monitoring qui facilite la mise en œuvre de la compétence collective en étant associée à l'acquisition rapide de paramètres cliniques à propos des patients, ce qui accélère les processus de soins et donc est lié aux résultats attendus de rapidité d'investigation et d'initiation des traitements. Bien que non-mentionné par les participants de la présente étude, l'utilisation des technologies de l'information introduit par Tremblay (2004) sera toutefois un aspect à considérer en contexte infirmier avec la venue de la vague d'informatisation au Canada comme, par exemple, le déploiement du dossier patient électronique et des initiatives en télésanté (AIIIC, 2006)

Finalement, malgré tous les autres facteurs mentionnés précédemment, les participants attribuent une part importante au facteur contextuel qui est lié à la disponibilité des autres membres de l'équipe. Cette disponibilité peut être attribuable d'une part à la gestion des effectifs, mais également à un aspect particulier au contexte d'observation à l'urgence : l'imprévisibilité de l'achalandage, c'est-à-dire du nombre de patients

qui seront admis dans ce secteur. La lourdeur des cas ainsi que l'imprévisibilité de leur évolution font également partie de cet aspect contextuel qui influence la mise en œuvre de la compétence collective en occupant les autres membres de l'équipe et en les rendant indisponibles à la collaboration.

5.2 Discussion par rapport aux connaissances actuelles portant sur la compétence collective et au cadre de référence

La présente section visera à discuter des principaux résultats de cette recherche à la lumière des connaissances actuelles présentées notamment dans la recension des écrits. Les résultats de cette étude sont cohérents avec ceux des autres études, ce qui démontre bien que leurs conclusions sont transposables au contexte infirmier, plus précisément dans les salles d'observation à l'urgence, tout en apportant des éléments nouveaux et uniques à ce contexte.

5.2.1 Les stimuli

La notion de déséquilibre comme stimulus initial de la mise en œuvre de la compétence collective dans le cas décrit se rapporte bien la situation nécessitant une résolution de problème tel que présenté par Michaux (2003, 2005), soit la résolution du déséquilibre perçu par un ou des membres de l'équipe. Ce déséquilibre peut être mis en parallèle avec la rencontre d'une situation de perte de rentabilité venant stimuler une transformation dans un contexte industriel tel que décrit par Wittorski (1997), mais où le résultat attendu réside dans la qualité des soins plutôt que dans des enjeux financiers. La compétence collective est également mise en œuvre lors d'une situation complexe (Amherdt et al., 2000b) qui s'illustre, en contexte infirmier, par un déséquilibre en matière de compétences individuelles, de condition clinique du patient (instabilité clinique), de répartition des tâches à exécuter ou au niveau informationnel. Ces stimuli sont mentionnés comme étant contextuels (mécanisme de relève), c'est-à-dire en réponse à la situation de santé (Grosjean, 2000; Grosjean & Lacoste, 1999). Le déséquilibre au niveau informationnel et également encadré par l'organisation, comme l'incident type de continuité l'a montré, ce qui est lié à l'articulation opérationnelle mentionnée par Grosjean (2000), mais dans ce cas-ci, elle est orientée vers la planification des soins et associée à la continuité des soins, notamment lors de communications formelles (relève, communication écrite, etc.) et moins formelles (pauses, communication en cours d'activité, etc.). De plus, l'atteinte des limites de la compétence individuelle était également connue comme étant un stimulus à la mise en œuvre de la compétence collective (Le Boterf, 2007; Leplat, 2000). Les travaux de théorisation de Michaux (2003) concluent que plus une situation est complexe et imprévisible, plus il sera nécessaire de mettre en œuvre la compétence collective afin de la résoudre, ce qui semblerait bien expliquer pourquoi l'instabilité clinique apparaît spontanément à l'esprit des participants comme étant l'illustration de la mise en œuvre de la compétence collective. En effet, plus une situation est prévisible et peu complexe, plus il y aura une standardisation des procédures et celles-ci seront connues par l'ensemble des membres de l'équipe (Michaux,

2003). Au contraire, plus une situation est imprévisible et complexe, plus le processus informel de consultation entre pairs, d'échange et de négociation s'opère afin de résoudre la situation et moins il sera possible d'automatiser ce type de résolution de problème (Michaux, 2003).

5.2.2 Les résultats

Cette mise en commun des compétences est orientée vers un but précis et partagé (Amherdt et al., 2000b; Boreham, 2004). Ce but est décrit à travers les résultats attendus qui concernent, tel que présenté précédemment, la sécurité du patient, la rapidité d'investigation et de traitements, la stabilisation de la condition clinique et le maintien d'un environnement de soins adéquat. Ceux-ci viennent soutenir le choix initial de retenir le cadre de Watson (1985, 1988) comme cadre théorique. En effet, la poursuite d'un but commun où l'équipe soignante s'engage à travers les soins dans une relation authentique et mutuelle avec le patient afin de l'accompagner dans l'atteinte d'un degré supérieur d'harmonie et de santé, guidée par les différents facteurs caratifs (Watson, 1985, 1988) tels que présentés au chapitre 2. On pourrait croire, à prime abord, que les soins ne sont pas orientés vers la personne dans sa globalité à travers la relation transpersonnelle, mais plutôt dans une logique médicale d'investigation selon un ou des symptômes initiaux, de stabilisation et de traitement de la condition, suivi de la réorientation de la clientèle telle que compris dans la mission de l'urgence (AQESSS, 2006). Par contre, à travers l'assistance dans la satisfaction des besoins humains apportée par l'équipe soignante et le souci de maintenir un environnement de soins sécuritaire (Watson, 1985, 1988), un parallèle évident peut être fait entre les résultats obtenus et les facteurs caratifs, ce qui sera discuté davantage dans la discussion portant sur le cadre de référence.

De plus, ces résultats sont cohérent avec la description générale au sens de la loi de l'exercice infirmier qui vise à :

« Évaluer l'état de santé d'une personne, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs. » (LII, art. 36)

Ces éléments concordent également avec le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* (Section III, art. 42, 44) puisque l'infirmière doit prendre les mesures visant à assurer la sécurité du patient, à intervenir promptement en réponse à sa condition de santé et à assurer la continuité des soins. Ce but commun implicitement lié aux résultats escomptés semble clairement partagé par l'ensemble des membres de l'équipe, au contraire de l'équipe du domaine hospitalier présenté par Amherdt et al (2000b), ce qui se répercute notamment dans des interventions cohérentes permettant l'atteinte de ces résultats. Comme ces résultats tendent à être supérieurs lors de la mise en œuvre de la compétence collective, il en découle notamment un

gain d'efficience lié à une performance accrue, comme on l'a vu dans la présente étude et comme divers auteurs le mentionnent en contexte autre qu'infirmier (Chedotel, 2004; Tremblay, 2004).

Tel que décrit dans le cas présent, la mise en œuvre de la compétence collective permet le développement des compétences individuelles et collectives à travers la formation dans et par les situations de travail (Amherdt, 2000b, Rabasse, 2000, tiré de Amherdt et al., 2000a,) et par l'intégration de routines de travail (Ben Abdallah & Ben Ammar Mamlouk, 2007; Boreham, 2004; Michaux, 2003, 2005; Wittorski, 2000). Ce développement des compétences est d'autant plus marquant en situation d'instabilité car, tel que le mentionne Michaux (2003, 2005), le développement des compétences collectives s'exerce notamment lors d'expositions répétitives à des situations complexes comme le suggèrent les résultats de cette étude. Les participants mentionnent avoir appris à agir en équipe à travers les expériences vécues lors de situations types telles la gestion d'un code blanc ou l'intubation d'un patient inconscient.

La mise en œuvre de la compétence collective permet également le renforcement de la collaboration, ce qui est cohérent avec les écrits de Wittorski (2000).

5.2.3 Les facteurs impliqués

La classification des facteurs influençant la mise en œuvre de la compétence collective proposée par Michaux (2003, 2005) en facteurs individuels, collectifs, organisationnels et techniques demeure cohérente. Par contre, l'ajout d'une composante contextuelle liée à l'achalandage de l'urgence ainsi qu'à la lourdeur des cas qui affectent directement la disponibilité du personnel à participer à la mise en œuvre de la compétence collective a été nécessaire et est spécifique au contexte étudié. Cette nouvelle composante soutient la notion d'imprévisibilité et d'incertitude quant à l'évolution de la charge de travail globale durant le quart de travail et semble contribuer à la gestion collective de celle-ci. Ce point sera abordé dans les facteurs collectifs. Cet aspect a notamment motivé la modification du cadre de référence initial afin d'y inclure ce facteur **contextuel**. Ce facteur contextuel a également été rapporté par Milhomme (2010), qui identifie la charge de travail élevée et l'inaccessibilité aux ressources humaines comme un facteur contextuel contraignant le développement des compétences.

Au niveau **individuel**, les facteurs identifiés dans le cadre de la présente étude sont cohérents avec les écrits, notamment en ce qui a trait à la compétence individuelle qui se situe au cœur de la mise en œuvre de la compétence collective (Amherdt et al., 2000a; Dejoux, 2001; Dubéchet, 1999; Kouabenan & Dubois, 2000; Le Boterf, 2007; Leplat, 2000; Michaux, 2003, 2005; Sandberg & Targama, 2007; Tremblay, 2004; Zarifian, 1999). Il est par contre mentionné qu'elle n'est pas seule garante de la performance de l'équipe (Amherdt et al., 2000b), ce qui a également été mentionné par les participants. L'importance de l'ouverture au travail d'équipe, c'est-à-dire de la disposition des membres de l'équipe quant au partage des compétences, a

également été démontrée dans les travaux de Tremblay (2004). Les éléments liés à l'attitude ne ressortent pas explicitement dans les écrits, mais peuvent par contre être inclus dans le concept de relations interpersonnelles. À titre d'exemple, on peut penser à la mésentente entre certains membres de l'équipe et à la présence de conflits interpersonnels pouvant découler d'une attitude désagréable ou irrespectueuse, comme l'ont décrit les participants, et qui sont défavorables à la mise en œuvre de la compétence collective (Chedotel, 2004; Finkelman, 2012; Tremblay, 2004). L'attitude peut ainsi agir au niveau de l'interdépendance décrite par Boreham (2004) comme étant la relation entre les membres et la manière dont ils interagissent entre eux, ce qui réfère à l'aspect relationnel au sein de l'équipe.

Parmi les facteurs **collectifs** identifiés dans le cadre de cette étude, la culture de collaboration semble motivée notamment par le sens collectif et d'interdépendance décrits par Boreham (2004) tant par la gestion collective de la charge de travail que par l'horaire. Cette gestion collective est également mentionnée dans le modèle de Rabasse (2000, tiré de Amherdt et al., 2000a) et est décrite comme l'anticipation collective des besoins. Tremblay (2004) parle plutôt d'une structure solide de collaboration. Les relations interpersonnelles mentionnées précédemment ressortent dans les écrits comme un facteur pouvant influencer les interactions entre les membres de l'équipe et donc la mise en œuvre de la compétence collective (Chedotel, 2004; Tremblay, 2004).

L'organisation influence la mise en œuvre de la compétence collective par un ensemble de facteurs **organisationnels** liés aux exigences qu'elle impose et à la gestion des ressources humaines. En effet, conformément aux résultats présentés, les auteurs mentionnent l'environnement organisationnel comme étant un catalyseur de la mise en œuvre de la compétence collective (Amherdt et al., 2000a; Le Boterf, 2007; Tremblay, 2004). Tout comme les participants, Grosjean (2000) réfère aux protocoles, procédures et règles organisationnelles qu'elle regroupe sous l'articulation structurante et qui vient influencer l'action collective. Ces éléments s'apparentent également aux facteurs organisationnels de Michaux (2003, 2005). La stabilité de l'équipe et la gestion des effectifs décrits dans les résultats sont cohérents avec l'étude d'Amherdt et al. (2000b) qui concluent que la rotation élevée de personnel neutralise la mise en œuvre de la compétence collective. L'organisation encadre également la pratique de ses membres par l'organisation du travail qu'elle impose et le rôle qu'elle attribue aux différents titres d'emploi. Ces aspects balisent le fonctionnement au sein de l'équipe et peuvent favoriser ou non la mise en œuvre de la compétence collective. Dans le cas actuel, les rôles étant considérés comme complémentaires et l'organisation des soins visant la collaboration entre ces différents titres d'emploi, ce facteur ressort comme étant bénéfique au contraire de l'étude d'Amherdt et al. (2000b) qui démontrait qu'un fonctionnement par silos était limitant. Finalement, peu d'auteurs mentionnent la formation comme un facteur, outre le modèle de Rabasse (2000, tiré de Amherdt et al., 2000a) qui fait état de

la formation dans et par les situations de travail. Par contre, les travaux de Milhomme (2010) soutiennent que la formation constitue un facteur facilitant pour le développement des compétences.

Finalement, les différents facteurs **techniques** décrits dans cette étude se confirment également à travers les écrits. En effet, Tremblay (2004) mentionne l'ergonomie des lieux comme étant favorable ou non à la mise en œuvre de la compétence collective, tout comme le mentionnent les participants. L'accès à des outils de référence et l'utilisation d'outils cliniques et clinico-administratifs ressortent également comme étant facilitants, tout comme le décrit Le Boterf (2007) en parlant des ressources disponibles. À ce sens, l'accès aux systèmes informatiques et aux technologies de l'information est favorable à la mise en œuvre de la compétence collective en facilitant l'accès à l'information (Le Boterf, 2007, Tremblay, 2004)

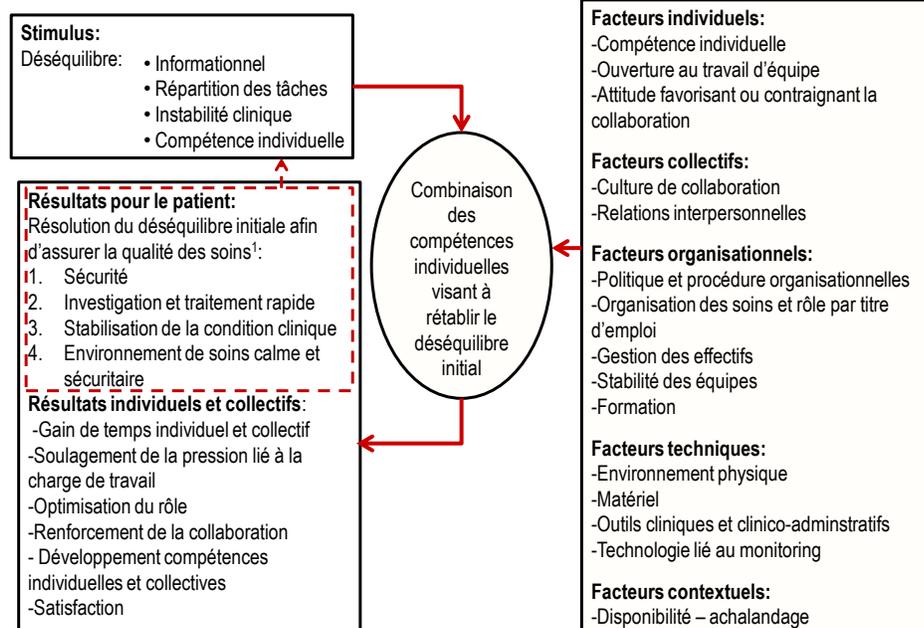
5.2.4 Adaptation du cadre de référence

L'intégration des éléments plus précis en termes de résultats patient et l'ajout d'un nouveau facteur émergeant de la présente étude, soit un facteur contextuel lié à la disponibilité du personnel et à l'achalandage, constitue l'un des apports contributifs de l'étude par rapport au cadre de référence élaboré à partir des écrits. Les résultats viennent également soutenir l'utilisation du modèle de Watson tel que mentionné précédemment. Une analyse superficielle pourraient conclure que les résultats présentés sont le témoignage d'une vision plutôt restreinte des soins infirmiers centrée sur le « cure » plutôt que sur le « care » si l'on considère de façon très puriste et hermétique le modèle de Watson. Par contre, le point focal des soins est l'investigation et le traitement rapide de la clientèle, la stabilisation de leur condition de santé ainsi qu'une sécurité accrue. Ce but vise directement à accompagner le patient à atteindre un niveau supérieur d'harmonie corps-âme-esprit par la promotion du rétablissement à travers les facteurs caratifs (Watson, 1985, 1988) ce qui permet de retenir le modèle de Watson. À cet effet, une étude a démontré qu'à travers les facteurs caratifs, l'objectif central poursuivi par les soins infirmiers en contexte de soins critique en lien avec la théorie de Watson vise essentiellement le rétablissement de la personne afin de lui permettre d'atteindre un niveau supérieur d'harmonie corps-âme-esprit (Nascimento & Erdmann, 2009). Dans un contexte de soins intensifs, il a été démontré que les patients et leurs proches percevaient l'environnement hospitalier comme étant hostile et insécurisant (Nascimento & Erdmann, 2009). Le souci de maintenir un environnement de soin optimal pour l'ensemble des patients, tel que partagé par les participants, témoigne ainsi du facteur caratif orienté sur la création d'un environnement (physique, mental, spirituel et social) favorisant le rétablissement (Watson, 1985, 1988). Comme quelques études le mentionnent spécifiquement en contexte d'urgence, le premier facteur caratif en importance est l'assistance dans la satisfaction des besoins humains (Baldursdottir & Jonsdottir, 2002; Kimble, 2003) suivi de la création d'établir un environnement mental, physique, sociétaire et spirituel visant la protection, le soutien et la correction (Baldursdottir & Jonsdottir, 2002). Il est donc cohérent que la portion spirituelle et existentielle ne soit pas mentionnée par les participants comme ils ressortent en

importance moindre en contexte de soins urgents (Baldursdottir & Jonsdottir, 2002; Kimble, 2003) et considérant le petit échantillon dans la présente étude. La figure suivante présente le cadre de référence enrichi des résultats de la présente étude :

Figure 11 : Cadre de référence modifié

But des soins infirmiers: Aider le patient à atteindre un degré supérieur de santé (corps-âme-esprit) à travers les processus de soins (Watson, 1985)



¹ La qualité des soins étant poursuivie à travers l'atteinte du but commun des soins infirmiers selon Watson

5.3 Limites de l'étude

La présente section vise à détailler certaines limites de l'étude du point de vue méthodologique dans un premier temps, mais également quant aux résultats ressortant de l'étude. Les mesures qui ont été mises en place afin de limiter leur effet sur la qualité de celle-ci seront aussi présentées.

L'une des limites de l'analyse qualitative réside dans le caractère subjectif de l'analyse et de l'interprétation des données qui est fortement influencé par le chercheur (Boyatzis, 1998). Afin de minimiser cet aspect, l'utilisation de mémos a permis notamment, tant au niveau de l'encodage que de l'analyse, de garder une trace tangible de la démarche mentale effectuée par le chercheur lors de ces étapes cruciales (Birks et al., 2008; Miles & Huberman, 2003). De plus, pour des raisons personnelles et professionnelles, le codage et l'analyse des données se sont faits de façon tardive et se sont échelonnés sur une longue période, ce qui vient malheureusement affaiblir la qualité de l'analyse (Miles & Huberman, 2003). Celle-ci a par contre été effectuée avec rigueur, notamment par l'application de mesures tels que des tests de codification interjuge

et intrajuge qui ont démontré un pourcentage d'accord satisfaisant pour l'ensemble des codes (Boyatzis, 1998). L'utilisation d'une approche comparative préconise généralement l'analyse en cours de collecte de données (Boeije, 2002), ce qui n'a malheureusement pas été possible, d'une part pour faciliter le recrutement des participants en un seul temps en raison des ressources financières et des contraintes personnelles et professionnelles de l'étudiante-chercheuse. La transférabilité, c'est-à-dire la possibilité de généraliser les résultats de cette étude, est limitée compte tenu de l'échantillon restreint et est minimisée par la description détaillée du cas (Chell, 2004, Miles & Huberman, 2003). Cette restriction s'est avérée nécessaire, d'une part, afin de demeurer raisonnable dans l'envergure des travaux imposés dans le cadre d'un mémoire de maîtrise et d'autre part, parce qu'elle consiste en une prémisse de l'étude de ce concept en contexte infirmier. L'échantillon, bien que limité, s'avère toutefois riche afin de bien saisir sous différents angles la mise en œuvre de la compétence collective en allant recueillir les données auprès de différents membres de l'équipe soignante provenant de différents quarts de travail.

La limite étant bien mince entre la collaboration intra-disciplinaire et la compétence collective vient complexifier l'analyse des différents incidents-type. Une précision quant à la distinction de ces deux concepts étroitement inter-reliés aurait gagné à être faite dès le départ dans l'élaboration des outils afin de permettre leur distinction tout au long de l'étude. L'atteinte de résultats supérieurs à travers la combinaison des compétences individuelles dans le cadre d'une action collective constitue l'élément qui distingue les situations de mise en œuvre de la compétence collective. Cette distinction semble toutefois avoir été bien saisie par les participants qui sélectionnaient parmi toutes les situations celles qui ont permis l'atteinte de résultats supérieurs à travers les différentes situations de collaboration intradisciplinaire rencontrées. Tel que Michaux (2003, 2005) l'expose dans son modèle, la mise en œuvre de la compétence collective s'exprime de différentes façon selon la complexité et de l'imprévisibilité de la tâche à accomplir ce qui explique la variété des incidents-types présentés. Ceux-ci démontrent la mise en œuvre de la compétence collective lors d'une situation peu complexe et prévisible comme lors de l'admission d'un patient stable où les actions sont centrées sur la réalisation de tâche dans un délai court mais aussi dans des situations complexes et imprévisibles tel que la prise en charge d'un patient dont la condition clinique est instable.

Une autre limite quant aux résultats de cette étude est qu'aucune échelle visant à mesurer directement les comportements infirmiers liés au cadre théorique de Watson n'a été privilégiée, ce qui pourrait avoir limité leur reconnaissance au moment de la collecte de données. Notons aussi que les résultats pour les patients découlent de la perception qu'ont les participants sans toutefois garantir qu'ils sont objectivement présents ou non. La mesure de résultats directs au niveau des patients n'a pas été incluse comme il s'agit d'une prémisse à l'étude de ce concept en contexte infirmière. Par contre, une piste future de recherche pourrait viser à mesurer les comportements infirmiers de soin selon Watson et l'impact objectif de la mise en

œuvre de la compétence collective qui en ressort sur les patients selon les résultats soulevés dans la présente étude.

5.4 Apports de l'étude et pistes futures

La présente étude offre une contribution importante à l'étude de la compétence collective, car elle constitue la première recherche visant sa description dans le contexte bien précis de sa mise en œuvre par les infirmières au sein des équipes soignantes en contexte d'observation de clientèle à l'urgence. De plus, très peu d'études ont abordé le sujet en contexte infirmier jusqu'à présent et ces résultats permettent l'établissement de recommandations sous les axes de la pratique infirmière, de la formation, de la gestion et de la recherche. Ces axes seront présentés dans cette section.

5.4.1 Pratique infirmière

En matière de pratique infirmière, la présente étude souligne l'importance de la collaboration intradisciplinaire qui occupe une place importante dans la prestation des soins. Elle démontre ses résultats perçus sur la qualité des soins. L'infirmière, à travers la mise en œuvre de la compétence collective, optimise la qualité des soins en mettant à contribution sa propre compétence ainsi que celle de ses collègues (Kérouac et al., 2003).

5.4.2 Formation

La formation offerte au personnel soutient le développement des compétences individuelles (Kramer & Schmalenberg, 2008). Par contre, le développement des compétences qui s'opère en situation de travail permet notamment une meilleure intégration et une plus grande rétention des apprentissages, car ceux-ci prennent ancrage directement dans l'exercice (Amherdt et al., 2000a), ce qui est plus efficace. Comme la combinaison des compétences individuelles dans le cadre d'une action collective permet le développement des compétences individuelles et collectives, il est suggéré de favoriser la formation en situation de travail ou selon une pédagogie axée sur l'action (simulation, mise en situation) (Le Boterf, 2007).

5.4.3 Gestion

Les résultats présentés sont en accord avec les résultats de Michaux (2003, 2005) qui suggèrent que l'organisation a un effet important sur la mise en œuvre de la compétence collective en contribuant à l'atteinte de résultats supérieurs pour les patients par la gestion saine des effectifs et des ressources matérielles. De cette manière, elle contribue aussi au développement des compétences individuelles et collectives des équipes soignantes. La mise en œuvre de la compétence collective ne s'opère pas seule, elle nécessite la mise en place d'un environnement socio-organisationnel favorisant celle-ci et ce rôle revient notamment à l'organisation (Le Boterf, 2007). Parmi les pistes de solutions possibles appuyées par les résultats de la présente étude, on peut retrouver notamment les actions suivantes :

- Favoriser l'accessibilité à des outils de références de qualité incluant des sources matérielles, informatiques et humaines (Le Boterf, 2007);
- Favoriser l'autonomie et maximiser l'utilisation des compétences de chacun des membres de l'équipe (Kramer & Schmalenberg, 2008; Le Boterf, 2007);
- Tenir compte de la composition de l'équipe pour l'attribution des postes et la gestion des effectifs afin de ne pas diluer l'expertise, de maximiser la complémentarité des compétences et de maintenir une stabilité relative (Le Boterf, 2007), ce qui permet aux infirmières de travailler avec des collègues compétents et en nombre suffisant (Kramer & Schmalenberg, 2008);
- Assurer la formation du personnel (Kramer & Schmalenberg, 2008) notamment par de la formation en situation de travail ou selon une pédagogie axée sur l'action (simulation, mise en situation) (Le Boterf, 2007);
- Mettre en place des mécanismes permettant le retour d'expérience sur des situations réelles de travail en équipe (Le Boterf, 2007);
- Mettre en place des mesures visant à créer des liens entre les membres de l'équipe et ainsi soutenir le développement d'une solidarité au sein de celle-ci (Le Boterf, 2007);
- Aménager l'environnement physique de manière à favoriser les interactions entre les membres de l'équipe et la collaboration (Le Boterf, 2007).

Ces différentes interventions se rapprochent des différentes caractéristiques des hôpitaux magnétiques, ce qui laisse présager que la transformation des établissements de santé vers un tel modèle favoriserait la mise en œuvre de la compétence collective.

5.4.4 Recherche

Cette recherche, conçue comme un premier pas dans l'étude de la mise en œuvre de la compétence collective, ouvre la voie à d'éventuelles recherches, notamment pour confirmer l'applicabilité des résultats et du cadre de référence dans d'autres urgences, mais également pour les élargir aux autres milieux de soins critiques tels que les unités de soins intensifs, par exemple. Cet approfondissement pourrait permettre, à partir d'un échantillon plus grand de situations, de décrire son expression à travers les facteurs caratifs n'ayant pas été rencontrés dans la présente étude.

L'étude de la mise en œuvre de la compétence collective en contexte infirmier serait également fort pertinente en contexte non critique. Elle permettrait de décrire la collaboration intradisciplinaire qui s'exerce dans les unités régulières à même la triade composée de l'infirmière, de l'infirmière auxiliaire et du préposé aux bénéficiaires et en quoi elle entraîne des résultats supérieurs caractéristiques à la mise en œuvre de la compétence collective. Cette étude permettrait notamment de voir si d'autres incidents type de mise en œuvre de la compétence collective sont rencontrés, mais également son expression à travers d'autres facteurs caratifs en contexte de soins non-critique.

Finalement, il serait fort intéressant d'élargir l'étude de la mise en œuvre de la compétence collective en incluant non seulement la collaboration intradisciplinaire, mais également la collaboration interdisciplinaire à travers le regard de différents professionnels.

Conclusion

La présente étude se démarque par son caractère novateur puisqu'il s'agit de la première étude de la compétence collective portant sur sa mise en œuvre au sein des équipes soignantes œuvrant dans les urgences et que seules deux autres études parmi celles répertoriées abordent ce concept en contexte infirmier (Ahmerdt et al., 2000b; Grosjean, 2000). Elle a permis le développement de nouvelles connaissances sur ce concept en contexte de collaboration intradisciplinaire dans les équipes soignantes œuvrant dans les salles d'observation d'une urgence d'un centre hospitalier québécois. La combinaison des compétences individuelles prend différentes formes, soit par le partage et la mise en commun d'informations, le partage d'expertise lors de l'atteinte des limites de la compétence individuelle, la réalisation en équipe d'un ensemble de tâches ou le travail collaboratif visant la stabilisation de la condition clinique d'un patient. En tout temps, celle-ci s'oriente vers un but commun qui est centré sur le patient et qui vise à lui prodiguer des soins d'une qualité supérieure à ceux qu'un seul membre de l'équipe aurait pu lui donner seul.

Bien qu'une compétence individuelle initiale soit essentielle à la mise en œuvre de la compétence collective, un ensemble de facteurs influencent également cette mise en œuvre, notamment plusieurs facteurs contrôlables. L'identification de ces facteurs, divisés en facteurs individuels, collectifs, organisationnels, techniques et contextuels, constitue un apport important en orientant les organisations vers les avenues d'amélioration de la performance de leurs équipes. À titre d'exemple, les outils de références mis à la disposition du personnel peuvent être complémentaires à la combinaison des compétences en venant fournir des informations-clé pouvant la supporter. Le bénéfice de prendre en compte ces différents facteurs et de soutenir la mise en œuvre de la compétence collective au sein des équipes soignantes conduit à l'atteinte de résultats supérieurs pour les patients en matière de qualité des soins, mais aussi au développement des compétences tant individuelles que collectives qui ne sauraient se développer autrement que dans l'action.

Le cadre de référence élaboré à partir des écrits et enrichi par les résultats de la présente étude, met en lumière la complexité de la mise en œuvre de la compétence collective par les infirmières au sein des équipes soignantes en salle d'observation à l'urgence. Il amène une meilleure compréhension de son expression en contexte infirmier. L'applicabilité du modèle de Watson se confirme par les résultats, mais demeure à enrichir à partir d'un plus grand échantillon de situations afin de cerner la mise en œuvre de la compétence collective à travers les facteurs caratifs n'ayant pas été rencontrés dans la présente étude. De plus, le cadre de référence gagnerait à être validé dans d'autres contextes afin de voir s'il est applicable dans d'autres milieux de soins critiques, mais également dans les milieux non-critiques notamment en soins aigus, de réadaptation et/ou de longue durée, ce qui constitue d'ailleurs une piste de recherche future soulevée.

La présente étude, au-delà du développement des connaissances auxquelles elle a contribué, démontre que l'environnement socio-organisationnel dans lequel l'équipe de soins infirmiers gravite est perçu comme ayant un impact majeur sur la qualité des soins prodigués. Elle présente de précieuses pistes de solutions afin de soutenir les équipes soignantes dans l'atteinte de résultats supérieurs en termes de qualité des soins, mais également pour le développement des compétences individuelles et collectives. La prise en compte de la mise en œuvre de la compétence collective par les infirmières permet de souligner l'impact majeur qu'ont les interactions entre les différents membres sur la qualité des soins. Cet aspect marquant démontre le caractère incontournable de ne pas se restreindre à considérer la compétence d'un point de vue strictement individuel, mais de l'appréhender désormais d'un point de vue collectif.

Références

Amherdt, C. H., Dupuich-Rabasse, F., Emery, Y., & Giauque, D. (2000a). *Compétences collectives dans les organisations. Émergence, gestion et développement*. Ste-Foy: Les presses de l'université Laval.

Amherdt, C. H., Dupuich-Rabasse, F., Emery, Y., & Giauque, D. (2000b). Étude de cas: Équipe du domaine des soins hospitaliers. In *Compétences collectives dans les organisations. Émergence, gestion et développement* Ste-Foy: Les presses de l'université Laval.

Baldursdottir, G. & Jonsdottir, H. (2002). The importance of nurse caring behaviors as perceived by patients receiving care at an emergency department, *Heart & Lung*,31(1), 67-74. DOI: 10.1067/mhl.2002.119835

Bardin, L. (2007). *L'analyse de contenu*. Paris: Presses Universitaires de France.

Bartlett, H. P., Simonite, V., Westcott, E., & Taylor, H. R. (2000). A comparison of the nursing competence of graduates and diplomates from UK nursing programmes. *Journal of Clinical Nursing*, 2000(9), 369-381. DOI: 10.1046/j. 1365-2702.2000.00331.x.

Ben Abdallah, L., & Ben Ammar Mamlouk, Z. (2007). Changement organisationnel et évolution des compétences : Cas des entreprises... *La Revue des Sciences de Gestion: Direction et Gestion*, 42(226-227), 133-146. DOI: 10.1051/larsg:2007042

Benner, P. (1984). *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Californie: Addison-Wesley.

Benner, P. (1999). *Clinical wisdom and interventions in critical: a thinking-in-action approach*. Philadelphie: Saunders.

Birks, M., Chapman, Y., & Francis, K. (2008). Memoing in qualitative research - Probing data and processes. *Journal of Research in Nursing*, 13(1), 68-75. DOI:10.1177/1744987107081254

Bisseret, A., Sebillotte, S., & Falzon, P. (1999). *Technique pratiques pour l'étude des activités expertes* (Octares ed.). Toulouse.

Boeije, H. (2002). A purposeful Approach to the Constant Comparative Method in the Analysis of Qualitative Interview. *Quality & Quantity*, 36, 391-409. DOI: 10.1023/A:1020909529486

Boreham, N. (2004). A theory of collective competence: challenging the neo-liberal individualisation of performance at work. *British Journal of Educational Studies*, 52(1), 5-17. DOI: 10.1111/j.1467-8527.2004.00251.x

Bostick, J.E., Rantz, M.J., Flesner, M.K & Riggs, J.C.(2006) Systematic Review of Studies of Staffing and Quality in Nursing Homes, *Journal of the American Medical Directors Association*, 7(6), 366-376. DOI: 10.1016/j.jamda.2006.01.024

Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming qualitative information*. Thousand Oak: Sage.

Brewerton, P., & Millward, L. (2001). *Organizational research method*. London: Sage.

Chedotel, F. (2004). Avoir le sentiment de faire partie d'une équipe: de l'identification à la coopération. *Management*, 7(3), 161-193.

Chell, E. (2004). Critical incident technique. In *Essential guide to qualitative methods in organizational research*. London: Sage.

Chitty, K. K., & Black, B. P. (2007). *Professional Nursing - Concepts & Challenges* (5 ed.). St-Louis: Saunders Elsevier.

Code de déontologie des infirmières et infirmiers, R.Q., c. I-8, r. 9.

Cowan, D. T., Norman, I., & Coopamah, V. P. (2007). Competence in nursing practice: A controversial concept- A focused review of literature. *Accident and Emergency Nursing*, 2007(15), 20-26. DOI : 10.1016/j.aaen.2006.11.002

Dallaire, C., & Lapointe, P.-A. (2005). *Pénurie qualitative d'infirmières dans les unités de soins critique Hôpital de l'Enfant-Jésus Centre Hospitalier Affilié Universitaire de Québec*. Québec: Université Laval.

Dejoux, C. (2001). *Les compétences au coeur de l'entreprise*. Paris: Édition d'organisation.

Del Bruno, D., Griffin, L., Burke & S., Foley, M. (1990) The clinical teacher : a critical link to competence development, *Journal of Nursing Staff Development*, 6(3), 135-138.

Dougherty, M. B. (2009). *Relationship between Emotional Intelligence and Nurse-Nurse Collaboration*. Columbia University, Ann Arbor.

Dubéchet, P. (1999). *Savoirs implicites et compétence collective: la complexité de la mise à jour de l'indiscible dans les études de l'emploi et sur les compétences* (Vol. 134): Cahiers de recherche.

Dunn, S. V., Lawson, D., Robertson, S., Underwood, M., Clark, R., Valentine, T., et al. (2000). The development of competency standards for specialist critical care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 339-346. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2000.01292.x

Eraut, M., & du Boulay, B. (1999). *Developing the attributes of medical professional judgment and competence*. London: Department of Health.

Estabrooks, C. A., Rotakumwa, W., O'Leary, K. A., Profetto-McGrath, J., Milner, M., Levers, M. J., et al. (2005). Sources of Practice Knowledge Among Nurses. *Qualitative Health Research*, 15(4), 460-476. DOI: 10.1177/1049732304273702

Finkelman, A. (2012). *Leadership and Management for Nurses, Core Competencies for Quality Care*. New Jersey: Pearson.

Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological bulletin*, 51(4), 327-358.

Glasser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory Analysis*. Mill Valley: Sociology Press.

Gonczi, A. (1994). Competency based assessment in the professions in Australia. *Assessment in Education*, 1(1), 27-44. DOI : 10.1080/0969594940010103

Grosjean, M. (2000). Les communications collectives: un mode d'approche des compétences du collectif- L'exemple du collectif hospitalier. *Psychologie du travail et des organisations*, 6(3-4), 103-130.

Grosjean, M., & Lacoste, M. (1999). *Communication et intelligence collective - Le travail à l'hôpital*. Paris: Le Travail Humain.

Hager, P., Gonczi, A., & Athanasou, J. (1994). General Issues about Assessment of Competence. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 34(1), 3-16. DOI: 10.1007/BF00596229

Jeffroy, F., Theureau, J., & Haradji, Y. (2006). *Relation entre activité individuelle et activité collective* (Octares ed.). Toulouse.

Jose MM. (2008) A qualitative study of transcendence and transpersonal caring experienced in nursing practice [abstract]. *South Online Journal of Nursing Research*; 8(2):2. Repéré à: <http://www.resourcenter.net/images/SNRS/Files/SOJNRarticles2/Vol08Num02I K.html#Jose>.

Kérouac, S., Pépin, J., Ducharme, F., & Major, F. (2003). *La pensée infirmière*. Montréal: Beauchemin.

Kimble, L. (2003). *Patient's Perceptions of Nurse Caring Behaviors in a Emergency Department*, Marshall University, Huntington (État-Unis). Repéré à: <http://mds.marshall.edu/etd/261/>

Kouabenan, D. R. (2000). *Compétence collectives au travail*. Montréal: L'Harmattan.

Kouabenan, D. R., & Dubois, M. (2000). Les compétences des collectifs: développement et perspectives. *Psychologie du travail et des organisations*, 6(3-4), 13-46.

Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2008). Confirmation of a Healthy Work Environment. *Critical Care Nurse*, 28(2), 56-63.

Le Boterf, G. (2007). *Construire les compétences individuelles et collectives*. Paris: Éditions d'Organisation.

Leplat, J. (2000). Compétences collectives au travail. *Psychologie du travail et des organisations*, 6(3-4), 47-74.

Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, L.Q. 2002, c. 33.

Loi sur les infirmières et les infirmiers [LII], L.R.Q., c. I-8.

McIntyre, M., & McDonald, C. (2010). *Realities of Canadian Nursing - Professional, practice, and power Issues*. Philadelphie: Lippincott Williams & Wilkins.

McMullan, M., Endacott, R., Gray, M. A., Jasper, M., Miller, C. M. L., Scholes, J., et al. (2003). Portfolios and assessment of competence: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 283-294. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2003.02528.x

Meretoja, R., Leino-Kilpi, H., & Kaira, A. M. (2004). Comparison of nurse competence in different hospital work environments. *Journal of Nursing Management*, 12, 329-336. DOI : 10.1046/j.0966-0429.2001.00299.x

Michaux, V. (2003). *Compétence collective et système d'information, cinq cas de coordination dans les centres contacts*. Université de Nantes.

Michaux, V. (2005). Compétences collectives et haute performance: apports théoriques et enjeux opérationnels. *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, 58(Octobre-Décembre 2005), 45-65.

Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2 ed.). Bruxelles: De Boeck.

Milhomme, D. (2010). *Étude descriptive des facteurs facilitant et contraignant le développement de la compétence des infirmières en soins critiques*. (Mémoire de maîtrise), Université Laval

Nascimento, K.C & Erdmann, A.L. (2009) Understanding the dimensions of intensive care: transpersonal caring and complexity theories, *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)*, 17(2), 215-212. Repéré à : http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c4414383-5885-42a3-b622-9e05cab62dfb%40session_mgr11&vid=4&hid=20

Nelson, S., & Purkis, M. E. (2004). Mandatory reflection: the Canadian reconstitution of competent nurse. *Nursing Inquiry*, 11(4), 247-257. DOI: 10.1111/j.1440-1800.2004.00233.x

O'Brien-Pallas, L., Griffin, P., Shamian, J., Buchan, J., Duffield, C., Hughes, F., et al. (2006). The Impact of Nurse Turnover on Patient, Nurse, and System Outcomes: A Pilot Study and Focus for a Multicenter International Study. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 2006(7), 169-179. DOI : 10.1177/1527154406291936

OIIQ (s.d.) Examen professionnel d'admission à la profession, repéré à : <http://www.oiiq.org/admission-a-la-profession/diplomes-si/lexamen-professionnel>

OIIQ (2001) Guide d'autoapprentissage sur l'utilisation des Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue Repéré à : http://www.oiiq.org/sites/default/files/15_guide_d_autoapprentissage_0.pdf

OIIQ. (2007a). *Perspective de l'exercice de la profession infirmière*. Montréal: OIIQ.

OIIQ. (2007b). *Une nouvelle approche de planification des effectifs infirmiers: des choix à faire de toute urgence! Mémoire déposé à la table de concertation visant à répondre à la pénurie de main d'oeuvre en soins infirmiers*. Montréal: OIIQ.

OIIQ (2008) Chapitre 4 : Collaboration avec les infirmières-auxiliaires, *La vision contemporaine de l'exercice infirmier au Québec* Repéré à : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs1564728>

OIIQ. (2009). *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmières: compétences initiales* (2e ed.). Westmount: OIIQ.

OIIQ. (2012). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières: guide d'application*. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Pires, A. (1997). *La recherche qualitative - Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal: Gaëtan Morin.

Rischel, V., Larsen, K., & Jackson, K. (2008). Embodied dispositions or experience? Identifying new patterns of professional competence. *Journal of Advanced Nursing*, 61(5), 512-521. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04543.x

Robert, P. (Ed.) (2008). Paris: Le Robert.

Roch, G. (2008). *Impact du climat organisationnel sur le façonnement des pratiques relationnelles de soin et la satisfaction professionnelle d'infirmières soignantes en milieu hospitalier*. Université de Montréal, Montréal. Repéré à : <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/2931;jsessionid=B7B1D893F04BC10C9DC71EC915F5022>

Rosenberg, J. P., & Yates, P. M. (2007). Schematic representation of case study research designs. *Journal of Advanced Nursing*, 60(4), 447-452. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04385.x

Sandberg, J., & Targama, A. (2007). Shared understanding: the basis for collective competence and its development. In Sage (Ed.), *Managing & Understanding in Organisations*. London.

Sandelowski, M. (1995) Focus on Qualitative Methods – Sample Size in Qualitative Research, *Research in Nursing & Health*, 18(2), 179-183. DOI: 10.1002/nur.4770180211

Sliwka, C., Delmas, P., & coll. (2009). *Profession infirmière: quelle place et quelles pratiques pour l'avenir?* (Éditions Lamarre ed.). Rueil-Malmaison.

Tremblay, D. G., & Amherdt, C.H. (2004). Nouvelles formes de travail et nouvelles modalités de formation des compétences collectives dans des entreprises de l'économie du savoir. *Carriérologie*, 9(4), 551-557.

Watson, J. (1985). *Nursing: human science and human care- A Theory of Nursing*. East Norwalk: Appleton-Century-Crofts.

Watson, J. (1988). *Nursing: Human Science and Human Care - A Theory of Nursing*. New York: National League for Nursing.

Watson, J. (2005). *Caring Science as Sacred Science*. Philadelphia: PA: FA Davis.

Wittorski, R. (1997). *Analyse du travail et production de compétences collectives*. Paris: L'Harmattan.

Wittorski, R. (2000). La production des compétences collectives par et dans l'analyse des pratiques professionnelles. *Psychologie du travail et des organisations*, 6(3/4), 75-101.

Yin, R. K. (2009). *Case Study Research*. London: SAGE.

Zarifian. (1999). *Objectif compétence: Les Éditions Liaisons*.

Zhang, Z., Luk, W. & Wong, A. (2001) Nursing competencies: personal characteristics contributing to effective nursing performance, *Journal of Advanced Nursing*, 33(4), 467-474. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2001.01688.x

Annexe 1



« La compétence collective mise en œuvre par les infirmières à l'urgence : une étude de cas »

OBJECTIF DE LA RECHERCHE:

Décrire la mise en œuvre de la compétence collective chez les infirmières dans les équipes soignantes des salles d'observations de l'urgence d'un centre hospitalier québécois.

INFIRMIÈRES, INFIRMIÈRES-AUXILIAIRES, PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES

Vous êtes invités à une rencontre concernant le projet de recherche en titre qui se tiendra le :

Mardi 27 juillet 2010 Local 

8h10 à 8h30 15h30 à 15h50 16h10 à 16h30

Des rafraîchissements et un choix de collation vous seront gracieusement servis.

Le but visé par cette rencontre est de vous informer sur ce projet de recherche qui aura lieu dans votre milieu de travail et d'identifier également les personnes intéressées à participer à cette étude. Soyez assurés que **votre présence lors de cette rencontre ne vous engage en rien à la participation à ce projet de recherche.**

S'il n'est pas possible pour vous de vous présenter aux rencontres et que vous souhaitez avoir plus d'informations sur ce projet, n'hésitez pas à contacter l'étudiante-chercheuse qui se fera un plaisir vous expliquer le projet et de répondre à vos questions. (DR-002-1281)



**ÉTUDIANTE-CHERCHEUSE:
CATHERINE BALG**

418 623-1565

418 809-1565

catherine.balg.1@ulaval.ca

Annexe 2



Formulaire de recrutement

Titre

La compétence collective mise en œuvre par les infirmières à l'urgence d'un centre hospitalier québécois : une étude de cas

Chercheur responsable du projet de recherche

Catherine Balg, infirmière B.Sc., étudiante à la maîtrise avec mémoire en Sciences Infirmières à l'université Laval

Direction : Geneviève Roch, inf. Ph.D., professeure adjointe à la faculté des Sciences Infirmières de l'université Laval

Co-direction : Clémence Dallaire, professeure agrégée à la faculté des Sciences Infirmières de l'université Laval et chercheure affiliée au CHA.

Organisme commanditaire

Centre FERASI (formation et expertise en recherche en administration des services infirmiers).

Consentement

J'accepte d'être sur la liste des participants potentiels à cette étude Oui Non

Sélectionner la ou les activité(s) auxquelles vous souhaitez participer :

- Entrevue
- Observation

Coordonnées :

Nom : _____ Titre d'emploi : _____

Par téléphone: (_____) _____ - _____

Par courriel : _____

Quel est le meilleur moment pour vous rejoindre : _____

N.B. **Le fait de compléter ce formulaire ne vous engage en rien à la participation à l'étude.** Si votre nom est sélectionné, l'étudiante-chercheur vous contactera pour vous offrir de participer, vous serez libre à ce moment d'accepter ou de refuser.

Annexe 4a : Grille d'entrevue (incidents observés)

GUIDE D'ENTREVUE – RETOUR SUR L'OBSERVATION

RETOUR SUR CHACUNE DES SITUATIONS OBSERVÉE

– à partir uniquement de la description de l'interaction-

Suite à chaque bloc de question, revenir sur les observations faites pour validation

1. Est-ce que selon vous cette situation témoigne de la mise en œuvre de la compétence collective?

Pour les situations témoignant de la mise en œuvre de la compétence collective, poursuivre avec les questions suivantes.

Questions en lien avec le stimulus :

2. Pour quelles raisons avez-vous pris la décision de faire appel à un autre membre de l'équipe soignante?

3. En quoi cette situation particulière est complexe?

Questions en lien avec les facteurs :

4. Pourquoi avez-vous choisi de faire appel à cette personne en particulier plutôt que les autres membres de l'équipe soignante présent? Quels facteurs propres à l'individu ont influencés ce choix?

5. Quels facteurs propres à votre personne ont influencés directement ou indirectement ont influencé la mise en œuvre de la compétence collective?

6. Quels facteurs propres à votre collègue ou aux membres l'équipe soignante pris individuellement ont influencés directement ou indirectement la mise en œuvre de la compétence collective? En quoi l'influencent-ils? Préciser en fonction du titre d'emploi.

Si un titre d'emploi n'a pas été abordé lors des, poser la question suivante : De façon générale dans le cadre de votre pratique, pour quelles raisons faites-vous appel à une infirmière lors de la mise en œuvre de la compétence collective? à une infirmière auxiliaire? à un préposé aux bénéficiaires?

7. Quels facteurs relatifs à l'équipe soignante exerçant ont influencés directement ou indirectement la mise en œuvre de la compétence collective? En quoi l'influencent-ils?

8. Quels facteurs techniques (matérielle, environnement ou technologique) ont influencés directement ou indirectement cette interaction? En quoi l'influencent-ils?

9. Quels facteurs en lien l'organisation (le CHA) ont influencés directement ou indirectement la mise en œuvre de la compétence collective? En quoi l'influence-t-il?

Questions en lien avec le résultat :

10. Quel était le résultat attendu au départ lors de la mise en oeuvre de la compétence collective et a-t-il été atteint?

11. Quel a été le résultat de la mise en œuvre de la compétence collective pour la clientèle? De façon plus générale, quel est le résultat pour le patient de la mise en œuvre de la compétence collective?

12. Quel a été le résultat de la mise en œuvre de la compétence collective pour vous-même comme professionnel? De façon plus générale, quel est le résultat pour vous-même de la mise en œuvre de la compétence collective? Pour vos collègues?

13. Quel a été le résultat de la mise en œuvre de la compétence collective pour l'ensemble de l'équipe soignante? De façon plus générale, quel est le résultat pour l'équipe soignante de la mise en œuvre de la compétence collective?

Conclusion

Y-a-t-il des éléments additionnels que vous souhaitez ajouter concernant la compétence collective?

Merci de votre participation.

Clôture de l'entrevue

Annexe 4b : Grille d'entretien (incidents rapportés)

Préparation à l'entretien

Lors du contact afin de fixer le rendez-vous pour la tenue de l'entretien, présenter la définition retenue de la compétence collective au participant et s'assurer de sa compréhension.

Consigne :

-Demander au participant de sélectionner une situation qu'il a vécue dans l'exercice de ses fonctions à l'urgence en contexte d'observation de patients où il a initié la mise en œuvre de la compétence collective.

Définition simplifiée:

Combinaison des compétences individuelles dans le cadre d'une action collective lors d'une situation particulière et complexe.

Restriction : La mise en œuvre doit s'être faite entre les membres de l'équipe soignante.

Définition de l'équipe soignante : infirmière, infirmière auxiliaire et préposé aux bénéficiaires

Donc, il s'agit de décrire une situation où vous avez pris la décision de faire appel à vos collègues de l'équipe soignante afin de gérer une situation complexe.

Lors de l'entretien, il vous sera demandé de faire le récit de cette situation lors de l'entretien et des questions de précision vous seront posées en lien avec cette situation.

Préalable : Signature du formulaire d'information et de consentement

Avant de débiter, je vous rappelle que vous êtes libre d'arrêter l'enregistrement ou l'entrevue en tout temps. Nous allons procéder à un test de son et nous allons ensuite débiter l'entrevue.

Description de la situation

1. Racontez en détail la situation que vous avez choisie.

Pour la suite, je vais vous poser des questions pour préciser le processus de mise en œuvre de la compétence collective à partir de cette situation. Je vais aussi vous demander de me préciser si vous avez des éléments additionnels à ajouter en se rapportant de façon plus générale à votre pratique. Il est important de garder en tête que le cas à l'étude se limite à la pratique à l'urgence majeure donc que les questions plus générale visent ce contexte particulier uniquement.

Questions en lien avec le stimulus :

Le premier bloc de question va porter sur le stimulus initial de la mise en œuvre de la compétence collective, c'est-à-dire ce qui a motivé le fait de faire appel à vos collègues:

2. Dans la situation que vous m'avez racontée, pour quelles raisons avez-vous pris la décision de faire appel à un autre membre de l'équipe soignante? De façon plus générale dans votre pratique, pour quelles raisons prenez-vous la décision de faire appel à un autre membre de l'équipe soignante?

3. En quoi la situation que vous m'avez racontée est complexe? De façon générale, qu'est-ce qui caractérise les situations complexes nécessitant la mise en œuvre de la compétence collective?

Questions en lien avec les facteurs :

Les prochaines questions portent les facteurs qui influencent la mise en œuvre de la compétence collective, c'est-à-dire à faire appel aux autres pour résoudre une situation complexe. Ces questions visent d'une part à ce que vous les nommiez et d'autre part à me décrire l'influencent qu'ils ont sur la mise en œuvre de la compétence collective.

4. Dans la situation que vous m'avez racontée, quels facteurs propres à votre personne ont influencés directement ou indirectement la mise en œuvre de la compétence collective? En quoi l'influence-t-il? De façon plus générale dans votre pratique, y-a-t'il d'autre quels éléments de propre à votre personne qui influence la mise en œuvre de la compétence collective? En quoi l'influence-t-il?

5. Dans la situation que vous m'avez racontée quels facteurs propres à votre collègue ou aux membres l'équipe soignante pris individuellement ont influencés directement ou indirectement la mise en œuvre de la compétence collective? En quoi l'influence-t-il? De façon plus générale dans votre pratique, quels facteurs propres à votre collègue de l'équipe soignante influencent la mise en œuvre de la compétence collective? En quoi l'influence-t-il?

Précisions additionnelles en lien avec le titre d'emploi : Dans le cadre de la mise en œuvre de la compétence collective, quand faites-vous appel à une infirmière? à une infirmière auxiliaire? à un préposé aux bénéficiaires?

6. Dans la situation que vous m'avez racontée, quels facteurs se rapportant à l'équipe soignante exerçant dans votre milieu ont influencés directement ou indirectement la mise en œuvre de la compétence collective? En quoi l'influence-t-il? De façon plus générale dans votre pratique, quels facteurs de propre à l'équipe soignante influencent la mise en œuvre de la compétence collective? En quoi l'influence-t-il?

7. Dans cette situation que vous m'avez racontée, quels facteurs de nature technique (matérielle, environnement ou technologique) ont influencés directement ou indirectement la mise en œuvre de la compétence collective? En quoi l'influence-t-il? De façon plus générale dans votre pratique, quels facteurs de nature technique influencent la mise en œuvre de la compétence collective? En quoi l'influence-t-il?

8. Dans cette situation que vous m'avez racontée, quels facteurs en lien l'organisation (le CHA) ont influencés directement ou indirectement la mise en œuvre de la compétence collective? En quoi l'influence-t-il? De façon plus générale dans votre pratique, quels éléments propres à votre organisation influencent la mise en œuvre de la compétence collective? En quoi l'influence-t-il?

Questions en lien avec le résultat :

Le dernier bloc de questions concernant la finalité, le résultat de la mise en œuvre de la compétence collective

9. Dans cette situation particulière quel était le résultat attendu au départ lors de la mobilisation de la compétence collective et a-t-il été atteint?

10. Quel a été le résultat de la mise en œuvre de la compétence collective pour la clientèle? De façon plus générale, quel est le résultat pour le patient de la mise en œuvre de la compétence collective?

11. Quel a été le résultat de la mise en œuvre de la compétence collective pour vous-même comme professionnel? De façon plus générale, quel est le résultat pour vous-même de la mise en œuvre de la compétence collective? Pour vos collègues?

12. Quel a été le résultat de la mise en œuvre de la compétence collective pour l'ensemble de l'équipe soignante? De façon plus générale, quel est le résultat pour l'équipe soignante de la mise en œuvre de la compétence collective?

Conclusion

Y-a-t-il des éléments additionnels que vous souhaitez ajouter concernant la compétence collective?

Merci de votre participation.

Clôture de l'entrevue

Annexe 5 : Matrice

ID Incident critique	Description de la situation	Stim	Facteurs					Résultats	
			Ind.	Coll.	Org.	Tech.	Context.	Patient	Autres (individuel et collectif)
SO1-1									
SO1-2									
ENT-inf									
Etc...									
Généraux									

Légende :

SO1-1 : Période d'observation #1 – situation observée 1

SO1-2 : Période d'observation #1 – situation observée 2

ENT-inf : Situation rapporté par l'infirmière lors de l'entrevue

Annexe 6 : Formulaire d'information et de consentement



Formulaire d'information et de consentement

Titre

La compétence collective mise en œuvre par les infirmières à l'urgence d'un centre hospitalier québécois : une étude de cas

Chercheur responsable du projet de recherche

Catherine Balg, infirmière B.Sc., étudiante à la maîtrise avec mémoire en sciences infirmières à l'Université Laval

Direction : Geneviève Roch, inf. Ph.D., professeure adjointe à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval

Co-direction : Clémence Dallaire, professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval et chercheure affiliée au CHA.

Organisme subventionnaire

Centre FERASI (formation et expertise en recherche en administration des services infirmiers) subventionné par le FCRSS, FRSQ et IRSC.

Préambule

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce document, appelé «Formulaire d'information et de consentement», décrit notamment le but, le déroulement, les risques, les inconvénients et les bénéfices potentiels de l'étude. Il peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

Page 1 sur 4

CER : DR-002-1281 Compétence collective mise en œuvre par les infirmières à l'urgence Initiales : _____

Nature et objectif du projet de recherche

Nous sollicitons votre participation à ce projet de recherche parce que vous êtes un informateur clé du sujet à l'étude. Le but de la présente étude est de décrire le processus de mise en œuvre de la compétence collective par les infirmières dans une urgence, plus précisément dans le contexte d'observation de patients à l'urgence majeure. En d'autres mots, le but poursuivi est de déterminer à quel moment et dans quelles circonstances l'infirmière fait appel à ses collègues de l'équipe soignante (infirmière, infirmière-auxiliaires et préposé aux bénéficiaires) et quels sont les différents facteurs qui influencent cette interaction.

L'étude se divise en 3 portions :

1. Une entrevue individuelle semi-dirigée d'environ 60 minutes sera faite auprès d'une infirmière, une infirmière-auxiliaire et un préposé au bénéficiaire.
2. L'observation non-participante auprès de 3 infirmières différentes pour un quart de travail complet (8h) suivi d'une entrevue semi-dirigée de retour sur l'observation d'environ 60 minutes.
3. L'analyse de différents documents de l'établissement

Déroulement du projet de recherche

Observation non-participante : Vous serez suivi par l'étudiante-chercheuse durant un quart de travail complet. Cette dernière remplira une grille d'observation qui consiste à compiler et décrire sommairement toutes les interactions entre le participant et les autres membres de l'équipe soignante. L'observation cessera lors des pauses du participant. Les autres membres de l'équipe soignante ainsi que les patients et familles seront avisés du but de l'étude et assurés qu'aucune information les concernant ne sera retenue dans le cadre de cette étude. Suite à la période d'observation, une entrevue de retour sur l'observation visera à préciser les situations d'interaction observées en lien avec les objectifs de l'étude. De plus, d'autres questions visant à décrire votre perception du processus de mise en œuvre de la compétence collective de façon générale seront posées.

Inconvénients associés au projet de recherche

Les inconvénients associés à la participation à cette étude sont liés au temps et aux déplacements éventuels encourus. Concernant les participants aux observations, il est possible d'avoir de l'anxiété lié au fait d'être observés pour un quart de travail complet devant ses collègues de travail.

Avantages

Vous ne retirerez aucun bénéfice direct de votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à l'étudiante-chercheuse responsable du projet.

Confidentialité

La banque de nom initiale contenant les candidats intéressés à participer à cette étude et leurs coordonnées dont les vôtres est actuellement protégée par un code que seule l'étudiante-chercheuse détient. Cette banque sera détruite dès la fin de la période de collecte de données.

Les données recueillies dans le cadre des entrevues et des observations resteront strictement confidentielles. Toute donnée nominative sera modifiée pour un nom fictif lors des transcriptions des entrevues et aucune de ces données ne seront notées dans les grilles d'observations.

Les données recueillies seront publiées et diffusées notamment par le dépôt du mémoire mais également par la publication d'un article scientifique et lors de présentations orales, toutefois soyez assuré qu'il ne sera pas possible de vous identifier.

Les enregistrements audio seront conservés sous clé par l'étudiante-chercheuse pour une période de 2 ans après laquelle ils seront détruits.

Financement du projet

L'étudiante-chercheuse responsable du projet a reçu une bourse du centre FERASI (formation et expertise en recherche en administration des services infirmiers) pour mener à bien ce projet de recherche.

Compensation

Une compensation financière (maximum 20\$) pour les déplacements et le stationnement sera fournie sur présentation des reçus si l'entrevue est effectuée à l'extérieur du lieu de travail. Une collation et des rafraîchissements seront offerts lors des entrevues de retour sur l'observation.

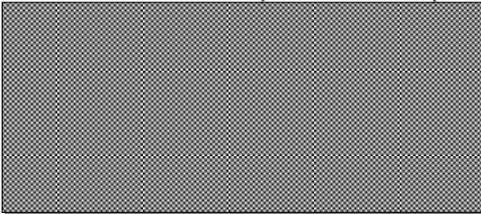
Approbation du comité d'éthique de la recherche

Le Comité d'éthique de la recherche du [REDACTED] a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche. Si vous avez des questions, en tant que sujet participant à une étude, vous pouvez rejoindre le Comité d'éthique de la recherche du [REDACTED] au numéro [REDACTED]

Plaintes

Si vous avez une plainte à formuler, en tant que sujet participant à une étude, vous pouvez rejoindre :

Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services :



Page 3 sur 4

Consentement

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Je comprends que je peux me retirer en tout temps. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

J'accepte que mes propos soient enregistrés lors de l'entrevue Oui Non
J'accepte d'être observé dans le cadre de l'exercice de mon travail Oui Non

Nom et signature du participant

Date

Signature et engagement de l'étudiante-chercheur

Je certifie avoir expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, avoir répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et lui avoir clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice. Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au sujet de recherche.

Nom et signature de l'étudiante-chercheur

Date

Coordonnées

Étudiante-chercheur :
Catherine Balg, inf. B.Sc., étudiante à la
maîtrise avec mémoire en sciences
infirmières à l'Université Laval.
catherine.balg.1@ulaval.ca
418 805-1565
418 623-1565

Sous la direction de :
Geneviève Roch, inf. Ph.D, professeure
adjoindte à la Faculté des sciences
infirmières de l'Université Laval
418 656-2131 poste : 13345
genevieve.roch@fsi.ulaval.ca