



**EHESP**

---

**Directeur des Soins**

Promotion : **2019**

Date du Jury : **Décembre 2019**

---

**Soutenir la collaboration  
interprofessionnelle des  
professionnels de santé : des enjeux  
pluriels pour le directeur des soins en  
établissement de santé**

---

**Françoise CROSSIN**



---

# Remerciements

---

Ce travail témoigne de mon cheminement au cours de cette année de formation de directeurs des soins, à l'ESEP, en 2019 au sein de la promotion Thomas Pesquet.

Au terme de celui-ci, j'adresse mes sincères remerciements aux personnes qui ont bien voulu partager leur point de vue au cours de nos échanges ainsi que m'accorder un peu de leur temps si précieux.

Je remercie tout particulièrement les personnes qui m'ont soutenue, encouragée, accompagnée dans ce nouveau projet, au cours de cette année riche d'expériences et de rencontres.

Enfin, j'exprime toute ma gratitude envers mes proches, pour leur patience et leur compréhension.



---

# Sommaire

---

INTRODUCTION.....	1
1 LES SAVOIRS COLLABORATIFS CHEZ LES PROFESSIONNELS DE SANTE .....	5
1.1 Un constat en formation par simulation en santé .....	5
1.2 Des facteurs humains aux compétences non techniques, softs skills, compétences psycho sociales .....	6
1.2.1 Les facteurs humains une préoccupation en gestion des risques .....	6
1.2.2 Les compétences non techniques, ou “non-technical skills” .....	7
2 LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE.....	9
2.1 Un processus collectif construit à partir de personnes exerçant des professions différentes.....	9
2.2 Le modèle de formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient .....	10
2.3 La CIP : un processus impacté par plusieurs déterminants .....	12
2.3.1 Les facteurs interactionnels.....	12
2.3.2 Les facteurs organisationnels.....	13
2.3.3 Les facteurs systémiques.....	14
2.4 La CIP: des enjeux et des bénéfices pluriels .....	16
2.4.1 Un système de santé en évolution.....	16
2.4.2 Le travail en équipe, un enjeu de sécurité, de qualité et de qualité de vie au travail .....	16
2.5 Les pratiques collaboratives : quelle place pour le directeur des soins ? .....	18
2.5.1 Le directeur des soins au sein d'un collectif de travail .....	18
2.5.2 Le parcours patient : une opportunité pour des pratiques collaboratives ? .	19
3 METHODOLOGIE .....	21
3.1 Choix du lieu de recueil .....	21
3.2 Choix de la population et aléas.....	21
3.3 Entretiens.....	23
3.4 Choix traitement des données.....	23
3.5 Limites de l'enquête .....	23
4 ANALYSE.....	24
4.1 Indicateurs et impacts de la collaboration interprofessionnelles.....	24
4.1.1 Des indicateurs pluriels .....	24
4.1.2 Impacts de la CIP perçus par les acteurs .....	27
4.2 Facteurs favorables et défavorables à la CIP .....	29
4.2.1 Des éléments liés aux individus et aux interactions sociales .....	29

4.2.2	Des éléments organisationnels et managériaux.....	30
4.2.3	Des éléments systémiques.....	32
4.3	Le directeur des soins et la collaboration interprofessionnelle.....	34
4.3.1	La CIP : un axe de travail pour le DS.....	34
4.3.2	Les leviers identifiés par le directeur des soins .....	35
5	RECOMMANDATIONS.....	39
5.1	Proposition 1 : Afficher et mettre en œuvre une politique collaborative en prenant appui sur le projet médico-soignant, et la démarche qualité .....	39
5.1.1	Un travail collaboratif entre le DS et PCME .....	39
5.1.2	Une logique de parcours : un vecteur de transversalité dans un projet médico-soignant partagé .....	40
5.1.3	Une collaboration avec la direction en charge de la démarche qualité et de gestion des risques.....	41
5.2	Proposition 2 : Développer les compétences collaboratives.....	42
5.2.1	Développer les compétences managériales de l'encadrement .....	42
5.2.2	Améliorer le niveau de compétence « non technique » des professionnels de santé en proposer des formations en équipe pluriprofessionnelle .....	43
5.2.3	Favoriser la place des espaces de conversation au sein de l'établissement.	44
5.3	Proposition 3 : Mesurer les impacts de la mise en œuvre d'une politique collaborative.....	45
5.3.1	Evaluer les pratiques collaboratives grâce à l'expérience patient.....	45
5.3.2	Evaluer les pratiques collaborative grâce à la satisfaction et l'expérience des professionnels .....	46
5.3.3	Pour l'établissement : Mesurer les impacts médico-économiques des dysfonctionnements et améliorations des pratiques collaboratives .....	47
5.4	Proposition 4 : Promouvoir une culture qualité des pratiques collaboratives .....	48
5.4.1	Développer la communication sur les EI et améliorations apportées grâce aux CREX et RMM .....	48
5.4.2	Favoriser une culture de l'erreur positive .....	49
	Conclusion.....	51
	Bibliographie.....	53
	Liste des annexes.....	I
	ANNEXE I.....	I

---

## Liste des sigles utilisés

---

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance  
CIP : Collaboration interprofessionnelle  
CME : Commission Médicale d'Etablissement  
CREX : Comité de Retour d'Expérience  
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé  
CSIRMT : Commission de Soins Infirmier de Rééducation et Médico-Technique  
DG : Directeur Général  
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins  
DQGR : Direction Qualité et Gestion des Risques  
ES : Etablissement de santé  
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire  
IDE : Infirmière Diplômée d'Etat  
HAS : Haute Autorité de Santé  
MED : Médecin  
MER : Manipulateur en Electro-Radiologie  
PACTE : Programme d'Amélioration Continue du Travail d'Equipe  
PCME : Président Commission Médicale D'établissement  
RMM : Revue de Mortalité et de Morbidité  
QVT : Qualité de Vie au Travail  
TQ : Technicienne Qualité



## INTRODUCTION

En septembre 2018, le gouvernement lance la stratégie nationale de transformation du système de santé, rebaptisée « Ma Santé 2022 ». Cette stratégie a pour ambition de transformer le système de santé français afin de lui permettre de répondre aux défis auxquels il est actuellement est confronté : le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques, les évolutions des demandes et attentes des usagers, les progrès technologiques et numériques... L'un des objectifs principaux est le décloisonnement, qu'il soit du financement, de l'offre de soins, ou de formation dans le champ sanitaire et médico-social.

Depuis plus d'un an, plusieurs mesures sont en œuvre visant à transformer l'offre sanitaire pour ainsi mieux répondre aux besoins et attentes des usagers du système de santé mais aussi à celles des professionnels de santé. Dans ce contexte, les acteurs de santé d'un territoire sont invités à développer des coopérations à travers l'exercice au sein de maisons de santé, de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), d'exercice partagé ville-hôpital... Cet engagement de « créer un collectif de soins au service des patients » (Ma santé 2022) poursuit l'objectif de mieux articuler la médecine de ville, le médico-social et l'hôpital, afin d'améliorer la réponse aux besoins de santé d'un territoire. Cet engagement est confirmé par la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé qui fixe le cadre réglementaire de différentes actions.

Au-delà des coopérations ville-hôpital, l'hôpital est lui-même invité à se transformer, à coopérer aux seins de groupements hospitaliers de territoire, à proposer des projets médico-soignants de territoire, à envisager une graduation de l'offre de soins dans une logique de filière afin de proposer des parcours de soins cohérents et pertinents aux patients.

Néanmoins, les contraintes économiques, la complexité des prises en charge liée au vieillissement de la population et au développement des maladies chroniques, les progrès de la médecine avec des séjours hospitaliers de plus en plus courts, le développement des interfaces nécessite une adaptation des différents acteurs à ces changements. Aussi, afin d'éviter les prises en charges morcelées internes et externes aux établissements de santé, la mise en œuvre de collaborations interprofessionnelles efficaces dans une perspective de coordination des prises en charges et parcours devient incontournable.

Or, un établissement hospitalier repose sur une organisation complexe, et emploie des professionnels très différents. Aussi, dans ce contexte ou les pratiques collaboratives

entre les différents acteurs de santé sont fortement encouragées, il nous semble opportun de nous interroger sur la place de celles-ci au sein d'un ES.

Les recherches réalisées sur les impacts des pratiques collaboratives dans le champ sanitaire ont permis de montrer que le travail d'équipe « efficace » est identifié comme facteur d'amélioration de la sécurité du patient, de la qualité des soins, et de la satisfaction au travail des professionnels.

Compte tenu de ces enjeux de sécurité, de qualité des soins, et de qualité de vie au travail, différents programmes de sensibilisation et de formation au travail en équipe sont proposés aux professionnels de santé dans les pays anglo-saxons tels que le Canada, et plus récemment en France par la Haute autorité de Santé (HAS) à travers le programme PACTE (Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe). En 2006, la fondation canadienne de la recherche sur les services de santé publie un rapport de recherche afin d'établir des recommandations pour promouvoir le travail en équipe. Il apparaît que les équipes de travail ont besoin « d'encouragements organisationnels », qu'elles requièrent « une structure et un leadership administratif efficace ». Aussi, actuellement une attention particulière semble être accordée à la dimension collective du travail. Mais qu'en est-il vraiment au sein des ES ?

Au cours de notre expérience professionnelle antérieure, nous avons fait le constat de façon empirique lors des sessions de formation par simulation en équipe pluriprofessionnelle, que les professionnels de santé (médecins, infirmiers, aides-soignants, masseurs-kinésithérapeutes...) avaient très peu de connaissances « académiques » sur la façon dont une équipe de travail fonctionne. Les connaissances des professionnels de santé sur les facteurs favorisant la coopération entre les différents acteurs et à contrario sur ceux qui affectent sa mise en œuvre à ce sujet semblaient s'appuyer, pour beaucoup d'entre eux, sur des connaissances expérientielles acquises au cours de leur expérience professionnelle.

Compte tenu des enjeux de qualité et de sécurité des soins, si au quotidien les professionnels de santé se côtoient, travaillent ensemble, exercent-ils réellement de façon collaborative ? Quels sont les facteurs qui favorisent et qui freinent ces pratiques ? Quelle peut être la place du directeur des soins dans ce périmètre ?

Aussi, la réflexion amorcée sur le sujet de la collaboration interprofessionnelle en établissement de santé et de la contribution du directeur des soins à ce processus nous a amené à poser la question suivante :

**En quoi le directeur des soins contribue-t-il à la mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle des professionnels de santé dans un établissement de santé ?**

Afin de répondre à cette question principale, nous nous appuyerons sur le questionnaire suivant :

1 Quels sont les indicateurs et les impacts de la collaboration interprofessionnelle mise en œuvre ?

2 En quoi les différents acteurs identifient la contribution du directeur des soins à la mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle ?

3 En quoi l'activité managériale du directeur des soins contribue -t-elle à impacter la collaboration interprofessionnelle dans l'établissement dans lequel il exerce ?

Dans la première partie de ce travail nous développerons ce que recouvre cette notion de collaboration interprofessionnelle : le contexte dans lequel elle s'inscrit, quels sont ses impacts et ses déterminants, et la place du directeur des soins dans ce processus.

Dans un second temps, nous proposons d'enrichir cette réflexion à partir d'une analyse reposant sur les données d'une enquête qualitative auprès d'acteurs exerçant au sein d'un même ES.

Enfin, à partir des données issues de nos recherches documentaires et de l'analyse des entretiens, nous exposerons quelques pistes envisageables pour un directeur des soins afin de soutenir les pratiques collaboratives des professionnels de santé dans l'établissement dans lequel il exerce.



# 1 LES SAVOIRS COLLABORATIFS CHEZ LES PROFESSIONNELS DE SANTE

## 1.1 Un constat en formation par simulation en santé

La formation par simulation « grande échelle » offre l'opportunité à des équipes pluriprofessionnelles soignantes, composées de médecins, de paramédicaux, de suivre ensemble des séquences de formation continue. Lors de celles-ci, les professionnels sont confrontés à une situation complexe, contextualisée à travers un scénario proposé par le formateur. Dans un objectif de maintien et de développement des compétences, les séances de simulation contribuent à l'actualisation des connaissances théoriques et pratiques des formés. Par ailleurs, la formation par simulation est un moyen d'améliorer le travail en équipe, notamment la coopération des différents acteurs lors d'un incident critique. A cet effet, les scénarii utilisés lors des séances peuvent reproduire des situations critiques peu fréquentes mais à haut risque pour le patient, ou des situations cliniques repérées comme problématiques pour les professionnels dans un secteur d'activité donné. Elles permettent de travailler, réfléchir, progresser en équipe, d'améliorer la coopération entre les acteurs, afin de pouvoir réagir de façon plus performante lorsqu'une situation clinique à risque survient.

Cette prise en charge simulée qui dure environ quinze à vingt minutes constitue l'une des étapes de cette modalité de formation. En effet, la structure de cette séquence de formation est structurée en 3 temps : le briefing, le jeu, le débriefing. Le débriefing est considéré comme la phase la plus importante de cette modalité de formation. Certains disent parfois que le jeu n'est qu'un prétexte au débriefing. Ce débriefing permet un temps de retour sur l'action et d'analyse à posteriori de l'activité réalisée par l'équipe qui est intervenue lors de la phase du jeu. Lors de ces temps, plusieurs objectifs sont poursuivis : des objectifs concernant la prise en charge thérapeutique et des objectifs concernant le travail en équipe dans la gestion d'une situation de soins. Dans les recommandations relatives aux formations par simulation, ces objectifs relèvent des « facteurs humains » (Imbert & Vaissière, 2019, p. 10). Ainsi, les axes de débriefing peuvent traiter de la façon dont les professionnels communiquent entre eux pendant la situation, s'organisent entre eux, prennent des décisions, ont conscience de la situation...

Au cours de séquences de formation en équipe, en tant que formateur, j'ai constaté, de façon empirique, à plusieurs reprises pendant les débriefings, la méconnaissance du sujet des éléments relatifs aux facteurs humains, par les professionnels de santé que j'ai pu rencontrer. Pour autant, j'ai également observé un intérêt manifeste envers ce sujet. Par exemple, lorsque les professionnels médicaux et non médicaux évoquent les difficultés

relatives au fonctionnement d'équipe qu'ils ont rencontré pendant la phase de jeu, ils font régulièrement le lien avec des difficultés similaires qu'ils éprouvent dans leur vie professionnelle. De plus, quand certains outils testés et recommandés par les sociétés savantes, pouvant faciliter leur exercice professionnel leur sont présentés, les propositions formulées par les formateurs sont le plus souvent accueillies favorablement par les participants à la formation.

Dans les établissements de santé, le travail en équipe, particulièrement pour les soignants est une nécessité (Imbert & Vaissière, 2019, p. 10). Il existe différents collectifs : au sein d'une unité de soins, au sein d'un pôle, d'un établissement, ou plus largement au sein d'un groupement hospitalier de territoire (GHT). Le collectif de travail, qui renvoie à l'exercice quotidien diffère suivant les professionnels, et le domaine d'exercice : clinique, administratif, technique, stratégique, médical... De plus, un même professionnel peut appartenir à différents collectifs, suivant le contexte, la mission, le moment de la journée.

Si le travail en équipe en milieu hospitalier semble incontournable, le manque de connaissances académiques des professionnels de santé expérimentés sur la façon dont un collectif de travail fonctionne et devient performant peut poser question. De fait, il apparaît que ce concept de « facteurs humains » semble être une notion prise en compte de façon assez récente dans le champ de la santé, notamment dans la littérature médicale.

Aussi, afin de mieux comprendre cette situation, il nous semble pertinent de préciser au préalable ce que signifie le terme « facteurs humains », dans le champ sanitaire.

## **1.2 Des facteurs humains aux compétences non techniques, softs skills, compétences psycho sociales**

### **1.2.1 Les facteurs humains une préoccupation en gestion des risques**

Le terme facteur humains renvoie à l'étude de la relation entre humains, environnement, ressources et tâches à accomplir, il « porte sur les relations entre les individus et les systèmes avec lesquels ils interagissent et se concentre sur l'amélioration de l'efficacité, de la productivité, de la créativité et de la satisfaction au travail en vue de minimiser les erreurs »(OMS, 2011, p. 111). Il est particulièrement utilisé en ergonomie mais aussi en gestion des risques notamment dans la recherche des facteurs favorisant la survenue d'erreurs, d'évènements indésirables. Il regroupe différentes caractéristiques, liées à l'individu, au collectif, à l'environnement, aux ressources disponibles. Il s'appuie sur le postulat que l'humain pose un problème de fiabilité, et que dans le cas d'un travail

d'équipe efficace, l'équipe peut pallier les insuffisances de l'individu. Ce terme est donc fortement associé au travail en équipe, au travail collaboratif.

### **1.2.2 Les compétences non techniques, ou “non-technical skills”**

Le travail en équipe demande aux différents acteurs qui en font partie la mobilisation de compétences afin d'optimiser certains facteurs humains. Ces compétences parfois appelées psycho-sociales regroupent un ensemble de compétences sociales, cognitives, relationnelles et émotionnelles. Elles articulent différents savoirs et notamment des savoirs sociaux, afin d'améliorer la sécurité et la performance en situation. Elles prennent en compte la conscience situationnelle, la capacité à prendre des décisions, la capacité à travailler au sein d'un collectif, le leadership, et la gestion du stress et de la fatigue (Lecomte, 2016, p. 475) .

Ces compétences sont parfois nommées *compétences CRM* “Crisis Resources Management” lorsqu'elles sont appliquées à des situations de crises. Dans l'aéronautique, la prise en compte des facteurs humains en formation initiale et continue des équipages est obligatoire. Il est en effet prouvé que la qualité de la coopération et de la communication entre membres d'un équipage contribue fortement à la sécurité d'un vol.

L'intérêt porté à ces compétences non techniques se développe dans différents champs d'activités et notamment dans le champ managérial. Elles relèvent de la capacité des différents acteurs à se coordonner, à mettre en œuvre des “habilités interpersonnelles et cognitives” (Lecomte, 2016, p. 476), à agir de façon concertée. Selon les auteurs, elles sont nommées compétences non techniques (non technical skills), compétences non académiques ou encore soft skills en opposition aux hard skills qui renvoient aux procédures techniques, protocoles et gestes techniques que doivent mettre en œuvre les soignants auprès des patients. Ainsi, l'attention accordée à ces compétences favorisant la collaboration entre différents professionnels témoigne de l'importance donnée actuellement aux compétences collectives.

Selon Guy le Boterf (2015), une compétence collective émane de la qualité de la coopération entre professionnels. La coopération ne correspond pas à une juxtaposition des compétences individuelles mais à une articulation de celles-ci au service d'un objectif commun. La compétence collective est alors « la capacité d'un collectif de travail à atteindre un objectif commun et résultant de la qualité du tissu des relations de coopération mises en œuvre par les acteurs de ce collectif pour les atteindre » (Le Boterf, 2015, p. 35). Le postulat est que le groupe déploie une performance dans l'action supérieure à l'addition de la performance de chacun des membres de celui-ci.

Néanmoins, il apparaît que la constitution d'une équipe n'a rien d'évident, qu'elle ne correspond pas à un simple agrégat d'individualités. Ainsi, le regroupement de

professionnels en vue de constituer une équipe de travail semble nécessiter un certain nombre de conditions afin de mettre en œuvre des relations de coopérations et de fonctionner de façon performante.

Or, comment se développent ces compétences favorisant la collaboration, la coopération entre professionnels dans le champ de la santé ?

## 2 LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

### 2.1 Un processus collectif construit à partir de personnes exerçant des professions différentes

Suivant les auteurs, Les termes collaborations et coopérations sont utilisés parfois de manière indifférenciée. Etymologiquement, le terme collaboration signifie « *travailler avec* ». Ce terme traduit une action collective, transposable au monde professionnel.

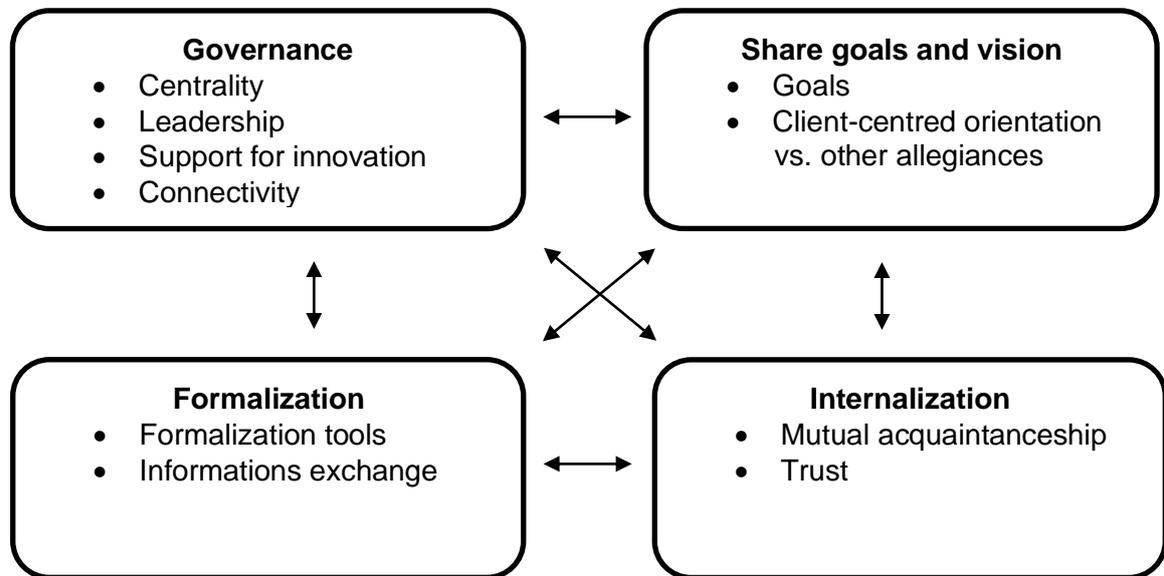
De plus, plusieurs expressions sont également utilisées pour qualifier la collaboration mettant en jeu plusieurs professionnels : collaboration pluri professionnelle, interdisciplinaire, multidisciplinaire, interprofessionnelle. Les préfixes multi et pluri renvoient à la notion de pluralité : plusieurs disciplines, plusieurs professions. Ils évoquent l'idée d'association, de cumul, afin d'atteindre un objectif commun, tandis que le préfixe *inter* comprend une dimension de réciprocité (Robidoux, 2007, p. 9), d'enrichissement mutuel, d'interaction. Par ailleurs, la différence entre interdisciplinaire et interprofessionnelle reposerait sur le fait que la première expression fait référence à la notion de disciplines scientifiques et aux experts de celles-ci, tandis que la deuxième fait plutôt référence aux professions et aux professionnels.

C'est pourquoi, certains auteurs abordent cette action collective, mettant en jeu l'intervention de différents professionnels, sous l'angle du concept de collaboration interprofessionnelle (CIP). Ainsi, la collaboration interprofessionnelle se définit comme « un ensemble de relations et d'interactions qui permettent, ou non, à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leurs expertises, leurs expériences, leurs habiletés, pour les mettre de façon concomitante au service des clients/patient... la structuration d'une action collective à travers le partage de l'information et de la prise de décision dans les processus cliniques. Elle résulte d'un processus d'interaction entre les acteurs, des acteurs avec la structure organisationnelle et ces deux éléments avec des structures englobantes » (D'Amour, Sicotte, & Lévy, 1999, p. 69). Cette définition met en valeur les notions de partage et d'action collective organisée par les professionnels de santé au service d'un objectif commun : la prise en charge du patient.

Plusieurs auteurs ont modélisé le concept de CIP. Dans le cadre de ce travail, nous avons choisi de nous référer aux travaux réalisés par D'Amour et Al (1999). Ce modèle a évolué dans le temps, aussi dans ce travail nous nous référerons à la version proposée par ces auteurs en 2008.

## 2.2 Le modèle de formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient

D'Amour et al (2008) proposent une modélisation du processus de collaboration interprofessionnelle. Elle comprend quatre dimensions interdépendantes et dix indicateurs associés à ces dimensions



Deux dimensions concernent les relations entre les personnes :

- Objectifs et vision partagée : il s'agit de l'existence d'objectifs partagés, s'appuyant sur des valeurs professionnelles communes. La priorisation accordée à la réponse aux besoins du patient, implique des négociations entre professionnels avec des ajustements de part et d'autre.
- L'intériorisation : elle concerne le fait que les professionnels se connaissent personnellement et professionnellement : valeurs, champ des compétences professionnelles de chacun, pratiques professionnelles... Cette dimension s'intéresse également à la relation de confiance qui existe entre les personnes : confiance dans les compétences professionnelles et dans le fait d'assumer ses responsabilités.

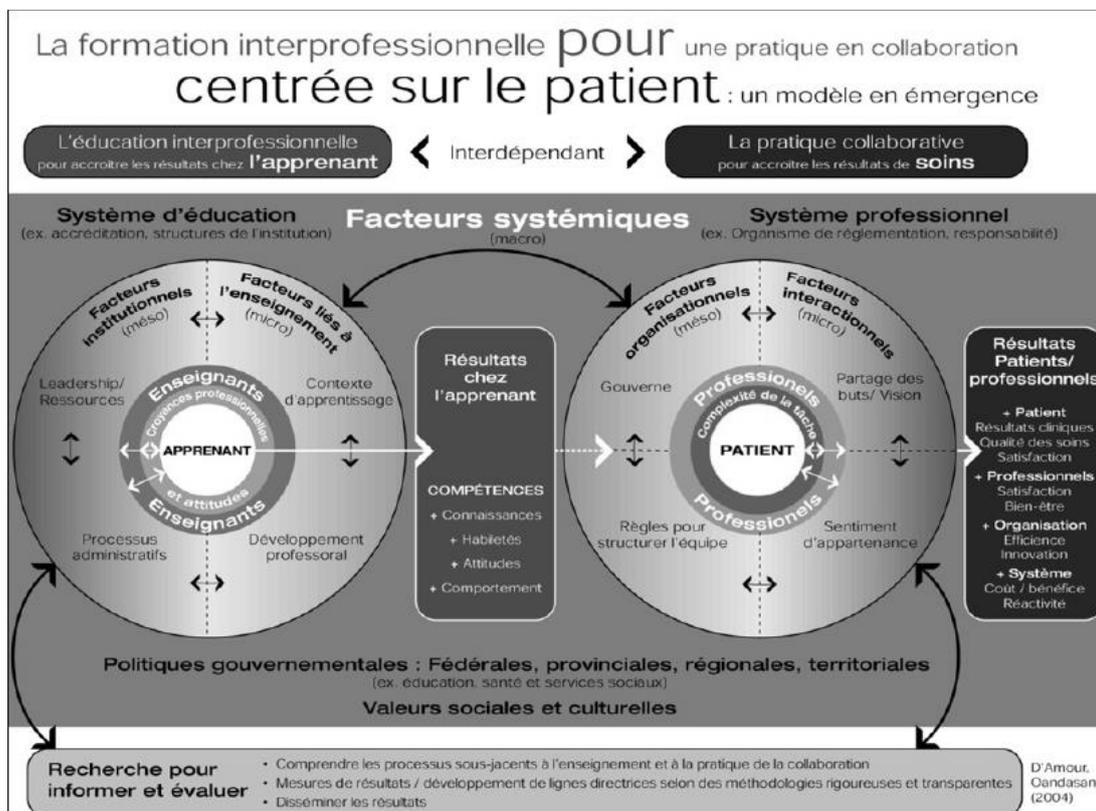
Deux dimensions décrivent les caractéristiques organisationnelles :

- La gouvernance qui comprend quatre indicateurs :
  - l'existence d'une politique collaborative claire et explicite de la part de la direction d'une institution ;
  - un leadership promouvant la collaboration ;
  - Le soutien à l'expérimentation et l'innovation ;

- Fluidité, décloisonnement entre les différentes organisations et individus.

La formalisation réfère à la clarification des rôles de chaque professionnel. Quel est le niveau de responsabilité de chacun ? quelles sont les responsabilités partagées ? L'existence de règles négociées et formalisées à travers des procédures, protocoles, et à leur appropriation par les professionnels.

Cette modélisation fait elle-même partie d'un modèle proposé par le comité national d'experts pour « la formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient » au Canada, inspiré par les travaux de D'Amour et Oandasan (Asmar & Wacheux, 2007, p. 11). Cette modélisation reprend les différents niveaux de structuration de ce processus : interactionnel, organisationnel, et les structures englobantes (D'Amour et al., 1999).



La mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle ne constitue pas un but en soi. Elle est un moyen au service d'une activité à réaliser. Elle existe pour répondre à un moment donné, à une problématique donnée : la réponse aux besoins de santé des usagers. C'est pourquoi, les patients sont placés au centre de ce modèle car la réponse à leurs besoins de santé est une activité qualifiée de complexe dans le sens où « la complexité d'une intervention réside dans le nombre de composantes qui agissent à la fois de manière indépendante et interdépendante, le nombre et la difficulté des comportements requis par ceux qui fournissent et reçoivent l'intervention, le nombre et la

variabilité des résultats, le nombre de groupes et de niveaux organisationnels cibles par l'intervention, le degré de flexibilité ou d'adaptabilité de l'intervention » (*Pagani et al., 2017, p. 36*).

Ce modèle met en évidence les liens existants entre la formation à l'interprofessionnalité à destination des étudiants et la pratique de la collaboration interprofessionnelle. En ce sens, il rejoint les préconisations de l'OMS « Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice » (OMS, 2010). Ainsi la formation à destination d'étudiants en santé mais aussi de professionnels déjà en exercice permettrait de développer chez les apprenants :

- les connaissances,
- les habiletés
- les attitudes et les comportements adéquats.

## **2.3 La CIP : un processus impacté par plusieurs déterminants**

Selon le modèle cité précédemment, la collaboration professionnelle, considérée comme un processus dynamique, évolutif et complexe (Robidoux, 2007, p. 12), est impactée à un niveau :

- micro par des facteurs interactionnels;
- méso par des facteurs organisationnels ;
- macro par des facteurs systémiques.

### **2.3.1 Les facteurs interactionnels**

Dans une équipe de travail, les personnes interagissent et entrent en relations les uns avec les autres. Cette expérience est impactée par des facteurs liés aux individus, tels que la volonté à collaborer, mais aussi par la qualité des relations personnelles et professionnelles entre les personnes. La relation de coopération est ainsi considérée comme une interaction entre les différents protagonistes, au service d'un objectif commun qui vise une performance collective. Il s'agit d'une relation avec une notion de « réciprocité », qui ne se limite pas à une intervention ponctuelle et /ou parcellaire.

La volonté de collaborer renvoie à la motivation de chacun à vouloir travailler de façon collective, ce que Le Boterf (2015, p53) nomme *vouloir coopérer*. Il relève de l'intérêt des individus à s'engager dans une relation de coopération. Ils s'engageront dans une relation si celle-ci est porteuses de bénéfices : performance, amélioration des relations interpersonnelles, sentiment de réussite... Cette volonté s'exprime par l'engagement des professionnels dans l'action collective. Pendant les séquences de formation par

simulation, l'intérêt des professionnels est manifeste envers les points de débriefing relatifs au travail collaboratif. De plus dans un établissement de santé, l'exercice au sein d'un collectif est quasi-incontournable.

Par ailleurs, la qualité des relations interpersonnelles dépend de la confiance mutuelle existant entre les différents membres du groupe. Cette confiance, suscitée par la volonté à travailler ensemble et l'engagement dans l'action, permet de procurer une certaine sécurité aux professionnels engagés dans l'action. La qualité des relations est également impactée par la communication entre les personnes, car elle illustre le respect dont font preuve les individus les uns envers les autres.

Selon le Boterf (2015, p53), le *savoir coopérer* renvoie aux représentations, connaissances et expériences des individus. Ces facteurs cognitifs individuels concernent les savoirs techniques nécessaires à la réalisation de l'activité, mais aussi les savoirs collaboratifs. Cela signifie qu'au-delà des connaissances procédurales, les professionnels ont besoin de se connaître personnellement ainsi que professionnellement pour pouvoir exercer ensemble.

Ces facteurs interpersonnels permettent à un groupe de personnes de se constituer en équipe. Cette notion d'équipe englobe plusieurs réalités. En effet, un groupe de personnes ne constitue pas systématiquement une équipe, un certain nombre de conditions sont requises afin que le groupe soit efficace et constitue ainsi une équipe. La dynamique des groupes qui s'intéresse aux différentes phases de développement des groupes, représente l'équipe comme un collectif développant différentes caractéristiques (Mucchielli, 2014) : l'engagement, le sentiment d'appartenance, la coresponsabilité, une bonne connaissance des uns et des autres permettant aux groupe de s'adapter aux différentes situations, un climat de coopération et de solidarité...

Les facteurs interactionnels sont nombreux. Ils relèvent des personnes elle-même (la motivation, les compétences relationnelles...) mais aussi de la qualité des interactions entre personnes (la confiance mutuelle, la communication...). Néanmoins, malgré la volonté des personnes, leur engagement, la confiance dont elles témoignent les unes envers les autres, leurs savoirs, ces facteurs interactionnels s'inscrivent dans un cadre plus large lié à l'organisation de l'institution.

### **2.3.2 Les facteurs organisationnels**

Ces facteurs semblent avoir une influence non négligeable sur la mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle. Pour Le Boterf (2018), le *pouvoir coopérer* concerne les conditions, les modalités organisationnelles qui vont favoriser ou non cet exercice collectif. Il relève notamment de la coordination, c'est-à-dire de la réunion des « conditions

favorables à la mise en œuvre de relations de coopérations nécessaires »(Le Boterf, 2015, p. 36). L'attribution des ressources attribuées à cette collaboration témoigne de l'importance que lui donne la structure organisationnelle.

Les éléments organisationnels (Asmar & Wacheux, 2007, p. 13) qui influencent la collaboration dépendent du cadre d'exercice professionnel. Ils sont principalement constitués par :

- la culture organisationnelle de l'établissement: une organisation qui privilégie les relations horizontales aux relations verticales, hiérarchiques, traditionnelles et applique le principe de subsidiarité dans son fonctionnement ;
- la gouvernance de l'établissement dont le leadership, les règles de fonctionnement, le soutien institutionnel en termes de moyens (administratifs, financiers, humains...).

Dans une institution, l'influence de ces facteurs organisationnels sur la collaboration (D'Amour & al, 1999) semble déterminant. Toutefois, un établissement de santé est régulé par un ensemble de règles et de pratiques sociales qui s'inscrivent dans un système culturel, économique et réglementaire.

### **2.3.3 Les facteurs systémiques**

En effet, la collaboration s'inscrit dans un contexte élargi qui prend en compte la dimension politique accordée au développement de la collaboration interprofessionnelle. Quelles sont les politiques des gouvernements à ce sujet ? Quelle place est accordée aux mesures gouvernementales, qu'elles soient nationales, régionales ou locales, incitant et favorisant la collaboration interprofessionnelle auprès des professionnels de santé qui exercent ? Qu'en est-il au niveau des référentiels de formation des différents professionnels de santé ?

Elle renvoie également aux dimensions culturelles, sociales dans lesquelles s'inscrivent les différents professionnels de santé : les relations de pouvoir existant entre les différentes catégories professionnelles. A titre d'exemple, entre médecins et infirmiers, le rapport social reste « fortement hiérarchisé »(Picot, 2005, p. 94), même s'il a évolué depuis plusieurs décennies. Actuellement, dans une équipe soignante, les relations entre médecins et paramédicaux sont qualifiées de relations fonctionnelles. Néanmoins, leurs relations restent empreintes d'une dimension hiérarchique, liée à la place accordée aux savoirs médicaux, à la valorisation sociale de l'activité médicale, aux différences de salaires et à la prévalence de l'organisation médicale sur l'organisation de l'activité de soins.

Les facteurs systémiques concernent également le système éducatif et plus spécifiquement professionnel. L'apprentissage du travail en interprofessionnalité se construit sur le terrain d'exercice professionnel, par côtoiement, par un exercice partagé lors des stages et des premières expériences professionnelles. Chaque groupe de professionnels de santé forme ses pairs, et inculquent aux novices des façons de penser, des valeurs implicites qui se situent au-delà des enseignements disciplinaires, et qui constituent une sorte de « curriculum caché » (Duru-Bellat, 2015, p. 15). Cette organisation s'inscrit dans une volonté d'affirmation identitaire professionnelle qui revendique une formation par les pairs, une logique de professionnalisation

Dès lors, les rapprochements annoncés des professionnels de santé pendant leurs cursus initiaux de formation illustrent la nécessité d'agir au niveau macro afin de lutter contre l'organisation actuelle identifiée comme un « obstacle majeur » (Robidoux, 2007, p. 14). En formation continue, cette préoccupation semble également assez récente. Dans les établissements de santé, les plans de formation continue à destination des professionnels médicaux et non médicaux sont souvent différenciés. Pour les professionnels de santé, l'enjeu est alors de conjuguer ce souhait d'affirmation professionnelle et d'ouverture aux autres professionnels dans une perspective d'exercice collectif.

Enfin, les facteurs systémiques prennent également en compte les facteurs économiques, c'est-à-dire la façon dont sont financées les actions favorisant la coordination, coopération ; et la réglementation encadrant la pratique des différentes catégories des professionnels de santé.

En synthèse, le modèle de collaboration professionnelle « système professionnel » est influencé par plusieurs déterminants. Il tient compte du besoin sur le plan macro de soutenir la collaboration interprofessionnelle par des mesures politiques. Au niveau méso, il appartient aux établissements de santé de prendre des initiatives en fixant des orientations stratégiques, et en proposant des organisations et des ressources favorisant la collaboration interprofessionnelle. Ces choix politiques, stratégiques et organisationnels permettraient ainsi de soutenir la volonté et les pratiques collaboratives des professionnels de santé.

Après avoir identifié les facteurs influençant les pratiques collaboratives des professionnels de santé, il convient de s'interroger sur les enjeux et les effets attendus des pratiques collaboratives pour les usagers, les professionnels, et les établissements de santé.

## **2.4 La CIP: des enjeux et des bénéfices pluriels**

### **2.4.1 Un système de santé en évolution**

Depuis plusieurs années, notre système de santé est confronté à de nombreux changements. La population est vieillissante, les maladies présentant un caractère de chronicité sont en hausse, les patients sont mieux informés sur leurs problèmes de santé, plus exigeants. Grâce aux progrès de la médecine et de la technologie, la durée moyenne de séjour en milieu hospitalier baisse de façon importante. Le temps de la prise en charge est court en milieu hospitalier mais s'inscrit dans une temporalité plus longue en lien le développement des maladies chroniques.

Ces différents éléments conduisent le système de santé à se transformer et à revoir les prises en charge des patients en développant la notion de parcours patients, de filières de soins (González-Martínez & Bulliard, 2018, p. 17). La multiplicité des intervenants, les temps restreints, imposent de se pencher sur les interfaces, sur les points potentiels de rupture dans la prise en charge des patients et de penser différemment les pratiques professionnelles en santé dans une perspective de collaboration.

### **2.4.2 Le travail en équipe, un enjeu de sécurité, de qualité et de qualité de vie au travail**

Depuis 20 ans, suite à la parution du livre "To err is human" en 1999, le système de santé a pris conscience du fait que les événements indésirables associés aux soins constituent une source fréquente de décès pour les patients hospitalisés. Les problèmes observés relèvent le plus souvent d'erreurs humaines. Si différentes enquêtes et études ont permis de montrer que les causes principales des événements indésirables associés aux soins (EIAS) sont multifactorielles, ces causes sont souvent organisationnelles et sont plus particulièrement liées à la façon dont l'équipe fonctionne (DREES, 2010). Ces dysfonctionnements résultent de problèmes d'organisation, de communication au sein de l'équipe de travail. A contrario, la littérature mentionne qu'un travail d'équipe "efficace" permet d'améliorer la sécurité du patient en réduisant le risque de survenue d'un événement indésirable, mais améliore également la santé et le bien-être au travail des professionnels (May-Michelangeli, Sami, & Boussicault, 2015).

Ainsi, sur la base des différentes études et enquêtes réalisées principalement dans des pays anglo-saxons, L'OMS ainsi que certains pays tel que le Canada se sont emparés de ce problème en proposant des guides pédagogiques (OMS, 2011) et des recommandations auprès des professionnels de santé afin de les sensibiliser aux facteurs humains et les former au travail en équipe.

Dès lors, la Haute autorité de Santé (HAS) s'est engagée sur un certain nombre de mesures afin de contribuer à l'amélioration du travail en équipe dans les établissements de santé à travers un programme expérimental d'amélioration du travail en équipe (PACTE) (May-Michelangeli, Sami, Renoux, & Amalberti, 2018). Dans l'avenir, ce programme pourrait faire partie des démarches de certification. En France, cinquante équipes en milieu hospitalier ont participé à cette expérimentation. Celui-ci s'inspire d'une expérience menée aux Etats-Unis, dans les *Veterans Hospitals*, qui grâce à un diagnostic local des risques et un programme de formation au travail en équipe de type CRM (CREW Ressource Management), a permis de baisser de 18% la mortalité après intervention chirurgicale.

Le programme PACTE repose sur un diagnostic initial du fonctionnement de chaque équipe visée, un plan d'action à partir de points critiques identifiés lors de la phase diagnostique, et une phase d'évaluation. La finalité de cette expérimentation visait en première intention à en mesurer la faisabilité, mais aussi ses impacts. La HAS a dressé un premier bilan de PACTE. Il apparaît que la conduite de ce programme a été perçue comme exigeante pour un certain nombre d'équipes engagées. Pour autant, certains éléments facilitant l'engagement dans la démarche ont été repérés (HAS, 2018b).

A ce stade, s'il n'est pas encore possible de mesurer les effets de celui-ci sur la sécurité du patient, un impact positif est apparu sur l'ambiance de travail : coopération, communication, satisfaction au travail... Ainsi, pour les équipes engagées dans ce programme, cette expérimentation a constitué pour les professionnels une opportunité pour échanger sur leurs attentes les uns vis-à-vis des autres, pour créer une dynamique commune de travail avec une volonté d'améliorer la qualité de leurs prestations (May-Michelangeli et al., 2015).

Enfin, les premiers résultats émanant de cette expérimentation montrent que l'inscription des équipes dans une démarche de ce type nécessite l'appui de la direction de l'établissement (May-Michelangeli et al., 2018), ce qui souligne l'importance des facteurs méso que nous avons décrits précédemment.

Des dispositifs complémentaires ont également été développés en 2014 par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), afin de réduire les difficultés organisationnelles entre professionnels de santé et favoriser la synchronisation des temps médicaux et non-médicaux.

De fait, plusieurs d'outils sont proposés aux professionnels de santé dans l'objectif de soutenir les pratiques collaboratives, cependant cette vision instrumentale ne doit pas nous faire perdre de vue la complexité du processus et les différents déterminants qui influent la collaboration interprofessionnelle. Ainsi la mise en œuvre de collaborations interprofessionnelles efficaces dans une perspective de coordination des prises en

charges et parcours parait incontournable afin d'éviter les prises en charges morcelées internes et externes aux établissements de santé. Néanmoins, les bénéfices d'une collaboration interprofessionnelle entre professionnels de santé sont perceptibles à différents niveaux : pour le patient, pour les professionnels de santé, pour les établissements de santé. Le travail en équipe est en effet identifié comme facteur d'amélioration de la sécurité du patient, de la qualité des soins, de la satisfaction au travail des professionnels, et d'efficience pour les établissements de santé.

## **2.5 Les pratiques collaboratives : quelle place pour le directeur des soins ?**

### **2.5.1 Le directeur des soins au sein d'un collectif de travail**

Dans un établissement de santé, le DS en tant que membre de l'équipe de direction participe aux choix et déclinaisons des orientations politiques, stratégiques, et organisationnelles dans l'établissement dans lequel il exerce, et à l'échelle d'un groupement hospitalier de territoire. Il contribue aux décisions institutionnelles en tant que membre de droit du directoire d'un établissement de santé.

Ces missions du DS sont plurielles. Pour autant, la coopération des professionnels dans une perspective qualité et de sécurité des soins fait partie de ses prérogatives : « le directeur des soins est responsable de la conception et de la mise en oeuvre du projet de soins et des objectifs de qualité et de sécurité des soins définis dans ce cadre. Il en coordonne la mise en oeuvre et l'évaluation. Il veille à la continuité des soins et à la cohérence des parcours de soins des patients » (EHESP, 2011). Au sein d'un ES, le DS est plus particulièrement en responsabilité des professionnels de santé paramédicaux, il est en charge de la « Structuration de l'organisation de la direction des soins, de l'encadrement et des professionnels paramédicaux » (EHESP, 2011)

La dimension collaborative du travail s'inscrit dans le travail quotidien du directeur des soins, en exerçant lui-même au sein d'un collectif et en contribuant « *à l'élaboration et à la mise en oeuvre de la stratégie et de la politique d'établissement* » (Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, 2002), au sein de l'équipe de direction et sous l'autorité du directeur d'établissement. Il participe aux décisions et aux orientations stratégiques.

De fait, par son positionnement au sein d'une équipe de direction, par son action managériale notamment auprès de l'encadrement supérieur et de proximité, il nous semble opportun de nous interroger sur la place que peut prendre un directeur des soins à propos du déploiement de pratiques collaboratives dans un établissement de santé. En

effet, dans le chapitre précédent nous avons relevé que plusieurs facteurs peuvent influencer favorablement ou défavorablement la CIP : des facteurs interactionnels, organisationnels et systémiques. Aussi, quelle est la marge de manœuvre du DS afin d'agir sur ces déterminants ? Quel est son périmètre d'action ? Sur quels collaborateurs peut-il s'appuyer ? Comment peut-il contribuer à créer un contexte favorable à l'émergence et au maintien de pratiques collaboratives interprofessionnelles entre professionnels de santé ?

### **2.5.2 Le parcours patient : une opportunité pour des pratiques collaboratives ?**

Devant l'augmentation des personnes atteintes de maladie chronique, et face au vieillissement de la population, la notion de parcours est progressivement devenue incontournable. Elle affirme la nécessité de renforcer les dispositifs de coordination afin de répondre aux besoins d'une population identifiée. Dans cette perspective, la réponse aux besoins des usagers passe par « la promotion de parcours de soins qui comprennent, pour le patient, le juste enchaînement et au bon moment de ces différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins... La démarche consiste à développer une meilleure coordination des interventions professionnelles... Cette notion de parcours de soins permet ainsi de s'appuyer sur les bonnes pratiques de chaque professionnel mais aussi de développer les actions d'anticipation, de coordination et d'échanges d'informations entre tous les acteurs impliqués »(ARS, 2016) . Dans cette continuité, la loi LMSS (LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, 2016) a mis en exergue la notion de parcours au sein d'un territoire et impose la sortie d'une logique de prise en charge des patients hospitalo-centrée.

Cette situation implique de réfléchir sur la cohérence et la pertinence des parcours patient. Le parcours est une vision de prise en charge versus patient, tandis que la filière de soins est une organisation pensée versus professionnels de santé. Par sa connaissance du système sanitaire et des différents acteurs qui s'y rattachent, Le DS a toute sa place dans cette mission d'aménagement et de coordination parcours-filières. Ainsi, l'enjeu des pratiques collaboratives ne se limitent pas à l'intra hospitalier, mais se situe dans une perspective d'articulation avec différents partenaires : les professionnels de santé libéraux, les établissements médico-sociaux...

Toutefois, il nous semble que déployer une politique visant à développer les collaborations ville-hôpital ne peut pas se mener sans une attention accordée aux cloisonnements existant en interne, au sein d'un établissement hospitalier. Dès lors l'acculturation aux pratiques collaboratives en interne poursuivrait un double objectif : lutter contre les cloisonnements en interne, contribuer à la création de liens en externe.

Les pratiques collaboratives sont reconnues comme étant bénéfiques pour le patient, les professionnels et les ES. L'organisation de la prise en charge des patients sous la forme de parcours devient incontournable et impose la coordination, et la collaboration des différents acteurs. Le directeur des soins, que membre de l'équipe de direction d'un ES, a une responsabilité relative à la continuité des soins et à l'organisation du parcours patient. Aussi, à ce stade de notre réflexion, ces différents éléments nous conduisent à nous interroger sur la contribution du directeur des soins à la mise en œuvre des pratiques collaboratives entre professionnels de santé au sein d'un ES. A cette fin, dans la suite de ce travail, nous nous attacherons à tenter de répondre aux questions suivantes :

*En quoi le directeur des soins contribue-t-il à la mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle des professionnels de santé dans un établissement de santé ?*

Afin d'atteindre cet objectif, les sous questions suivantes guideront notre questionnement :

1. *Quels sont les indicateurs et les impacts de la collaboration interprofessionnelle mise en œuvre ?*
2. *En quoi les différents acteurs identifient la contribution du directeur des soins à la mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle ?*
3. *En quoi l'activité managériale du directeur des soins contribue -t-elle à impacter la collaboration interprofessionnelle dans l'établissement dans lequel il exerce ?*

### **3 METHODOLOGIE**

Afin de répondre à notre questionnaire, nous avons choisi de réaliser une enquête interne à un établissement. Celle-ci a pour objectif d'étudier les facteurs favorables ou non à mise en œuvre de la CIP des professionnels de santé dans un ES, et d'identifier la place du DS dans ce processus.

#### **3.1 Choix du lieu de recueil**

Le recueil de données est réalisé dans un établissement de santé d'environ 1000 lits situé en milieu rural. Il comprend des lits de médecine-chirurgie-obstétrique, des lits de soins de suite et de rééducation, des lits d'hébergement et un service de soins infirmiers à domicile. Il est l'établissement support du GHT. C'est un établissement qui sur le plan financier est inscrit dans un plan de retour à l'équilibre. Il rencontre des difficultés de recrutement médical et de certaines professions paramédicales en tension (ex : masseur-kinésithérapeute). Dans ce contexte, l'équipe de direction met en œuvre des actions managériales et de communication afin de développer la fidélisation des agents et l'attractivité de l'établissement.

Ainsi, nous avons choisi de réaliser une enquête qualitative à partir d'entretiens auprès de différents acteurs de l'établissement dans l'objectif de répondre à la question principale et aux sous questions initialement posées.

#### **3.2 Choix de la population et aléas**

A propos de la sous-question 1, nous avons réalisé des entretiens auprès du directeur des soins, du directeur de la qualité et de la gestion des risques, du président de la commission médicale de l'établissement et du directeur général de l'établissement. Ces personnes sont membres du directoire et nous semblent directement concernés par le sujet que nous avons choisi de traiter.

En effet, selon, le Décret n° 2009-1762 du 30 décembre 2009 relatif au président de commission médicale d'établissement, vice-président de directoire des établissements publics de santé, Le PCME est chargé, conjointement avec le directeur de l'établissement public de santé, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Le PCME représente la communauté médicale d'un établissement de santé.

De plus, dans un ES, le DS est « responsable de la conception et de la mise en œuvre du projet de soins et des objectifs de qualité et de sécurité des soins définis dans ce cadre. Il en coordonne la mise en œuvre et l'évaluation » (EHESP, 2010).

Par ailleurs, nous avons vu précédemment que la question de la collaboration devient une préoccupation en matière de gestion des risques. C'est pourquoi il nous a semblé pertinent d'avoir le point de vue du directeur en charge de la qualité et de la gestion des risques (DQGR) de l'établissement sur le sujet. Enfin le directeur général (DG) incarne la politique générale de l'établissement, aussi nous pensons que sa perception du sujet influence la politique de l'établissement relative aux pratiques collaboratives.

Afin de répondre à la sous-question 3, nous souhaitions initialement relever des indices de dysfonctionnement de collaborations interprofessionnelles, à partir de déclarations d'évènements indésirables ou de compte rendu de retours d'expérience en santé (CREX). Nous envisagions alors de retenir 2 situations de dysfonctionnement, et de rencontrer à posteriori les différents acteurs des situations choisies, c'est-à-dire les professionnels acteurs de cette situation, afin qu'ils expliquent comment et pourquoi ils avaient collaboré de cette façon afin d'accéder à leur conception des pratiques collaboratives, et à leur perception des conditions favorables ou non à la collaboration interprofessionnelle.

Nous avons été confrontés à 2 difficultés :

- Les comptes rendus des CREX et RMM sont conservés auprès de la direction en charge de la qualité et de la gestion des risques, et malgré nos demandes, nous n'avons pas pu avoir un accès direct aux comptes-rendus. Cette accessibilité limitée aux documents a contraint le choix des situations.
- une fois les situations choisies, il nous a été déconseillé de rencontrer certains acteurs car ceux-ci risquaient, compte tenu de leur positionnement actuel vis-à-vis de la politique de qualité et gestion des risques dans l'établissement, de ne pas comprendre notre démarche et susciter certaines tensions.

Compte tenu de cette contrainte, nous avons alors choisi de rencontrer des professionnels du service d'accueil et d'urgences de l'établissement, un service de l'établissement où le collectif de travail est perçu comme favorable, positif, et où la collaboration avec de nombreux secteurs d'activité est quotidienne : services d'hospitalisation, services médico-techniques.... Les professionnels rencontrés, se sont proposés spontanément, et sont issus de filières différentes : un médecin, une infirmière, un manipulateur en radiologie. Ces entretiens ont pour objectif de répondre aux sous questions 2 et 3.

Les données issues des entretiens devaient également nous permettre de répondre à la sous question 2, à partir des indices relatifs à la stratégie managériale identifiés par les différents acteurs : au niveau de l'équipe de direction, et au niveau des personnels médicaux et non médicaux.

### **3.3 Entretiens**

Nous avons utilisé le même guide d'entretien (ANNEXE I) pour les différents interlocuteurs. Ce guide a pour objectifs de repérer les représentations des acteurs sur le sujet en les incitant à parler de leurs pratiques et de ce qui motive celles-ci (Blanchet, Gotman, & Singly, 2005, p. 25).

Afin d'enrichir le recueil d'enquête, nous avons également mené des entretiens auprès de la technicienne qualité et auprès du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (qui est également PCME dans l'établissement). Nous souhaitons qu'ils nous décrivent plus particulièrement la façon dont sont mis en œuvre les CREX et RMM dans l'établissement, et qu'ils identifient ce qui de leur point de vue en constitue les freins et les leviers ; l'objectif étant de comprendre pourquoi les professionnels se saisissent ou pas de ces temps de travail collectif où une analyse des pratiques semble possible...

### **3.4 Choix traitement des données**

L'analyse des données est qualitative et se décline à partir d'une catégorisation thématique des données. Nous avons à cet effet utilisé la grille d'analyse proposée par le concept de CIP : les indicateurs qui traduisent son existence, les impacts perçus par les acteurs, les conditions favorisant les conduites coopératives, et la place du directeur des soins dans ce processus.

### **3.5 Limites de l'enquête**

Cette enquête est réalisée sur un seul site et repose sur le discours singulier des acteurs que nous avons rencontré. Aussi, les résultats obtenus sont à prendre avec prudence et n'ont pas vocation à être généralisés. Il s'agit plutôt d'une approche compréhensive qui vise à suggérer quelques pistes envisageables dans notre prochain exercice en tant que directeur des soins.

## 4 ANALYSE

L'analyse des données issues des entretiens a pour objectif de répondre à la question suivante : *En quoi le directeur des soins contribue-t-il à la mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle des professionnels de santé dans un établissement de santé ?*

Dans cet objectif, nous avons catégorisé les données issues de notre enquête en nous appuyant sur la modélisation du processus de CIP proposée par D'Amour & Al (2008) et celui de « la formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient » des mêmes auteurs (2004) afin de répondre aux sous-questions suivantes :

- 1 Quels sont les indicateurs et les impacts de la collaboration interprofessionnelle mise en œuvre ?
- 2 En quoi les différents acteurs identifient la contribution du directeur des soins à la mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle ?
- 3 En quoi l'activité managériale du directeur des soins contribue -t-elle à impacter la collaboration interprofessionnelle dans l'établissement dans lequel il exerce ?

### 4.1 Indicateurs et impacts de la collaboration interprofessionnelles

L'analyse des données issues des entretiens est catégorielle. Elle repose sur le modèle de la CIP que nous avons préalablement retenu. Ainsi, les indicateurs relatifs à la CIP relevés par les personnes rencontrées sont classés selon les quatre dimensions interdépendantes de la CIP identifiées par D'amour & Al (2008).

#### 4.1.1 Des indicateurs pluriels

A) Des objectifs et une vision partagée

Cette dimension est particulièrement identifiée par les cliniciens : l'infirmière des urgences, le médecin des urgences ainsi que le manipulateur en électroradiologie médicale. Ils l'évoquent en présentant leur « *souci de prise en charge optimale* » (IDE) ; « *la priorité reste le patient* » (IDE), « *d'optimisation de la prise en charge* » (MED), « *Améliorer la prise en charge* » (MER). Cet objectif centré sur l'amélioration des prestations aux patients implique des temps d'échange et de transactions entre professionnels : « *Les transmissions communes... permettent d'impliquer, quand on comprend ce qu'on fait, c'est mieux pour le patient* » (MED), « *j'ai connu les staffs en CHU...c'était beaucoup plus facile, ils savaient ce qu'on allait faire, et nous on savait ce qu'ils allaient faire* » (MER). Au-delà de la négociation d'objectifs partagés, ils mettent en avant la question du sens au travail : « *quand on comprend ce qu'on fait, c'est mieux pour*

*le patient* » (MED), « *avoir une vision globale c'est intéressant* » (MER), « *pourquoi je suis là ? Au service de qui ?* » (DQGR) et à contrario le manque d'échanges favoriserait « *une mauvaise interprétation des choses* ». Cette question du sens est également soulevée par le DS « *avec l'encadrement, on travaille sur le sens de l'action car le quotidien absorbe beaucoup les équipes sur le faire, or le sens du faire n'est pas toujours questionné...* » (DS).

Ainsi, l'existence d'objectifs commun, d'une vision du monde partagée au bénéfice du patient est un indicateur d'une dynamique collective au sein d'une équipe de travail. En donnant du sens, elle contribue à l'engagement des professionnels dans l'activité.

## B) Se connaître et se faire confiance

L'importance de cette dimension nommée « *intériorisation* » est relevée par les mêmes acteurs. Pour ces acteurs il importe de se connaître professionnellement « *on a chacun ses compétences...on a la connaissance du rôle de chacun, de ses limites, de ses compétences* », « *on ne peut pas fonctionner en silo, les problèmes paramédicaux intéressent les médecins et vice-versa* » (MED), mais aussi personnellement avec l'existence de temps de convivialité sur le lieu de travail « *prendre le temps de prendre un café, de se poser* » (IDE) et, en dehors du temps de travail « *Il y a régulièrement des soirées organisées...celui qui veut vient, cela permet d'entretenir les relations* », « *avec les urgences ça se passe bien car on se connaît bien* » (MER). Ces témoignages indiquent que « la collaboration interprofessionnelle suppose la connaissance du champ de pratiques de l'autre ainsi que la reconnaissance de ses compétences respectives » (Policard, 2014, p. 35).

La question de la confiance est abordée sous l'angle de la confiance dans les pratiques et compétences professionnelles « *on avait même pas besoin de parler car chacun connaissait son travail* » (IDE), « *il faut respecter le travail de l'autre* » (PCME) mais aussi sous l'angle de la confiance interpersonnelle prenant en compte une dimension affective « *avec les radiologues on a beaucoup de chance, ce sont des personnes sympathiques qui nous écoutent* », « *on vit des choses difficiles dans la vie professionnelle, la vie privée, le soutien des collègues c'est très important* ». Par opposition, quand cette confiance n'existe pas « *c'est parfois compliqué de dire ce qui ne va pas... c'est encore compliqué dans certains services* » (PCME), cette situation semble entraver les échanges entre professionnels et limiter ainsi leur capacité à négocier des objectifs communs en les incitant à « *fonctionner en silo* » (MED).

Dès lors, une dynamique d'équipe favorable se traduit par des relations interpersonnelles de qualité : les professionnels se connaissent et se font confiance.

### C) La gouvernance

Les indicateurs de cette dimension de la CIP sont principalement mentionnés par les acteurs participant au pilotage de l'établissement, et par le médecin interviewé qui en tant que chef de service exerce des missions managériales. Néanmoins l'indicateur relatif à la politique n'est relevé par aucune des personnes rencontrées au cours de l'enquête.

En revanche, la question du leadership est mise en exergue par plusieurs interlocuteurs. Ils font référence à la capacité des leaders à être à l'écoute à « *entendre les followers* » (DS). Dans ce sens, l'IDE précise que « *la qualité de l'encadrement, l'écoute de l'encadrement... c'est primordial* ». La capacité du leader à promouvoir un esprit collectif est également décrite comme génératrice « *d'un effet d'entraînement* ». Ces propos illustrent la complémentarité du « follower » et du « leader » dans le sens où le premier « serait celui qui est capable de se conformer aux décisions d'un plus compétent que lui lorsque la situation l'exige, tout en gardant son sens critique et sa capacité à alerter le leader si celui-ci se fourvoie » et le second « celui qui est apte à prendre la direction des opérations et à répartir les tâches en évaluant les capacités de ses collaborateurs, tout en étant capable d'accepter les suggestions ou la remise en question de ses décisions et de reconnaître ses limites » (Policard, 2014, p. 47)

Le point relatif au soutien des pratiques collaboratives est essentiellement abordé par le président de la CME et le médecin chef de service des urgences, en termes de moyens humains « *pour que la collaboration puisse fonctionner, il faut des moyens humains* » (PCME), mais aussi matériels : temps et espaces dédiés (MED).

L'item concernant le décloisonnement n'est pas associé à ceux pouvant exister entre pôles, entre directions, mais confère essentiellement aux décloisonnements entre métiers, professions. Ainsi, le médecin des urgences témoigne de l'intérêt dans un projet de réorganisation aux urgences de nommer dans un groupe de pilotage des professionnels issus des différents métiers afin de s'engager dans « *un vrai travail collaboratif* » et de favoriser ainsi l'adhésion des agents à ce nouveau projet organisationnel. Dans cette perspective le décloisonnement est associé à un management non pyramidal car « *l'interprofessionnalité implique de l'horizontalité* » (DS). A contrario, quand les pratiques ne sont pas collaboratives, « *souvent les agents ne savent pas comment fonctionne le métier des autres* » (DQGR), et le cloisonnement hiérarchique entre catégories professionnelles peut faire obstacle « *dans l'hôpital, c'est très hiérarchisé en termes de métiers, on parle de grade comme dans l'armée* » (DS).

Ainsi, les acteurs rencontrés identifient comme indicateurs d'une dynamique collective entre professionnels : la présence de leaders en capacité d'entendre les *followers*, le fait de disposer de moyens humains et matériel, et l'exercice d'un management horizontal privilégiant des relations horizontales entre professionnels.

#### D) La formalisation

La question des règles collectives et partagées est peu relevée par les interlocuteurs. Seuls le PCME et le MER y font mention en évoquant l'intérêt d'avoir des « organisations calées » notamment entre médecins et paramédicaux au sujet de l'organisation du temps de travail au quotidien (PCME) et en se référant à un travail collectif sur l'organisation du parcours patient dans la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral (AVC) « grâce aux procédures, protocoles qu'on a travaillé ensemble, maintenant tout le monde sait ce qui est fait et ce qui va être fait... si on ne l'avait pas fait, on allait droit dans le mur... » (MER). Le fait que cet indicateur des dimensions organisationnelle de la CIP soit peu relevé par nos interlocuteurs questionne la présence effective et la mise e œuvre de règles collectives et partagées au sein de l'établissement.

En synthèse, d'après les personnes que nous avons rencontrées, la CIP est perçue comme effective quand les professionnels de santé partagent un cadre de référence commun, entretiennent des relations interpersonnelles satisfaisantes, bénéficient d'un management à leur écoute, disposent de moyens et de règles organisationnelles collectives partagées.

#### 4.1.2 Impacts de la CIP perçus par les acteurs

Les impacts de la collaboration interprofessionnelle mentionnés par les acteurs rencontrés au cours de cette enquête relèvent de trois catégories de « Résultats » citées dans le modèle D'Amour & Al (2004) : pour le patient, pour les professionnels, pour l'organisation. Le modèle comprend une quatrième catégorie « système », mais les personnes que nous avons rencontrées n'y ont pas fait mention au cours des entretiens. Il est probable que les acteurs s'expriment prioritairement sur les constats qu'ils effectuent au cours de leur exercice professionnel courant, donc sur les répercussions de leurs pratiques professionnelles dont ils peuvent évaluer les effets au quotidien.

#### A) Une amélioration de la prise en charge des patients et de leur satisfaction

Tous les acteurs rencontrés identifient l'influence des pratiques collaboratives interprofessionnelles sur la qualité de la prise en charge des patients : « *répercussions positives sur la prise en charge des patients* » (PCME), « *impact positif sur la qualité du service rendu* » (DQGR), « *prise en charge directe des patients* » (DS) « *satisfaction des patients* » (IDE) « *amélioration de la prise en charge des patients* » (MED)...

En parallèle, ils indiquent qu'une pratique collaborative effective permet d'améliorer la satisfaction des patients, non seulement parce que les soins sont de meilleure qualité,

mais aussi parce que « *les patients apprécient l'ambiance positive...on a eu des retours dans ce sens* » (IDE). Ces aspects mentionnant la satisfaction des patients sont également mentionnés par le DS dans le sens où lorsque dans les questionnaires de sortie les patients expriment des insatisfactions quant à leur prise en charge, les dysfonctionnements relevés semblent être souvent en lien avec des problématiques collaboratives, des problèmes « *de parcours, d'infos, d'organisations en tuyau d'orgues, de cohérence...* ».

B) Sur les professionnels : des répercussions individuelles et collectives

Les répercussions sur les conditions de travail sont également relevées par l'ensemble des acteurs en termes de « *climat* », « *d'ambiance* » de travail. Au-delà de l'atmosphère de travail, la pratique collaborative interprofessionnelle aurait des effets sur les personnes : elles permettraient de renforcer la motivation des professionnels, d'améliorer leur satisfaction au travail et ainsi de faire « *baisser les risques psycho-sociaux* » (DS), mais aussi d'améliorer les performances des professionnels lorsqu'ils font face à des situations difficiles : « *s'il y a une bonne entente entre les agents... ils seront capable de faire face* » (DG). Ces propos se réfère à la notion de résilience collective proposée par B.Cyrułnik comme capacité « *d'un groupe à bien se développer, à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes sévères* » (Anaut, 2005, p. 6).

C) Pour l'établissement (l'organisation)

Les bénéfices potentiels pour l'établissement sont identifiés par quelques acteurs. Les améliorations perçues concernent l'organisation au sein des services : « *un meilleur fonctionnement* » (MED), la performance à partir d'améliorations organisationnelles : « *des répercussions économiques indirectes* » (DS), « *une baisse de la DMS* » (MED), mais aussi une meilleure perception de l'établissement par la population. En effet, la pratique collaborative impacterait « *l'image de l'établissement* » (DG). Il est intéressant de constater que ces différents items sont principalement mentionnés par les membres de l'équipe de direction et par le médecin chef de service, des acteurs dont les activités managériales font partie de leurs missions professionnelles.

En résumé, les répercussions de la CIP seraient plurielles. Elles englobent pour les patients une amélioration qualitative des prestations de soins, un climat de travail satisfaisant pour les professionnels qui favoriserait leur engagement et la résilience d'une équipe de travail. Enfin, elle contribuerait à améliorer la performance économique d'un ES et son image auprès de la population.

## 4.2 Facteurs favorables et défavorables à la CIP

### 4.2.1 Des éléments liés aux individus et aux interactions sociales

#### A) Etre convaincu par le sujet, un préalable à l'engagement

Afin de favoriser la mise en oeuvre de pratiques collaboratives, plusieurs acteurs indiquent la nécessité d'être au préalable « *convaincu par le sujet* » (DS). Cette conviction se rapproche de la motivation, dans le sens où elle favorise l'engagement de l'acteur dans l'action « *ça marche quand on a un chef de service convaincu* » (TQ). En effet, pour favoriser l'engagement, une activité doit être signifiante pour le sujet (Donner une référence). Cette question du sens au travail est particulièrement abordée par le DS qui pense que « *dans le contexte actuel on a tous un problème de perte de sens, or la question du sens est essentielle* ». Quand une activité a du sens, cela signifie qu'elle a un intérêt pour le sujet, il sera alors plus enclin à la réaliser, à le « vouloir » tel que le mentionne Guy Le Boterf (2015).

#### B) Le respect de l'autre

La notion de respect est soulignée à plusieurs reprises par le PCME et l'IDE : « *respecter le travail de l'autre* », « *respect de l'autre, c'est-à-dire du collègue mais aussi du patient* ». Le respect renvoie à des valeurs personnelles mais se traduit sur le lieu de travail par des comportements qui seront perçus comme respectueux ou non respectueux. « *Respecter les autres c'est leur donner la place et la considération qui leur reviennent* » (Cabin, 2005, p. 130) Cette notion renvoie à l'acceptation de l'autre, l'autre en tant que personne et professionnel différent, quel que soit son grade et sa qualification.

#### C) La communication entre professionnels

Le fait que les professionnels sachent communiquer entre eux et avec les usagers est le point le plus fréquemment cité comme élément favorisant la CIP. Or cette communication semble présenter de nombreux points d'achoppement : « *la communication ce n'est pas donné à tout le monde... c'est un problème majeur, un problème global, les gens, les médecins ne savent pas communiquer... systématiquement, on se rend compte dans les CREX et RMM que tous les EIG se produisent parce qu'il y a un problème de communication. On l'identifie tous les jours* » (PCME). Ce diagnostic est partagé par le DS « *l'erreur dans le soin est souvent consécutive à une communication qui ne s'est pas faite, donc un travail en interprofessionnalité qui ne s'est pas fait* ». Ainsi, instaurer un « *vrai dialogue* » (MED) constitue un défi de taille pour les professionnels. Au-delà des

paramètres liés aux personnes, l'instauration d'un dialogue, entre professionnels de santé, semble être influencé par plusieurs facteurs que nous allons développer ci-après.

Toutefois, l'engagement des acteurs dans les pratiques collaboratives est lié à leur intérêt envers le sujet, au respect qu'ils se portent les uns les autres, et à la qualité des relations sociales qu'ils entretiennent.

#### 4.2.2 Des éléments organisationnels et managériaux

##### A) Les freins d'une organisation hiérarchisée

L'influence des relations fonctionnelles et hiérarchiques est abordée à plusieurs reprises par les acteurs. Un établissement de santé est perçu comme « *très hiérarchisé ...avec des organisations verticales* » (DS). Aussi la pratique collaborative nécessiterait une « *qualité d'encadrement... se sentir soutenu par sa hiérarchie c'est primordial* » (IDE). Or, selon le DS, pour « *autoriser la parole* » et ainsi permettre la communication, cela implique de développer de la symétrie dans la relation entre les différents acteurs : « *l'interprofessionnalité implique de l'horizontalité... le DS a besoin d'avoir des échanges avec l'encadrement supérieur et de proximité...le travail d'équipe c'est être au clair avec son rapport au pouvoir... la capacité des leaders à entendre les followers* ».

Néanmoins il semble que les relations entre professionnels soient parfois difficiles « *on va se heurter encore à ce problème hiérarchique entre médecins et IDE, IDE et AS, où on ne se comprend pas et on va éviter de se parler pour ne pas se confronter* » (PCME), « *certains médecins supportent très mal le questionnement des équipes* »(DS), « *il y a des gens qui n'ont pas évolué, qui fonctionnent à l'ancienne, avec des relations verticales* ».

Ainsi, ces propos confirment les freins constitués par une culture hiérarchique. Il semble alors qu'une attention particulière doit être portée envers un management qui favorise l'établissement d'interactions entre les différents professionnels de santé.

##### B) La gouvernance : une question de culture, de moyens et de management

Les relations entre managers et professionnels ne sont pas les seuls éléments mentionnés en termes de facteurs organisationnels influençant la pratique collaborative.

Ainsi la question des moyens est soulevée par plusieurs d'entre eux. Ils évoquent la nécessité d'avoir des « *temps dédiés* », des lieux pour pouvoir se rencontrer et échanger. Dans certains services, il existe déjà des dispositifs dans ce sens : staff, réunions

cliniques. Au niveau institutionnel, les cellules de retour d'expérience (CREX) et Revue de Mortalité et Morbidité (RMM) constituent des espaces de paroles et d'échanges.

Si certains professionnels s'engagent dans ces dispositifs « *les urgentistes ils sont à fond là-dedans* » (PCME), ils semblent néanmoins peu investis par d'autres professionnels « *c'est confirmé par les experts qui lors de la visite de certification nous ont dit que la culture qualité et du signalement n'était pas suffisamment développée dans l'ES. Ce constat est général et encore plus important au niveau des professionnels médicaux* » (TQ). Cette résistance des professionnels peut s'expliquer par une résistance envers le développement de la culture qualité à l'hôpital qui peut -être perçue comme imposée « *d'en haut, participant à la production de nouvelles formes bureaucratiques plutôt qu'à la désagrégation des anciennes* » (Juvin, Pierru, & Vincent, 2019). Cette situation peut paraître paradoxale : d'un côté une demande de temps et d'espace émerge, de l'autre les espaces existants sont investis de façon hétérogène par les professionnels de l'établissement.

Les moyens humains sont aussi évoqués : « *pour que la collaboration puisse fonctionner il faut des moyens humains* » (PCME). Le manque de moyens humain est mis en lien avec la capacité des acteurs à se mobiliser pour ce sujet. Si la situation est tendue, les professionnels priorisent les activités de production de soins au détriment d'autres activités.

Enfin, le PCME et le DQGR expriment que de leur point de vue le traitement inéquitable entre professionnels médicaux et non médicaux a des effets sur la CIP : « *les contraintes sont réparties de façon inéquitables entre les professions...on a fait peser à des services techniques, logistiques, de soins des contraintes très fortes...mais au niveau médical, ils n'ont pas été associés à ça, ils n'ont pas eu les mêmes contraintes, mais en même temps il y a la question de l'attractivité de l'ES* » « *il faut reconnaître la différence de traitement entre médecins et paramédicaux, des choses tolérées chez les médecins qu'on ne tolérerait jamais chez les paramédicaux, ça crée un sentiment d'injustice* ». Ces « choses » font notamment référence aux règles de gestions des congés. Ainsi certains médecins auraient tiré parti des difficultés d'attractivité médicale rencontrées par l'établissement en bénéficiant de tolérances vis-à-vis du respect de certaines règles institutionnelles.

Ces données témoignent d'une réflexion commune nécessaire sur la façon dont les pratiques collaboratives sont soutenues dans un ES. Ce soutien peut prendre différentes formes : des moyens humains et matériels dédiés, le développement d'une culture qualité, des règles institutionnelles partagées entre les différentes catégories de personnels, un management à tendance horizontale favorisant l'établissement des relations authentiques entre les différents acteurs.

#### 4.2.3 Des éléments systémiques

##### A) Un contexte économique contraint

Le contexte économique contraint pèse sur les ES. L'établissement dans lequel nous avons menés nos entretiens est actuellement en contrat de retour à l'équilibre financier. Dès lors, l'influence du facteur économique est citée à plusieurs reprises par les membres de la direction comme non favorable à la mise en œuvre de politiques collaboratives : « *je ne suis pas sûre que la conjoncture permettent de développer les CRM* » (PCME), « *les contraintes économiques ne sont pas un contexte favorable aux coopérations de façon générale* » DQGR, « *on est focalisé sur le contrat de retour à l'équilibre et la réduction des lits, ça ne favorise pas la collaboration interprofessionnelle* ». De fait, le développement d'une politique collaborative n'apparaît pas comme une priorité, même si elle est identifiée comme un élément de performance de l'établissement.

La recherche de marges de manœuvre afin de réduire les dépenses rapidement, les conséquences inhérentes aux mesures mise en œuvre (diminution capacitaire, baisse d'effectif...) embolisent les managers « *on a le nez dans le guidon* » (PCME) et semblent freiner l'émergence de propositions relatives aux pratiques collaboratives pourtant identifiées comme porteuses de gain de performance et d'amélioration du climat social.

##### B) Un système culturel éducatif qui favorise l'individualisme au dépend du collectif

Le fait que les professionnels aient des cursus de formation cloisonnés n'est pas mentionné par les acteurs. Cependant, le technicien qualité (TQ) exprime que les difficultés rencontrées avec certains médecins seraient liées à une culture individualiste qu'ils ont développée au cours d'une formation très concurrentielle : « *les médecins ont des études longues, difficiles, l'individualisation est très forte... on leur demande d'être les meilleurs* ». La culture élitiste et compétitrice du système scolaire français est souvent pointée du doigt. Cet esprit de compétition est marqué dans des filières de formation très sélectives comme les études de médecine. Au cours de ces cursus de formations, la valorisation de la réussite, attribuée au mérite individuel (Allouch, Brown, Power, &

Tholen, 2016, p. 194) synonyme d'efforts, associe la sélection à la performance individuelle. Ainsi elle tend à négliger le poids des inégalités sociales et scolaires sur les performances des étudiants, et conduit par imprégnation (Bertrand et al., 2016, p. 12), à une forte individualisation des étudiants.

Aussi, cette prépondérance accordée à l'individu influence la perception qu'il peut avoir de sa propre responsabilité dans les activités professionnelles.

C) La culture de l'erreur négative, un frein à la communication interprofessionnelle

D'après le PCME et le TQ, il existe dans leur ES une culture de l'erreur négative qui nuirait à la mise en œuvre de pratiques collaboratives, dans le sens où cette conception de l'erreur serait un obstacle à la prise de parole, à la communication par la peur du jugement des autres. Selon le TQ, ces difficultés s'expliqueraient par les messages véhiculés au cours des formations initiales des professionnels de santé sur la question de la responsabilité professionnelle : *« on leur parle beaucoup des responsabilités, et on leur dit qu'il faut déclarer et en même temps on leur dit que leur responsabilité peut être engagée... il y a un côté judiciaire pénalisant »*. Ainsi dès leur formation initiale, les professionnels de santé seraient soumis à une injonction paradoxale les invitant à signaler les erreurs et en même temps mettant en exergue la responsabilité individuelle de chacun d'entre eux lorsqu'une erreur survient. Cette injonction ne semble pas favorable au développement de la confiance, et constitue un frein à la communication entre les différents acteurs. Dès lors, *« il y a encore des services où on va critiquer l'erreur, mal la percevoir...et les gens n'osent plus s'exprimer... le côté sanctionnant »* (PCME). C'est pourquoi, quand l'erreur se produit, elle est vécue comme un échec individuel *« pour les médecins, s'il y a une erreur, c'est une sorte d'échec, on ne leur apprend pas suffisamment à appréhender ce genre de chose... même chose pour les paramédicaux ... »*.

Dès lors, par effet boule de neige, cette perception négative de l'erreur conduirait à une sous déclaration des évènements indésirables et in fine une résistance de certains professionnels de santé à s'engager dans les espaces collaboratifs existant tels que les CREX et RMM.

Néanmoins, compte tenu des difficultés que nous avons observé au cours de l'enquête pour recueillir les données selon la méthode que nous avons initialement envisagée, nous pouvons également nous interroger sur cette culture préconisée de la transparence. Si le partage et la déclaration d'évènements indésirables, et plus particulièrement des évènements indésirables graves, semblent être difficiles pour certains professionnels de santé, qu'en est-il au niveau d'une équipe de direction ? Comment le DS peut-il

s'emparer d'une politique de transparence et de communication autour de la gestion de ses évènements ?

En synthèse, il semble que le contexte économique actuel dans lequel évolue les ES ne soit pas favorable même si les pratiques collaboratives semblent pouvoir améliorer l'efficacité des établissements. De plus, la culture développée précocement au cours des cursus de formation valorisant les performances individuelles, et inculquant une perception négative de l'erreur handicape le développement de la CIP.

### **4.3 Le directeur des soins et la collaboration interprofessionnelle**

Après avoir identifiés, les indicateurs, les impacts, et les facteurs favorisant ou non les pratiques collaboratives des professionnels de santé, il nous semble intéressant d'identifier, le périmètre d'action, la zone d'influence du directeur des soins de cet établissement dans ce processus : telle qu'il le perçoit, telle qu'elle est perçue par les autres acteurs.

#### **4.3.1 La CIP : un axe de travail pour le DS**

A) L'existence de pratiques collaboratives malgré l'absence de politique formalisée à ce sujet

Dans l'établissement, il n'existe pas de politique collaborative affichée en tant que telle. Pour la DG et le DGRQ, le fonctionnement institutionnel d'un établissement de santé intègre de fait la collaboration professionnelle « *le fonctionnement d'un établissement est naturellement fait pour la CIP* » (DGRQ). Cette situation s'explique notamment par l'existence d'instances décisionnaires, consultatives et d'une organisation polaire « *le fait qu'il y ait des pôles, des conseils de pôles* » (DG).

Ce constat est partagé par le DS : « *il n'existe pas d'actions formalisées, pas de politique qui développent la CIP, mais dans les faits ça existe : staffs, instances...* ». Toutefois quelques expérimentations sont menées dans certains services, telle que la « *synchronisation des temps médicaux et non médicaux* » dans un service de médecine, des réunions cliniques ... Néanmoins, il apparaît que celles-ci dépendent de « *la volonté médicale ou de l'encadrement* » (DS).

## B) La CIP : un sujet pour le DS

De par, ses propres activités au sein d'une équipe plurielle, le DS est lui-même perçu comme un directeur différent du fait de son parcours et de son expertise. Dans un ES, une équipe de direction est « *un ensemble de personnes assez standard, les gens sortent de l'EHESP* » (DQGR). Toutefois, le DS est identifié comme ayant un regard différent, en lien avec son parcours métier. Ainsi, l'aspect interprofessionnel de l'équipe de direction est mis en relief. Ceci complète l'argumentation sur le fait que l'interprofessionnalité n'existe pas seulement dans les services cliniques d'un établissement, mais au sein d'une direction entre directeurs, avec le PCME, entre services cliniques et services supports...

Toutefois, dans ce travail nous nous intéressons plus particulièrement aux pratiques collaboratives des professionnels de santé. En ce sens le DG de l'établissement indique que « *la CIP se fait plus à l'échelon des services, et là c'est le DS qui a la main* ». Ainsi, il confirme que la CIP est un sujet dont peut s'emparer le DS au sein d'un ES.

Au cours de l'entretien, le DS s'est lui-même présenté comme étant « *convaincu par le sujet* ». Son argumentation repose sur les propos suivants : « *On a tous dans le contexte actuel un problème de perte de sens, or dans un contexte d'instabilité du monde hospitalier, il est essentiel de revenir au sens, c'est le défi des risques psycho-sociaux... tous les écrits qui parlent du burn-out mettent en avant cette perte de sens...dans les services l'interprofessionnalité sert à partager le sens commun, la construction sur un sens partagé* » Nous retrouvons dans ces propos la question de l'objectif commun, de la vision partagée intégrée aux dimensions relationnelles du processus de CIP modélisé par D'Amour & Al (2004). En effet, la littérature mentionne qu'un des effets d'une CIP effective est d'améliorer la qualité de vie au travail (QVT), ce qui est indiqué à plusieurs reprises par les interlocuteurs concernés. Ainsi, cette amélioration par une baisse des risques psycho-sociaux serait liée à la question du sens au travail, point qui correspond à la dimension « contenu du travail » de la QVT (ANACT, 2016).

Si la CIP constitue un sujet pour notre interlocuteur, les dimensions relationnelles semblent particulièrement mises en exergue. Cette préoccupation s'exprime dans plusieurs domaines que nous allons aborder ci-après.

### 4.3.2 Les leviers identifiés par le directeur des soins

#### A) La promotion d'un management horizontal

Le management réfère à la façon dont sont organisées et gérées les ressources. L'hôpital est une institution organisée de façon très hiérarchisée, verticale. Lors de l'entretien, le DS insiste sur la nécessité de mettre davantage d'horizontalité dans les rapports entre les

acteurs. Dans un hôpital, certaines relations qualifiées de « fonctionnelles » sont empreintes d'une dimension hiérarchique, or ces relations sont identifiées comme un frein à la CIP. Aussi, ce que signifie ici notre interlocuteur, c'est la façon dont chaque acteur incarne sa fonction d'autorité qu'elle soit liée à une organisation institutionnelle ou à des rapports sociaux : « *le travail d'équipe c'est être au clair avec son rapport au pouvoir... la capacité des leaders à entendre les followers* » (DS). Ainsi dans un établissement de santé où l'organisation institutionnelle est classiquement verticale, il appartiendrait aux managers d'apporter de l'horizontalité dans les rapports sociaux afin de faciliter la communication, l'échange d'informations, et les pratiques collaborative entre les différents acteurs. Ce point de vue est partagé par le DGRQ qui mentionne l'intérêt de travailler en « *mode projet... c'est une façon d'embarquer tout le monde dans une démarche de coopération...* ». En effet, le management par projet fonctionne de façon transversale car il promeut une organisation qui « décroïsonne la gestion et valorise les ressources humaines car elle fait travailler ensemble et simultanément des personnes autour des mêmes finalités » (Fermon, Grandjean, & Anastasy, 2015, p. 172).

B) La CSMIRT de l'établissement et de territoire : une opportunité pour développer des actions de communications

La CSMIRT en tant qu'instance consultative réunit un certain nombre d'acteurs de l'établissement. Ainsi le DS exprime qu'il souhaiterait par l'intermédiaire de la CSIMRT aborder le sujet de la collaboration à partir de réflexions collectives, en développant « *une journée de conférence, d'actions des paramédicaux ouverte à l'ensemble des agents de l'établissements sur des thèmes des fils rouges, avec une possibilité de le faire en partenariat avec l'EPSM où on aborderait l'interprofessionnalité avec les IDE, les médicotecniques, les médecins...j'aimerais que la CSMIRT s'en empare.* ». Cette proposition fait effectivement référence à l'un des indicateurs de la dimension « *intériorisation* » du modèle D'Amour & Al (2008) qui pointe la nécessité pour les professionnels de se connaître professionnellement.

C) La formation en équipe

Enfin, le DS souligne l'intérêt de la formation pour développer la CIP : « *la formation par simulation peut permettre d'aborder la CIP sous l'angle de la gestion des risques, notamment sur l'aspect des savoirs non techniques... nous l'avons commencé au bloc opératoire dans le cadre de la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance, avec un travail sur le leadership... des aspects qui ne sont pas forcément parlé au quotidien* ». Dans un établissement de santé, le plan de formation est élaboré sous la responsabilité du directeur d'établissement. De plus, le décret du 18 avril n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de DS de la fonction publique hospitalière indique que le

DS « *participe à l'élaboration du plan de DPC dans son champ de compétence et coordonne la réalisation des parcours professionnels qualifiants* », tandis que le référentiel métier des directeur des soins précise que « *Le DS développe avec le directeur des ressources humaines (DRH), l'accueil des professionnels, la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, la politique de promotion professionnelle et les parcours professionnels qualifiants. Il participe à la définition du plan de DPC pour les besoins des personnels non médicaux contribuant aux activités de soins.* ». Ainsi, le DS contribue à l'élaboration du plan de formation en collaboration avec le DRH de l'établissement.

Toutefois, dans les établissements de santé, la gestion des professionnels de santé médicaux dépend de la direction des affaires médicales, tandis que les professionnels de santé non médicaux sont rattachés à la direction des soins et à la direction des ressources humaines. Cette situation contribue à établir des plans de formation continue à destination des professionnels médicaux et non médicaux souvent différenciés. Ainsi, la mise en œuvre de séquences de formations interprofessionnelles procède d'une volonté politique de l'équipe de direction de l'établissement, et de la volonté du DS, du DRH et du PCME à coopérer.

En synthèse, la promotion de la CIP entre bien dans le périmètre d'action du DS en collaboration avec l'équipe de direction de l'ES. A cette fin, le DS peut mobiliser plusieurs leviers afin de favoriser la CIP entre professionnels de santé tels que : un management « horizontal » de type management par projet afin de favoriser les relations et la communication entre les différents acteurs, l'utilisation de la CSIMRT afin de promouvoir des projets collectifs tels que des actions de communication, et la formation en équipe telle que la formation par simulation afin d'améliorer les compétences non techniques.



## 5 RECOMMANDATIONS

Nos recherches documentaires ainsi que notre enquête interne à un ES nous ont permis d'esquisser quelques réponses au sujet de notre questionnement initial. Si les publications professionnelles et les recommandations actuelles recommandent de promouvoir les pratiques collaboratives dans le champ sanitaire, nous avons constaté que cette question constitue bien un sujet au sein même d'un ES pour les différents interlocuteurs que nous avons rencontrés.

Il est également apparu également que le DS, en contribution avec plusieurs acteurs de l'établissement, dispose de plusieurs leviers pour favoriser le déploiement de la CIP. Il peut ainsi agir sur des facteurs favorisant l'engagement des professionnels au niveau micro, sur des facteurs organisationnels et managériaux au niveau macro et sur des facteurs culturels au niveau méso. Néanmoins, il semble nécessaire que la déclinaison opérationnelle d'une démarche visant le déploiement des pratiques collaboratives soient portées par une volonté politique et stratégique institutionnelle partagée au sein de l'équipe de pilotage d'un établissement.

Dans cette perspective, nous proposons la déclinaison de quelques préconisations organisées selon le modèle de Shortell. La proximité de notre sujet avec certains enjeux d'une démarche qualité et de gestion des risques nous incite à étayer notre réflexion à partir de cette modélisation qui repose sur le déploiement de quatre axes stratégiques, techniques, opérationnels et culturels.

### **5.1 Proposition 1 : Afficher et mettre en œuvre une politique collaborative en prenant appui sur le projet médico-soignant, et la démarche qualité**

#### **5.1.1 Un travail collaboratif entre le DS et PCME**

Au cours de ce travail nous avons vu l'importance pour les acteurs souhaitant mettre en œuvre des pratiques collaboratives d'avoir un cadre de référence partagé. Par ailleurs, la façon dont un établissement est piloté fait partie des déterminants de ces pratiques collaboratives. Aussi, la cohérence de l'équipe de pilotage de l'ES dans le choix et le suivi des orientations stratégiques semble primordial. Le DS et Le PCME participent au pilotage institutionnel.

Aussi le DS et le PCME par leurs activités, leur histoire, ont développé une culture commune. Ils sont en prise au quotidien avec les activités de soins. En poursuivant des objectifs communs : la qualité, la sécurité des soins, et la satisfaction des usagers, ils

partagent une responsabilité commune dans le management des équipes autour de la question collaborative. L'établissement d'un état d'esprit de coopération entre les membres de ce binôme valorise l'importance accordée à une politique collaborative. Il envoie ainsi un signal symbolique aux équipes que malgré le pouvoir prégnant du corps médical, la collaboration est possible autour d'un enjeu partagé centré sur la prise en charge du patient. L'objectif est alors de construire une vision partagée qui constitue un socle dans une perspective de projet médico-soignant co-construit. Nous pensons que ce projet doit être porteur d'un sens commun et d'une vision stratégique collaborative.

Concrètement, une coopération effective du binôme DS-PCME peut se construire par des temps de travail et d'échanges formalisés autour de projets communs, et plus particulièrement dans la conception, la mise en œuvre et le suivi d'un projet médico-soignant. Il s'agit de mettre en place un « espace de conversation stratégique » (Conjard & Journoud, 2013, p. 88) qui porte sur le choix des orientations stratégiques et leur déclinaison opérationnelle.

### **5.1.2 Une logique de parcours : un vecteur de transversalité dans un projet médico-soignant partagé**

Dans un ES, les cloisonnements peuvent se situer à différents niveaux. La mise en place des pôles hospitaliers à la suite de l'ordonnance n°2005-406 du 02 mai 2005 s'est déclinée de façon différente selon les ES. Les pôles d'activité se sont construits selon des logiques de filières, de discipline médicale, ou de sectorisation territoriale en santé mentale (rapport bilan pôles). Malgré le principe de subsidiarité qui anime cet esprit d'organisation, le risque est de produire des strates supplémentaires dans l'organisation hospitalière, et de conduire à un fonctionnement cloisonné des pôles.

Dans cette perspective, le projet d'établissement, le projet médical et le projet de soins, portent la politique, les orientations poursuivies par l'ES, et donnent le cap à suivre, le sens. Dès lors, une vision centrée sur le patient nécessite le déploiement d'une logique de parcours, transversale, parfois nommée approche par processus. Cette démarche visant la coordination des différentes prestations afin de répondre aux besoins des patients du territoire, le décroisement des activités et des acteurs en est une condition nécessaire.

Lors de la création des Groupements Hospitaliers de territoire GHT avec la loi LMSS (LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, 2016), la DGOS a encouragé (DGOS, 2017) les ES à développer un projet médico-soignant partagé au sein de chaque territoire afin de « garantir une stratégie de prise en charge globale » (DGOS, 2017). Toutefois, il nous semble que cette démarche peut difficilement se mettre en place sans une réflexion interne au sein de chaque ES. L'organisation

actuelle en discipline, ou spécialité centrée sur une perception médico-administrative de l'hôpital diffère d'une logique de parcours centrée sur une vision « patient ». C'est pourquoi, il nous semble important de nous interroger sur nos processus de prise en charge du point de vue du patient : quelle lisibilité du parcours de soins, quelle articulation entre les différentes interfaces ?

Ainsi, une réflexion commune, portée par le binôme DS-PCME, entre professionnels différents, pôles différents et usagers nous semble incontournable. Cette réflexion commune permet de partager les représentations de chacun, et de co-construire un cadre de référence commun. Concrètement, nous proposons que chaque axe du projet médico-soignant soit porté par une équipe de pilotage associant différents professionnels et usagers.

### **5.1.3 Une collaboration avec la direction en charge de la démarche qualité et de gestion des risques**

Dans un ES, la démarche qualité et de gestion des risques est portée au sein de l'équipe de direction. Souvent, la direction des soins et la direction de la qualité et de la gestion des risques entretiennent des relations de proximité.

Le DS, le PCME et le directeur en charge de la démarche qualité et de la gestion des risques partagent des objectifs communs : garantir la sécurité et la qualité des soins. Nos recherches documentaires et notre enquête nous ont permis de faire le constat que les pratiques collaboratives permettent de concourir à l'atteinte de cet objectif. Dans ce sens l'un des enjeux constitué par la certification 2020 est de « *renforcer le travail en équipe , moteur d'amélioration des pratiques* » (« Découvrir la V2020 », 2019).

Ainsi la collaboration étroite entre le DS, le PCME et la direction en charge de la démarche qualité et de la gestion des risques permet d'articuler projet médico-soignant et démarche qualité. La CIP utilisée comme moyen pour atteindre les objectifs du projet médico-soignant donne de la cohérence et du sens aux différents projets : le projet médico-soignant, projet qualité et gestion des risques.

Dans la certification 2020, le travail collaboratif sera particulièrement observé. Aussi, le projet médico-soignant et le projet qualité ont tout intérêt à partager des indicateurs communs au sujet des pratiques collaboratives. Ces indicateurs serviront au préalable à une phase diagnostique, puis pour donner suite au déploiement de mesures favorisant les pratiques collaboratives, à l'évaluation des impacts de celles-ci. Nous développerons cet aspect dans la partie « *Mesurer les impacts de la mise en œuvre d'une politique collaborative* ».

## 5.2 Proposition 2 : Développer les compétences collaboratives

### 5.2.1 Développer les compétences managériales de l'encadrement

Nous avons préalablement observé qu'une organisation très hiérarchisée adoptant un management à tendance verticale constitue un obstacle aux pratiques collaboratives. Afin de tendre vers un décloisonnement des organisations et des acteurs, un management privilégiant des relations horizontales, collaboratif, participatif, basé sur l'écoute des agents et la co-construction, est préconisé. A ce titre, le management par projet comme « réponse organisationnelle qui permet aux structures de s'adapter aux aléas de l'environnement et de se doter d'une vision et d'une visibilité nécessaires à leur pérennité » (Jancourt & Simart, 2015, p. 172) nous semble être une démarche pertinente car elle repose notamment sur « l'abandon de la forme uniquement hiérarchique et pyramidale du fonctionnement »

Aussi, il nous semble nécessaire en tant que DS de s'assurer des compétences managériales de l'encadrement afin qu'ils adoptent un management qui puisse favoriser les pratiques collaboratives, et d'harmoniser les pratiques managériales au sein de l'encadrement supérieur et de proximité.

Certains ES ont fait le choix de proposer ces mêmes formations aux chefs de pôle qui assume une responsabilité managériale au sein d'un pôle d'activité. Ces formations communes entre chefs de pôle et cadres de pôle contribuent également à constituer un cadre de référence managérial commun.

Dans notre enquête, l'inéquité de traitement entre les catégories de personnel au sein d'un ES est un argument avancé pour expliquer les difficultés existantes à promouvoir les politiques collaboratives. Ainsi, la construction d'un cadre de référence commun managérial contribuerait à harmoniser davantage les pratiques managériales entre pôles et entre les membres des équipes de pilotage de pôle, mais aussi entre catégories professionnelles. En ce sens le management par projet associe « des disciplines et des cadres de référence différents tels les métiers, activités, ou règles et normes différentes » (Jancourt & Simart, 2015, p. 172).

A ce titre, la question du respect des règles semble essentielle. Les difficultés d'attractivité de certains établissements au sujet de métiers en tension peuvent parfois amener ces derniers à tolérer des conduites, des comportements qui privilégie l'intérêt particulier des individus au détriment de l'intérêt général. Or, le fait de fermer les yeux sur l'absence de respect de règles, établies collectivement au sein de l'institution, par quelques acteurs, génère des effets pervers. Le risque est de transmettre un message négatif à l'ensemble des agents d'un établissement et de donner l'impression que l'établissement souffre d'un déficit de pilotage, ce qui peut majorer les difficultés d'attractivité de l'établissement.

Au-delà de la posture, le développement des compétences managériales vise l'amélioration de l'utilisation d'outils et d'indicateurs de pilotage communs et d'indicateurs de suivi relatifs aux activités cliniques et collaboratives. Des formations actions associant encadrement polaire et encadrement des services supports et administratifs contribuent au décroisement entre personnes, services et ouvre la possibilité de choisir et de s'approprier des outils partagés, ayant du sens pour chacun des partenaires.

### **5.2.2 Améliorer le niveau de compétence « non technique » des professionnels de santé en proposer des formations en équipe pluriprofessionnelle**

Dans la première partie de ce travail nous avons observé que les formations des professionnels de santé privilégient une sélection de leurs futures recrues sur leur compétences individuelles. De plus, au cours de ces formations, peu d'enseignements visent le développement de compétences collaboratives. Le modèle d'Amour et Al (2008) indique la complémentarité entre système éducatif et système professionnel dans le développement des pratiques collaboratives. En formation initiale des professionnels de santé, quelques changements semblent s'opérer (stratégie nationale de santé). Pour autant, ce constat ne constitue pas notre objet d'étude car nous nous intéressons aux professionnels de santé déjà en exercice. Or, le « système formation » fait aussi référence à la formation continue. Depuis la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, le développement professionnel continu est devenu une obligation pour les professionnels de santé. Ces programmes DPC font partie des plans de formations des ES. Le directeur des soins contribue à l'élaboration de ce dernier (Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, 2002) : le DS « participe à l'élaboration du plan de DPC dans son champ de compétence et coordonne la réalisation des parcours professionnels qualifiants ».

Ainsi dans le plan de formation de l'établissement, il nous semble intéressant en tant que DS de veiller à la présence dans chaque plan de formation de pôle une formation à réaliser en équipe. Cette formation pourrait s'intéresser à un processus de prise en charge d'un patient ou d'un groupe de patients, avec un diagnostic préalable des points d'achoppement dans le processus étudié.

La formation par simulation « grande échelle » est dans ce contexte une modalité tout à fait intéressante. Elle peut permettre stratégiquement au DS de sensibiliser les professionnels à la question des facteurs humains et notamment aux enjeux de communication en équipe. Cette sensibilisation permet aux professionnels dans un premier temps de prendre conscience de la nature du problème, de le nommer, et ainsi de le rendre visible. Ensuite, il s'agit de comprendre que les compétences

communicationnelles se cultivent, qu'il existe des techniques, des outils que peuvent mobiliser les professionnels dans l'action, et que ces compétences peuvent se développer dans le temps. Dans ce but, il est nécessaire d'être suffisamment précis et vigilant dans le cahier des charges et dans le choix du prestataire de formation. En effet, la formation par simulation est souvent associée à une formation en compétences techniques médicales, or de nombreuses situations professionnelles mettant en jeu les compétences relationnelles des soignants se prêtent à ce type d'exercice.

En finalité, améliorer le niveau de compétence des professionnels en communication a pour objectif d'améliorer le service aux usagers. En effet, Il est nécessaire que les professionnels puissent communiquer efficacement entre eux mais aussi qu'ils puissent prendre en compte les besoins des usagers. Or cette prise en compte nécessite de savoir les écouter, et de les comprendre.

Conduire un programme de formation par simulation représente un coût non négligeable pour un ES. Aussi, nous pensons qu'il est préférable dans un premier temps de conduire cette démarche auprès d'un nombre limité d'équipe souhaitant s'engager dans une démarche d'amélioration des pratiques collaboratives. L'appui du PCME, des chefs de pôle et de l'encadrement des pôles permettra d'identifier les équipes pouvant participer, à titre expérimental dans un premier temps, à ce programme de formation de développement des compétences collaboratives, puis d'évaluation des pratiques et de leurs impacts à titre expérimental. A terme, cette démarche pourra alors être envisagée pour l'ensemble de l'ES.

### **5.2.3 Favoriser la place des espaces de conversation au sein de l'établissement.**

Cette proposition s'inscrit dans le cadre de mesures visant à favoriser le bien-être au travail. Les différents interlocuteurs que nous avons rencontrés nous ont exprimé l'importance qu'ils accordent aux temps d'échanges qu'ils soient formels ou informels. Dans un établissement, les instances sont des espaces formels d'échange, ils sont imposés par la réglementation.

Au sein des services, il existe également des temps d'échanges formalisés nommé staff ou réunions d'équipe, cependant sans politique institutionnelle incitative, leur existence est subordonnée à la volonté de quelques acteurs : le plus souvent des médecins et/ ou des cadres. C'est pourquoi, cette disparité de pratiques nous semble être une opportunité pour le DS d'impulser avec l'appui du PCME une politique incitant la création dans l'ensemble des secteurs d'activité des temps de rencontre collégiaux. Ces « *espaces de discussion opérationnelle* »(Conjard & Journoud, 2013, p 92) ont pour finalité de réguler

au plus près du terrain les situations de travail. A ce titre, plusieurs pistes sont envisageables :

- Il nous semble pertinent d'inciter les équipes à formaliser de façon régulière, des temps dédiés à la réflexion à propos des prises en charge des patients : réunions de synthèse, réunions de concertation, staffs... A ce sujet nous préconisons que ces temps associent les différents professionnels de santé de l'ES qui gravitent autour des patients, mais aussi d'élargir ces cercles de réflexion aux professionnels de ville, et aux patients « expert ».
- Plusieurs méthodes d'animation d'équipes préconisent l'instauration dans les services de soins, de temps d'échanges dont l'objectif est de traiter de façon très régulière les dysfonctionnements organisationnels, afin de proposer des améliorations concrètes et rapidement opérationnelles. A ce titre, les outils « briefing » et « débriefing » proposés par l'HAS nous semblent pertinents et simples d'utilisation. De plus, nous pensons qu'il serait intéressant d'y associer les patients experts, leur point de vue peut enrichir la réflexion et les propositions des professionnels de santé
- L'analyse de pratique est une modalité pédagogique qui repose sur l'analyse à postériori de ses propres pratiques professionnelles. Des temps consacrés à l'analyse de pratiques managériales, mêlant les cadres des fonctions support administratives, techniques et soignantes, favorisent le partage d'expériences, l'entraide et aide à faire progresser les compétences managériales des cadres. Les ateliers de co-développement professionnel font partie des méthodes actuellement recommandées car fondées sur la notion d'intelligence collective.

L'engagement des acteurs dans ces espaces dépend de leur perception de la valeur ajoutée de ces espaces de discussion.

### **5.3 Proposition 3 : Mesurer les impacts de la mise en œuvre d'une politique collaborative**

#### **5.3.1 Evaluer les pratiques collaboratives grâce à l'expérience patient**

Depuis plusieurs années, le rôle des usagers évolue au sein de l'hôpital. Leur place dans plusieurs instances décisionnaires et consultatives de l'hôpital n'est plus contestée. Néanmoins, la question de leur place en tant que partenaires de soin est d'actualité. Comment poursuivre l'amélioration des relations entre soignants et patients, relations traditionnellement asymétriques ? Dans cette perspective, l'amélioration des compétences en communication des professionnels de santé devrait contribuer à améliorer l'écoute des patients et de leurs familles.

De par leur place dans les processus de soin, les usagers sont en capacité d'identifier certains points critiques des processus de soins. La méthode du « patient traceur » est utilisée depuis la V2014. Elle repose sur la prise en compte de l'expérience du patient dans l'analyse rétrospective du parcours du patient à l'hôpital. En évaluant le processus de prise en charge elle permet d'avoir un aperçu sur les interfaces existantes entre différents secteurs d'activité et sur les pratiques collaboratives.

La prise en compte de l'expérience patient est une ressource directe pour concourir à l'évaluation des pratiques collaboratives ; L'implication du patient dans cette démarche témoigne de la place qu'une équipe de soin lui accorde comme partenaire de l'équipe. Ce partenariat est un enjeu important en termes de sécurité des soins, car les patients sont souvent à même de repérer une situation à risque .

A cette fin, nous préconisons d'utiliser auprès des équipes les outils conçus par l'HAS. En effet, dans le prolongement du programme PACTE, la HAS propose depuis mai 2018 un « module d'évaluation des pratiques collaboratives ». Ce module comprend quatre dimensions dont celle de « l'implication patient » mesurée grâce à un questionnaire à conduire auprès des patients. Ce dispositif s'inspire de la méthode patient traceur initiée dans la démarche de certification V2014. Il peut être utilisé librement sans que l'équipe soit inscrite au programme PACTE.

### **5.3.2 Evaluer les pratiques collaborative grâce à la satisfaction et l'expérience des professionnels**

Nous avons préalablement fait le constat que la satisfaction au travail des professionnels constitue l'un des effets identifiés de la CIP. Aussi la mesure de celle-ci, dans un ES, constitue, pour le DS, un indicateur de la qualité des pratiques collaboratives. Dans cet objectif, nous proposons d'utiliser l'outil proposé par l'HAS dans le cadre du programme PACTE intitulé : « enquête de satisfaction des professionnels »(HAS, 2018), ou de s'inspirer de ce questionnaire et des thématiques qui s'y rattachent :

Parallèlement afin de compléter cette évaluation, nous préconisons d'utiliser conjointement le questionnaire « versus soignant » du « module d'évaluation des pratiques collaboratives » précédemment mentionné.

L'évaluation des impacts de la CIP ne se limite pas à la satisfaction des usagers et des professionnels. Nous avons préalablement observé que les pratiques collaboratives ont des impacts en termes de qualité et de sécurité des soins, aussi, il nous semble pertinent de mesurer les impacts économiques d'une politique incitative envers les pratiques collaboratives.

### **5.3.3 Pour l'établissement : Mesurer les impacts médico-économiques des dysfonctionnements et améliorations des pratiques collaboratives**

Les dysfonctionnements dans un ES génèrent des coûts cachés. D'après une publication publiée en 2011 par IRDES(Nestrigue & Or, 2011, p. 7), « les défaillances dans l'organisation et le processus de soins à l'hôpital, qui peuvent se manifester par la survenue d'événements indésirables, représentent un coût économique significatif »

C'est pourquoi, dans un contexte où les ressources financières sont contraintes, il nous semble pertinent d'évaluer, les coûts générés par des dysfonctionnements de pratiques collaboratives identifiés lors de la gestion d'un séjour d'un patient. Le calcul de cette incidence permet de révéler certains « dysfonctionnements et coûts cachés, sous la forme de pertes d'efficacité et d'apparition de nombreux défauts de qualité de soins » (Zardet, Fièr, Savall, & Petit, 2011, p. 277) . Il ne s'agit pas de conduire une évaluation économique systématique, pour tout dysfonctionnement de pratiques collaboratives, mais pour une situation qui semble prévalente ou représentative des problématiques rencontrées au quotidien par les professionnels de santé.

Secondairement, après cette première phase, et dans la continuité de cette démarche, il nous semble opportun de mesurer les impacts des améliorations apportées en veillant dès la conception des actions de remédiation à identifier les indicateurs de suivi.

En effet, cette démarche d'évaluation a deux avantages :

- Elle permet d'objectiver les impacts des dysfonctionnements :
- Elle entretient une démarche collaborative car la phase diagnostic consistant à « la détection des dysfonctionnements et des coûts cachés » nécessite « une coopération explicite des acteurs » (Zardet et Al, 2011 p 202).

Ces démarches d'évaluation peuvent se conduire à titre expérimental sur des secteurs, et sur des périmètres d'activités différents, mais ayant en commun, des interventions nécessitant une articulation interprofessionnelle. Nous proposons que le DS porte le pilotage de ces expérimentations, et collabore dans cette perspective avec les personnes qui puissent apporter leur expertise dans le calcul des incidences financières : DIM, DAF....

## **5.4 Proposition 4 : Promouvoir une culture qualité des pratiques collaboratives**

### **5.4.1 Développer la communication sur les EI et améliorations apportées grâce aux CREX et RMM**

La déclaration des événements indésirables graves (EIG) est régie par le Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients. Les professionnels de santé sont tenus de déclarer et d'analyser ces événements. Toutefois, il apparaît que ceux-ci sont sous déclarés. Si différents facteurs peuvent expliquer cette situation, le TQ et le PCME au cours de notre enquête nous ont indiqué que certains acteurs, n'étaient pas forcément convaincus par cette démarche. La déclaration serait vécue comme une forme de contrôle et non comme une opportunité pour analyser les dysfonctionnements et y remédier collectivement.

Les critiques relatives à la démarche qualité et à la gestion des risques signalent que les dispositifs mis en œuvre « sont souvent vécus comme imposés d'en haut et participant à la production de nouvelles formes bureaucratiques plutôt qu'à la désagrégation des anciennes » (Juven, Pierru, & Vincent, 2019, p. 64). Ces démarches seraient « profondément normatives » et auraient pour objectif secondaire de « discipliner les professionnels et normaliser les pratiques » (Juven et al., 2019, p. 65).

Toutefois, au-delà de la prescription réglementaire, la mobilisation des patients sur les questions de sécurité sanitaire nous invite à la transparence afin d'entretenir une relation de confiance entre ES et usagers.

Dès lors, il nous semble opportun de développer la communication autour des EIAS. Dans ce sens, la collaboration entre le DS et l'équipe en charge de la qualité et de la gestion des risques est un levier dans cette démarche. En effet, communiquer au sujet de résultats obtenus suite à un processus d'analyse d'évènement indésirable (CREX ou RMM), mettant à jour des dysfonctionnements au sujet de pratiques collaboratives, contribue à valoriser, à rendre visibles les impacts de ces actions sur le quotidien des professionnels. Il s'agit d'inviter une équipe pluriprofessionnelle, ayant analysé un dysfonctionnement et ayant mis en œuvre des axes de remédiation, de partager sa démarche auprès des professionnels de santé et de ce que celle-ci a pu leur apporter.

Nous proposons que ce partage ait lieu lors de journées « institutionnelles » portées par la CSIMRT, où des professionnels de l'établissement volontaires présentent l'ensemble du processus :

- l'énoncé du ou des incident(s),

- l'analyse de la situation et la méthode utilisée,
- les remédiations expérimentées,
- l'évaluation des effets de celles-ci.

Il nous semble pertinent que ces présentations soient conçues et animées par des professionnels exerçant des métiers différents. Ces actions de communication permettront de mettre en lumière les améliorations tangibles apportées pour favoriser les pratiques collaboratives entre acteurs, et réajuster la gestion des interfaces intégrées dans les parcours patients. Le fait que ces illustrations concrètes soient portées par des pairs aidera probablement le processus d'identification des professionnels aux projets présentés. Il est important de rendre visible la plus-value de ces projets afin de convaincre de nouveaux acteurs, et de leur donner envie de s'impliquer dans cette démarche.

De plus, ces présentations pourront suggérer aux professionnels l'utilisation de certains outils, d'applications concrètes à expérimenter au quotidien et susciter la discussion, les échanges au sein des équipes. Enfin ces actions de communication participent à la modification des représentations de chacun sur les rôles, fonctions des collaborateurs, et permettent de mieux percevoir et comprendre le cadre de référence de chacun.

Donner du sens au travail est essentiel pour favoriser l'engagement des professionnels. Néanmoins, pour que les acteurs s'engagent, il semble indispensable qu'au préalable la déclaration d'évènement indésirable ne soit pas perçue comme un risque par le professionnel.

#### **5.4.2 Favoriser une culture de l'erreur positive**

Notre enquête nous a permis de repérer que l'erreur chez les professionnels de santé est encore parfois perçue de façon négative. Il est vrai que « les erreurs médicales ne sont pas des fautes comme les autres... celles d'un médecin ou d'un infirmier peuvent avoir des conséquences désastreuses et irréversibles » (Roma, 2016, p. 27). L'erreur est parfois assimilée à une faute personnelle. Or, lorsqu'une erreur survient, elle est le plus souvent le symptôme d'une succession de dysfonctionnement.

Dans ce contexte, les actions de communication sur les évènements indésirables dont nous avons fait mention précédemment peuvent contribuer au travail de déculpabilisation des agents. Il s'agit d'une acculturation à l'erreur comme source d'apprentissage, car en tant que telle l'erreur ne peut être éradiquée, elle est inévitable car « par essence, l'exercice de la médecine est pétri de risques, d'incertitudes... »(Roma, 2016).

A ce titre, le management a un rôle à jouer dans la diffusion d'une culture de l'erreur positive. Ainsi, Loïc TURBEL et Philomène SURIN dans un article sur « *la culture de*

*l'erreur apprenante* » (« Comment promouvoir la culture de “l'erreur apprenante” dans les établissements de santé ? », 2018) font mention de points de vigilance sur lesquels les managers d'un ES doivent porter leur attention :

- L'exemplarité de l'équipe de direction et de l'encadrement, c'est-à-dire son engagement vis-à-vis de la politique de gestion des erreurs, et sa propre capacité à déclarer ses propres erreurs ;
- La protection des agents qui signalent les erreurs ;
- L'analyse des pratiques managériales qui consiste pour l'encadrement à une analyse réflexive de leurs pratiques d'encadrement, au sein d'un groupe de pairs et avec l'aide d'un tiers.
- Une proximité avec le terrain, c'est-à-dire la résolution des problèmes par les acteurs au plus proche des problématiques à réguler ;
- Une communication qui vise le partage de valeurs, de vocabulaire, de pratiques.

## Conclusion

Actuellement, la question du collectif, du « travailler ensemble » semble indéniablement incontournable. Les technologies numériques, prônent l'exercice collaboratif. Le monde de l'entreprise s'empare de ce sujet, car l'exercice collaboratif est paré de multiples vertus. Le système de santé n'échappe pas à cette injonction de l'exercice collaboratif : GHT, CPTS, collaboration ville-hôpital... Or, la mise en exergue de cette volonté de décloisonnement, de coopération dans notre système de santé par les pouvoirs publics mérite de s'interroger sur le sujet. En effet, au-delà des injonctions de coopération, de collaboration, les acteurs de santé sont-ils réellement prêts à travailler ensemble ?

Ce travail nous a permis de mettre le focus sur les pratiques collaboratives au sein d'un ES. Il nous a permis de constater que la mise en œuvre d'une réelle collaboration interprofessionnelle entre professionnels de santé a des répercussions plurielles. Elle présente ainsi une plus-value pour les patients, pour les professionnels de santé et pour l'établissement dans lequel ils exercent.

Or, si le travail collectif semble aller de soi dans un ES, il apparaît que de nombreuses marges de progression existent afin de favoriser la mise en œuvre de ces pratiques collaboratives. En effet, la mise en œuvre de la CIP est influencée par plusieurs déterminants. Ainsi, l'amélioration des pratiques collaboratives entre professionnels de santé dépend des interventions sur ces facteurs favorisants.

Dans ce contexte, il apparaît que le soutien aux pratiques collaboratives des professionnels de santé entre dans le périmètre activité du DS en ES. Le DS exerce lui-même au sein d'un collectif, par sa connaissance du champ sanitaire et des différents acteurs de santé, il peut contribuer à impulser une dynamique collaborative. Cette contribution peut prendre différentes facettes, en premier lieu, en collaborant lui-même avec les différents membres de l'équipe de direction et le PCME et en second lieu, en accordant une vigilance à diffuser des messages co-construits témoignant de cette dynamique collective. Son deuxième champ d'action se situe sur la mise en œuvre de conditions favorisant la construction de pratiques collaboratives. A ce titre il dispose de plusieurs leviers afin d'agir sur

- les facteurs micro ou interpersonnels, par la formation à la communication et des espaces réflexifs portant sur l'analyse du travail,
- les facteurs méso par une réflexion sur les organisations des parcours de soin des patients, et par le management,
- les facteurs macro par une action sur la dimensions culturelle de l'erreur et des relations sociales de travail.

Dans ce sens, les préconisations que nous avons proposées comprennent différentes dimensions : une dimension politique en affichant une volonté de soutenir les pratiques collaboratives, une dimension stratégique en accompagnant de nouvelles démarches organisationnelles, et une dimension opérationnelle en apportant un soutien, en facilitant les conditions permettant cette dynamique.

Nous avons vu au cours de ce travail que le déploiement des pratiques collaboratives nécessite un certain nombre de conditions favorables. La multiplication des outils de partage n'est pas une condition nécessaire et suffisante, il s'agit d'un changement d'approche, voire un changement culturel au sein des établissements de santé traditionnellement structurés autour d'une ligne hiérarchique fonctionnelle et institutionnelle.

En effet, les demandes et les attentes des professionnels évoluent. Si les nouveaux professionnels de santé semblent rechercher de façon préférentielle un exercice collectif. De plus en plus d'ES rencontrent des difficultés d'attractivité alors que les professionnels de santé y exercent en équipe. Ce constat nous invite à engager une réflexion sur la présence d'une réelle dynamique collective au sein de nos établissements. Comment la faire évoluer afin qu'elle réponde d'une part aux demandes et appétences des professionnels d'aujourd'hui et de demain et d'autre part, aux demandes et besoins en santé de la population ?

Ce questionnement constitue un vrai défi, car même si selon Aristote, « l'homme est un être sociable, la nature l'a fait pour vivre avec ses semblables », les pratiques collaboratives ne se décrètent pas, elles se coconstruisent, et sont fortement liées à la volonté des acteurs de s'en emparer.

---

## Bibliographie

---

- Allouch, A., Brown, P., Power, S., & Tholen, G. (2016). L'éthique des élites scolaires. Du mérite à la responsabilité chez les étudiants de Sciences Po Paris et de l'Université d'Oxford. *L'Année sociologique*, Vol. 66(1), 193-224.
- ANACT. (2016). *10questions-sur-la-qualite-de-vie-au-travail-2016.pdf*. Consulté à l'adresse <https://www.anact.fr/sites/anact/files/10questions-sur-la-qualite-de-vie-au-travail-2016.pdf>
- Anaut, M. (2005). Le concept de résilience et ses applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers*, N° 82(3), 4-11.
- ARS. (2016). *PARCOURS DE SOINS, PARCOURS DE SANTÉ, PARCOURS DE VIE, Lexique des parcours de A à Z*. Consulté à l'adresse [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11\\_lexique\\_vf.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf)
- Asmar, M. K., & Wacheux, F. (2007). *Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : Cas d'un hôpital universitaire*. 20.
- Bertrand, J., Coton, C., Darmon, M., Lignier, W., Nouri-Mangold, S., Pasquali, P., & Schotté, M. (2016). Introduction. *Sociétés contemporaines*, N° 102(2), 5-17.
- Blanchet, A., Gotman, A., & Singly, F. de. (2005). *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*. Paris: Armand Colin.
- Cabin, P. (Éd.). (2005). *La communication : État des savoirs* (2. éd. actualisée). Auxerre: Sciences Humaines.
- Comment promouvoir la culture de "l'erreur apprenante" dans les établissements de santé? (2018, juillet 16). Consulté 29 septembre 2019, à l'adresse [ManagerSante.com® website: https://managersante.com/2018/07/16/21548/](https://managersante.com/2018/07/16/21548/)
- Conjard, P., & Journoud, S. (2013). Ouvrir des espaces de discussion pour manager le travail. *Management Avenir*, N° 63(5), 81-97.
- D'Amour, D., Sicotte, C., & Lévy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences Sociales et Santé*, 17(3), 67-94. <https://doi.org/10.3406/sosan.1999.1468>
- Découvrir la V2020. (2019). Consulté 29 septembre 2019, à l'adresse Haute Autorité de Santé website: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2969340/fr/decouvrir-la-v2020](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2969340/fr/decouvrir-la-v2020)

Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. , 2002-550 § (2002).

DGOS. (2017). *Idées clés pour le projet de soins partagé*. Consulté à l'adresse [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos\\_idees\\_cles\\_psp\\_2017.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_idees_cles_psp_2017.pdf)

DREES. (2010). *Enquête nationale sur les évènements indésirables associés aux soins (ENEIS) dans les établissements de santé*. Consulté à l'adresse <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201017.pdf>

Duru-Bellat, M. (2015). Les compétences non académiques en question. *Formation emploi. Revue française de sciences sociales*, (130), 13-29.

EHESP. (2010). *Referentiel metier de Directeur-trice des soins*. Consulté à l'adresse [https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2008/06/Referentiel\\_metier\\_de\\_Directeur\\_trice\\_des\\_soins.pdf](https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2008/06/Referentiel_metier_de_Directeur_trice_des_soins.pdf)

EHESP. (2011). *Referentiel de competences des Directeurs des Soins*. Consulté à l'adresse <https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2017/12/formation-DS-referentiel-de-competences-maj-nov2017.pdf>

Fermon, B., Grandjean, P., & Anastasy, C. (2015). *Performance et innovation dans les établissements de santé*. Paris: Dunod.

González-Martínez, E., & Bulliard, C. (2018). Collaboration interprofessionnelle jeune infirmière diplômée-assistante sociale : Appels téléphoniques de préparation de la sortie de l'hôpital. *Recherche en soins infirmiers*, N° 133(2), 15-36.

HAS. (2018a). *Pacte, les essentiels*. Consulté 29 septembre 2019, à l'adresse [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-06/05\\_2018\\_pacte\\_les\\_essentiels\\_vd.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-06/05_2018_pacte_les_essentiels_vd.pdf)

HAS. (2018b). *Rapport final pacte*. Consulté à l'adresse [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-02/rapport\\_final\\_pacte.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-02/rapport_final_pacte.pdf)

Imbert, M., & Vaissière, M.-G. (2019). La force du collectif pour répondre aux défis du quotidien. *Santé RH - la lettre des ressources humaines dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux*, n° 115, pp.10-15.

Jancourt, D., & Simart, M. (2015). *Le management par projets*. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/performance-et-innovation-dans-les-etablissements--9782100710973-page-167.htm>

Juven, P.-A., Pierru, F., & Vincent, F. (2019). *La casse du siècle : À propos des réformes de l'hôpital public*.

Juvin, P.-A., Pierru, F., & Vincent, F. (2019). *La casse du siècle (Raisons D'agir)*. Paris.

- Le Boterf, G. (2015). *Construire les compétences individuelles et collectives : Agir et réussir avec compétence, les réponses à 100 questions* (7e édition augmentée). Paris: Eyrolles.
- Lecomte, F. (2016). Les compétences non-techniques : Pourquoi s'y intéresse t-on? In *Protocoles 2016* (MAPAR Edition). Kremlin Bicêtre.
- LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. , 2016-41 § (2016).
- May-Michelangeli, L., Sami, Y., & Boussicault, G. (2015). Le travail en équipe, un enjeu de sécurité du patient. *Techniques hospitalières - La revue des technologies de la santé, n° 753*, pp.39-42.
- May-Michelangeli, L., Sami, Y., Renoux, A., & Amalberti, R. (2018). Programme d'amélioration continue du travail en équipe de la Haute Autorité de santé : Evaluation après 18 mois d'expérimentation. *Risques et qualité en milieu de soins, 15, n° 2*, pp.11-17.
- Mucchielli, R. (2014). *Le travail en équipe : Clés pour une meilleure efficacité collective* (15e édition). Paris: ESF éditeur.
- Nestrigue, C., & Or, Z. (2011). *Surcoût des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital—Premières estimations à partir de neuf indicateurs de sécurité des patients*. 8.
- OMS. (2010). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Consulté 28 septembre 2019, à l'adresse WHO website: [http://www.who.int/hrh/resources/framework\\_action/en/](http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/)
- OMS. (2011). Guide pédagogique pour la sécurité des patients : Édition multiprofessionnelle. Cours module 2. Consulté 28 septembre 2019, à l'adresse [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/cours\\_module\\_2.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/cours_module_2.pdf)
- Picot, G. (2005). Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : Un rapport social instable. *Revue française des affaires sociales, (1)*, 83-100.
- Policard, F. (2014). Apprendre ensemble à travailler ensemble : L'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives. *Recherche en soins infirmiers, N° 117(2)*, 33-49.
- Robidoux, M. (2007). Cadre de référence collaboration interprofessionnelle. Consulté 1 mai 2019, à l'adresse <https://www.usherbrooke.ca/ecole-en-chantier/fileadmin/sites/ecole-en-chantier/documents/cadre-referenc-collaboration.pdf>

Roma, R. (2016). La culture positive de l'erreur, aspects historiques, épistémologiques et éthiques. *Soins*, (804), 26-29.

Zardet, V., Fièr, D., Savall, H., & Petit, R. (2011). Gestion de la coopération interprofessionnelle à l'hôpital. *Journal d'économie médicale*, Vol. 29(6), 277-293.

---

## Liste des annexes

---

ANNEXE I : guide d'entretien



# ANNEXE I

- 1 Actions, les mesures mises en œuvre au sein de l'établissement au sujet de la collaboration interprofessionnelle.
- 2 Actions mises en œuvre à titre individuel pour favoriser la collaboration interprofessionnelle au sein de votre établissement.
- 3 Eléments, indicateurs dans la pratique de la personne qui lui permettent d'évaluer si la collaboration interprofessionnelle est effective ou non.
- 4 Impacts d'une « bonne » collaboration interprofessionnelle. (sécurité, qualité, QVT)
- 5 Facteurs qui favorisent la mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle.
- 6 Facteurs qui défavorisent la collaboration interprofessionnelle.
- 7 Connaissances des dispositifs existants, utilisés dans d'autres établissements de santé afin d'améliorer la collaboration interprofessionnelle.
- 8 Ajouts éventuels.



CROSSIN

Françoise

Décembre 2019

## Directeur des soins

Promotion 2019

### **Soutenir la collaboration interprofessionnelle des professionnels de santé : des enjeux pluriels pour le directeur des soins en établissement de santé**

#### **Résumé :**

La mise en œuvre de collaborations interprofessionnelles efficaces dans une perspective de coordination des prises en charges et parcours devient incontournable afin d'éviter les prises en charges morcelées internes et externes aux établissements de santé. De plus, le travail en équipe est identifié comme facteur d'amélioration de la sécurité du patient, de la qualité des soins, et de la satisfaction au travail des professionnels.

Compte tenu de ces enjeux de sécurité, de qualité des soins, et de qualité de vie au travail, nous nous sommes interrogés sur la contribution du directeur des soins en établissement de santé à ce processus.

Il apparaît que le directeur des soins, par son positionnement au sein de l'équipe de direction d'un établissement de santé a un rôle à jouer afin d'impulser une dynamique collaborative.

Ainsi, par son action sur les déterminants de la collaboration interprofessionnelle, il dispose de plusieurs leviers d'action, sur le plan systémique, organisationnel et interactionnel. A cette fin nous proposons plusieurs préconisations afin de soutenir le déploiement des pratiques collaboratives au sein d'un établissement de santé dans une logique de parcours pour le patient, et dans une perspective de réponse aux appétences collaboratives des professionnels de santé.

#### **Mots clés :**

Collaboration interprofessionnelle – Professionnels de santé- Directeur des soins  
sécurité des soins- qualité des soins - Travail en équipe - Qualité de vie au travail.

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*